



FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE LISBOA

Centro de Estudos de Medicina Baseada na Evidência



Transferências de Cuidados de Saúde Prestados em Meio Hospitalar para as Redes de Cuidados Primários e Continuados

Centro de Estudos Aplicados
da Católica Lisbon School of Business and Economics

e

Centro de Estudos de Medicina Baseada na Evidência
da Faculdade de Medicina de Lisboa

19 Novembro 2012

Página de Título

Título: Transferências de Áreas Terapêuticas dos Hospitais para Cuidados Primários e Cuidados Continuados

Datas do estudo: Data de início: Dezembro de 2011
Data de conclusão: 19 Novembro 2012

Autores: Miguel Gouveia (CEA, Católica Lisbon School of Business and Economics)
Margarida Borges (CEMBE, Faculdade de Medicina Universidade de Lisboa)
Margarida Augusto (CEMBE, Faculdade de Medicina Universidade de Lisboa)
Raquel Ascensão (CEMBE, Faculdade de Medicina Universidade de Lisboa)

Data do Relatório: 19 de Novembro 2012

Relatores: Miguel Gouveia
Margarida Borges

Glossário de abreviaturas

ACES	Agrupamentos de Centros de Saúde
ACSS	Administração Central do Sistema de Saúde
BDEA	Base de Dados de Elementos Analíticos da ACSS
CC	Cuidados Continuados
CH	Centro Hospitalar
CHCL	Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE
CHS	Centro Hospitalar de Setúbal, EPE
CSP	Cuidados de Saúde Primários
ERS	Entidade Reguladora da Saúde
INE	Instituto Nacional de Estatística
MFR	Medicina Física e Reabilitação
NHS	<i>National Health Service</i> (Reino Unido)
RNCCI	Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados
SU	Serviço de Urgência
ULS	Unidade Local de Saúde

Índice

1. INTRODUÇÃO	8
2. OS CUIDADOS DE SAÚDE EM PORTUGAL	14
2.1 BREVE ENQUADRAMENTO HISTÓRICO.....	14
3.2. PORTUGAL NO CONTEXTO DA OCDE: O PESO DOS HOSPITAIS DO SISTEMA DE SAÚDE PORTUGUÊS	17
4. TRANSFERÊNCIA DE CUIDADOS - EXEMPLOS DA LITERATURA	27
4.1 TRANSFERÊNCIAS DE CUIDADOS HOSPITALARES PARA CUIDADOS PRIMÁRIOS	27
4.2 TRANSFERÊNCIA DE CUIDADOS URGENTES NÃO-GRAVES PARA OS CUIDADOS PRIMÁRIOS.....	29
4.3 TRANSFERÊNCIA DE CUIDADOS HOSPITALARES PARA OS CUIDADOS CONTINUADOS.....	30
5. ANÁLISE DOS DADOS FÍSICOS	32
5.1. ESTIMAÇÃO DE CONSULTAS EXTERNAS TRANSFERÍVEIS	32
4.1.1. <i>Fontes dos dados de número de consultas (primeiras e totais)</i>	32
5.1.2. <i>Estimação da taxa de consultas externas transferíveis</i>	34
5.2. ESTIMAÇÃO DE EPISÓDIOS DE URGÊNCIA TRANSFERÍVEIS	42
5.3. CASOS SOCIAIS E REFERENCIAÇÃO PARA OS CUIDADOS CONTINUADOS.....	44
5.3.1 <i>Contexto</i>	44
5.3.2. <i>Estimação do número de casos sociais</i>	46
5.3.3 <i>Estimação do tempo de espera para integração na RNCCI</i>	47
6. CUSTEIO DOS CUIDADOS	49
6.1. DOS VALORES FÍSICOS AOS CUSTOS FINANCEIROS	49
6.2. ESTIMAÇÃO DO CUSTO NOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS E CONTINUADOS	49
6.2.1 <i>Custos unitários de consultas em cuidados de saúde primários</i>	49
6.2.2. <i>Custos unitários de internamento na RNCCI</i>	51
6.3. ESTIMAÇÃO DO CUSTO DE CONSULTAS EXTERNAS TRANSFERÍVEIS	51
6.4. ESTIMAÇÃO DO CUSTO DE URGÊNCIAS TRANSFERÍVEIS.....	54
6.5. ESTIMAÇÃO DO CUSTO DE CASOS SOCIAIS.....	54
7. IMPACTO ORÇAMENTAL DA TRANSFERENCIA DE CUIDADOS	55
7.1. CUSTOS DAS CONSULTAS EXTERNAS TRANSFERÍVEIS.....	55
7.2 IMPACTO ORÇAMENTAL DA TRANSFERÊNCIA DE CONSULTAS.....	58
7.3. IMPACTO ORÇAMENTAL DA TRANSFERÊNCIA DE EPISÓDIOS DE URGÊNCIA.....	59
7.4. IMPACTO ORÇAMENTAL DOS CASOS SOCIAIS	60
7.5. IMPACTO ORÇAMENTAL DE CASOS REFERENCIADOS/INTEGRADOS PARA RNCCI, EM ESPERA	60
7.6. IMPACTO ORÇAMENTAL GLOBAL.....	62

8.	TRANSFERÊNCIAS DAS FARMÁCIAS HOSPITALARES	64
8.1.	DESCRIÇÃO DA SITUAÇÃO	64
8.2.	RAZÕES PARA DISPENSA HOSPITALAR A DOENTES EM AMBULATÓRIO	68
8.3.	POSSIBILIDADES DE TRANSFERÊNCIA DE DISPENSA DE MEDICAMENTOS PARA FARMÁCIAS COMUNITÁRIAS	70
8.4.	CONCLUSÕES	72
9.	DISCUSSÃO E CONCLUSÕES.....	73
10.	BIBLIOGRAFIA	77
11.	ANEXO	80

Índice de Quadros

Quadro 1. Camas em Cuidados Continuados.....	25
Quadro 2. Comparação entre a percentagem média de primeiras consultas entre Portugal e Inglaterra.....	35
Quadro 3. Taxas de primeiras consultas de todos os hospitais e do quintil superior e percentagem de consultas transferíveis para os CSP, por tipo de hospital.....	38
Quadro 4. Número de consultas totais e transferíveis, por especialidade e tipo de hospital, para os 75 hospitais incluídos na análise.	40
Quadro 5. Prioridades na urgência segundo triagem de Manchester, Junho, 2012.	43
Quadro 6. Casos sociais: Número de altas e de dias de protelamento.	44
Quadro 7. Evolução da capacidade contratada na RNCCI.....	45
Quadro 8. Estimativa do número de dias de protelamento, devido a casos sociais.	46
Quadro 9. Dias de espera de doentes referenciados ou integrados na RNCCI.....	48
Quadro 10. Componentes do custo unitário de consulta média dos CSP.	50
Quadro 11. Estimativa do custo médio de uma consulta nos CSP, em 2011.....	50
Quadro 12. Tabela de preços (€) do RNCCI, por utente/dia.	51
Quadro 13. Correspondência entre a designação das entidades hospitalares em 2009 (BDEA) e 2012 (Carta Hospitalar).	52
Quadro 14. Custo unitário de consulta externa por especialidade e tipo de hospital. .	53
Quadro 15. Estimativas do custo de uma consulta hospitalar.....	54
Quadro 16. Custos com consultas transferíveis.	57
Quadro 17. Estimativa da poupança gerada pela transferência de consultas, para os vários cenários.....	58
Quadro 18. Estimativa da poupança gerada pela transferência de episódios de urgência, para os dois cenários.	59
Quadro 19. Estimativa dos custos de dias de internamento em espera, por tipologia da unidade de entrada.	61
Quadro 20. Custos de dias de internamento em espera, na RNCCI, por tipologia da unidade de entrada.	61
Quadro 21. Resultados Globais do Impacto Orçamental da transferência de Cuidados para os CSP.	62
Quadro 22. Despesa farmacêutica hospitalar como % da despesa farmacêutica total	65
Quadro 23. Despesa total em produtos farmacêuticos: mercados ambulatório e hospitalar (€ Milhões).....	66
Quadro 24. Lista das entidades prestadoras de cuidados de saúde hospitalares incluídas no estudo (ARSs Norte e Centro).	80
Quadro 25. Lista das entidades prestadoras de cuidados de saúde hospitalares incluídas no estudo (ARSs Lisboa a Vale do Tejo, Alentejo e Algarve).....	81

Índice de Figuras

Figura 1. Diagrama do sistema de saúde português.	14
Figura 2. Percentagem dos Serviços Hospitalares na Despesa Total de Saúde, 2010. ...	18
Figura 3. Evolução da % dos Serviços Hospitalares na Despesa Total de Saúde: 2003-2010.	19
Figura 4. Altas Hospitalares por 100 mil habitantes, 2010.	20
Figura 5. Dias de internamento em cuidados agudos, <i>per capita</i> , 2010.	20
Figura 6. Demora Média em de cuidados agudos, 2010.	21
Figura 7. Camas hospitalares por 1000 habitantes, 2010.	22
Figura 8. Camas de cuidados agudos por 1000 habitantes, 2010.	22
Figura 9. Taxas de Ocupação, Cuidados Agudos, 2010.	23
Figura 10. Percentagem da despesa em unidades de cuidados continuados na despesa total de saúde, 2010.	24
Figura 11. Percentagem da despesa em unidades de cuidados continuados na despesa total de saúde, 2010.	25
Figura 12. Camas de Cuidados Continuados por 1.000 hab., com 65 e mais anos, 2010 (ou mais recente).	26
Figura 13. Motivos de diferenças entre a alta médica e a alta administrativa.	31
Figura 14. Esquema da classificação do tipo de hospital, segundo a ERS.	33
Figura 15. Percentagem de primeiras consultas no quintil superior (grupo de excelência) para cada tipo de hospital.	37
Figura 16. Estimativa da percentagem de consultas transferíveis das entidades hospitalares para os CSP, por especialidade e por tipo de hospital.	37
Figura 17. Prioridades segundo a Triagem de Manchester.	43
Figura 18. Estimativa dos custos diretos com consultas externas em 2011.	56
Figura 19. Estimativa dos custos totais com consultas externas em 2011.	56
Figura 20. Resultados de Impacto Orçamental.	63
Figura 21. Classificação e Regime de Dispensa Propostos em 2005.	71

1. INTRODUÇÃO

A transferência de cuidados de saúde especializados dos hospitais para a comunidade é um tema amplamente debatido na gestão dos cuidados de saúde. O presente estudo analisa cenários com transferências de cuidados de saúde e atividade clínica dos hospitais para os cuidados primários e para os cuidados continuados.

Em Portugal, o programa do XIX Governo constitucional refere explicitamente objetivos de transferência de cuidados, já que um dos parágrafos incluídos nas medidas para “Qualidade e acesso efectivo aos cuidados de saúde” do programa é:

“- Transferir, de forma gradual, alguns cuidados actualmente prestados em meio hospitalar para estruturas de proximidade, ao nível da Rede de Cuidados Primários e da Rede de Cuidados Continuados, ou mediante convenções”.

Esta transferência de cuidados pode ser entendida na perspectiva da disponibilização de cuidados «mais perto de casa» e tem sido um dos objetivos principais em diferentes sistemas de saúde, como seja o serviço nacional de saúde inglês (*National Health Service, NHS*¹). A otimização dos recursos e custos advém, neste contexto, da reorganização do sistema e na definição de prioridades baseada no conhecimento dos constrangimentos locais². Esta visão assenta, no limite, numa primazia dos cuidados de saúde primários (CSP) e comunitários e ou mesmo a criação de um serviço de saúde integrado.

1 Department of Health (acedido a 2 Julho de 2012). Disponível em: http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_4127602)

2 *Delivering care closer to home: meeting the challenge* (acedido a 2 de Julho de 2012). Disponível em: http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_086052

A criação de um sistema deste tipo, em que a disponibilização de cuidados de saúde seja realizada de forma integrada (*integrated delivery systems*), assenta também na ideia de que, atualmente, a maioria dos cuidados de saúde pode ser praticada fora do contexto hospitalar. Esta perspectiva requer, no entanto, um elevado nível de integração e coordenação entre diferentes contextos, especialidades e profissionais. Os custos, qualidade de vida e razões profissionais (coordenação e integração) têm requerido diferentes soluções para além do modelo clássico assente na medicina hospitalar.

O ponto de partida deste estudo foi a constatação de que poderá haver um conjunto de oportunidades no sistema de saúde português, à semelhança do que se passa noutros países, para se realizarem economias sem pôr em causa a qualidade dos cuidados de saúde. Estas oportunidades surgem pelo facto de muitos cuidados de saúde que hoje em dia são prestados em meio hospitalar poderem ser prestados em contextos diferentes, nos cuidados primários ou nos cuidados continuados. Para vermos até que ponto se pode levar esta ideia vale a pena ler a seguinte citação de Federico Lega (2007) a qual sintetiza bem o âmago da questão:

“Most of modern medicine can be practiced outside hospitals. It requires a high level of integration and coordination among different settings, specialties and professionals. Theoretically, only acute and sub-acute care should be delivered in hospitals or other specialized facilities for inpatient care (such as skilled nursing facilities). Such facilities should treat patients requiring some type of continuous monitoring. Yet, most pathologies are now treatable in an outpatient setting, and the steady increase in number of chronic diseases is imposing an epochal change in the way care is delivered. Costs, quality of life, and professional reasons (coordination and integration) are all requiring for different solutions from the classic hospital-centered ones. A process of “substitution” is under way.”

A história recente mostra um caso que ilustra bem as possibilidades que o sistema de saúde tem de efetuar transferências de atividade: o da saúde mental. Nos últimos anos esta transferência ocorreu de forma vincada em muitos países, uma tendência que incluiu também Portugal, embora de forma mitigada. Mesmo assim, as

transformações foram profundas, a um ponto tal que se assistiu a uma diminuição significativa do número de camas hospitalares, um processo que teve como corolário o encerramento do Hospital Miguel Bombarda.

Se a transferência de cuidados hospitalares psiquiátricos para fora do hospital é uma tendência que já tem uns anos, em Portugal o aparecimento dos cuidados continuados é recente, estando a Rede Nacional de Cuidados Continuados e Integrados (RNCCI) ainda a estabelecer-se e em crescimento. É natural que alguns procedimentos ou rotinas hospitalares não tenham sido ainda ajustados tendo em conta este novo tipo de recursos.

Por outro lado, parece existir um potencial por explorar para que as unidades de cuidados primários e os equipamentos e recursos humanos de suporte possam aumentar a amplitude do tipo de cuidados prestados. Em ambos os casos, é possível transferir cuidados de saúde que pelo simples facto de serem conduzidas em meio hospitalar até apresentam maiores riscos iatrogénicos e níveis de custos unitários mais elevados que os de unidade de saúde diferentes.

Perante o contexto abordado, este estudo tem por objetivo identificar os cuidados de saúde passíveis de serem transferidos de entidades de prestação de cuidados de saúde hospitalares para os cuidados de saúde primários ou cuidados continuados e estimar qual o impacto financeiro destas transferências para a sociedade portuguesa. Este objetivo é prosseguido de acordo com alguns pressupostos que importa explicitar:

- I. Um ponto importante que convém tornar claro desde já é que este projecto é visto como uma forma de tentar sistematizar as questões e constitui apenas uma primeira tentativa de encontrar as respostas. O objectivo que os autores se propõem é facilitar a discussão pública sobre o tema e assim elicitare contributos

de peritos e de outros interessados, para que o tema da transferência de atividade seja catalisador de uma reflexão e um acumular de conhecimentos propícios a uma implementação política bem-sucedida com ganhos claros de eficiência para a sociedade portuguesa.

- II. Outro ponto que importa ressaltar é que as estimativas de impacto orçamental que procuramos obter referem-se à poupança máxima possível com a transferência de cuidados. Após identificarmos o total de casos transferíveis para cada linha de produção (consultas, urgências, internamentos, etc.), estimamos os impactos orçamentais (poupanças ou variações de custos) que seriam gerados se os casos passíveis de serem transferidos o fossem na sua totalidade e se todos os casos sociais identificados fossem resolvidos. A vantagem desta abordagem é que dá uma base para se estimar os efeitos orçamentais de mudanças graduais como frações dos totais potenciais.
- III. A identificação das transferências de cuidados dos hospitais para os CSP ou para a RNCCI baseou-se num pressuposto de estabilidade estrutural do sistema de saúde. Tal quer dizer que não se estudaram cenários que implicassem uma estrutura institucional do sistema de saúde muito diferente da atual. Um exemplo deste tipo de alterações seria passar a ter médicos de outras especialidades nos centros de saúde, deslocando muitas consultas externas dos hospitais para os CSP. Outro exemplo seria passar a ter unidades de pequena cirurgia nos Centros de Saúde. Estas transformações certamente que merecem ser estudadas, mas entendeu-se que poderão ser à partida pouco consensuais. A sua consideração acabaria por prejudicar o prosseguimento de um objetivo mais delimitado mas eventualmente mais relevante a curto e médio prazo que é a identificação das transferências de cuidados realizáveis no imediato com a atual arquitetura do sistema de saúde.
- IV. As transferências de cuidados estudadas implicam um crescimento da capacidade dos CSP ou da RNCCI. Não abordamos os detalhes de como estes

processos deveriam ocorrer, mas pressupomos que os custos médios não difeririam dos atuais.

Os Laboratórios Pfizer, Lda. apoiaram financeiramente a sua realização deste estudo deixando total liberdade aos investigadores na condução e realização dos trabalhos. O trabalho foi realizado pelo Centro de Medicina Baseada na Evidência da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa (CEMBE), em colaboração com o Centro de Estudos Aplicados da *Catolica Lisbon School of Business and Economics* da Universidade Católica Portuguesa (CEA).

Um trabalho desta natureza exige uma grande quantidade de informação e múltiplos contributos de peritos.

Agradecemos à ARS de Lisboa e Vale do Tejo nas pessoas dos seus Presidente Dr. Luís Manuel Cunha Ribeiro e Vice-Presidente Dr. Luís Pisco o acesso a informação preciosa para a realização deste trabalho.

Agradecemos ao Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE na pessoa da sua Presidente do Conselho de Administração Dra. Teresa Sustelo a possibilidade de usarmos informação de custeio das atividades hospitalares.

Agradecemos ao Centro Hospitalar de Setúbal, EPE nas pessoas do Presidente do Conselho de Administração, Dr. Lacerda Cabral e do Dr. Carlos Carvalho, Coordenador da Equipa de Gestão de Altas a partilha de informação valiosa sobre casos sociais e sobre transferência de doentes para a Rede Nacional de Cuidados Continuados e Integrados.

Agradecemos à Professora Doutora Ana Escoval da Escola Nacional de Saúde Pública a organização e realização de um *workshop* onde foi discutida uma parte do

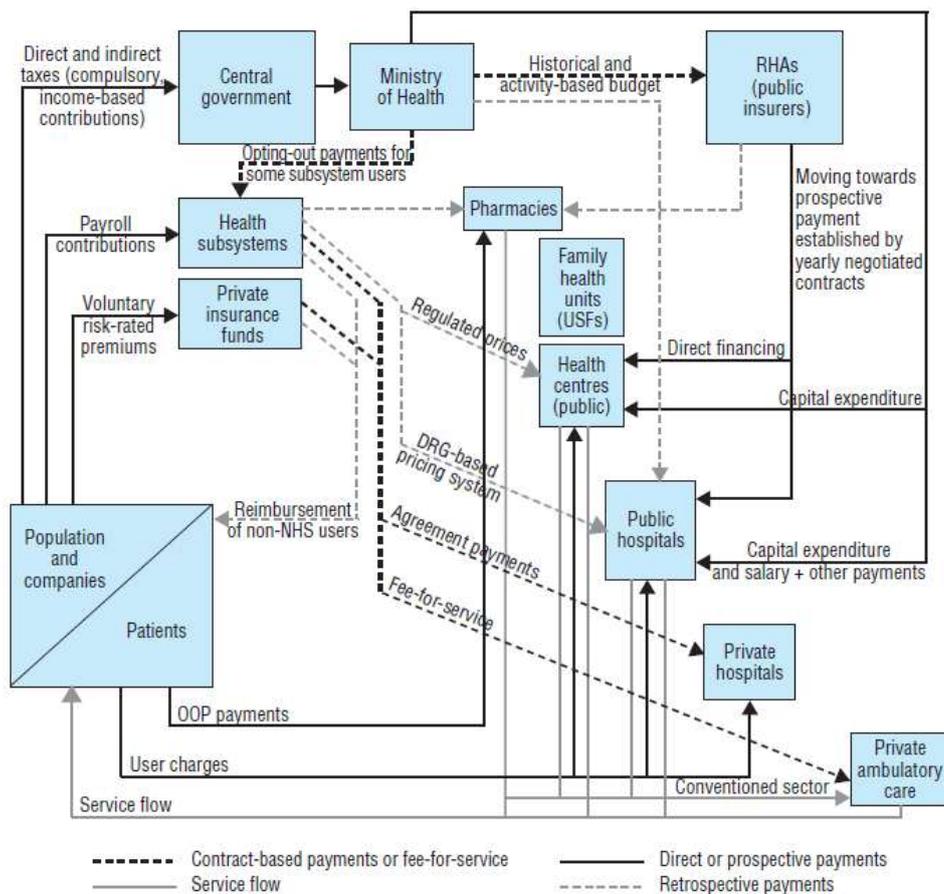
trabalho incorporado no presente relatório. Agradecemos igualmente aos peritos participantes nesse *workshop* pelos seus contributos.

2. OS CUIDADOS DE SAÚDE EM PORTUGAL

2.1 Breve enquadramento histórico

O sistema de saúde português é uma rede de entidades prestadoras de cuidados de saúde públicas, sociais e privadas, que se relaciona com o Ministério da Saúde e com os utentes de forma particular. As principais relações de prestação de serviços podem ser observadas na Figura 1, com o Ministério da Saúde responsável pela coordenação de todas as entidades prestadoras de cuidados de saúde e pelo financiamento das entidades prestadoras públicas e de outras entidades prestando serviços para o setor público como por exemplo as entidades convencionadas.

Figura 1. Diagrama do sistema de saúde português.



Fonte: Barros, Machado e Simões (2011).

HOSPITAIS

Os hospitais têm uma história longa e complexa em Portugal. Não é este o local para traçar esse percurso, mas vale a pena referir transformações *major* recentes. Elas incluíram em primeiro lugar a criação dos hospitais empresarializados a partir de final de 2002, primeiro como Hospitais SA e posteriormente como Entidades Públicas Empresariais (EPE). Ocorreu igualmente a criação de Unidades Locais de saúde, com integração de cuidados hospitalares e primários. Outra transformação, muito recente, foi a criação de hospitais em Parcerias Público-Privadas (PPP). Finalmente, nos anos mais recentes ocorreu uma aglomeração sistemática de hospitais em Centros Hospitalares.

Uma questão relevante para o presente trabalho é a definição das tipologias hospitalares. Sobre este tema vale a pena citar o *Estudo para a carta hospitalar* da ERS de Abril de 2012.

“ (...) não obstante as tentativas que foram sendo encetadas de elaboração de uma Carta Hospitalar ao longo do tempo, a realidade existente mostrou-se sempre diferente do que foi sendo definido nos sucessivos diplomas e documentos produzidos. Com efeito, as regras neles definidas nunca chegaram a ser plenamente implementadas, resultando, assim, numa ausência de clarificação das tipologias hospitalares que se encontram hoje efectivamente aplicadas, tampouco resultando numa clarificação das áreas de influência dos hospitais, que são definidas ora por via contratual, ora por referência legal e ora por regulamentos internos dos hospitais, havendo ainda casos de indefinição. Por outro lado, constatou-se a existência de uma linha de continuidade na evolução conceptual da rede hospitalar, assente numa estrutura hierárquica com previsão de dois, três ou quatro níveis (ou tipologias) de prestação de cuidados hospitalares (dos mais básicos aos mais diferenciados), e com necessidade de previsão de mecanismos de referênciação que permitissem o correcto encaminhamento dos utentes entre tais diferentes níveis de cuidados. “ (ERS,2012, p.7)

Para os efeitos devidos, o presente trabalho adotou a classificação das unidades hospitalares feita no *Estudo para a carta hospitalar* da ERS, como pode ser visto na secção 4.1.1.

Atualmente, integram a Rede Hospitalar com Financiamento Público 95 hospitais públicos, sendo 77 hospitais gerais e 18 especializados, e 18 unidades pertencentes a IPSS, perfazendo um total de 113 hospitais (Entidade Reguladora da Saúde - ERS, 2012, p. 2). O presente trabalho debruça-se exclusivamente sobre os hospitais públicos e não considera o caso particular dos IPO.

CUIDADOS PRIMÁRIOS

A evolução dos cuidados primários em Portugal tem, tal como a dos hospitais, uma história densa. Há dois desenvolvimentos recentes marcantes. O primeiro foi a criação do regime jurídico da organização e do funcionamento das Unidades de Saúde Familiar, estabelecido em 2007 pelo Decreto-Lei nº 298/2007 de 22 de Agosto. As Unidades de Saúde Familiar (USF) são unidades operativas dos CS com autonomia funcional e técnica, que contratualizam objetivos de acessibilidade, adequação, efetividade, eficiência e qualidade, e que garantem aos cidadãos inscritos uma carteira básica de serviços. O outro desenvolvimento marcante foi o Decreto-Lei nº 28/2008 de 22 de Fevereiro, estabelecendo o regime de criação, estruturação e funcionamento dos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES), serviços públicos de saúde com autonomia administrativa agrupando um ou mais unidades funcionais: Centros de Saúde, USF, Unidades de cuidados de saúde personalizados (centros de saúde convencionais), Unidades de Cuidados na Comunidade, Unidades de Saúde Pública e Unidades de recursos Assistenciais partilhados.

Atualmente existem 74 ACES, estando 8 deles integrados em Unidades Locais de Saúde.

CUIDADOS CONTINUADOS

Em Portugal existe ainda pouca provisão de serviços de cuidados comunitários, incluindo cuidados a longo prazo, centros de dia e serviços sociais para doentes crónicos, idosos e outros grupos com necessidades especiais (doentes mentais com incapacidade física, etc.).

Com o intuito de responder à crescente procura de cuidados continuados em 2006, o Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de Junho, cria a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, visando dar resposta ao progressivo envelhecimento da população, ao aumento da esperança média de vida e à crescente prevalência de pessoas com doenças crónicas incapacitantes.

Promovendo a integração destas entidades, foi definida a criação uma equipa coordenadora local, para a coordenação operativa da rede nacional de cuidados continuados integrados (RNCCI), em cada agrupamento de centros de saúde (ACES), e em cada unidade local de saúde, que não tenha ACES constituído (Despacho n.º 6359/2011). A mais recente identificação das unidades da RNCCI data de 25 de Fevereiro de 2011 (Despacho n.º 3730/2011).

3.2. Portugal no contexto da OCDE: o peso dos hospitais do sistema de saúde português

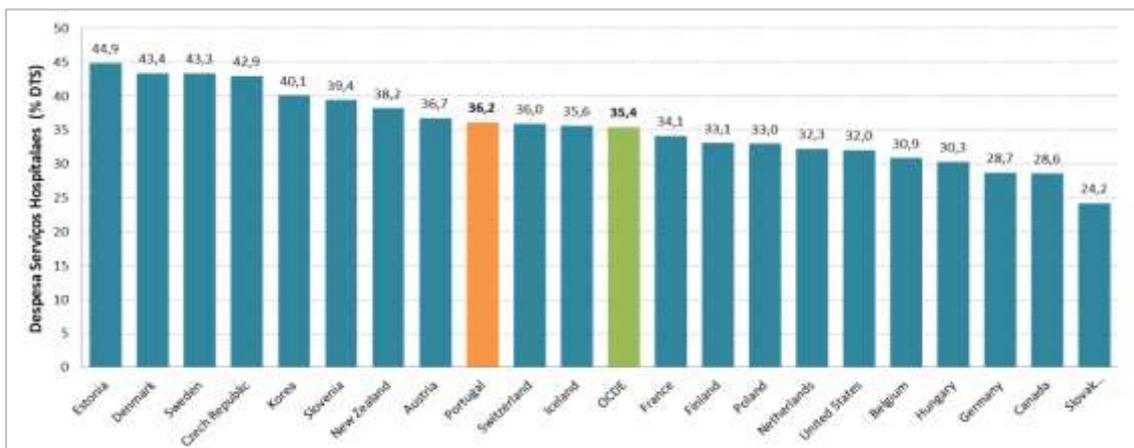
Para contextualizar a relevância do tema da transferência de cuidados analisou-se o desempenho de Portugal nas áreas da saúde relevantes comparativamente a outros países da OCDE. O sistema de Contas da Saúde da OCDE, adotado em Portugal na elaboração das Contas Satélites da Saúde pelo INE, divide as despesas correntes em saúde em oito categorias. Estas categorias são:

- Hospitais
- Unidades de cuidados continuados

- Prestadores de cuidados ambulatoriais
- Vendas a retalho e outros bens médicos
- Administração de programas públicos de saúde
- Administração e seguros de saúde (privados)
- Outros sectores (resto da economia)
- Resto do mundo

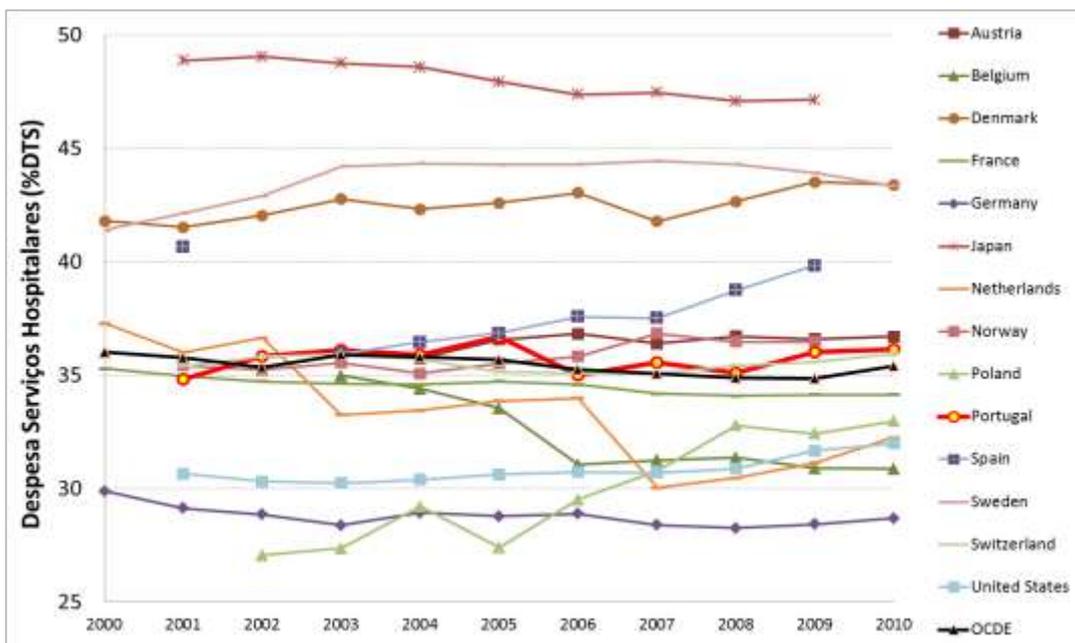
A situação do sistema de saúde português no que diz respeito à percentagem das despesas totais de saúde feita em hospitais pode ser vista na Figura 2, a qual nos diz que no ano de 2010, em Portugal 36,2% das despesas totais de saúde foram geradas nos hospitais. Em termos internacionais, este valor quase coincide com a média da amostra de países com informação disponível para o mesmo ano, de 35,4%.

Figura 2. Percentagem dos Serviços Hospitalares na Despesa Total de Saúde, 2010.



Fonte: OECD HealthData 2012.

**Figura 3. Evolução da % dos Serviços Hospitalares na Despesa Total de Saúde:
2003-2010**



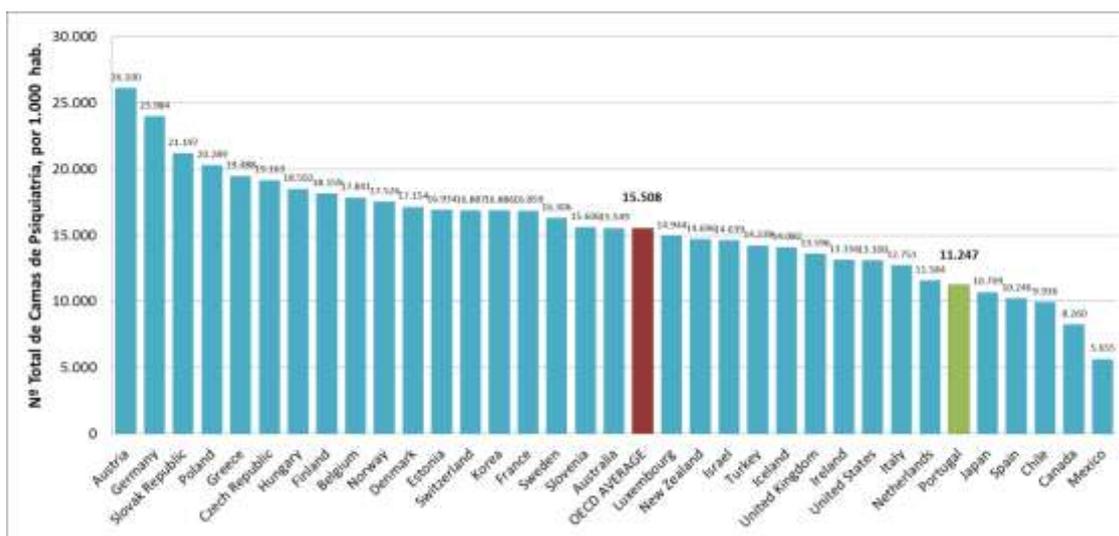
Fonte: OECD HealthData 2012.

A Figura 3 mostra a evolução da proporção das despesas de saúde nos hospitais, nos últimos anos, para um conjunto seletivo de países. Há idiosincrasias nacionais mas globalmente verifica-se uma certa estabilidade neste rácio, sendo que a posição portuguesa no centro da distribuição parece ser igualmente estável no tempo.

A posição relativa de Portugal altera-se quando se passa da proporção das despesas hospitalares nas despesas totais, um indicador de composição da despesa, para um indicador físico, como o número de episódios de internamento por mil habitantes. Neste último indicador o valor português em 2010 foi de 11,25, ao passo que a média da OCDE foi de 15,5 ou seja o valor português estava 27% abaixo da média da OCDE.

As Figuras seguintes apresentam o panorama internacional do que diz respeito à utilização do internamento nos diferentes países da OCDE.

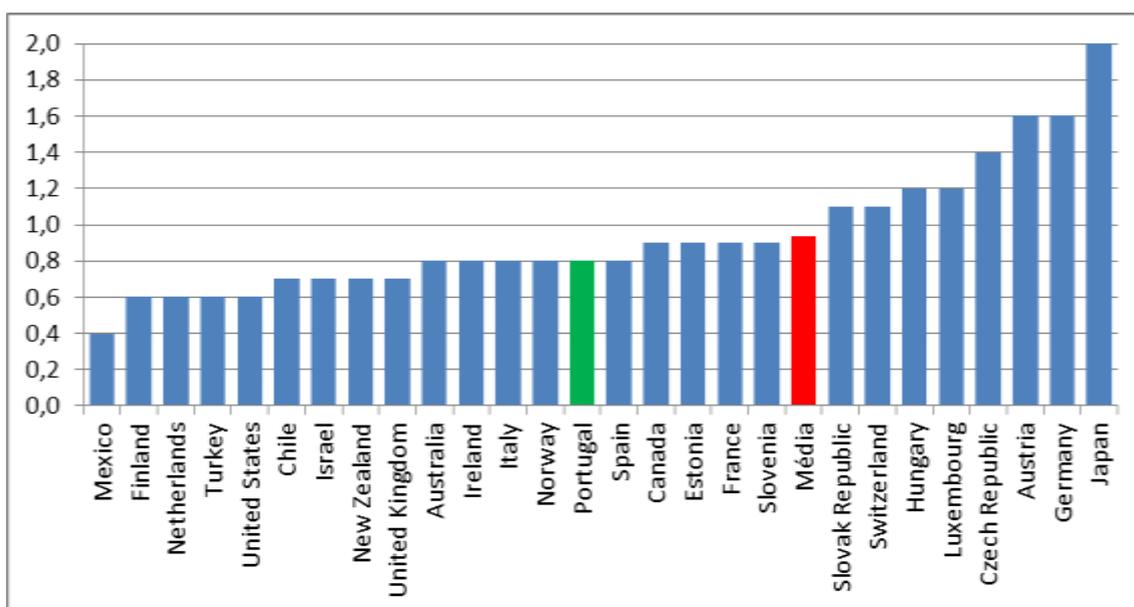
Figura 4. Altas Hospitalares por 100 mil habitantes, 2010.



Fonte: OECD Health Data 2012.

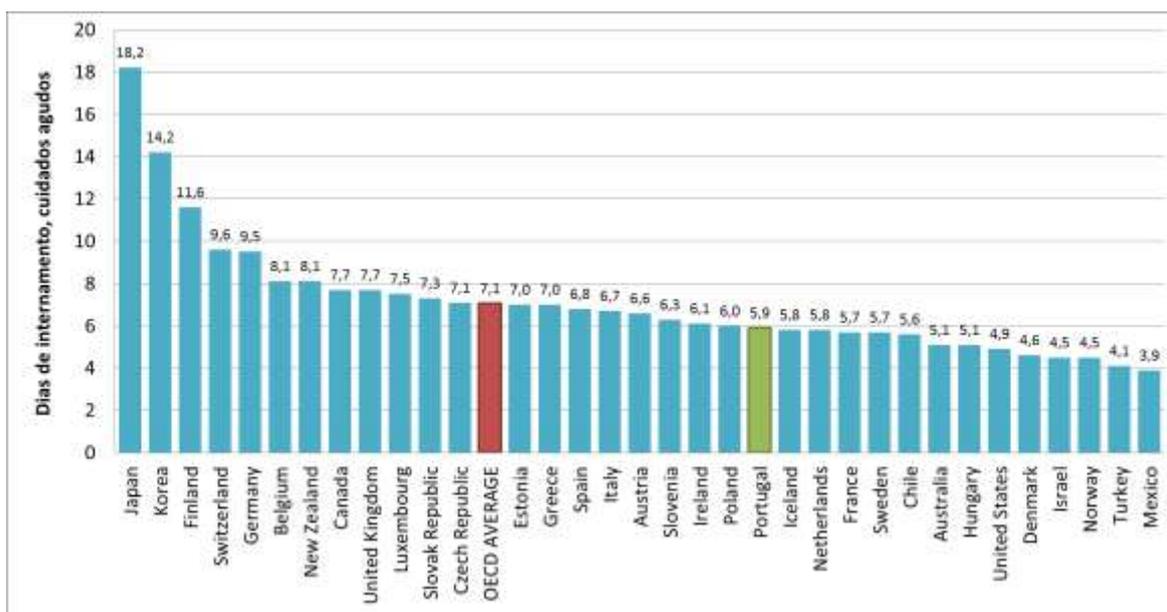
As conclusões retiradas da análise dos dados sobre o número de episódios são reforçadas ao olhar para os dias de internamento per capita, representados na Figura 5. A média dos dias de internamento *per capita* é 0,93 ao passo que o valor para Portugal é 0,8, ou seja cerca de 14% inferior.

Figura 5. Dias de internamento em cuidados agudos, *per capita*, 2010.



Fonte: OECD Health Data 2012.

Figura 6. Demora Média em de cuidados agudos, 2010.

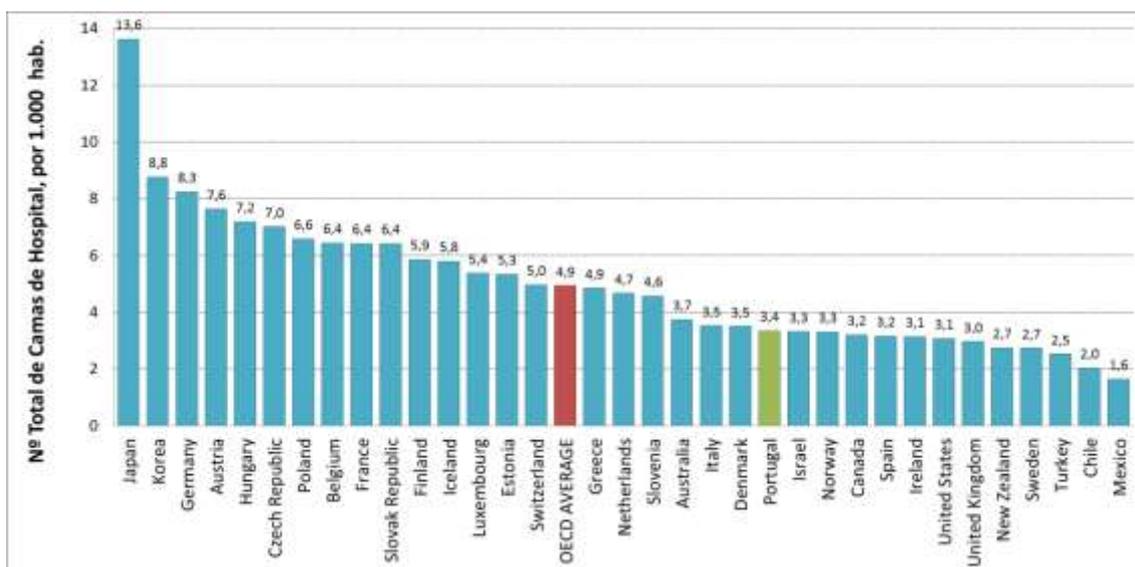


Fonte: OECD Health Data 2012.

A ideia que num contexto internacional Portugal tem consumos hospitalares pouco elevados é reforçada com os dados sobre a capacidade instalada da oferta de cuidados. A Figura 7 mostra a distribuição nos países da OCDE das camas hospitalares totais por 1.000 habitantes em 2010 e a Figura 8 a distribuição das camas para cuidados agudos. Em ambos os casos os dados portugueses mostram um número de camas claramente abaixo da média internacional.

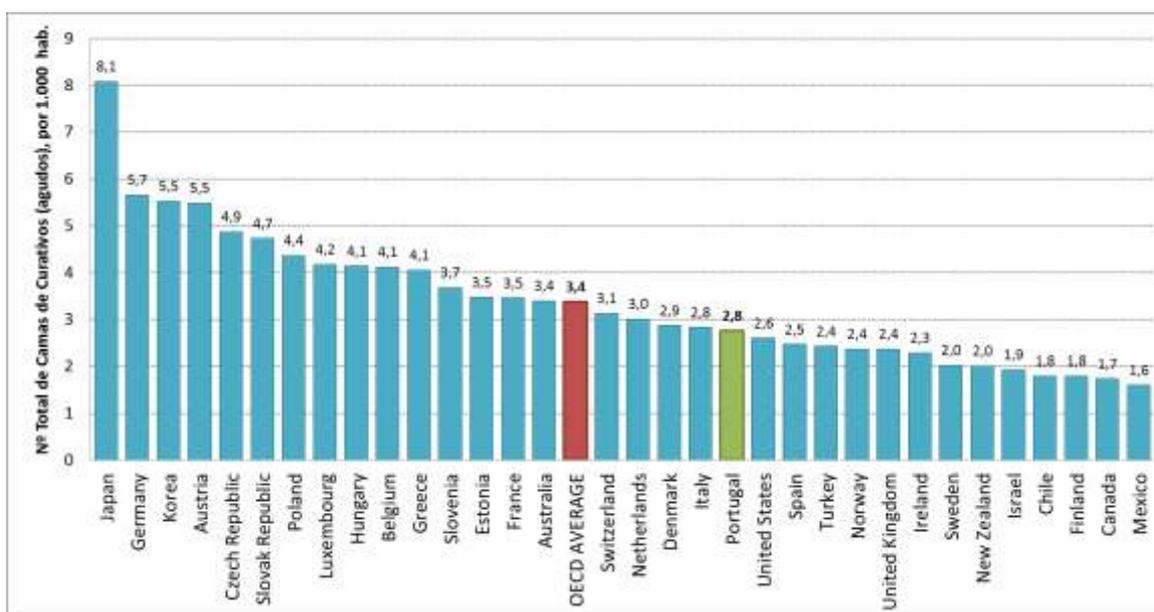
No caso do número de camas total o valor em Portugal em 2010 foi de 3,4 ao passo que a média da OCDE foi de 4,9 e a mediana de 4,6. Já no caso de número de camas para cuidados agudos o valor em Portugal foi de 2,8, muito abaixo da média de 3,4 e da mediana de 3,0.

Figura 7. Camas hospitalares por 1000 habitantes, 2010.



Fonte: OECD HealthData 2012.

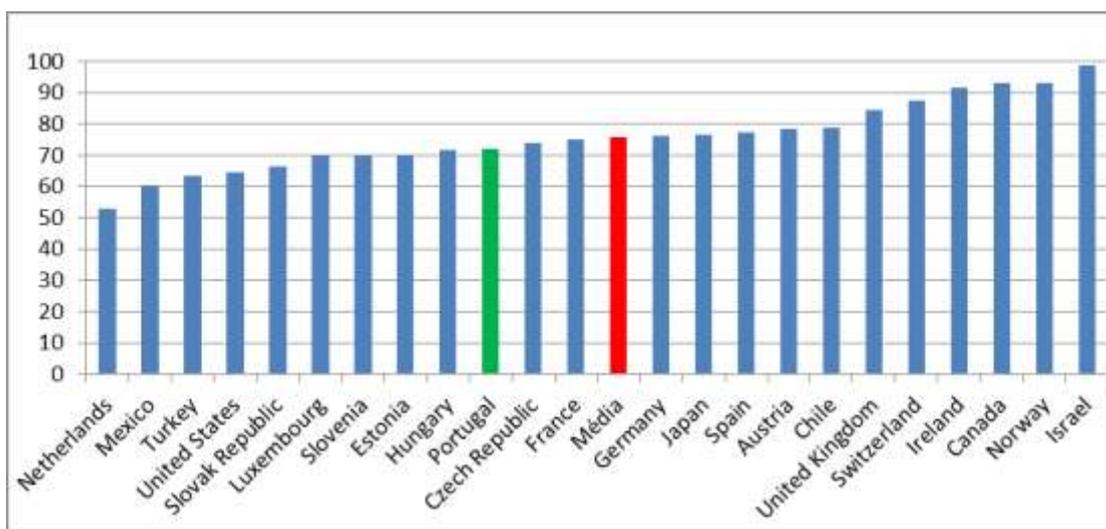
Figura 8. Camas de cuidados agudos por 1000 habitantes, 2010



Fonte: OECD Health Data 2012.

Por último, a base de dados da OCDE tem informação sobre as taxas de ocupação dos hospitais. Os dados disponíveis mais recentes podem ser visualizados na Figura 9, onde se vê que a diferença entre Portugal e a média dos países da OCDE é de 2,9%.

Figura 9. Taxas de Ocupação, Cuidados Agudos, 2010



Fonte: OECD Health Data 2012.

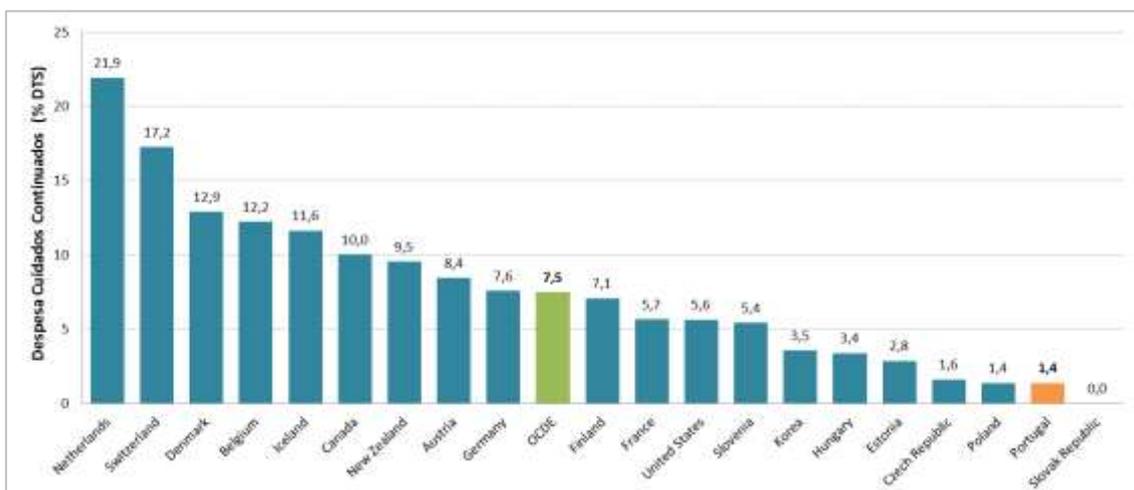
As várias Figuras acima não têm sempre os mesmos países, já que estes variam em função da disponibilidade dos dados, mas é razoável concluir que os dados mostram que as despesas com cuidados hospitalares em Portugal como fração dos custos totais ficam perto da média da OCDE, mas que quer a utilização quer a oferta estão abaixo das médias da OCDE. É pouco provável que uma análise mais sofisticada incluindo explicitamente necessidades em saúde, tendo em conta por exemplo o padrão de envelhecimento da população ou características epidemiológicas diferenciadas, altere esta conclusão, podendo até eventualmente reforçá-la.

Tendo em conta as transformações estruturais nos sistema de saúde referidas na citação de Lega (2007), mas por outro lado a posição do sistema de saúde português que ressalta das comparações internacionais, é possível encontrar um meio-termo. Apesar de poderem ocorrer ganhos com a transferência de cuidados de hospitais para os cuidados primários talvez seja razoável pensar que não há espaço para transformações sistémicas, já que não há indícios claros de em Portugal ocorrerem padrões de utilização de cuidados hospitalares excessivos por comparação com os de outros países, de acordo com os dados disponibilizados pela OCDE. Assim, procurou-se delinear uma abordagem de alguma forma oportunista no sentido de não se procurar redesenhar o sistema de prestação de cuidados, mas antes identificar

casos específicos e delimitados que proporcionem oportunidades de ganhos pontuais. Em vez de reformas estruturais, o espírito da análise estará um pouco mais numa ótica de "Health Commissioning" ou seja de definição de necessidades em áreas específicas e de procura dos bens e serviços que satisfaçam tais necessidades das formas mais eficientes.

Se os dados portugueses sobre internamento para cuidados de agudos revelam padrões de consumo moderados, no caso dos Cuidados Continuados os valores são extremamente reduzidos. A distribuição da fração das despesas em cuidados continuados nas despesas totais de saúde pode ser vista na ótica dos prestadores de cuidados. Usando-se a rúbrica "Nursing and residential care facilities" obtêm-se os resultados ilustrados na Figura 10, a qual mostra que Portugal é um caso extremo, com uma importância relativa dos cuidados continuados 5 vezes menor que na média da OCDE. Em Portugal a fracção é de 1,4% sendo a média da OCDE de 7,5%.

Figura 10. Percentagem da despesa em unidades de cuidados continuados na despesa total de saúde, 2010.

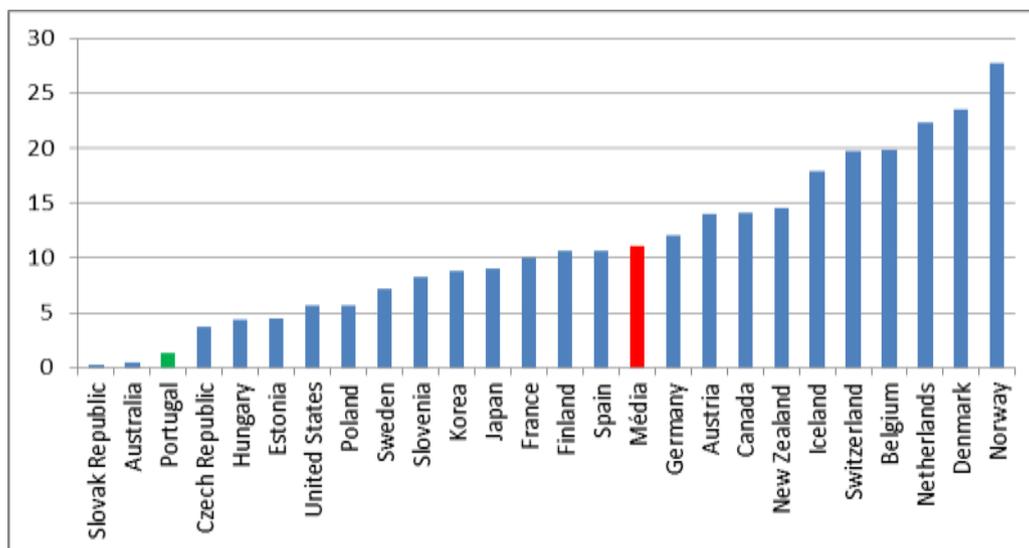


Fonte: OECD Health Data 2012 complementada com dados da RNCCI.

Uma ótica alternativa para esta questão permitida pelos dados da OCDE é olhar para as funções e não para os prestadores. Neste caso, temos que na função "Services of long-term nursing care", em 2010, os 25 países reportando dados tiveram uma

fracção média das despesas totais de 11,04%. Em Portugal a fracção foi de 1,35%, ou seja 8 vezes menor que na média da OCDE.

Figura 11. Percentagem da despesa em unidades de cuidados continuados na despesa total de saúde, 2010.



Fonte: OECD Health Data 2012.

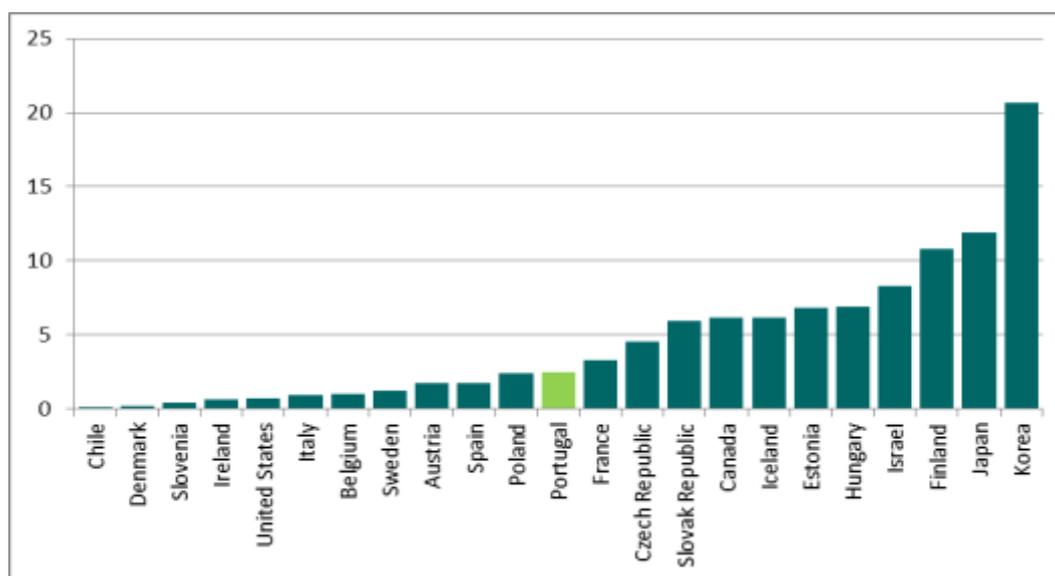
Infelizmente a base de dados da OCDE não apresenta informação sobre número de camas para os cuidados continuados em Portugal. Mas é razoável presumir que o número seria baixo em 2008, embora desde então tenha ocorrido o crescimento e maturação da RNCCI. Para averiguarmos com um pouco mais de detalhe a situação portuguesa utilizaram-se os dados no Relatório Intercalar de 2011 da RNCCI, o qual apresenta uma distribuição das camas disponíveis no final de 2010. No Quadro 1 do referido documento é possível obter a seguinte informação:

Quadro 1. Camas em Cuidados Continuados

Tipologia	Camas contratadas até	Camas contratadas até
	31.12.2010	30.06.2011
Convalescença	682	890
Média Duração e Reabilitação	1.497	1.740
Longa Duração e Manutenção	2.286	2.704
Paliativos	160	185
Total	4.625	5.519

De acordo com o INE, o número de pessoas com 65 e mais anos no Continente em 2010 foi de 1.868.405 pelo que os dados respeitantes a 2010 correspondem a 2,48 camas por mil habitantes com 65 ou mais anos. A Figura 12 mostra o número de camas para alguns países da OCDE, definidas como "Long Term Care Beds", incluindo-se os dados portugueses referidos.

Figura 12. Camas de Cuidados Continuados por 1.000 hab., com 65 e mais anos, 2010 (ou mais recente).



Fonte: Health Data 2012, complementada com dados do Relatório de 2011 da RNCCI.

Estes dados poderem ser de difícil comparabilidade, uma vez que a classificação dos recursos na área dos cuidados continuados poderá ser mais idiossincrática em cada país que outras áreas dos cuidados de saúde. Mesmo assim, estes dados permitem presumir que há espaço para que ocorra um crescimento da RNCCI que, pelo menos em parte, tenha como resultado um aliviar dos encargos do sistema hospitalar.

4. TRANSFERÊNCIA DE CUIDADOS - EXEMPLOS DA LITERATURA

4.1 Transferências de cuidados hospitalares para cuidados primários

A literatura é fértil em estudos sobre a transferência de cuidados. Dado o condicionalismo do sistema de saúde português em comparação com o de outros países da OCDE, apresentamos alguns exemplos que se revelaram úteis na análise das questões suscitadas pela transferência de cuidados.

Sibbald *et al.* (2007) e Roland *et al.* (2005) avaliaram, entre outras dimensões, a literatura publicada acerca da transferência de cuidados do hospital para os cuidados de saúde primários. Os autores concluíram que a transferência dos cuidados foi geralmente associada a uma melhoria do acesso e conveniência para os utentes. A qualidade dos prestação e dos resultados em saúde foram comprometidos quando os cuidados transferidos exigiam competências para além daquelas dominadas por um médico de família típico (por exemplo, pequena cirurgia). Nem sempre se verificou uma redução no volume do trabalho hospitalar. O impacto nos custos globais foi incerto e dependente do contexto. As reduções nos custos estão associadas aos custos diretos médicos e não médicos. Nos primeiros estão os efeitos de os salários médios nos cuidados primários serem mais reduzidos e nos segundos a redução no tempo e custo das viagens para os doentes. Estas reduções por vezes foram superadas pelo aumento dos custos associado ao aumento do volume de cuidados prestados nos cuidados primários e pela perda da economia de escala nos serviços hospitalares.

Sibbald *et al.* (2005) encontraram uma realidade em que o número de consultas externas é determinado pelas políticas de alta hospitalar quer no internamento quer na consulta externa. O local de seguimento dos doentes após um episódio de internamento é definido na alta hospitalar e pode ser:

- Uma única consulta hospitalar, como no caso da remoção de pontos após procedimento cirúrgico.

- Múltiplas consultas, como no caso dos doentes com neoplasia.
- Diretamente para os CSP como no caso de doenças crónicas, por exemplo a diabetes.

Para além do local de seguimento, os autores avaliaram igualmente três estratégias de seguimento possíveis aquando da alta de internamento: ausência de seguimento, seguimento iniciado pelo doente e seguimento em CSPs. Os resultados sugeriram que as estratégias de seguimento «iniciado pelo doente» do seguimento para os cuidados de saúde primários tinham impacto positivo na redução dos volumes de consultas e nos custos globais para o Serviço Nacional de Saúde inglês, sem prejuízo da qualidade dos cuidados ou dos resultados em saúde. Os resultados sugeriram também que há situações em que o seguimento regular de ambulatório é desnecessário e deveria ser suprimido.

Um exemplo interessante de um estudo avaliando a alta para os CSPs é o ensaio clínico aleatorizado e controlado de Grunfeld *et al*, (1999). Este estudo incluiu 296 mulheres com neoplasia da mama em remissão em seguimento regular em dois hospitais gerais do Reino Unido durante 18 meses. As mulheres foram aleatorizadas para um de dois grupos: seguimento contínuo na consulta externa hospitalar de acordo com a prática habitual (grupo hospitalar) e seguimento no respetivo médico de família (grupo da clínica geral). Nos dois casos foi utilizado o mesmo protocolo de seguimento que incluía consultas periódicas, mamografias de rotina e a realização de outros meios complementares de diagnóstico se justificados clinicamente. Neste estudo não se verificou qualquer atraso no diagnóstico da recidiva das doentes seguidas nos CSP.

As frequências e durações das consultas foram superiores nos CSPs. Os custos das consultas e os custos suportados pelos doentes, custos diretos e indiretos (tempo), foram inferiores nos CSPs. Em geral não houve diferenças estatisticamente significativas nos custos totais com MCDT embora as doentes seguidas nos CSP tenham realizado mais frequentemente alguns exames (ex: Rx Tórax, mamografias e análises como hemogramas e provas da função hepática). A investigação de falsos-positivos teve custos mais elevados nos CSP.

Uma conclusão do estudo é que a vantagem económica da transferência de cuidados é muito sensível ao diferencial de salários entre MGF e especialistas hospitalares.

4.2 Transferência de cuidados urgentes não-graves para os cuidados primários

A transferência de cuidados urgentes não-graves para os cuidados primários poderá ser uma estratégia importante dado que muitas situações podem ser eficazmente avaliadas em CSPs.

Em países como a Holanda, nos quais a oferta inclui a disponibilização de CSP fora dos locais e horários habituais (Moll van Charante *et al.*, 2007), em «cooperativas» organizadas para o efeito, os médicos de família foram capazes de assegurar a resposta a 88% dos contactos, sendo que apenas os restantes 12% foram assegurados pelos serviços de urgência hospitalares.

Procurou-se entender porque os doentes preferem utilizar os serviços de urgência do hospital ao invés dos CSP (Roberts *et al.*, 1998). Os doentes procuram diferentes características como as potencialidades diagnósticas e terapêuticas, empatia e competência, acesso rápido ou relação de longa duração.

Por outro lado, o excesso de utilização das urgências implica que recursos finitos, criados para assegurar resposta a situações urgentes/emergentes, são utilizados de forma errada em patologias de menor gravidade. Há também evidência de que a utilização errada dos serviços de urgência acarreta insatisfação para os profissionais e utilizadores desses mesmos serviços (Derlet e Richards, 2000).

Uma revisão sistemática recente procurou precisamente identificar as estratégias organizacionais que poderiam reduzir a utilização dos serviços de urgência

hospitalares e confirmou a utilidade da transferência de cuidados para os CSP (Flores-Mateo *et al.*, 2012). As 48 publicações identificadas avaliaram intervenções em dois campos distintos: oferta/acessibilidade (aumento das horas de funcionamento, aumento do número de médicos, etc.) e procura dos serviços (intervenções educativas, *gatekeeping* e utilização de taxas moderadoras. A evidência sugere que as intervenções com vista ao aumento da acessibilidade dos CSPs e a existência de taxas moderadoras nos serviços de urgência hospitalares parecem ser eficazes na redução da sua utilização.

4.3 Transferência de cuidados hospitalares para os cuidados continuados

No Reino Unido, o *Community Care Act* de 2003 foi criado com o objetivo de reduzir o número de doentes cuja alta foi atrasada, através de incentivos financeiros. O *Act* permite que os hospitais do NHS cobrem à Segurança Social o custo gerado pelo excesso de dias de internamento pelos quais esta última é responsável. Além disso, prevê a existência de prémios monetários com o intuito de melhorar e agilizar a transferência de cuidados. O estudo por Godden *et al.* (2009) procurou determinar até que ponto o *Act* contribuiu para a redução dos atrasos na alta médica. Embora se tenha verificado uma redução global dos protelamentos de alta, globalmente o número de dias de internamento despendidos por doentes em protelamento de alta representa apenas uma proporção reduzida de todos os dias de internamento: 1,6% em 2006-07. No período estudado, os autores concluíram também que a maior parte dos atrasos é gerada pelo próprio sistema de saúde (68%).

Um estudo observacional e prospetivo espanhol analisou, durante 12 meses, as características dos doentes do serviço de medicina interna de um hospital cuja alta foi prolongada por motivos não médicos (Giraldo *et al.*, 2011). Os autores analisaram as altas de 4.850 doentes, tendo identificado 170 (3,5%) doentes com altas proteladas

por causas não-médicas. Este atraso representou 1.603 dias de internamento por ano que poderiam ter sido utilizados por outros doentes, tendo a média de dias de atraso por doente sido cerca de 5 dias.

Figura 13. Motivos de diferenças entre a alta médica e a alta administrativa.



Fonte: Giraldo *et al.*, 2011.

Os autores concluíram que 98,8% dos casos o prolongamento do internamento se devia a problemas do âmbito sociofamiliar, enquanto apenas 1,17% se devia a problemas com o serviço encarregado da transferência dos doentes. Os principais motivos do atraso da alta administrativa, em relação à alta médica podem ser observados na Figura 13.

5. ANÁLISE DOS DADOS FÍSICOS

5.1. *Estimação de consultas externas transferíveis*

4.1.1. Fontes dos dados de número de consultas (primeiras e totais)

FONTES DE DADOS

O número de consultas (primeiras e totais) foi obtido no “Relatório Anual sobre o Acesso a Cuidados de Saúde” de 2011 de cada hospital. Este constitui um relatório circunstanciado sobre o acesso aos cuidados que cada entidade prestadora de cuidados de saúde deve publicar e divulgar até 31 de Março de cada ano (artigo 4.º da Lei n.º 41/2007, de 24 de Agosto). O relatório contempla a informação global de cada entidade, nos capítulos que lhe forem aplicáveis. As entidades que integram várias unidades (ex. centro hospitalar, unidade local de saúde, agrupamento de centros de saúde) elaboram apenas um relatório.

Apesar da obrigatoriedade da divulgação deste relatório, não foi possível recolher os relatórios de algumas unidades de saúde³. Noutros casos, o facto de a entidade ser recente fez com que não tivesse relatório de acesso para o ano de 2011 (caso da ULS do Nordeste).

DOIS GRUPOS DE HOSPITAIS

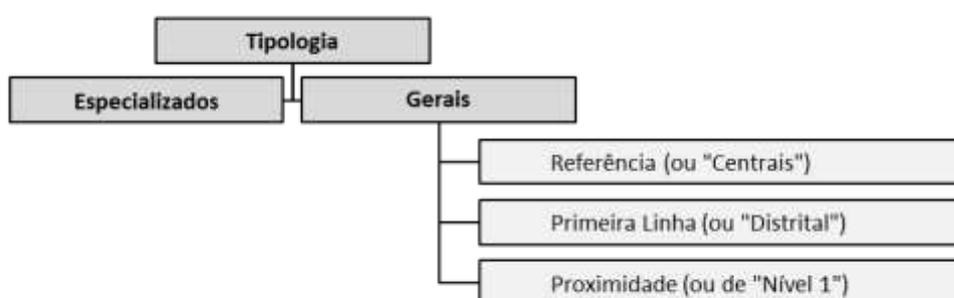
A Entidade Reguladora da Saúde (ERS) no Estudo para a Carta Hospitalar (ERS, 2012) divide os hospitais em hospitais gerais e hospitais especializados (Figura 14). A

³ A lista completa das entidades prestadoras de cuidados de saúde incluídos na análise encontra-se no Anexo (Quadro 24 e Quadro 25). As entidades incluídas na análise representam 83% do número total de hospitais, sós, em centros hospitalares ou em ULS, ou seja, 75 unidades num total de 90 com relatório em 2011.

classificação da ERS segue de perto as definições indicadas no Portal da Codificação Clínica e dos GDH⁴, designadamente:

- i. Uma classificação em “de referência” (“central”), “de primeira linha” (“distrital”), “de proximidade” (“de nível 1”), segundo a hierarquização de valências/nível de diferenciação e a capacidade de intervenção técnica ou área geográfica de influência ou intervenção/diferenciação.
- ii. Uma classificação em “geral” ou “especializado”, referente à especialização dos hospitais.

Figura 14. Esquema da classificação do tipo de hospital, segundo a ERS.



Fonte: ERS, 2012.

Para a atribuição da primeira classificação aos hospitais públicos – em “de referência”/“central”, “de primeira linha”/“distrital” e “de proximidade”/“de nível 1” – adoptou-se como critério a classificação para efeitos de facturação dos episódios de urgência da Portaria n.º 567/2006, de 12 de Junho, tal como indicado no Portal da Codificação Clínica e dos GDH.

Para a identificação da tipologia dos hospitais que em 2006 já se encontravam integrados em centros hospitalares (CH) ou ULS recorreu-se às classificações constantes da Portaria n.º 1108/2004, de 7 de Setembro, da Portaria n.º 281/2005, de 17 de Março, da Portaria n.º 117/2008, de 6 de Fevereiro, e às referências de classificação hospitalar do Relatório de Monitorização da Implementação das

⁴ <http://portalcodgdh.min-saude.pt>

Experiências Piloto da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI, 2007).

A análise a efetuada no presente relatório não se adequa ao caso dos hospitais especializados (Figura 14). Consideraremos apenas os hospitais Gerais, que dividimos em 1) hospitais de Referência (ou “Centrais”) e 2) hospitais e ou de Primeira Linha (ou “Distrital”) ou de Proximidade (ou de “Nível 1”).

5.1.2. Estimação da taxa de consultas externas transferíveis

O objetivo desta secção é identificar e quantificar consultas externas hospitalares que possam ser vistos como excessivas ou transferíveis para os CSP.

Para encontrar a percentagem de consultas transferíveis começamos por assumir que depois de uma primeira consulta há x consultas de seguimento. A proporção de primeiras consultas é $1/(1 + x)$. Assumimos que alguns hospitais terão um número de segundas consultas superior ao necessário, em particular porque tais consultas poderiam ser substituídas por consultas nos CSP. Se o número de consultas de seguimento apropriado for $y \leq x$, a taxa de primeiras consultas será $1/(1 + y)$. O valor y pode ser definido *normativamente* com base nos valores de um grupo de referência. A percentagem de consultas transferível é então definida por $(x - y)/(1 + x)$.

ESCOLHA DO GRUPO DE REFERÊNCIA

Uma primeira tentativa de encontrar um termo de comparação, baseou-se na percentagem de primeiras consultas em Inglaterra.

Foram utilizados os dados disponíveis no portal estatístico de episódios hospitalares do *NHS*, o *Hospital Episode Statistics - HESonline*⁵, que contém informação sobre todas as consultas em CSP do NHS em Inglaterra, entre outros dados. A comparação entre Portugal e Inglaterra na percentagem de primeiras consultas para algumas especialidades representativas pode ser observado no Quadro 2.

Como se pode constatar, para algumas especialidades as percentagens de primeiras consultas são superiores para Portugal, enquanto noutras o são para Inglaterra, pelo que os dados não apresentam uma tendência definida. Seria de esperar que um grupo de excelência apresentasse uma proporção de primeiras consultas superior à nacional, para todas as especialidades.

Quadro 2. Comparação entre a percentagem média de primeiras consultas entre Portugal e Inglaterra.

Especialidade	Portugal- H. de Referência	Portugal- H. de proximidade/1ª linha	Inglaterra
Dermato-Venerologia	32,4%	46,5%	31,3%
Cirurgia Geral	30,4%	37,1%	41,6%
Cardiologia	30,4%	26,0%	39,5%
Pediatria	29,5%	27,5%	34,1%
Gastroenterologia	27,4%	32,4%	33,8%
Medicina Interna	26,9%	22,1%	29,5%
Neurologia	26,3%	27,1%	40,7%
Urologia	24,1%	28,4%	31,4%
Pneumologia	19,7%	25,4%	30,4%
Reumatologia	18,6%	41,9%	20,1%
Infeciosas	17,1%	23,3%	23,2%
Nefrologia	12,6%	14,4%	10,2%
Imunologia	12,3%	12,3%	43,1%
Oncologia Médica	10,9%	43,2%	10,2%

Os dados ingleses apresentam outros problemas. Um problema grave é que a estatísticas do “*Outpatient Care*” inglês incluem consultas externas, hospital de dia e

⁵ Disponível em <http://www.hesonline.nhs.uk>. Consultado em Junho de 2012.

outras atividades. Tal agregação invalida a comparação com linhas de produção que são separadas no sistema de saúde português. Outro problema é que a divisão por especialidades e subespecialidades é mais detalhada no caso inglês que no caso português, tornando extremamente difícil a realização das comparações apropriadas. Globalmente, a utilização de dados ingleses não se revelou a mais adequada para a análise pretendida.

O critério encontrado acabou por se basear na identificação de grupos de referência no próprio contexto nacional, ou seja, usaram-se os hospitais com maior percentagem de primeiras consultas como referência. Assim, assumiu-se como padrão a média dos hospitais no primeiro quintil das taxas de primeiras consultas (top 20%). Considerámos este parâmetro como indicando o número de primeiras consultas que poderíamos esperar num cenário de correta transferência de consultas para os CSP.

ESTIMAÇÃO DA TAXA DE CONSULTAS TRANSFERÍVEIS PARA OS CSP

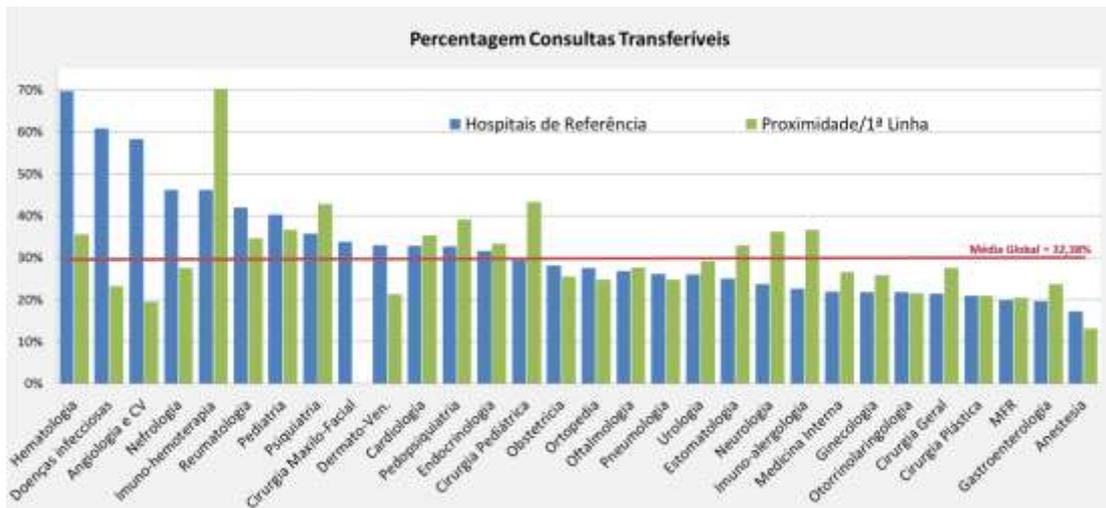
Assim, a estimação da percentagem de consultas passíveis de ser transferida de entidades hospitalares para os CSP utiliza a percentagem de primeiras consultas no conjunto de todos os hospitais e a percentagem de primeiras consultas observada apenas no quintil superior, para cada tipo de hospital (Figura 15).

Figura 15. Percentagem de primeiras consultas no quintil superior (grupo de excelência) para cada tipo de hospital.



Aplicando a fórmula acima definida, $(x - y)/(1 + x)$, calculou-se a proporção de consultas passíveis de serem transferíveis (Figura 16 e Quadro 3).

Figura 16. Estimativa da percentagem de consultas transferíveis das entidades hospitalares para os CSP, por especialidade e por tipo de hospital.



Quadro 3. Taxas de primeiras consultas de todos os hospitais e do quintil superior e percentagem de consultas transferíveis para os CSP, por tipo de hospital.

Especialidade	Hospitais de Referência			Hospitais de Proximidade ou 1ª Linha		
	% Média de 1ºs Consultas		Transferíveis	% Média de 1ºs Consultas		Transferíveis
	Todos Hospitais	Quintil Superior		Todos Hospitais	Quintil Superior	
Hematologia	13%	44%	70%	9%	14%	36%
Doenças infecciosas	25%	65%	61%	15%	19%	23%
Angiologia e Cirurgia Vascular	34%	81%	58%	40%	50%	20%
Nefrologia	13%	23%	46%	14%	20%	28%
Imuno-hemoterapia	18%	34%	46%	12%	40%	69%
Reumatologia	14%	25%	42%	22%	34%	35%
Pediatria	29%	49%	39%	29%	46%	37%
Psiquiatria	14%	21%	36%	16%	28%	43%
Cirurgia Maxilo-Facial	33%	50%	34%	27%	27%	0%
Cardiologia	18%	27%	33%	26%	40%	35%
Pedopsiquiatria	13%	20%	33%	24%	40%	39%
Endocrinologia	19%	28%	32%	23%	35%	33%
Cirurgia Pediátrica	36%	50%	29%	43%	75%	43%
Obstetrícia	34%	48%	28%	37%	50%	26%
Ortopedia	31%	43%	28%	41%	54%	24%
Pneumologia	20%	27%	26%	25%	34%	25%
Urologia	24%	33%	26%	28%	40%	29%
Oftalmologia	32%	42%	25%	39%	58%	32%
Estomatologia	25%	34%	25%	31%	47%	33%
Dermato-Ven.	38%	50%	25%	45%	65%	30%
Neurologia	27%	35%	24%	26%	40%	35%
Imuno-alergologia	20%	25%	23%	25%	39%	37%
Medicina Interna	27%	34%	22%	22%	30%	27%
Ginecologia	32%	40%	22%	34%	45%	26%
Cirurgia Geral	30%	39%	21%	37%	51%	28%
Otorrinolaringologia	31%	40%	21%	33%	43%	22%
Cirurgia Plástica	27%	34%	21%	35%	44%	21%
MFR	28%	35%	20%	39%	49%	21%
Gastroenterologia	27%	34%	20%	32%	43%	24%
Média Ponderada	27,2%	39,1%	32,7%	32,5%	46,5%	32,0%

Considerando os dois grupos de hospitais, a média ponderada da percentagem de primeiras consultas foi de 29,57% para o total dos hospitais analisados e 42,43% para os hospitais que compõe o grupo dos melhores 20% nas primeiras consultas.

As estimativas apresentadas no Quadro 3 permitem calcular o número de consultas transferíveis para os CSP por especialidade e tipo de hospital. Esta estimativa

de base micro é conseguida através do produto da percentagem de consultas transferíveis pelo número total de consultas realizadas em 2011, por hospital e por especialidade, disponibilizados nos “Relatórios sobre o Acesso aos Cuidados de Saúde” de cada hospital.

A apresentação do número estimado de todas as consultas transferíveis, por especialidade e por hospital seria demasiado extensa, pelo que apresentamos apenas as estimativas por especialidade e grupo de hospitais.

Como se pode constatar ao ler o Quadro 4, estima-se que haja um total de 1,37 milhões de consultas transferíveis para CSP nos hospitais de referência bem como 1,09 milhões adicionais nos hospitais de proximidade/1ª linha. Pode também deduzir-se por estes dados que cerca de 32,38% das consultas totais realizadas são transferíveis. É interessante constatar que esta percentagem é semelhante (32,7% vs. 32,0%) nos dois tipos de hospitais.

Quadro 4. Número de consultas totais e transferíveis, por especialidade e tipo de hospital, para os 75 hospitais incluídos na análise.

Especialidade	Nº Consultas Total		Nº Consultas Transferíveis	
	H. Referência	H. Proximidade/ 1ª Linha	H. Referência	H. Proximidade/ 1ª Linha
Oftalmologia	363.347	411.349	166.211	127.242
Ortopedia	260.486	351.146	71.757	86.987
Cardiologia	248.563	169.862	81.638	59.998
Otorrinolaringologia	219.631	164.083	47.741	35.400
Cirurgia Geral	209.916	373.558	45.001	102.761
Pediatria	208.775	223.485	83.984	81.979
Ginecologia	203.058	87.834	44.299	22.738
Psiquiatria	196.157	213.582	70.010	91.372
Obstetrícia	161.192	115.801	43.454	29.535
Neurologia	160.931	75.219	71.548	34.046
Pneumologia	157.876	87.527	41.182	21.676
Urologia	150.804	115.250	39.143	33.615
Imuno-hemoterapia	145.957	210.993	67.337	148.304
Estomatologia	143.716	38.382	35.925	12.646
Medicina Interna	134.363	218.101	29.375	58.065
Gastroenterologia	122.347	79.782	24.094	18.931
MFR	121.909	110.815	24.199	22.744
Endocrinologia	121.297	34.257	38.410	11.414
Hematologia	119.785	31.812	83.453	11.338
Nefrologia	104.879	27.619	48.430	7.623
Anestesiologia	104.850	116.778	18.047	15.398
Angiologia e C. Vascular	82.588	7.921	46.445	1.547
Dermato-Venereologia	78.217	53.204	25.814	11.351
Cirurgia Plástica	70.670	13.769	13.599	2.886
Doenças infecciosas	64.921	18.152	39.469	17.636
Imuno-alergologia	62.883	21.824	15.215	8.007
Reumatologia	58.937	17.228	21.919	7.595
Cirurgia Pediátrica	54.425	3.560	16.008	1.542
Pedopsiquiatria	51.774	18.233	16.413	7.120
Cirurgia Maxilo-Fac.	15.357	2.454	3.577	0
Sub-total	4.199.611	3.413.580	1.373.699	1.091.497
Total	7.613.191		2.465.196	

De acordo com o Relatório e Contas do SNS para 2010, nesse ano ocorreram 10.409.900 consultas externas, sendo 2.978.086 primeiras consultas e as restantes 7.431.814 consultas subsequentes, o que corresponde a uma taxa agregada de primeiras consultas de 28,6%.

No momento em que este relatório é escrito não está ainda publicado o Relatório e Contas do SNS para 2011⁶. Contudo podemos tentar obter uma estimativa usando as variações percentuais homólogas incluídas nos relatórios mensais da ACSS para Dezembro de 2011 e para cada ARS. Usando essa metodologia obtém-se para 2011 um total de 10.619.780 consultas, sendo que o número de primeiras consultas estimado é 3.052.511, o que origina um pequeno crescimento da taxa de primeiras consultas para 28,7%. Este valor é ligeiramente mais baixo que os 32,4% da subpopulação estudada, o que permite deduzir que a taxa de primeiras consultas nos hospitais que não reportaram publicamente os seus dados deverá ser inferior à média nacional.

A média nacional da taxa de primeiras consultas é uma ponderação da média dos hospitais com dados e dos hospitais sem dados. Sabendo que as consultas totais dos hospitais com dados são 71,69% do total (7.613.191 /10.619.780), estimamos que a taxa de primeiras consultas média para os hospitais em falta deverá ser de 25,65%. Por comparação com o top 20% (grupo de referência) dos hospitais que divulgaram dados, podemos deduzir uma percentagem de consultas transferíveis para este grupo de 39,54%.

Na medida em que a diferença entre as consultas reportadas e a estimativa das consultas totais em 2011 é 3.006.589, obtemos um número de consultas transferíveis adicionais de 1.188.809. Somando às consultas transferíveis já estimadas obtém-se um total de 3.654.005, cerca de 34,41% das consultas externas em 2011.

Qual o significado dos números anteriores em termos da capacidade de resposta do sistema? Como a taxa de primeiras consultas dos hospitais do grupo de referência (top 20%) é de 42,43%, isso significa que o número médio de consultas

⁶ Nesta data já está disponível o Relatório de acesso para 2011. Contudo os Relatório de Contas do SNS são mais conservadores quanto ao número de consultas que os relatórios de acesso (este em 2010 têm cerca de 5% de consultas adicionais) pelo que usamos o Relatório de contas de 2010 como base das estimativas apresentadas neste estudo.

considerado adequado é 2,36 (o inverso de 0,4243). Assim, se dividirmos o número de consultas em excesso por este valor, obtemos uma capacidade adicional de seguir 1.550.394 doentes/ano. Tal permitiria reduzir substancialmente as listas de espera para consultas hospitalares, com efeitos heterogêneos por especialidade.

De acordo com o Relatório de Acesso de 2011, cerca de 800 mil consultas foram marcadas pelo sistema de Consulta a Tempo e Horas (CTH), havendo em 31/12/2011 um total de 164 mil consultas em espera. Os dados mostram também uma grande assimetria entre especialidades, com a proporção de consultas dentro do tempo mínimo garantido variando entre apenas 48% para a Oftalmologia e 94% para a Cirurgia Maxilo-facial.

Tomando o caso de Cardiologia a título ilustrativo, temos que, de acordo com o Relatório de Acesso de 2011, haveria 3.422 utentes referenciados pela CTH a aguardar 1ª consulta. Se considerarmos que o número de consultas médio do foro cardiológico para o grupo de referência (top 20%) dos hospitais de referência é de 3,66, seriam necessárias 12.525 consultas adicionais. Como a capacidade de consultas de Cardiologia libertada é de 141.636, temos que a eliminação da lista de espera de Cardiologia na CTH utilizaria menos de 10% da capacidade libertada.

5.2. Estimação de episódios de urgência transferíveis

Um dos problemas do sistema de saúde português é a utilização excessiva das urgências. Neste contexto, parece ser um objetivo consensual conseguir uma transferência para os CSP das situações de urgência classificadas pela metodologia da triagem de Manchester como verdes, azuis ou brancos.

Figura 17. Prioridades segundo a Triagem de Manchester

COR	SITUAÇÃO	Tempo atendimento recomendado
Vermelho	EMERGENTE	Imediato
Laranja	MUITO URGENTE	10 minutos
Amarelo	URGENTE	60 minutos
Verde	POUCO URGENTE	2 a 4 horas
Azul	NÃO URGENTE	

Fonte: Relatório Mensal, ACSS, junho 2012.

Os dados de utilização do serviço de urgência por prioridade para o SNS não estão disponíveis para o período de um ano. Desta forma serão utilizados os dados fornecidos no documento “Monitorização Mensal da atividade assistencial”, Junho 2012⁷, único mês para o qual este tipo de dados foi disponibilizado, e assumir que o comportamento dos utentes do serviço de urgência é semelhante em todos os meses do ano.

Os valores disponíveis na ACSS indicam uma elevada percentagem de episódios de urgência foi classificada como pouco ou não urgente (Quadro 5). Desta forma, estima-se que cerca de 41% dos episódios de urgência poderiam ser transferidos para consultas nos CSP.

Quadro 5. Prioridades na urgência segundo triagem de Manchester, Junho, 2012.

Cor (Prioridade)	Percentagem de Doentes
Verdes (pouco urgente)	35,8%
Azuis (não urgente)	1,1%
Branco (sem prioridade)	4,5%
Total	41,4%

Fonte: ACSS, Monitorização mensal da atividade assistencial, Junho 2012⁹.

O número de episódios de urgência registados durante de 2010, foi de 6.084.263 de acordo com os Relatório e Contas do SNS. Aplicando as taxas de

⁷ Monitorização mensal da atividade assistencial. Disponível em www.acss.min-saude.pt, acedido em Setembro de 2012.

crescimento nos “*Tableaux de Bord*” divulgados pela ACSS de Dezembro de 2011, obtemos uma estimativa de urgências para 2011 de 6.075.158. Aplicando a proporção de verdes, azuis e brancos no Quadro 5, obtemos um total de 2.515.116 episódios transferíveis.

5.3. Casos sociais e referenciação para os cuidados continuados

5.3.1 Contexto

O Portal de Codificação e dos GDH⁸ define caso social como o “internamento de doentes por causas relacionadas com a habitação, com a família ou com outras circunstâncias sociais”. Entre nós, embora se saiba que estes casos existem e haja uma referência frequente ao peso de tais casos nos hospitais não existe, a nosso conhecimento, uma identificação sistemática dos casos sociais nos hospitais do SNS pelo que este problema carece de uma análise específica. Dados cedidos pelo Centro Hospitalar de Setúbal, EPE (CHS), sugerem que o número de casos sociais, bem como a duração do seu internamento após alta médica, podem ser significativos (Quadro 6).

Quadro 6. Casos sociais: Número de altas e de dias de protelamento.

Ano	Nº Utentes atendidos	Nº Altas Proteladas	Nº Dias Protelamento de Altas	Dias/Alta
2009	2.800	225	-	-
2010	2.535	173	3.024	17,48
2011	3.500	162	5.753	35,51

Fonte: Equipa de Gestão de Altas do CHS.

Outra situação responsável pela ocupação evitável de camas em hospitais é a transferência para cuidados continuados. O conceito de ocupação de camas de hospital por razões não-médicas foi já extensivamente estudado nos EUA (Mayo *et al.*,

⁸ <http://portalcodgdh.min-saude.pt>

1997), onde a proporção de internamentos prolongados por razões não-médicas variou entre 9% e 35%, dependendo da metodologia aplicada. As razões apontadas para o prolongamento do internamento passaram por fatores físicos e administrativos e, em menor proporção, por razões familiares.

Em Portugal, põe-se o problema de os doentes referenciados para a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) poderem ficar internados a aguardar a integração na Rede, ocupando por razões não estritamente médicas uma cama hospitalar.

Apesar da evolução da capacidade contratada na RNCCI ser no sentido de aumentar o número de camas disponíveis (Quadro 7), o tempo de espera em internamento até à integração na RNCCI é elevado.

Quadro 7. Evolução da capacidade contratada na RNCCI.

Tipologia de internamento	Nº Camas Contratadas até 31.12.2010	Nº Camas Contratadas até 31.12.2011	Variação
Convalescença	382	906	32,8%
Média Duração e Reabilitação	1.497	1.747	16,7%
Longa Duração e Manutenção	2.286	2.752	20,4%
Cuidados Paliativos	160	190	18,8%
Total	4.625	5.595	21,0%

Fonte: Relatório de monitorização do desenvolvimento e da actividade da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) 2011, de Fevereiro 2012.

Desta forma, os impactos nos hospitais dos casos sociais e do internamento prolongado de doentes referenciados para integração na RNCCI são objeto de análise neste trabalho. Foram usados como fonte principal as informações gentilmente cedidas pela Equipa de Gestão de Altas do CHS. Os dados de casos sociais de internamento, os dados de gestão de altas disponibilizados referem-se ao período ente 2010 a 2011. Para a referenciação e integração na RNCCI os dados referem-se ao período entre 2008 e 2011.

Uma vez que esta é a única fonte de dados disponível, vamos partir destes dados e fazer alguns pressupostos para chegar a estimativas para o total do SNS.

5.3.2. Estimação do número de casos sociais

Os indicadores de atividade do CHS fornecem, para 2010 e 2011, o número total de doentes saídos e o número de altas proteladas, o que nos permitiu estimar a taxa de casos sociais média anual, neste período de tempo. Estes dados permitiram igualmente estimar o número médio anual de dias de protelamento por doente saído.

O Relatório e Contas do SNS de 2010 (ACSS, 2010) apresenta o número total de doentes saídos no SNS: 814.143 doentes, para o ano de 2010. Com base nos relatórios “*Tableau de Bord*” de Dezembro de 2012 da ACSS para as 5 ARSs, estimou-se a taxa de crescimento nacional do número de doentes saídos para 2011. Com esta taxa, estimamos que o número de doentes saídos em 2011 seja cerca de 806.472.

Através desta informação, e multiplicando o número total de doentes saídos no SNS pelo número médio anual de dias de protelamento por doente saído, é estimado o número de dias médio anual de protelamento para o período entre 2010 e 2011, que será a nossa estimativa de dias de internamento consumidos em entidades hospitalares por casos sociais (Quadro 8).

Quadro 8. Estimativa do número de dias de protelamento, devido a casos sociais.

Ano	% Doentes Saídos (DS) ¹	Dias de Protelamento/ Alta Protelada ¹	Dias de protelamento/ DS	DS Nacionais ²	Nº Total Casos Sociais	Dias de Protelamento
2010	1,05%	17,48	0,18	814.143	8.553	149.500
2011	0,99%	35,51	0,35	806,472	7,968	282,974
Média	1,02%	26,20	0,27	810.072	8.258	216.154

Fonte: 1) CHS 2) Relatório e Contas do SNS 2010 e estimativas para 2011.

Como referido a estimativa no Quadro 8 baseou-se nos dados de Setúbal, um distrito tradicionalmente problemático e com maior intensidade de problemas sociais que muitos outros distritos do país. Assumindo que a média nacional é de 2/3 dos valores nacionais, estimamos que num ano médio recente cerca de 144.103 dias de internamento sejam devidos a casos sociais.

5.3.3 Estimação do tempo de espera para integração na RNCCI

Um conjunto de problemas distinto daqueles associados aos casos sociais prende-se com a transferência dos doentes para a RNCCI. A questão aqui não passa pela ocupação de camas por doentes que efetivamente deveriam ter alta clínica, mas antes pela demora na transferência de unidades de cuidados agudos para unidades de cuidados continuados.

Partindo do número de doentes referenciados para a RNCCI, fornecidos pelo CHS, foi possível estimar a proporção de doentes saídos integrada em unidades de cuidados continuados. Estes dados são bastante detalhados, permitindo identificar não só a taxa de doentes saídos que são referenciados para a RNCCI, mas igualmente a taxa dos doentes que são realmente integrados na Rede, bem como o número de dias que os doentes permanecem em espera no internamento hospitalar.

Tal como na secção anterior, o Relatório e Contas do SNS de 2010 (ACSS, 2010) e os *“Tableaux de Bord”* de Dezembro de 2011 são a fonte para o número total de doentes saídos no SNS.

Estimou-se o número médio anual de doentes saídos que são integrados e que são referenciados⁹ na RNCCI pelo produto do número de doentes saídos no SNS pela taxa de doentes saídos que são integrados ou referenciados (linhas 1 e 2, Quadro 9.), respetivamente, para cada ano (resultado nas linhas 4 e 5, Quadro 9.). Multiplicando a estimativa do número médio de dias de espera (linha 3, Quadro 9.) pela estimativa de doentes integrados na Rede (linhas 4 e 5, Quadro 9.) obtém-se o número total de dias de internamento por espera.

⁹ Excluindo do nº total de doentes referenciados o número de doentes integrados, para evitar dupla contagem.

Quadro 9. Dias de espera de doentes referenciados ou integrados na RNCCI.

Item	2010	2011	Média
1. Proporção de doentes Referenciados (CHS)	2,36%	2,87%	2,61%
2. Proporção de doentes Integrados (CHS)	0,85%	1,28%	1,06%
3. Dias de espera médios de doentes Integrados*	57,1	51,4	53,7
4. Estimativa Nacional de Doentes Referenciados Não Integrados	12.261	12.789	12.525
5. Estimativa Nacional de Doentes Integrados	6.921	10.329	8.630
6. Dias de espera de Doentes Integrados	395.256	530.729	463.170
7. Dias de espera de Doentes Referenciados Não Integrados	700.168	657.093	672.259
8. Dias de Espera Totais	1.095.423	1.187.822	1.135.429
9. Dias de Espera Corrigidos	550.909	587.721	566.435

* Assumimos que os doentes referenciados mas não integrados têm o mesmo número de dias de espera que os doentes integrados.

Os valores estimados no Quadro 9 linha 8 são surpreendentemente elevados. Por exemplo, para 2010, a estimativa para o número de dias em espera no internamento corresponde a cerca de 17,2% de todos os dias de internamento em hospitais do SNS em 2010. O problema é que mesmo assumindo que CHS é representativo da ARS LVT, esta região é pouco típica na área dos CCI quando comparada com o todo nacional, devido a uma capacidade instalada de camas na RNCCI que é proporcionalmente muito pequena. Uma primeira questão é que a fração de Doentes Saídos dos hospitais referenciada para a RNCCI é cerca de 47,6% da proporção nacional. Por outro lado, o número de dias de protelamento (tempo de avaliação dos processos e o tempo da identificação das vagas) é substancialmente maior na ARS LVT que no país.

Pelas estimativas possíveis com base no Relatório de Monitorização da RNCCI relativo a 2011, os dias de protelamento nacionais por doente integrado deverão ser cerca de 23,9% dos valores da ARSLVT. Conjugando a diferença nas taxas de referenciação com a diferença nas durações, obtemos que o número de dias de espera em internamento hospitalar para o país é cerca de 50,3% dos dias estimados no CHS, o que pode ser visto na linha 9 do Quadro 9.

6. CUSTEIO DOS CUIDADOS

6.1. Dos valores físicos aos custos financeiros

As secções anteriores focaram-se na estimação de grandezas físicas como o número de doentes, de consultas, de episódios de urgência ou de dias de internamentos envolvidos na transferência de cuidados.

Partindo agora da estimação dos custos unitários dos tipos de cuidados de saúde relevantes para a análise, e da sua comparação, o objetivo das secções que se seguem é estimar custos associados à transferência de cuidados de saúde. O impacto orçamental de uma transferência será dado pelos custos totais estimados acrescidos nos CSP ou nos cuidados continuados menos os custos evitados ao nível hospitalar. Por sua vez, as estimativas destes custos serão obtidas a partir do produto das unidades físicas relevantes (consultas, dias de internamento, etc.) pelos seus custos unitários.

6.2. Estimação do custo nos cuidados de saúde primários e continuados

6.2.1 Custos unitários de consultas em cuidados de saúde primários

Não conhecemos, até à data de conclusão deste relatório, uma fonte oficial de dados sobre os custos unitários nos CSP. Por exemplo, os Relatórios de Contas do SNS não contêm informação sobre o custo unitário das consultas de CSP desde 2005. Para ultrapassar este vazio, o custo unitário de uma consulta nos CSP foi estimado com base em dados da ARS LVT.

Os custos totais incluem todos os itens considerados pela contabilidade das unidades dos CSP. A estimativa para 2011 é que o custo total unitário de uma consulta média de CSP seja 74,90 €. Os custos unitários variáveis por consulta incluem apenas os medicamentos, MCDTs prescritos e custos com pessoal. A estimativa do custo unitário variável para 2011 é 62,87 €.

Para saber qual o custo de uma consulta nos CSP sem o custo de medicamentos recorreremos ao relatório “Resumo do estudo de avaliação do impacto financeiro das Unidades de Saúde Familiar (USF), 2011”¹⁰. Este relatório apresenta o custo médio de uma consulta subdividida nos seus componentes: medicamentos, MCDTs e custos com pessoal, pelo que permitiu a estimação da proporção do custo que corresponde a cada componente.

Quadro 10. Componentes do custo unitário de consulta média dos CSP.

Componentes do custo	Proporção
Medicamentos	43%
MCDTs	21%
Pessoal	36%

Fonte: ARS LVT e estudo “Resumo do estudo de avaliação do impacto financeiro das USF, 2011”.

Subtraindo ao custo variável, também designado por custo direto, apurado para uma consulta de CSP o custo que corresponde a medicamentos (26,74 €) e/ou MCDTs (13,30 €) obtém-se os custos apresentados no Quadro 11 (linhas 3 e 4).

Quadro 11. Estimativa do custo médio de uma consulta nos CSP, em 2011.

Tipo de Custo	Custo por consulta
Totais (incluí domicílios e todos os custos)	74,90 €
Custos totais sem medicamentos	48,15 €
Custos totais sem medicamentos e sem MCDTs	34,85 €
Diretos (incluí domicílios, mas apenas custos de medicamentos, MCDTs, recursos humanos e prestações de serviços de pessoal)	62,87 €
Custos diretos sem medicamentos	36,12 €
Custos diretos sem medicamentos e sem MCDTs	22,82 €

¹⁰ As USF foram implementadas com o objetivo, entre outros, de aumentar a eficiência nos serviços. O relatório da Missão para os Cuidados de Saúde Primários de 2006 previa que as USF apresentassem “melhores indicadores de acessibilidade, de efetividade e de eficiência, com maior satisfação dos profissionais envolvidos e dos utentes, e custos menores, quer em medicamentos, quer em meios complementares de diagnóstico e terapêuticos”. Desta forma, usar a proporção de custo em medicamentos das UFS acaba por ser uma opção conservadora, pois em princípio estas unidades deverão ser, das unidades de CSP, as que menos consomem deste componente de custo.

6.2.2. Custos unitários de internamento na RNCCI

A Portaria n.º 220/2011, de 1 de Junho veio atualizar os preços para a prestação dos cuidados de saúde e de apoio social nas unidades de internamento e de ambulatório no âmbito RNCCI. Os preços em vigor estão apresentados no Quadro 12.

Quadro 12. Tabela de preços (€) do RNCCI, por utente/dia.

Tipologias de unidade	Encargos com cuidados de saúde	Encargo com Medicamentos e outros*	Encargos com cuidados de apoio social	Encargos com utilização de fraldas	Total
<i>I — Diárias de internamento por utente</i>					
1 — Unidade de convalescença	90,46	15	-	-	105,46
2 — Unidade de cuidados paliativos	90,46	15	-	-	105,46
3 — Unidade de média duração e reabilitação	55,75	12	19,81	-	87,56
4 — Unidade de longa duração e manutenção.	18,61	10	30,34	1,24	60,19
<i>II — Diárias de ambulatório por utente</i>					
1 — Unidade de dia e promoção de autonomia.	9,58	-	-	-	9,58

* Realização de exames auxiliares de diagnóstico, apósitos e material de penso para tratamento de úlceras de pressão

Naturalmente que a informação relevante neste caso deveria ser sobre custos e não sobre preços, mas à falta de melhor informação serão usados os dados da referida Portaria.

6.3. Estimação do custo de consultas externas transferíveis

O custo médio da consulta por hospital e por especialidade foi estimado com base na Base de Dados de Elementos Analíticos (BDEA) da ACSS¹¹, para 2009 (informação mais recente disponível à data de conclusão do presente relatório). Foram seguidos alguns pressupostos na análise:

¹¹ <http://www.acss.min-saude.pt/bdea/>

- I. Alguns dos centros hospitalares que já existiam em 2011 ainda não tinham sido criados em 2009, ou não tinham a atual designação. A correspondência entre estes hospitais e os centros hospitalares atuais adotada no presente estudo está explicitada no Quadro 13.
- II. Quando um hospital não apresenta dados na BDEA da ACSS assume-se que o seu custo médio por consulta e por especialidade iguala o valor global correspondente. Os custos médios de consulta por especialidade e tipologia de hospital estão apresentados no Quadro 14.

Quadro 13. Correspondência entre a designação das entidades hospitalares em 2009 (BDEA) e 2012 (Carta Hospitalar).

Hospitais em 2009	Hospital/ Centro Hospitalar em 2012
H. Anadia	H José Luciano de Castro
H. Aveiro, EPE	CH do Baixo Vouga, EPE (H. Infante D. Pedro)
H. Barcelos, EPE	H Santa Maria Maior, EPE
H. Catanhede	H Arcebispo João Crisóstomo
H. Castelo Branco	ULS Castelo Branco, EPE (H Amato Lusitano)
H. Estarreja	CH do Baixo Vouga, EPE (H. Estarreja)
H. Curry Cabral	CH Lisboa Central, EPE

A listagem de todos os custos médios estimados, dado terem sido estimados para cada uma das 30 especialidades médicas e para cada hospital incluído na análise tornava-se demasiado extensa. Assim apresentamos como referência, no Quadro 14, apenas as estimativas por especialidade e para cada tipo de hospital que foram usadas nos casos em que a BDEA não tinha os dados disponíveis para um hospital em particular.

O custo médio direto, ponderado pelo número de consultas realizadas em 2009, estimado para uma consulta em entidade hospitalar, incluídas todas as especialidades, foi de **69,59€**. O custo médio total para uma consulta em entidade hospitalar, estimado da mesma forma, foi de **113,36€**. Os custos unitários por especialidade e tipo de hospital estão apresentados no Quadro 14.

Quadro 14. Custo unitário de consulta externa por especialidade e tipo de hospital.

Especialidade	Custos Diretos		Custos Totais	
	H. Referência	H. Proximidade/ 1ª Linha	H. Referência	H. Proximidade/ 1ª Linha
Anestesiologia	37,84 €	37,55 €	54,70 €	54,86 €
Cardiologia	32,75 €	52,18 €	121,62 €	95,47 €
Cirurgia Geral	77,19 €	36,35 €	130,94 €	67,30 €
Dermato-Ven.	41,15 €	33,94 €	66,06 €	60,41 €
Endocrinologia	46,31 €	38,52 €	78,44 €	60,18 €
Estomatologia	36,62 €	32,70 €	282,81 €	42,93 €
Gastroenterologia	97,61 €	75,56 €	169,95 €	152,91 €
Ginecologia	44,68 €	38,16 €	82,97 €	69,22 €
Hematologia	57,46 €	124,20 €	98,13 €	166,80 €
Imuno-hemoterapia	24,79 €	11,26 €	44,65 €	17,24 €
Medicina Interna	137,04 €	102,03 €	211,74 €	157,03 €
MFR	70,54 €	49,81 €	160,82 €	172,72 €
Nefrologia	205,80 €	193,48 €	293,84 €	327,69 €
Neurologia	157,25 €	140,97 €	229,37 €	184,53 €
Obstetrícia	44,68 €	38,16 €	82,97 €	69,22 €
Oftalmologia	25,77 €	27,31 €	45,92 €	54,86 €
Ortopedia	27,03 €	29,66 €	57,84 €	51,96 €
Otorrinolaringologia	31,14 €	28,21 €	50,24 €	46,04 €
Pediatria	84,60 €	49,86 €	121,53 €	74,77 €
Pneumologia	77,53 €	73,86 €	138,47 €	119,04 €
Psiquiatria	33,58 €	31,08 €	48,09 €	44,70 €
Urologia	63,50 €	60,97 €	116,40 €	100,80 €
Angiologia e C. Vas.	20,70 €	41,31 €	49,36 €	51,07 €
Cirurgia Maxilo-Facial	41,97 €	15,44 €	69,80 €	48,80 €
Cirurgia Pediátrica	22,81 €	20,38 €	48,12 €	49,69 €
Cirurgia Plástica	25,92 €	29,64 €	59,75 €	38,99 €
Imuno-alergologia	30,96 €	35,82 €	57,65 €	141,33 €
Doenças infecciosas	755,75 €	870,42 €	986,99 €	1.029,67 €
Pedopsiquiatria	69,76 €	24,02 €	87,66 €	30,69 €
Média	79,04 €	57,69 €	131,85 €	90,09 €
	69,59 €		113,36€	

Fonte: Base de Dados de Elementos Analíticos, ACSS para 2009, Contabilidade Analítica CHLC e Curry Cabral.

Com o intuito de tornar estes custos comparáveis com os custos de uma consulta nos CSP é necessário subtrair aos custos diretos médios os custos que correspondem aos produtos farmacêuticos. Na prática os custos com a medicação prescrita nas consultas externas e dispensada nas farmácias de oficina não estão incluídos na contabilidade analítica dos hospitais.

Para isso recorreremos à contabilidade analítica do Centro Hospitalar Lisboa Central de 2010, e do Hospital de Curry Cabral EPE de 2011 fazendo a média ponderada pela distribuição por especialidade das consultas transferíveis da percentagem do custo direto de uma consulta externa correspondente a produtos farmacêuticos: 34,5%. Os resultados encontram-se resumidos no Quadro 15.

Quadro 15. Estimativas do custo de uma consulta hospitalar.

Tipo de Custo	Custo por consulta
Custos totais	113,36 €
Custos totais sem medicamentos	89,32 €
Custos diretos	69,59 €
Custos diretos sem medicamentos	45,55 €

6.4. *Estimação do custo de urgências transferíveis*

O custo médio direto de um episódio de urgência em 2009 para os hospitais incluídos na análise, segundo a BDEA da ACSS¹² é **99,20 €**. Usando a mesma fonte, a estimativa de custo médio total é **150,70 €**, por episódio de urgência.

6.5. *Estimação do custo de casos sociais*

O custo médio diário de internamento para além da alta médica em CH/hospital, que é o custo atribuível a um caso social, foi estimado com base no preço de episódios de evolução prolongada (episódio cujo tempo de internamento é igual ou superior ao limiar máximo do respetivo GDH).

¹² <http://www.acss.min-saude.pt/bdea/>

Segundo a Portaria 132/2009 de 30 de Janeiro, estes devem ser faturados de acordo com o preço do GDH e ainda, por cada dia de internamento a contar do limiar máximo, pelo valor da diária prevista no N.º 1 do artigo 11º, no valor de **85 €**. A diária inclui toda a assistência prestada.

Trata-se de um preço tabelado e não de um custo, mas na ausência de informação direta sobre custos o preço dos GDH é a estimativa possível.

7. IMPACTO ORÇAMENTAL DA TRANSFERENCIA DE CUIDADOS

7.1. Custos das consultas externas transferíveis

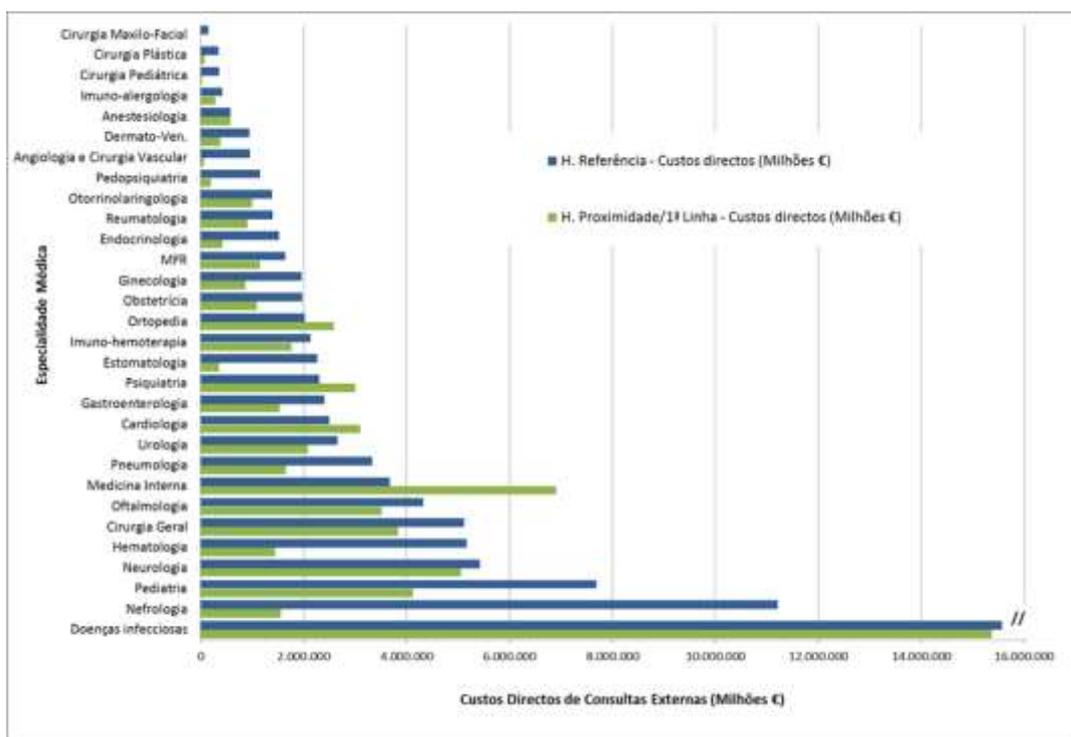
A transferência de consultas para os CSP implica naturalmente uma redução dos custos dessas consultas para os hospitais. A estimativa dos custos diretos das consultas externas transferíveis resulta do produto entre o número de consultas transferíveis, para ambos os grupos de hospitais, pelo custo médio ponderado de uma consulta dessa especialidade médica em cada hospital¹³. Recorde-se que o custo médio ponderado estimado para uma consulta externa foi de 69,59 €.

Do produto do número de consultas transferíveis pelo custo médio ponderado de uma consulta dessa especialidade, obtemos uma estimativa dos custos diretos com consultas externas por especialidade e por tipo de hospital (Figura 18).

Apesar de na análise principal se usarem apenas os custos diretos, estimaram-se igualmente os custos totais com consultas externas em 2011. Os resultados podem ser observados na Figura 19.

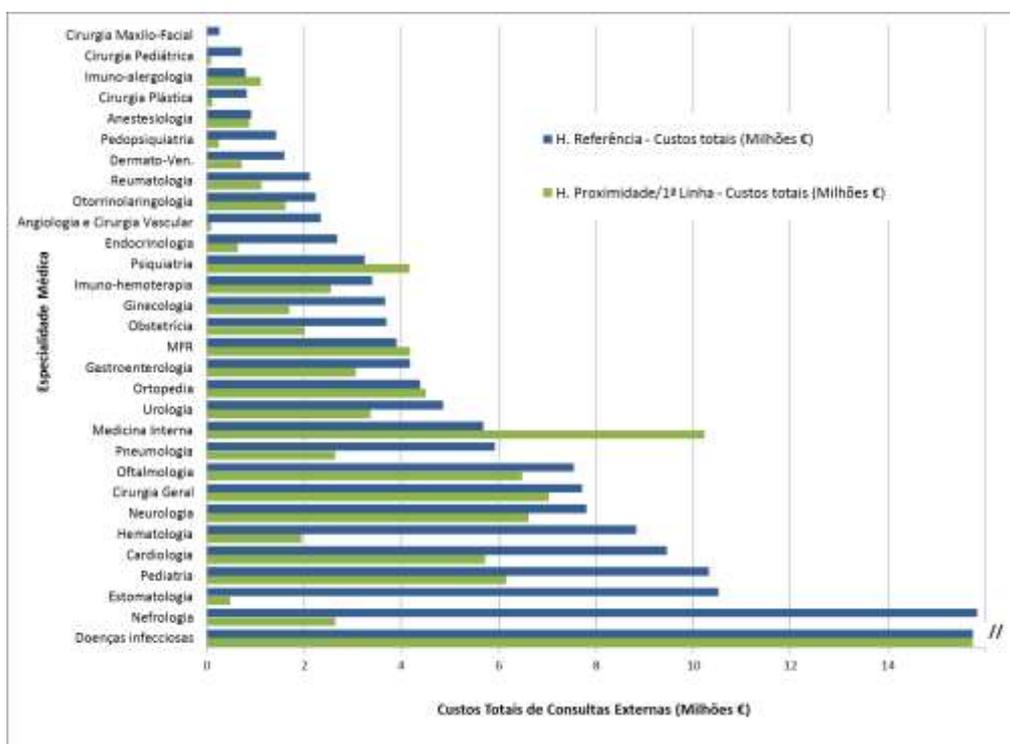
¹³ A capacidade libertada por transferência de consultas externas pode, alternativamente, ser usada para tratar doentes adicionais como se referiu na secção 5.1.2.

Figura 18. Estimativa dos custos directos com consultas externas em 2011.



Nota: O custo da infeccologia está truncado na figura, para não distorcer a escala.

Figura 19. Estimativa dos custos totais com consultas externas em 2011.



Nota: O custo da infeccologia está truncado na figura, para não distorcer a escala.

Quadro 16. Custos com consultas transferíveis.

Unidade = 1. 000 €

Especialidade	Custos diretos		Custos indiretos	
	H. Referência	H. Proximidade/ 1ª Linha	H. Referência	H. Proximidade/ 1ª Linha
Doenças infecciosas	30.593	15.375	39.467	18.163
Nefrologia	11.206	1.559	15.840	2.644
Pediatria	7.686	4.125	10.330	6.156
Neurologia	5.423	5.061	7.805	6.614
Hematologia	5.169	1.452	8.831	1.941
Cirurgia Geral	5.124	3.839	7.714	7.030
Oftalmologia	4.323	3.514	7.539	6.476
Medicina Interna	3.671	6.903	5.682	10.230
Pneumologia	3.333	1.654	5.918	2.644
Urologia	2.654	2.085	4.861	3.364
Cardiologia	2.506	3.094	9.464	5.723
Gastroenterologia	2.406	1.530	4.171	3.064
Psiquiatria	2.306	3.005	3.247	4.156
Estomatologia	2.266	358	10.526	476
Imuno-hemoterapia	2.138	1.762	3.398	2.551
Ortopedia	2.027	2.584	4.382	4.506
Obstetrícia	1.981	1.093	3.695	2.011
Ginecologia	1.968	876	3.660	1.692
MFR	1.651	1.152	3.895	4.180
Endocrinologia	1.519	423	2.674	628
Reumatologia	1.403	908	2.115	1.120
Otorrinolaringologia	1.382	1.004	2.230	1.620
Pedopsiquiatria	1.150	199	1.422	235
Angiologia e C. Vasc.	954	64	2.343	79
Dermato-Ven.	942	381	1.592	707
Anestesiologia	584	583	914	871
Imuno-alergologia	420	285	791	1.103
Cirurgia Pediátrica	355	31	711	77
Cirurgia Plástica	349	76	822	103
Cirurgia Maxilo-Facial	150	0	250	0
Subtotais	107.642	64.977	128.370	100.164
Totais		172.619 €		228.534

Como seria expectável, a inclusão dos custos médicos não diretos na estimação aumenta os custos de consultas transferíveis.

7.2 Impacto orçamental da transferência de consultas

Para estimar a poupança potencial da transferência de consultas externas passíveis de serem realizadas nos CSP, compararam-se o custo direto unitário médio por consulta nos CSP 62,87 € com o mesmo custo estimado para hospitais, de 69,59€. Assim, a diferença entre estes custos unitários quando aplicada à estimativa global de consultas transferíveis, 3.654.005, resulta numa redução de custos num montante de € 24,55 milhões de custos acrescidos pela transferência de cuidados de saúde.

No entanto, se se considerar não apenas os custos variáveis associados a uma consulta externa, mas também os custos fixos o resultado é diferente. O custo médio total ponderado de uma consulta externa, sem medicamentos, é de 45,55€, pelo que a diferença entre o custo com consultas transferíveis nos hospitais e o custo em CSP correspondente (36,12€) é de 9,43 €. O total representa uma poupança de € 34,46 milhões. Os resultados para os vários cenários estão apresentados no Quadro 17. O mesmo exercício para os custos totais resulta numa poupança de € 150 milhões.

Quadro 17. Estimativa da poupança gerada pela transferência de consultas, para os vários cenários.

Tipo de custos usados em cada cenário	Custo unitário		Diferença	Poupança (€ milhões)
	Hospital	CSP		
Custo direto unitário	69,59 €	62,87 €	6,72 €	24,55 €
Custo direto unitário, sem o custo com produtos farmacêuticos	45,55 €	36,12 €	9,43 €	34,46 €
Custo total unitário, sem o custo com produtos farmacêuticos	89,32 €	48,15 €	41,17 €	150,44 €

Nota: esta estimativa foi realizada considerando o número total de consultas transferíveis nas especialidades incluídas na análise em 2011: 3.654.005 consultas.

Estes resultados sugerem que que no caso da consulta externa, a sua transferência para os CSP representa uma pequena poupança de custos a curto prazo e que o benefício de tratar estes doentes nos CPS gerará poupanças substanciais

sobretudo a longo prazo, o que tem subjacente alterações de capacidade instalada, ou seja, desinvestimentos.

As estimativas de impacto orçamental apresentadas estão subavaliadas se tivermos em conta que nem todas as consultas externas hospitalares retiradas induzem consultas adicionais nos cuidados de saúde primários na medida em que a atividade de parte dessas consultas pode ser distribuída pelas consultas que já ocorrem na situação atual (o utilizador médio tem cerca de 5 consultas nos CSP por ano).

7.3. Impacto orçamental da transferência de episódios de urgência

Com o intuito de estimar a poupança potencial da transferência de episódios de urgência que poderiam realizar-se nos CSP, comparou-se o custo direto unitário médio por consulta nos CSP, 62,87 € com o custo direto médio estimado para episódios de urgência, de 99,20 €.

Assim, a diferença entre custos unitários, quando aplicada à estimativa anual de episódios transferíveis, 2.515.116, resulta na estimativa de uma poupança de € 91,37 milhões pela transferência de cuidados de saúde para os CSP. Os resultados para os vários cenários estão apresentados no Quadro 18.

Quadro 18. Estimativa da poupança gerada pela transferência de episódios de urgência, para os dois cenários.

Tipo de custos usados em cada cenário	Custo unitário		Diferença	Poupança (€ milhões)
	CH/ Hospital	CSP		
Custo direto unitário	99,20 €	62,87 €	36,33 €	91,37 M€
Custo total unitário	150,70 €	74,90 €	75,80 €	190,65 M€

Notas: esta estimativa foi realizada considerando 2.515.116 episódios transferíveis, estimados com base nos dados do Relatório e Contas do SNS de 2010, atualizados para 2011.

Se considerarmos uma lógica de longo prazo com alteração de custos fixos, ou seja, de alteração da capacidade instalada, então as poupanças poderiam chegar a €190,65 milhões.

7.4. Impacto orçamental dos casos sociais

Usando o número de dias total de protelamento, devido a casos sociais, estimado, de 144.158 dias, estimou-se o impacto orçamental dos dias de internamento. A cada dia de protelamento aplicou-se o valor da diária definida na Portaria Nº 132/2009, de 85 € por dia. Desta forma, o custo estimado com casos sociais em 2011 foi de 12.253.422 €.

7.5. Impacto orçamental de casos referenciados/integrados para RNCCI, em espera

Usando os dados fornecidos pelo CHS, sobre o número de doentes integrado ou referenciado para a RNCCI entre 2008 e 2011, foi possível calcular a proporção média de doentes que é integrada em cada tipo de unidade da RNCCI e assim distribuir os dias totais de espera por unidade (Quadro 19, coluna 2).

Para estimar os custos que estes dias em espera representam multiplicou-se a estimativa do custo diário de episódios de evolução prolongada, de 85 €, pelo total de número de dias de espera. Os resultados são apresentados no Quadro 19.

Quadro 19. Estimativa dos custos de dias de internamento em espera, por tipologia da unidade de entrada.

Tipologia	Proporção média	Nº. Dias de Espera Total	Custos de espera/ tipologia
UC	37,8%	214.102	18.198.664 €
UCP	8,3%	46.770	3.975.436 €
ULDMD	16,7%	94.579	8.039.216 €
UMDR	24,8%	140.310	11.926.309 €
ECCI	12,5%	70.674	6.007.326 €
Total	-	566.435	48.146.952 €

Legenda: UC- Unidade de Convalescença, UMDR- Unidade de Média Duração e Reabilitação, ULDM- Unidade de Longa Duração e Manutenção, ECCI- Equipa Comunitária de Cuidados Integrados, UCP- Unidade Cuidados Paliativos.

Como se pode constatar, a permanência dos doentes referenciados para a RNCCI no hospital representa um custo de € 48,15 milhões.

O Quadro 20 apresenta a estimativa dos custos que destes dias de protelamento caso os doentes tivessem sido integrado na RNCCI, usando os preços da Portaria n.º 220/2011, de 1 de Junho, e com o pressuposto que cada dia de protelamento é substituído por um dia na RNCCI.

Quadro 20. Custos de dias de internamento em espera, na RNCCI, por tipologia da unidade de entrada.

Tipologia	Nº. Dias de Espera Total*	Custo unitário	Custos por tipologia de Unidade
UC	214.102	105,5 €	22.579.190 €
UCP	46.770	105,5 €	4.932.347 €
ULDMD	94.579	60,2 €	5.692.711 €
UMDR	140.310	87,6 €	12.285.502 €
ECCI	70.674	9,6 €	677.061 €
Total	566.435	-	46.166.811 €

*Estimados com base nos dados do CHS, como no Quadro anterior. Legenda: UC- Unidade de Convalescença, UMDR- Unidade de Média Duração e Reabilitação, ULDM- Unidade de Longa Duração e Manutenção, ECCI- Equipa Comunitária de Cuidados Integrados, UCP- Unidade Cuidados Paliativos, ECSCP - Equipa Comunitária Suporte em Cuidados Paliativos.

O impacto orçamental da transferencia atempada de de doentes referenciados para o RNCCI representa uma poupança de 1.980.141 €.

7.6. Impacto orçamental global

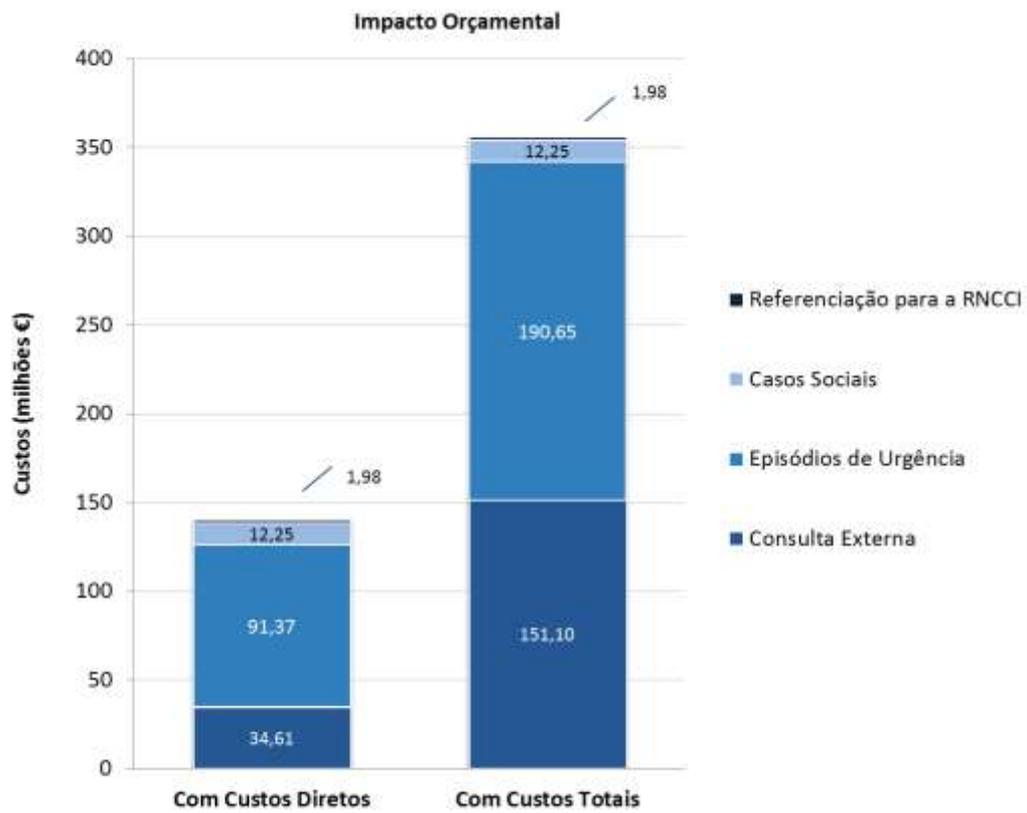
O Quadro 21 e a Figura 20 conjugam os resultados obtidos para as diferentes áreas de cuidados de saúde transferíveis. Considerando, no caso de consultas externas e de episodios de urgência transferíveis, apenas os valores estimados com os custos diretos sem medicamentos, chegamos a uma estimativa global de € 140 milhões de recursos poupados com a transferencia destes cuidados dos hospitais para os cuidados primários e continuados.

Quadro 21. Resultados Globais do Impacto Orçamental da transferência de Cuidados para os CSP.

Cuidados de Saúde	Impacto Orçamental
<i>Impacto com Custos Diretos</i>	
1. Consulta Externa (custos diretos, sem medicamentos)	34.611.691 €
2. Episódios de Urgência (custos diretos)	91.365.442 €
3. Casos Sociais	12.253.422 €
4. Referenciação para a RNCCI	1.980.141 €
5. Soma (sem medicamentos)	140.210.696 €
<i>Impacto com Custos Totais</i>	
6.Consulta Externa (custos totais, sem medicamentos)	151.095.067 €
7.Episódios de Urgência (custos totais)	190.645.351 €
Soma (3+4+6+7)	355.973.981 €

Se adotarmos uma ótica de longo prazo, com ajustamentos de capacidade e logo com alterações nos custos fixos, as poupanças máximas são maiores, cerca de €356 milhões.

Figura 20. Resultados de Impacto Orçamental.



8. TRANSFERÊNCIAS DAS FARMÁCIAS HOSPITALARES

8.1. Descrição da situação

As bases de dados da OCDE (v.g. *OECD Health Data*, 2012) contêm informação sobre as despesas em medicamentos¹⁴ feitas por cada país membro. Infelizmente, os dados reportados pela OCDE limitam-se às despesas em medicamentos no mercado ambulatorio ou seja, ou seja nas farmácias de oficina pelo que não incluem as despesas com medicamentos inseridas nos orçamentos dos hospitais. No entanto, a OCDE não deixa de fazer breve e ligeira referência à área dos medicamentos hospitalares. De acordo com a OCDE (OCDE, 2011), os medicamentos consumidos em hospitais, são aproximadamente 15% da despesa total em medicamentos de um país médio. Este valor é mencionado sem contudo se apresentar quaisquer referências ou fontes justificando a estimativa.

Uma pesquisa da literatura não produziu muita informação comparativa internacional, mas encontrou-se uma referência relevante, um relatório com o título "*PHIS Hospital Pharma Report*" preparado para a Comissão Europeia e outras entidades pelo ÖBIG - o Instituto da Saúde Austríaco e tendo como relatora principal Sabine Vogler. Este relatório procurou fazer um ponto da situação exaustivo no que dizia respeito aos medicamentos hospitalares, tendo dirigido um inquérito às autoridades de todos os países na União Europeia visando caracterizar quantitativamente a situação. Várias questões foram abordadas, como seja o financiamento dos hospitais e em particular o financiamento das despesas em medicamentos dos hospitais, a importância das farmácias hospitalares, etc. Os dados do trabalho referido mais relevantes para o presente relatório podem sintetizar-se no Quadro 22, o qual constitui uma adaptação da Figura 3.4 do "*PHIS Hospital Pharma Report*"

¹⁴ Mais rigorosamente as despesas reportadas pela OCDE dizem respeito aos produtos farmacêuticos pelo que nalguns países podem incluir outros produtos para além dos medicamentos. Faremos o pressuposto que a despesa feita em "não medicamentos" será pequena como proporção da despesa total pelo que nos referiremos a "despesa com medicamentos" nesta secção.

Quadro 22. Despesa farmacêutica hospitalar como % da despesa farmacêutica total

País	Percentagem (%)
Dinamarca [#]	35
Espanha ^{**}	35
Noruega ^{***}	28
Itália ^{**}	28
Suécia ^{**}	15
Irlanda ^{***}	20
Áustria ^{**}	22
Letónia [*]	20
França ^{**}	14
Bélgica ^{***}	15
Eslovénia	25
Eslováquia ^{***}	9
Alemanha ^{**}	8
Média	21,08
Desvio-Padrão	8,9

Nota: Ano dos dados indicado por símbolo: * 2006, **2007, ***2008, [#] 2009.

O Quadro 22 tem dados apenas para um subconjunto dos países europeus. O "*PHIS Hospital Pharma Report*" tem dados relativos a quase todos os países europeus nos seus vários capítulos, mas na secção relevante mostra-se que o número de países que tinha informação sobre as despesas em medicamentos hospitalares era limitado. Sendo esta a informação disponível, relativa a 13 países, iremos proceder tomando a informação no Quadro 22 como um ponto de referência válido.

O que podemos concluir com base no Quadro 22 é que a) o valor médio da proporção das despesas farmacêuticas totais que é feita nos hospitais é de 20,1 % e que b) há uma grande heterogeneidade na distribuição desta percentagem pelos países europeus. É razoável pensar que esta heterogeneidade reflete não só a diversidade nos padrões de prescrição através dos países europeus como também uma grande diversidade institucional nas unidades de saúde onde a dispensa dos medicamentos é feita. O baixo valor da percentagem da despesa farmacêutica feita em hospitais alemães, por exemplo, é certamente um reflexo do seu sistema de saúde e da preponderância que nele têm as unidades em regime de ambulatório com especialidades médicas.

Portugal não contribuiu com dados nesta área para o "PHIS Hospital Pharma Report" mas podemos encontrar alguma informação divulgada quer pelo Infarmed quer pelos relatórios de contas do Serviço Nacional de Saúde. Coligindo dados de fontes diversas, é possível construir o Quadro seguinte.

Quadro 23. Despesa total em produtos farmacêuticos: mercados ambulatório e hospitalar (€ Milhões).

Ano	Ambulatório	% do Total	Hospitalar	% do Total	Total
2000	2336.9	80.3%	574.07	19.7%	2911.0
2001	2551.8	80.1%	632.67	19.9%	3184.5
...
2007	3287.6	79.7%	838.8	20.3%	4126.4
2008	3353.0	79.0%	891.7	21.0%	4244.7
2009	3321.4	77.4%	970.8	22.6%	4292.3
2010	3237.9	76.4%	999.3	23.6%	4237.1
2011	2942.6	74.4%	1012.5	25.6%	3955.1

Fonte: Estatísticas do Medicamento 2003, Infarmed; SNS Contas Globais 2001, IGIF; Análise do Mercado de Medicamentos, em Ambulatório, Março 2012, Infarmed; Consumo de Medicamentos em Meio Hospitalar, Relatório Mensal, Janeiro 2012, Infarmed. Não se encontrou informação permitindo calcular valores para os anos 2002 a 2006.

No contexto descrito, Portugal está muito perto de ser o país médio já que a proporção da despesa em medicamentos hospitalares nas despesas totais em medicamentos para 2008 é 21%, um valor coincidente com a média no Quadro 22.¹⁵ Face à situação em 2008, não haveria razão para pensar que a mudança da dispensa de medicamentos da farmácia hospitalar para as farmácias comunitárias seria uma prioridade das políticas de saúde, ou para ser mais preciso, não mais do que noutros países europeus.

No entanto, como se pode ver no Quadro 23 a situação tem vindo a alterar-se rapidamente, sendo que a estimativa da percentagem das despesas com

¹⁵ Note-se que o valor apurado para 2008 é superior à média de 15% referida pela OCDE, o que justifica que alguns possam pensar que o sistema português de alguma forma é «hospitalocêntrico» no que à despesa em medicamentos diz respeito. Esta avaliação para 2008 parece não ser robusta face aos dados recolhidos pelo *PHIS Hospital Pharma Report*.

medicamentos hospitalares na despesa total em medicamentos subiu da ordem dos 20% nos anos 2000 a 2007 para quase 26% em 2011.

Naturalmente que parte desta alteração é devida à redução das despesas no mercado farmacêutico ambulatorio, as quais por sua vez são devidas às descidas de preços que têm vindo a ocorrer. No entanto, é igualmente verdade que nos anos mais recentes há uma subida das despesas no mercado farmacêutico hospitalar que provavelmente não deverá ser possível explicar apenas com base na evolução dos preços. Assim, é plausível que tenha ocorrido nos últimos anos uma modificação do padrão de utilização de medicamentos nos hospitais. Tal pode suscitar de novo a questão de sabermos se não haverá ganhos em possíveis transferências da dispensa de alguns destes medicamentos para o mercado ambulatorio.

Vale a pena clarificar o âmbito da presente análise: estamos não só a olhar para medicamentos abrangidos por regimes especiais de comparticipação como também para medicamentos atualmente de dispensa exclusiva hospitalar que não estão necessariamente abrangidos por estes regimes, como é o caso do VIH/SIDA. De acordo com os dados no relatório do Infarmed “Consumo de Medicamentos em Meio Hospitalar de Dezembro de 2011, a despesa com medicamentos no ambulatorio hospitalar foi de € 735,4 milhões, o que corresponde a 72,6% da despesa total com medicamentos nos hospitais. Saindo da análise dos números agregados para a prática, sabemos que ocorreu nos anos recentes um crescimento da despesa com a dispensa de medicamentos pela farmácia hospitalar a doentes em ambulatorio num conjunto importante de patologias, incluindo o HIV/SIDA, a artrite reumatóide, a esclerose múltipla, etc... Esta tendência poderá ser uma das maiores contribuições para o aumento da percentagem dos medicamentos hospitalares nas despesas totais com medicamentos nos anos mais recentes.

8.2. Razões para dispensa hospitalar a doentes em ambulatório

Podem-se elencar três razões para a colocação da dispensa destes medicamentos na farmácia hospitalar, razões essas que não correspondem diretamente a requisitos técnicos ou clínicos¹⁶.

A primeira razão prende-se com uma discriminação positiva dos doentes tratados com estes medicamentos. A dispensa por farmácia hospitalar é feita sem encargos para os doentes, pelo que garantiria que estes beneficiariam de uma comparticipação implícita do Estado de 100%, algo que poderia ser mais difícil de inserir no regime geral das comparticipações dos medicamentos dispensados no ambulatório. Este problema surge por exemplo em medicamentos usados nos tratamentos em meio hospitalar mas que podem ser dispensados em farmácias comunitárias com encargos completamente diferentes para os doentes.

A segunda razão prende-se com a racionalização do uso destes medicamentos, regra geral muito dispendiosos. Havendo necessidade de restringir o uso destes medicamentos de acordo com as orientações clínicas aprovadas, por exemplo pelas Normas de Orientação da Direção Geral da Saúde, é provável que os decisores da política do medicamento tenham avaliado que uma dispensa exclusivamente hospitalar daria mais garantias de implementar a racionalização necessária. A dispensa nas farmácias de oficina, por ser mais descentralizada e não ter linhas hierárquicas de comando a estes mesmos decisores daria menos garantia de implementar políticas de contenção de custos por racionalização do uso.

Em princípio este tipo de problemas deveria ser enfrentado na fase da prescrição e não na fase da dispensa destes medicamentos, pelo que este tipo de questões não deveria ser relevante uma vez definidos claramente os critérios governando a prescrição destes medicamentos para que estes estejam de acordo com a evidência sobre a respetiva efetividade e custo-efetividade.

¹⁶ Requisitos como os especificados no artigo 118º do Decreto-Lei Nº 176/2006 de 30 de Agosto. Estes incluem patologias em que o diagnóstico, terapêutica, administração do medicamento ou acompanhamento do doente necessitem de meios especializados ou devam decorrer em unidades de saúde diferenciadas.

A terceira ideia é que a forma de pagamento em vigor até há pouco tempo da dispensa de medicamentos nas farmácias, uma margem sobre o preço do medicamento, era inadequada para o tipo de medicamentos em causa, não havendo alternativas legais de utilização simples.

Hoje parece ser claro que a primeira e a terceira razões são menos válidas, ou seja no atual contexto de transformação rápida das instituições e regras do sistema de saúde não seria complicado criar um enquadramento que protegesse os doentes de encargos excessivos, muitas vezes designados de catastróficos na literatura económica. Na prática já existem vários regimes especiais de comparticipação, abrangendo determinados grupos de doentes ou determinadas patologias, pelo que há certamente instrumentos viáveis para impedir situações com encargos excessivos. Num relatório de 2005, de um grupo de trabalho do Ministério da Saúde¹⁷, esta questão é explicitada claramente:

“(...) tem vindo a ser determinado, em regra através de portaria ou despacho ministerial, a comparticipação de vários medicamentos ou grupos de medicamentos sujeitos a condições de restrição do local de prescrição e/ou da especialidade do médico prescriptor e condicionada a sua dispensa através dos serviços farmacêuticos hospitalares. Normalmente o encargo do medicamento é totalmente suportado pelo Serviço Nacional de Saúde, seja diretamente pelo hospital ou através da correspondente Administração Regional de Saúde, garantindo que, em qualquer circunstância, o doente acede gratuitamente ao medicamento ou grupos de medicamentos abrangidos pela portaria ou despacho.

Estas normas, adotadas geralmente caso a caso, abrangem medicamentos pertencentes a várias categorias ou subcategorias do respetivo regime de dispensa ao público e, portanto, nalguns casos e do ponto de vista técnico-científico trata-se de medicamentos susceptíveis de poderem ser dispensados fora do hospital. Isto é, o recurso a estes mecanismos destina-se, nalguns casos, a permitir o acesso totalmente gratuito a determinados medicamentos cuja aquisição é gerida pela instituição adquirente.” (pág. 11 e 12)

¹⁷ Relatório do Grupo de Trabalho para regulamentar a dispensa por parte das farmácias de oficina de alguns medicamentos actualmente dispensados exclusivamente na farmácia hospitalar, 2005, Ministério da Saúde.

Por outro lado deverá ser perfeitamente viável criar um conjunto de regras de remuneração das farmácias que faça com que uma transferência da dispensa dos hospitais para as farmácias comunitárias seja mutuamente vantajoso para o Estado e para as farmácias. Esta última questão depende de tal transferência ser eficiente. Nesse caso haverá espaço para ambas as partes ganharem. Se pelo contrário as condições técnicas e outras não permitirem ganhos de eficiência, a transferência da dispensa destes medicamentos não será viável.

Resumindo, a questão que se deve por é se haverá ou não ganhos de saúde e de eficiência com a transferência da dispensa de alguns destes medicamentos para as farmácias comunitárias.

8.3. Possibilidades de transferência de dispensa de medicamentos para farmácias comunitárias¹⁸

A identificação dos medicamentos para os quais seria tecnicamente justificável proceder a uma transferência da dispensa de farmácias hospitalares para farmácias comunitárias foi estudada há alguns anos. Em particular, em 2003 foi constituído um grupo de trabalho sobre o tema, o qual produziu em 2005 o relatório já referido anteriormente. Os peritos do grupo de trabalho estudaram as características de segurança dos medicamentos abrangidos pelos regimes especiais então existentes, fizeram uma análise comparativa com as situações noutros países europeus e tomaram em conta questões de acessibilidade dos doentes e a forma como esta é determinada pela proximidade geográfica dos locais de dispensa. Um resultado deste trabalho foi uma proposta de reclassificação de alguns medicamentos que à data eram de dispensa exclusiva hospitalar, e sugerindo que a dispensa de alguns grupos de

¹⁸ Os autores agradecem a informação recebida dos Drs. Paulo Duarte e Suzete Costa sobre este tema.

medicamentos pudesse ser efetuada em farmácias comunitárias. Esta proposta encontra-se resumida esquematicamente na Figura 21.

Figura 21. Classificação e Regime de Dispensa Propostos em 2005

Patologia	Medicamentos	Exclusivo	Uso hospitalar	
			Com necessidade de monitorização especial	Sem necessidade de monitorização especial
Fibrose quística	Antibióticos e antifúngicos administrados por via inalatória e intra-venosa	X		
	Outros medicamentos (1)			X
Ataxias cerebelosas hereditárias	Todos os medicamentos			X
Paraplegias espásticas familiares	Todos os medicamentos			X
Deficiência da hormona do crescimento na criança	Hormona do crescimento		X	
Síndrome de Turner	Hormona do crescimento		X	
Acromegalia	Octreótido e lanreótido			X
Hepatite C	Interferão peguilado e ribavirina		X	
Insuficiência renal crónica e transplantes renais	Medicamentos para administração intravenosa de ferro	X		
	Epoetina e darbopoetina		X	
	Outros medicamentos (3)			X
Esclerose lateral amiotrófica	Riluzol		X	
Esclerose múltipla	Interferão beta e glátiramero		X	
SIDA	Antiretroviricos	X		
Rejeição aguda dos transplante cardíaco e renal	Micofenolato de mofetil		X	
Síndrome de Lennox Gastaut	Felbamato			X
Medicamentos oncológicos	Preparados e/ou administrados em condições especiais	X		
	Outros (4)		X	

Fonte: Relatório do Grupo de Trabalho para regulamentar a dispensa por parte das farmácias de oficina de alguns medicamentos atualmente dispensados exclusivamente na farmácia hospitalar, Ministério da saúde, 2005

No entanto, não foi dada sequência a este trabalho, pelo que o *status quo* então existente se manteve até ao presente sem alterações estruturais.

8.4. Conclusões

Uma avaliação económica das possibilidades de transferência da dispensa de medicamentos para doentes do ambulatório hospitalar para farmácias comunitárias requer uma atualização da avaliação técnica feita em 2004-2005, algo que está fora do âmbito do presente trabalho. No entanto parece haver algum espaço em termos de medicamentos e de patologias para que essa transferência ocorra com vantagens de eficiência e de equidade no acesso que poderiam ser partilhadas pelo Estado, pelas farmácias e sobretudo pelos doentes.

Naturalmente, antes da concretização de medidas de reforma nesta área seria necessário ter estimativas dos impactos financeiros e em particular dos custos da dispensa hospitalar por comparação com os custos da dispensa em farmácias comunitárias, sendo que estes últimos dependeriam do tipo de remuneração a auferir pelas farmácias na dispensa deste tipo de medicamentos.

9. DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

Este estudo foi realizado com o objetivo de estimar o impacto orçamental para o Estado Português da transferência de cuidados de saúde de entidades prestadoras hospitalares para os CSP e para a RNCCI. A metodologia usada em todos os casos foi tentar estimar as poupanças máximas, ou seja as poupanças realizáveis se todos os cuidados transferíveis fossem de facto transferidos ou se todos os casos sociais fossem resolvidos instantaneamente.

Em todo o processo procurámos recolher dados com o máximo detalhe, a partir de fontes oficiais. No entanto, em alguns casos, foi necessário definir pressupostos para ultrapassar limitações nas informações obtidas.

Uma dessas situações foi gerada pelo facto de nem todos os hospitais terem o seu “Relatório Anual sobre o Acesso aos Cuidados de Saúde 2011”, fonte de número de consultas externas por especialidade realizado nos hospitais, disponibilizado ao público. De facto, das 90 entidades hospitalares com obrigatoriedade de produzir este relatório¹⁹ este estudo inclui os dados de 75 entidades, cerca de 83%. As estimativas feitas adotaram uma metodologia indireta para ultrapassar esta falta de dados. No entanto, o facto de os dados obtidos não se referirem à totalidade das entidades hospitalares não deixa de ser uma limitação.

Outro dos pressupostos adotados foi o da comparabilidade do custo unitário de uma consulta externa hospitalar com o custo unitário de uma consulta no centro de saúde. Estamos a assumir que em ambos os casos, quando usamos custos diretos, que o que é contabilizado no custo de uma consulta são os custos diretos gerados por esta, e que os custos fixos imputáveis às consultas não estão incluídos.

¹⁹ Os hospitais que compõem a ULS do Nordeste, EPE e o CH do Baixo Vouga são demasiado recentes para ter este Relatório para o ano de 2011. Não se contabilizaram aqui os Institutos de Oncologia nem unidades pertencentes a IPSS.

No caso do custo nos CSP este inclui três componentes: custos com MCDTs, medicamentos e custos com recursos humanos. Foi assumido que estes custos são comparáveis aos custos diretos reportados pela contabilidade analítica da ACSS para os hospitais que inclui os custos dos produtos farmacêuticos (e não de uma rubrica de medicamentos), MCDTs e recursos humanos imputáveis às consultas. Os poucos dados disponíveis (provenientes da contabilidade analítica detalhada de hospitais específicos) permitem identificar a componente custos com produtos farmacêuticos apenas cedidos no hospital e portanto, contrariamente aos dados dos CSP, não identificam os custos dos medicamentos dispensados fora do Hospital.

Para tornar o custo das consultas comparáveis, retiramos os custos dos medicamentos quer nos CSP quer nos hospitais. O impacto orçamental obtido é assim uma função da diferença de custos unitários das consultas excluindo os custos de todos os medicamentos. Os MCDTs poderiam ser alvo de um tratamento similar, mas dada a ausência de dados, para efeitos deste estudo iremos considerar a diferença negligenciável.

A estimação dos custos associados aos casos sociais implicou igualmente a adoção de hipóteses quanto ao seu custo, perante dificuldades na estimação do custo real de uma diária de internamento após alta médica. Procurou estimar-se este valor através das tarifas especiais dos GDHs. Teria sido melhor usar dados de custos diretos, mas na sua ausência foi necessário recorrer à estratégia descrita. Como referido no texto, a estimativa de custo usada implicou a adoção da hipótese que o custo associado a um caso social é equivalente ao custo de um episódio de evolução prolongada, € 85, o que pode não ser completamente consensual.

A estimativa da poupança da transferência de cuidados prestados em episódios de urgência pouco ou não urgentes para consultas dos CSP implicou igualmente alguns pressupostos. Concretamente, dado que só alguns hospitais disponibilizam os seus dados de assistências na urgência por prioridades (cores na triagem de Manchester), recorreu-se a dados da ACSS para todo o SNS. No entanto, estes dados têm a limitação de se referirem apenas ao mês de Junho de 2012, pelo que o primeiro pressuposto

desta estimativa foi assumir que os restantes meses do ano têm uma afluência ao SU por prioridade semelhante.

Quanto ao número total de episódios de urgência para 2011, partiu-se do número de urgências no Relatório de Contas do SNS de 2010 e usaram-se as taxas de crescimento nos relatórios mensais da ACSS para 2011. Apesar das limitações apresentadas, a estimativa encontrada para o custo associado a episódios de urgência sugere inequivocamente que a transferência destes cuidados de saúde para os CSP proporcionaria uma poupança significativa.

Os resultados encontrados para os custos associados a casos sociais de internamento e os dias de protelamento de alta dos doentes referenciados para a RNCCI sugerem que estes representam um custo acrescido evitável se o sistema de saúde for mais rápidos na resposta.

Este estudo, apresenta algumas limitações geradas pela ausência ou antiguidade de dados necessários, que forçaram a adoção de um conjunto de pressupostos que podem enfraquecer a robustez dos resultados.

Os resultados deste estudo sugerem que a transferência de cuidados de saúde de entidades hospitalares para os CSP ou para a RNCC implicará inevitavelmente alguma adaptação dos sectores, não só no ajustamento da capacidade de resposta ao fluxo de doentes, como numa melhoria da comunicação entre os hospitais e as unidades de CSP ou de cuidados continuados. A transferência de cuidados de saúde para os CSP ou para os cuidados continuados não pode ser apenas uma questão de deslocar doentes de uma área para outra, mas de alterar a abordagem segundo a qual estes são seguidos.

Em resumo, a transferência de cuidados de saúde dos hospitais para os cuidados de saúde primários ou para os cuidados continuados com a atual arquitetura do sistema de saúde em Portugal poderá representar uma poupança anual máxima para o Estado português entre € 148 milhões no curto prazo a € 372 milhões no longo prazo. Neste último caso a transferência implicaria ajustamentos de capacidade nos CSP e na RNCCI e consolidação de capacidade nos hospitais. A análise realizada sugere que os benefícios desta transferência de cuidados deverão ser mais evidentes a longo prazo.

10. BIBLIOGRAFIA

- Administração Central do Sistema de Saúde. Relatório e Contas de 2010. Serviço Nacional de Saúde. 2011.
- Administração Central do Sistema de Saúde. Relatório e Contas de 2005. Serviço Nacional de Saúde. 2006.
- Barros P, de Almeida Simões J. Portugal: Health system review. *Health Systems in Transition*, 2007.
- Barros P, Machado S, de Almeida Simões J. Portugal: Health system review. *Health Systems in Transition*, 2011.
- Boyle A, Beniuk K, Higginson I, Atkinson P. Emergency department crowding: time for interventions and policy evaluations. *Emerg Med Int*. 2012;2012:838610.
- Carret ML, Fassa AC, Domingues MR. Inappropriate use of emergency services: a systematic review of prevalence and associated factors. *Cad Saude Publica*. 2009 Jan;25(1):7-28.
- Derlet RW, Richards JR (2000) Overcrowding in the nation's emergency departments: complex causes and disturbing effects. *Ann Emerg Med* 35: 63–68.
- ERS. Estudo para a Carta Hospitalar. Especialidades de Medicina Interna, Cirurgia Geral, Neurologia, Pediatria, Obstetrícia e Infecçologia. Abril 2012. (disponível em www.ers.pt, acedido em Junho de 2012)
- Flores-Mateo G, Violan-Fors C, Carrillo-Santistevé P, Peiró S, Argimon JM. Effectiveness of organizational interventions to reduce emergency department utilization: a systematic review. *PLoS One*. 2012;7(5):e35903. Epub 2012 May 2.
- Godden, S. McCoy, D. Pollock, AM. Policy on the rebound: trends and causes of delayed discharges in the NHS. *J R Soc Med* 2009; 102: 22–28.
- Grunfeld E, Gray A, Mant D, Yudkin P, Adewuyi-Dalton R, Coyle D, Cole D, Stewart J, Fitzpatrick R, Vessey M. Follow-up of breast cancer in primary care vs specialist care: results of an economic evaluation. *Br J Cancer*. 1999 Mar;79(7-8):1227-33.

- Lega F. Organisational design for health integrated delivery systems: theory and practice. *Health Policy*. 2007 May;81(2-3):258-79.
- Mayo, N. Wood-Dauphinee, S. Gayton, D, Scott, S. Nonmedical Bed-Days for Stroke Patients Admitted to Acute-Care Hospitals in Montreal, Canada. *Stroke*. 1997; 28: 543-549
- Melo M, Ribas MJ, Sanchez JP, Sardinha AM, Sousa JC. Os CSPs e a medicina geral e familiar em Portugal. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. 2001;2:63-74
- Mendoza, D. Giraldo, A. Navarro, A. Sánchez-Quijano, A. Villegas, R. Asencio E. Lissena. Retraso del alta hospitalaria por motivos no médicos. *Rev Clin Esp*. 2012;212(5):229-234.
- Moll van Charante EP, van Steenwijk-Opdam PC, Bindels PJ. Out-of-hours demand for GP care and emergency services: patients' choices and referrals by general practitioners and ambulance services. *BMC Fam Pract*. 2007 Aug 1;8:46.
- OECD (2011), "Pharmaceutical expenditure", in *Health at a Glance 2011: OECD Indicators*, OECD Publishing.
- RNCCI. Relatório de monitorização da implementação das experiências piloto da RNCCI. Julho 2007. (disponível em <http://www.portaldasaude.pt>, acessado em Junho 2012)
- Roberts E, Mays N. Can primary care and community-based models of emergency care substitute for the hospital accident and emergency (A & E) department? *Health Policy*. 1998 Jun;44(3):191-214.
- Roberts E, Mays N. Can primary care and community-based models of emergency care substitute for the hospital accident and emergency (A & E) department? *Health Policy*. 1998 Jun;44(3):191-214.
- Roland M, McDonald R, Sibbald B. *Outpatient Services and Primary Care. A Scoping Review of Research into Strategies for Improving Outpatient Effectiveness and Efficiency*. Manchester: National Primary Care Research and Development Centre, 2005. [acessado a 2 de Julho de 2012] Disponível em:

<http://www.npcrdc.ac.uk/ResearchDetail.cfm?ID=151&txtSearch=outpatient%20services.pdf>

Sakellarides C. De Alma-Ata a Harry Potter: um testemunho pessoal. Revista Portuguesa de Saúde Pública. 2001;2:101-108

Sibbald B, McDonald R, Roland M. Shifting care from hospitals to the community: a review of the evidence on quality and efficiency. J Health Serv Res Policy. 2007 Apr;12(2):110-7.

11. ANEXO

Quadro 24. Lista das entidades prestadoras de cuidados de saúde hospitalares incluídas no estudo (ARSs Norte e Centro).

Entidade	Hospitais	ARS	Tipologia
CHAA	CH Alto Ave, EPE - H S. José (Fafe)	Norte	Proximidade/ Geral
	CH Alto Ave, EPE - H Senhora da Oliveira	Norte	Primeira linha/ Geral
CHEDV	CH Entre Douro e Vouga, EPE - e o H S. Miguel	Norte	Proximidade/ Geral
	CH Entre Douro e Vouga, EPE - H de S. Sebastião	Norte	Primeira Linha/ Geral
	CH Entre Douro e Vouga, EPE - H S. João da Madeira	Norte	Proximidade/ Geral
CHP	CH Porto, EPE - H Geral S. António	Norte	Referência/ Geral
	CH Porto, EPE - H Joaquim Urbano	Norte	Referência/ Especializado
	CH Porto, EPE - Maternidade Júlio Dinis	Norte	Referência/ Especializado
CHSJ	CH S. João, EPE - H de S. João - Porto	Norte	Referência/ Geral
	CH S. João, EPE - H Nossa Senhora da Conceição (Valongo)	Norte	Referência/ Geral
CHTS	CH Tâmega e Sousa, EPE - H Padre Américo Vale de Sousa	Norte	Primeira linha/ Geral
	CH Tâmega e Sousa, EPE - H S. Gonçalo (Amarante)	Norte	Proximidade/ Geral
CHTMAD	CH Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE - H Vila Real	Norte	Referência/ Geral
	CH Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE - H Chaves e Lamego	Norte	Primeira linha/ Geral
	CH Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE - H D. Luiz I (Peso da Régua)	Norte	Proximidade/ Geral
HB	H de S. Marcos, Braga	Norte	Referência/ Geral
HSMM	H Santa Maria Maior, EPE	Norte	Primeira linha/ Geral
ULSAM	ULS do Alto Minho, EPE - H Conde de Bertandos (CH Alto Minho)	Norte	Proximidade/ Geral
	ULS do Alto Minho, EPE - H Santa Luzia (Viana Castelo)	Norte	Primeira linha/ Geral
ULSM	ULS Matosinhos, EPE - H Pedro Hispano (Matosinhos)	Norte	Primeira linha/ Geral
CHLP	CH Leiria-Pombal, EPE - H Distrital de Pombal	Centro	Proximidade/ Geral
	CH Leiria-Pombal, EPE - H Santo André - Leiria - HSAL	Centro	Primeira linha/ Geral
CHUC	CH Universitário de Coimbra, EPE –	Centro	Referência/ Geral
	H Geral da Colónia Portuguesa do Brasil (Covões) - CHC		
	CH Universitário de Coimbra, EPE - H Pediát. de Coimbra - CHC	Centro	Referência/ Especializado
	CH Universitário de Coimbra, EPE - Maternidade Bissaya Barreto - CHC	Centro	Referência/ Especializado
	CH Psiquiátrico de Coimbra	Centro	x
	CH Universitário de Coimbra, EPE - H Universidade de Coimbra - CHUC	Centro	Referência/ Geral
HAJC	CH Universitário de Coimbra, EPE - Maternidade Dr. Daniel Dinis - CHUC	Centro	Referência/ Especializado
HST	H Arcebispo João Crisóstomo – Cantanhede	Centro	x
	H de S. Teotónio, EPE - HST	Centro	Referência/ Geral
CHTV	H Cândido de Figueiredo de Tondela, SPA - HCF	Centro	Proximidade/ Geral
HFF	H Distrital da Figueira da Foz, EPE	Centro	Primeira linha/ Geral
HFZ Ovar	H Dr. Francisco Zagalo (Ovar)	Centro	Proximidade/ Geral
HJLC	H José Luciano de Castro (Anadia)	Centro	x
ULSCB	ULS Castelo Branco, EPE - H Amato Lusitano (Castelo Branco)	Centro	Primeira linha/ Geral
ULSG	ULS Guarda, EPE - H Nossa Senhora da Assunção (Seia)	Centro	Proximidade/ Geral
	ULS Guarda, EPE - H Sousa Martins (Guarda)	Centro	Primeira linha/ Geral

Nota: Os hospitais de tipologia Gerais e de Referência estão assinalados a cinzento.

Quadro 25. Lista das entidades prestadoras de cuidados de saúde hospitalares incluídas no estudo (ARSs Lisboa a Vale do Tejo, Alentejo e Algarve).

Entidade	Hospitais	ARS	Tipologia
CHLC	CH Lisboa Central, EPE - H Curry Cabral - HCC-CHLC	LVT	Referência/ Geral
	CH Lisboa Central, EPE - H D. Estefânia	LVT	Referência/ Especializado
	CH Lisboa Central, EPE - H D. Estefânia - HDE-CHLC	LVT	Referência/ Geral
	CH Lisboa Central, EPE - H S. António dos Capuchos - HSAC-CHLC	LVT	Referência/ Geral
	CH Lisboa Central, EPE - H S. José - HSJ-CHLC	LVT	Referência/ Geral
	CH Lisboa Central, EPE - H Santa Marta - HSMar-CHLC	LVT	Referência/ Geral
	CH Lisboa Central, EPE - Maternidade Alfredo da Costa	LVT	Referência/ Especializado
CHLN	CH Lisboa Norte, EPE - H Polido Valente	LVT	Referência/ Geral
	CH Lisboa Norte, EPE - H Santa Maria	LVT	Referência/ Geral
CHLO	CH Lisboa Ocidental, EPE - Egas Moniz (Lisboa)	LVT	Referência/ Geral
	CH Lisboa Ocidental, EPE - H S. Francisco Xavier (Oeiras)	LVT	Referência/ Geral
	CH Lisboa Ocidental, EPE - H Santa Cruz (Oeiras)	LVT	Referência/ Geral
CHPL	CH Psiquiátrico de Lisboa	LVT	Referência/ Especializado
CHMT	CH Médio Tejo, EPE - H Distrital de Abrantes	LVT	Primeira linha/ Geral
	CH Médio Tejo, EPE - H Distrital de Tomar	LVT	Primeira linha/ Geral
	CH Médio Tejo, EPE - H Distrital de Torres Novas	LVT	Primeira linha/ Geral
CHON	CH Oeste Norte, EPE - H Bernardino Lopes de Oliveiras (Alcobaça)	LVT	Primeira linha/ Geral
	CH Oeste Norte, EPE - H Distrital de Caldas da Rainha	LVT	Primeira linha/ Geral
	CH Oeste Norte, EPE - H S. Pedro Gonçalves Telmo (Peniche)	LVT	Proximidade/ Geral
	CH Oeste Norte, EPE - T H Termal Rainha D. Leonor (Caldas da Rainha)	LVT	Proximidade/ Geral
CHS	CH Setúbal, EPE - H Ortopédico de Sant'Iago do Outão	LVT	Referência/ Especializado
	CH Setúbal, EPE - S. Benardo (Setúbal)	LVT	Primeira linha/ Geral
CHTV	CH Torres Vedras, EPE - H Distrital de Torres Vedras	LVT	Primeira linha/ Geral
	CH Torres Vedras, EPE - H Dr. José Maria Antunes Júnior (Torres Vedras)	LVT	Primeira linha/ Geral
HBA	H Beatriz Ângelo (Loures)	LVT	Primeira linha/ Geral
HVFX	H Reynaldo dos Santos, PPP (Vila Franca de Xira)	LVT	Primeira linha/ Geral
HPPPC	H Dr. José de Almeida, PPP (Cascais)	LVT	Primeira linha/ Geral
HDFE	H Dr. Fernando Fonseca, EPE (Amadora)	LVT	Primeira linha/ Geral
HGO	H Garcia de Horta, EPE	LVT	Referência/ Geral
HS	H Santarém, EPE	LVT	Primeira linha/ Geral
IOGP	Instituto de Oftalmologia Dr. Gama Pinto	LVT	Referência/ Especializado
HESE	H Espírito Santo, EPE (Évora)	Alentejo	Referência/ Geral
ULSNA	ULS Norte Alentejano, EPE - H Dr. José Maria Grande (Portalegre)	Alentejo	Primeira linha/ Geral
	ULS Norte Alentejano, EPE - H Santa Luzia de Elvas	Alentejo	Proximidade/ Geral
CHBA	CH Barlavento Algarvio, EPE - H Barlavento Algarvio (Portimão)	Algarve	Primeira linha/ Geral
	CH Barlavento Algarvio, EPE - H Distrital de Lagos	Algarve	Proximidade/ Geral
HF	H Faro, EPE	Algarve	Referência/ Geral

Nota: Os hospitais de tipologia Gerais e de Referência estão assinalados a cinzento.