



REDE HOSPITALAR PÚBLICA EM PORTUGAL: RESULTADOS DE DIFERENTES MODELOS ORGANIZACIONAIS

PUBLIC HOSPITAL NETWORK: OUTCOMES OF THE DIFFERENT MODELS OF ORGANIZATION

 Alexandre Morais Nunes

Doutor em Administração da Saúde, Centro de Administração e Políticas Públicas, Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas, Universidade de Lisboa, Portugal
anunes@iscsp.ulisboa.pt

Resumo: Os hospitais públicos em Portugal, com o objetivo de aumentar a sua produtividade, eficiência e qualidade, passaram por várias reformas ao longo dos últimos 17 anos. Como resultado, existem diferentes modelos organizacionais (Hospitais, Centros Hospitalares e Unidades Locais de Saúde) e dois estatutos jurídicos (o empresarial - E.P.E. e outro em parceria público-privada - PPP). O presente artigo tem por objetivo apresentar e comparar os resultados dos hospitais públicos nos diferentes modelos de organização e estatuto jurídico, em 2015, tendo por base os indicadores de acesso, desempenho/eficiência e qualidade. Como método recorreu-se à revisão da literatura e à análise dos indicadores de acesso, eficiência e qualidade coletados junto dos sistemas de informação do Ministério da Saúde. Como principais resultados, relativamente ao modelo organizacional, os Centros Hospitalares apresentam ótimos resultados na assistência, os hospitais em parceria público-privada apresentam os melhores resultados quanto ao tempo de permanência e à utilização da capacidade instalada (geral e em ambulatório). No entanto, as Unidades Locais de saúde apresentam os melhores resultados na articulação com a atenção primária, na cirurgia de ambulatório, no cumprimento dos tempos máximos de resposta e no controlo da infeção. E conclusão, dos vários modelos, verifica-se que é nas Unidades Locais de Saúde que se pode encontrar um equilíbrio entre acesso, eficiência, produtividade, desempenho, qualidade e controle de custos.

Palavras-chave: Hospitais públicos. Gestão Hospitalar. Acesso. Desempenho. Eficiência. Qualidade.

Abstract: Public hospitals in Portugal, aiming to increase their productivity, efficiency and quality, underwent several reforms over the last 17 years. As a result, there are different organizational models (Hospitals, Hospitals and Local Health Units) and two legal statutes (the business - E.P.E. and another in public-private partnership - PPP). This article aims to present and compare the results of public hospitals in different organizational models and legal status in 2015, based on indicators of access, performance / efficiency and quality. As a method, the literature review and the analysis of indicators of access, efficiency and quality collected from the information systems of the Ministry of Health were used. As the main results, with respect to the organizational model, Hospital Centers present excellent results in care, hospitals in public-private partnership have the best results regarding the length of stay and the use of installed capacity (general and outpatient). However, the Local Health Units present the best results in the articulation with the primary care, the ambulatory surgery, the compliance with the maximum response times and the control of the infection. The conclusion of the various models shows that it is in the Local Health Units that a balance between access, efficiency, productivity, performance, quality and cost control can be found.

Keywords: Public hospitals. Hospital management. Access. Performance. Efficiency. Quality.

Cite como:

American Psychological Association (APA)

Nunes, A. M. (2020). Rede hospitalar pública em Portugal: resultados de diferentes modelos organizacionais. *Rev. gest. sist. Saúde*. São Paulo, 9(1), 154-172. <https://doi.org/10.5585/rgss.v9i1.13286>.





Introdução

Em 2002, o Ministério da saúde lançou uma reforma da gestão hospitalar em Portugal, através da adoção de práticas de administração empresarial pelos hospitais públicos do Estado, criando os Hospitais Sociedade Anônima de Capitais Exclusivamente Públicos (Hospitais S.A.) (Pereira, 2005). Esta reforma visava uma maior autonomia administrativa para a gestão com o objetivo de recuperar os hospitais que se encontravam com problemas na produção, no desempenho, na qualidade e nos custos que eram muito elevados e comprometiam a sustentabilidade (Nunes, 2016).

O modelo empresarial em forma de Sociedade Anônima (S.A.) foi aplicado a 36 hospitais (num universo de 90). Três anos mais tarde, pelos resultados observado se concluiu que o modelo não foi suficiente para responder aos objetivos para o qual foi criado e continuam os problemas no acesso, na produção e na qualidade verificando-se também uma desmotivação nos profissionais de saúde (Campos, 2008; Harfouche, 2012). Os custos também cresceram, porque apesar da orientação para reduzir gastos, era exigido aos hospitais o acompanhamento dos avanços tecnológicos e científicos no desenvolvimento dos equipamentos de diagnóstico e do medicamento, o que envolveria sempre investimentos e custos acrescidos na aquisição e manutenção (Ministério da Saúde, 2010).

O Ministério da Saúde decidiu reforçar as práticas administrativas transformando todos os hospitais S.A em Entidades Públicas Empresarias, ou seja, Hospitais E.P.E. que por definição legal eram considerados estabelecimentos públicos, dotados de personalidade jurídica, autonomia administrativa, financeira e patrimonial e natureza empresarial (Lei n.º 27/2002, de 8 de novembro; Decreto-Lei n.º 233/2005, de 29 dezembro). Assim, se objetivava uma gestão das unidades mais eficiente e transparente, protegendo o interesse público, não sendo permitida a participação privada (como no modelo S.A.), passando a participação no capital das unidades hospitalares a ser somente pública (Campos & Ramos, 2005).

Este processo trouxe para a gestão hospitalar várias novidades. Foram aplicadas adoção práticas administrativas empresariais, entre as quais se destaca:

- O aumento da autonomia de gestão, o que gerou uma maior liberdade decisão para os gestores, que deixam de estar tão dependentes das autorizações do Ministério da Saúde;
- A implementação de uma relação contratual entre o Estado e a administração do hospital – mecanismo tipo mercado;



- A mudança do modelo de financiamento, que até então era retrospectivo (baseado no histórico dos anos anteriores) e passou a ser prospectivo (em função da produção realizada, onde quem mais produz mais recebe);
- O sistema de aquisições de bens e serviços externos e a contratação de empreitadas (presentes no regulamento interno) regem-se pelas normas do direito privado;
- O reforço da regulação do Estado, que analisa e inspeciona os resultados dos hospitais;
- A organização interna (departamentos e unidades funcionais por especialidade) dos hospitais E.P.E. está disposta em centros de responsabilidade. Este tipo de processos permite o desenvolvimento de atividades programadas através de uma contratualização interna com autonomia e responsabilidade, ou seja, gerando um autocontrole;
- A racionalização dos recursos (evitando o desperdício);
- A obrigatoriedade da prestação pública de contas e dos resultados da produção hospitalária;
- A criação de um serviço de auditoria interna (para monitorar e avaliar os processos de controle interno e de gestão do risco contabilístico, financeiro, operacional, informático e de recursos humanos);
- A introdução de um sistema de incentivos para os profissionais de saúde em função do seu desempenho;
- A preocupação com os indicadores de qualidade que necessitavam de uma urgente melhoria;
- O incentivo para promover processos de certificação e acreditação internacional dos serviços e dos hospitais;

Simultaneamente com a adoção de uma gestão empresarial para os hospitais públicos, foi reformado o modelo de organização para os hospitais, sendo constituídos Centros Hospitalares (CH) e Unidades Locais de Saúde (ULS) (Campos, 2008).

Os Centros Hospitalares resultam do processo de agregação de dois ou mais hospitais de uma mesma região (processo conhecido na literatura internacional como “*hospital mergers*”). Esta foi uma forma de integração horizontal de cuidados de saúde (Devers et al., 1994; Grone & García-Barbero, 2001). Em Portugal, a constituição de Centros Hospitalares decorreu nas grandes metrópoles (Lisboa e Porto) e nas regiões menos povoadas do interior do



país (Minho, Trás-os-Montes, Alentejo e Cova da Beira). Esta opção política tinha como objetivos permitir:

- A utilização de recursos subutilizados;
- O melhoramento da capacidade de resposta no acesso ao SNS;
- Ganhos de eficiência e de desempenho/produção dos hospitais
- A diferenciação tecnológica numa única unidade, o que permitia concentrar os centros tecnológicos que estavam dispersos e tinham valência repetidas;
- Ganhos de eficiência e o rendimento/produção das unidades como um todo (Decreto-Lei n.º 284/99, de 26 de julho).

As Unidades Locais de Saúde representam um processo de articulação entre os hospitais (restabelecimento/manutenção da saúde) e a atenção primária (prevenção, promoção da saúde) numa mesma região. A sua criação objetivava uma prestação integrada de cuidados de saúde, melhorando o acesso, a eficiência, a produção e os indicadores de qualidade através de um forte relacionamento e encaminhamento dos doentes.

Em 2010, o Ministério da Saúde lançou um novo modelo de gestão dos hospitais públicos, a parceria público-privada com grupos privados que operavam no setor da saúde. Esta opção objetivava a entrega da gestão ao setor privado, continuando os hospitais a pertencer ao setor público e de acesso livre para todos os cidadãos (Simões, 2004). O modelo de PPP na saúde, em Portugal, foi inovador e corresponde a um modelo DBFOT (*Design, Build, Finance, Operate, Transfer*), onde o parceiro privado assume o encargo do projeto da construção, financiamento e da exploração do hospital e dos serviços clínicos (Tribunal de Contas, 2009; Moreno, 2010). Os contratos de construção e manutenção da estrutura (edifício) foram assinados por um período de 30 anos e o contrato para a gestão da prestação clínica foram assinados por dez anos, renovados automaticamente até revogação.

Desde os anos 90 houve uma preocupação do Ministério da Saúde em monitorar as atividades dos hospitais e a conduzir processos de avaliação, que estiveram na base das reformas apresentadas. A criação da Administração Central dos Sistemas de Saúde (ACSS), responsável pelo planeamento, monitoramento dos contratos e análise dos resultados atingidos foi fundamental para o desenvolvimento das reformas apresentadas. O processo de monitoramento inicia-se com a extração de dados para validação do cumprimento ou incumprimento dos contratos de gestão, o que é feito mensalmente e encaminhado à Secretaria de Estado da Saúde (integrada no Ministério da Saúde) que tutela e supervisiona a ACSS.



A rede de hospitais públicos não especializados, sujeitos a processos de reforma, integra um total de 40 hospitais, sendo: 7 hospitais, E.P.E; 4 hospitais PPP; 20 Centros Hospitalares, E.P.E.; e 8 Unidades Locais de Saúde, E.P.E., cada um com sua equipe de gestão e sob dependência direta do Ministério da Saúde. Todos estes hospitais serão objeto de estudo.

Todas estas instituições têm diferentes perfis de resposta e resultados. É daqui que deriva a importância deste estudo, que pretende avaliar quais os modelos de organização e formatos jurídicos (E.P.E. e PPP) que apresentam melhores resultados no acesso, na produção e na qualidade.

Para resolver o problema se entendeu que o estudo comparativo dos hospitais referente ao ano 2015 seria importante pois permite uma avaliação e análise dos modelos existentes, o que contribui para a futura política de saúde. No entanto, a complexidade da estrutura hospitalar impõe alguma cautela nas conclusões, que devem ser limitadas aos dados existentes e não extrapoladas a outras referências. Este facto obriga à utilização de um grande número de indicadores nos mais diferentes níveis de prestação de cuidados.

O objetivo do presente estudo é apresentar os resultados de desempenho, produção, eficiência, qualidade e custos para os vários modelos de organização (Hospital, Centro Hospitalar e Unidade Local de Saúde) e formato jurídico (Entidade Publica Empresarial e de Parceria Público-Privada) dos hospitais públicos portugueses no ano 2015.

Métodos

Como método recorreu-se à revisão da literatura e à análise dos indicadores de acesso, eficiência e qualidade coletados junto dos sistemas de informação do Ministério da Saúde. Foram objeto de análise os indicadores de acesso/estrutura, produção, eficiência e desempenho e qualidade dos hospitais públicos portugueses em todas as suas atividades: internação, cirurgia, consulta, urgência e hospital de dia (Tabela 1).



Tabela 1 – Definição das atividades realizadas nos hospitais portugueses

Variáveis	Definição
Internação	Doente que permanece por um período de tempo superior a 24h em um determinado serviço hospitalar (especialidade médicas, cirurgia, obstetrícia/ginecologia, pediatria, gastroenterologia, ortopedia, neurologia, oftalmologia, otorrinolaringologia, nefrologia, psiquiatria, urologia e unidade de terapia intensiva) (INE, 2018).
Consulta externa	Atividades ou atos prestados por um médico a um indivíduo, realizadas em regime de ambulatorial, que incluem ações de observação clínica, diagnóstico, prescrição terapêutica, aconselhamento ou verificação da evolução do seu estado de saúde (DGS, 2001; INE, 2018).
Urgências	Este <i>output</i> representa o número total de atos de assistência prestados em hospitais, a pacientes/usuários com alteração súbita ou com agravamento do seu estado de saúde (DGS, 2001; INE, 2018) do número de atendimentos (afluência) e da gravidade das situações.
Número total de cirurgias	Atos operatórios com o mesmo objetivo terapêutico e/ou diagnóstico, realizado(s) por cirurgião em sala operatória, na mesma sessão, sob anestesia geral, ou local, com ou sem presença de anestesista (DGS, 2001).
Número total de sessões de hospital de dia observadas	Atendimentos realizados a utentes, em regime de hospital de dia, com vista à realização de tratamentos. Esta prestação de cuidados foi ganhando cada vez mais notoriedade na produtividade das unidades ao longo do período em estudo, englobando várias atividades (hemodiálise, quimioterapia, psicoterapia, reumatologia, administração de fármacos, entre outras).

Fonte: Elaboração própria.

Neste estudo foram comparados e avaliados um grande conjunto de indicadores/dados fornecidos pela Administração Central dos Sistemas de Saúde (ACSS) e pelas próprias gestões dos hospitais, a referir:

- Indicadores de acesso/estrutura: Número de unidades de internação; número e percentagem de leitos médicos, cirúrgicos, neutros e de UTI; número de blocos operatórios; número de salas de consultas e número de salas de urgência (no total dos serviços prestados);
- Indicadores de produção: total de consultas médicas; primeiras consultas médicas de especialidade; consultas médicas seguintes; consultas não médicas (realizadas por outros profissionais de saúde); domicílio de enfermagem; número total de atendimentos de urgências/emergência; número de doentes saídos; número de cirurgias programadas; número de cirurgias em ambulatório; número de cirurgias urgentes; total de partos; partos por cesariana;
- Indicadores de eficiência/produzividade: número de dias de hospitalização; taxa anual de ocupação; lotação praticada; demora média antes da cirurgia; demora média observada, e prevista; doente padrão (por médico e por enfermeiro); número de cirurgias por bloco operatório;



- Indicadores de qualidade: % partos por Cesariana – qualidade; % primeiras cesarianas em gestações unifetais, cefálicas, a termo; número de primeiras consultas de especialidade prestadas fora do TMRG; % de primeiras consultas realizadas em tempo adequado; % de cirurgias de ambulatório; número de doentes SIGIC (Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia (SIGIC) fora do tempo máximo de resposta garantida (TMRG); % de inscritos em lista cirúrgica dentro do TMRG; número de episódios com demora superior a 30 dias; % reinternamentos em 30 dias (anos civis diferentes); % internamento com demora superior a 30 dias; % fraturas da anca com cirurgia realizada nas primeiras 48 horas; taxa de Úlceras de Pressão; taxa de infecções na corrente sanguínea relacionada com cateter venoso central; número de casos de sepsis pós-operatória por 100.000 doentes;
- Indicadores econômico-financeiros: custos operacionais por doente padrão; custos com pessoal (total e por doente padrão); custos com horas extras e suplementos; % de custos com horas extras e suplementos no total de custos com pessoal; custos com material de consumo clínico (total e por doente padrão); custos com produtos farmacêuticos (total e por doente padrão); custos com medicamentos (total e por doente padrão); custos com fornecimento de serviços externos (total e por doente padrão).

Para cada um dos indicadores apresentados foram avaliados e comparados os valores percentuais, números absolutos e médias.

Hospitais abrangidos pelo estudo (população alvo)

A amostra para o estudo foi de 39 hospitais, representando todos os hospitais públicos não especializados, sujeitos a processos de reforma. A tabela 2 apresenta a lista completa de hospitais por modelo de organização e formato jurídico. O período de coleta dos dados decorreu entre 1 de janeiro e 31 de dezembro de 2015.



Tabela 2 – Hospitais públicos portugueses por modelo de organização e formato jurídico

Hospitais, E.P.E.	Centro Hospitalar, E.P.E.
Hospital Espírito Santo de Évora, EPE	Centro Hospitalar do Algarve, EPE Centro Hospitalar Cova da Beira, EPE Centro Hospitalar de Leiria, EPE Centro Hospitalar do Baixo Vouga, EPE Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE Centro Hospitalar Tondela-Viseu, EPE Centro Hospitalar de São João, EPE Centro Hospitalar do Médio Ave, EPE Centro Hospitalar Entre Douro e Vouga, EPE Centro Hospitalar do Porto, EPE Centro Hospitalar Póvoa de Varzim/Vila do Conde, EPE Centro Hospitalar Tâmega e Sousa, EPE Centro Hospitalar Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho, EPE Centro Hospitalar Barreiro/Montijo, EPE Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE Centro Hospitalar de Setúbal, EPE Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE Centro Hospitalar Médio Tejo, EPE
Hospital Distrital da Figueira da Foz, EPE	
Hospital da Senhora da Oliveira, Guimarães, EPE	
Hospital Santa Maria Maior, EPE	
Hospital Distrital de Santarém, EPE	
Hospital Fernando da Fonseca, EPE	
Hospital Garcia de Orta, EPE	
Unidades Locais de Saúde, E.P.E.	
Unidade Local de Saúde da Guarda, EPE	
Unidade Local de Saúde de Castelo Branco, EPE	
Unidade Local de Saúde do Norte Alentejo, EPE	
Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, EPE	
Unidade Local de Saúde do Litoral Alentejano, EPE	
Unidade Local de Saúde de Matosinhos, EPE	
Unidade Local de Saúde do Alto Minho, EPE	
Unidade Local de Saúde do Nordeste, EPE	
Hospital, PPP	
Hospital de Braga, PPP	
Hospital de Cascais, PPP	
Hospital de Loures, PPP	
Hospital de Vila Franca de Xira, PPP	

Fonte: Elaboração própria.

Todos estes hospitais no estudo apresentam as seguintes especialidades médicas, que foram tidas em consideração na pesquisa dos dados: anestesiologia, cirurgia, obstetrícia/ginecologia, pediatria, gastroenterologia, ortopedia, neurologia, oftalmologia, otorrinolaringologia, nefrologia, psiquiatria, urologia e unidade de terapia intensiva.

Os hospitais que integram a amostra não são todos homogêneos e diferem quanto ao número de leitos existentes. O quadro seguinte faz uma caracterização da estrutura destas unidades hospitalares.

Tabela 3 – Hospitais públicos portugueses segundo tipo de organização e porte total de leitos

	<100	101-200	201-300	301-400	401-500	>501
HH, E.P.E.	0	2	0	2	1	2
CH E.P.E.	0	1	2	4	2	11
ULS, E.P.E.	0	1	3	3	1	0
HH, PPP	0	0	1	1	1	1
Total	0	4	6	10	5	14

Fonte: ACSS (2018).

Com relação aos sete hospitais E.P.E., o número de leitos varia entre os 101 e 200, 301 a 400, sendo apenas uma a instituição que tem entre 401 e 500 e uma também a que tem mais





de 500 leitos. A maioria dos vinte Centros Hospitalares E.P.E., onze unidades têm mais de 501 leitos, quatro têm entre 301 e 400 e apenas uma tem entre 101 e 200 leitos. Por sua vez, das oito Unidades Locais de Saúde, são três as que têm entre 201 a 300 leitos e também três as que incluem 301 a 400 leitos. Apenas uma tem menos de 200 leitos e outra tem mais de 401 e menos de 500. Os quatro hospitais PPP estão distribuídos por 201 a 300 leitos; 301 a 400 leitos; 401 a 500 leitos e por mais de 501 leitos.

No total, a rede hospitalar pública portuguesa tem um total de catorze unidades com mais de 500 leitos; 10 hospitais que possui entre 301 a 400 leitos; seis têm mais de 201 leitos e menos de 300; cinco têm entre 401 a 500 e quatro têm entre 101 e 200 leitos.

Assim se verifica que há um predomínio de Centros Hospitalares e que a maioria dos hospitais públicos em Portugal tem mais de 301 leitos (29 hospitais estão nessas condições).

Para uma melhor caracterização da oferta de cuidados, a tabela seguinte apresenta o total de leitos existentes em Portugal, distribuídos pelos diferentes modelos de organização em estudo.

Tabela 4 – Número total de leitos existentes na rede de hospitais públicos em Portugal, segundo tipo de organização e porte total de leitos

	Número de hospitais	Número de leitos	% de leitos no total
HH, E.P.E.	7	2.716	13,8
CH E.P.E.	20	13.031	66,5
ULS, E.P.E.	8	2.208	11,2
HH, PPP	4	1.670	8,5
Total	39	19.625	100

Fonte: ACSS (2018).

Os leitos dos Centros Hospitalares correspondem a 66,5% do total de leitos existentes e os leitos dos Hospitais em Parceria Público Privada, num sentido oposto, representam apenas 8,5%. No entanto, especificando mais a informação de estrutura dos hospitais, apresenta-se na tabela 5, os resultados da coleta de dados para os indicadores de estrutura/acesso da rede portuguesa de hospitais públicos.

Tabela 5 – Indicadores de estrutura/acesso dos hospitais públicos portugueses, por modelo de organização e forma jurídica

Estrutura/Aceso	HH, E.P.E.	CH E.P.E.	ULS, E.P.E.	HH, PPP
Número de unidades de internação	7	20	8	4
Total de leitos	2.716	13.031	2.208	1.670
% Leitos médicos	51,5	47,6	50,5	47,4
% Leitos cirúrgicos	40,5	43,8	43,7	41,2
% Leitos neutros (urgência e UTI)	8,0	8,5	5,8	11,4
Número de blocos operatórios	16	122	14	6
Número de serviços de urgência	7	35	8	4

Fonte: ACSS (2018).



O número médio do total de leitos por hospital, é muito semelhante entre os hospitais E.P.E. e os hospitais PPP (em média cada hospital tem 388 e 417 leitos, respetivamente). No entanto, a diferença entre o número de leitos é muito maior entre os Centros Hospitalares e as Unidades Locais de Saúde, que em média têm 652 e 276 leitos.

É de referir uma aposta equilibrada na distribuição de leitos médicos e de leitos cirúrgicos entre os vários modelos e, por outro lado, uma maior aposta em leitos neutros nos hospitais em parceria público-privada.

Em síntese, os hospitais públicos portugueses cuja produção foi incluída neste estudo, em 2015, somavam um total de 158 blocos operatórios, 21 especialidades de consulta externa, 54 serviços de urgência e 39 unidades de internação de diferentes especialidades, totalizando 19.625 leitos. Destes, cerca de 50% se destinavam à internação médica, 42% à internação cirúrgica e 8% à internação em Serviço de Observação - SO e em UTI.

Resultados

Os resultados das unidades segundo o tipo de modelo de organização (Hospital, Centro Hospitalar e Unidade Local de Saúde) e por modelo jurídico apresentam-se neste capítulo de acordo com os indicadores coletados.

Na análise dos indicadores, devido à grande diferença no número de unidades, estabelece-se também uma comparação tendo em conta os valores médios para uma unidade hospitalar em cada um dos diferentes modelos de organização. Assim se poderá concluir de melhor forma qual o modelo que apresenta melhores resultados. Os resultados se apresentam em termos de indicadores agrupados em: produção, eficiência, qualidade e financiamento/custos.

a) Produção das unidades hospitalares

A Tabela 6 apresenta os dados coletados referentes à produção dos hospitais públicos portugueses.

**Tabela 6** – Indicadores de produção dos hospitais públicos portugueses, por modelo de organização e forma jurídica

	HH, E.P.E.	CH E.P.E.	ULS, E.P.E.	HH, PPP	Total
Consultas médicas	1.313.108	7.597.699	1.059.751	1.004.162	10.974.720
Primeiras consultas	387.063	2.118.515	348.802	333.050	3.187.430
Consultas subsequentes	926.045	5.479.184	710.949	671.112	7.787.290
Urgências (atendimentos)	868.530	3.584.210	814.075	681.220	5.948.035
Saídas (internações)	109.227	498.457	79.108	71.792	758.584
Cirurgias	76.648	408.674	67.275	62.176	614.773
Programadas	63.686	342.812	56.512	53.298	516.308
Convencionais	26.076	146.621	22.922	17.602	213.221
Ambulatório	37.610	196.191	33.590	35.696	303.087
Urgentes	12.962	65.862	10.763	8.878	98.465
Total de Partos	12.786	41.330	6.659	9.481	70.256
Partos por cesárea	3.271	11.573	1.751	2.389	18.984

Fonte: ACSS (2018).

A rede hospitalar em estudo produz um total de 10,97 milhões de consultas, 5,95 milhões de urgências/emergências, 758,5 mil doentes saídos da internação, 614,7 mil cirurgias, 70,25 mil partos e 18,9 mil cesáreas. Quanto ao modelo de organização, em termos gerais os Centros Hospitalares têm um maior número de atendimentos prestados pois existem em maior número. Assim, para facilitar a comparação, foi operacionalizada a produção média por unidade hospitalar para os principais indicadores (Tabela 7).

Tabela 7 – Indicadores de estrutura/acesso, média por unidade de saúde

	HH, E.P.E.	CH E.P.E.	ULS, E.P.E.	HH, PPP
Consultas médicas	187.586	379.734	132.468	251.040
Primeiras consultas (%)	29,5%	27,9%	32,9%	33,2%
Urgências (atendimentos)	124.076	179.210	101.759	170.305
Saídas (internações)	15.604	24.922	9.888	17.948
Cirurgias	10.950	20.434	8.409	15.544
Total de Partos	1.827	2.067	832	2.370

Fonte: ACSS (2018).

O número de consultas médicas é muito diferentes entre as diferentes modalidades. Os Centros Hospitalares e os Hospitais em Parceria Público Privada são as unidades com maior número de consultas. As Unidades Locais de Saúde têm menor atividade. Contudo, quando observada a percentagem de primeiras consultas no total de consultas realizadas, os hospitais PPP vêm em primeiro lugar e logo de seguida as ULS. Isto significa que estas unidades estão a captar e a identificar mais os doentes que não estavam referenciados nas consultas de especialidade médica.



O número de atendimentos em urgência também é maior nos Centros Hospitalares e nos Hospitais PPP e menor nas Unidades Locais de Saúde, bem como as saídas (internações), as cirurgias e o total de partos.

Em termos de produção, os Centros Hospitalares são as unidades que têm melhores resultados. No entanto, deve ser lembrado que a maior produção dos Centros Hospitalares se deve ao facto de estes possuírem uma maior quantidade de leitos, blocos operatórios, salas de consulta externa e de urgência. Assim, a correta comparação entre as unidades deverá ser revista com os indicadores seguintes que têm em conta a produtividade, a eficiência e a qualidade dos cuidados prestados.

b) Eficiência/produktividade das unidades hospitalares

A Tabela 8 apresenta os dados coletados referentes à eficiência/produktividade dos hospitais públicos portugueses.

Tabela 8 – Indicadores de eficiência/produktividade dos hospitais públicos portugueses, por modelo de organização e forma jurídica

Eficiência	HH, E.P.E.	CH E.P.E.	ULS, E.P.E.	HH, PPP
Doente Padrão	31.156,70	59.315,61	17.746,78	35.835,91
Doente Padrão por Médico ETC	89,56	80,40	78,51	43,85
Doente Padrão por Enfermeiro ETC	50,71	46,65	35,24	33,05
Número total de dias de internação/leito	889.890	4.009.913	652.155	543.854
Taxa anual de ocupação da internação (%)	89	84	80	89
Tempo de permanência observado na internação (em dias)	6,97	7,44	7,39	6,70
Tempo de permanência previsto na internação (em dias)	6,77	7,20	6,76	6,70
Demora média antes da cirurgia (em dias)	0,74	0,97	0,96	0,50
Cirurgias por bloco operatório (média)	13,1	9,2	13,2	28,4

Fonte: ACSS (2018).

O cálculo do doente padrão se baseia na transformação da atividade hospitalar por natureza heterogênea numa unidade de produção única de forma a possibilitar o exercício de comparação entre entidades. A medida de doente padrão é mais elevada nos Centros Hospitalares, nos Hospitais PPP, nos Hospitais E.P.E. e mais baixa nas Unidades Locais de Saúde. Com base neste indicador, cada médico está para cerca de 44 doentes nos hospitais PPP e para 90 doentes nos E.P.E.. Relativamente aos enfermeiros, a maior disponibilidade de doente/profissional encontra-se nos hospitais PPP e nas Unidades Locais de Saúde.

Em relação à internação, são os Centros Hospitalares que têm o maior número de dias de internamento/ano/leito, o que se deve ao maior número de leitos. Contudo, as maiores



taxas de ocupação se registram nos Hospitais PPP e nos Hospitais E.P.E., que também apresentam o menor tempo de permanência.

Em relação à cirurgia, há um melhor aproveitamento da capacidade instalada nos hospitais PPP (média de 28,4 cirurgias/dia) e nas Unidades Locais de Saúde (média de 13,2 cirurgias/dia). É de destacar que nas PPP os doentes a operar entram, em média, 12h antes da cirurgia, o que nos Centros Hospitalares e Unidades Locais de Saúde é praticamente de um dia (24h).

c) Qualidade nas unidades hospitalares

Os indicadores de qualidade são fundamentais para a comparação entre hospitais, pois o facto de se produzir muito e aproveitar melhor a estrutura pode por si só não representar os melhores resultados (melhores práticas). A Tabela 9 apresenta os dados coletados referentes aos indicadores de qualidade nos hospitais públicos portugueses.

Tabela 9 – Indicadores de qualidade nos hospitais públicos portugueses, por modelo de organização e forma jurídica

	HH, E.P.E.	CH E.P.E.	ULS, E.P.E.	HH, PPP
Número de internações com demora superior a 30 dias	4.090	18.645	2.538	2.093
% Internação com demora média superior a 30 dias	3,55	3,67	2,87	2,74
Número de reinternações nos 30 dias após a alta	9.944	44.685	7.762	5.986
% Reinternação em 30 dias	8,64	8,81	8,79	7,85
Taxa de Úlceras de Pressão	1,4	1,9	1,1	4,0
Número de primeiras consultas prestadas fora do TMRG	35.468	179.545	19.370	43.616
% Primeiras consultas realizadas em tempo adequado	76,6	73,9	82,4	58,7
% Cumprimento de requisitos mínimos nos blocos operatórios	66,4	70,3	75,0	86,0
% Cirurgias de ambulatório	59,1	57,2	59,4	67,0
% Partos por Cesariana	25,6	28,0	26,3	25,2
% Fraturas Anca com cirurgia realizadas nas primeiras 48 horas	30,80	48,50	53,62	48,93
Doentes SIGIC fora TMRG	4.495	13.438	904	1.867
% operados dentro do TMRG	86,9	89,3	93,5	89,9
Taxa de infeções na corrente sanguínea relacionada com cateter venoso central	0,07	0,05	0,00	0,05
Sepsis Pós-Operatória p/100.000 utentes	1.005	1.051	837	2.120

Fonte: ACSS (2018).

Na internação, 3,67% dos casos têm um tempo médio de permanência maior que 30 dias. Este indicador é positivo (mais baixo) para os hospitais PPP e para as Unidades Locais de



Saúde, que apresentam uma taxa de 2,74 e 2,87%, respetivamente. Também os Centros Hospitalares apresentam uma elevada taxa de reinternação¹ (8,81%) e os hospitais PPP têm, em média, 7,85% do total da internação. No entanto, é nas PPP que se registam as maiores taxas de incidência de feridas crónicas (ulcera de pressão) na internação (4%), mas nas Unidades Locais de Saúde essa taxa é de 1,1%.

Na consulta, como vimos nos indicadores de produção, são os hospitais PPP e as ULS que apresentam a maior proporção de primeiras consultas. Contudo, a taxa de realização destas em tempo adequado² nos hospitais PPP é apenas de 58,7%, mas é de 82,4% nas ULS, de 76,6% nos hospitais E.P.E. e de 73,9% nos Centros Hospitalares.

Com relação à cirurgia, se registam diferentes resultados em vários indicadores analisados:

- Os blocos operatórios dos hospitais E.P.E. cumpriam apenas 66,4 % dos requisitos mínimos, os Centros Hospitalares 70,3%, as ULS 75,0% e os hospitais PPP 86%;
- Quanto à ambulatorização das cirurgias, é nos hospitais PPP que se regista a maior percentagem de casos com 67% do total de cirurgias programadas e nos restantes hospitais essa taxa é semelhante;
- A percentagem de partos por cesárea é semelhante em todos os grupos de hospitais e oscila entre 25,2% até 28%;
- A % de cirurgia à fratura da anca realizada em 48h é mais elevada nas Unidades Locais de Saúde;
- A % de doentes em lista de espera operados dentro do TMRG³ é maior nas Unidades Locais de Saúde (93,5%), seguindo-se os hospitais PPP (89,9%), os Centros Hospitalares (89,3%) e os hospitais E.P.E. (86,9%).
- As taxas de infeção no sangue nos doentes com cateter central é baixa em todos os hospitais e é próxima de zero nas Unidades Locais de Saúde.
- A taxa de sepsis pós-operatória é mais baixa nas ULS e mais elevada nos hospitais PPP.

¹ Doente que volta ao internamento pelo mesmo motivo num período de 30 dias depois da alta.

² No cumprimento da Lei Portuguesa, há um tempo máximo definido para dar resposta (TMRG), de acordo com a prioridade de cada caso, a referir: «muito prioritária» - 30 dias seguidos; «prioritária» - 60 dias seguidos; «normal» - 150 dias seguidos; Doença oncológica com prioridade «de nível 3» - 7 dias seguidos; Doença oncológica com prioridade «de nível 2» - 15 dias seguidos; Doença oncológica com prioridade «de nível 1» - 30 dias seguidos (Portaria n.º 87/2015, de 23 de março).

³ No cumprimento da Lei Portuguesa, há um tempo máximo definido para dar resposta (TMRG), de acordo com a prioridade de cada caso, a referir: Prioridade «de nível 4» oncológica e não oncológica - 72 horas; «de nível 3» oncológica e não oncológica - 15 dias seguidos; «de nível 2» oncológica - 45 dias seguidos; «de nível 2» não oncológica - 60 dias seguidos; «de nível 1» oncológica - 60 dias seguidos; «de nível 1» não oncológica - 270 dias seguidos.



d) Financiamento e custos das unidades hospitalares

A Tabela 10 apresenta os dados coletados referentes aos indicadores econômico-financeiros registrados nos hospitais públicos portugueses. Para estes indicadores, nas ULS foi apenas considerado o custo com a parte hospitalar dos cuidados.

Tabela 10 – Indicadores econômico-financeiros dos hospitais públicos portugueses, por modelo de organização e forma jurídica

	HH, E.P.E.	CH E.P.E.	ULS, E.P.E.	HH, PPP
Custos operacionais	85.922.719	168.782.391	48.783.754	104.810.340
Custos operacionais por doente padrão	2.753	2.891	2.749	2.393
Custos com pessoal	42.057.759	84.797.828	24.986.368	48.656.371
Custos com pessoal por doente padrão	1.418	1.544	1.408	1.135
Custos com horas extra e suplementos	4.873.030	8.936.168	3.010.565	3.163.242
% Custos com horas extra e suplementos no total custos com pessoal	11,10	10,6	12,04	3,1
Custos com prestadores de serviços	2.493.318	2.462.297	1.664.829	3.842.259
% Custos com prestadores de serviços no total de custos com pessoal	5,47	4,42	6,66	5,70
Custos com material consumo clínico	6.541.386	13.935.046	3.667.625	9.773.289
Custos com material consumo clínico por doente padrão	195	206	206	201
Custos com produtos farmacêuticos	18.421.351	41.137.576	9.494.110	-
Custos com produtos farmacêuticos por doente padrão	538	580	535	-
Custos com medicamentos	16.218.523	36.851.796	8.145.414	-
Custos com medicamentos por doente padrão	469	508	459	-
Custos com fornecimento de serviços externos	15.823.185	22.719.521	7.861.478	19.052.047
Custos com fornecimentos de serviços externos por doente padrão	503	466	443	487

Fonte: ACSS (2018).

Com relação aos indicadores econômico-financeiros, os Centros Hospitalares pela sua dimensão e número são os que apresentam os maiores custos com um total de 168,7 milhões de euros. Para comparar os modelos de organização entre si, foi tido em conta os vários custos desagregados por doente padrão, que se apresenta:

- Custos operacionais: Os Centros Hospitalares gastam mais recursos financeiros por doente atendido (2.891 euros por doente) e os hospitais PPP são os que têm custos mais reduzidos por doente (2.393 euros);
- Custos com pessoal: Os Centros Hospitalares gastam mais
- 273 euros, em média, que um hospital PPP com os recursos humanos;



- Custos com horas extra e suplementos: a percentagem de custos com horas extra e suplementos é menor nos hospitais PPP (3,1%) e maior nas Unidades Locais de Saúde (12,04%). Contudo, os hospitais recorrem à subcontratação de prestação de serviços onde investem 5,7% do custo com pessoal e as ULS cerca de 6,66%;
- Custos com material de consumo clínico: Os hospitais E.P.E. apresentam um custo médio de 195 euros por doente padrão, os hospitais PPP 201 euros e os Centros Hospitalares e as Unidades Locais de Saúde 206 euros;
- Custos com produtos farmacêuticos: Os custos com produtos farmacêuticos são mais baixos nas Unidades Locais de Saúde e mais elevados nos Centros Hospitalares;
- Custos com medicamentos: As Unidades Locais de Saúde têm um menor custo com medicação (cerca de 459 euros por doente padrão) e é mais elevado nos Centros Hospitalares (508 euros);
- Custos com fornecimento de serviços externos: As Unidades Locais de Saúde apresentam também os custos mais reduzidos com uma média de 443€ por doente padrão.

Considerações finais

O modelo de gestão empresarial dos hospitais públicos foi implementado no ano de 2002 e melhorado no ano 2005 com a introdução da forma jurídica de Entidade Pública Empresarial. Ao mesmo tempo foram desenvolvidos diferentes modelos de organização desde os hospitais, até aos Centros Hospitalares e as Unidades Locais de Saúde.

Atualmente, o Ministério da Saúde de Portugal conta com um total de 48 hospitais, sendo 40 gerais e 8 especializados. Dos hospitais gerais, são 39 os que têm formato jurídico de E.P.E. ou PPP e foram estes que integraram este estudo.

Os hospitais E.P.E. apresentam custos elevados e pouca produção associada. Os Centros Hospitalares são as unidades que mais produzem pois são constituídos pela fusão de vários hospitais numa unida instituição. No entanto, apresentam vários indicadores negativos como o elevado tempo de permanência na internação, o aumento da percentagem de cesarianas no total de partos, a baixa percentagem de cirurgia em ambulatório e os custos operacionais mais elevados, nomeadamente com pessoal, produtos farmacêuticos e medicamentos.

Os hospitais PPP têm uma produção superior aos hospitais E.P.E. e às Unidades Locais de Saúde e conseguem atrair mais utentes para primeira consulta de especialidade. Este facto se pode justificar por terem hospitais novos e um número inferior de doentes por médico e





enfermeiro. Também os hospitais PPP apostam na maximização da sua capacidade, apresentando um aproveitamento da capacidade do bloco operatório (promovendo a cirurgia de ambulatório e realizando mais de 24 cirurgias por dia) e da capacidade de internação com um menor tempo de permanência por leito. Para mais, estes hospitais ainda conseguem apresentar custos totais e com pessoal mais reduzidos face aos restantes hospitais, tendo em conta a produção efetuada. No entanto, como aspetos negativos são apontadas aos hospitais PPP uma elevada taxa de úlceras de pressão, uma fraca resposta no cumprimento dos tempos máximos de resposta e a existência de mais casos de sepsis por 100.000 habitantes.

As Unidades Locais de Saúde têm uma fraca produção nomeadamente no internamento, na urgência e na atividade cirúrgica. Este facto poderá estar relacionado não com problemas de desempenho, mas pelo facto de nestas unidades existir uma forte articulação com a atenção primária, cujos doentes estão mais acompanhados, o que se pode conferir com a elevada taxa de primeiras consultas de especialidade de doentes encaminhados pelo centro de saúde. Estas unidades apresentam sim um elevado desempenho e eficiência/produtividade pois têm uma elevada percentagem de cumprimento de tempos de espera na consulta (82,45), na cirurgia (93,5%) e na ambulatório cirúrgica (59,4%). Em termos de qualidade apresentam baixos índices de infeção e menos casos de sepsis. No entanto, as ULS apresentam custos elevados com horas extra e prestação de serviços e custos mais reduzidos com produtos farmacêuticos, medicamentos e serviços externos.

Em suma, todos os diferentes modelos estudados têm fatores mais positivos e outros negativos. Apesar dos Centros Hospitalares produzirem muito mais (maior número e capacidade), quando se pesam outros indicadores há uma maior eficiência nos hospitais PPP e uma maior qualidade nas Unidades Locais de Saúde.

Este estudo contribui assim para dar a conhecer aos resultados da rede hospitalar pública portuguesa e também para demonstrar os resultados mais recentes, com o objetivo de promover aquele modelo que permita um maior acesso, eficiência, produtividade, desempenho, qualidade e controlo de gastos, que pela análise realizada, se pode encontrar nas Unidades Locais de Saúde.

Referências

Administração Central do Sistema de Saúde. *Benchmarking hospitais*. Disponível em <http://benchmarking.acss.min-saude.pt/monitormensal.aspx>. Acedido a 10 de setembro de 2018.



- Campos, A. (2008). *Reformas da saúde – o fio condutor*. Coimbra: Edições Almedina.
- Campos, A., & Ramos, F. (2005). Contas e ganhos na saúde em Portugal. Dez Anos de Percurso. In *Desafios para Portugal – Seminários da Presidência da República* (p. 157-223). Lisboa: Casa das Letras.
- Devers, K., Shortell, S., Gillies, R., Anderson, D., Mitchell, J., & Morgan, K. (1994). Implementing organized delivery systems: an integration scorecard. *Health Care Management Review*, 19, 7-20.
- Direção-Geral de Saúde (DGS) (2001). *Glossário de Conceitos para Produção de Estatísticas em Saúde*. Lisboa: DGS.
- Grone, O., & Garcia-Barbero, M. (2016). Integrated care: a position paper of the WHO European Office for integrated health care services. *International Journal of Integrated*, 1(1), 1-10.
- Instituto Nacional de Estatística (INE) (2018). *Serviço de metainformação*. Disponível em <http://smi.ine.pt/Conceito>. Consultado a 10 de setembro de 2018.
- Ministério Da Saúde (2010). *Relatório do Grupo Técnico para a Reforma da Organização Interna dos Hospitais. A organização interna e a governação dos hospitais*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Moreno, C. (2010). *Como o Estado gasta o nosso dinheiro*. Lisboa: Caderno editores.
- Nunes, A. (2016). *Reformas na Gestão Hospitalar: análise nos efeitos da empresarialização [tese]*. Lisboa: Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas, Universidade de Lisboa.
- Pereira, L. (2005). *A reforma estrutural da saúde e a visão estratégica para o futuro*. Lisboa: Gradiva.
- Decreto-Lei n.º 233/2005. *Transforma em entidades públicas empresariais os hospitais com a natureza de sociedade anónima, o Hospital de Santa Maria e o Hospital de São João e cria o Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, E. P. E., o Centro Hospitalar de Setúbal, E. P. E., e o Centro Hospitalar do Nordeste, E. P. E., e aprova os respectivos Estatutos*. Diário da República n.º 249, I Série A, 29 de dezembro, p.7323.
- Decreto-Lei n.º 284/99. *Estabelece o regime aplicável aos centros hospitalares e grupos de hospitais do Serviço Nacional de Saúde*. Diário da República n.º 172, I Série A, de 26 de julho, p.4683.
- Lei n.º 27/2002. *Aprova o novo regime jurídico da gestão hospitalar e procede à primeira alteração à Lei n.º 48/90, de 24 de agosto*. Diário da República n.º 258, I Série A, 8 de novembro, p.7150.
- Simões, J. (2004). As parcerias público-privadas no sector da saúde em Portugal. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 4, 79-90.



Tribunal de Contas (2009). *Auditoria ao Programa de Parcerias Público Privadas da Saúde - Primeira vaga de hospitais. Período 2001-2004*. Relatório n.º 15. Lisboa: Tribunal de Contas.