



ENTIDADE REGULADORA DA SAÚDE



GESTÃO DA LISTA DE INSCRITOS PARA CIRURGIA NO SNS



SETEMBRO DE 2014

Índice

Sumário executivo	1
1. Introdução.....	7
2. Direitos, regras e procedimentos no âmbito do SIGIC	11
2.1. Os direitos dos utentes no SIGIC	11
2.2. Modelo de funcionamento do SIGIC.....	14
3. Situação internacional da gestão do acesso a cirurgia.....	20
4. Acesso.....	26
4.1. Evolução dos tempos e listas de espera.....	27
4.2. Descrição da oferta e análise da proximidade	35
4.3. Capacidade	42
5. Concorrência	52
5.1. Configuração do mercado de serviços no SIGIC.....	52
5.2. Mecanismos de concorrência.....	54
5.3. Concentração do mercado	63
6. Qualidade	67
6.1. Cumprimento dos requisitos de funcionamento pelos prestadores	67
6.2. Constrangimentos reportados	70
6.3. Desempenho dos hospitais de origem em indicadores de qualidade.....	82
6.4. Avaliação dos prestadores no SINAS.....	86
7. Conclusões.....	94
ANEXO I – Legislação relevante.....	99
ANEXO II – Rede prestadores no âmbito do SIGIC	101

Índice de Abreviaturas

ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde

ARS – Administração Regional de Saúde

CRP – Constituição da República Portuguesa

ERS – Entidade Reguladora da Saúde

IHH – Índice de Herfindahl-Hirschmann

LBS – Lei de Bases da Saúde

LIC – Lista de Inscritos para Cirurgia

MCDT – Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica

MGIC – Manual de Gestão de Inscritos para Cirurgia

NUTS – Nomenclaturas de Unidades Territoriais para Fins Estatísticos

OCDE – Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

PECLEC – Programa Especial de Combate de Listas de Espera para Cirurgia

PIO – Programa de Intervenção em Oftalmologia

PTCO – Programa de Tratamento Cirúrgico da Obesidade

SIGIC – Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia

SIGLIC – Sistema Informático de Gestão da Lista de Inscritos para Cirurgia

SINAS – Sistema Nacional de Avaliação em Saúde

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SRER – Sistema de Registo de Estabelecimentos Regulados

TMRG – Tempos Máximos de Resposta Garantidos

UCGIC – Unidade Central de Gestão de Inscritos para Cirurgia

UE – União Europeia

UHGIC – Unidade Hospitalar de Gestão de Inscritos para Cirurgia

URGIC – Unidade Regional de Gestão de Inscritos para Cirurgia

VC – Vale Cirurgia

Sumário executivo

O presente estudo tem como objetivo a avaliação do acesso, da concorrência e da qualidade dos cuidados cirúrgicos no SNS, em concreto no âmbito do Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia (SIGIC). A sua relevância justifica-se pela importância da avaliação da concretização dos objetivos do SIGIC, no que importa à Entidade Reguladora da Saúde (ERS) analisar no domínio das suas atribuições, aliado à importância das reclamações e exposições rececionadas pela ERS atinentes ao tema, as quais motivaram diversas intervenções regulatórias.

Este estudo distingue-se da auditoria do Tribunal de Contas ao SIGIC, em 2007, e dos relatórios de síntese da atividade cirúrgica publicados anualmente pela Administração Central do Sistema de Saúde, I.P. (ACSS), essencialmente nos seguintes aspetos: (i) no acesso, por se focar numa ótica de proximidade da rede dos prestadores no âmbito do SIGIC aos utentes e na capacidade de cada uma das Administrações Regionais de Saúde (ARS) para fazer face à sua procura de cirurgias; (ii) na análise da concentração no mercado do SIGIC após emissão de vale cirurgia (VC) e na identificação dos principais mecanismos concorrenciais nesse mercado; e finalmente, (iii) quanto à qualidade, na aferição do cumprimento dos requisitos de registo e licenciamento dos estabelecimentos pertencentes ao SIGIC, na descrição dos constrangimentos reportados pelos utentes à ERS no âmbito da sua atividade regulatória e na avaliação obtida pelos prestadores no Sistema Nacional de Avaliação em Saúde (SINAS).

A problemática das elevadas listas de espera tem promovido a adoção de várias políticas, por diversos países, consubstanciadas designadamente na definição de tempos máximos de resposta, com sanções pelo seu incumprimento, concessão de liberdade de escolha aos utentes, e promoção de concorrência entre os prestadores.

No que se refere ao funcionamento do SIGIC, destacam-se dois tipos de intervenientes do lado da oferta: hospitais de origem e hospitais de destino. Hospital de origem define-se nos termos do Regulamento do SIGIC como “[...] unidade hospitalar do SNS, do sector privado ou do sector social onde é efetuado pela primeira vez o registo do utente na LIC [lista de inscritos para cirurgia] para um determinado tratamento cirúrgico”¹, fazendo-se a participação do setor privado e do setor social com base em protocolos de cooperação com o SNS – hospitais protocolados. Já o hospital de destino é definido como “[...] unidade hospitalar do SNS ou unidade

¹ Cfr. n.º 39, da Parte II do Regulamento do SIGIC.

convencionada no âmbito do SIGIC, onde é realizada a intervenção cirúrgica que foi identificada como necessária no hospital de origem do utente [...]”, dependente da emissão de VC, realizando apenas as cirurgias que os hospitais de origem não têm capacidade para realizar dentro dos TMRG.

O desempenho destes prestadores, bem como os procedimentos subjacentes ao sistema, são suscetíveis de impactar com os direitos dos utentes, que surgem reforçados pelo Regulamento do SIGIC, dos quais se destaca especificamente os direitos de acesso a cirurgia dentro dos tempos máximos de resposta garantidos (TMRG), de informação e de liberdade de escolha de um prestador quando haja lugar a transferência por emissão de VC.

A análise do acesso desenvolve-se em três óticas, considerando a dimensão temporal por referência aos tempos de espera e à dimensão da lista de espera para cirurgia, a proximidade dos estabelecimentos aos utentes e a adequação da oferta face à procura.

Relativamente à dimensão temporal, desde a implementação do SIGIC, em final de 2005, até ao ano de 2010, assistiu-se à redução das LIC, da mediana do tempo de espera, da média do tempo de espera dos utentes operados, da percentagem de inscritos para cirurgia e da percentagem de utentes operados prioritários². Porém, o valor destes cinco indicadores aumentou no ano de 2011, não voltando a reduzir-se significativamente a partir desse ano, e aumentando mesmo o tempo médio de espera dos utentes operados, em 2012, e as LIC em 2013.

Analisando-se a casuística ao nível dos hospitais de origem, entre hospitais do SNS e hospitais protocolados, identifica-se uma maior percentagem de utentes operados classificados com prioritários face ao total de episódios cirúrgicos nos hospitais do SNS, o que poderá evidenciar uma maior complexidade das cirurgias realizadas nestes hospitais. Por outro lado, distinguindo entre hospitais de origem e de destino, a percentagem de utentes operados em ambulatório no total de utentes operados é elevada nos hospitais de origem, e reduzida nos hospitais de destino convencionados, o que poderá ser explicado pela eventual maior facilidade dos hospitais de origem resolverem as intervenções em ambulatório, pelo que a emissão de VC incidirá mais sobre procedimentos que dependem de internamento.

Na análise da proximidade à rede de hospitais de origem e de destino conclui-se que menos de 1% da população se localiza a mais de 60 minutos de viagem de um

² Utentes classificados com o nível prioridade de nível 2, 3 ou 4.

hospital de origem (SNS ou protocolado), percentagem que se reduz quando se considera a rede de hospitais de destino (SNS e convencionados), sendo que a maioria dos prestadores se localiza na ARS Norte.

A análise da capacidade foi empreendida com recurso ao cálculo do rácio de VC sobre entradas em LIC, que traduz a falta de capacidade dos hospitais de origem na resolução das cirurgias dos seus utentes em tempo útil. Este rácio reduziu-se entre 2010 e 2013, o que poderá resultar de uma maior eficácia dos hospitais de origem na resolução das suas LIC dentro dos TMRG, permitindo, também, reduzir os custos associados à transferência por emissão de VC.

Com efeito, a maioria da produção no SIGIC é realizada nos hospitais de origem, em que os hospitais do SNS são claramente predominantes. Assim, a produção dos hospitais de destino é residual, e realizada maioritariamente por hospitais convencionados, sendo o papel dos hospitais do SNS como hospitais de destino pouco representativo.

Considerada, por seu turno, a capacidade numa ótica regional, a ARS Norte, para além de ser aquela com mais capacidade, quer no indicador que relaciona a emissão de VC com as entradas em LIC, quer naquele que identifica o número de cirurgias por recursos humanos, é também aquela que realiza mais cirurgias face ao número de utentes com indicação cirúrgica na sua área de abrangência e a que capta mais residentes de outras ARS. Essa captação de utentes não se realiza em detrimento da sua procura residente, na medida em que resolve a quase totalidade das cirurgias dos seus residentes, utilizando a sua capacidade excedentária para operar utentes de outras ARS.

Assim, e em termos globais, o Norte é a região que apresenta melhores resultados nos indicadores relativos ao acesso, o que se repercute igualmente nos indicadores de qualidade calculados.

Ao nível da concorrência, são identificados os mecanismos concorrenciais no âmbito do SIGIC e é avaliada a concentração do mercado após emissão de VC (ou seja, onde os prestadores operam na qualidade de hospitais de destino) mediante o cálculo dos índices de concentração com base no número de recursos humanos – capacidade produtiva – e no número de operados na qualidade de hospital de destino, mediante nota de transferência ou VC – produção efetiva.

A concorrência no SIGIC apenas se estabelece no momento da emissão de VC, ou seja, nas situações em que os hospitais de origem não logram resolver as cirurgias dos seus utentes dentro dos TMRG. Importa realçar que os hospitais de destino

representam apenas 3% da produção cirúrgica do SNS, sendo esta a parte sobre a qual incide a análise da concorrência.

Os níveis de concentração, neste mercado, são elevados na maioria das NUTS III, não havendo diferenças relevantes entre o cálculo da concentração com base na capacidade produtiva e na produção efetiva. Apenas na NUTS III Grande Lisboa, a concentração passa de moderada para alta quando o cálculo do índice de concentração é realizado com recurso ao número de utentes operados – produção efetiva –, resultado de 74% do total de utentes operados com VC terem sido intervencionados apenas em dois prestadores dos que apresentaram produção ao abrigo de VC em 2013.

No mercado dos serviços prestados pelos hospitais de destino, o preço não é uma variável concorrencial na medida em que a Portaria n.º 271/2012, de 4 de setembro, determina preços comuns para todos os hospitais de destino. Ainda assim, os hospitais de destino poderão concorrer por outras variáveis como a localização dos estabelecimentos e a qualidade dos serviços prestados.

Todavia, esta concorrência encontra-se dependente da concretização da liberdade de os utentes escolherem um prestador (convencionado ou do SNS) ao abrigo de VC. No entanto, a liberdade de escolha encontra-se condicionada, desde logo, pela informação que é disponibilizada aos utentes, designadamente pela não atualização de uma lista de prestadores publicamente acessível para consulta pelos utentes e pelo conteúdo da informação constante do VC. Com efeito, no VC identifica-se um número restrito de prestadores, automaticamente selecionados (com base na capacidade técnica para a realização dos procedimentos, na capacidade de resposta dentro do TMRG e na proximidade à residência do utente), não se fazendo referência à possibilidade de escolha de outro hospital de destino que realize a cirurgia em causa e se encontre disponível. Mas mais importante, a liberdade de escolha fora da seleção de prestadores apresentada no VC é penalizada pela necessidade de o utente assumir os custos de transporte.

Na análise da qualidade, aborda-se o cumprimento dos requisitos de registo na ERS e licenciamento, por parte dos prestadores integrados no SIGIC, identificam-se os principais constrangimentos reportados pelos utentes à ERS no âmbito da sua atividade regulatória, analisa-se o desempenho dos hospitais de origem, com base em indicadores de qualidade, designadamente de cumprimento dos TMRG e a percentagem de óbitos face às saídas, e procede-se à avaliação dos prestadores no SINAS, no âmbito dos serviços de cirurgia.

Todos os estabelecimentos pertencentes à rede de prestação de cuidados no SIGIC têm registo no Sistema de Registo de Estabelecimentos Regulados (SRER) da ERS, mas apenas 33% solicitaram licenciamento para unidade de internamento, ao abrigo da Portaria n.º 290/2012, de 24 de setembro³, e/ou para cirurgia de ambulatório, nos termos da Portaria n.º 291/2012, de 24 de setembro⁴, alterada pela Portaria n.º 111/14, de 23 de maio. No que se refere às unidades privadas que já se encontravam licenciadas pelo regime anterior, estas mantêm válidas as suas licenças, não tendo obrigatoriedade de submeter novo pedido de licenciamento.

Na ótica dos utentes, a maioria das reclamações rececionadas versa sobre os elevados tempos de espera para acesso a cirurgia e sobre adiamentos e cancelamentos de cirurgias. Concretamente, destacam-se situações de recusa do hospital de destino para a realização de determinado procedimento com base em alegadas motivações de ordem financeira, a morosidade nos procedimentos para alteração da proposta cirúrgica por não concordância do hospital de destino com o procedimento, entropias subjacentes aos procedimentos de transferência por inexistência de hospitais de destino para emissão de VC e por situações excecionais de alteração do perfil assistencial do hospital de origem. Foram ainda identificados problemas de informação em vários momentos do circuito percorrido pelos utentes no âmbito do SIGIC, designadamente no que se refere ao tempo de espera e posição em LIC, aos procedimentos a realizar, e genericamente quanto às regras e direitos dos utentes no âmbito do SIGIC.

No que respeita aos indicadores de qualidade, quer a percentagem de operados que espera mais que o TMRG, quer a percentagem de óbitos face às saídas apresentaram melhorias em 2013 face a 2010 (ou face a 2011 no caso dos hospitais protocolados), registando os protocolados melhor desempenho relativo.

Finalmente, no que resulta da avaliação no âmbito do SINAS@Hospitais, deve assinalar-se que a maioria dos prestadores participantes pertence à rede do SIGIC, o que não permite identificar eventuais diferenças nos níveis de qualidade dos universos de prestadores integrados e não integrados no SIGIC. Nos procedimentos cirúrgicos considerados na dimensão de “Excelência Clínica” os estabelecimentos posicionam-se maioritariamente num nível de qualidade intermédio (nível II), enquanto na dimensão

³ Portaria que estabelece os requisitos mínimos relativos à organização e funcionamento, recursos humanos e instalações técnicas para o exercício da atividade das unidades privadas que tenham por objeto a prestação de serviços de saúde e que disponham de internamento

⁴ Portaria que estabelece os requisitos mínimos relativos à organização e funcionamento, recursos humanos e instalações técnicas para as unidades privadas que prossigam atividades no âmbito da cirurgia de ambulatório.

“Segurança do Doente” aproximadamente metade dos estabelecimentos pertencentes à rede SIGIC, e a maioria dos estabelecimentos não integrados no SIGIC, cumprem com todas as subcategorias de requisitos previstas na *check-list* utilizada para a avaliação da categoria “cirurgia segura”.

Em conclusão, durante os oito anos de existência do SIGIC são assinaláveis os ganhos observados no acesso a cirurgias no âmbito do SNS, traduzidos sobretudo na diminuição dos tempos de espera pelos utentes.

Todavia, merecem também destaque algumas dificuldades nos procedimentos do SIGIC, as quais têm levado os utentes a pedir a intervenção da ERS, em muitos casos decorrentes de insuficiente ou desadequada informação sobre os seus direitos.

Por outro lado, o sistema tem como característica importante no seu desenho a participação do setor privado numa segunda linha, proporcionado o suprimento das necessidades que os hospitais do SNS não satisfazem em tempo útil. Mas a participação do setor privado é reduzida no universo dos serviços prestados no âmbito do SIGIC, e os eventuais benefícios da concorrência nesta parte do mercado são ainda limitados pela inexistência de concorrência por preços, e pelas dificuldades colocadas ao exercício da liberdade de escolha pelos utentes.

1. Introdução

As elevadas listas de espera para cirurgia são um problema comum a vários sistemas de saúde. Em Portugal, desde 1998, os sucessivos governos procederam à implementação de diversas medidas destinadas à minimização do problema de acesso aos serviços cirúrgicos, sem porém conseguirem reverter a tendência de agravamento observada⁵.

Em 2002 é aprovado o Programa Especial de Combate de Listas de Espera para Cirurgia (PECLEC), concebido com carácter temporário para fornecer uma resposta rápida e eficiente às situações emergentes e críticas de utentes, dada a existência de longas listas de espera para cirurgia⁶. Com duração prevista de dois anos, este programa permitiu a resolução da quase totalidade das cirurgias inscritas em 30 de junho de 2002, no total de 123.547, encontrando-se por resolver cerca de 16.660 casos em dezembro de 2004⁷.

Dando continuidade ao esforço iniciado com o PECLEC⁸, o Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia (SIGIC) é criado em 2004⁹, no sentido de dar resposta ao problema das listas e tempos de espera para cirurgia, assumindo como objetivos o acesso e equidade, a eficiência e eficácia, a transparência e a responsabilidade. Ao contrário do programa anterior, com o qual se pretendia eliminar as listas de espera para cirurgia, o SIGIC visa a gestão integrada, e de forma continuada, da lista de inscritos para cirurgia nos estabelecimentos do Serviço Nacional de Saúde (SNS).

Em paralelo com o funcionamento do SIGIC¹⁰, e perante a necessidade de uma intervenção especial por dificuldades de acesso dos utentes do SNS aos cuidados de oftalmologia, nomeadamente à cirurgia para tratamento das cataratas, foi implementado o Programa de Intervenção em Oftalmologia (PIO)¹¹, envolvendo a contratualização de 30 mil cirurgias, a executar entre julho de 2008 e junho de 2009 e,

⁵ Gomes, P. (2013), "Acesso aos cuidados de saúde" *in* Textos de Regulação da Saúde | Ano 2012. *Entidade Reguladora da Saúde*.

⁶ Aprovado pela Resolução de Conselho de Ministros n.º 100/2002, de 26 de abril, publicada no Diário da República, 1.ª série, de 25 de maio de 2002.

⁷ Cfr. Observatório Português dos Sistemas de Saúde (2009), Relatório de Primavera.

⁸ Antecedido pelos Programa Específico de Recuperação de Listas de Espera (PERLE), aprovado em 1994, e Programa para a Promoção do Acesso (PPA) aprovado em 1998.

⁹ Resolução do Conselho de Ministros n.º 79/2004, publicada no Diário da República n.º 147 I Série-B, 24 de junho.

¹⁰ O SIGIC foi implementado em todas as ARS apenas em 2005, como consta da informação do Tribunal de Contas (2007).

¹¹ Portaria n.º 1306/2008, de 11 de novembro.

no mesmo período, a realização de 75 mil primeiras consultas extra contrato-programa. O PIO apresentou como resultados a diminuição da média de tempo de espera para a primeira consulta hospitalar de 11 meses, no final de 2007, para 6 meses em junho de 2009, data do termo do programa. No mesmo período, a mediana do tempo de espera para cirurgia das cataratas diminuiu de 3,7 para 2 meses¹².

Na mesma linha, a Portaria n.º 1454/2009, de 29 de dezembro, aprovou a criação do Programa de Tratamento Cirúrgico da Obesidade (PTCO), programa de carácter experimental revisto em 2012¹³, em consonância com a preocupação da Organização Mundial de Saúde (OMS) sobre o problema de saúde pública que constitui a obesidade.

Não obstante os programas específicos enunciados, o SIGIC assume um papel central na gestão de cirurgias no SNS, cuja importância transversal para melhoria do acesso a tratamento cirúrgico justifica considerar.

Em 2007, o Tribunal de Contas realizou uma auditoria ao SIGIC¹⁴, com os objetivos de identificar condicionantes do acesso aos cuidados de saúde, de avaliar a plataforma informática de apoio ao SIGIC e do acompanhamento prestado pelas entidades competentes, de avaliar o impacto do SIGIC na produção cirúrgica, na produtividade e na evolução da lista de inscritos para cirurgia, de análise em matéria de custos e execução financeira desenvolvidas por entidades de cariz privado ou social, e de avaliação da qualidade da produção cirúrgica.

Não obstante a redução da média e da mediana do tempo de espera, e a evolução favorável dos indicadores de qualidade considerados (“complicações relacionadas com procedimentos cirúrgicos” e “readmissões em GDH cirúrgicos”), no relatório de tal auditoria o Tribunal de Contas realçou como fatores com impacto negativo no acesso a cirurgias a problemática do acesso a primeiras consultas de especialidade e a não observância dos princípios da universalidade e equidade no momento da transição para o SIGIC, por não ser considerado o tempo de espera dos utentes já em lista antes da implementação e não terem sido inscritos todos os utentes que se encontravam em espera¹⁵, a não existência de melhorias significativas em termos de utilização de capacidade instalada, nem de produtividade física dos blocos operatórios,

¹² Consultar em www.portaldasaude.pt.

¹³ Portaria n.º 381/2012, de 22 de dezembro.

¹⁴ Tribunal de Contas (2007), Auditoria ao Acesso aos Cuidados de Saúde do SNS – Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia SIGIC. *Relatório n.º 25/07 – 2ª.S, Processo n.º 50/05 – AUDIT.*

¹⁵ Nomeadamente os utentes do Hospital Fernando da Fonseca, diretamente enviados para Misericórdias e outras instituições particulares de solidariedade social.

e falta de evidência de que o SIGIC tenha originado custos mais baixos para o mesmo nível de atividade.

Numa lógica de acompanhamento do sistema, a Administração Central do Sistema de Saúde, I.P. (ACSS) publica anualmente um relatório de síntese da atividade cirúrgica, no âmbito do SIGIC, focando essencialmente a evolução das listas de inscritos para cirurgia (LIC) e dos tempos de espera, aferindo do cumprimento dos tempos máximos de resposta garantidos (TMRG), a evolução da atividade cirúrgica, a emissão de notas de transferência/vale cirurgia (VC), destacando as principais especialidades.

Neste contexto, o presente estudo assume relevância pela importância da avaliação da concretização dos objetivos do SIGIC, no que importa à ERS analisar no domínio das suas atribuições e competências, nas perspetivas do acesso, da concorrência e da qualidade, diferenciando-se dos relatórios mencionados essencialmente por focar: (i) no acesso uma ótica de proximidade da rede dos prestadores no âmbito do SIGIC aos utentes e na capacidade de cada uma das Administrações Regionais de Saúde (ARS) para fazer face à sua procura de cirurgias; (ii) na análise da concorrência na concentração no mercado do SIGIC após emissão de VC e na identificação dos principais mecanismos concorrenciais nesse mercado; e finalmente, (iii) quanto à qualidade, na aferição do cumprimento dos requisitos de registo e licenciamento dos estabelecimentos pertencentes ao SIGIC, na descrição dos constrangimentos reportados pelos utentes à ERS no âmbito da sua atividade regulatória e na avaliação obtida pelos prestadores no Sistema Nacional de Avaliação em Saúde (SINAS).

O estudo encontra-se estruturado em 7 capítulos. No capítulo 2 procede-se a uma descrição dos direitos dos utentes no contexto de realização de cirurgia bem como do modelo de funcionamento de SIGIC, enquanto o capítulo 3 traça um retrato da situação internacional da gestão do acesso a cirurgia.

O capítulo 4 inclui a análise do acesso, na sua dimensão temporal por referência aos tempos de espera e dimensão da lista de espera para cirurgia, de proximidade dos estabelecimentos aos utentes e de capacidade de adequação da oferta face à procura.

No capítulo 5, no âmbito da concorrência, é descrita a configuração do mercado de serviços no SIGIC, são identificados os mecanismos de concorrência e é avaliada a concentração do mercado, mediante o cálculo de índices de concentração com base no número de recursos humanos – capacidade produtiva – e no número de operados na qualidade de hospital de destino, mediante nota de transferência ou VC – produção efetiva.

No capítulo 6, enquanto secção dedicada à qualidade, aborda-se o cumprimento dos requisitos de registo na ERS e licenciamento, por parte dos prestadores integrados no SIGIC, identificam-se os principais constrangimentos reportados pelos utentes à ERS no âmbito da sua atividade regulatória, sintetiza-se a atuação da ERS em resposta a tais constrangimentos, analisa-se o desempenho dos hospitais de origem, com base em indicadores de qualidade, designadamente o cumprimento dos TMRG e a percentagem de óbitos face às saídas, e procede-se à análise dos resultados dos prestadores no SINAS, no âmbito dos serviços de cirurgia.

O capítulo 7 é dedicado às principais conclusões do estudo sobre o acesso, a concorrência e a qualidade no SIGIC.

2. Direitos, regras e procedimentos no âmbito do SIGIC

No presente capítulo descrevem-se os direitos dos utentes no que concretamente respeita ao acesso a cirurgia no âmbito do SIGIC, analisa-se a evolução do SIGIC desde a sua criação, em 2004, cujo quadro legal se encontra resumido no anexo I, e identificam-se as suas principais regras de funcionamento, previstas nos termos do Regulamento e do Manual de Gestão de Inscritos para Cirurgia (MGIC)¹⁶.

No que se refere ao funcionamento do SIGIC, cumpre distinguir os dois tipos de intervenientes do lado da oferta: hospitais de origem e hospitais de destino. Hospital de origem define-se nos termos do Regulamento do SIGIC como “[...] unidade hospitalar do SNS, do sector privado ou do sector social onde é efetuado pela primeira vez o registo do utente na LIC para um determinado tratamento cirúrgico”¹⁷, fazendo-se a participação do setor privado e do setor social com base em protocolos de cooperação com o SNS – hospitais protocolados. Como hospital de destino, encontra-se qualquer “[...] unidade hospitalar do SNS ou unidade convencionada no âmbito do SIGIC, onde é realizada a intervenção cirúrgica que foi identificada como necessária no hospital de origem do utente [...]”, dependente da emissão de VC. A diferença essencial entre hospitais protocolados e convencionados reside não na sua natureza, mas no facto de serem hospitais de origem, no primeiro caso, e hospitais de destino, no segundo.

O desempenho dos hospitais de origem e destino, bem como os procedimentos subjacentes ao funcionamento do SIGIC, são suscetíveis de impactar com os direitos dos utentes que de seguida melhor se descrevem.

2.1. Os direitos dos utentes no SIGIC

O direito dos utentes de acesso aos cuidados de saúde encontra-se constitucionalmente consagrado no artigo 64.º, sob a epígrafe “direito à proteção da saúde”, nos termos do qual tal direito é garantido, entre outros aspetos, pela criação de um SNS assente no respeito pelos princípios fundamentais da universalidade, generalidade e gratuidade tendencial e impõe-se a toda a rede nacional de prestação de cuidados de saúde.

¹⁶ Manual de Gestão de Inscritos para Cirurgia 2011 (MGIC, 2011), resultante de consulta pública de dezembro de 2010, aprovada por despacho do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde, de 1 de junho de 2011.

¹⁷ Cfr. n.º 39, da Parte II do Regulamento do SIGIC.

Nos termos da Base XXIV alínea d) da Lei n.º 48/90, de 24 de agosto, Lei de Bases da Saúde (LBS), o SNS deve prover pela garantia de “equidade no acesso dos utentes, com o objetivo de atenuar os efeitos das desigualdades económicas, geográficas e quaisquer outras no acesso aos cuidados”, o que implica que, nos estabelecimentos integrados no SNS, os cidadãos em situação idêntica devem receber tratamento em iguais circunstâncias, e em função das necessidades de cuidados de saúde.

A universalidade assenta na atribuição a todos do direito à proteção da saúde e nessa medida, deve ser assegurado a todos os cidadãos, no âmbito do SNS, o direito de acesso “[...] independentemente da sua condição económica, aos cuidados da medicina preventiva, curativa e de reabilitação”, o que implica que todos os cidadãos, sem exceção, possam aceder aos serviços prestadores de cuidados de saúde.

A generalidade impõe que o SNS garanta, com maior ou menor grau, uma prestação integrada de cuidados globais de saúde aos seus beneficiários. O princípio da generalidade aponta para o direito dos cidadãos a obter todo o tipo de cuidados de saúde, pelo que o Estado, com o intuito de assegurar a realização do direito à proteção da saúde, deverá “garantir uma racional e eficiente cobertura de todo o país em recursos humanos e unidades de saúde”. A este respeito a LBS determina que o cidadão tem direito a que lhe sejam prestados de forma integrada todos os cuidados de saúde, sejam primários, secundários, continuados ou paliativos.

A Lei n.º 41/2007, de 24 de agosto, pretendeu “[...] garantir a prestação dos cuidados de saúde pelo Serviço Nacional de Saúde e pelas entidades convencionadas em tempo considerado clinicamente aceitável para a condição de saúde de cada utente [...]”, procedendo à definição e determinação dos TMRG, bem como o reconhecimento do direito dos utentes à informação sobre esses tempos. Este último é garantido por via da definição e imposição do conjunto de deveres de informação previstos no artigo 4.º da Lei *supra* referida, que os estabelecimentos do SNS e do sector convencionado devem cumprir.

A Portaria n.º 1529/2008, de 26 de dezembro (de ora em diante, portaria dos TMRG), veio estabelecer os TMRG para prestações sem carácter de urgência, nomeadamente ambulatório dos centros de saúde, cuidados domiciliários, consultas externas hospitalares, meios complementares de diagnóstico e terapêutica (MCDT) e cirurgia programada. 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 respetivos planos de atividades e

contratos-programa. Ademais, ali se determina que o direito dos utentes à informação é garantido por via da definição e imposição do conjunto de deveres de informação previsto no artigo 4.º da Lei n.º 41/2007, de 24 de agosto.

A relação que se estabelece entre os estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde e os seus utentes deve pautar-se pela verdade, completude e transparência em todos os aspetos e momentos da mesma, incluindo nos momentos que antecedem a própria prestação de cuidados de saúde. Nesse sentido, o direito à informação – e o concomitante dever de informar – surge aqui com especial relevância e é dotado de uma importância estrutural na própria relação criada entre utente e prestador, não se limitando ao que prevê a alínea e) do n.º 1 da Base XIV da LBS, para efeitos de consentimento informado e esclarecimento quanto a alternativas de tratamento e evolução do estado clínico.

O utente, na qualidade de consumidor na relação originada com o prestador de cuidados de saúde, encontra igualmente suporte ao seu direito à informação nos termos da Lei n.º 24/96, de 31 de julho¹⁸, que aprovou o regime legal aplicável à defesa do consumidor, onde se estabelece que “[o] fornecedor de bens ou prestador de serviços deve, tanto nas negociações como na celebração de um contrato, informar de forma clara, objetiva e adequada o consumidor, nomeadamente, sobre características, composição e preço do bem ou serviço [...]” .

O direito à informação assume particular relevância nos mercados de serviços de saúde, na medida em que estes são caracterizados pela informação imperfeita que, regra geral, as pessoas possuem relativamente à saúde e à doença, existindo uma assimetria de informação resultante do facto de os profissionais de saúde serem mais conhecedores dos cuidados mais adequados às necessidades dos utentes.

Este direito encontra-se intrinsecamente ligado ao direito à liberdade de escolha, na medida em que só com base na absoluta transparência e completude de informação é que poderá ser salvaguardado o direito de um qualquer utente de escolher livremente o agente prestador de cuidados de saúde (alínea a), do n.º 1, da Base XIV da LBS).

A Lei n.º 15/2014, de 21 de março, veio consolidar a legislação em matéria de direitos dos utentes, encontrando-se previsto o direito de escolha dos serviços e prestadores de cuidados de saúde, o direito à informação, o direito à reclamação, e o direito ao acesso em respeito de TMRG, entre outros.

¹⁸ Alterada pela Lei n.º 85/98, de 16 de dezembro, pelo Decreto-Lei n.º 67/2003, de 8 de abril, pela Lei n.º 10/2013, de 28 de janeiro e pela Lei n.º 47/2014, de 28 de julho.

Com a criação do SIGIC, passaram a estar elencados um conjunto de direitos e deveres dos utentes que constam da Parte III do respetivo Regulamento, e que aprofundam alguns dos acima enunciados, nomeadamente “[d]ispor de uma garantia de tratamento dentro do tempo máximo de espera garantido para o nível de prioridade, por patologia ou por grupo de patologias”; “[a]ceder a todo o tempo junto da unidade hospitalar de gestão de inscritos para cirurgia (UHIC) do seu hospital e a seu pedido aos dados que lhe respeitem registados na lista de inscritos para cirurgia (LIC), nomeadamente o nível de prioridade que lhe foi atribuído e o seu posicionamento relativo na prioridade atribuída” e “[e]scolher, quando haja lugar a transferência, de entre os hospitais indicados para a realização da cirurgia de que carece”¹⁹.

Acrescem ainda como direitos dos utentes previstos no âmbito do SIGIC a possibilidade de recusar a transferência do seu hospital para outros hospitais, requerer a pendência da inscrição em LIC, bem como a saída da LIC.

O direito à reclamação previsto no artigo 9.º da Lei 15/2014, de 21 de março, surge reforçado no Regulamento do SIGIC, que estabelece, na alínea i) do n.º 44 da Parte III, ser direito do utente apresentar reclamação escrita sempre que se verifique alguma irregularidade em alguma das fases do processo.

2.2. Modelo de funcionamento do SIGIC

Em 2004 foi aprovada pelo Conselho de Ministros a criação do SIGIC²⁰ com o objetivo de minimizar o período que decorre entre o momento em que o utente é encaminhado para uma cirurgia e a realização da mesma, de forma a garantir a sua realização dentro de um tempo máximo clinicamente admissível.

No sentido de melhor definir a organização, gestão e fiscalização do SIGIC, a Portaria n.º 1450/2004²¹, de 25 de novembro, estabelece o seu Regulamento, definindo-o como um sistema de regulação da atividade relativa a utentes propostos para cirurgia programada e a utentes operados, assente em princípios de equidade no acesso ao tratamento cirúrgico, transparência dos processos de gestão, e responsabilização dos utentes, dos hospitais do SNS e dos estabelecimentos que contratam e convencionam com aquele a prestação de cuidados de saúde.

¹⁹ Cfr. alíneas c), d) e e), da Parte III do Regulamento do SIGIC.

²⁰ Resolução do Conselho de Ministros n.º 79/2004, publicada em Diário da República n.º 147 I Série-B, 24 de junho.

²¹ Revogada pela Portaria n.º 45/2008, de 15 de janeiro, alterada pela Portaria n.º 1306/2008, DR n.º 219, I Série, 11 de novembro.

O SIGIC assenta numa estrutura orgânica constituída a nível central pela Unidade Central de Gestão de Inscritos para Cirurgia (UCGIC), a nível regional, junto de cada uma das Administrações Regionais de Saúde (ARS), pela Unidade Regional de Gestão de Inscritos para Cirurgia (URGIC) e a nível de cada hospital UHGIC, cujas competências se encontram definidas na Parte IV do já mencionado Regulamento.

Em matéria de gestão administrativa do SIGIC, a informação relativa à atividade cirúrgica programada e à realizada pelos serviços de urgência é obrigatoriamente registada e transferida para o Sistema Informático de Gestão da Lista de Inscritos para Cirurgia (SIGLIC), centralizado na ACSS.

O Regulamento do SIGIC, inicialmente estabelecido pela Portaria n.º 1450/2004, de 25 de novembro, foi revogado e substituído por novo Regulamento, nos termos da Portaria n.º 45/2008, de 15 de janeiro²², cujo âmbito de aplicação inclui, para além dos estabelecimentos de natureza pública, as entidades que contratam e convencionam com o SNS a prestação de cuidados de saúde, ao abrigo nomeadamente da portaria (sem número) publicada no Diário da República, 1.ª série, de 27 de julho de 1998 no sentido da uniformização de procedimentos e regras que garantam a igualdade no acesso e o tratamento cirúrgico nos TMRG a todos os utentes do SNS. Procurou-se, assim, acautelar legalmente uma das críticas do Tribunal de Contas, concretamente da não integração no SIGIC dos utentes diretamente enviados para Misericórdias e outras instituições particulares de solidariedade social no SIGIC, com impacto nos princípios da igualdade e universalidade.

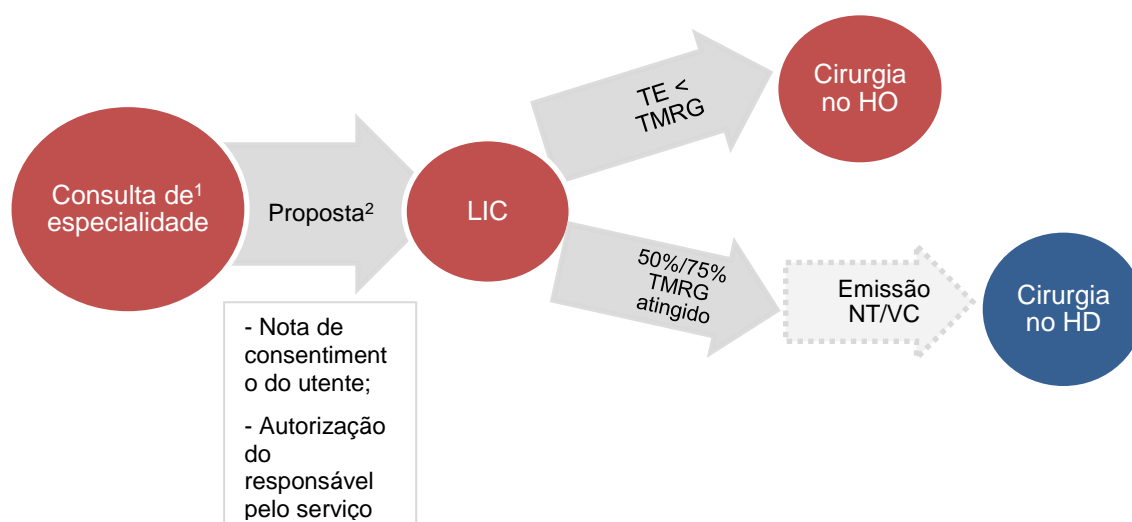
Considerando o objetivo do SIGIC de garantir a igualdade no acesso a cirurgia, nos tempos máximos garantidos, a portaria dos TMRG veio definir para as cirurgias programadas com prioridade de «nível 4» de acordo com a avaliação da especialidade hospitalar o tempo máximo de resposta de 72 horas após a indicação cirúrgica, prioridade «nível 3» 15 dias seguidos, prioridade «nível 2» 60 dias seguidos, prioridade «nível 1» 270 dias seguidos após a indicação clínica e para cirurgia programada na doença oncológica tempos máximos específicos, variáveis em função do nível de prioridade.

²² Já depois da aprovação, pelo Conselho de Administração da ERS, da versão final do presente estudo, a Portaria em causa viu o seu Anexo alterado pela Portaria n.º 179/2014, de 11 de setembro, passando a incluir a necessidade de acompanhamento e monitorização, com uma periodicidade semanal, dos utentes classificados com nível de prioridade 3 e 4 e utentes com diagnóstico de neoplasia maligna (cfr. alínea r) do n.º 53, da Parte IV, da Portaria) e a competência do Diretor Clínico de cada unidade hospitalar de proceder ao agendamento dos utentes referidos anteriormente e reportar mensalmente à URGIC todos os utentes que ultrapassem os TMRG (cfr. alínea f) do n.º 57, da Parte IV, da Portaria).

O SIGIC veio ainda permitir aos utentes escolherem livremente um prestador de natureza social ou privada para a realização da cirurgia, quando a marcação desta num prestador público não ocorrer dentro de um tempo de espera admissível, com base na utilização de um VC, definido nos termos do Regulamento do SIGIC. O Despacho n.º 24 110/2004 do Ministro da Saúde, de 26 de outubro, publicado no Diário da República, 2.ª série, de 23 de novembro, aprovou o clausulado tipo de convenção entre as ARS e entidades privadas para a prestação de cuidados de saúde no âmbito do SIGIC.

No fluxograma que de seguida se apresenta são sintetizadas as principais etapas percorridas pelos utentes no âmbito do SIGIC, posteriormente melhor descritas.

Fluxograma 1: Circuito do SIGIC



Legenda: A vermelho representam-se os procedimentos realizados no hospital de origem, e a azul no hospital de destino.

¹Realização de MCDT quando necessário; ² Inscrição Provisória em LIC até assinatura da nota de consentimento e autorização do responsável.

TE – Tempo de espera; NT – Nota de transferência; HO – Hospital de Origem; HD – Hospital de Destino.

A entrada no SIGIC processa-se por via de consulta de especialidade em unidade hospitalar, quer de natureza pública, quer de natureza social ao abrigo de protocolo com o SNS (hospital protocolado), em que é verificada pelo médico a necessidade de intervenção cirúrgica. A proposta de cirurgia fornecida pelo SIGLIC é preenchida pelo médico proponente da cirurgia e entregue ao responsável pelo serviço cirúrgico e ao

utente, efetivando-se, nesse momento, o registo provisório do utente em LIC naquela unidade hospitalar, denominada de hospital de origem²³.

Para validação da inscrição em LIC, passando o registo do utente para ativo, é necessária a assinatura pelo utente de uma nota de consentimento, que visa esclarecê-lo dos direitos e deveres no âmbito do SIGIC e recolher a sua aprovação relativamente ao registo informático da proposta cirúrgica e o seu compromisso pelo cumprimento das normas do Regulamento do SIGIC, bem como a autorização do responsável pelo serviço cirúrgico, por referência à *legis artis* e com a orientação do serviço. Apenas com base na proposta de cirurgia validada e consentida, o registo da inscrição do utente em LIC se efetiva, sendo emitido um certificado de inscrição, e iniciando-se a partir desse momento a contagem do tempo de espera para cirurgia, para efeitos do cumprimento do preceituado na portaria dos TMRG.

Para além do cumprimento dos TMRG para realização da cirurgia, também o agendamento da mesma deverá ter em conta os prazos definidos pelo regulamento do SIGIC²⁴, concretamente, o agendamento dos utentes classificados no nível 3 de prioridade deve ocorrer no prazo máximo de cinco dias a contar da data da sua inscrição na LIC, dos utentes no nível 2 de prioridade deve ocorrer até ao limite de 50% do tempo máximo de espera previsto, e no nível 1 até ao limite de 75% do tempo máximo de espera previsto, tendo de ser marcada a cirurgia para uma data dentro dos TMRG.

Decorridos os prazos previstos para os utentes classificados nos níveis 2 e 1 sem que tenha sido agendada a cirurgia no hospital de origem do utente, e assim presumindo-se que o hospital de origem não pode garantir, com os seus recursos, a realização da cirurgia dentro dos TMRG, é obrigatória a transferência do utente para outra unidade hospitalar integrada no SNS ou para uma unidade convencionada.

Inicialmente, existindo unidade hospitalar integrada no SNS com capacidade para realizar a cirurgia, a UCGIC emite, através do SIGLIC, uma nota de transferência para o utente, propondo-lhe a seleção de uma das unidades constantes da listagem anexa de hospitais disponíveis, definida, de acordo com o Regulamento do SIGIC²⁵, com base na disponibilidade de capacidade e na proximidade da residência do utente pela

²³ “[...] unidade hospitalar do SNS, do sector privado ou do sector social onde é efetuado pela primeira vez o registo do utente na LIC para um determinado tratamento cirúrgico”, nos termos do Regulamento do SIGIC.

²⁴ Cfr. n.ºs 78 a 80, da Parte V do Regulamento do SIGIC.

²⁵ Cfr. n.º 93, da Parte V do Regulamento do SIGIC.

seguinte ordem: mesmo concelho; concelhos limítrofes; mesmo distrito; menor tempo de espera para os procedimentos pretendidos.

Alternativamente, não existindo hospital de destino²⁶ integrado no SNS disponível para a realização da cirurgia com base nos critérios acima enunciados, ou tendo o utente atingido 100% do TMRG, a UCGIC procede à emissão de um VC, através do SIGLIC, que o utente pode cativar em qualquer hospital do SNS ou convencionado²⁷. O VC habilita o utente a marcar, assente na livre escolha, a cirurgia diretamente num hospital do SNS ou numa das entidades convencionadas no âmbito do SIGIC com capacidade para realizar a intervenção cirúrgica, que conste do VC, ou em qualquer hospital do SNS ou convencionado, que preste os cuidados de que o utente necessita e esteja disponível, ainda que não conste da lista anexa ao VC, sendo que neste caso terá de assumir as despesas de transporte associadas²⁸. Assiste ainda ao utente a possibilidade de recusar o VC, através de meio escrito a enviar para a UCGIC ou URGIC, mantendo a sua inscrição e posição na LIC no seu hospital de origem²⁹. A realização de cirurgia no hospital de destino implica que o utente cativa o VC junto da instituição pela qual tenha optado, assente na liberdade de escolha.

A seleção de hospitais para constarem da listagem em anexo à nota de transferência/VC é processada de forma automática pelo SIGLIC e inclui um algoritmo com as regras do regulamento do SIGIC³⁰. Quer a nota de transferência, quer o VC, habilitam o utente a marcar a cirurgia diretamente numa das entidades de destino, referenciadas no diretório anexo à proposta de transferência, sendo que a diferença entre eles reside no facto da primeira apenas poder ser utilizada em hospitais do SNS e o segundo quer em hospitais do SNS, quer em hospitais convencionados³¹.

Neste ponto, importa questionar se a informação constante do VC, e do ofício que o capeia, será adequada e suficiente para apoiar a livre escolha do utente. Concretamente, no ofício é informado o utente que deve escolher um dos hospitais identificados na lista do VC, não fazendo referência à possibilidade de escolha de outro estabelecimento do sector convencionado ou do SNS, que realize a cirurgia em

²⁶ “[...] unidade hospitalar do SNS ou unidade convencionada no âmbito do SIGIC, onde é realizada a intervenção cirúrgica que foi identificada como necessária no hospital de origem do utente, aquando do seu registo em LIC”, nos termos do Regulamento do SIGIC.

²⁷ Cfr. n.º 108, da Parte V do Regulamento do SIGIC.

²⁸ MGIC (2011). Volume IV – Área Administrativa, ponto 1.1.4.1.2.2.2. Regras de emissão de NT/VC.

²⁹ Cfr. n.º 114, da Parte V do Regulamento do SIGIC.

³⁰ MGIC (2011). Volume IV – Área administrativa.

³¹ MGIC (2011). Volume I – Princípios Gerais, ponto 3.2.1.4.1.7. Emissão e envio da Nota de Transferência ou Vale Cirurgia.

causa e se encontre disponível, ainda que não conste da referida lista, nos termos da alínea b) do número 113, da Parte V do Regulamento do SIGIC. Por outro lado, para cada hospital da lista é feita a menção ao tempo de espera médio, sem que no entanto seja clarificado a que se refere esse tempo médio (se a todos os procedimentos, à especialidade/serviço ou ao procedimento em concreto), nem alertado o utente para o facto de ser um tempo indicativo e não o tempo que, em concreto, terá de esperar se escolher esse prestador.

O processo (tal com consta do fluxograma apresentado anteriormente) termina com a saída da LIC, com a realização da cirurgia no hospital de origem ou no hospital de destino, sendo a data de saída da LIC coincidente com a data da intervenção cirúrgica. No entanto, o utente pode sair de LIC sem ser intervencionado nomeadamente por perda de indicação cirúrgica, desistência, incumprimento das normas do Regulamento do SIGIC, pendência da inscrição a pedido do próprio por um período total superior ao tempo máximo de espera garantido e óbito.

No que se refere às responsabilidades dos hospitais intervenientes, em caso de transferência, o hospital de destino é responsável pelos tratamentos e intercorrências até à alta hospitalar e, após esta, pela cedência até 15 dias das ajudas técnicas necessárias ao adequado tratamento e segurança do utente, assim como de quaisquer complicações dos tratamentos instituídos, identificadas no período de dois meses após a alta, sendo certo que todos os tratamentos ou consultas posteriores são realizados no hospital de origem³².

Todos os procedimentos descritos assentam no SIGLIC, plataforma onde são inseridas, quer pelos hospitais de origem quer pelos hospitais de destino, todas as informações relevantes para o caso concreto de cada utente, exigíveis nos termos do Regulamento do SIGIC.

³² Cfr. n.º 128, da Parte V do Regulamento do SIGIC.

3. Situação internacional da gestão do acesso a cirurgia

Em países onde se verificam elevados tempos de espera, principalmente para cirurgias programadas, políticas de controlo das listas de espera e, principalmente, de redução dos tempos de espera, assumem particular relevância. Exemplos de cirurgias programadas em que elevados tempos de espera têm impactos importantes no estado de saúde da população são a cirurgia às cataratas, à anca e ao joelho, na medida em que o tempo de espera se encontra associado a situações de dor e incapacidade, e os benefícios da cirurgia reduzem-se com o passar do tempo, podendo mesmo levar a situações de incapacidade permanente (Siciliani *et al.*, 2013)³³.

No entanto, enquanto tempos de espera elevados, ou acima do clinicamente aceitável, são uma preocupação para alguns países da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE) – por exemplo, Holanda, Dinamarca, Itália, Portugal, Espanha, Noruega, Turquia, Grécia, Reino Unido, Irlanda, Finlândia, entre outros –, em outros países onde não se verifica habitualmente tempos de espera elevados, este tema não é uma prioridade de política – por exemplo, Alemanha, Bélgica, Estados Unidos, França, Japão, Luxemburgo, Suíça (Siciliani *et al.*, 2013).

No contexto internacional, e mais concretamente nos países da OCDE, as medidas de combate às listas de espera para cirurgia distinguem-se entre políticas do lado da oferta, políticas do lado da procura ou políticas que combinam as duas vertentes.

Assim, como políticas do lado da oferta destaca-se o aumento da produção no sector público através do financiamento de atividade extra, a contratação com o sector privado, o envio de pacientes para tratamento noutros países, o aumento das possibilidades de escolha de prestadores de cuidados de saúde e a melhoria da gestão das listas de espera. Do lado da procura inclui-se a definição de orientações explícitas para agendamento de cirurgia de utentes por prioridades clínicas e o subsídio de seguros privados. Como políticas que combinam procura e a oferta integram-se as de garantias de tempo de espera máximos, com sanções pelo seu incumprimento, concessão de liberdade de escolha aos utentes, e promoção de concorrência entre os prestadores.

A política mais observada nos países da OECD para redução de tempos de espera assenta na definição de tempos máximos de espera (Siciliani *et al.*, 2013), que quando

³³ Siciliani, L., M. Borowitz and V. Moran (eds.) (2013), *Waiting Time Policies in the Health Sector: What Works?*, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing.

excedidos podem, em alguns casos, implicar a possibilidade de escolha de outro prestador, nomeadamente privado, por parte do utente. Muitas vezes a definição de tempos máximos surge em complemento da definição de metas a atingir pelos prestadores de cuidados de saúde de nível primário e secundário.

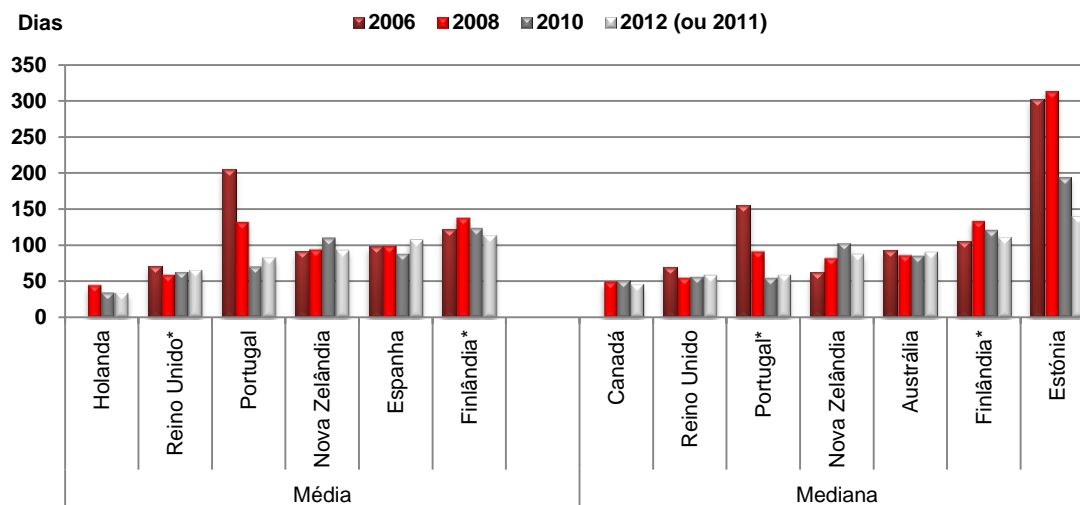
Os tempos máximos de espera definidos são muito diferentes entre países da OCDE, divergindo quanto à sua duração, aos tipos de doença para as quais foram estabelecidos, aos prestadores de cuidados de saúde a que se dirigem e quanto à possibilidade de aplicação de sanções pelo seu incumprimento (Siciliani *et al.*, 2013).

De seguida irão ser apresentados os tempos médios e medianos de espera em alguns países da OCDE, especificamente para cirurgia às cataratas, cirurgia à anca, e cirurgia ao joelho, no período entre 2006 e 2012 (ou 2011, último ano com dados disponíveis para o Reino Unido). A medida aqui apresentada incide sobre os tempos de espera desde que o médico especialista insere um utente na lista de espera até que este é intervencionado.

Considerando os tempos de espera, que constam do gráfico 1, para cirurgia às cataratas desde a avaliação do médico especialista até à cirurgia, entre 2006 a 2012 (ou 2011), verifica-se que os valores médios dos tempos diminuíram no Reino Unido (5 dias), em Portugal (122 dias) e na Finlândia (8 dias), e entre 2008 e 2012, diminuíram na Holanda (11 dias). No entanto, o número de dias médio aumentou na Nova Zelândia (2 dias) e na Espanha (10 dias). No Reino Unido e em Portugal, de 2010 para 2012 (2011, no Reino Unido) verifica-se um aumento dos tempos médios, sendo este aumento mais significativo em Portugal (12 dias) e pouco expressivo no Reino Unido (2 dias).

A mediana dos tempos de espera desde a avaliação do médico especialista até à cirurgia, entre 2008 a 2012, diminuiu no Canadá (4 dias), e entre 2006 e 2012 diminuiu no Reino Unido (10 dias), em Portugal (96 dias), na Austrália (2 dias), e na Estónia (162 dias) e aumentou na Nova Zelândia (26 dias) e na Finlândia (6 dias). O Reino Unido e Portugal, entre 2010 e 2012 (2011 para o Reino Unido), viram a mediana dos tempos de espera aumentar, embora de uma forma pouco expressiva no Reino Unido.

Gráfico 1 – Tempos de espera desde a avaliação do médico especialista até ao tratamento para a cirurgia às cataratas, 2006 a 2012

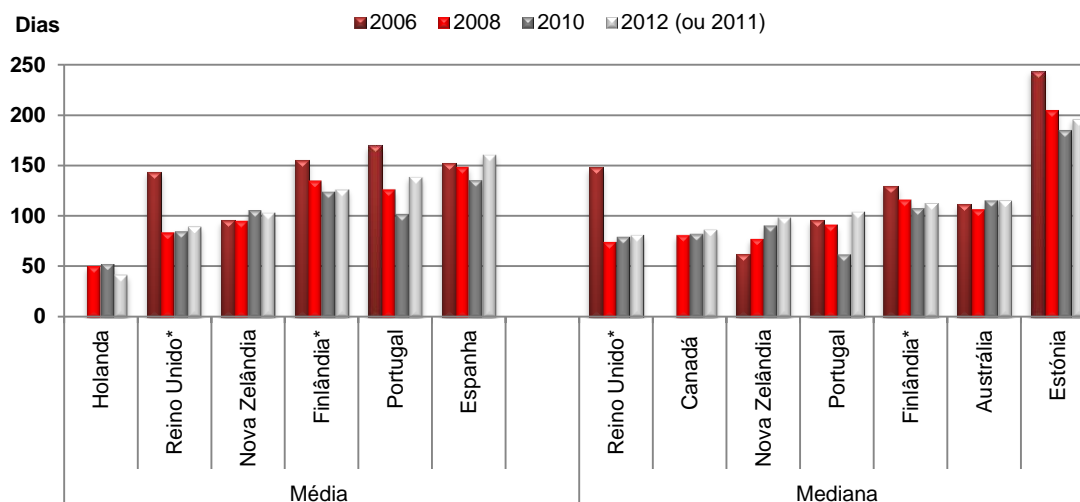


Fonte: OECD Health Statistics 2013, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>. Nota: * dados relativos a 2011, os restantes países exibem os dados relativos a 2012.

Como consta do gráfico 2, os tempos de espera desde a avaliação do médico especialista até à realização da cirurgia à anca, entre 2006 a 2012, em termos médios, diminuíram no Reino Unido (54 dias), na Finlândia (29 dias) e em Portugal (31 dias), e entre 2008 e 2012, diminuíram na Holanda (9 dias). No entanto, o número de dias médio aumentou na Nova Zelândia (8 dias) e na Espanha (9 dias). Constatou-se também que o Reino Unido, a Finlândia e Portugal ainda que tenham exibido um decréscimo do tempo médio de espera, no período em análise, a partir de 2010 viram os tempos médios aumentar, sendo este aumento mais expressivo em Portugal (37 dias), e pouco expressivo no Reino Unido (5 dias) e na Finlândia (2 dias).

Numa análise da mediana dos tempos de espera desde a avaliação do médico especialista até à realização da cirurgia à anca, entre 2006 a 2012, esta diminuiu no Reino Unido (66 dias), na Finlândia (16 dias), e na Estónia (48 dias), sendo certo que a partir de 2010 estes países viram os tempos medianos a aumentar, embora de uma forma pouco expressiva no Reino Unido (2 dias) e Finlândia (5 dias). Mais se acrescenta que, os tempos medianos de espera para cirurgia às cataratas, entre 2006 a 2012, aumentaram na Nova Zelândia (37 dias), Portugal (9 dias) e Austrália (5 dias).

Gráfico 2 – Tempos de espera desde a avaliação do médico especialista até ao tratamento para a cirurgia à anca, 2006 a 2012

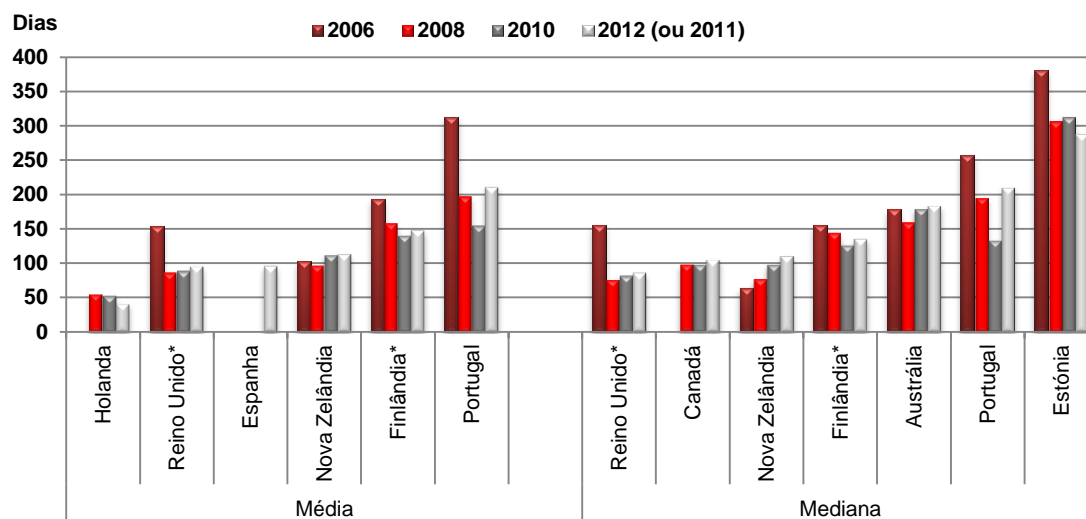


Fonte: OECD Health Statistics 2013, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>. Nota: * dados relativos a 2011, os restantes países exibem os dados relativos a 2012.

Relativamente aos tempos de espera desde a avaliação do médico especialista até ao à realização de cirurgia ao joelho, entre 2006 a 2012, resumidos no gráfico 3, verifica-se que os tempos diminuíram no Reino Unido (57 dias), na Finlândia (45 dias) e em Portugal (102 dias), e entre 2008 e 2012, diminuíram na Holanda (14 dias). No entanto, o número de dias médio aumentou na Nova Zelândia (11 dias). Constatou-se também que o Reino Unido, a Finlândia e Portugal exibiram um decréscimo dos tempos médios, no período em análise, mas de 2010 para 2012 (2011) viram os tempos médios a aumentar, sendo este aumento mais expressivo em Portugal (56 dias) e menos expressivo na Finlândia (8 dias) e no Reino Unido (7 dias).

A mediana dos tempos de espera desde a avaliação do médico especialista até ao tratamento para a cirurgia ao joelho, entre 2006 a 2012, diminuiu no Reino Unido (68 dias), na Finlândia (19 dias), em Portugal (47 dias) e na Estónia (93 dias), ainda que a partir de 2010, tenha aumentado no Reino Unido (4 dias) e na Finlândia (9 dias), embora de uma forma pouco expressiva, e mais acentuada em Portugal (76 dias). Mais se acrescenta que, a mediana dos tempos de espera, entre 2006 a 2012, aumentou na Nova Zelândia (47 dias) e na Austrália (6 dias).

Gráfico 3 – Tempos de espera desde a avaliação do médico especialista até ao tratamento para a cirurgia ao joelho, 2006 a 2012



Fonte: OECD Health Statistics 2013, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>. Nota: * dados relativos a 2011, os restantes países exibem os dados relativos a 2012. Espanha somente exibiu dados para 2012.

Tal como destacado anteriormente, ao longo da última década a determinação dos tempos máximos de espera tem-se tornado o instrumento político mais comum para combater a longa espera em vários países. Por exemplo, na Finlândia, a introdução dos tempos máximos de espera garantidos, em 2005, levou a uma redução na espera para a cirurgia programada (Jonsson *et al.*, 2013)³⁴. Na generalidade dos países, a adoção deste tipo de políticas estabelece-se de acordo com duas abordagens principais: definição dos tempos máximos com os prestadores de cuidados de saúde responsáveis por consecução dessas metas; atribuição de liberdade de escolha aos utentes para que possam optar por prestadores de cuidados de saúde alternativos, incluindo do sector privado, quando ultrapassado o tempo máximo (Siciliani *et al.*, 2013). Portugal, Holanda e Dinamarca introduziram, nas suas políticas de saúde, a possibilidade de escolha por parte do utente, incluindo no sector privado, quando ultrapassado o tempo máximo, assentando assim num modelo de contratação que permitiu diminuir os tempos de espera para cirurgias programadas, medida recentemente também adotada pela Inglaterra.

Por último, importa aqui destacar que a imposição cada vez mais generalizada de tempos máximos de espera, por parte dos países membros da União Europeia (UE), é consistente com o exercício dos direitos dos doentes em matéria de cuidados de

³⁴ Chapter 7 – Finland em Siciliani, L., M. Borowitz and V. Moran (eds.) (2013), *Waiting Time Policies in the Health Sector: What Works?*, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing.

saúde transfronteiriços definidos na Diretiva 2011/24/UE do Parlamento Europeu e do Conselho, de 9 de março de 2011³⁵. Nesse sentido, se os utentes não recebem o tratamento no tempo máximo definido por cada país, poderão procurar tratamento no estrangeiro ao abrigo da Diretiva. Com efeito, e de acordo com um inquérito efetuado em maio de 2007 pela Comissão Europeia sobre cuidados de saúde transfronteiriços na UE, a 1000 residentes de cada Estado Membro, 64% dos inquiridos revelaram disponibilidade para viajar para outro país para obtenção dos tratamentos com tempos de espera mais reduzidos³⁶. O documento “*Impact Assessment*”, de 2008, refere que, num inquérito aplicado na UE, a maioria dos utentes afirmou que será normal viajar longas distâncias para a obtenção de cuidados de saúde em 2020.

³⁵ Ver estudo intitulado “*Análise do Impacto da Diretiva 2011/24/UE do Parlamento Europeu e do Conselho, de 9 de março de 2011, Relativa ao Exercício dos Direitos dos Doentes em Matéria de Cuidados de saúde Transfronteiriços sobre o Sistema de Saúde Português*”, publicado pela ERS no sítio eletrónico www.ers.pt.

³⁶ Ver Comissão Europeia (2007), “*Eurobarometer: Cross-border Health Services in the EU Analytical Report*”, Reaxys Database Information.

4. Acesso

O acesso dos utentes aos cuidados de saúde prestados no âmbito do SIGIC inicia-se com a entrada em LIC, mediante a proposta de cirurgia pelo médico especialista em consulta no hospital de origem, definido nos termos do Regulamento do SIGIC como “[...] unidade hospitalar do SNS, do sector privado ou do sector social onde é efetuado pela primeira vez o registo do utente na LIC para um determinado tratamento cirúrgico”³⁷, sendo os últimos denominados de hospitais protocolados, por deterem protocolos de colaboração com o SNS para figurarem como hospitais de origem.

Porém o acesso concretizado pela realização da cirurgia propriamente dita, pode acontecer no hospital de origem, bem como, caso este não tenha capacidade para realizar a cirurgia dentro do TMRG correspondente à prioridade atribuída ao utente, num hospital de destino, “[...] unidade hospitalar do SNS ou unidade convencionada no âmbito do SIGIC, onde é realizada a intervenção cirúrgica que foi identificada como necessária no hospital de origem do utente, aquando do seu registo em LIC”³⁸, sendo que a transferência para um hospital de destino depende da emissão pela UCGIC de uma nota de transferência ou de um VC, cativada pelo utente junto de um prestador com capacidade para a realização da cirurgia em causa, assente na livre escolha.

Assim, a análise do acesso será realizada considerando dois momentos: o de acesso a cirurgia no hospital de origem, caso este tenha capacidade para a sua realização dentro do TMRG (e neste caso apenas devem ser considerados hospitais do SNS e hospitais protocolados); e de acesso à cirurgia em hospital de destino, ao abrigo de VC (para a qual contribuem quer hospitais do SNS, quer convencionados).

Esclareça-se que existem hospitais do setor social que detêm a dupla competência de hospital de origem e de hospital de destino, sendo hospitais de origem por via de protocolo com o SNS para o efeito, e hospitais de destino mediante contrato de convenção, sendo os dois tipos de acordos distintos. Deste modo, a detenção de um protocolo com o SNS não habilita diretamente o hospital em causa a atuar como hospital de destino, ou seja, não lhe confere a natureza de convencionado³⁹.

Nesta secção procede-se, em primeiro lugar, à análise do acesso à cirurgia no âmbito do SIGIC, mediante a evolução da dimensão das LIC nos hospitais de origem (SNS e

³⁷ Cfr. n.º 39, da Parte II do Regulamento do SIGIC.

³⁸ Cfr. n.º 40, da Parte II do Regulamento do SIGIC.

³⁹ A título de exemplo refira-se a Associação Protetora dos Diabéticos de Portugal (APDP) e a Santa Casa da Misericórdia de Benavente que apenas figuram como hospitais de origem, e não como hospitais de destino convencionados.

protocolados), os tempos de espera que se lhe encontram associados e a percentagem de episódios prioritários face ao total. Em segundo lugar, é descrita a oferta e realizada uma análise de proximidade, distinguindo entre hospitais de origem e hospitais de destino. Por último, procura-se aferir do ajustamento da capacidade dos hospitais de origem face à sua procura, por meio do cálculo do rácio de emissão de VC face às entradas, e da percentagem de cirurgias em ambulatório no total de cirurgias.

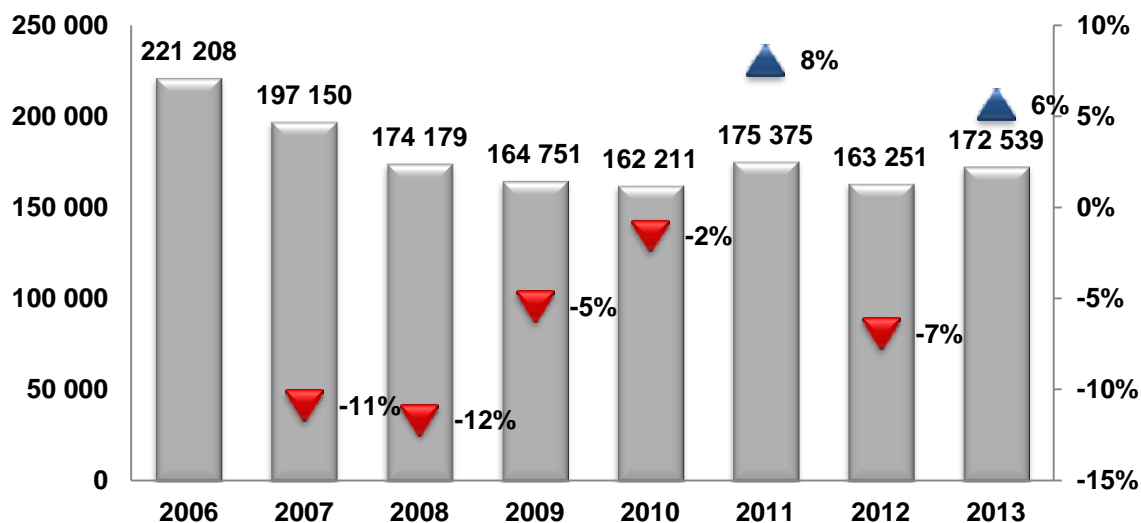
Considerando ainda, o papel fundamental de cada uma das ARS na estruturação e organização da resposta do SNS nas áreas sob sua influência, consideraram-se os fluxos de utentes entre ARS, bem como a sua capacidade quer por comparação com a procura efetiva, quer para resolução das cirurgias dos utentes aí residentes.

No entanto, importará ressaltar que o acesso a cirurgias pode ser prejudicado quer por dificuldades de acesso à consulta hospitalar, no âmbito da qual se procede à proposta cirúrgica, quer na realização de MCDT, como se verá casuisticamente com mais detalhe na secção 6.2., onde se procederá à descrição dos principais constrangimentos reportados à ERS.

4.1. Evolução dos tempos e listas de espera

Considerado o objetivo do SIGIC de promover uma gestão integrada, e de forma continuada, da lista de inscritos para cirurgia nos estabelecimentos do SNS, e não simplesmente a redução das listas de espera, verifica-se que o número de utentes em LIC diminuiu entre 2006 e 2010 e entre 2011 e 2012, tendo aumentado 8% de 2010 para 2011, e 6% de 2012 para 2013, nos hospitais do SNS (ver gráfico 4).

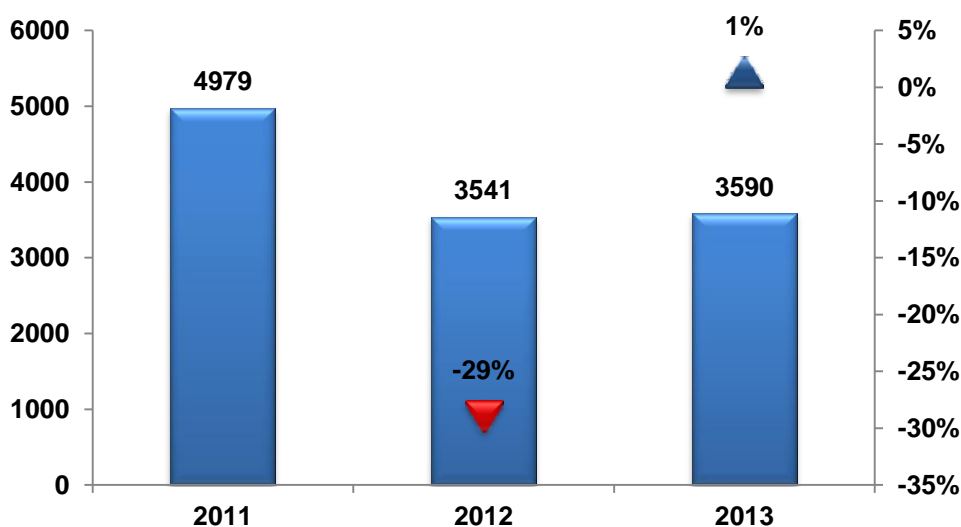
Gráfico 4 – Número de utentes em LIC nos hospitais do SNS, e variação



Fonte: Elaboração própria com base nos dados da UCGIC.

Em 2011, ano em que os hospitais protocolados passaram a constar nos relatórios de atividade cirúrgica programada da ACSS, o número de inscritos em LIC nestes hospitais representava cerca de 3% do total de inscritos em toda a rede do SIGIC. No ano seguinte, a LIC nos hospitais protocolados diminuiu 29%, aumentando no último ano de análise em apenas 1% (ver gráfico 5).

Gráfico 5 – Número de utentes em LIC nos hospitais protocolados, e variação



Fonte: Elaboração própria com base nos dados da UCGIC.

Numa ótica regional, foi analisada a taxa de crescimento de número de utentes inscritos em LIC, nos hospitais do SNS entre 2010 e 2013, e entre 2011 e 2013 no caso dos hospitais protocolados. Da análise da tabela *infra* retira-se que nos hospitais do SNS, a nível nacional, a LIC cresceu 2%, no período em análise, destacando-se, a nível regional, a ARS Alentejo, por ter exibido uma taxa superior às restantes ARS, com um crescimento de 5%, e a ARS Norte, por ser a única a exibir um decréscimo de utentes inscritos em LIC.

Nos hospitais protocolados, considera-se o intervalo compreendido entre 2011⁴⁰ e 2013. A nível nacional, verificou-se uma redução de utentes inscritos em LIC na ordem dos 10%, e a nível regional, realça-se a ARS Norte que apresentou uma taxa de crescimento negativa, de 13%, e a ARS Lisboa e Vale do Tejo que exibiu uma taxa de crescimento de 165%. Esta última taxa é explicada pelo valor muito baixo apresentado no primeiro ano em análise. As ARS Alentejo e Algarve não têm qualquer prestador protocolado.

Tabela 1 – Taxa de crescimento de utentes em LIC

ARS	H. SNS 2010-2013	H. Protocolados 2011-2013
Norte	-1%	-13%
Centro	2%	8%
LVT	4%	165%
Alentejo	5%	-
Algarve	1%	-
Nacional	2%	-10%

Fonte: Elaboração própria com base nos dados da UCGIC.

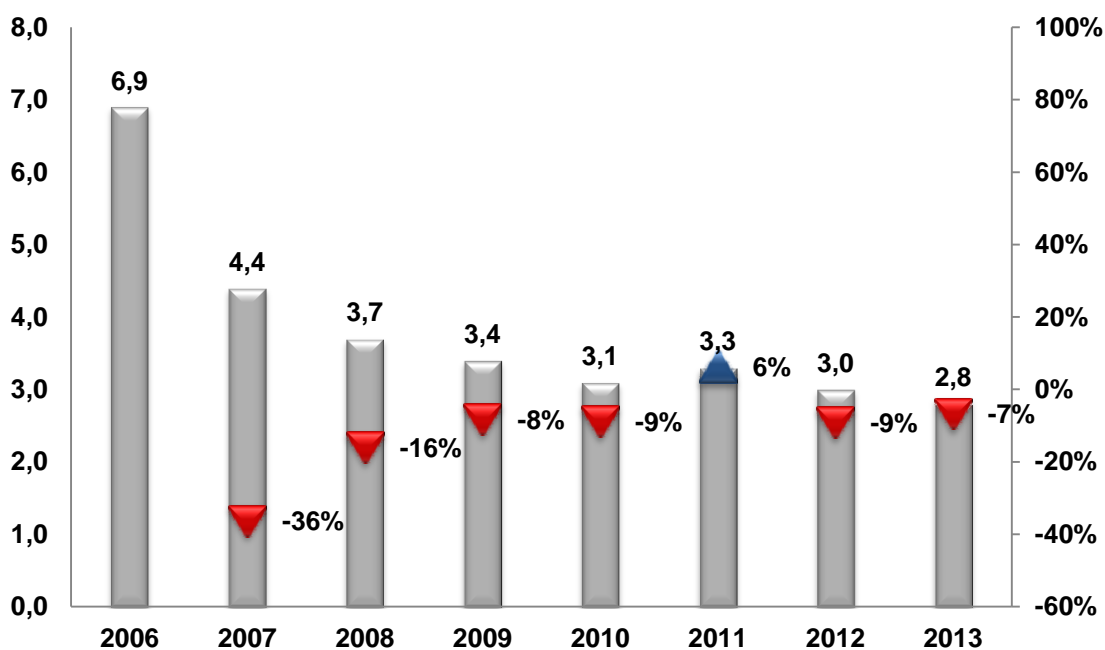
Porém, importa também analisar, para além da dimensão da LIC, o tempo de espera a que os utentes estão sujeitos para realização da cirurgia no SNS.

As análises que de seguida se apresentam têm em conta o tempo de espera dos utentes inscritos em LIC, focando-se no período entre 2006 e 2013, incluindo hospitais do SNS e hospitais protocolados, na sua qualidade de hospital de origem.

⁴⁰ Em 2011, os hospitais Protocolados passaram a estar integrados nos relatórios do SIGIC da ACSS.

A mediana do tempo de espera da LIC, sintetizada na tabela seguinte, a nível nacional, nos hospitais do SNS e nos hospitais protocolados diminuiu dos 6,9 meses, em 2006, para os 2,8 meses, em 2013. Seguindo a tendência apresentada pelo número de utentes em LIC, reduzindo-se de 2006 até 2010. A redução mais acentuada foi observada no primeiro ano e a tendência de redução foi contrariada apenas em 2011, com um crescimento na ordem dos 6%, inferior em valor absoluto às variações anuais negativas apresentadas. Apesar da introdução dos hospitais protocolados nos relatórios do SIGIC da ACSS, em 2011, não se conclui que o aumento da mediana exibido neste ano esteja associado a um tempo superior de espera nos referidos hospitais.

Gráfico 6 – Mediana do tempo de espera da LIC dos hospitais de origem (em meses), e variação



Fonte: Elaboração própria com base nos dados da UCGIC.

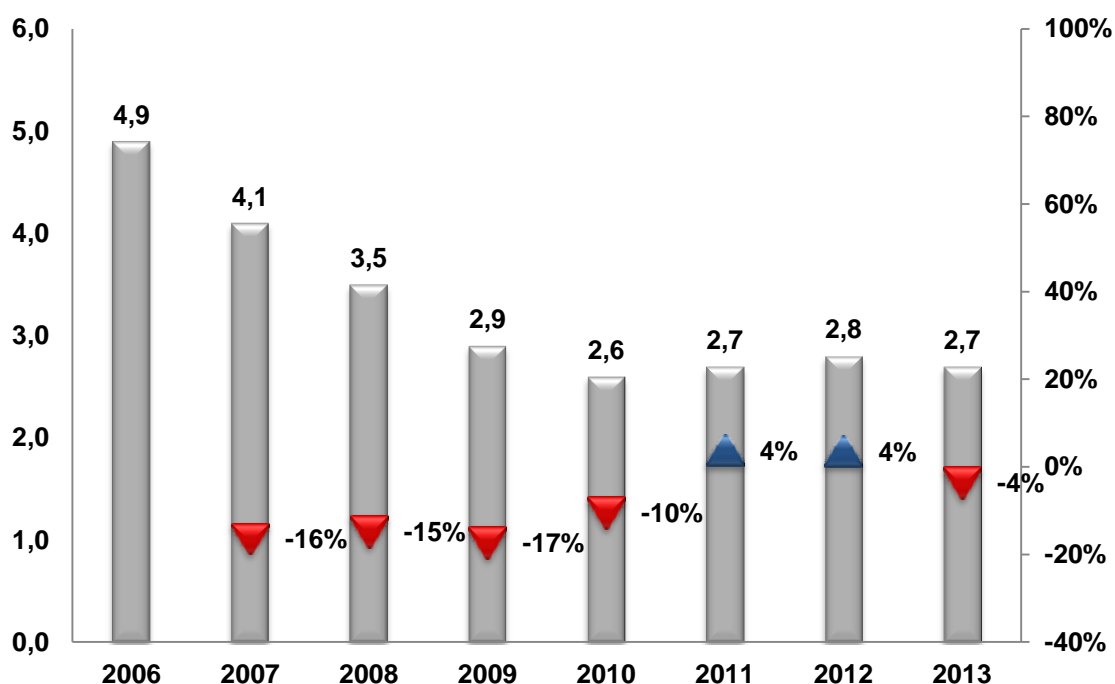
Clarifique-se, quanto aos indicadores acima analisados, que de acordo com o formulário em anexo ao Relatório de Cirurgia Programada do Ano de 2012, da UCGIC, o indicador denominado “LIC” refere-se ao número de episódios a aguardar cirurgia numa determinada data, e o cálculo da média e mediana do tempo de espera dos utentes inscritos em LIC tem por base o tempo decorrido desde a entrada na LIC até à data de extração dos dados para cada utente a aguardar cirurgia nessa data. Por este

motivo, tais indicadores e a sua variabilidade dependem crucialmente do momento da extração dos dados.

Um indicador menos afetado por essa dependência do momento de extração de dados, e cuja evolução se apresenta seguidamente, é a média do tempo de espera dos utentes operados, a qual se cinge aos utentes que foram efetivamente intervencionados.

A média do tempo de espera para os operados, a nível nacional, nos hospitais do SNS e nos hospitais protocolados diminuiu dos 4,9 meses, em 2006, para os 2,7 meses, em 2013. Entre 2006 e 2010, repetiu-se a tendência decrescente anteriormente observada e o aumento em 2011. Entre 2010 e 2011 e entre 2011 e 2012 a média do tempo de espera para os operados aumentou 4%, diminuindo 4% em 2013 (ver gráfico 7).

Gráfico 7 – Média do tempo de espera dos operados dos hospitais de origem (em meses), e variação



Fonte: Elaboração própria com base nos dados da UCGIC.

Através da análise do gráfico *infra*, verifica-se que a percentagem de utentes inscritos que ultrapassaram os TMRG diminuiu 31 pontos percentuais (p.p.) de 2006 para 2013, e entre 2006 e 2007 verificou-se a maior redução, de 20 p.p., do período em análise.

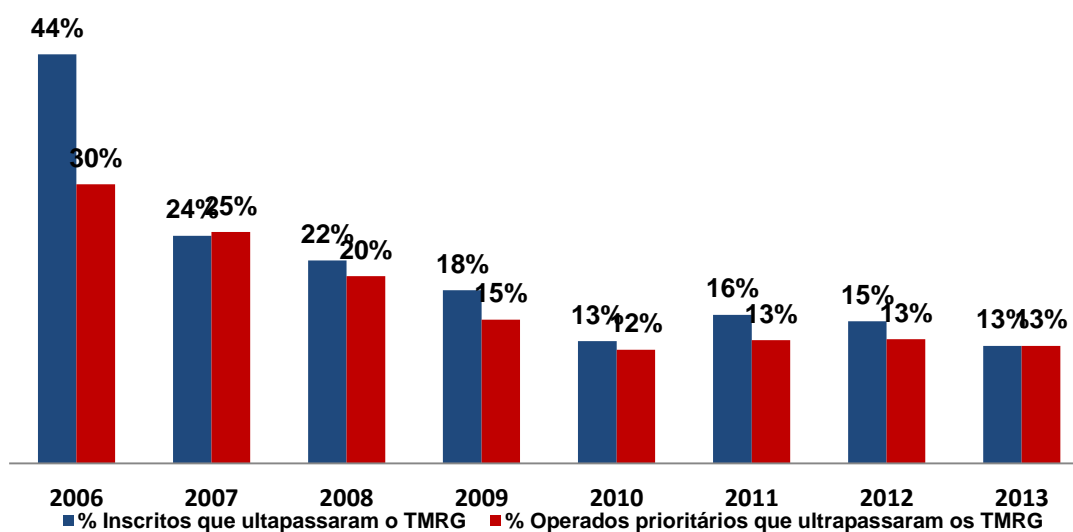
Por outro lado, a percentagem de utentes operados prioritários⁴¹ que ultrapassou os TMRG diminuiu 17 p.p. entre 2006 e 2013, mantendo-se a percentagem estável a partir de 2011.

Para análise do referido indicador cumpre ter em consideração que os TMRG foram estabelecidos apenas em 2008, com a Portaria n.º 1529/2008, 26 de dezembro. Assim, sendo esta Portaria do ano de 2008, os tempos máximos de espera considerados até esse ano (ou seja, entre 2006 e 2008 no gráfico 8), e aos quais o primeiro regulamento do SIGIC⁴² se referia, não são exatamente idênticos aos definidos na Portaria n.º 1529/2008, 26 de dezembro. Com efeito, o “Manual de Gestão de Inscritos para Cirurgia – Processo de Gestão do Utente”, publicado pelo Ministério da Saúde em 15/02/2005, previa para os utentes classificados com prioridade de nível 4, 3 e 2 os mesmos tempos máximos da Portaria dos TMRG, respetivamente 72 horas, 15 dias e 60 dias. Porém, enquanto a Portaria dos TMRG define o tempo máximo de 270 dias para os utentes com prioridade nível 1, o Manual inclui no nível 1 “[t]odas as situações clínicas que de acordo com a *legis artis* devam ser objecto de intervenção cirúrgica no período correspondente ao tempo de espera admissível”, sem menção precisa sobre o que se entende por “tempo de espera admissível”. A análise apresentada deve ter em consideração esta particularidade.

⁴¹ Define-se “% Operados prioritários” como percentagem de episódios operados de forma programada classificados como prioritários (prioridade 2, 3 ou 4) face ao total de episódios operados, nos termos do Formulário em anexo ao Relatório da Atividade em Cirurgia Programada de 2012, da ACSS.

⁴² Portaria n.º 1450/2004, de 25 de novembro.

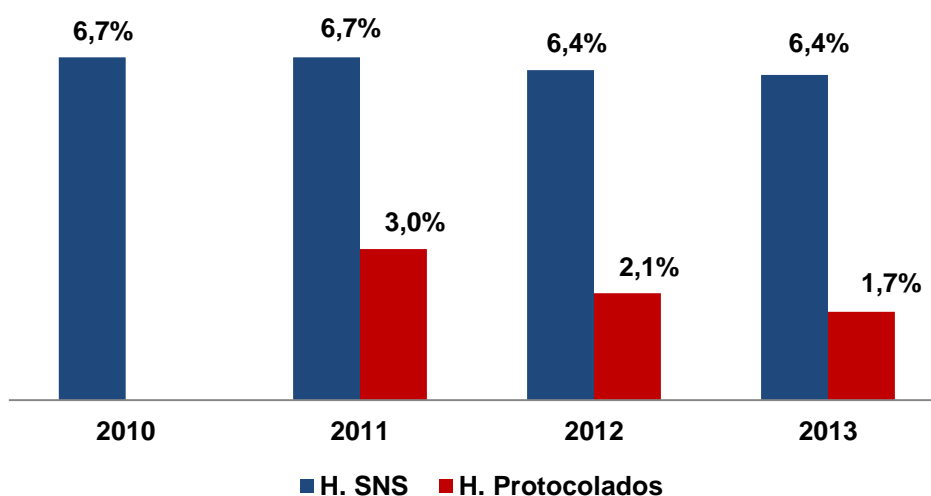
Gráfico 8 – Percentagem de inscritos e de utentes operados prioritários que ultrapassaram o TMRG



Fonte: Elaboração própria com base nos dados da UCGIC.

Na análise do número de utentes inscritos em LIC, nos hospitais do SNS e nos hospitais protocolados, foram também analisados os episódios prioritários em LIC, entre 2010 e 2013 (entre 2011 e 2013 no caso dos hospitais protocolados). Da análise do gráfico *infra* retira-se que os hospitais do SNS, a nível nacional, exibiram, no período em análise, uma percentagem de episódios prioritários relativamente ao número total de episódios a aguardar cirurgia em torno dos 6,5%. Foi também verificado que entre 2010 e 2013 os utentes inscritos em LIC, identificados como prioritários (prioridade de nível 2, 3 ou 4) relativamente ao número de episódios a aguardar cirurgia diminuiu 0,3 p.p.. Relativamente aos hospitais protocolados, verifica-se que o rácio de episódios prioritários face ao número de episódios a aguardar cirurgia diminuiu 1,3 p.p., entre 2013 e 2011.

Gráfico 9 – Percentagem de episódios prioritários relativamente ao número total de episódios



Fonte: Elaboração própria com base nos dados da UCGIC.

Em termos gerais, constata-se que os hospitais do SNS exibem uma percentagem superior de episódios prioritários⁴³ relativamente ao número total de episódios quando comparados com os hospitais protocolados.

Em suma, do que resulta com mais relevância dos indicadores da presente secção, as LIC e a mediana dos tempos de espera dos utentes em LIC apresentaram uma tendência decrescente entre 2006 e 2012, apenas interrompida em 2011. A média do tempo de espera dos utentes efetivamente operados apresentou tendência decrescente até 2010, aumentando em 2011 e 2012. De 2012 para 2013 a mediana do tempo de espera da LIC e a média do tempo de espera dos operados diminuíram, embora a LIC tenha aumentado.

As percentagens de inscritos e de operados prioritários que ultrapassaram o TMRG apresentaram tendência decrescente até 2010, um aumento em 2011, e estabilização a partir de 2012.

No período considerado, os hospitais do SNS apresentaram sempre uma maior percentagem de episódios prioritários relativamente ao número total de episódios, quando comparados com os hospitais protocolados, o que poderá evidenciar uma casuística de maior complexidade e uma maior necessidade de resposta célere das entradas em LIC, por parte dos hospitais do SNS.

⁴³ Entende-se por episódios prioritários os episódios operados de forma programada classificados com prioridade 2, 3 ou 4.

4.2. Descrição da oferta e análise da proximidade

Na presente seção é identificada a oferta dos hospitais do SNS, hospitais protocolados e hospitais convencionados, numa ótica de localização geográfica com respeito ao concelho ao qual pertence cada estabelecimento, tendo em consideração a divisão do território Continental por ARS (ver figura 1).

Figura 1 – Estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde no SIGIC



Fonte: Elaboração própria.

A informação constante do presente estudo foi fornecida pela UCGIC, na sequência de solicitação da ERS, encontrando-se no anexo II a lista de todos os prestadores, na qual os hospitais do SNS surgem integrados no respetivo Centro Hospitalar ou Unidade Local de Saúde, quando aplicável.⁴⁴

Na tabela que de seguida se apresenta, é resumido o número de prestadores, por ARS, e por natureza. Considerando os hospitais de origem, existem 94 estabelecimentos do SNS⁴⁵ com capacidade para realizar cirurgias, cuja maioria se encontra localizada na ARS Norte e apenas três na ARS Algarve, e 16 hospitais protocolados⁴⁶ (natureza social), concentrados maioritariamente na ARS Norte. As ARS Alentejo e Algarve não detêm qualquer estabelecimento de natureza social na sua área de influência.

Os prestadores convencionados⁴⁷, de natureza social ou privada, que figuram como hospitais de destino, totalizam 58, encontrando-se a sua maioria na ARS Norte e apenas três na ARS Alentejo.

Tabela 2 – Número de prestadores por ARS e natureza

ARS	H. SNS	H. Protocolados	H. Convencionados	Total
Norte	32	10	21	63
Centro	22	1	12	35
LVT	31	5	15	51
Alentejo	6	0	3	9
Algarve	3	0	7	10
Total	94	16	58	168

Fonte: Elaboração própria com base nos dados da UCGIC.

⁴⁴ Cumpre assinalar que a informação pública sobre a listagem de convencionados no âmbito do SIGIC, disponível no Portal da Saúde (www.portaldasaude.pt), consultada a 31 de julho de 2014, se encontrava desatualizada, por isso apresentando diferenças face à informação aqui descrita.

⁴⁵ Não foram contemplados os hospitais do SNS cuja tipologia exclui a realização de cirurgias.

⁴⁶ De acordo com a informação disponibilizada pela UCGIC, os hospitais protocolados Hospital da Cruz Vermelha Portuguesa e Hospital Ortopédico de Sant'Ana, localizados na ARS Lisboa e Vale do Tejo, embora tendo produção cirúrgica ao abrigo do SNS, não se encontram a centralizar os dados relativos a essa produção junto da ACSS por questões de natureza informática. Assim, estes estabelecimentos são considerados apenas na análise da proximidade

⁴⁷ Os prestadores Idealmed III - Serviços de Saúde, Lda e Hospital Privado de Santarém embora tendo assinado convenção ao abrigo do SIGIC, no final de 2013, só começaram a apresentar produção cirúrgica em 2014, pelo que não serão considerados em nenhuma das análises que de seguida se apresentam.

Deve notar-se que alguns prestadores de natureza social são simultaneamente protocolados e convencionados, e assim contabilizados nas duas categorias.

Feita a descrição da oferta e apresentada a sua localização, de seguida é avaliada a proximidade dos utentes à rede de oferta de cuidados de saúde no âmbito do SIGIC. Na análise da proximidade consideram-se, num primeiro momento, os estabelecimentos do SNS e os protocolados e, num segundo momento, a rede de estabelecimentos do SNS e convencionados.

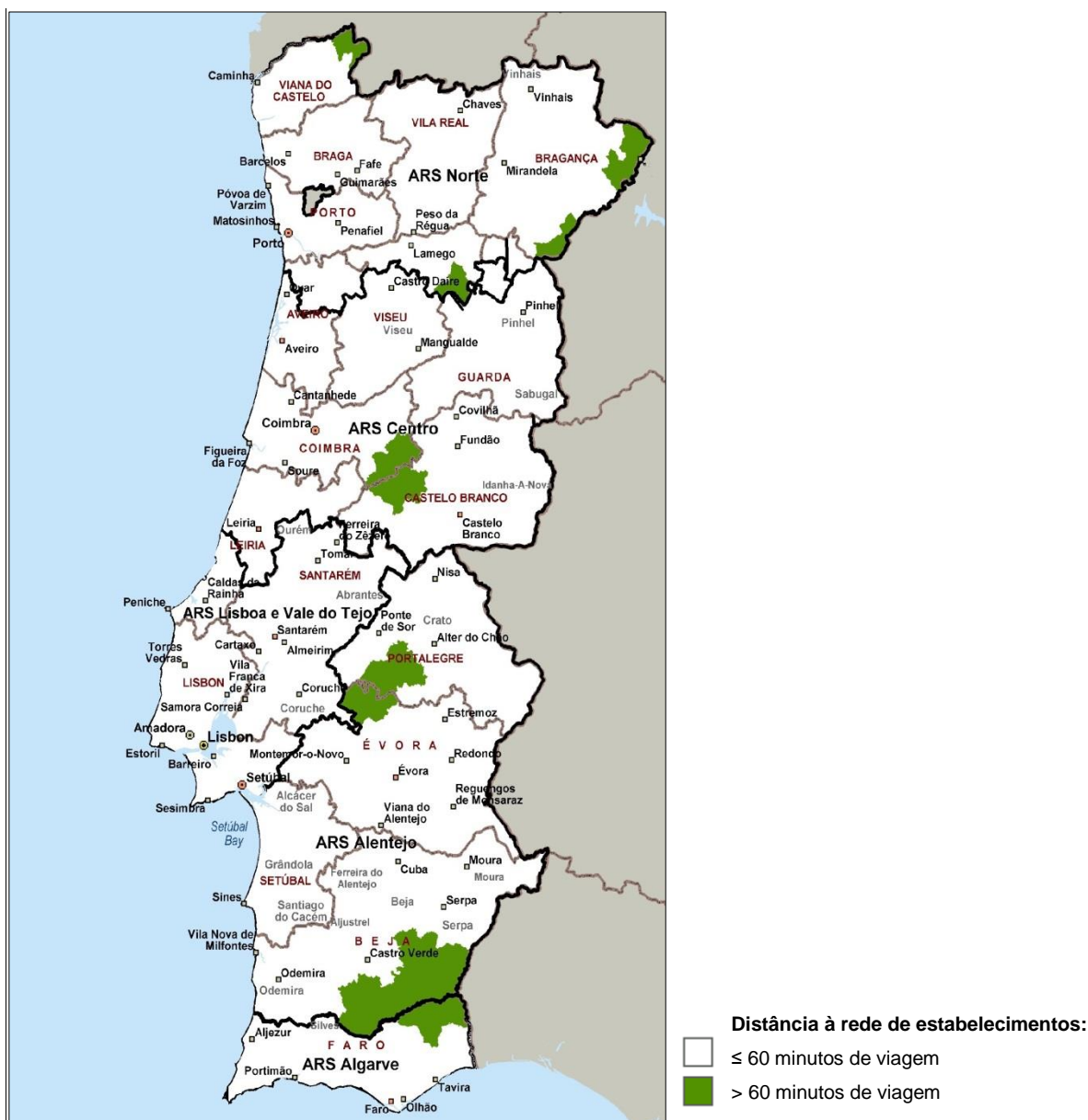
Seguindo os pressupostos adotados no “Estudo para a Carta Hospitalar”, realizado pela ERS em 2012⁴⁸, foi considerado inicialmente como limite máximo admissível em todas as áreas de influência primárias um tempo de viagem para qualquer residente até ao hospital de 90 minutos.⁴⁹ No entanto, considerando que a população se encontra totalmente abrangida pelo menos por um hospital de origem e de destino até 90 minutos, definiu-se para a presente análise tempos de viagem em estrada de 60 minutos para a caracterização da dimensão geográfica do acesso.

A este propósito veja-se a figura 2 que apresenta a cobertura populacional dos utentes à rede de oferta de cuidados de saúde no âmbito do SIGIC, considerando o limite dos 60 minutos.

⁴⁸ Disponível no sítio eletrónico da ERS em www.ers.pt.

⁴⁹ No estudo foi evidenciado como limite máximo admissível em todas as áreas de influência primárias um tempo de viagem para qualquer residente até ao hospital de 90 minutos, considerando atendimentos não urgentes.

Figura 2 – Cobertura populacional dos estabelecimentos do SNS e protocolados no SIGIC



Fonte: Elaboração própria.

De acordo com a tabela *infra* e numa vertente nacional, quanto à cobertura populacional dos estabelecimentos, pertencentes ao SNS e protocolados, que prestam cuidados de saúde no âmbito do SIGIC, verifica-se que 9.976.649 habitantes são cobertos pelas áreas de abrangência até 60 minutos de viagem em estrada, ou seja, cerca de 99,3% da população de Portugal continental. Os restantes 66.871 habitantes encontram-se a uma distância/tempo superior a 60 minutos de viagem em estrada, o que equivale a 0,7% do total da população de Portugal continental. Numa vertente regional, a cobertura populacional não varia de uma forma acentuada entre cada uma

das ARS, com exceção da ARS Alentejo que ainda assim exibe uma cobertura de 95,3% do total da população dessa região.

Tabela 3 – Cobertura populacional dos estabelecimentos do SNS e protocolados no âmbito do SIGIC⁵⁰

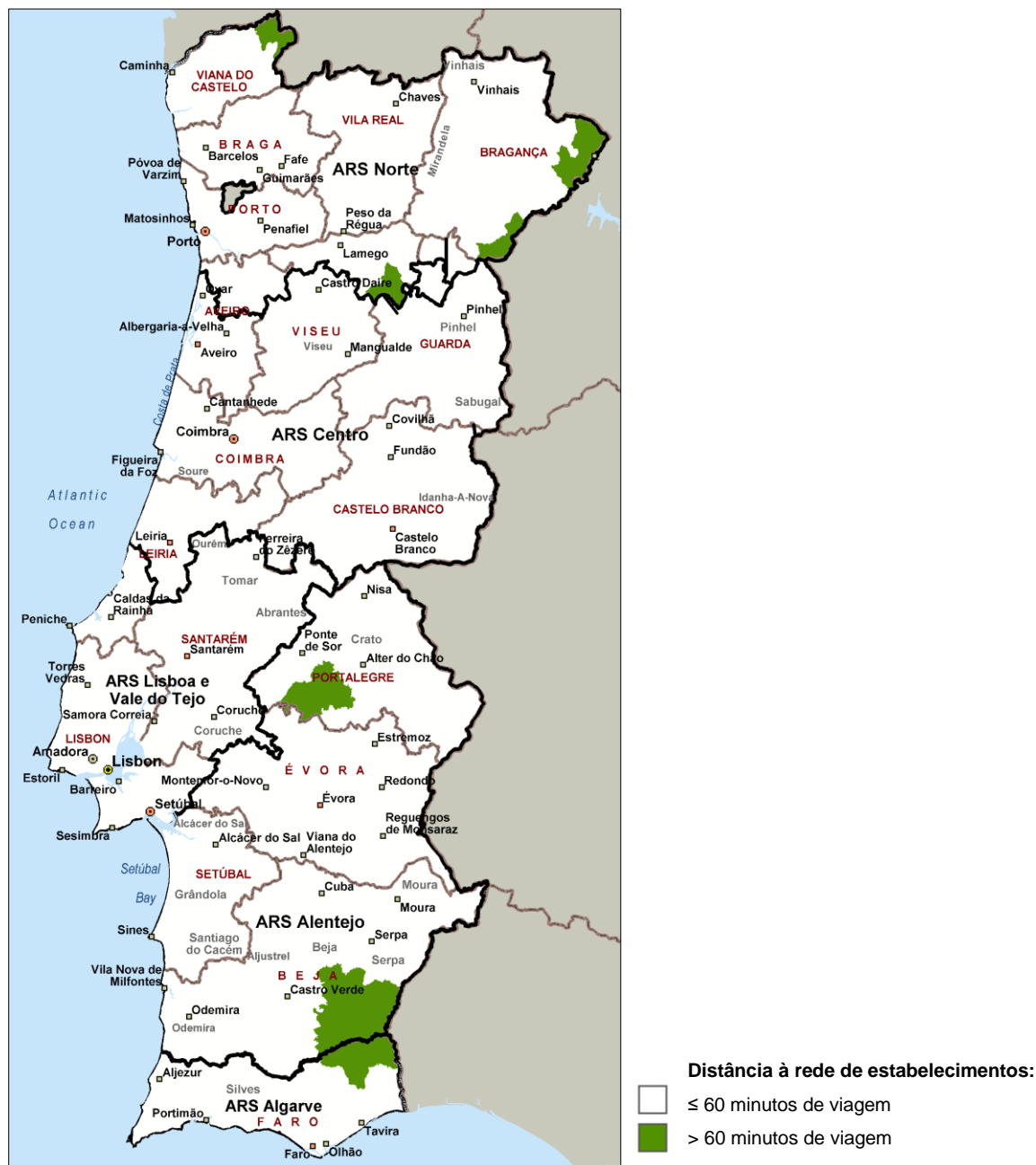
ARS	Inferior ou igual a 60 minutos: População abrangida	Inferior ou igual a 60 minutos: % da População abrangida
Norte	3.640.580	99,3%
Cento	1.698.000	99,1%
LVT	3.651.394	100,0%
Alentejo	478.139	95,3%
Algarve	441.665	99,4%
Nacional	9.976.649	99,3%

Fonte: Elaboração própria com base na informação do INE.

Na análise que de seguida se apresenta, relativa a um segundo momento de acesso, consubstanciado na emissão de nota de transferência/VC, foi considerada a oferta constituída pelos estabelecimentos do SNS e convencionados. Veja-se a figura 4 que apresenta a cobertura populacional dos estabelecimentos cuidados de saúde no âmbito do SIGIC, considerado o tempo de viagem em estrada de referência de 60 minutos.

⁵⁰ Os concelhos que, de acordo com a análise realizada, evidenciaram que a população não está coberta por áreas de influência até 60 minutos de estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde no âmbito do SIGIC, do SNS e protocolados, são: Freixo de Espada à Cinta, Melgaço, Miranda do Douro e Sernancelhe, na ARS Norte, Meda, Oleiros, e Pampilhosa da Serra, na ARS Centro, Almodôvar, Avis, Mértola e Mora, na ARS Alentejo e Alcoutim na ARS Algarve.

Figura 3 – Cobertura populacional de estabelecimentos do SNS e convencionados no SIGIC



Fonte: Elaboração própria.

De acordo com a tabela *infra* e numa vertente nacional, quanto à cobertura populacional dos estabelecimentos pertencentes aos SNS e os convencionados que prestam cuidados de saúde no âmbito do SIGIC, resulta que 9.931.737 habitantes⁵¹ são cobertos pelas áreas de abrangência até 60 minutos de viagem em estrada, ou

⁵¹ Foi considerada a população residente em 2012, com base em dados publicados pelo INE. Importa notar que, de acordo com o INE, a última atualização relativa aos dados da população residente foi em 14 de junho de 2013.

seja, cerca de 99,5% da população de Portugal Continental. Da comparação dos resultados com a análise anteriormente exibida verifica-se um aumento da cobertura populacional em 0,2 p.p.. Numa vertente regional, a cobertura populacional melhorou, face à análise anterior, na ARS Centro, em 0,6 p.p. e na ARS Alentejo, em 2,4 p.p. (que corresponde a 12.101 habitantes).

Tabela 4 – Cobertura populacional de estabelecimentos do SNS e convencionados no âmbito do SIGIC⁵²

ARS	Inferior ou igual a 60 minutos: População abrangida	Inferior ou igual a 60 minutos: % da População abrangida
Norte	3.640.580	99,3%
Cento	1.707.858	99,7%
LVT	3.651.394	100,0%
Alentejo	490.240	97,7%
Algarve	441.665	99,4%
Nacional	9.931.737	99,5%

Fonte: Elaboração própria com base na informação do INE.

Conclui-se que a maioria dos hospitais de origem (SNS e protocolados) se encontra na ARS Norte, seguida da ARS Lisboa e Vale do Tejo, tendo a ARS Algarve o menor número de hospitais de origem.

Da análise da proximidade à rede de hospitais de origem e de destino conclui-se que todas as populações do território continental se encontram a menos de 90 minutos de viagem de um ponto de oferta. Constata-se ainda que somente 0,7% da população se localiza a mais de 60 minutos de viagem de um hospital de origem (SNS ou protocolado), percentagem que é de 0,5% quando se considera a rede de hospitais de destino (SNS e convencionados).

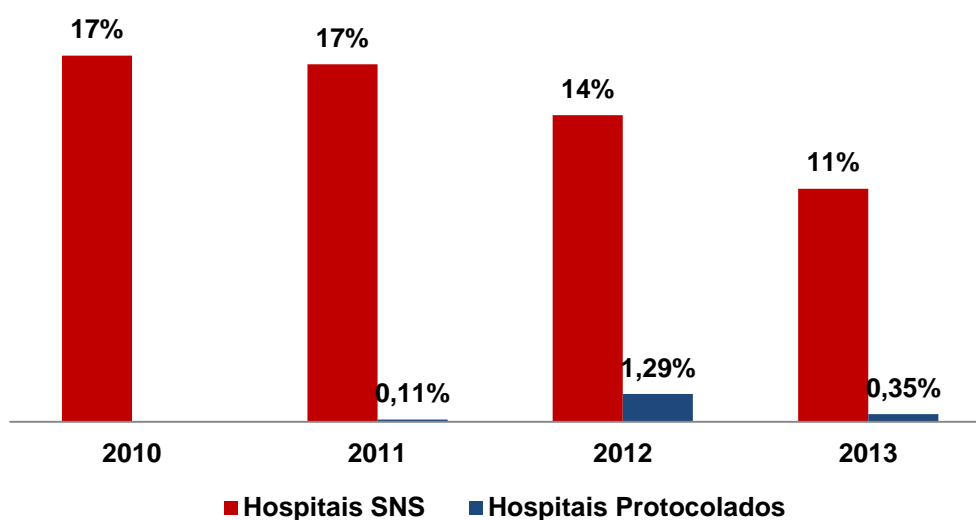
⁵² Os concelhos que, de acordo com a análise realizada, não estarão cobertos por áreas de influência até 60 minutos de estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde no âmbito do SIGIC, do SNS e convencionados, são: Freixo de Espada à Cinta, Melgaço, Miranda do Douro e Sernancelhe, na ARS Norte, Meda, na ARS Centro, Avis e Mértola, na ARS Alentejo e Alcoutim na ARS Algarve.

4.3. Capacidade

No sentido de aferir da capacidade dos hospitais de origem para resolver as suas LIC através da intervenção cirúrgica dentro dos TMRG sem necessidade de emissão de um VC para intervenção num hospital de destino, foi calculado o rácio de VC emitidos por entradas, distinguindo entre hospitais do SNS e hospitais protocolados.

Tendo em consideração os episódios com VC emitidos relativamente às entradas anuais, a nível nacional, constata-se nos hospitais do SNS uma diminuição de 6 p.p. entre 2010 e 2013. Nos hospitais protocolados esta percentagem aumentou 0,24 p.p. entre 2011 e 2013.

Gráfico 10 – VC emitidos relativamente às entradas anuais em LIC dos hospitais de origem



Fonte: Elaboração própria com base nos dados da UCGIC.

A nível regional, verifica-se uma realidade heterogénea entre ARS, resumida na tabela 5, ainda que todas tenham exibido, com exceção da ARS Alentejo, uma diminuição de VC emitidos relativamente às entradas anuais nos hospitais do SNS, no período em análise. A ARS Norte foi a que exibiu uma maior diminuição de VC emitidos relativamente às entradas anuais nos hospitais do SNS de 12 p.p. e a ARS Alentejo foi a única ARS em se verificou um aumento, de 3 p.p.

A redução de VC face às entradas assim evidenciada, poderá ser tradutora de uma maior eficácia dos hospitais de origem na resolução das suas LIC dentro dos TMRG, e assim favorecer a redução de custos associados à transferência por emissão de VC, designadamente custos de transporte, bem como os incómodos experienciados pelos

utentes nessa transferência pela necessidade de ser intervencionados e acompanhados por outro prestador, e médico, que não o de origem, quebrando-se assim a relação de confiança primeiramente estabelecida.

Tabela 5 – VC emitidos relativamente às entradas anuais nos hospitais do SNS

ARS	2010	2011	2012	2013
Norte	16%	15%	10%	4%
Centro	19%	19%	18%	18%
LVT	17%	17%	16%	15%
Alentejo	6%	8%	7%	9%
Algarve	30%	33%	39%	28%
Nacional	17%	17%	14%	11%

Fonte: Elaboração própria com base nos dados da UCGIC.

Nas ARS onde existem hospitais protocolados, entre 2011 e 2013, observou-se um aumento de VC emitidos relativamente às entradas anuais destacando-se a ARS Lisboa e Vale do Tejo que exibiu um aumento de 1,08 p.p. (ver tabela 6).

Tabela 6 – VC emitidos relativamente às entradas anuais nos hospitais protocolados

ARS	2011	2012	2013
Norte	0,11%	1,32%	0,31%
Centro	0,00%	0,32%	0,16%
LVT	0,00%	0,61%	1,08%
Nacional	0,11%	1,29%	0,35%

Fonte: Elaboração própria com base nos dados da UCGIC.

Não obstante a constatação de necessidade de emissão de VC, na ordem dos 11% em 2013, com tendência decrescente desde 2011, tal não invalida a existência de capacidade de um hospital do SNS para realizar cirurgias de outro hospital do SNS, ao abrigo de nota de transferência/VC, ou seja, na qualidade de hospital de destino. Tal situação surgirá da necessidade de, enquanto hospital de origem, e em cumprimento dos TMRG, ser automaticamente emitido VC quando atingido 50% ou 75% desse tempo, conforme a prioridade, o que não implica que para outras patologias, ou noutro momento, o hospital não tenha capacidade para realização de cirurgia.

Considerada a possibilidade dos hospitais do SNS serem igualmente hospitais de destino quando, em determinado momento, disponham de capacidade instalada para realização de um procedimento específico a um utente inscrito em LIC noutra hospital, é apresentado, na tabela 7, um indicador que traduz o número de operados nos hospitais do SNS na qualidade de hospitais de destino.

De 2010 para 2013, verifica-se uma tendência decrescente no número de utentes operados, nos hospitais do SNS como hospital de destino. Os hospitais do SNS das ARS Alentejo e da Algarve não realizaram cirurgias como hospitais de destino, durante o período em análise, e a nível nacional verificou-se uma diminuição de 80% no número de utentes operados na qualidade de hospital de destino. A descrição realizada poderá estar relacionada com a justificação apresentada acima, dos hospitais de origem se encontrarem a dar maior nível de resposta às suas entradas em LIC, sem recorrer à emissão de VC.

Tabela 7 – Número de utentes operados nos hospitais do SNS como hospitais de destino

ARS	2010	2011	2012	2013	Varição 2010- 2013
Norte	290	337	148	38	-87%
Centro	522	403	26	166	-68%
LVT	339	218	121	31	-91%
Nacional	1.151	958	295	235	-80%

Fonte: Elaboração própria com base nos dados da UCGIC.

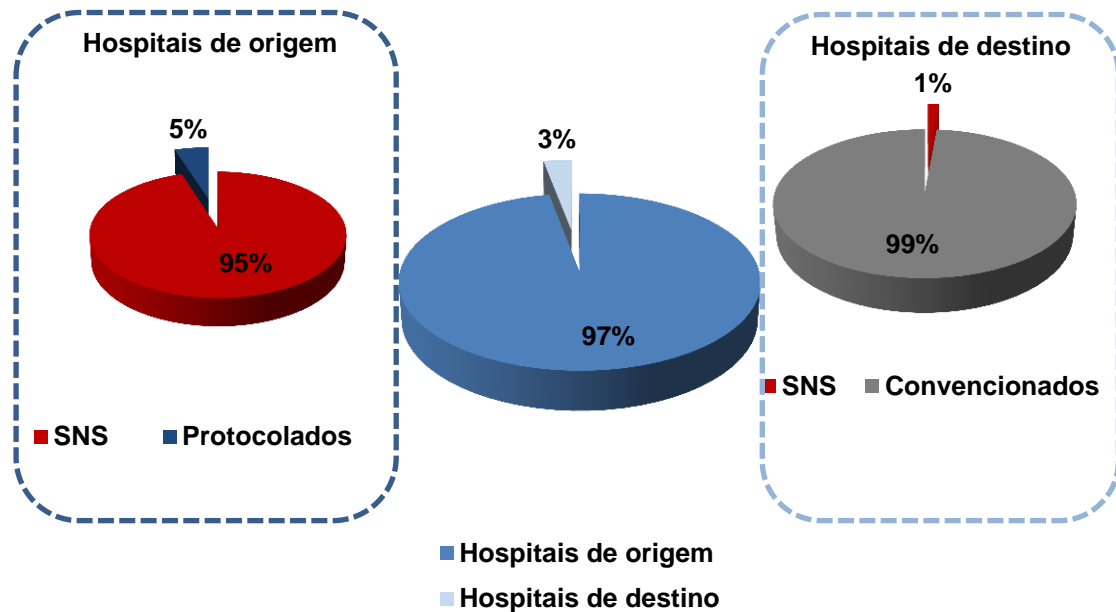
No sentido de se clarificar o papel desempenhado pelos hospitais de origem e hospitais de destino, e dentro dessas categorias, pelos hospitais do SNS e protocolados (hospitais de origem) e hospitais do SNS e convencionados (hospitais de destino), foram calculadas as percentagens de utentes operados por tipo e natureza de prestador.

Dos gráficos referentes ao ano de 2013, que de seguida se apresentam, retira-se que os hospitais de origem são responsáveis pela realização de 97% das cirurgias, pelo que o papel dos hospitais de destino é residual, e complementar, quando comparado com a produção cirúrgica nos hospitais de origem.

Enquanto os hospitais protocolados representam apenas 5% da produção cirúrgica em hospitais de origem, na categoria de hospitais de destino, os hospitais convencionados

assumem 99% da produção realizada ao abrigo de VC, pelo que podem ainda assim deter um volume de produção relevante ao abrigo do SIGIC (ver gráfico 11).

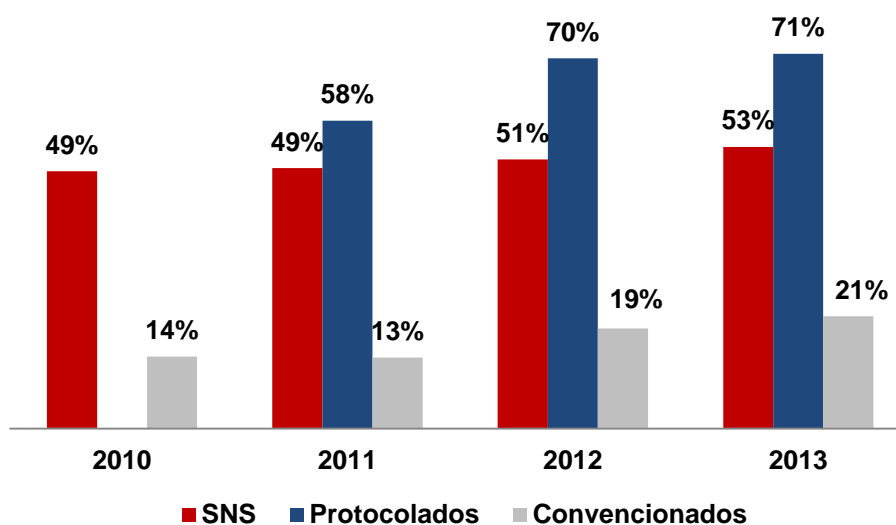
Gráfico 11 – Utentes operados distinguindo entre hospitais de origem e de destino, e por hospitais do SNS, protocolados e convencionados, em 2013 (em percentagem)



Fonte: Elaboração própria com base nos dados da UCGIC.

Para captar eventuais diferenças no tipo de cirurgia maioritariamente realizada, entre hospitais de diferente natureza (SNS, protocolados e convencionados), concretamente cirurgia em regime de internamento e ambulatorio, foram calculados rácios de utentes operados em ambulatorio relativamente ao total de utentes operados, distinguindo por hospitais do SNS, protocolados e convencionados, entre 2010 e 2013. A nível nacional, verifica-se que, no período em análise, nos hospitais do SNS o número de utentes operados aumentou 4 p.p. e nos convencionados aumentou 7 p.p.. Os hospitais protocolados seguiram a mesma tendência, com um aumento superior, de 13 p.p., entre 2011 e 2013.

Gráfico 12 – Utentes operados em ambulatório relativamente ao total de utentes operados (em percentagem)



Fonte: Elaboração própria com base nos dados da UCGIC.

A nível regional, e em termos gerais, os hospitais do SNS situados na ARS Norte, realizaram mais cirurgias em ambulatório relativamente ao total de utentes operados, seguindo-se a ARS Algarve, Centro, Lisboa e Vale do Tejo e, por último Alentejo (ver tabela 8). Verifica-se, também, que todas as ARS, com a exceção da ARS Algarve, exibiram uma tendência crescente na realização de cirurgias em ambulatório relativamente ao total de cirurgias. Entre 2010 e 2013, a ARS Centro aumentou em 7 p.p. a percentagem de utentes operados em ambulatório face ao total, sendo aquela em que essa percentagem aumentou mais, enquanto na ARS Algarve diminuiu 10 p.p..

Tabela 8 – Utentes operados em ambulatório relativamente ao total de utentes operados nos hospitais do SNS (em percentagem)

ARS	2010	2011	2012	2013
Norte	51%	52%	56%	57%
Centro	47%	49%	50%	54%
LVT	46%	46%	45%	48%
Alentejo	48%	47%	51%	52%
Algarve	59%	55%	49%	49%
Nacional	49%	49%	51%	53%

Fonte: Elaboração própria com base nos dados da UCGIC.

Relativamente aos hospitais protocolados, a proporção de operados em ambulatório revelou tendência crescente entre 2011 e 2013, tendo sido observado na ARS Centro o maior aumento, de 33 p.p., seguida da ARS Norte, 11 p.p., e da ARS Lisboa e Vale do Tejo, com um aumento de 10 p.p., como melhor resulta da tabela *infra*. Quer a nível nacional, quer de cada uma das ARS as operações em ambulatório predominam relativamente às operações com internamento.

Tabela 9 – Utentes operados em ambulatório relativamente ao total de utentes operados nos hospitais protocolados (em percentagem)

ARS	2011	2012	2013
Norte	58%	69%	69%
Centro	36%	51%	69%
LVT	86%	98%	96%
Nacional	58%	70%	71%

Fonte: Elaboração própria com base nos dados da UCGIC.

Em termos gerais, de acordo com a tabela *infra*, os convencionados situados na ARS Algarve realizaram mais cirurgias em ambulatório relativamente ao total de utentes operados, enquanto os localizados na ARS Centro realizaram menos. Verifica-se, também, que em geral, a taxa de crescimento, entre 2010 e 2013, admite uma tendência crescente na realização de cirurgias em ambulatório relativamente ao total de cirurgias, superior na ARS Alentejo. Ao contrário do que acontecia nos hospitais do SNS e protocolados, que a nível nacional apresentaram uma percentagem de utentes operados em ambulatório superior a 50%, os hospitais convencionados registam apenas 21% de utentes operados em ambulatório face ao total.

A percentagem reduzida de operados em ambulatório face ao total de utentes operados poderá ser explicada pelo tipo de procedimentos que são alvo de emissão de VC. Nesse sentido, os hospitais de origem podem ter mais facilidade na resolução de cirurgias em ambulatório, mas tendo necessidade de emitir VC para procedimentos que exigem o internamento.

Tabela 10 – Utentes operados em ambulatório relativamente ao total de utentes operados nos hospitais convencionados (em percentagem)

ARS	2010	2011	2012	2013
Norte	8%	10%	11%	14%
Centro	9%	11%	13%	13%
LVT	23%	14%	21%	25%
Alentejo	8%	8%	21%	22%
Algarve	41%	35%	42%	41%
Nacional	14%	13%	19%	21%

Fonte: Elaboração própria com base nos dados da UCGIC.

Numa outra perspetiva, considerando o total de operados por recursos humanos (médicos e enfermeiros), a realidade é distinta a nível regional, apresentando a ARS Norte a maior capacidade por recursos humanos, acima do valor nacional e a ARS Algarve a menor.

Tabela 11 – Utentes operados por recursos humanos (médicos e enfermeiros)

ARS	2013
Norte	12,34
Centro	6,84
LVT	8,28
Alentejo	9,91
Algarve	6,63
Nacional	9,41

Fonte: Elaboração própria com base nos dados da UCGIC e no SRER.

Confrontando os resultados sintetizados na secção da oferta, não só a ARS Norte tem um maior número de prestadores no SIGIC como, com base no indicador que traduz a relação entre capacidade e produção, é àquela que apresenta melhores resultados, com um maior número de operados por recursos humanos.

De seguida são apresentados, na tabela 12, os fluxos de utentes operados entre ARS. Da sua análise pode destacar-se que a ARS Norte resolve a quase totalidade das cirurgias dos seus utentes residentes. Da ARS Centro, que opera apenas 73,5% dos seus utentes, os restantes utentes dirigem-se maioritariamente para a ARS Norte, 21,7%, e apenas 4,8% para a ARS Lisboa e Vale do Tejo. A ARS Lisboa, operando

98,8% dos seus utentes, vê os restantes utentes dirigirem-se, em igual proporção para as ARS Centro e Alentejo.

A ARS Algarve praticamente só opera utentes aí residentes, a ARS Alentejo atrai utentes da ARS Lisboa e, residualmente, da ARS Algarve. Dos utentes da ARS Algarve que se deslocam, a maioria vai para a ARS Lisboa.

Tabela 12 – Fluxos entre ARS de utentes operados em 2012

ARS onde foram operados \ ARS de residência	Norte	Centro	LVT	Alentejo	Algarve
Norte	99,5%	0,3%	0,1%	0,0%	0,0%
Centro	21,7%	73,5%	4,8%	0,0%	0,0%
LVT	0,1%	1,5%	96,8%	1,5%	0,0%
Alentejo	0,1%	0,6%	13,8%	85,1%	0,4%
Algarve	0,2%	0,8%	7,9%	0,3%	90,8%
Outras	95,7%	1,2%	3,1%	0,0%	0,0%

Fonte: Elaboração própria com base no Relatório da atividade em cirurgia programada - Ano 2012 da ACSS.

Nota: as percentagens apresentadas na tabela correspondem ao peso do número de utentes associado a cada célula no somatório dos utentes de todas as células da linha.

Por último, foram calculados dois indicadores com base nos fluxos regionais dos utentes: o índice de capacidade relativa à procura, que considera os episódios operados numa ARS (independentemente da região de saúde de residência) e o número de utentes operados residentes nessa mesma ARS (podendo ter sido operados noutra ARS); e a taxa de resolatividade, que relaciona o número de operados na ARS e aí residentes com o total de operados residentes nessa ARS. O primeiro indicador pretende identificar a capacidade da ARS para resolver a procura efetiva, traduzida pelo número de residentes com indicação cirúrgica, e o segundo indicador avalia da resolução por cada uma das ARS dos episódios dos utentes da sua área de influência, ou seja, se realiza a maioria das cirurgias dos utentes residentes nessa ARS ou se estes necessitam de se deslocar para outra ARS.

Da análise do índice de capacidade relativa à procura efetiva, apresentado na tabela 13, retira-se que a ARS Centro é aquela que tem menor capacidade para realizar cirurgias face à procura, traduzida pelo número de utentes da sua área de residência, embora seja apenas a terceira maior ARS em número de utentes residentes, antecedida pela ARS Norte e Lisboa e Vale do Tejo. Por sua vez, a ARS Norte apresenta o maior número de utentes residentes com indicação cirúrgica, e uma

capacidade para realizar cirurgias de 120,63%, superior a esse número de utentes, e a maior das cinco ARS.

Do cálculo da taxa de resolatividade resulta que, a ARS Norte apresenta igualmente o melhor resultado, de onde se retira que 99,54% dos utentes residentes na ARS Norte que foram operados no âmbito do SIGIC conseguiram sê-lo na própria ARS de residência. Já a ARS Centro apenas opera 73,48% dos utentes aí residentes.

Tabela 13 – Índices de capacidade e de resolatividade, por ARS, em 2012

ARS	Índice de capacidade relativa à procura	Taxa de resolatividade
Norte	120,63%	99,54%
Centro	76,22%	73,48%
LVT	103,53%	96,83%
Alentejo	97,66%	85,11%
Algarve	91,55%	90,82%

Fonte: Elaboração própria com base no Relatório da atividade em cirurgia programada - Ano 2012 da ACSS.

Da presente secção retira-se que houve uma diminuição de VC emitidos relativamente às entradas anuais nos hospitais do SNS entre 2010 e 2012, sendo que a ARS Alentejo foi a única em que se verificou um aumento. A redução de VC face às entradas poderá resultar de uma maior eficácia dos hospitais de origem na resolução das suas LIC dentro dos TMRG, promovendo a redução de custos associados à transferência por emissão de VC.

A percentagem de operados em ambulatório no total de operados é elevada nos hospitais do SNS e protocolados, sendo reduzida nos hospitais convencionados. Tal poderá ser explicado pela eventual maior facilidade dos hospitais de origem resolverem as intervenções em ambulatório, pelo que a emissão de VC incidirá mais sobre procedimentos que dependem de internamento.

Numa ótica de comparação regional, a ARS Norte foi a única a apresentar uma taxa de crescimento de utentes em LIC negativa, entre 2010 e 2013, bem como a maior redução no número de VC face às entradas nos hospitais do SNS, e o menor valor em 2013, e a maior percentagem de operados em ambulatório face ao total.

Confrontando com os resultados sintetizados na secção da oferta, não só a ARS Norte tem um maior número de prestadores no SIGIC como, com base nos indicadores que

traduzem a relação entre capacidade e produção, é àquela que apresenta melhores resultados, tanto no número de operados por recursos humanos, como nos índices de capacidade relativa à procura e de resolutividade.

5. Concorrência

A política de saúde estabelecida na Base II da LBS, assume o apoio do Estado ao “[...] desenvolvimento do sector privado da saúde e, em particular, as iniciativas das instituições particulares de solidariedade social, em concorrência com o sector público” de onde decorre que deve o bem saúde ser promovido e respeitado por todos os atuantes do mercado, estejam eles integrados no sector público ou no sector privado.

A concorrência, sendo indutora de inovação e desenvolvimento, leva a que a diferenciação entre os agentes económicos possa ainda ocorrer – e para além dos preços praticados – no âmbito das características inerentes aos serviços ou produtos relevantes, como sejam, designadamente, a disponibilidade de horários, rapidez de fornecimento e na prestação dos serviços, inovação tecnológica, e eficiência. Além do mais, e no específico mercado da prestação de cuidados de saúde, o exercício do jogo concorrencial entre os prestadores envolvidos, implicará naturalmente maiores benefícios para os utentes.

No modelo de prestação de cuidados do SIGIC, a distinção entre hospital de origem e hospital de destino, e entre entidades do SNS e convencionadas, importa não só para a análise do acesso, mas também para a análise dos mecanismos de concorrência.

Com efeito, a prestação de serviços no âmbito do SIGIC divide-se em duas partes em que o mercado funciona em condições distintas: numa parte, que cronologicamente ocorre em primeiro lugar, a cirurgia realiza-se no hospital de origem (do SNS ou protocolado) onde o utente estiver inscrito em LIC; na outra parte, que apenas surge após emissão de nota de transferência ou VC, o utente escolhe realizar a cirurgia num qualquer hospital do SNS ou convencionado com capacidade para tal.

No presente capítulo procede-se à análise da configuração do mercado de serviços no âmbito do SIGIC, estudam-se os principais mecanismos concorrenciais, identificando-se designadamente as variáveis concorrenciais e os limites e fatores facilitadores da interação concorrencial, e termina-se com o estudo dos níveis de concentração dos mercados em que operam os prestadores de todas as naturezas.

5.1. Configuração do mercado de serviços no SIGIC

Como já se descreveu detalhadamente no capítulo 4, o acesso dos utentes aos serviços de cirurgia no SNS faz-se, em primeira linha, nos hospitais da rede pública e nos hospitais com estatuto de protocolados com o SNS. Por regra, os utentes acedem

aos hospitais que têm definida uma área de atração em que se localiza a sua residência, e fazem-no mediante referenciação a partir de uma unidade de cuidados primários do SNS. Nesta parte do sistema, que podemos designar livremente como “mercado primário”⁵³, apenas operam os hospitais públicos e protocolados, não havendo intervenção dos prestadores privados convencionados. Adicionalmente, a liberdade de escolha pelos utentes está limitada pelas regras de referenciação que se acabou de referir, motivo pelo qual a interação concorrencial entre hospitais públicos, e entre estes e os hospitais protocolados, será muito reduzida. Por estes motivos, não se afigura como relevante uma análise à estrutura e ao funcionamento deste “mercado primário”.

O surgimento da parte do mercado em que operam os prestadores com convenção para serviços cirúrgicos no âmbito do SIGIC implica a verificação de incapacidade do hospital de origem de dar resposta nos tempos definidos, sendo um elemento chave neste processo a emissão de VC que habilita o utente a escolher um hospital de destino, que pode ser quer convencionado quer do SNS.

Neste “mercado secundário”, além dos prestadores convencionados, do sector privado ou social, operam também os prestadores públicos. A coexistência de operadores privados e sociais nesta parte do mercado, e destes com os hospitais públicos, ocorre num contexto em que existe espaço para a concorrência, embora com limitações significativas aos mecanismos concorrenciais, como se descreve em detalhe na próxima secção. Não obstante, importa realçar que a distinção fundamental entre o “mercado primário” e o “mercado secundário” no âmbito do SIGIC reside no grau de liberdade de escolha pelos utentes, que, como se viu, é praticamente inexistente no “mercado primário”, existindo sim no “mercado secundário”, ainda que com limites. E, com efeito, a liberdade de escolha pelos consumidores é algo que figura como fundamental para se poder falar em concorrência em qualquer sector de atividade.

Em face da estrutura da oferta de serviços cirúrgicos no SNS que agora se descreveu, nas seguintes secções apenas se abordam os mecanismos concorrenciais e a estrutura dos mercados no designado “mercado secundário”.

⁵³ Esta designação não visa refletir qualquer similaridade da estrutura da oferta de serviços cirúrgicos no SNS com a segmentação dos mercados de capitais em primários e secundários.

5.2. Mecanismos de concorrência

No “mercado secundário” no âmbito do SIGIC, constatada a impossibilidade do hospital de origem em realizar determinada cirurgia dentro do TMRG, e não existindo hospital do SNS com capacidade para receber o utente via nota de transferência, é emitido um VC que habilita o utente a aceder a cirurgia, podendo este escolher um prestador com capacidade para realização da cirurgia proposta.

Neste segundo momento, independentemente da sua natureza, os prestadores convencionados e do SNS têm espaço para concorrer entre si. Nesta secção são descritas as variáveis pelas quais essa concorrência se poderá exercer.

No entanto, tal espaço de concorrência tem limites resultantes das regras e dos procedimentos do sistema que importa considerar. Por outro lado, existem fatores facilitadores do funcionamento dos mecanismos concorrenciais que podem contribuir para um incremento da concorrência, e cuja exploração deve merecer a atenção dos decisores e gestores no sistema.

Variáveis concorrenciais

Ao nível da reflexão sobre as variáveis pelas quais poderão concorrer os prestadores no “mercado secundário” do SIGIC, importa desde logo considerar o preço.

A Portaria n.º 271/2012, de 4 de setembro, aprovou o Regulamento e as tabelas de preços a praticar para a produção adicional realizada no âmbito do SIGIC, pelas unidades prestadoras de cuidados de saúde públicas e entidades privadas e sociais em sede de convenções estabelecidas no âmbito do SIGIC⁵⁴. Concretamente no que respeita aos hospitais do SNS, os preços da Portaria em causa aplicam-se à produção extra contrato-programa.

O valor da produção cirúrgica adicional previsto inclui não só a cirurgia em causa, mas igualmente, em caso de internamento, todos os serviços prestados ao utente no âmbito do tratamento prescrito, incluindo consulta de avaliação, MCDT, cuidados pós-cirúrgicos durante e após o internamento, por um período máximo de dois meses, cedência, quando necessário, de ajudas técnicas por um período até 15 dias após alta hospitalar, dos transportes do utente quando necessário após a cirurgia, tratamento

⁵⁴ Revoga a Portaria n.º 852/2009, de 7 de agosto.

das intercorrências durante o período do internamento e das complicações detetadas durante um período de dois meses após alta hospitalar⁵⁵.

Do acima exposto retira-se que não existe concorrência via preços, na medida em que a mesma tabela de preços para produção adicional é aplicada transversalmente ao sector público, privado e social. Isto implica, por seu turno, que os prestadores de cuidados de saúde precisam de recorrer a outras variáveis estratégicas para competir.

Uma variável estratégica que ganha relevo neste contexto é a localização dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde. No caso particular do SIGIC, é importante lembrar que o processo de seleção automática de hospitais para encaminhamento no “mercado secundário” leva em conta um conjunto de fatores, dos quais faz parte a localização. A regra é a da minimização das distâncias a percorrer pelos utentes, no sentido de redução de custos de transporte e do incómodo causado pelas deslocações. Sendo certo que este encaminhamento em sede de emissão de nota de transferência ou vale cirurgia não limita a liberdade de escolha pelos utentes de outros prestadores ausentes da seleção apresentada, ainda assim a valorização pelos utentes da proximidade aos estabelecimentos estará sempre presente. E consequentemente, os prestadores podem concorrer entre si através da escolha de localizações que possam garantir ou maximizar a procura pelos seus serviços.

Uma outra variável pela qual os prestadores podem concorrer é a qualidade dos serviços. Acontece, porém, que no sector da saúde, por questões de assimetria de informação, a qualidade efetiva do serviço prestado, em termos clínicos, não é, muitas vezes, perceptível pelo utente. Esta reduzida capacidade de reconhecer a qualidade técnica dos serviços implica que os utentes valorizem um conjunto de outras características e as considerem reveladoras do nível de qualidade, como aquelas relacionadas com a comodidade e o conforto das instalações dos serviços de saúde, a orientação para o cliente no atendimento, ou a perceção do prestígio profissional dos prestadores, e em especial dos médicos. Todavia, tais aspetos nem sempre têm correspondência com o nível de qualidade efetiva dos serviços. Adicionalmente, devido à informação imperfeita, os utentes inferem o nível de qualidade dos serviços a partir de informações de amigos e familiares, as quais naturalmente sofrerão das mesmas limitações.

Sendo os cuidados de saúde cirúrgicos um exemplo de um serviço com substituíbilidade do lado da procura praticamente inexistente, o leque de

⁵⁵ Cfr. n.º 1 do artigo 5.º do Anexo I ao Despacho n.º 24 110/2004, de 29 de outubro.

especialidades e de procedimentos oferecidos por um prestador tem um peso muito relevante na sua capacidade de atrair procura. Este é, com efeito, outro dos fatores tidos em conta no processo de seleção automática de hospitais para encaminhamento no “mercado secundário”, mas mesmo considerando a liberdade de escolha irrestrita de que gozam os utentes, a capacidade técnica dos prestadores realizarem os procedimentos cirúrgicos será sempre uma condição indispensável para a escolha dos utentes. O sentido desta variável estratégica é, obviamente, o de a capacidade de atração ser proporcional à dimensão da carteira de serviços oferecidos. A decisão estratégica em causa passa pela consideração da dimensão crítica da procura de cada um dos serviços que justifique a sua oferta.

Outro critério que entra na seleção de prestadores apresentada ao utente é o da capacidade de resposta dentro dos TMRG. Esta capacidade depende do volume de serviços oferecidos e da organização da prestação de cuidados planeados. Um adequado ajustamento do volume de oferta far-se-á sobre o *trade-off* entre a disponibilidade de capacidade para satisfazer as necessidades dos utentes e os custos com a manutenção da capacidade produtiva eventualmente inutilizada.

Finalmente, e não se tratando propriamente de uma variável concorrencial, a aposta em publicitação por parte dos prestadores da sua condição de convencionados, e as concretas valências em que prestam serviços no âmbito do SIGIC, poderá ser um importante instrumento de captação de procura.

Com efeito, sendo o serviço em causa um cuidado de saúde planeado, e previsivelmente com uma grande carga de envolvimento pessoal do utente na decisão sobre o prestador a escolher, os custos de prospeção que sobre o utente incidem podem ser aproveitados pelos prestadores que melhor sinalizarem a sua presença no mercado e a sua disponibilidade em determinada área.

Limites à concorrência

Estando em análise na presente secção a descrição dos mecanismos concorrenciais do “mercado secundário” no âmbito do SIGIC, importa ainda conhecer os principais condicionalismos ao ambiente concorrencial.

E no caso em apreço, parte desses condicionalismos decorre desde logo do mecanismo de passagem dos utentes do “mercado primário” ao “mercado secundário”, que em si determina o surgimento deste segundo, mas que lhe origina particularidades que afetam a interação concorrencial.

Com efeito, resulta do MGIC⁵⁶ que o processo de seleção de hospitais para encaminhamento e emissão de nota de transferência/VC é automático e inclui um algoritmo com as regras do regulamento do SIGIC.

Num primeiro momento, atingido 75% ou 50% do tempo máximo de espera, de acordo com o nível de prioridade atribuído, o SIGLIC procede à procura das unidades hospitalares do SNS com capacidade para realizar o procedimento proposto, de acordo com a seguinte ordem: mesmo concelho; concelhos limítrofes; mesmo distrito e menor tempo de espera para os procedimentos pretendidos. Caso exista(m), é emitida uma nota de transferência a favor do utente, propondo-lhe a seleção de uma das unidades constantes da listagem anexa de hospitais disponíveis.

Apenas no caso de não haver capacidade para transferir o utente nas condições atrás enunciadas, ou de ter sido atingido 100% do TMRG, a UCGIC emite um VC que o utente pode cativar em unidade hospitalar integrada no SNS, ou entidade convencionada do sector privado ou social.

Assim, num primeiro momento, existe no “mercado secundário” uma vantagem competitiva por parte dos hospitais integrados no SNS, por intermédio da emissão de nota de transferência, ainda que restringida pela possibilidade do utente recusar ser transferido para outro hospital do SNS, ou pela necessidade de geograficamente se incluir no distrito de residência do utente.

Só no momento de emissão de VC é que os hospitais do SNS se encontram no mesmo nível competitivo dos hospitais convencionados, ou seja, competindo com estes através, nomeadamente, das variáveis acima referidas.

Por outro lado, não obstante haver efetiva liberdade de os utentes que recebem um VC escolherem qualquer hospital do SNS ou prestador convencionado para a realização da cirurgia, na realidade o sistema promove um encaminhamento para um número restrito de prestadores que consta da lista anexa ao vale, e que são automaticamente selecionados com base na capacidade técnica para a realização dos procedimentos, na capacidade de resposta dentro do tempo máximo previsto e na proximidade à residência do utente. Tal efeito de encaminhamento é ainda mais forte porquanto a liberdade de escolha dos utentes à margem desta seleção automática do sistema é penalizada pela não cobertura das despesas de transporte que venham a decorrer da deslocação ao prestador escolhido.

⁵⁶ MGIC (2011) Volume I – Princípios gerais, ponto 3.2.1.4.1.7. Emissão e envio da Nota de Transferência ou Vale Cirurgia.

Em suma, a liberdade de escolha dos utentes no “mercado secundário” do SIGIC está fortemente condicionada pelas regras do sistema.

Outra potencial fonte de limites à concorrência nos mercados reside nas regras de acesso ao mercado por parte dos operadores.

A este título, deve desde logo recordar-se que a entrada em funcionamento de unidades de saúde privadas está sujeita às obrigações de registo na ERS (cfr. o artigo 26.º do Decreto-Lei n.º 126/2014, de 22 de agosto e a Portaria n.º 52/2011, de 27 de janeiro) e à obtenção de licença de funcionamento, ao abrigo do regime jurídico do Decreto-Lei n.º 127/2014, de 22 de agosto (o qual vem substituir o regime do Decreto-Lei n.º 279/2009, de 6 de outubro). A concretização deste regime jurídico do licenciamento, para cada tipologia de prestadores de cuidados de saúde, assenta em portarias que regulamentam os respetivos requisitos de funcionamento. No caso dos serviços de cirurgia as tipologias que relevam serão as de unidades com internamento, com regulamentação na Portaria n.º 290/2012, de 24 de setembro, retificada pela Declaração de Retificação n.º 67/2012, de 23 de novembro, e de unidades de cirurgia de ambulatório, cujo licenciamento está regulamentado na Portaria n.º 291/2012, de 24 de setembro, alterada recentemente pela Portaria n.º 111/2014, de 23 de maio.

É importante notar que estas barreiras regulamentares de acesso ao mercado incidem de forma desigual nos operadores públicos e privados. Se, por um lado, o registo público na ERS é uma obrigação que recai sobre os prestadores de todas as naturezas, já o licenciamento, por outro lado, nos termos do regime jurídico do Decreto-Lei n.º 279/2009, de 6 de outubro, não se aplicava aos hospitais públicos, e na prática também não abrangia os prestadores de natureza social. Na verdade, o Decreto-Lei n.º 279/2009, de 6 de outubro, previa, no n.º 1 do seu artigo 1.º, que o licenciamento incidia sobre “unidades privadas de serviços de saúde, com ou sem fins lucrativos, qualquer que seja a sua denominação, natureza jurídica ou entidade titular da exploração”. No entanto, de acordo com o n.º 3 desse mesmo artigo, “[o] regime jurídico aplicável às unidades privadas de serviços de saúde cuja titularidade seja de instituições particulares de solidariedade social com objetivos de saúde é objeto de diploma próprio”, nunca tendo sido publicado tal diploma.

Por seu turno, no novo regime jurídico do licenciamento, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 127/2014, de 22 de agosto, ainda que se encontre previsto, no n.º 1 do seu artigo 1.º, que o licenciamento incida sobre “[...] os estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde, qualquer que seja a sua denominação, natureza jurídica ou entidade titular da exploração” mantém-se um regime distinto para os prestadores públicos e sociais.

Desde logo, não se aplica o presente diploma às IPSS que prestem cuidados continuados integrados no âmbito da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados⁵⁷. Adicionalmente, para os prestadores públicos e para os prestadores sociais abrangidos pelo artigo 13.º do Decreto-Lei n.º 138/2013, de 9 de outubro, a verificação dos requisitos de funcionamento é titulada por declaração de conformidade e não por licença, sendo certo que esta declaração de conformidade “[...] é obtida mediante procedimento próprio, a definir por portaria do membro do Governo responsável pela área da saúde, a qual fixa também os requisitos técnicos de funcionamento para os estabelecimentos prestadores em causa”⁵⁸. Por último, para as restantes IPSS, bem como para as instituições militares, “[...] as condições de abertura e funcionamento, bem como os termos da declaração de conformidade, são definidos por portaria dos membros do Governo responsáveis pelas áreas da saúde e, respetivamente, da segurança social ou da defesa nacional”⁵⁹.

Assim, a incidência da obrigação de licenciamento distinta para os prestadores de natureza privada, como até aqui se tem verificado, significa um nível de acesso ao mercado em apreço mais facilitado para prestadores públicos e sociais, e portanto, uma vantagem competitiva para estes operadores.

Em todo o caso, importa reter que estas barreiras regulamentares de acesso ao mercado não são específicas do SIGIC, mas sim, são transversais a toda a prestação de cuidados de saúde, no caso de obrigação de registo, e específicas de toda a prestação de serviços em internamento e de cirurgia de ambulatório em unidades privadas, no caso do licenciamento.

Todavia, o acesso ao “mercado secundário” do SIGIC por parte dos operadores tem uma barreira administrativa adicional que, à semelhança do que tem acontecido com o licenciamento, incide apenas sobre os operadores de natureza privada. Trata-se da obtenção de uma convenção para prestar serviços no âmbito do SIGIC.

O SIGIC, a par das áreas da Cirurgia e da Diálise, foi uma das poucas áreas em que se publicou o clausulado tipo que permitiu a implementação do regime de celebração das convenções estabelecido pelo Decreto-Lei n.º 97/98, de 18 de abril. Com efeito, o Despacho n.º 24110/2004, publicado no DR, 2.ª série, n.º 275, de 23 de novembro, aprovou o clausulado tipo de convenção entre as ARS e entidades sociais e privadas para a prestação de cuidados de saúde no âmbito do SIGIC. Mais tarde, pelo Aviso n.º

⁵⁷ Cfr. n.º 4 do artigo 1.º do Decreto-Lei n.º 127/2014, de 22 de agosto.

⁵⁸ Cfr. n.º 4 do artigo 2.º do mesmo decreto-lei.

⁵⁹ Cfr. n.º 5 do artigo 2.º.

21 916/2007, publicado no DR, 2.^a Série, n.º 216, de 9 de novembro, foi dada a conhecer a lista de entidades convencionadas para a prestação de cuidados de saúde no âmbito de tal sistema.

Por seu turno, a Portaria n.º 45/2008, de 15 de janeiro, aprovou o novo Regulamento do SIGIC, aplicando-se não só às entidades de natureza pública, mas também às entidades do sector social e do sector privado que prestam cuidados aos utentes do SNS ao abrigo de acordos, contratos e convenções celebrados, ao abrigo nomeadamente da portaria (sem número) publicada no Diário da República, 1.^a série, de 27 de julho de 1998, de forma a garantir a igualdade no acesso e o tratamento cirúrgico nos tempos máximos garantidos a todos os seus beneficiários.

Em cumprimento do previsto no Regulamento do SIGIC, o clausulado tipo de convenções é aprovado por despacho do Ministro da Saúde⁶⁰, destinando-se a regular as relações entre as ARS e as entidades sociais e privadas para a prestação de cuidados de saúde do sector privado e social, no âmbito do SIGIC, e que inclui serviços médicos, de enfermagem, técnicos e hoteleiros, em regime de internamento e ambulatório e em regime de convenção⁶¹.

Podem aderir a convenção no âmbito do SIGIC as entidades convencionadas devidamente habilitadas a prestar cuidados de saúde, mediante apresentação de requerimento, acompanhado de uma ficha técnica e um conjunto de documentos⁶², designadamente licença de funcionamento e listagem de procedimentos cirúrgicos agrupados por especialidades associados à Classificação Internacional de Doenças (CID 9-MC) que a entidade se propõe realizar.

No que se refere ao âmbito da convenção, os valores globais pagos à entidade convencionada compreendem todos os cuidados e serviços prestados desde a fase de preparação para a cirurgia até dois meses após a alta hospitalar, e caso surjam complicações nos dois meses após a alta, os valores globais compreendem também todos os cuidados e serviços necessários à completa resolução da situação decorrente da complicação⁶³.

Encontram-se previstas penalizações por desconformidades com o Regulamento do SIGIC, que determina o pagamento de 10% do valor total devido pelos cuidados

⁶⁰ Aprovado pelo Despacho n.º 24 110/2004 do Ministro da Saúde, de 29 de outubro, publicado no Diário da República n.º 275, 2.^a Série, de 23 de novembro.

⁶¹ Cfr. Cláusula 1.^a do Anexo I do Despacho n.º 24 110/2004, de 29 de outubro.

⁶² Cfr. Cláusula 5.^a do Anexo I do Despacho n.º 24 110/2004, de 29 de outubro.

⁶³ Cfr. Cláusula 2.^a do Anexo I do Despacho n.º 24 110/2004, de 29 de outubro.

prestados ao utente quando se verificar a prática de uma desconformidade, que se eleva a 50% caso essa desconformidade seja classificada como grave⁶⁴.

Uma outra limitação à interação concorrencial no mercado do SIGIC prende-se com a já referida fixação administrativa dos preços a praticar pelos serviços. Presentemente, a mesma tabela de preços para produção adicional é aplicada transversalmente ao sector público, privado e social, não existindo espaço para concorrência por preço.

Por outro lado, e como também já foi referido, sendo a localização uma variável concorrencial ao alcance dos operadores, a verdade é que a sua operacionalização enquanto tal é naturalmente dotada de alguma rigidez, uma vez que a alteração física da localização das instalações de um prestador com dimensão para prestar serviços cirúrgicos acarretará custos e levará tempo. Na prática a interação concorrencial por esta variável será pouco dinâmica, concentrando-se sobretudo no momento de entrada de um prestador no mercado. Uma forma de utilizar a variável localização com menor rigidez passa pela aquisição por parte de um operador de instalações já existentes em outras localizações mas detidas por outras entidades, o que, ainda assim, será uma estratégia concorrencial menos elástica do que outras possíveis.

Fatores facilitadores

Sendo certo que existem condicionalismos aos mecanismos concorrenciais do “mercado secundário” no âmbito do SIGIC, por outro lado existem fatores facilitadores do funcionamento de tais mecanismos que podem contribuir para um incremento da concorrência.

Desde logo, o SIGIC tem a particularidade, no contexto da organização dos cuidados integrados no SNS, de contemplar a liberdade de escolha pelos utentes dos prestadores⁶⁵ no aqui designado “mercado secundário”.

Nesta mesma secção já se ressaltou que o sistema, nos moldes atuais, mitiga esse espaço de liberdade de escolha ao promover um encaminhamento dos utentes para um número restrito de prestadores que consta da lista anexa ao vale cirurgia emitido.

No entanto, não deve aqui deixar-se de relevar os méritos teóricos da liberdade de escolha prevista pelo SIGIC no grau de concorrência dos mercados, dessa forma justificando potenciais intervenções no sentido de incrementar (ou facilitar) o exercício efetivo da liberdade de escolha pelos utentes.

⁶⁴ Cfr. Cláusula 19.^a do Anexo I do Despacho n.º 24 110/2004, de 29 de outubro.

⁶⁵ À semelhança do que sucede com outras convenções do SNS.

Outra característica do sistema que contribui positivamente para o nível de concorrência nos mercados é a existência de TMRG. Além da proteção do direito dos utentes de acesso a cuidados de saúde em tempo útil (e por isso, com maior qualidade), esta provisão constitui um mecanismo automático de criação de procura no “mercado secundário” do SIGIC, no caso de incapacidade dos hospitais de origem darem resposta dentro dos TMRG, o que em outros contextos é menos automático, e por isso, menos ágil.

Numa outra perspetiva, o quadro legal e regulamentar do acesso pelos prestadores privados ao sector convencionado do SIGIC, acima descrito, pode considerar-se também como um elemento facilitador da concorrência nos mercados, na medida em que esse acesso é possível e sem restrições, para além daquelas que visam a proteção basilar da segurança e promoção da qualidade dos cuidados (concretamente, o registo na ERS e o licenciamento). Nesta característica reside uma importante distinção entre o SIGIC e a grande maioria das outras áreas de convenções do SNS, nas quais a situação que se vem constatando desde a entrada em vigor do regime jurídico das convenções (Decreto-Lei n.º 97/98, de 18 de abril) é a de um efetivo fecho das convenções por falta de publicação dos clausulados tipo para cada área. Esta situação, extensamente estudada pela ERS, tem tido claros prejuízos na concorrência nos mercados em causa.⁶⁶

Numa última nota também sobre as convenções, deve lembrar-se que no novo regime das convenções do SNS, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 139/2013, de 9 de outubro, são introduzidas alterações que expectavelmente irão contribuir para um aumento do ambiente concorrencial nos mercados das áreas cobertas pelas convenções, e gerar mesmo novos espaços de interação concorrencial.

Concretamente, o n.º 1 do artigo 4.º deste regime dispõe que a celebração das convenções pode assentar num procedimento de adesão a um clausulado tipo previamente publicado (i.e., de forma similar ao que até aqui tem acontecido) ou num procedimento de contratação para uma convenção específica, o qual pode assumir características de um concurso em que os prestadores concorrem por preço.

O critério para a escolha do tipo de procedimento de contratação é explicado no preâmbulo do Decreto-Lei n.º 139/2013, de 9 de outubro, onde se refere que esta escolha “deve ter em conta não apenas a área de prestação, mas também a natureza e as características do mercado a que se dirige a convenção. Assim, em mercados

⁶⁶ Vide os estudos da ERS sobre as convenções do SNS, publicados em 2006, em 2008 e em 2013, disponíveis em www.ers.pt.

que registem um nível de concorrência significativo poderá revelar-se mais adequado o procedimento de contratação específico, ao invés do contrato de adesão, que será mais adequado para mercados com graus de concorrência reduzidos”. Este espaço de escolha do procedimento de contratação visa, assim, permitir o aproveitamento dos mecanismos de concorrência pelos mercados, através de contratação por concurso público – onde estejam reunidas condições para tal – para se conseguir condições de prestação mais vantajosas para o Estado (mormente, preços mais baixos).

Nesta data o novo regime das convenções ainda não foi implementado porquanto não foi iniciado qualquer procedimento de contratação, não sendo, por isso, ainda claro se vão ser lançados concursos na área do SIGIC, e se esses concursos vão contemplar o preço como variável concorrencial.

5.3. Concentração do mercado

Na presente secção procede-se ao cálculo dos índices de concentração no “mercado secundário” do SIGIC, considerando os estabelecimentos suscetíveis de concorrer como hospitais de destino, através de VC, tendo em conta, num primeiro momento, as dimensões dos estabelecimentos integrados no SIGIC e a sua capacidade produtiva, traduzida pelo número de colaboradores (médicos e enfermeiros) e, num segundo momento, o número de operados por cada prestador, em 2013, na qualidade de hospital de destino.

O cômputo dos graus de concentração no SIGIC foi realizado com base no Índice de *Herfindahl-Hirschman* (IHH), que é uma medida de concentração de mercado usada como um indicador de poder de mercado ou da concorrência entre empresas. O seu cálculo equivale à soma dos quadrados das quotas de mercado dos concorrentes efetivos, multiplicada por 10.000, ou seja:

$$IHH = \sum_{i=1}^n s_i^2 * 10.000$$

onde s_i é a quota de mercado da empresa i e n o número total de empresas.

De acordo com a Comissão Europeia, em termos gerais, quando a pontuação do IHH está abaixo de 1.000, a concentração do mercado é considerada baixa, quando se

situa entre 1.000 e 2.000, exibe uma concentração moderada, e quando ultrapassa 2.000, é considerada uma concentração alta⁶⁷.

Consideraram-se para a análise da concentração os estabelecimentos suscetíveis de concorrer como hospitais de destino, do SNS e convencionados, através de VC. Recorde-se que os hospitais do SNS aqui considerados podem usufruir de vantagem competitiva sobre os convencionados por emissão de nota de transferência, como melhor descrito na secção anterior, embora representem apenas 1% do total de cirurgias realizadas na qualidade de hospitais de destino, como resulta da secção 4.3..

A análise que de seguida se apresenta realiza-se tendo em conta duas vertentes para o cálculo dos IHH: as dimensões dos estabelecimentos integrados no SIGIC tendo em conta a sua capacidade produtiva em termos de número de colaboradores (médicos e enfermeiros); e o número de operados por cada prestador, em 2013, como hospital de destino.

O cálculo dos IHH é realizado admitindo como concorrentes efetivos estabelecimentos individuais e grupos empresariais que detêm mais de um estabelecimento, sendo que o primeiro índice é calculado com base na capacidade total em termos de recursos humanos, e o segundo com base na produção efetiva de cirurgias enquanto hospital de destino.

Uma vez que nenhum método de definição de mercados geográficos é aceite de forma unânime, podendo os diferentes métodos apresentar resultados bastante heterogéneos, conforme observado por Gaynor e Vogt (2000)⁶⁸, considerou-se a unidade territorial NUTS III⁶⁹ como mercado geográfico relevante no âmbito do SIGIC. Note-se que a maioria das NUTS III tem dimensões compatíveis com o alcance típico dos prestadores de cuidados de saúde, de 2.000 km², que foi estimado pela ERS em estudos anteriores⁷⁰.

Como se constata na tabela *infra*, das 28 NUTS III existentes em Portugal Continental, o nível de concentração medido com base na capacidade produtiva, por referência aos recursos humanos é moderado nas NUTS III do Grande Porto e Grande Lisboa, sendo

⁶⁷ Vide as Orientações da Comissão Europeia para a apreciação das concentrações horizontais, publicadas no Jornal Oficial n.º C 31/03, de 5 de fevereiro de 2004.

⁶⁸ Gaynor, M. e Vogt, W.B. (2000), "Antitrust and Competition in Health Care Markets", em Culyer A. J. and Newhouse J. P. (eds), *Handbook of Health Economics*, Amsterdam, North Holland, 1, 27, 1405-1487.

⁶⁹ Vide justificação da opção do mercado geográfico NUTS III no Relatório, publicado pela ERS em 2006, intitulado *Avaliação do Modelo de Celebração de Convenções pelo SNS*.

⁷⁰ Veja-se, por exemplo, o "Estudo sobre a Concorrência no Sector da Prestação de Serviços de Medicina Física e de Reabilitação", disponível em https://www.ers.pt/pages/18?news_id=20.

alto para as restantes NUTS. Em todas as ARS exceto no Algarve existem NUTS III com apenas um prestador ou grupo de prestadores, sendo que na ARS Alentejo apenas a NUTS III Alentejo Central tem mais do que um prestador ou grupo. Nas ARS Centro, as NUTS III do Pinhal Interior Sul e Serra da Estrela não se localiza nenhum prestador.

Por seu turno, considerando o número de operados, como hospital de destino, ou seja, a produção efetivamente realizada em 2013, por hospitais do SNS e convencionados, verifica-se que apenas a NUTS III do Grande Porto apresenta um índice de concentração moderado, sendo para as restantes alto.

A ARS Norte apresenta os melhores resultados relativos, com apenas uma NUTS III a não apresentar hospitais de destino com produção, enquanto na ARS Alentejo, apenas a NUTS III Alentejo Central apresenta hospitais de destino com produção cirúrgica.

Comparando os dois IHH, merece destaque o facto de a concentração passar de moderada para alta na NUTS III Grande Lisboa, resultado de 74% do total de operados com VC terem sido intervencionados apenas em dois prestadores, de um total de 10 que apresentaram produção ao abrigo de VC em 2013.

Tabela 14 – IHH considerando os recursos humanos e o número de operados como hospital de destino

ARS	NUTS III	IHH com base nos RH	Nível de concentração	IHH com base na produção SIGIC	Nível de concentração
Norte	Alto Trás-os-Montes	10.000	Alta	*	
	Ave	3.025	Alta	3.666	Alta
	Cávado	3.970	Alta	5.009	Alta
	Douro	10.000	Alta	10.000	Alta
	Entre Douro e Vouga	10.000	Alta	10.000	Alta
	Grande Porto	1.428	Moderada	1.471	Moderada
	Minho-Lima	8.292	Alta	10.000	Alta
	Tâmega	6.367	Alta	10.000	Alta
Centro	Baixo Mondego	7.792	Alta	5.769	Alta
	Baixo Vouga	4.963	Alta	5.154	Alta
	Beira Interior Norte	10.000	Alta	*	
	Beira Interior Sul	10.000	Alta	*	

ARS	NUTS III	IHH com base nos RH	Nível de concentração	IHH com base na produção SIGIC	Nível de concentração
	Cova da Beira	10.000	Alta	10.000	Alta
	Dão-Lafões	10.000	Alta	*	
	Pinhal Interior Norte	5.334	Alta	5.377	Alta
	Pinhal Interior Sul	*		*	
	Pinhal Litoral	4.053	Alta	4.486	Alta
	Serra da Estrela	*		*	
LVT	Grande Lisboa	1.818	Moderada	3.009	Alta
	Lezíria do Tejo	10.000	Alta	*	Alta
	Médio Tejo	8.931	Alta	10.000	Alta
	Oeste	4.925	Alta	6.459	Alta
	Península de Setúbal	2.964	Alta	10.000	Alta
Alentejo	Alentejo Central	5.417	Alta	5.130	Alta
	Alentejo Litoral	10.000	Alta	*	
	Alto Alentejo	10.000	Alta	*	
	Baixo Alentejo	10.000	Alta	*	
Algarve	Algarve	8.050	Alta	3.940	Alta

Legenda: RH – Recursos humanos; * Nenhum prestador/Nenhum operado.
 Fonte: Elaboração própria com base nos dados da UCGIC e do SRER.

Em suma, a maioria das NUTS III tem nível de concentração alta para os dois IHH calculados, existindo diferenças no nível de concentração entre os dois indicadores apenas na NUTS III Grande Lisboa, passando de moderada para alta quando se recorre à produção efetiva para cálculo do índice, resultado de 74% do total de operados com VC terem sido intervencionados apenas em dois prestadores dos que apresentaram, em 2013, produção ao abrigo de VC.

6. Qualidade

Na presente secção analisam-se aspetos relacionados com a qualidade subjacente ao funcionamento do SIGIC, quer ao nível de procedimentos desde a inscrição em LIC até a realização da cirurgia e posterior acompanhamento, quer ao nível da qualidade dos serviços dos próprios estabelecimentos que integram a rede de prestadores do SIGIC.

Assim, é analisado o cumprimento dos requisitos de funcionamento pelos estabelecimentos protocolados e convencionados, consubstanciados na obrigatoriedade de registo na ERS e licenciamento, o funcionamento do SIGIC na ótica dos utentes, mediante a identificação dos constrangimentos reportados à ERS, sintetizada a atuação da ERS em resposta a tais constrangimentos, e são calculados indicadores associados ao cumprimento dos TMRG, concretamente a percentagem de operados em internamento e ambulatório com tempo de espera superior aos TMRG, e analisada a percentagem de óbitos face às saídas, distinguindo entre ARS e entre hospitais do SNS e hospitais protocolados. Por último, é realizada a avaliação dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde com internamento no âmbito do SINAS@Hospitais, distinguindo-se entre estabelecimentos pertencentes e não pertencentes à rede do SIGIC.

6.1. Cumprimento dos requisitos de funcionamento pelos prestadores

Com a criação da ERS, através do Decreto-Lei n.º 309/2003, de 10 de dezembro⁷¹, nasceu a obrigação dos prestadores de cuidados de saúde efetuarem um registo público. Esta obrigação veio a ser posta em prática apenas em junho de 2006, com a implementação pela ERS de um procedimento de registo público de prestadores, após a publicação da Portaria n.º 38/2006, de 6 de janeiro, onde se clarificou que o registo incide sobre os prestadores de todas tipologias e naturezas, desde que sujeitos à regulação da ERS.⁷²

Por seu turno, o Decreto-Lei n.º 279/2009, de 6 de outubro, que aprovou o novo regime jurídico a que ficam sujeitos a abertura, a modificação e o funcionamento das

⁷¹ A ERS foi, entretanto, reestruturada pelo Decreto-Lei 127/2009, de 27 de maio, e mais recentemente, pelo Decreto-Lei n.º 126/2014, de 22 de agosto.

⁷² Esta Portaria foi mais tarde revogada pela Portaria n.º 52/2011, de 27 de janeiro.

unidades privadas de saúde, introduziu o licenciamento como condição essencial para se assegurar a qualidade e a segurança na prestação de cuidados de saúde, constituindo assim, para as tipologias de prestadores abrangidas, condição obrigatória para o acesso ao mercado. Nesse âmbito, no que importa em concreto para os estabelecimentos cuja atividade compreenda a realização de cirurgias, a Portaria n.º 291/2012, de 24 de setembro, veio estabelecer os requisitos mínimos relativos à organização e funcionamento, recursos humanos e instalações técnicas para as unidades privadas que prossigam atividades no âmbito da cirurgia de ambulatório, e a Portaria n.º 290/2012, de 24 de setembro, para unidades de internamento. Entretanto, o regime jurídico do licenciamento foi substituído pelo Decreto-Lei n.º 127/2014, de 22 de agosto, embora mantendo-se o princípio de constituir condição obrigatória para o acesso ao mercado.⁷³

Por seu turno, as regras de adesão a convenção no âmbito do SIGIC, nos termos do Despacho n.º 24 110/2004, de 29 de outubro, não incluem menção à obrigatoriedade de licenciamento. Porém, o Decreto-Lei n.º 139/2013, de 9 de outubro, que aprovou o regime geral de contratação da prestação de cuidados de saúde por prestadores privados (com ou sem fins lucrativos) no âmbito do SNS⁷⁴, estabeleceu que o registo na ERS e a titularidade de licenciamento são requisitos de idoneidade para a celebração de convenções, respetivamente nos termos das alíneas c) e b) do n.º 1 do artigo 5.º do referido decreto-lei, ainda que condicionados pelo n.º 2 do artigo 16.º, do Decreto-Lei acima referido, que refere que “[o]s contratos que à data de entrada em vigor do presente decreto-lei se encontrem dentro do prazo de denúncia previsto no clausulado tipo aplicável, cessam no termo do período de vigência da renovação a que o mesmo respeita”.

Concretamente no que se refere ao cumprimento dos requisitos de registo na ERS e licenciamento por parte dos prestadores integrados no SIGIC foi considerada a lista de hospitais protocolados e convencionados, de natureza social ou privada, fornecida pela UCGIC, em que consta a identificação de 64 estabelecimentos⁷⁵,

⁷³ Revogando o Decreto-Lei n.º 279/2009, de 6 de outubro (alterado pelo Decreto-Lei n.º 164/2013, de 6 de dezembro), a alínea f) do n.º 2 do artigo 19.º do Decreto-Lei n.º 124/2011, de 29 de dezembro, a alínea q) do n.º 2 do artigo 3.º do Decreto-Lei n.º 22/2012, de 30 de janeiro, e a Portaria n.º 406/2012, de 12 de dezembro..

⁷⁴ E revogou o Decreto-Lei n.º 97/98, de 18 de abril.

⁷⁵ As entidades Idealmed III - Serviços de Saúde, Lda. e Hospital Privado de Santarém, embora não tenham sido consideradas nas restantes análises do presente estudo, por não apresentarem produção anterior a 2014, encontram-se aqui consideradas.

correspondentes a 59 entidades jurídicas distintas⁷⁶, identificadas pelo número de identificação fiscal (NIF).

O cruzamento desta lista com a base do registo público na ERS permitiu identificar que as entidades jurídicas do sector social, associadas quer a hospitais protocolados, quer a hospitais convencionados, encontram-se todas registadas no SRER da ERS. Também as entidades convencionadas de natureza privada, e respetivos estabelecimentos, se encontram registados.

Quanto ao licenciamento, importa referir que não impendia sobre as entidades do sector social a obrigação de procederem ao licenciamento dos estabelecimentos de saúde por si detidos, de acordo com o n.º 3 do artigo 1.º da Secção 1 do Decreto-Lei n.º 279/2009, de 6 de outubro, *supra* referido, que previa que “[o] regime jurídico aplicável às unidades privadas de serviços de saúde cuja titularidade seja de instituições particulares de solidariedade social com objetivos de saúde é objeto de diploma próprio”.

Com o Decreto-Lei n.º 127/2014, de 22 de agosto, o regime de exceção das IPSS mantém-se, não sendo este diploma aplicável às IPSS integradas na Rede Nacional de Cuidados Continuados. Por seu turno, os prestadores públicos e sociais abrangidos pelo artigo 13.º do Decreto-Lei n.º 138/2013, de 9 de outubro, vêm a verificação dos requisitos de funcionamento titulada por declaração de conformidade e não por licença, a qual “[...] é obtida mediante procedimento próprio, a definir por portaria”. Para as restantes “[...] unidades de serviços de saúde cuja titularidade seja de IPSS ou de instituições militares [...] as condições de abertura e funcionamento, bem como os termos da declaração de conformidade, são definidos por portaria dos membros do Governo responsáveis pelas áreas da saúde e, respetivamente, da segurança social ou da defesa nacional”⁷⁷.

Assim, no que concerne à verificação da titularidade de licenciamento das unidades de cuidados de saúde de natureza privada ao abrigo do Decreto-Lei n.º 279/2009, de 6 de outubro (regime que vigorava no momento em que esta análise se realizou), e novamente com recurso ao cruzamento entre as listas de estabelecimentos mencionados pela UCGIC como pertencentes ao SIGIC e a base de registos na ERS,

⁷⁶ As entidades Hospital Particular do Algarve, S.A. e HPP Lusíadas, S.A detêm 3 estabelecimentos e a entidade CLIRIA - Hospital Privado de Aveiro, S.A. detêm dois estabelecimentos, com convenção no âmbito do SIGIC.

⁷⁷ Cfr. n.º 4 do artigo 1.º, e n.º 2 e n.º 5 do artigo 2.º do Decreto-Lei n.º 127/2014, de 22 de agosto.

apurou-se que 12 dos 32⁷⁸ estabelecimentos de natureza privada com convenção no âmbito do SIGIC, ou seja 33%, solicitaram licenciamento ao abrigo do novo regime, para unidade de internamento, ao abrigo da Portaria n.º 290/2012, de 24 de setembro⁷⁹, e/ou para cirurgia de ambulatório, nos termos da Portaria n.º 291/2012, de 24 de setembro⁸⁰, alterada pela Portaria n.º 111/14, de 23 de maio. Quanto à situação dos restantes prestadores, deve assinalar-se que o Decreto-Lei n.º 279/2009, de 6 de outubro, previa que as unidades privadas que já se encontravam licenciadas pela anterior legislação mantivessem a sua licença válida, “[...] desde que não ocorr[essem] modificações [...], ou até serem objeto de vistoria pela ARS”.⁸¹ Igualmente nos termos do Decreto-Lei n.º 127/2014, de 22 de agosto, os prestadores previamente licenciados não têm obrigatoriedade de submeter novo pedido de licenciamento, embora com a novidade de que “[...] devem conformar-se com o regime neste estabelecido, no prazo de cinco anos, a contar da data da sua entrada em vigor”⁸².

6.2. Constrangimentos reportados

No sentido de aferir da qualidade subjacente ao funcionamento do SIGIC, na ótica dos utentes, e identificar os principais constrangimentos suscetíveis de impactar com os seus direitos, quer no que respeita àqueles previstos no âmbito geral dos cuidados de saúde prestados pelo SNS, quer no âmbito específico do SIGIC, foram consideradas as reclamações rececionadas pela ERS, no período entre 2006 e o 1.º semestre de 2014.

Como consta do gráfico que de seguida se apresenta, o volume de reclamações versando o funcionamento do SIGIC atingiu o seu número máximo em 2013, numa tendência crescente iniciada em 2010.

⁷⁸ Os restantes 18 estabelecimentos convencionados são detidos por entidades de natureza social.

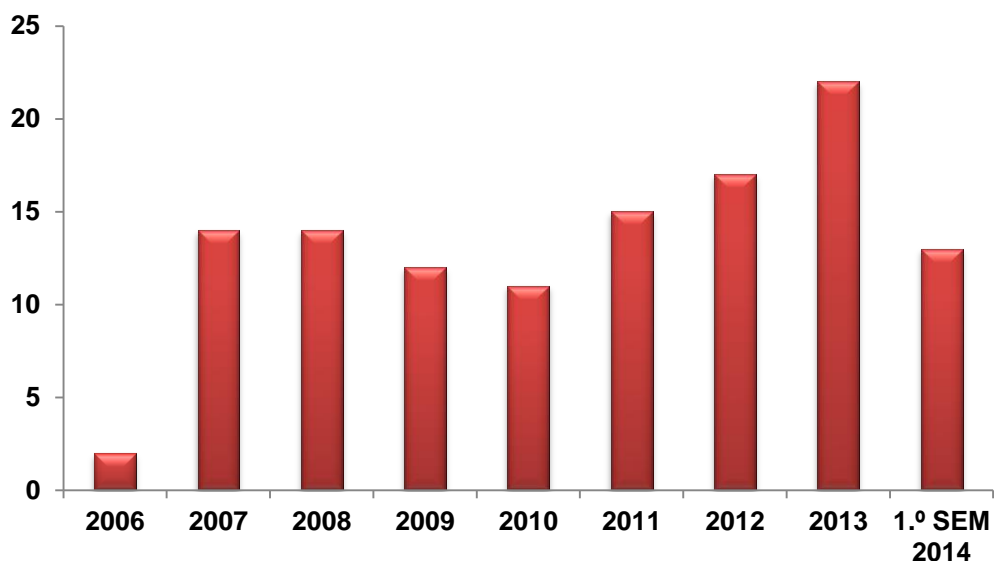
⁷⁹ Portaria que estabelece os requisitos mínimos relativos à organização e funcionamento, recursos humanos e instalações técnicas para o exercício da atividade das unidades privadas que tenham por objeto a prestação de serviços de saúde e que disponham de internamento

⁸⁰ Portaria que estabelece os requisitos mínimos relativos à organização e funcionamento, recursos humanos e instalações técnicas para as unidades privadas que prossigam atividades no âmbito da cirurgia de ambulatório.

⁸¹ Cfr. n.º1 do artigo 18.º da Secção VI, do Decreto-Lei n.º 279/2009, de 6 de outubro.

⁸² Cfr. n.º 4 do artigo 19.º do Decreto-Lei n.º 127/2014, de 22 de agosto.

Gráfico 13 – Reclamações sobre SIGIC



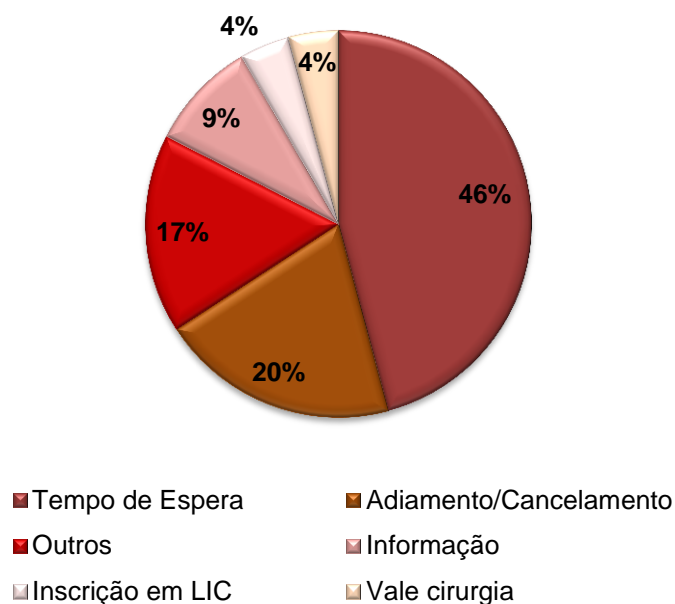
As estatísticas apresentadas não contemplam reclamações transversais à atividade dos prestadores, e não estritamente cingidas ao âmbito da cirurgia, nomeadamente questões de qualidade do atendimento dos recursos humanos dos prestadores visados, por não se inserirem no objetivo do presente estudo. Por outro lado, não foram considerados problemas a montante associados com a marcação e realização de consulta de especialidade com potencial de indicação cirúrgica, por não se referirem diretamente aos procedimentos do SIGIC e se encontrarem a ser monitorizados em sede própria⁸³.

Os principais temas sobre os quais recaem as reclamações, assim subdivididas para facilitar o seu enquadramento, encontram-se resumidos no gráfico 14.

Foram identificadas reclamações relativas a eventual não inscrição em LIC por parte do prestador de situação com indicação cirúrgica, indicando potenciais problemas de entrada no SIGIC, embora estas representem apenas 4% das reclamações sobre SIGIC.

⁸³ No âmbito dos processos de monitorização PMT/021/12 e PMT/022/12.

Gráfico 14 – Principais temas das reclamações sobre SIGIC



A maioria das reclamações rececionadas versa sobre os elevados tempos de espera para acesso a cirurgia (46%) e sobre adiamentos e cancelamentos de cirurgias (20%).

Da categoria de “Adiamento/Cancelamento” constam essencialmente reclamações sobre sucessivos adiamentos de cirurgia, em alguns casos por questões de ordem clínica como sejam a necessidade de interromper medicação para possibilitar a realização da cirurgia, sem que alegadamente sejam informados os utentes dessa necessidade, bem como cancelamento de cirurgias designadamente por perda de indicação cirúrgica ou por erro administrativo. As maiorias das reclamações neste âmbito não devem ser dissociadas do contexto de eventual insuficiência da informação prestada aos utentes.

Já no que se refere à realização de cirurgia em hospital convencionado, ao abrigo de VC, foram identificadas situações de cativação do VC sem realização de cirurgia, de expiração do prazo de validade alegadamente por responsabilidade do hospital de destino, de não devolução para cativação noutra prestador em situação de descontentamento do utente com o serviço prestado antes da cirurgia, e cancelamento sem informação ao utente da motivação para tal.

Foram identificados problemas de informação em vários momentos do circuito percorrido pelos utentes no âmbito do SIGIC, designadamente no que se refere ao tempo de espera e posição em LIC, aos procedimentos a realizar, e genericamente quanto às regras e direitos dos utentes no âmbito do SIGIC.

Na categoria “Outros” encontram-se reclamações relativas a dúvidas quanto à assunção de responsabilidade do hospital de destino após cirurgia, proposta de alteração de cirurgia pelo hospital de destino não aceite e devolução do processo ao hospital de origem, questões de erros administrativos e de entropias associadas aos procedimentos burocráticos subjacentes ao SIGIC, cobrança de MCDT e consultas no hospital de destino, dificuldade de marcação de consulta pós-cirúrgica e questões específicas nos prestadores protocolados, como sejam falta de verba no âmbito do acordo celebrado, término de protocolo e não integração no sistema informático.

No sentido de melhor compreender o âmbito das reclamações acima categorizadas por temas, de seguida analisam-se os principais constrangimentos reportados à ERS pelos utentes.

Cumprir lembrar que o acesso ao SIGIC implica a formalização de uma proposta cirúrgica, no âmbito de consulta de especialidade, com sustentação na realização de MCDT para aferição da necessidade cirúrgica, pelo que estará, desde logo, condicionado por eventuais problemas a montante, quer pelo tempo de espera que decorre até a consulta de especialidade, por sua vez dependente de referenciação das unidades de cuidados de saúde primários, quer pela demora na realização de MCDT⁸⁴.

Tempos de espera para consulta nos cuidados primários

Têm sido analisados pela ERS comportamentos suscetíveis de motivar o incumprimento dos TMRG no acesso a consultas de especialidade. Importa, para o efeito, referir a realização pela ERS do “Relatório dos Processos de Monitorização e Atuação Regulatória Futura para a Garantia do Cumprimento dos Tempos Máximos de Resposta Garantidos”⁸⁵, no âmbito dos processos de monitorização PMT/021/12 e PMT/022/12, nomeadamente sobre o incumprimento dos TMRG no acesso a primeiras consultas de especialidade hospitalar (ver fluxograma 2, que se segue).

Tempo de espera para a realização de MCDT e parecer clínico

Quando a formalização da proposta cirúrgica dependente da realização de MCDT de suporte, a demora na sua realização terá impacto no tempo decorrido desde a consulta até à realização da cirurgia (ver fluxograma 2), tanto mais quando se revelar

⁸⁴ A este respeito poderá consultar-se a Recomendação da ERS n.º 2/2014, disponível em www.ers.pt.

⁸⁵ Disponível em www.ers.pt.

necessária a realização de novos MCDT dado o lapso de tempo até à realização da cirurgia, representando igualmente uma duplicação de custos para o SNS.

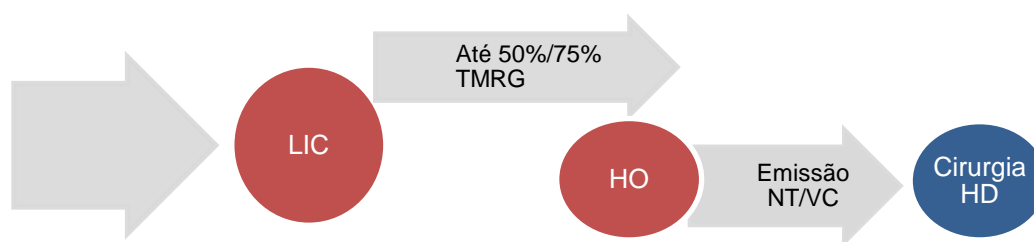
Para além da demora na realização de MCDT, foi identificado constrangimento associado à demora no parecer de um dos especialistas pertencentes à equipa multidisciplinar clínica com implicações na data de inscrição em LIC e consequentemente na contagem dos tempos de espera.

Fluxograma 2: Realização de MCDT



Os constrangimentos que de seguida se apresentam enquadram-se, como resulta do fluxograma 3, no período desde a entrada em LIC até à efetiva realização da cirurgia, relacionando-se nomeadamente com os procedimentos de gestão da LIC, bem como com os mecanismos associados à transferência de utentes, emissão de vale cirurgia e relação estabelecida entre hospitais de origem e de destino.

Fluxograma 3: Momento de entrada em LIC até à realização de cirurgia



Gestão da LIC

Foram reportados constrangimentos relativos à inscrição e gestão da LIC, nomeadamente cancelamentos do registo em LIC por lapso do hospital, o que levou a nova inscrição em LIC e nova contagem dos tempos de espera e pendência da

inscrição em LIC por motivos de ordem clínica, alegadamente sem prestação de informação nesse sentido.

Nos termos do Regulamento do SIGIC⁸⁶, “[...] a pendência pode [...] ser efetuada a pedido do médico e desde que o utente consinta, por um período máximo acumulado de quatro meses, quando se verifique uma situação clínica que impossibilite temporariamente o utente de ser operado”. Não obstante, e ainda que pudesse justificar-se pela situação clínica, a ERS tomou conhecimento de um caso concreto em que o utente não terá sido informado, situação que motivou o não cumprimento do período máximo acumulado previsto para a pendência.

Recusa de cativação de vale cirurgia por parte do hospital de destino

Em 2008, ano em que pela Portaria n.º 45/2008, de 15 de janeiro, o Regulamento do SIGIC passou a conter a menção de aplicar-se às entidades que contratam e convencionam com o SNS a prestação de cuidados de saúde⁸⁷, os problemas reportados encontravam-se associados a uma recusa de entidades privadas de saúde de prestação de cuidados médicos a utentes do SNS, ainda que constassem da lista de entidades disponíveis para cativação de VC, porque alegadamente o valor pago pelo Estado no âmbito do SIGIC não seria suficiente para a realização da cirurgia em causa.

De acordo com o MGIC, “o hospital de destino só poderá não aceitar a cativação do VC caso identifique uma desconformidade no processo, inibitória da realização da cirurgia, ou caso não possua, objectivamente, condições para tratar o utente com segurança. Todas as situações de não aceitação serão auditadas pela URGIC ou pela UCGIC. Se não houver outro hospital convencionado disponível no directório do VC, o processo do utente deverá ser devolvido à UCGIC.”

Assim, os prestadores convencionados com o SIGIC deverão atender todos os utentes do SNS portadores de VC, e onde surjam na listagem anexa ao vale na qualidade de prestador convencionado. Tanto mais que para constarem como hospitais de destino para determinado procedimento, terão de constar das listagens do SIGIC para o procedimento em causa, informação que é carreada pelos próprios prestadores convencionados para o sistema no momento da adesão (ou alteração) à convenção.

⁸⁶ Cfr. n.º 133, da Parte VI do Regulamento do SIGIC.

⁸⁷ Ao abrigo nomeadamente da portaria (sem número) publicada no Diário da República, 1.ª série, de 27 de julho de 1998.

Assim, ao recusarem a realização da cirurgia com fundamentos de ordem financeira, os prestadores de cuidados de saúde em questão praticam um comportamento que não só integra uma violação do direito de acesso dos utentes aos cuidados de saúde, designadamente em termos temporais, como poderá impactar na liberdade de escolha do utente para tratamento em tempo útil.

Recusa por não concordância com a proposta cirúrgica

Na sequência do mencionado anteriormente, a recusa da proposta cirúrgica apenas poderá ter lugar caso o hospital de destino não concorde com a proposta cirúrgica face à situação clínica do utente, pelo que deverá, caso entenda que os procedimentos não são os mais indicados, solicitar ao hospital de origem ou à URGIC a sua alteração, a qual, vindo a ocorrer, valida a realização de um ou mais procedimentos distintos dos constantes na proposta original⁸⁸.

A ERS tomou conhecimento de um caso concreto em que o hospital de origem não concordou com o procedimento, e não tendo capacidade para realizar aquele que entendia dever ser realizado em alternativa, remeteu a justificação para a não realização da intervenção cirúrgica à URGIC mais de um mês após o primeiro contacto do utente. Foram igualmente identificadas situações em que perante a não concordância do médico do hospital de destino com o procedimento constante da proposta de cirurgia, este remeteu à URGIC respetiva a sua proposta de alteração, que não foi aprovada e culminou com o não cumprimento do TMRG. Estas situações poderão indiciar problemas nos procedimentos, suscetíveis de limitar a possibilidade de tratamento dentro do tempo clinicamente aceitável e de escolha de outro prestador que constasse do VC.

Procedimentos de transferência

Sendo certo que a liberdade de escolha se encontra dependente da existência de um hospital de destino com capacidade para realizar o procedimento cirúrgico, a ERS tomou conhecimento de situações de utentes em que a emissão de VC não foi possível por falta de hospital da rede do SIGIC com capacidade para, no momento em causa, realizar a cirurgia ao utente dentro do TMRG.

⁸⁸ Cfr. n.º 103, da Parte V do Regulamento do SIGIC.

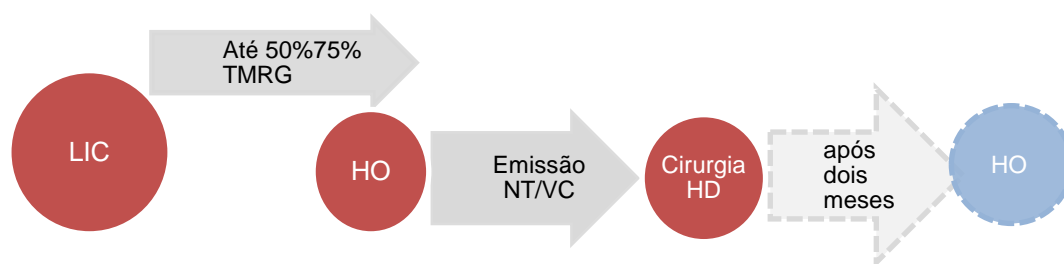
Processando-se o envio do VC por via postal, em correio registado, nos termos do regulamento do SIGIC, e constando do referido vale um prazo para cativação, nem sempre a receção em mão por parte do utente se efetivou em tempo útil, implicando a sua não cativação e assim o cancelamento automático da inscrição em LIC.

No mesmo âmbito, verificou-se que os procedimentos de transferência de utentes nem sempre se encontram de molde a favorecer o cumprimento dos TMRG. A título de exemplo, perante situações de alteração do perfil assistencial de um hospital de origem, não se encontram definidos mecanismos para a transferência dos utentes em LIC para novo hospital de origem, nem quaisquer medidas que acautelem os utentes nestas situações, o que implica a tomada de medidas corretivas *a posteriori*.

Responsabilidades de hospital de destino

Considerando o momento posterior à cirurgia em hospital de destino, na sequência de emissão de VC, por ausência de capacidade do hospital de origem para realizar a cirurgia respeitando os TMRG, foram identificados constrangimentos quanto à distinção das responsabilidades do hospital de origem e do hospital de destino, por dúvidas quanto ao enquadramento de uma situação clínica como complicação associada à cirurgia realizada no hospital de destino.

Fluxograma 4: Responsabilidade dos hospitais de destino



Clarifique-se, quanto a este tópico, que nos termos do Regulamento do SIGIC, o hospital de destino é responsável pelo tratamento de quaisquer complicações dos tratamentos instituídos, identificadas no período de dois meses após a alta, sendo que

salvo essa disposição, todos os tratamentos ou consultas posteriores são realizados no hospital de origem⁸⁹.

Por outro lado, de acordo com o MGIC, “[o] hospital onde o utente é operado será responsável por registar e resolver as complicações identificadas durante o período de dois meses após a alta do internamento.”.

Mais é referido que “[q]ualquer situação não programada que afete o utente e que seja detetada durante um período de 2 meses após a alta, deverá ser considerada complicação cirúrgica até prova em contrário. O ónus da prova cabe ao hospital que intervencionou o utente.”.

Assim, “[a]pós o período de 2 meses a contar da data de alta de internamento, o hospital que operou o utente deverá acompanhar a sua situação clínica, nomeadamente no que se refere a complicações não resolvidas, e continuar os tratamentos necessários através de um acordo de resolução que, caso seja necessário, será mediado pela UHGIC do hospital de origem ou pela URGIC.”.⁹⁰

Não obstante a resolução das situações concretas, certo é que não deixaram de existir constrangimentos associados quer à necessidade de os utentes assumirem o adiantamento do pagamento de tratamentos associados a complicações na sequência da cirurgia, quer à demora de resolução da sua situação concreta, até clarificação de qual o hospital responsável pelo acompanhamento do utente.

Informação aos utentes

Por último, como constrangimento sentido transversalmente em diversos momentos do SIGIC, são reportados problemas de falta de informação por parte dos prestadores ou das entidades responsáveis (UCGIC e URGIC) aos utentes, impactando na esfera dos direitos dos utentes acima enunciados, sendo os principais aqueles que se referem à data prevista para realização da cirurgia, à explicitação dos critérios que definem a posição em LIC e que podem motivar oscilações nessa posição, concretamente o nível de prioridade atribuída e o TMRG associado, e aos motivos de ordem clínica que podem justificar o adiamento da cirurgia.

Nos termos do Regulamento do SIGIC, toda a programação cirúrgica é registada no SIGLIC e deve obedecer aos critérios da prioridade clínica estabelecida pelo médico especialista, em função da doença e problemas associados, patologia de base,

⁸⁹ Cfr. n.ºs 126 e 127, da Parte V do Regulamento do SIGIC.

⁹⁰ Cfr. ponto 5.3.5.2. Registo de complicações do Manual do SIGIC.

gravidade, impacto na esperança de vida, na autonomia e na qualidade de vida do utente, velocidade de progressão da doença e tempo de exposição à doença, bem como da antiguidade na LIC, sendo, em caso de igual prioridade clínica, selecionado em primeiro lugar o utente que se encontra inscrito na lista há mais tempo⁹¹. Os preditos critérios devem ser conjugados com os tempos máximos definidos na Portaria n.º 1529/2008, de 26 de dezembro.

Certo é que, nos termos do MGIC, a UHGIC tem como principal função a ligação do utente com o hospital, competindo-lhe a informação aos utentes ou seus representantes, sobre o estado da inscrição, o teor dos deveres e direitos e qualquer outra sobre as diferentes fases do processo⁹², o que não se verificando impacta nomeadamente com os direitos dos utentes, concretamente com a alínea d), da Parte III do Regulamento do SIGIC.

Por último refira-se a dificuldade sentida por parte dos utentes no conhecimento dos tempos de espera de cada prestador, quer em consulta, quer em cirurgia, nomeadamente pela não publicação e/ou atualização dos TMRG em locais de fácil consulta pelo utente, e/ou no sítio da Internet dos prestadores, impactando nomeadamente no direito de informação dos utentes previsto nas alíneas a) e e) do artigo 27.º, da Lei 15/2014, de 21 de março.

Em suma, na ótica dos utentes, a maioria das reclamações rececionadas versa sobre os elevados tempos de espera para acesso a cirurgia e com adiamentos e cancelamentos de cirurgias.

Concretamente destacam-se como principais constrangimentos: procedimentos de gestão de LIC, nomeadamente cancelamentos do registo em LIC por lapso do hospital e pendências da inscrição em LIC por motivos de ordem clínica, para além do previsto no Regulamento; situações de recusa do hospital de destino para a realização de determinado procedimento com base em motivações de ordem financeira; morosidade nos procedimentos para alteração da proposta cirúrgica por não concordância do hospital de destino com o procedimento; limitações e morosidade subjacentes aos procedimentos de transferência por inexistência de hospitais de destino para emissão de VC e por situações excecionais de alteração do perfil assistencial do hospital de origem; falta de informação aos utentes nomeadamente quanto às regras de determinação da posição em LIC, à posição em LIC em determinado momento e à data de marcação da cirurgia.

⁹¹ Cfr. n.º 73, da Parte V do Regulamento do SIGIC.

⁹² Cfr. MGIC (2011), Volume II – Área da gestão pontos 3.3.3. e 3.3.5..

Os constrangimentos reportados à ERS no âmbito do SIGIC são suscetíveis de impactar com os direitos dos utentes, tal como descritos na secção 2.1, essencialmente com o direito de acesso a cirurgia dentro dos TMRG, para o qual poderá contribuir o não cumprimento dos TMRG no acesso a primeira consulta de especialidade hospitalar, com o direito à informação, e com o cumprimento das regras estabelecidas no Regulamento do SIGIC.

Atuação regulatória

Identificados os constrangimentos acima reportados, a atuação regulatória da ERS, pautou-se essencialmente pela adoção de medidas tendentes à resolução das situações concretas dos utentes, quer junto dos prestadores, quer junto das entidades responsáveis pelo SIGIC, nomeadamente ACSS/UCGIC e ARS/URGIC respetiva, que diligenciaram pela sua retificação.

Parte dos processos de reclamação conduziram a situações de arquivamento sumário, por não se justificar uma atuação regulatória acrescida, arquivamento com sugestão de melhorias, garantia de adoção de medidas corretivas por parte do prestador, para evitar a repetição da situação, pretensão do utente atendida após diligências empreendidas pela ERS, e situação ultrapassada⁹³.

Porém, em algumas situações as reclamações e exposições rececionadas deram origem a processos de inquérito, por necessidade de averiguação mais aprofundada, no âmbito dos quais se afigurou, por vezes, necessário a emissão de instruções e recomendações sobre o SIGIC, recordando-se aqui o conteúdo de algumas delas, por resumirem o sentido da atuação mais recente da ERS⁹⁴.

As instruções emitidas aos prestadores⁹⁵, no que concretamente ao SIGIC respeita, versaram essencialmente sobre a necessidade de acompanhamento e resolução da situação concreta, e o dever de garantir “que os procedimentos por si adotados sejam aptos a informar todos os utentes sobre o seu posicionamento na lista de inscritos para cirurgia e, ainda, nos prazos estabelecidos pelo MGIC e pelo Regulamento do SIGIC, da data de agendamento da cirurgia proposta;”.

⁹³ Para mais informação quanto aos possíveis desfechos das reclamações da ERS, consultar os relatórios de reclamações em www.ers.pt.

⁹⁴ Veja-se a título exemplificativo os processos de inquérito n.ºs ERS/056/13, ERS/058/13 e ERS/093/13, cujas deliberações poderão ser consultadas em www.ers.pt.

⁹⁵ O conteúdo integral das deliberações poderá ser consultado em www.ers.pt.

No que se refere ao cumprimento das regras do sistema SIGIC, foram emitidas instruções aos prestadores, nomeadamente no sentido de deverem garantir que os procedimentos adotados em colaboração com as entidades responsáveis, sejam aptos ao atendimento dos utentes no quadro dos TMRG aplicáveis e, quando assim não ocorra, sejam desencadeados os mecanismos necessários ao processo de transferência.

Por outro lado, foram emitidas recomendações dirigidas às entidades com responsabilidades no âmbito do SIGIC, nomeadamente ACSS e ARS, no sentido da UCGIC e URGIC respetivas, nomeadamente:

“[...] assegurarem a transferência em tempo oportuno das propostas dos utentes em LIC sempre que o Hospital de Origem deixe de ter competência para a realização de determinado procedimento cirúrgico [...]”;⁹⁶

[...] garantir[em] um adequado controlo dos procedimentos de cancelamento de inscrição na LIC, assegurando que os mesmos se reconduzem aos motivos taxativamente fixados.”.⁹⁷

Em resposta à recomendação emitida no âmbito do processo de inquérito n.º ERS/093/13⁹⁸, acima mencionada, a ACSS veio pronunciar-se, referindo que, não obstante as diligências que têm vindo a ser empreendidas pela ACSS e pelos Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, E.P.E., para adaptação do sistema informático às normas legais, nomeadamente para implementação do Regulamento do SIGIC, não foi ainda possível contar com todos os desenvolvimentos previstos para os sistemas de informação que suportam o funcionamento do SIGIC.

Por outro lado, de molde a evitar situações como a acima assinalada, a ACSS informou que irá emitir uma Circular Normativa determinando a obrigatoriedade dos hospitais agendarem para cirurgia, no prazo máximo de 15 dias, todos os utentes inscritos que não tendo sido operados não foram por qualquer motivo transferidos até 100% do TMRG. Ainda, é referido que irá proceder à emissão de recomendação às ARS para que sejam encontradas soluções adequadas e atempadas para utentes inscritos em LIC nos hospitais que perdem valências, para que os TMRG não sejam ultrapassados, bem como proceder à monitorização dos motivos de cancelamento de utentes na LIC, para aferir do cumprimento das regras do SIGIC.

⁹⁶ No âmbito dos processos de inquérito registados sob o n.º ERS/058/13 e n.º ERS/093/13.

⁹⁷ No âmbito do processo de inquérito n.º ERS/093/13.

⁹⁸ Cujo conteúdo integral das deliberações poderá ser consultado em www.ers.pt, na área temática *atividades de regulação» instruções e atividades de regulação*.

6.3. Desempenho dos hospitais de origem em indicadores de qualidade

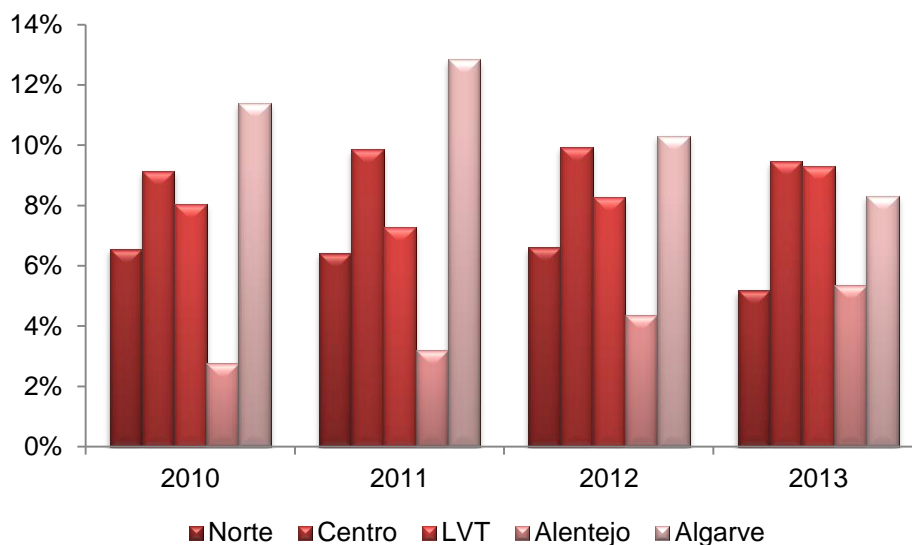
Com o intuito de identificar eventuais problemas ao nível da qualidade no SIGIC, são em primeiro lugar apresentadas as percentagens de operados com tempo de espera superior aos TMRG, total e em ambulatório. Não obstante já se ter analisado o cumprimento dos TMRG como fator relevante para o acesso, importa considerar este tema na secção da qualidade, enquanto indicador de desempenho, porquanto o atendimento em tempo útil impacta na qualidade dos cuidados prestados.

Em segundo lugar, procede-se ao cálculo das percentagens de óbitos face às saídas, distinguindo entre ARS e entre hospitais do SNS e hospitais protocolados, na sua qualidade de hospital de origem⁹⁹.

As ARS Norte e a ARS Alentejo apresentaram os melhores resultados no indicador que traduz a percentagem de operados com tempo de espera superior ao TMRG (gráfico 15), nos hospitais do SNS, posicionando-se abaixo da média nacional, que rondou os 7% no intervalo de tempo considerado, atingindo o valor mínimo em 2013. A ARS Algarve apresentou os piores resultados com exceção para o ano de 2013, ano em que, quer a ARS Centro, quer a ARS Lisboa e Vale do Tejo apresentaram piores resultados face às restantes ARS e ao ano de 2010. Porém, a ARS Alentejo apresentou uma tendência crescente neste indicador nos últimos três anos, enquanto a ARS Algarve revelou tendência decrescente.

⁹⁹ Os hospitais convencionados não foram considerados na presente análise por não terem LIC própria e não terem os indicadores definidos para o efeito.

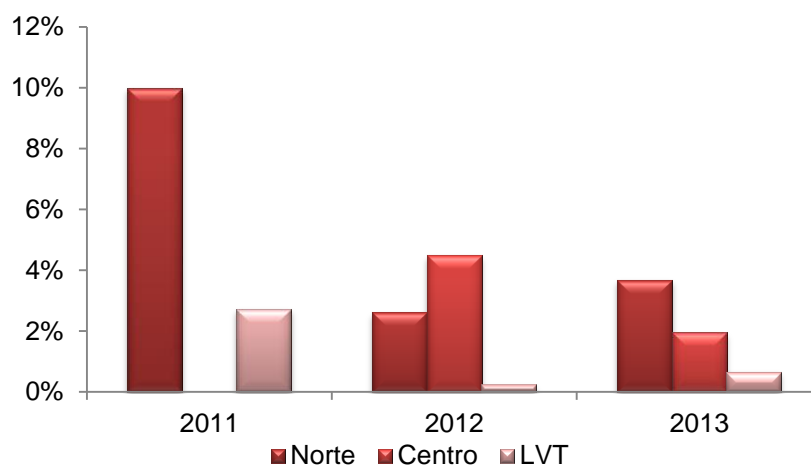
Gráfico 15 – Utentes operados com TE superior ao TMRG nos hospitais do SNS (em percentagem), entre 2010 e 2013



Fonte: Elaboração própria com base em informação da UCGIC

Os operados nos hospitais protocolados¹⁰⁰ que apresentaram um tempo de espera superior ao TMRG reduziram-se a nível nacional de cerca de 9,7%, em 2011, para 3,5%, em 2013, contribuindo mais para esta redução a ARS Norte que em 2011 apresentava uma 10% de operados com tempo de espera superior ao TMRG, contra 3,7 em 2013.

Gráfico 16 – Utentes operados com TE superior ao TMRG nos hospitais protocolados (em percentagem), entre 2011 e 2013

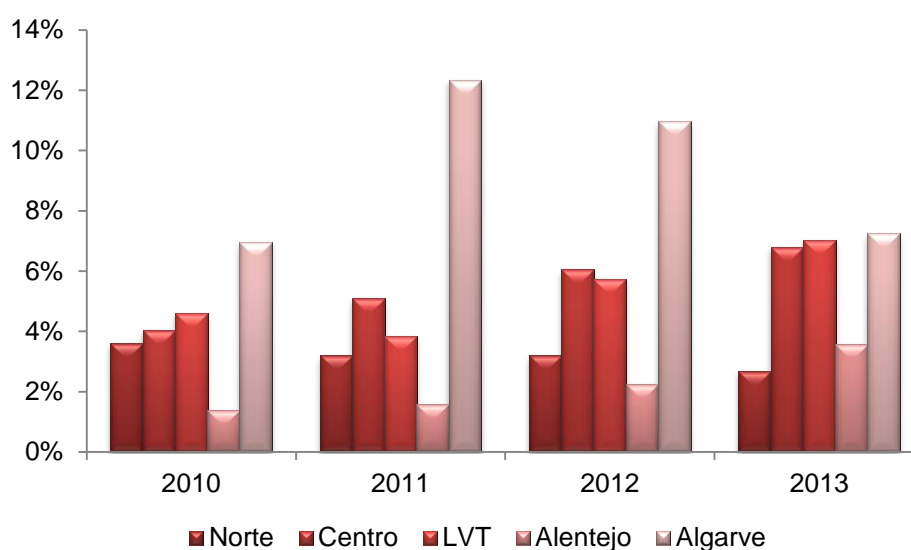


Fonte: Elaboração própria com base em informação da UCGIC

¹⁰⁰ Para os hospitais protocolados apenas existem dados a partir de 2011, ano em que passou a ser incluída nos relatórios da UCGIC informação relativa aos hospitais desta natureza.

A percentagem de operados em ambulatório com tempo de espera superior ao TMRG, nos hospitais do SNS, é inferior à do total de operados, variando entre 4% e 4,8% a nível nacional, tendo o valor superior sido apresentado no ano de 2013. As ARS Norte e Alentejo apresentam novamente percentagens inferiores à percentagem nacional, enquanto a ARS Algarve apresenta a maior percentagem no período considerado.

Gráfico 17 – Utentes operados em ambulatório com TE superior ao TMRG nos hospitais SNS (em percentagem), entre 2010 e 2013



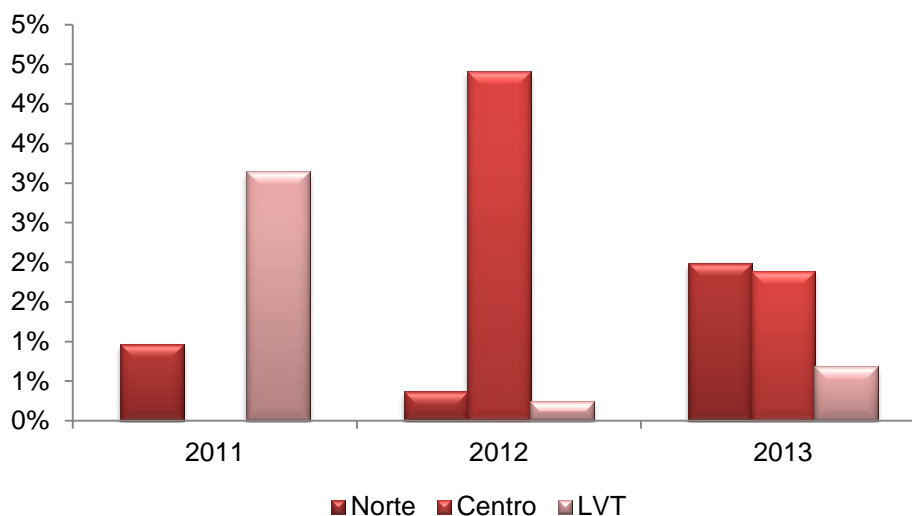
Fonte: Elaboração própria com base em informação da UCGIC

A percentagem de operados em ambulatório com tempo de espera superior ao TMRG, nos hospitais protocolados, é inferior à apresentada pelos hospitais do SNS, embora tenha aumentado e atingido o valor máximo a nível nacional no ano de 2013, à semelhança do que sucedeu para os hospitais do SNS.

Quando comparado este indicador com a percentagem total de operados, também à semelhança do verificado para os hospitais do SNS, a percentagem de operados em ambulatório que esperam mais do que o respetivo TMRG é inferior, em 2013 representando 1,9% em oposição aos 3,5% do total de operados.

A percentagem superior deste indicador foi apresentada pela ARS Centro, para o ano de 2012 e pela ARS Norte em 2013, valores superiores ao nacional, nesses anos.

Gráfico 18 – Utentes operados em ambulatório com TE superior ao TMRG nos hospitais protocolados, entre 2011 e 2013 (em percentagem)



Fonte: Elaboração própria com base em informação da UCGIC

A percentagem de óbitos face às saídas¹⁰¹ observada para os hospitais do SNS, entre 2010 e 2013, apresentou o valor de 0,3% a nível nacional, sem grandes variações. As ARS Centro e Lisboa e Vale do Tejo apresentaram sempre valores ligeiramente superiores ao nacional e a ARS Norte apresentou sempre a menor percentagem e óbitos no período considerado. A nível nacional, a percentagem de óbitos face às saídas nos primeiros três anos considerados, 0,31%, reduz-se para 0,25%, em 2013, apenas aumentando na ARS Lisboa e Vale do Tejo.

Tabela 15 – Óbitos face às saídas nos hospitais do SNS (em percentagem)

ARS	2010	2011	2012	2013
Norte	0,28%	0,23%	0,22%	0,22%
Centro	0,35%	0,39%	0,40%	0,28%
LVT	0,32%	0,36%	0,40%	0,28%
Alentejo	0,29%	0,36%	0,32%	0,26%
Algarve	0,30%	0,41%	0,31%	0,35%
Nacional	0,31%	0,31%	0,31%	0,25%

Fonte: Elaboração própria com base em informação da UCGIC

¹⁰¹ Entende-se por saídas o “[n]úmero de episódios saídos da LIC [...]”, nos termos do Formulário em anexo ao Relatório da Atividade em Cirurgia Programada de 2012, da ACSS.

Nos hospitais protocolados a percentagem de óbitos face às saídas a nível nacional situa-se perto de zero, sendo zero na ARS Centro e ARS Lisboa e Vale do Tejo, e mostrando uma redução para o ano de 2013 a nível nacional e na ARS Norte.

Tabela 16 – Óbitos face às saídas nos hospitais protocolados (em percentagem)

ARS	2011	2012	2013
Norte	0,04%	0,04%	0,02%
Centro	0,00%	0,00%	0,00%
LVT	0,00%	0,00%	0,00%
Nacional	0,04%	0,04%	0,02%

Fonte: Elaboração própria com base em informação da UCGIC

No que concretamente respeita ao cumprimento dos TMRG, verificou-se uma redução, ainda que ligeira, da percentagem de utentes operados com tempo de espera superior ao TMRG, nos hospitais do SNS, quando comparados os anos de 2010 e 2013. Nos hospitais protocolados, entre 2011 e 2013 essa redução foi mais expressiva.

A percentagem de operados em ambulatório que esperam mais do que o respetivo TMRG é inferior à do total de operados, quer em hospitais do SNS, quer em hospitais protocolados, ainda que tenha aumentado no último ano em análise. Nos dois indicadores os hospitais protocolados apresentam melhor desempenho. A percentagem de óbitos face às saídas apresentou uma redução no ano de 2013, nos dois tipos de prestadores, sendo zero nos hospitais protocolados, excetuando os estabelecimentos da ARS Norte.

Ao nível dos hospitais do SNS, as ARS Norte e ARS Alentejo destacam-se por apresentarem valores abaixo do nacional nos indicadores considerados, enquanto a ARS Algarve apresenta os resultados relativos menos favoráveis.

6.4. Avaliação dos prestadores no SINAS

O Sistema Nacional de Avaliação em Saúde (SINAS) é um sistema de avaliação da qualidade global dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde, desenvolvido pela ERS, que inclui um módulo dedicado à avaliação dos prestadores de cuidados de saúde com internamento, inscritos voluntariamente, denominado

SINAS@Hospitais¹⁰². Neste estudo recorreu-se às avaliações produzidas neste módulo para se aferir da qualidade dos estabelecimentos pertencentes à rede do SIGIC.

Num primeiro momento, teve-se em consideração a dimensão “Excelência Clínica”¹⁰³ do SINAS@Hospitais, que visa avaliar a qualidade dos cuidados de saúde propriamente ditos a diversos níveis, como o diagnóstico, os procedimentos ou a profilaxia, tendo em concreto sido escolhidos os seguintes procedimentos cirúrgicos para análise: Cirurgia do Cólon, Cirurgia de Revascularização do Miocárdio, Cirurgia de Revascularização Arterial, Cirurgia Valvular e outra Cirurgia Cardíaca não Coronária, Histerectomias, Artroplastias Totais da Anca e Joelho, e Tratamento Cirúrgico da Fratura Proximal do Fémur Adicionalmente, considerou-se também as avaliações da área de Cirurgia em Ambulatório.¹⁰⁴ As avaliações analisadas correspondem à publicação mais recente do SINAS, de junho de 2014.

Num segundo momento, foi avaliada a dimensão “Segurança do Doente”, no âmbito do SINAS@Hospitais, considerando, concretamente, o conjunto de perguntas do ponto “5. Cirurgia segura”, da *check-list* de procedimentos de segurança¹⁰⁵ da publicação mais recente (dezembro de 2013), *check-list* esta de verificação da cultura e procedimentos relacionados com a segurança dos doentes na prestação de cuidados de saúde. Importa notar que nesta área o SINAS afere da existência e cumprimento de procedimentos e requisitos conducentes à melhoria crescente da qualidade dos serviços prestados, não avaliando a prática clínica na sua vertente técnica ou deontológica. Também não pretende a avaliação de serviços ou departamentos dentro dos hospitais, dado que as patologias e os procedimentos analisados podem ser comuns a diferentes áreas.

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

¹⁰² Todas as informações relativas aos SINAS, bem como à classificação dos prestadores já avaliados, a título voluntário, pode ser consultada em <https://www.ers.pt/pages/212>.

¹⁰³ O SINAS@Hospitais considera as seguintes dimensões da qualidade, para além da “Excelência Clínica”: “Segurança do Doente”; “Adequação e Conforto das Instalações”; “Focalização no Utente”; e “Satisfação do Utente”.

¹⁰⁴ No SINAS, a avaliação de cada procedimento ou área de procedimentos é feita com base em indicadores de processo e de resultado.

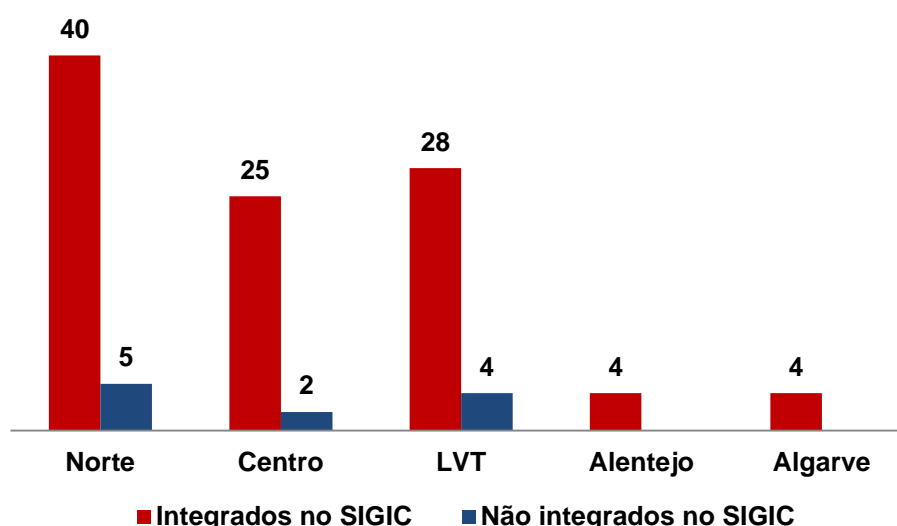
¹⁰⁵ Todas as informações relativas à dimensão “Segurança do Doente” bem como a *check-list* de procedimentos de segurança, em <https://www.ers.pt/pages/218>.

aplicável, comporta a atribuição de um nível de qualidade em escala de *rating* para cada um dos prestadores que demonstraram cumprir com os parâmetros de qualidade exigidos no primeiro nível.¹⁰⁶

Em junho de 2014, a ERS publicou os resultados da avaliação da “Excelência Clínica” no âmbito do módulo SINAS@Hospitais, que servem de base à análise que seguidamente se apresenta. Apresentada a distribuição de estabelecimentos por ARS (ver gráfico 19), constata-se que dos 112 estabelecimentos avaliados, 101 fazem parte da rede SIGIC e os restantes 11 não têm qualquer protocolo ou convenção ao abrigo do SIGIC. Por região de saúde, verifica-se que 40 estabelecimentos integrados no SIGIC situam-se na ARS Norte, 25 na ARS Centro, 28 na ARS Lisboa e Vale do Tejo, quatro na ARS Alentejo e Algarve.

Na dimensão “Excelência Clínica” obtiveram estrela 97% dos estabelecimentos da rede do SIGIC, e 73% dos estabelecimentos não integrados no SIGIC, totalizando 98 e oito estabelecimentos, respetivamente. Na análise dos procedimentos, que de seguida se apresenta, foram apenas considerados estes 98 participantes da rede do SIGIC e oito dos não integrados no SIGIC, na medida em que a atribuição de nível de qualidade se encontra dependente da obtenção de estrela na dimensão.

Gráfico 19 – Distribuição geográfica dos participantes na avaliação da dimensão Excelência Clínica do SINAS@Hospitais



¹⁰⁶ Os dados que servem de base à avaliação são submetidos pelos prestadores sendo, pois, da sua exclusiva responsabilidade. No entanto, a ERS realiza auditorias sistemáticas a estabelecimentos selecionados aleatoriamente, com o intuito de verificar, *in loco*, a consistência da informação submetida.

Dos 98 participantes na avaliação SINAS@Hospitais incluídos na rede do SIGIC constatou-se que nem todos os estabelecimentos participaram na avaliação de todos os procedimentos. No entanto, a não participação pode englobar um conjunto de fatores como a não realização do procedimento, os prestadores não se terem voluntariado para a avaliação ou não terem entregue dados, estar a iniciar a avaliação e a existência de uma amostra não significativa. Assim, na tabela seguinte consideraram-se, para cada procedimento, os estabelecimentos que participaram na avaliação, encontrando-se as maiores amostras no procedimento Artroplastias Totais da Anca e do Joelho, seguida pela Cirurgia em Ambulatório e pela Histerectomias, distribuídos pelos níveis de qualidade I, II e III, sendo o nível III o revelador de maior qualidade no procedimento.

No caso concreto dos procedimentos de Artroplastias Totais da Anca e do Joelho, 77% dos estabelecimentos avaliados obtiveram rating II, 21% nível III e 2% nível I. Em Cirurgia em Ambulatório, 48% dos estabelecimentos avaliados obtiveram nível II, 41% nível III e 11% nível I. A Cirurgia em Ambulatório figura como a área com um nível médio superior, de 2,30, quando comparada com os restantes procedimentos. Na realização de Histerectomias 50% dos estabelecimentos avaliados obtiveram nível de qualidade II, 33% nível III e 17% nível I.

Tabela 17 – Análise do nível de qualidade dos procedimentos dos prestadores da rede SIGIC

Procedimentos	Participantes Avaliados	Nível de qualidade I	Nível de qualidade II	Nível de qualidade III	Nível médio
Cirurgia de revascularização do miocárdio	3		100%		2,00
Cirurgia valvular e outra cirurgia cardíaca não coronária	2		100%		2,00
Cirurgia em Ambulatório	44	11%	48%	41%	2,30
Cirurgia do Cólon	23	22%	43%	35%	2,13
Cirurgia de Revascularização Arterial	6		83%	17%	2,17
Histerectomias	42	17%	50%	33%	2,17
Artroplastias Totais da Anca e do Joelho	66	2%	77%	21%	2,20
Tratamento cirúrgico da fratura proximal do fémur	32	9%	72%	19%	2,09

Na avaliação dos prestadores não incluídos na rede do SIGIC, constatou-se que todos os estabelecimentos que obtiveram estrela na dimensão “Excelência Clínica”, participaram na avaliação do procedimento de Artroplastias Totais da Anca e do Joelho, sendo o procedimento de Histerectomias o que apresentou maior participação, com seis participantes.

No caso concreto do procedimento relativo às Artroplastias Totais da Anca e do Joelho, 88% dos estabelecimentos avaliados obtiveram nível II e 13% nível III. Na realização de Histerectomias 83% dos estabelecimentos avaliados obtiveram nível I e 17% nível II. O procedimento de Artroplastias Totais da Anca e do Joelho apresentou um nível médio superior aos dos restantes procedimentos, de 2,13.

Resta notar que nas quatro áreas em que houve prestadores não integrados no SIGIC avaliados, os níveis médios destes prestadores foram sempre inferiores aos níveis médios do grupo de prestadores integrados no SIGIC, com o diferencial a ser mais acentuado na Cirurgia em Ambulatório e nas Histerectomias.

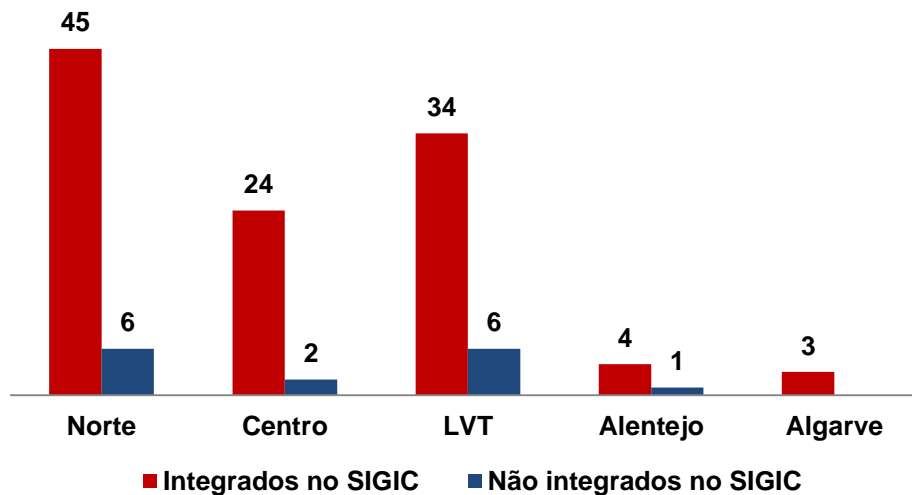
Tabela 18 – Análise do Nível dos procedimentos dos prestadores não integrados no SIGIC

Procedimentos	Participantes Avaliados Não integrados no SIGIC	Nível de qualidade I	Nível de qualidade II	Nível de qualidade III	Nível médio
Cirurgia de revascularização do miocárdio	0				
Cirurgia valvular e outra cirurgia cardíaca não coronária	0				
Cirurgia em Ambulatório	2	50%	50%		1,50
Cirurgia do Cólon	2		100%		2,00
Cirurgia de Revascularização Arterial	0				
Histerectomias	6	83%	17%		1,33
Artroplastias Totais da Anca e do Joelho	8		88%	13%	2,13
Tratamento cirúrgico da fratura proximal do fémur	0				

De seguida avalia-se a dimensão “Segurança do Doente”, considerando o conjunto de perguntas da *check-list* anteriormente referida. Relativamente à distribuição de estabelecimentos por ARS (ver gráfico 20), constata-se que dos 125 estabelecimentos avaliados, 110 fazem parte da rede SIGIC e os restantes 15 não têm qualquer protocolo ou convenção ao abrigo do SIGIC. Por região de saúde, verifica-se que 45

estabelecimentos integrados no SIGIC situam-se na ARS Norte, 24 na ARS Centro, 34 na ARS Lisboa e Vale do Tejo, quatro na ARS Alentejo e três na ARS Algarve.

Gráfico 20 – Distribuição geográfica dos participantes na avaliação da dimensão Segurança do Doente do SINAS@Hospitais

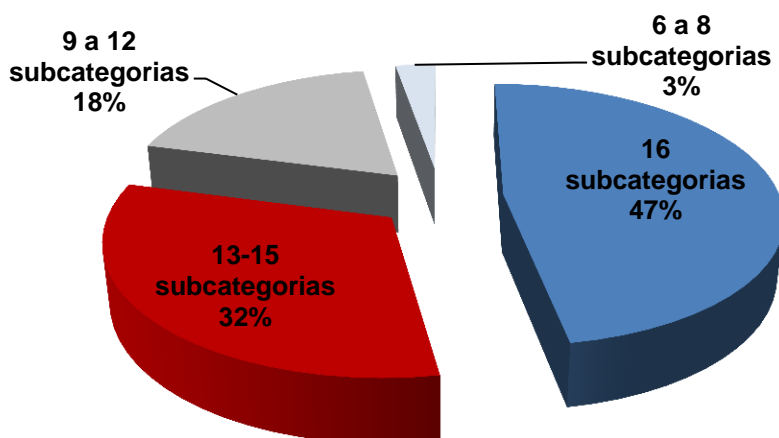


No conjunto de perguntas da categoria “5. Cirurgia segura”, da *check-list* de procedimentos de segurança¹⁰⁷ foram avaliados no total 16 subcategorias, e constatou-se que 47% do total dos participantes incluídos na rede do SIGIC cumprem as 16 subcategorias, 32% entre 13 a 15 subcategorias, 18% entre 9 a 12 subcategorias e 3% entre 6 a 8 subcategorias.

No geral verifica-se um menor cumprimento da subcategoria “5.2 complicações cardíacas” quando comparada à subcategoria 5.1 *Check-list* cirúrgica. Dentro da subcategoria 5.2 verifica-se um menor cumprimento da questão associada à revisão periódica do procedimento de avaliação do risco de acidente isquémico cardíaco pré-operatório.

¹⁰⁷ A *check-list* de procedimentos de segurança pode ser consultada em: <https://www.ers.pt/pages/218>.

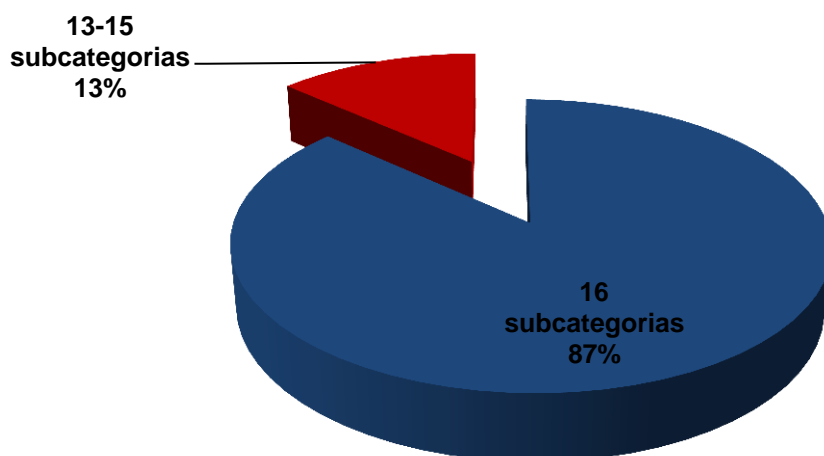
Gráfico 21 – Cumprimento das subcategorias relativas à “5. Cirurgia segura”, da *check-list* de procedimentos de segurança, pelos participantes integrados no SIGIC



Dos participantes não integrados no SIGIC, verificou-se que 87% do total cumprem as 16 subcategorias, e 13% entre 13 a 15 subcategorias.

Importa, contudo, realçar que dado o reduzido número de participantes no SINAS que não são integrantes da rede SIGIC, não se poderá extrapolar as diferenças aqui encontradas ao nível do cumprimento dos requisitos da *check-list* de procedimentos de segurança para todo o universo de prestadores.

Gráfico 22 – Cumprimento das subcategorias relativas à “5. Cirurgia segura”, da *Check-list* Procedimentos de Segurança, pelos participantes não integrados no SIGIC



Em suma, a grande maioria dos participantes na avaliação SINAS@Hospitais pertence à rede do SIGIC. Nos procedimentos cirúrgicos inseridos na dimensão de “Excelência Clínica”, o número de estabelecimentos objeto de avaliação foi muito diverso. Dos oito procedimentos avaliados, o nível de qualidade II foi aquele que um maior número de prestadores obteve.

Relativamente à dimensão da “Segurança do Doente”, tomou-se em consideração as avaliações ao nível da categoria “cirurgia segura” e constatou-se que aproximadamente metade dos estabelecimentos pertencentes à rede SIGIC, e a maioria dos estabelecimentos não integrados no SIGIC, avaliados no SINAS@Hospitais, cumprem com todas as subcategorias previstas na *check-list*. No entanto, devido ao reduzido número de estabelecimentos não integrados no SIGIC na amostra dos avaliados no SINAS@Hospitais, não se poderá extrair conclusões taxativas quanto a eventuais diferenças nos níveis de qualidade dos universos de prestadores integrados e não integrados no SIGIC.

7. Conclusões

O presente estudo, desenvolvido no sentido de clarificar o funcionamento do SIGIC e avaliar o seu desempenho nas óticas do acesso, concorrência e qualidade, permitiu concluir o seguinte:

1. O problema das elevadas listas de espera para cirurgia não existe apenas em Portugal. Com efeito, várias políticas de redução das listas de espera têm sido implementadas por diversos países, consubstanciadas designadamente na definição de tempos máximos de resposta, com sanções pelo seu incumprimento, na concessão de liberdade de escolha aos utentes, e na promoção de concorrência entre os prestadores.
2. A LIC e a mediana dos tempos de espera dos utentes em LIC apresentaram uma tendência decrescente entre 2006 e 2012, apenas interrompida em 2011. A média do tempo de espera dos utentes efetivamente operados apresentou tendência decrescente até 2010, aumentando em 2011 e 2012. De 2012 para 2013 a mediana do tempo de espera da LIC e a média do tempo de espera dos utentes operados diminuíram, embora as LIC tenham aumentado.
3. As percentagens de inscritos e de utentes operados prioritários que ultrapassaram o TMRG exibiram igualmente tendência decrescente até 2010, aumentando em 2011, e denotando sinais de estabilização em 2012 e 2013.
4. Nos hospitais do SNS verificou-se uma maior percentagem de episódios prioritários relativamente ao número total de episódios, em comparação com os hospitais protocolados, o que poderá evidenciar uma casuística de maior complexidade e uma maior necessidade de resposta célere, para cumprimento dos TMRG, por parte dos hospitais do SNS.
5. A maioria dos hospitais de origem (SNS e protocolados) encontra-se na ARS Norte, seguida da ARS Lisboa e Vale do Tejo, tendo a ARS Algarve o menor número de hospitais de origem.
6. Da análise da proximidade à rede de hospitais de origem e de destino conclui-se que toda a população do território continental se encontra a menos de 90 minutos de viagem de um ponto de oferta. Constata-se ainda que somente 0,7% da população se localiza a mais de 60 minutos de viagem de um hospital de origem (SNS ou protocolado), percentagem que é de 0,5% quando se considera a rede de hospitais de destino (SNS e convencionados).

7. O rácio de VC sobre entradas em LIC reduziu-se entre 2010 e 2013, tendo a ARS Alentejo sido a única a apresentar um aumento neste indicador. Esta redução poderá resultar de uma maior eficácia dos hospitais de origem na resolução das suas LIC dentro dos TMRG, permitindo, também, reduzir os custos associados à transferência por emissão de VC.
8. Os hospitais de origem realizam a maioria da produção no âmbito do SIGIC (97%), predominando nesta primeira linha de oferta os hospitais do SNS. A produção como hospitais de destino é residual, e realizada maioritariamente por hospitais convencionados, sendo o papel dos hospitais do SNS como hospitais de destino pouco representativo.
9. A percentagem de utentes operados em ambulatório no total de operados é elevada nos hospitais do SNS e protocolados, e reduzida nos hospitais convencionados, o que poderá ser explicado pela eventual maior facilidade dos hospitais de origem em resolverem as intervenções em ambulatório, pelo que a emissão de VC incidirá mais sobre procedimentos que dependem de internamento.
10. Numa ótica de comparação regional, a ARS Norte foi a única a apresentar uma taxa negativa de crescimento de utentes em LIC, entre 2010 e 2013, bem como a maior redução no número de VC face às entradas nos hospitais do SNS, e o menor valor neste indicador em 2013, e ainda a maior percentagem de utentes operados em ambulatório face ao total.
11. Confrontando os resultados sintetizados na secção da oferta, não só a ARS Norte tem um maior número de prestadores no SIGIC como, com base no indicador que traduz a relação entre capacidade e produção, é àquela que apresenta melhores resultados, com um maior número de utentes operados por recursos humanos, bem como com maior índice de capacidade relativa à procura e índice de resolutividade mais elevado.
12. A ARS Algarve destaca-se por ter o menor número de prestadores do SNS e nenhum hospital protocolado na sua área de influência, tendo o maior número de VC emitidos face às entradas, menos utentes operados em ambulatório no SNS do que as restantes ARS e mais utentes operados em ambulatório em prestadores convencionados.
13. A concorrência no SIGIC apenas se estabelece no momento da emissão de VC, ou seja, nas situações em que os hospitais de origem não logram resolver as cirurgias dos seus utentes dentro dos TMRG. Representando os hospitais de

destino apenas 3% da produção no âmbito do SIGIC, a análise da concorrência refere-se a essa percentagem das cirurgias realizadas.

14. A maioria das NUTS III tem nível de concentração alta, medida quer pelo IHH calculado com base no número de recursos humanos, quer pelo IHH da produção efetivamente realizada ao abrigo de VC. Identificam-se diferenças no nível de concentração entre os dois indicadores apenas na NUTS III Grande Lisboa, passando de moderada para alta quando se recorre à produção efetiva para cálculo do índice, resultado de 74% do total de utentes operados com VC terem sido intervencionados apenas em dois prestadores dos que apresentaram, em 2013, produção ao abrigo de VC.
15. Os hospitais de destino poderão concorrer entre si por variáveis como a localização do estabelecimento e a qualidade dos serviços prestados, não sendo no entanto possível a concorrência via preços, por se encontrarem definidos preços comuns para os hospitais de destino nos termos da Portaria n.º 271/2012, de 4 de setembro.
16. Um aspeto fundamental para se efetivar a concorrência na parte convencionada do SIGIC é a existência de liberdade de escolha. Todavia, o conteúdo do VC tem características inibidoras do exercício da escolha, na medida em que a opção, por parte do utente, por estabelecimentos não incluídos na seleção apresentada no vale é penalizada com a não cobertura das despesas de deslocação. Além disso, a própria informação que é transmitida aos utentes juntamente com o VC emitido não apoia claramente a livre escolha, uma vez que não se faz referência à possibilidade de escolha de qualquer estabelecimento do sector convencionado ou do SNS, que realize a cirurgia em causa e se encontre disponível para a realizar.
17. Todos os estabelecimentos pertencentes à rede de prestação de cuidados no SIGIC têm registo no SRER da ERS, mas apenas 33% já solicitaram licenciamento para unidade de internamento, ao abrigo da Portaria n.º 290/2012, de 24 de setembro¹⁰⁸, e/ou para cirurgia de ambulatório, nos termos da Portaria

¹⁰⁸ Portaria que estabelece os requisitos mínimos relativos à organização e funcionamento, recursos humanos e instalações técnicas para o exercício da atividade das unidades privadas que tenham por objeto a prestação de serviços de saúde e que disponham de internamento

n.º 291/2012, de 24 de setembro¹⁰⁹, alterada pela Portaria n.º 111/14, de 23 de maio.

18. Na ótica dos utentes, a maioria das reclamações no âmbito do SIGIC rececionadas pela ERS versa sobre os elevados tempos de espera para acesso a cirurgia e com adiamentos e cancelamentos de cirurgias, nomeadamente por lapso do hospital e pendências da inscrição em LIC, para além do previsto no Regulamento. Concretamente, destacam-se como principais constrangimentos situações de recusa do hospital de destino para a realização de determinado procedimento com base em motivações de ordem financeira, a morosidade nos procedimentos para alteração da proposta cirúrgica por não concordância do hospital de destino com o procedimento, limitações e morosidade subjacentes aos procedimentos de transferência por inexistência de hospitais de destino para emissão de VC e por situações excecionais de alteração do perfil assistencial do hospital de origem.
19. Foram identificados problemas de informação em vários momentos do circuito percorrido pelos utentes no SIGIC, designadamente no que se refere ao tempo de espera e posição em LIC, aos procedimentos a realizar, e genericamente quanto às regras e direitos dos utentes no âmbito do SIGIC.
20. No que respeita ao cumprimento dos TMRG, entre 2010 e 2013 verificou-se uma redução, ainda que ligeira, da percentagem de utentes operados com tempo de espera superior ao TMRG, nos hospitais do SNS. Nos hospitais protocolados entre 2011 e 2013 essa redução foi mais expressiva.
21. A percentagem de utentes operados em ambulatório que esperam mais do que o respetivo TMRG é inferior à do total de utentes operados, quer em hospitais do SNS, quer em hospitais protocolados, ainda que tenha aumentado no último ano em análise. A percentagem de óbitos face às saídas apresentou uma redução no ano de 2013, nos dois tipos de prestadores, sendo zero nos hospitais protocolados, excetuando os estabelecimentos da ARS Norte.
22. Nos hospitais do SNS, as ARS Norte e Alentejo destacam-se por apresentarem os melhores resultados a nível nacional nos indicadores de qualidade considerados, e a ARS Algarve apresenta os resultados relativos menos favoráveis.

¹⁰⁹ Portaria que estabelece os requisitos mínimos relativos à organização e funcionamento, recursos humanos e instalações técnicas para as unidades privadas que prossigam atividades no âmbito da cirurgia de ambulatório.

23. Finalmente, no que resulta da avaliação no âmbito do SINAS@Hospitais, os prestadores participantes pertencem maioritariamente à rede do SIGIC. Nos oito procedimentos cirúrgicos considerados na dimensão de “Excelência Clínica”, o nível intermédio (nível II) foi o obtido por maior número de estabelecimentos objeto de avaliação.
24. Relativamente à dimensão da “Segurança do Doente”, tomou-se em consideração as avaliações ao nível da categoria “cirurgia segura” e constatou-se que, aproximadamente metade dos estabelecimentos pertencentes à rede SIGIC, e a maioria dos estabelecimentos não integrados no SIGIC, avaliados no SINAS@Hospitais, cumprem com todas as subcategorias de requisitos previstas na *check-list*.
25. No entanto, devido ao reduzido número de estabelecimentos não integrados no SIGIC na amostra dos avaliados no SINAS@Hospitais, não se poderá extrair conclusões taxativas quanto a eventuais diferenças nos níveis de qualidade entre os universos de prestadores integrados e não integrados no SIGIC.

ANEXO I – Legislação relevante

- a) **Portaria n.º 179/2014, de 11 de setembro** – Procede à primeira alteração da Portaria n.º 45/2008, de 15 de janeiro.
- b) **Portaria n.º 381/2012, de 22 de dezembro** - Primeira alteração ao Regulamento do Programa de Tratamento Cirúrgico da Obesidade, aprovado pela Portaria n.º 1454/2009, de 29 de dezembro;
- c) **Portaria n.º 271/2012, de 4 de setembro Ministério da Saúde** - Aprova o Regulamento e as tabelas de preços a praticar para a produção adicional realizada no âmbito do SIGIC pelas unidades prestadoras de cuidados de saúde públicas e entidades privadas e sociais e revoga a Portaria n.º 852/2009, de 7 de agosto;
- d) **Portaria n.º 1529/2008, de 26 de dezembro** - Fixa os tempos máximos de resposta garantidos (TMRG) para o acesso a cuidados de saúde para os vários tipos de prestações sem carácter de urgência e publica a Carta dos Direitos de Acesso aos Cuidados de Saúde pelos Utentes do Serviço Nacional de Saúde
- e) **Portaria n.º 1306/2008, de 11 de novembro** - Introduz adaptações no Regulamento do Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia, de modo a desenvolver o programa de intervenção em oftalmologia no âmbito da atividade das cataratas e da primeira consulta de oftalmologia;
- f) **Portaria n.º 45/2008, de 15 janeiro** - Aprova o novo regulamento do SIGIC e revoga a Portaria n.º 1450/2004, de 25 de novembro.
- g) **Despacho n.º 10 943/2005, publicado em Diário da República, n.º 94 2.ª Série, de 16 maio** - Determina a revogação dos Despachos n.º 16/86, DR II Série, de 26 de maio de 1986, e n.º 17 381/2000, DR II Série, de 25 de agosto de 2000.
- h) **Despacho n.º 9023/2005, publicado em Diário da República, n.º 79, 2.ª Série, 22 de abril** - Determina que o SIGIC se mantém na responsabilidade da Unidade Central de Gestão de Inscritos para Cirurgia (UCGIC), que passará a desenvolver a sua atividade na dependência direta do Secretário de Estado da Saúde.
- i) **Despacho n.º 6263/2005, publicado em Diário da República, n.º 58, 2.ª Série, 23 março** - Esclarece dúvidas quanto à forma de os hospitais recorrerem, para além da produção que decorre da atividade normal dos seus profissionais e que é efetuada no âmbito do seu vínculo jurídico à instituição, a equipas constituídas por profissionais contratualmente vinculados à instituição;

- j) **Despacho n.º 24 110/2004, publicado em Diário da República, n.º 275, 2.ª Série, 23 novembro** - Aprova o clausulado tipo das convenções para a prestação de cuidados de saúde no âmbito do SIGIC.
- k) **Resolução do Conselho de Ministros n.º 79/2004, publicado em Diário da República, n.º 147, 1.ª Série-B, 24 junho** - Cria o Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia (SIGIC).

ANEXO II – Rede prestadores no âmbito do SIGIC

Hospital/Estabelecimento	ARS	Natureza
Centro Hospitalar da Póvoa de Varzim-Vila do Conde, EPE	Norte	Pública
Centro Hospitalar de Entre o Douro e Vouga, EPE	Norte	Pública
Centro Hospitalar de São João, EPE	Norte	Pública
Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE	Norte	Pública
Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho, EPE	Norte	Pública
Centro Hospitalar do Alto Ave, EPE	Norte	Pública
Centro Hospitalar do Médio Ave, EPE	Norte	Pública
Centro Hospitalar do Porto, EPE	Norte	Pública
Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, EPE	Norte	Pública
ULS de Matosinhos, EPE	Norte	Pública
ULS do Alto Minho, EPE	Norte	Pública
ULS do Nordeste, EPE	Norte	Pública
Hospital de Braga	Norte	Pública
Hospital Santa Maria Maior, EPE - Barcelos	Norte	Pública
Instituto Português de Oncologia do Porto Francisco Gentil, EPE	Norte	Pública
Centro Hospitalar Cova da Beira, EPE	Centro	Pública
Centro Hospitalar de Leiria, EPE	Centro	Pública
Centro Hospitalar do Baixo Vouga, EPE	Centro	Pública
Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE	Centro	Pública
Centro Hospitalar Tondela-Viseu, EPE	Centro	Pública
ULS da Guarda, EPE	Centro	Pública
ULS de Castelo Branco, EPE	Centro	Pública
Hospital Arcebispo João Crisóstomo - Cantanhede	Centro	Pública
Hospital Distrital da Figueira da Foz, EPE	Centro	Pública
Hospital Dr. Francisco Zagalo - Ovar	Centro	Pública
Hospital José Luciano de Castro - Anadia	Centro	Pública
Instituto Português de Oncologia de Coimbra Francisco Gentil, EPE	Centro	Pública
Centro Hospitalar Barreiro Montijo, EPE	LVT	Pública
Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE	LVT	Pública
Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE	LVT	Pública
Centro Hospitalar de Setúbal, EPE	LVT	Pública
Centro Hospitalar do Médio Tejo, EPE	LVT	Pública
Centro Hospitalar do Oeste	LVT	Pública
Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE	LVT	Pública
Hospital Beatriz Ângelo - Loures	LVT	Pública

Hospital/Estabelecimento	ARS	Natureza
Hospital de Santarém, EPE	LVT	Pública
Hospital de Vila Franca de Xira	LVT	Pública
Hospital Dr. José de Almeida - Cascais	LVT	Pública
Hospital Garcia de Orta, EPE - Almada	LVT	Pública
Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca, EPE - Amadora	LVT	Pública
Instituto de Oftalmologia Dr. Gama Pinto - Lisboa	LVT	Pública
Instituto Português de Oncologia de Lisboa Francisco Gentil, EPE	LVT	Pública
ULS do Baixo Alentejo, EPE	Alentejo	Pública
ULS do Litoral Alentejano, EPE	Alentejo	Pública
ULS do Norte Alentejano, EPE	Alentejo	Pública
Hospital Santa Luzia de Elvas	Alentejo	Pública
Hospital do Espírito Santo de Évora, EPE	Alentejo	Pública
Centro Hospitalar do Algarve, EPE	Algarve	Pública
Santa Casa da Misericórdia da Mealhada	Centro	Protocolado/Convencionado
APDP Associação Protectora dos Diabéticos de Portugal	LVT	Protocolado
Santa Casa da Misericórdia Benavente	LVT	Protocolado
Santa Casa da Misericórdia do Entroncamento - H. S. João Baptista	LVT	Protocolado/Convencionado
Santa Casa da Misericórdia de Fão	Norte	Protocolado/Convencionado
Santa Casa da Misericórdia de Lousada	Norte	Protocolado/Convencionado
Santa Casa da Misericórdia De Vila Do Conde	Norte	Protocolado/Convencionado
Santa Casa da Misericórdia de Vila Verde	Norte	Protocolado/Convencionado
Hospital da Prelada	Norte	Protocolado
Santa Casa da Misericórdia de Esposende	Norte	Protocolado/Convencionado
Santa Casa da Misericórdia de Felgueiras - Hospital Agostinho Ribeiro	Norte	Protocolado/Convencionado
Sª Cª M. M. de Canaveses	Norte	Protocolado
Santa Casa da Misericórdia da Póvoa de Lanhoso	Norte	Protocolado/Convencionado
Santa Casa da Misericórdia de Riba d'Ave - H. Narciso Ferreira	Norte	Protocolado/Convencionado
ASMECL - Associação de Socorros Mútuos dos Empregados do Comércio de Lisboa	LVT	Convencionado
Hospital da Cruz Vermelha Portuguesa	LVT	Protocolado
Hospital da Misericórdia de Évora	Alentejo	Convencionado
Hospital São Camilo	Algarve	Convencionado
Hospital Sant'Ana	LVT	Protocolado
HPP Sul - H. Privado S. Gonçalo de Lagos	Algarve	Convencionado
Casa de Repouso Coimbra	Centro	Convencionado
Centro Hospitalar S. Francisco, SA - Unidade de Leiria	Centro	Convencionado
CLIRIA - Hospital Privado de Aveiro, SA	Centro	Convencionado

Hospital/Estabelecimento	ARS	Natureza
Fundação Nossa Senhora da Guia - Hospital de Avelar	Centro	Convencionado
Fundação Aurélio Amaro Diniz - IPSS	Centro	Convencionado
Sanfil - Casa de Saúde de Santa Filomena, S.A.	Centro	Convencionado
Santa Casa da Misericórdia de Leiria - Hospital Dom Manuel de Aguiar	Centro	Convencionado
ASMECI - Associação de Socorros Mútuos dos Empregados do Comércio e Indústria	LVT	Convencionado
British Hospital Lisbon XXI, S.A.	LVT	Convencionado
Clínica Europa	LVT	Convencionado
CLINIGRANDE - Clínica da Marinha Grande	Centro	Convencionado
Hospital da Confraria de Nossa Senhora da Nazaré	LVT	Convencionado
Hospital de Jesus - Venerável Ordem Terceira da Penitência de São Francisco a Jesus	LVT	Convencionado
Hospital Da Ordem Terceira	LVT	Convencionado
Hospital De S. Louis	LVT	Convencionado
Instituto S. João de Deus - Hospital S. João de Deus Montemor-o-Novo	Alentejo	Convencionado
Hospital De Santiago	LVT	Convencionado
INTERCIR - Centro Cirúrgico de Coimbra	Centro	Convencionado
Casa de Saúde da Boavista	Norte	Convencionado
Casa de Saúde de Guimarães	Norte	Convencionado
Celestial Ordem Terceira da Santíssima Trindade - Hospital da Trindade	Norte	Convencionado
Clínica Particular de Barcelos	Norte	Convencionado
Clínica Central de Oiã	Centro	Convencionado
CUF - Porto	Norte	Convencionado
Hospital da Arrábida - Gaia	Norte	Convencionado
Hospital da Trofa	Norte	Convencionado
Hospital de Santa Maria - Porto	Norte	Convencionado
Hospital Particular de Viana do Castelo	Norte	Convencionado
HOSPOR - CLIPÓVOA - Póvoa do Varzim	Norte	Convencionado
HPP Norte - Hospital da Boavista	Norte	Convencionado
Venerável Irmandade de Nossa Senhora da Lapa	Norte	Convencionado
CUF - Cascais	LVT	Convencionado
Clínica Cuf Torres Vedras	LVT	Convencionado
CDI - Clínica de Diagnóstico Pela Imagem, S.A.	Alentejo	Convencionado
Clínica Parque dos Poetas	LVT	Convencionado
HL - Hospital de Loulé, SA	Algarve	Convencionado
GHPALG H Part. do Algarve	Algarve	Convencionado
H de Albufeira	Algarve	Convencionado
H Part. Algarve Gamb	Algarve	Convencionado



Hospital/Estabelecimento	ARS	Natureza
HPP H Sta Maria de Faro	Algarve	Convencionado
SOERAD Torres Vedras	LVT	Convencionado
Ven. O. Terc. de S. Francisco	Norte	Convencionado
Idealmed III - Serviços de Saúde, Lda	Centro	Convencionado
Hospital Privado de Santarém	LVT	Convencionado



ENTIDADE REGULADORA DA SAÚDE

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