



PARECER DA ERS SOBRE O VOLUME DE SERVIÇOS QUE OS HOSPITAIS PÚBLICOS PODEM PRESTAR A TERCEIROS NÃO UTENTES DO SNS

1. Introdução

Pelo Despacho n.º 34/2014, de 27 de maio de 2014, do Ministro da Saúde, rececionado pela Entidade Reguladora da Saúde (ERS) em 30 de maio de 2014, foi solicitada a esta entidade a elaboração de um parecer sobre o volume de serviços que os hospitais públicos podem prestar a terceiros não utentes do Serviço Nacional de Saúde (SNS). Concretamente, o que se pretendia da ERS era “a elaboração de um parecer que clarifique qual o seu entendimento quanto ao volume de serviços que os hospitais públicos podem prestar a terceiros não utentes do SNS, nomeadamente definindo quantidades máximas de serviços prestados (em valor absoluto ou relativamente à produção total), e identificando os indicadores relevantes para aferir se a prestação de serviços põe em causa o acesso pelos utentes do SNS à rede hospitalar pública”.

Esta solicitação surge na sequência do “Parecer sobre o limite de preços que os hospitais públicos podem praticar na sua relação com terceiros” da ERS, de 1 de abril de 2014¹, no qual se realçou que, do lado das oportunidades geradas pela eventual flexibilização dos preços praticados pelos hospitais do SNS como forma de os dotar de capacidade de concorrer em mercados fora do SNS (ou “mercados não SNS”), “a captação por parte dos hospitais do SNS de uma maior quota em mercados nacionais e internacionais complementares ao SNS poderá revelar-se uma importante fonte adicional de rendimento, contribuindo para um maior equilíbrio financeiro destes hospitais”.

Por outro lado, naquele parecer foram também discutidos os riscos da opção estratégica de concorrência em mercados não SNS, com particular incidência no eventual prejuízo do nível de acesso pelos utentes do SNS. Com efeito, como igualmente se realçou, “as condições desejáveis de acesso pelos utentes do SNS à

¹ Disponível em www.ers.pt.

rede hospitalar pública, quer em termos de volume de serviços, quer de tipo de serviços, tempo de atendimento e qualidade, não podem ser prejudicadas pela atuação dos hospitais em mercados complementares, por respeito aos princípios legais que se encontram na base do SNS e, por consequência, que vinculam os estabelecimentos nele integrados”.

Nessa sequência, o presente parecer tem em vista prover uma resposta à referida solicitação, recorrendo a indicadores relevantes para a aferição de quantidades de serviços prestados que podem ser direcionadas para mercados não SNS, sem que o acesso dos utentes seja posto em causa. Para o efeito, propõe-se um método de análise para a identificação de hospitais em melhor situação para operar em mercados não SNS, tendo em conta a disponibilidade de capacidade instalada e a garantia do acesso aos serviços pelos utentes do SNS. Demonstra-se o método com a sua aplicação a um conjunto de especialidades médicas, estabelecendo, assim, um ponto de partida para a sua eventual aplicação às demais especialidades médicas e respetivos serviços hospitalares, ou a um subconjunto desejado, em qualquer momento no tempo.

A realização da análise empreendida fundamenta-se nas incumbências da ERS de “elaborar estudos e emitir recomendações sobre as relações económicas nos vários segmentos da economia da saúde [...]” e de se “elaborar estudos e emitir recomendações sobre a organização e o desempenho dos serviços de saúde do SNS” – cf. als. a) e c) do artigo 15.º do Decreto-Lei n.º 126/2014, de 22 de agosto.

De seguida, são apresentados os pressupostos de análise e o referido método, nas secções 2 e 3, respetivamente. A secção 4 é dedicada à aplicação exemplificativa do método e à apresentação dos resultados obtidos. As conclusões são apresentadas na secção 5.

2. Pressupostos de análise

Definiu-se como ponto de partida que a análise deve assentar na quantificação da relação entre a capacidade instalada utilizada e o acesso dos utentes, para a identificação da posição relativa de cada hospital face aos demais, sendo atribuído um significado a essa posição em termos da possibilidade de operar em mercados não SNS. Tendo em vista este desiderato, os pressupostos de análise são os seguintes:

- a) Para a medição da capacidade instalada utilizada podem ser usados indicadores como a taxa de ocupação de camas de internamento (relação entre o número de dias de internamento de todos os doentes dentro do período considerado e o número de camas multiplicado pelo número de dias do período) ou a taxa de capacidade utilizada de bloco operatório, ou ainda a relação entre o número de consultas realizadas (ou o número de doentes padrão) e o número de médicos equivalente a tempo completo;
- b) O principal indicador de medição do acesso pelos utentes aos serviços da rede hospitalar do SNS deve ser o tempo médio de espera para os serviços;
- c) Um hospital que tenha um tempo médio de espera em determinado serviço e especialidade acima do tempo máximo de resposta garantido (TMRG) definido na lei nunca deverá operar em mercados não SNS, na medida em que o desrespeito do TMRG significa que o hospital não está a cumprir satisfatoriamente a sua obrigação de serviço público (em rigor, nenhum utente pode ser atendido acima do TMRG)².

Confere-se, assim, um papel preponderante aos tempos de espera, que não poderão ultrapassar limites legais. Com efeito, os tempos de espera consubstanciam uma importante dimensão do acesso dos utentes aos cuidados de saúde, que é considerada em diversas definições do conceito de acesso a cuidados de saúde. Por exemplo, o *Institute of Medicine*, organização de referência ao nível da política de saúde, define acesso como a utilização atempada de serviços de saúde para a obtenção do melhor resultado possível para a saúde dos utentes³.

Sem prejuízo da existência de outras definições e variáveis que devem ser tidas em consideração numa análise aprofundada do acesso dos utentes aos cuidados de saúde⁴, a dimensão temporal do acesso, mensurável através dos tempos de espera,

² Decorre desta alínea c) que devem ser considerados para análise apenas serviços para os quais exista TMRG definido na lei atualmente, ou seja, consultas de especialidade, cirurgias programadas e meios complementares de diagnóstico e terapêutica (MCDT) em cardiologia (linhas de produção de serviços hospitalares não urgentes) – prevendo-se a futura inclusão dos demais MCDT neste conjunto de serviços, caso venha a ser adotada a Recomendação n.º 2/2014 da ERS emitida recentemente ao Ministério da Saúde quanto a esta matéria (disponível em www.ers.pt).

³ *Institute of Medicine of the National Academies* (IOM), em www.iom.edu. Esta definição é referida, por exemplo, em Andrulis, D. P. (1998), “Access to Care Is the Centerpiece in the Elimination of Socioeconomic Disparities in Health”, *Annals of Internal Medicine*, 129 (5), 412-416; e Ricketts, T. C. e Goldsmith, L. J. (2005), “Access in health services research: The battle of the frameworks”, *Nursing Outlook*, 53 (6), 274-280.

⁴ Vide, por exemplo, Penchansky, R. and Thomas, J. W. (1981), “The Concept of Access: Definition and Relationship to Consumer Satisfaction”, *Medical Care*, 19 (2), 127-140; Aday, L.

releva especialmente no caso em apreço, dado ser esperada a existência de um *trade-off* entre capacidade utilizada e os tempos de espera: quanto mais insuficiente for a capacidade instalada de um hospital, dada a procura, maior será a lista de espera para o atendimento dos utentes e, conseqüentemente, maiores serão os tempos de espera até à obtenção dos cuidados de saúde de que os utentes necessitam. Desta relação resulta que, se um hospital não tem capacidade instalada suficiente para atender a procura dentro de tempos de resposta aceitáveis, e sobretudo respeitando os limites legais, definitivamente não a terá para o direcionamento da sua oferta a mercados não SNS⁵.

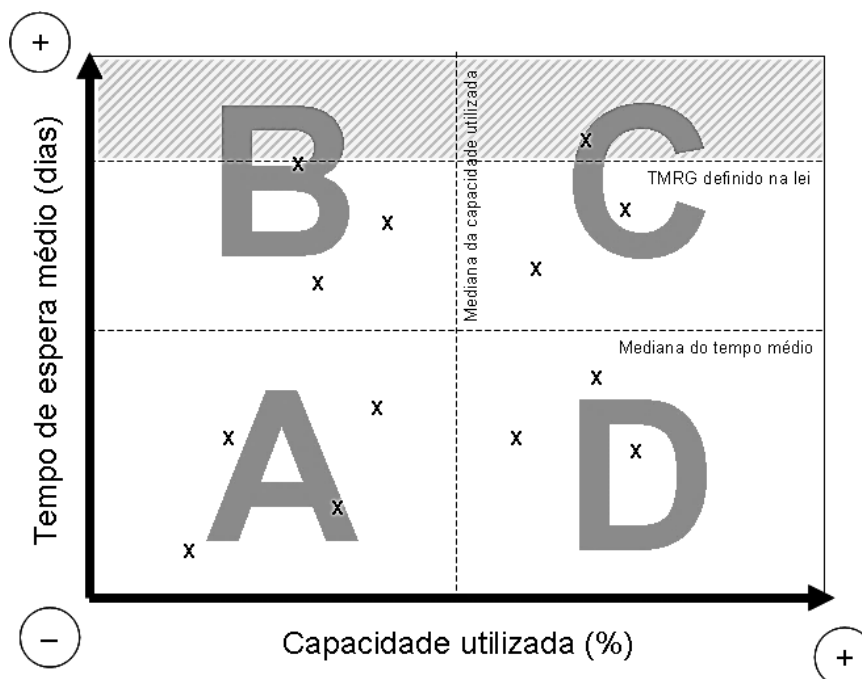
3. Método de análise

O método de análise que se propõe para a identificação dos hospitais que estarão em situação de poder operar em mercados não SNS exprime-se graficamente pelo diagrama bidimensional apresentado na figura 1.

A. and Andersen, R. (1974), "A Framework for the Study of Access to Medical Care", *Health Services Research*, 9 (3), 208-220; e Joseph, A. E. and Phillips, D. R. (1984), *Accessibility and Utilization: Geographical perspectives on health care delivery*, New York, NY: Harper & Row.

⁵ Note-se que esta preocupação com o acesso dos utentes se insere no âmbito das incumbências da ERS ao nível do objetivo de assegurar o direito de acesso universal e equitativo aos serviços públicos de saúde ou publicamente financiados e zelar pelo respeito da liberdade de escolha nos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde (cf. alíneas a) e d) do artigo 12.º do Decreto-Lei n.º 126/2014, de 22 de agosto).

Figura 1 – Diagrama de posicionamento dos hospitais para a opção estratégica da prestação de serviços hospitalares a terceiros não utentes do SNS



Para tal identificação, tem-se em conta a disponibilidade de capacidade instalada de cada hospital, por meio de informação referente à capacidade utilizada, e o acesso aos serviços do hospital pelos utentes do SNS, através da identificação do tempo de espera médio para atendimento, em dias.

Para melhor compreensão do diagrama, fazem-se as seguintes observações:

- Elabora-se um diagrama por especialidade médica e por tipo de cuidado de saúde (por exemplo, para cirurgias de ortopedia ou para consultas de oftalmologia);
- Cada “x” representa um hospital;
- A área no topo do diagrama representa os tempos de espera médios acima do TMRG definido na lei; qualquer hospital nesta área deve ser impedido de participar em mercados não SNS, na medida em que não está a cumprir satisfatoriamente a sua obrigação de serviço público, pondo em causa o acesso pelos utentes do SNS à rede hospitalar pública;
- Os quatro quadrantes com interpretação relevante são delimitados pelos mínimos e máximos naturais de cada indicador e pela mediana de cada

indicador no universo de hospitais, sendo as interpretações de cada quadrante as seguintes:

- Quadrante A: hospitais com capacidade instalada disponível e baixo tempo de espera; serão os hospitais onde a participação em mercados não SNS é mais aconselhada, na medida em que têm capacidade instalada disponível e não têm problemas de acesso;
 - Quadrante B: hospitais com capacidade disponível, mas elevado tempo de espera; são hospitais que revelam um perfil de potencial ineficiência na organização da prestação dos cuidados de saúde em causa, na medida em que os seus utentes têm problemas de acesso mas a capacidade instalada está desaproveitada; a prioridade nestes hospitais é reduzir os tempos de espera no SNS e só depois se poderá verificar se ainda resta capacidade para outros mercados;
 - Quadrante C: hospitais com pouca capacidade instalada disponível e elevado tempo de espera; são hospitais em que o tempo de espera elevado poderá estar a resultar de uma capacidade instalada com elevada taxa de utilização, pelo que se desaconselha a participação em mercados não SNS;
 - Quadrante D: hospitais com pouca capacidade instalada disponível, mas com baixo tempo de espera; são os hospitais que representam a melhor prática no binómio “aproveitamento de capacidade/acesso”; a sua participação em mercados não SNS pode fazer-se na escassa capacidade não utilizada, mas controlando de perto os impactos no tempo de espera, ou então na situação de expansão de capacidade.
- Deve fazer-se uma ressalva sobre os hospitais que se localizam próximos das fronteiras interiores dos quadrantes, na medida em que a sua localização não permite ser-se afirmativo; a interpretação de cada quadrante é mais válida perto das fronteiras exteriores;
 - Acrescenta-se em cada diagrama a linha de tendência que resulta de uma regressão linear entre as duas variáveis em causa (tempo de espera médio e capacidade utilizada); os resíduos de estimação (as distâncias verticais entre as observações e a reta) podem ser interpretados como uma quantificação da boa ou má gestão dos recursos de oferta dos hospitais; além disso, no caso de

a inclinação da reta da regressão ser positiva, estará patente o *trade-off* que se espera existir entre a capacidade utilizada e o tempo de espera médio, indicativo de quanto cada hospital poderá aumentar a utilização da sua capacidade sem ultrapassar a mediana dos tempos médios de espera ou o TMRG⁶.

4. Análise quantitativa

4.1. Âmbito e dados

Por praticidade, e na medida em que se visa prover um método que produza resultados atualizáveis com a recolha regular de dados dos hospitais, seleciona-se para a demonstração da aplicação um conjunto de cinco especialidades médicas em que se considerou ser mais provável a captação de clientes em mercados não SNS: cardiologia, cirurgia plástica e reconstrutiva, oftalmologia, oncologia e ortopedia⁷.

No que se refere à amostra de hospitais, foram considerados todos os hospitais públicos gerais da rede do SNS identificados pela Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS) com dados disponíveis necessários para a análise e relativos aos serviços das cinco especialidades. Os hospitais especializados com dados disponíveis apenas foram incluídos na análise quando foram consideradas as suas especialidades.

Por sua vez, foram excluídos dos cálculos dos valores de referência os hospitais cujos dados de tempos de espera médios e capacidade utilizada consistiram em valores discrepantes, anormalmente altos ou baixos, ou seja, *outliers*. Os *outliers*, que em alguns casos indiciam a existência de erros ou inconsistências nos dados, enviesando a análise, foram definidos por meio de uma regra estatística comumente adotada como sendo os dados superiores ao valor resultante da soma entre 1,5 vezes a amplitude interquartilica e o 75.º percentil (terceiro quartil), bem como os dados inferiores ao valor que resulta da diferença entre o 25.º percentil (primeiro quartil) e 1,5 vezes a amplitude interquartilica.

⁶ Noutras aplicações deste método, caso se tenha dados históricos de um serviço de um mesmo hospital, poder-se-á fazer uma análise de regressão para identificação do *trade-off* específico de cada serviço num hospital.

⁷ Esta seleção tem em conta as informações recolhidas no estudo “Definição da estratégia colectiva para o sector do Turismo de Saúde e Bem-Estar Português” elaborado pela Accenture e a Neoturis para o Health Cluster Portugal (estudo disponível em <http://healthportugal.com>).

A recolha dos seguintes dados dos hospitais do SNS foi considerada necessária, atentos os pressupostos e o método de análise definidos:

1. Número de camas em internamento (lotação praticada);
2. Taxa anual de ocupação em internamento;
3. Taxa de capacidade utilizada de bloco operatório;
4. Número total de consultas médicas;
5. Número de médicos equivalente em tempo completo (ETC) (final do ano);
6. Tempo médio de espera por uma consulta médica (em dias);
7. Tempo médio de espera para cirurgias (em dias);
8. Número de doentes padrão.

Nesse sentido, foram solicitados os referidos dados à ACSS, por ofício enviado em 18 de junho de 2014, relativamente aos respetivos serviços de cardiologia, cirurgia plástica e reconstrutiva, oftalmologia, oncologia e ortopedia, quando existentes, e com referência ao ano de 2013.

Após receção da resposta da ACSS, em 2 de setembro de 2014, verificou-se que não foi possível obter informação sobre a taxa de capacidade utilizada de bloco operatório, o tempo médio de espera por uma consulta médica desagregado por hospital e o número de doentes padrão. Consequentemente, a aplicação do método que se propõe nos exercícios e respetivos resultados que se apresentam de seguida está subordinada à limitação da informação obtida (ou seja, apenas se estudam as cirurgias, e o indicador da capacidade utilizada é a taxa de ocupação em internamento).

4.2. Resultados

Os resultados apresentados nesta subsecção referem-se à aplicação do método *supra* apresentado a cinco tipos de cuidados de saúde: cirurgias de cardiologia, plástica e reconstrutiva, de oftalmologia, de oncologia e de ortopedia, atentos os pressupostos

de análise. Assim, para cada tipo de cuidado é apresentado um diagrama semelhante ao da figura 1.

A referência de TMRG indicada nos diagramas, de 60 dias, refere-se ao fixado para cirurgias programadas de nível 1, que é o tempo de espera mais longo entre os diferentes níveis, ou de nível 2, no caso das cirurgias de oncologia⁸.

Importa notar que não existe uma comparabilidade perfeita entre a referência do TMRG e os tempos de espera médios dos hospitais, na medida em que um se refere ao máximo permitido por lei e os outros a médias de 2013, e porque há TMRG para quatro níveis de prioridade. Sendo assim, no caso de um tempo de espera médio ser superior ao TMRG de 60 dias, isto não significará que todas as cirurgias em 2013 foram realizadas depois do TMRG. Por esta razão, também foi incluída na análise a mediana dos tempos de espera dos hospitais, que, como visto, deve representar a linha divisória entre os quadrantes A e D e os quadrantes B e C nos diagramas.

Por último, é de salientar uma limitação evidente nos exercícios ilustrativos impeditiva de uma interpretação completamente assertiva dos seus resultados, que deriva do facto de não se considerar as cirurgias dos diferentes níveis de prioridade dos TMRG separadamente. É importante salvaguardar, assim, que, devido às diferenças de TMRG por nível de prioridade, convirá efetuar-se a análise com dados mais desagregados para cada um dos níveis de prioridade. Apenas com esta distinção de prioridades é possível interpretar os resultados da aplicação do método com maior segurança e assertividade, para melhor servir de suporte a decisões de entrada dos hospitais em mercados não SNS, sem que o acesso dos utentes do SNS seja posto em causa.

4.2.1. Cirurgias de cardiologia

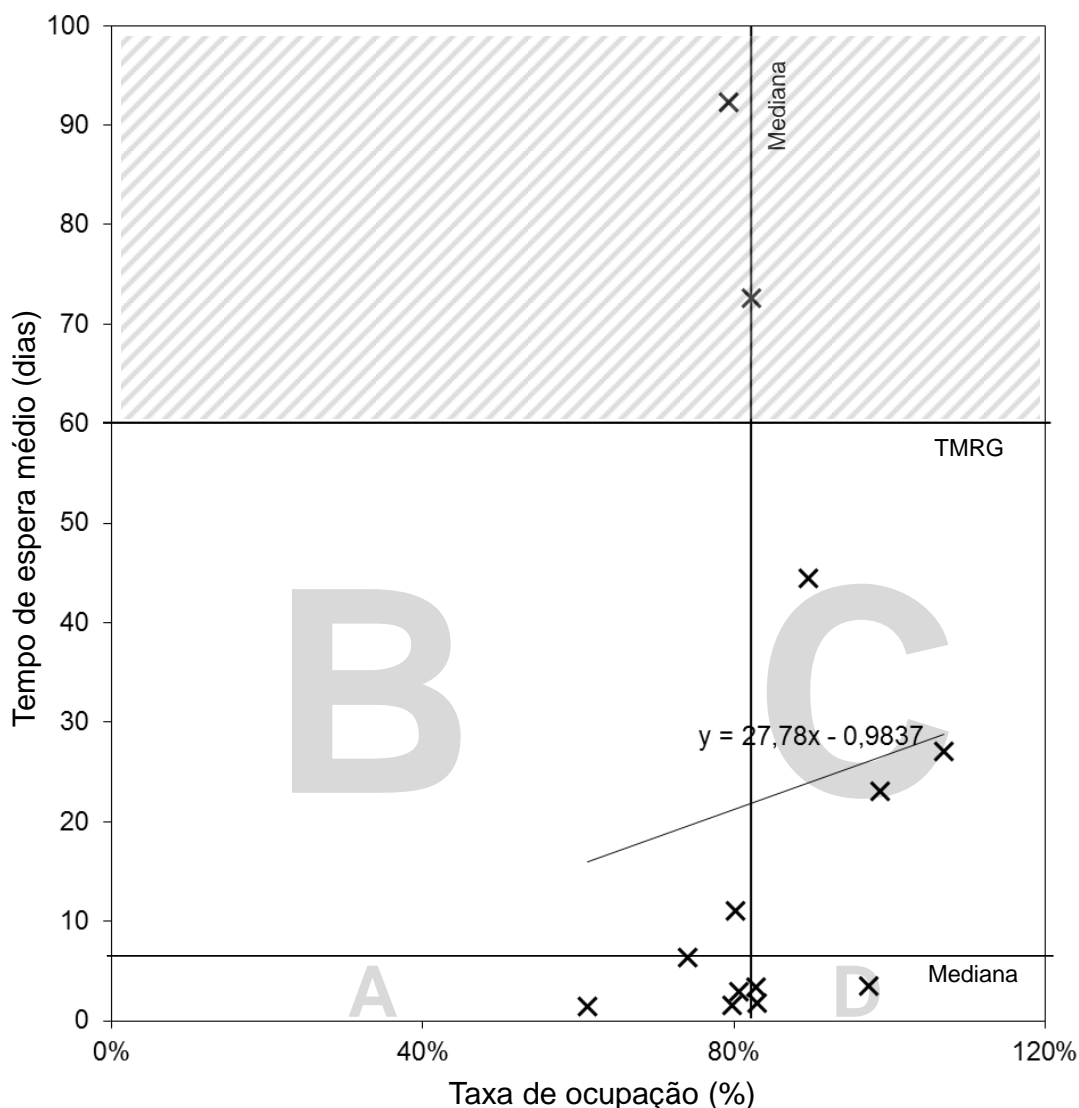
Para a análise referente às cirurgias de cardiologia, foram consideradas as cirurgias de cardiologia geral e cardiotorácicas conjuntamente, excetuando as cirurgias a neoplasias malignas. Foram identificados 14 hospitais com dados da ACSS de taxas de ocupação e de tempos médio de espera, mas o Centro Hospital de São João, EPE,

⁸ Os TMRG para cirurgias com prioridade 2, 3 e 4 são 45 dias, 15 dias e 72 horas, respetivamente, e para cirurgias programadas para doença oncológica com prioridade 1, 3 e 4 são 270 dias, 15 dias e 72 horas, respetivamente, cf. Portaria n.º 1529/2008, de 26 de dezembro (a prioridade de nível 1 associada a um TMRG de 270 dias é aplicável no caso das cirurgias para correção morfológica em resultado de cirurgia oncológica anterior).

foi excluído da análise por ter sido identificado como *outlier* ao nível da taxa de ocupação (de 121,6%)⁹.

Os resultados do método aplicado são apresentados no diagrama bidimensional com os quatro quadrantes A, B, C e D, tal como explicado na secção 3 (*vide* figura 2).

Figura 2 – Diagrama de posicionamento dos hospitais para a opção estratégica da prestação de cirurgias de cardiologia a terceiros não utentes do SNS (N=13)



Apesar de não ser visualmente evidente, com base nos posicionamentos dos hospitais, um *trade-off* entre a taxa de ocupação e o tempo médio de espera dos diferentes hospitais, a inclinação da reta de regressão é positiva e o coeficiente de

⁹ Considerando as linhas divisórias dos quadrantes apresentados na figura 2, o Centro Hospital de São João, EPE, ficaria no quadrante C, uma vez que apresentou um tempo médio de espera de 51,7 dias, superior à mediana.

27,78 aponta para uma previsão estimada de que, para cada 10 pontos percentuais de ocupação adicional no internamento de um serviço de cardiologia, o tempo de espera médio aumentará cerca de três dias. Assim, tendo em conta a reta de regressão e os dados apresentados na tabela 1 referentes à Unidade Local de Saúde de Castelo Branco, EPE, por exemplo, é possível estimar-se que a taxa de ocupação do respetivo serviço de cardiologia poderia aumentar ainda cerca de 18 pontos percentuais, sem que a média do tempo de espera dos operados ultrapassasse a mediana do tempo médio de espera, de seis dias.

A tabela 1 apresenta a lista dos hospitais e o seu posicionamento nos quadrantes A, B, C e D, bem como as medianas dos tempos médios de espera e da taxa de ocupação dos hospitais.

Tabela 1 – Distribuição dos hospitais pelos quadrantes (cardiologia)

Hospitais	Taxa de ocupação (%)	Média do tempo de espera dos operados (dias)	Quadrante
Centro Hospitalar Barreiro/Montijo, EPE	79,7%	2	A
Hospital Espírito Santo de Évora, EPE	80,7%	3	A
Unidade Local de Saúde de Castelo Branco, EPE	61,2%	1	A
Centro Hospitalar do Baixo Vouga, EPE	74,0%	6	B
Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE	82,2%	73	B*
Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE	79,4%	92	B*
Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE	80,2%	11	B
Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE	107,0%	27	C
Centro Hospitalar de Setúbal, EPE	98,8%	23	C
Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho, EPE	89,6%	45	C
Centro Hospitalar do Alto Ave, EPE	82,9%	2	D
Centro Hospitalar Tâmega e Sousa, EPE	97,3%	4	D
Unidade Local de Saúde da Guarda, EPE	82,8%	3	D
Medianas	82,2%	6	

* Hospitais com média do tempo de espera superior aos 60 dias do TMRG considerado.

Com base nos resultados apresentados na tabela 1, conclui-se haver três hospitais localizados no quadrante A, melhor posicionados para o recurso à prestação de cirurgias de cardiologia em mercados não SNS. A estes três hospitais poder-se-á acrescentar o Centro Hospitalar do Baixo Vouga, EPE, do quadrante B, com tempo de espera médio limítrofe entre o quadrante B e o quadrante A (de seis dias).

Também no quadrante B está o Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE, embora com um tempo de espera acima da mediana, tendo um posicionamento mais claro num quadrante onde se aconselha que a redução dos tempos de espera seja prioritária, antes de se conjeturar a participação em mercados não SNS. O Centro

Hospitalar de Lisboa Central, EPE, e o Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE, apresentam tempos médios de espera superiores ao TMRG de 60 dias, pelo que nos termos da metodologia apresentada na secção 3, devem ser impedidos de participar em mercados não SNS ao nível do serviço em apreço.

Para os três hospitais do quadrante C, sem prejuízo de se dever reconhecer que apenas um hospital apresenta uma taxa de ocupação superior a 100% e os tempos de espera registados nos três hospitais são inferiores aos TMRG, a participação nos mercados não SNS é desaconselhada, porque as taxas de ocupação e os tempos médios de espera médios são elevados em comparação com os demais hospitais.

Finalmente, os três hospitais do quadrante D apresentam um binómio taxa de ocupação/tempo de resposta que permite considerar a sua participação em mercados não SNS, mas controlando os impactos no tempo de espera.

Importa notar, no entanto, que, com a exceção do Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE, e do Centro Hospitalar de Setúbal, EPE, posicionados no quadrante C, o posicionamento dos hospitais está próximo das linhas divisórias dos quadrantes, o que diminui a assertividade da interpretação dos resultados.

4.2.2. Cirurgias plásticas e reconstrutivas

No que se refere às cirurgias plásticas e reconstrutivas (sem as cirurgias a neoplasias malignas), foram identificados 15 hospitais com dados que permitiriam a aplicação do método de análise. No entanto, o Centro Hospitalar do Porto, EPE, e o Centro Hospitalar Tâmega e Sousa, EPE, foram excluídos da análise, por apresentarem taxas de ocupação muito elevadas, identificadas como *outliers* (de 338,1% e 235,2%, respetivamente)¹⁰.

Importa, desde logo, referir que a mediana do tempo de espera médio dos hospitais é superior ao TMRG de 60 dias utilizado como referência nos exercícios. Esta constatação deve ser compaginada com as ressalvas feitas anteriormente, no início da subsecção 4.2, sobre a consideração de um único TMRG para análise de um universo que inclui cirurgias com diferentes níveis de prioridade. Não obstante, estes dados implicam que uma aplicação estrita da metodologia definida na secção 3 resultaria no

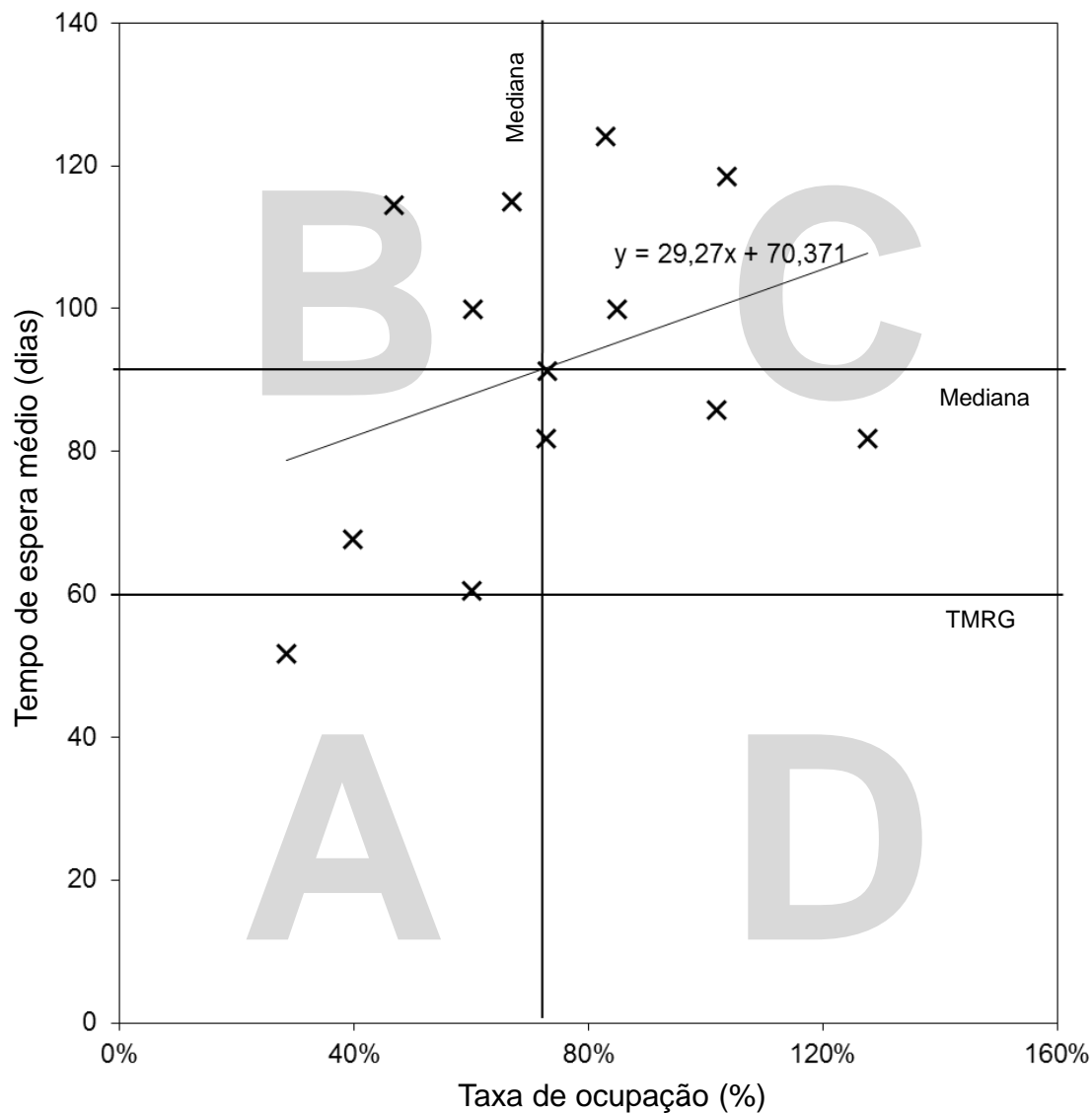
¹⁰ Refira-se que, atentas as linhas divisórias dos quadrantes na figura 3, estes dois hospitais ficariam situados no quadrante C, na medida em que apresentaram tempos médios de espera de 144 e 64 dias, respetivamente.

afastamento de 12 dos 13 hospitais estudados de qualquer possibilidade de participação em mercados não SNS, por deverem priorizar a redução dos tempos de resposta a utentes do SNS. No entanto, atentas aquelas ressalvas, e os objetivos demonstrativos dos exercícios do presente parecer, opta-se aqui por fazer um ajustamento à metodologia, que consiste na consideração do TMRG de 60 dias como linha divisória horizontal dos quadrantes, e não como limite superior admissível na análise. Esta modificação significa a flexibilização da restrição imposta pelo TMRG, mas não altera o sentido da análise.¹¹

A figura 3 apresenta os resultados do método aplicado com esta adaptação.

¹¹ Tal modificação far-se-á, pelos mesmos motivos, também no caso das cirurgias de oftalmologia e ortopedia.

Figura 3 – Diagrama de posicionamento dos hospitais para a opção estratégica da prestação de cirurgias plásticas e reconstrutivas a terceiros não utentes do SNS (N=13)



O *trade-off* entre a taxa de ocupação e o tempo médio de espera dos diferentes hospitais é expresso pelo coeficiente de 29,27 da reta de regressão com inclinação positiva, pelo que, com base na amostra considerada, é possível estimar que, por cada 10 pontos percentuais adicionais na taxa ocupação no internamento de um serviço de cirurgia plástica e reconstrutiva, o tempo de espera médio aumentará cerca de três dias, de forma semelhante ao que se encontrou na análise referente às cirurgias de cardiologia.

A tabela 2 identifica os 13 hospitais e o seu posicionamento nos quadrantes A, B, C e D, assim como as medianas dos tempos médios de espera e da taxa de ocupação dos hospitais.

Tabela 2 – Distribuição dos hospitais pelos quadrantes (cirurgia plástica e reconstrutiva)

Hospitais	Taxa de ocupação (%)	Média do tempo de espera dos operados (dias)	Quadrante
Centro Hospitalar Cova da Beira, EPE	28,5%	52	A
Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE	60,3%	100	B*
Centro Hospitalar de Setúbal, EPE	46,8%	114	B*
Centro Hospitalar do Algarve, EPE	60,2%	61	B*
Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE	72,7%	82	B*
Centro Hospitalar Médio Tejo, EPE	66,9%	115	B*
Hospital Espírito Santo de Évora, EPE	39,8%	68	B*
Centro Hospitalar Barreiro/Montijo, EPE	103,7%	119	C*
Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE	101,9%	86	C*
Centro Hospitalar de São João, EPE	84,9%	100	C*
Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE	73,0%	91	C*
Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho, EPE	127,7%	82	C*
Hospital Garcia de Orta, EPE	82,9%	124	C*
Medianas	72,7%	91	

* Hospitais com média do tempo de espera superior aos 60 dias do TMRG considerado.

A tabela 2 indica que apenas o Centro Hospitalar Cova da Beira, EPE, apresenta um posicionamento indicativo de que poderia eventualmente recorrer à prestação de cirurgias plásticas e reconstrutivas em mercados não SNS, na medida em que apresenta uma taxa de ocupação baixa e uma média de tempo de espera relativamente baixa. É o único hospital a situar-se no quadrante A e também o único com tempo médio de espera inferior ao TMRG de 60 dias.

Os seis hospitais do quadrante B deverão priorizar a redução dos tempos de espera, para poderem atuar em mercados não SNS. Embora possuam capacidade instalada para maior produção, os tempos médios de espera dos utentes ali atendidos são superiores à referência de TMRG de 60 dias.

Finalmente, não havendo qualquer hospital com posicionamento no quadrante D, aos seis hospitais situados no quadrante C a participação nos mercados não SNS é desaconselhada, sobretudo porque apresentam tempos de espera médios elevados.

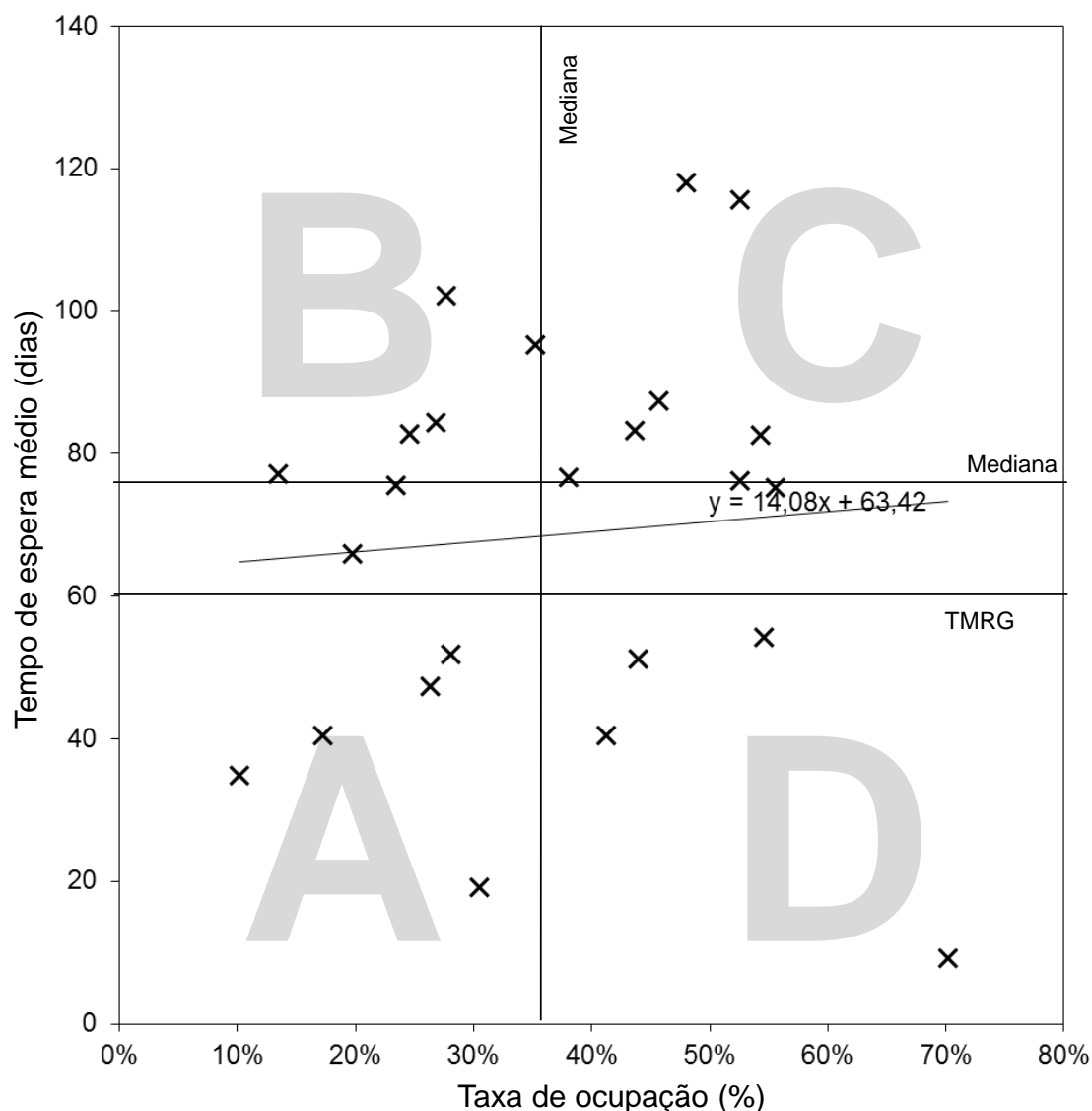
4.2.3. Cirurgias de oftalmologia

Na análise do posicionamento dos hospitais relativo à prestação de cirurgias de oftalmologia (excetuando as cirurgias a neoplasias malignas), foram identificados 26 hospitais com dados completos, mas foram desconsiderados os dados referentes ao Hospital Distrital de Santarém, EPE, e do Centro Hospitalar do Porto, EPE, que se revelaram *outliers* na média dos tempos de espera e na taxa de ocupação, respetivamente (o Hospital Distrital de Santarém, EPE, apresentou um tempo de espera médio de 228 dias e a taxa de ocupação do Centro Hospitalar do Porto, EPE, foi de 106,6%)¹².

Os resultados do método aplicado são apresentados na figura 4, mas com o TMRG de 60 dias constituindo a linha divisória entre os quadrantes A e D e os quadrantes B e C, já que a mediana do tempo de espera médio dos hospitais é, assim como no caso das cirurgias plásticas e reconstrutivas, superior ao TMRG.

¹² Tendo em consideração as linhas divisórias do diagrama apresentado na figura 4, a taxa de ocupação do Hospital Distrital de Santarém, EPE, de 26,8%, e o tempo médio de espera do Centro Hospitalar do Porto, EPE, de 77 dias, os dois hospitais teriam posicionamentos nos quadrantes B e C, respetivamente.

Figura 4 – Diagrama de posicionamento dos hospitais para a opção estratégica da prestação de cirurgias de oftalmologia a terceiros não utentes do SNS (N=24)



A reta de regressão demonstra que os dados dos hospitais refletem um *trade-off* entre utilização de capacidade instalada e tempos de espera menos acentuado do que nos casos dos serviços anteriores. O coeficiente de 14,08 indica que, com base nestes dados, para cada aumento de 10 pontos percentuais na taxa de ocupação, o aumento estimado do tempo médio de espera é de pouco mais de um dia.

Os hospitais considerados na análise e o seu posicionamento nos quatro quadrantes são apresentados na tabela 3, assim como as medianas dos tempos de espera médios e da taxa de ocupação.

Tabela 3 – Distribuição dos hospitais pelos quadrantes (oftalmologia)

Hospitais	Taxa de ocupação (%)	Média do tempo de espera dos operados (dias)	Quadrante
Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE	30,5%	19	A
Centro Hospitalar Tâmega e Sousa, EPE	17,2%	40	A
Centro Hospitalar Tondela-Viseu, EPE	26,3%	47	A
Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho, EPE	28,1%	52	A
Hospital Distrital da Figueira da Foz, EPE	10,1%	35	A
Centro Hospitalar Barreiro/Montijo, EPE	19,7%	66	B*
Centro Hospitalar Cova da Beira, EPE	24,6%	83	B*
Centro Hospitalar do Algarve, EPE	27,7%	102	B*
Centro Hospitalar Médio Tejo, EPE	13,4%	77	B*
Centro Hospitalar Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE	23,4%	75	B*
Unidade Local de Saúde da Guarda, EPE	35,2%	95	B*
Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, EPE	26,8%	84	B*
Centro Hospitalar de Setúbal, EPE	55,5%	75	C*
Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE	43,7%	83	C*
Centro Hospitalar Entre Douro e Vouga, EPE	48,0%	118	C*
Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE	52,6%	116	C*
Hospital Espírito Santo de Évora, EPE	38,1%	77	C*
Unidade Local de Saúde de Castelo Branco, EPE	52,6%	76	C*
Unidade Local de Saúde de Matosinhos, EPE	54,3%	83	C*
Unidade Local de Saúde do Nordeste, EPE	45,7%	87	C*
Centro Hospitalar de Leiria, EPE	44,0%	51	D
Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE	54,6%	54	D
Centro Hospitalar de São João, EPE	70,2%	9	D
Hospital Garcia de Orta, EPE	41,2%	40	D
Medianas	36,7%	76	

* Hospitais com média do tempo de espera superior aos 60 dias do TMRG considerado.

Como se pode notar, a mediana da taxa de ocupação é bastante baixa, em comparação com o que se observa em outras especialidades. Assim, na medida em que as taxas de ocupação dos hospitais do quadrante D, embora superiores à mediana, são indicativas de que há capacidade não utilizada considerável que pode ser aproveitada, poder-se-ia, em princípio, aconselhar a atuação em mercados não SNS aos nove hospitais dos quadrantes A e D, uma vez que apresentam tempos médios de espera inferiores ao TMRG de 60 dias e inferiores à mediana.

Por sua vez, os 15 hospitais dos quadrantes B e C, por apresentarem tempos médios de espera superiores aos TMRG, deverão priorizar a redução dos tempos de espera, antes de conjeturar a captação de clientes em mercados não SNS.

4.2.4. Cirurgias de oncologia

Para a análise das cirurgias de oncologia, enquanto os dados obtidos da taxa de utilização associam-se aos serviços de oncologia dos hospitais, os dados dos tempos médios de espera para cirurgias de oncologia, i.e., a neoplasia maligna, encontram-se associados a todos os outros serviços, exceto o serviço específico de oncologia. Assim, devido a esta característica dos dados obtidos, foram considerados os tempos de espera referentes às cirurgias a neoplasia maligna em serviços de cirurgia geral, que concentraram a maior proporção de cirurgias a neoplasias maligna entre todos os serviços em 2013 (cerca de 37% de todos os operados)¹³.

O TMRG considerado nesta análise também é de 60 dias, mas, no caso das cirurgias programadas para doença oncológica, este tempo máximo refere-se ao nível de prioridade 2, porque a prioridade de nível 1 está associada a um TMRG de 270 dias, aplicável no caso das cirurgias para correção morfológica em resultado de cirurgia oncológica anterior¹⁴.

Foram identificados 15 hospitais com dados disponíveis para a aplicação do método, mas três foram excluídos devido à sua identificação como *outliers*: o Centro Hospitalar de Setúbal, EPE, com taxa de ocupação de 127,4%, o Hospital Fernando da Fonseca, EPE, com taxa de ocupação de 0%, e a Unidade Local de Saúde da Guarda, EPE, com taxa de ocupação de 23,3%¹⁵.

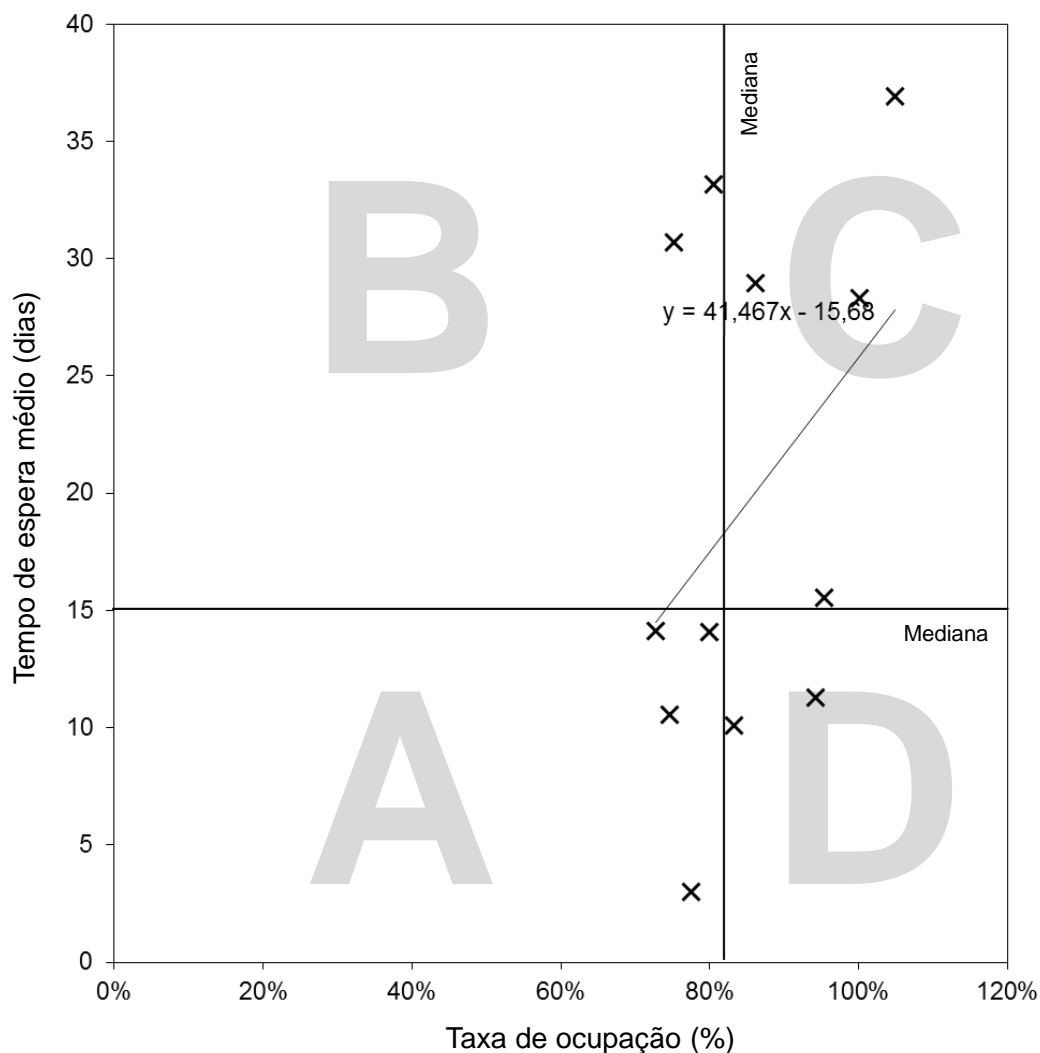
Os resultados com base nos dados dos restantes 12 hospitais são apresentados na figura 5, devendo notar-se que a referência do TMRG de 60 dias não é ilustrada, porque todos os hospitais apresentam tempos médios de espera inferiores a esta referência.

¹³ Este critério justifica-se porque a consideração conjunta dos operados em diferentes serviços implicaria fazer-se a média das médias dos tempos de espera, o que não equivaleria ao indicador desejado, ou seja, à média de todos os tempos de espera. Reconhece-se, contudo, que o ideal será, neste caso, proceder a uma análise abrangente das cirurgias de oncologia, com base em dados desagregados por operado, para se poder calcular a média de todos os tempos de espera (o que não se faz devido à insuficiência de dados).

¹⁴ Recorde-se que os níveis de prioridade 3 e 4 têm como tempos máximos 15 dias e 72 horas, respetivamente, cf. Portaria n.º 1529/2008, de 26 de dezembro. Salienta-se que em aplicações com dados mais desagregados do que os obtidos, importa que a análise seja feita para cada um dos níveis de prioridade separadamente, com vista à obtenção de resultados que permitam maior segurança e assertividade na sua interpretação.

¹⁵ Note-se que os tempos médios de espera registados para as cirurgias a neoplasia maligna (cirurgia geral) nestes três hospitais foram 20, 16 e 19 dias, respetivamente, pelo que, tendo em conta as linhas divisórias ilustradas na figura 5, o Centro Hospitalar de Setúbal, EPE, ficaria situado no quadrante C, e o Hospital Fernando da Fonseca, EPE e a Unidade Local de Saúde da Guarda, EPE ficariam no quadrante B.

Figura 5 – Diagrama de posicionamento dos hospitais para a opção estratégica da prestação de cirurgias de oncologia a terceiros não utentes do SNS (N=12)



A inclinação da reta de regressão identificada no diagrama aponta para a existência de um *trade-off* entre a taxa de ocupação e os tempos médios de espera, estimando-se que, por cada 10 pontos percentuais de capacidade utilizada adicionalmente, o tempo médio de espera deve aumentar em cerca de quatro dias.

A tabela 4 apresenta os 12 hospitais considerados na análise, o seu posicionamento nos quatro quadrantes, a mediana dos tempos médios de espera e a mediana da taxa de ocupação.

Tabela 4 – Distribuição dos hospitais pelos quadrantes (oncologia)

Hospitais	Taxa de ocupação (%)	Média do tempo de espera dos operados (dias)	Quadrante
Centro Hospitalar Cova da Beira, EPE	74,6%	11	A
Centro Hospitalar do Algarve, EPE	77,5%	3	A
Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE	72,7%	14	A
Hospital Garcia de Orta, EPE	79,9%	14	A
Centro Hospitalar Barreiro/Montijo, EPE	80,5%	33	B
Instituto Português Oncologia de Coimbra, EPE	75,2%	31	B
Hospital Distrital da Figueira da Foz, EPE	100,1%	28	C
Instituto Português Oncologia de Lisboa, EPE	104,8%	37	C
Instituto Português Oncologia do Porto, EPE	86,1%	29	C
Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, EPE	95,4%	16	C
Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE	94,2%	11	D
Centro Hospitalar Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE	83,3%	10	D
Medianas	81,9%	15	

Na medida em que os seis hospitais do quadrante A e D apresentam taxas de ocupação inferiores a 100% e que os tempos médios de espera desses hospitais são relativamente baixos, estes serão, em princípio, os hospitais a que se poderá aconselhar a atuação em mercados não SNS (apesar de os dois hospitais do quadrante D apresentarem taxas de ocupação acima da mediana).

No que se refere ao quadrante B, por apresentarem tempos de espera médios acima da mediana, os dois hospitais ali posicionados deverão priorizar a redução dos tempos, sem prejuízo de ainda serem bastante inferiores à referência de TMRG utilizada no presente parecer, de 60 dias.

Aos hospitais do quadrante C é desaconselhável a participação em mercados não SNS, devido à conjugação dos tempos médios de espera e das taxas de ocupação acima das respetivas medianas (sem prejuízo de os tempos de espera serem inferiores à referência de 60 dias).

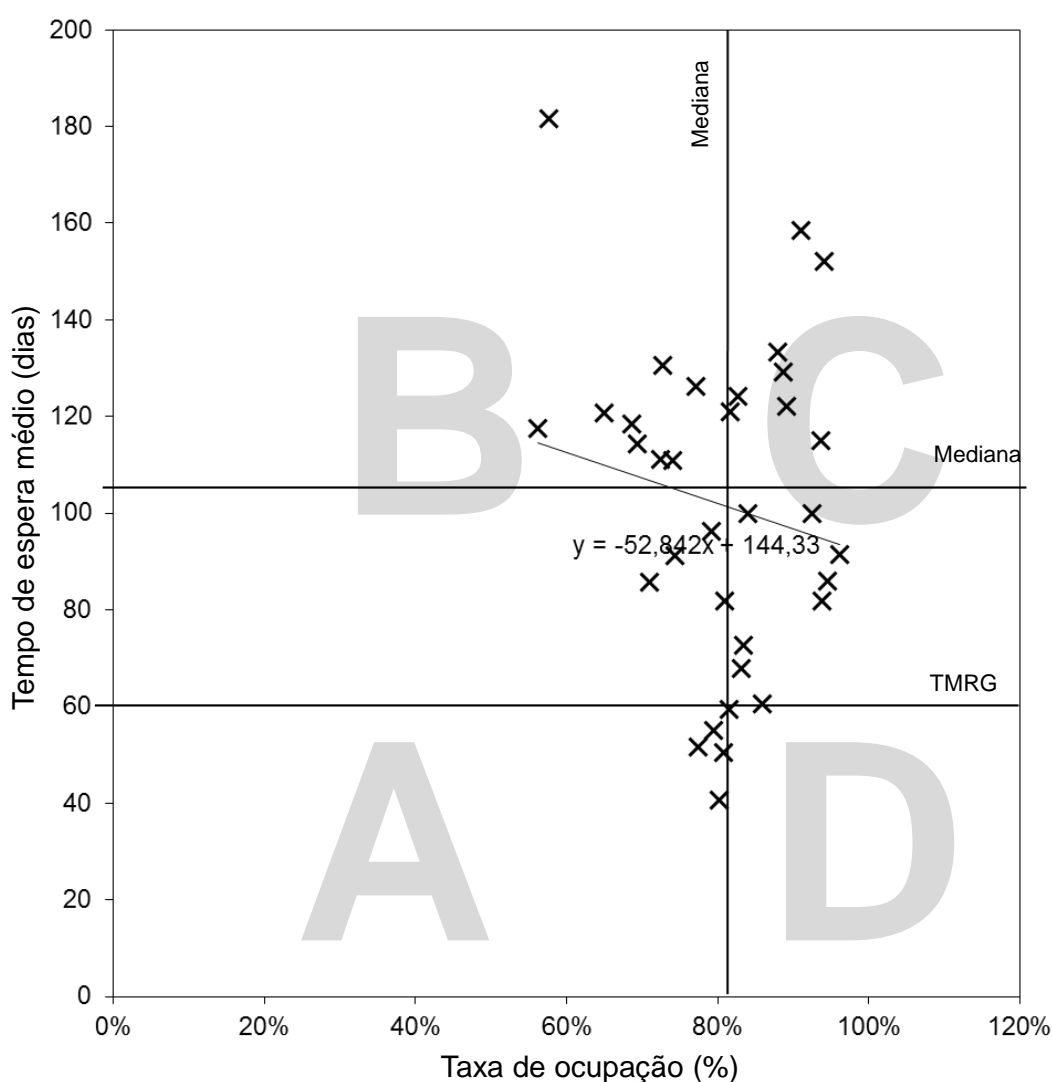
4.2.5. Cirurgias de ortopedia

Foram considerados 36 hospitais para a análise relativa às cirurgias ortopédicas (sem inclusão das cirurgias a neoplasias malignas), tendo sido excluídos dois em função de constituírem *outliers* ao nível da capacidade utilizada (o Hospital Fernando da

Fonseca, EPE, e a Unidade Local de Saúde de Matosinhos, EPE, apresentaram taxas de ocupação de 353,4% e 113,5%, respetivamente)¹⁶.

Considerando que o TMRG de 60 dias é inferior à mediana do tempo de espera médio dos hospitais, a referência do TMRG serviu como linha divisória entre os quadrantes A e D e os quadrantes B e C, assim como nos casos das cirurgias plásticas e reconstructivas e de oftalmologia. A figura 6 apresenta os resultados do método aplicado.

Figura 6 – Diagrama de posicionamento dos hospitais para a opção estratégica da prestação de cirurgias de ortopedia a terceiros não utentes do SNS (N=34)



¹⁶ O Hospital Fernando da Fonseca, EPE, e a Unidade Local de Saúde de Matosinhos, EPE, ficariam situados nos quadrantes D e C, respetivamente, se fossem incluídos na figura 6, por terem apresentado tempos médios de espera de 31 e 121, respetivamente.

Como se identifica no diagrama, sem prejuízo de o gráfico de dispersão não permitir a visualização de um padrão claro, a reta da regressão tem inclinação negativa, estabelecendo uma relação inesperada entre a taxa de ocupação e o tempo médio de espera. Esta relação, que se deverá à heterogeneidade dos hospitais da amostra, indica que os hospitais com taxa de ocupação relativamente mais alta tendem a apresentar tempos de espera mais baixos, ao passo que os hospitais com taxas de ocupação mais baixas tendem a apresentar tempos de espera mais altos¹⁷.

De qualquer modo, o que sobressai são os tempos de espera médios elevados. A grande maioria dos hospitais apresenta tempos médios que superam o TMRG de 60 dias. Com efeito, apenas cinco hospitais apresentaram tempos médios inferiores.

A tabela 5 apresenta os hospitais e o seu posicionamento nos quadrantes A, B, C e D, assim como as medianas a taxa de ocupação e dos tempos médios de espera, constatando-se que a grande maioria dos hospitais se situa nos quadrantes B e C.

¹⁷ A heterogeneidade da amostra de hospitais pode ser controlada por meio de uma análise de *clusters* aplicada previamente à elaboração do diagrama, em que os hospitais são separados com base em características distintivas como, por exemplo, a sua dimensão.

Tabela 5 – Distribuição dos hospitais pelos quadrantes (ortopedia)

Hospitais	Taxa de ocupação (%)	Média do tempo de espera dos operados (dias)	Quadrante
Centro Hospitalar Cova da Beira, EPE	77,4%	52	A
Centro Hospitalar de Leiria, EPE	80,7%	51	A
Centro Hospitalar do Oeste	80,1%	41	A
Hospital de Vila Franca de Xira, PPP	79,5%	55	A
Centro Hospitalar Barreiro/Montijo, EPE	68,6%	119	B*
Centro Hospitalar de Setúbal, EPE	69,4%	114	B*
Centro Hospitalar do Baixo Vouga, EPE	79,2%	96	B*
Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE	74,3%	91	B*
Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE	80,9%	82	B*
Centro Hospitalar Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE	74,0%	111	B*
Hospital Distrital da Figueira da Foz, EPE	71,0%	86	B*
Hospital Distrital de Santarém, EPE	77,0%	126	B*
Hospital Santa Maria Maior, EPE	56,2%	118	B*
Unidade Local de Saúde da Guarda, EPE	65,0%	121	B*
Unidade Local de Saúde de Castelo Branco, EPE	72,4%	111	B*
Unidade Local de Saúde do Litoral Alentejano, EPE	57,7%	182	B*
Unidade Local de Saúde do Nordeste, EPE	72,7%	131	B*
Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE	94,5%	86	C*
Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE	84,0%	100	C*
Centro Hospitalar de São João, EPE	92,5%	100	C*
Centro Hospitalar do Algarve, EPE	85,9%	61	C*
Centro Hospitalar do Alto Ave, EPE	94,1%	152	C*
Centro Hospitalar do Médio Ave, EPE	87,9%	133	C*
Centro Hospitalar do Porto, EPE	89,1%	122	C*
Centro Hospitalar Entre Douro e Vouga, EPE	91,0%	159	C*
Centro Hospitalar Médio Tejo, EPE	93,7%	115	C*
Centro Hospitalar Póvoa de Varzim/Vila do Conde, EPE	81,7%	121	C*
Centro Hospitalar Tâmega e Sousa, EPE	96,2%	92	C*
Centro Hospitalar Tondela-Viseu, EPE	88,6%	129	C*
Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho, EPE	93,8%	82	C*
Hospital Espírito Santo de Évora, EPE	83,1%	68	C*
Hospital Garcia de Orta, EPE	82,7%	124	C*
Unidade Local de Saúde do Alto Minho, EPE	83,4%	73	C*
Unidade Local de Saúde do Norte Alentejo, EPE	81,6%	59	D
Medianas	81,2%	105	

* Hospitais com média do tempo de espera superior aos 60 dias do TMRG considerado.

Os 13 hospitais do quadrante B devem priorizar a redução dos tempos de espera, em especial os nove hospitais que apresentam tempos de espera médios superiores à mediana, de 105 dias.

Aos 16 hospitais do quadrante C desaconselha-se mesmo a participação em mercados não SNS, em particular os oito hospitais que apresentam tempos de espera médios acima de 105 dias.

Finalmente, os hospitais que apresentam melhor posicionamento para o recurso à prestação de cirurgias de ortopedia em mercados não SNS são os quatro hospitais do quadrante A. Quanto ao único hospital do quadrante D, a participação em mercados não SNS poderia fazer-se, em princípio, mas controlando de perto os impactos no tempo de espera¹⁸.

5. Conclusões

Com o presente parecer responde-se à solicitação do Ministro da Saúde de clarificação do entendimento da ERS quanto ao volume de serviços que os hospitais públicos podem prestar a terceiros não utentes do SNS, sem que se ponha em causa o acesso pelos utentes à rede hospitalar pública.

É proposto um método de análise expresso num diagrama bidimensional que considera dois indicadores para cada serviço, concretamente a taxa de ocupação no internamento e o tempo médio de espera, como se exemplifica em exercícios com dados de cirurgias de cardiologia, cirurgias plásticas e reconstrutivas, cirurgias de oftalmologia, cirurgias de oncologia e cirurgias de ortopedia.

Este diagrama também pode ser aplicado com outros indicadores de capacidade utilizada/disponível, como, por exemplo, a taxa de capacidade utilizada dos blocos operatórios, ou ainda a relação entre o número de consultas realizadas (ou o número de doentes padrão) e o número de médicos equivalente a tempo completo, se os respetivos dados estiverem disponíveis.

Com base nos diagramas com dados dos serviços hospitalares e por meio de regressões lineares, é possível identificar-se *trade-offs* entre a taxa de ocupação e o tempo médio de espera e, assim, prever-se de forma aproximada, para cada serviço hospitalar, quanto da capacidade instalada é possível utilizar adicionalmente sem que se ponha em causa o acesso dos utentes. Obtendo-se dados atualizados regularmente, estes diagramas podem servir para monitorizar a existência de capacidade utilizável para o atendimento de utentes em mercados não SNS.

¹⁸ Deve notar-se, contudo, que o posicionamento de uma parte dos hospitais – em especial, os hospitais posicionados nos quadrantes A e D –, está próximo das linhas divisórias dos quadrantes, pelo que, conforme indicado na secção 3, a interpretação dos resultados neste caso deve ser menos assertiva.

Deve frisar-se, no entanto, que um pressuposto basilar do método de análise proposto consiste na imprescindibilidade do cumprimento satisfatório da obrigação de serviço público pelos hospitais, que se mede aqui pelo cumprimento dos TMRG no atendimento dos utentes.

Nesse sentido, importa fazer referência aos elevados tempos médios de espera registados em 2013 em alguns hospitais, como se evidencia nos exercícios realizados. Recorde-se que a ERS tem vindo a acompanhar esta matéria de perto e a intervir no sentido de que os TMRG sempre sejam respeitados, em todos os hospitais da rede hospitalar pública, a que se aplica a legislação referente aos TMRG. Necessariamente, atentas as suas atribuições e incumbências, a ERS irá intervir sempre que se detetem incumprimentos prejudiciais ao acesso dos utentes.

Não obstante, com vista a evitar situações de incumprimento dos TMRG nos diferentes tipos de cuidados de saúde prestados nos hospitais públicos para os quais tais limites estejam definidos, aconselha-se, desde logo, e antes de se conjeturar a entrada em mercados não SNS, a gestão integrada eficiente do acesso aos cuidados hospitalares pelos utentes do SNS, por exemplo, por meio da extensão geográfica temporária das áreas de influência primárias dos hospitais com baixos tempos de espera, quando necessário, concretamente nos casos em que outros hospitais próximos apresentam tempos de espera muito elevados.

Porto, 22 de outubro de 2014.