



UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR  
Ciências Sociais e Humanas

**A importância do terceiro setor na prestação de  
cuidados de saúde  
Exemplo da Região Centro de Portugal**

**Pedro Miguel Lopes de Oliveira**

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em  
**Gestão de Unidades de Saúde**  
(2º ciclo de estudos)

Orientadora: Professora Doutora Arminda Maria Finisterra do Paço

Covilhã, fevereiro de 2013



## Dedicatória

Feliz de quem tem, sem reservas, pessoas a quem dedicar os frutos do seu trabalho: É o meu caso! Esta parte do trabalho tem andado no subconsciente desde o seu início, até em sonhos, mas só no fim vertida em escrita. Como uma coisa pode ao mesmo tempo tanto e nada custar!

Em abono da verdade, deveria dedicar a todos aqueles, que sabem quem são, a quem recorro em variadas ocasiões, tornando a minha vida, da Carla e dos nossos filhos mais segura e feliz. Por serem uma pedra fundamental, tantos e tão bons, iria cometer injustiças ao nomeá-los. Arrisco ainda assim dizer que partilham os apelidos Oliveira, Carvalho, Pina, entre outros.

Como este trabalho, o meu primeiro que permite dedicatória, aborda o altruísmo e o fazer bem, tenho de, por vontade de coração e dever de consciência, registar em papel o nome de quem, a cada patamar de felicidade que alcanço, me lembro.

Pois é para ti, minha saudosa Avó, Dolores Lopes, em cuja ternura ainda hoje me refugio, fonte de inspiração e modelo de vida a par com os meus pais.

Deus assim quis...

Como a vida é efémera e como devemos todos os dias dar importância ao que realmente importa. Como gostaria que estivesses aqui a falar dos braços roliços que o teu bisneto, que não conheceste, herdou, tal como eu, do Avô de quem tanto me falaste...

Oh, que tolice a minha, claro que conheces! Tem também Daniel no nome, prova de que Deus sabe o que faz para se redimir de nem nos ter deixado despedir de ti. Num desses momentos de felicidade, apresentei-to há 13 anos, assim como aos irmãos João e Joana que se lhe seguiram. E os primos Carolina, Vicente...

And as the windshield melts  
My tears evaporate  
Leaving only charcoal to defend.  
Finally I understand the feelings of the few.

*Finalmente eu entendi os sentimentos dos poucos*

Ashes and diamonds

*Cinzas e diamantes*

Foe and friend

*O inimigo e o amigo*

We were all equal in the end.

*Éramos todos iguais no final*

Roger Waters/Pink Floyd, "Two Suns in the Sunset" in "The Final Cut", 1982



## Agradecimentos

Ao Senhor Professor Doutor Jorge Lourenço, pelo empenho em que viesse a completar na Universidade da Beira Interior (UBI), em forma de Mestrado, o processo formativo iniciado em 2010 na Escola Superior de Tecnologias da Saúde (ESTESc) do Instituto Politécnico de Coimbra, na Pós-Graduação em Gestão e Administração de Unidades de Saúde. Também pela sapiência na escolha da Orientadora, Professora Doutora Arminda do Paço, a quem por sua vez agradeço pelo incondicional e voluntarioso apoio, sem o qual este trabalho não teria ganho os contornos que assumiu e a quem se deve muito do aqui apresentado. Obrigado. Muito obrigado!

Ainda na UBI, agradecer ao Professor Doutor Mário Franco pelos preciosos alertas quanto aos aspetos formais da dissertação e à Senhora Doutora Carla Loureiro pela simpatia e ajuda logística.

Agradecimentos extensivos ao corpo docente da ESTESc, na pessoa do Mestre Jorge Conde, pela colaboração e ensinamentos.

Às pessoas que incomodei ao longo deste estudo, pela paciência que tiveram mesmo quando tiveram de interromper o seu trabalho: Doutores António Mota, Carlos Domingos, Dulce Frango, Joaquim Raimundo, Maria José Hespanha e Maurício Alexandre na Administração Regional de Saúde do Centro; Donas Maria da Luz Pina, Paula Borges e Paula Sambento, Dr.<sup>a</sup> Teresa Antunes e Senhores António Antunes e António Dinis nos serviços administrativos da Fundação de Aurélio Amaro Diniz (FAAD).

Ao Conselho de Administração da FAAD, na pessoa do presidente do Conselho de Administração, Dr. Álvaro de Abreu Herdade, pela disponibilidade e colaboração.

Ao Senhor Doutor Francisco Antunes pela colaboração e ao seu filho, Doutor Sebastião Antunes pela amizade, palavra que diz tudo!

Ao Senhor Doutor Nuno Gomes, da SCM de Arganil e ao Senhor Armando Melo, pela disponibilização de documentação importantíssima para o fim em vista.

À minha afilhada Joana Pina, meu ponto na fase de escrita assim como à Senhora Doutora Fátima Couceiro que com ela colaborou. Um obrigado a ambas, este trabalho também é vosso.

Aos meus colegas que encararam o desafio da Covilhã, tornando menos penosa as agruras da viagem: Albano, Dídia, Nuno e Teresa e aos restantes amigos que criámos na GAUS, onde se

destaca a Tânia Branco, pela companhia e ajuda nos trâmites da matrícula e apresentação à Universidade que tão bem conhece. A vossa presença foi um incentivo e sê-lo-á no futuro, ou julgam que isto é para ficar por aqui?

Quase a terminar, agradecer ao Senhor Doutor António Freire Lobo Vaz Patto que, sem o saber porque o lhe não disse, é o principal impulsionador deste trabalho. A fortuna de me ter cruzado com ele no meu percurso profissional e a sua dedicação à causa do setor social e ao setor cooperativo, seja na saúde e ação social seja na agricultura e pecuária, vieram a inspirar a busca por mais saber nesta área. E, claro, pelo registo de palavras sábias às perguntas que lhe coloquei.

Agradecer aos meus pais e aos meus sogros, pedindo desculpa pela preocupação acrescida a cada viagem a caminho de aulas. Ossos de ofício!

Já no fim, para que mesmo quem só leia transversalmente se aperceba, um obrigado a ti Carla, para quem só o para sempre me serve!

“Haveis de saber que nesta terra e em todos os mais lugares de cristãos há uma companhia de homens muito honrados, que têm cargo de amparar toda a gente necessitada, assim aos naturais cristãos como aos que novamente se convertem.

Esta companhia de homens portugueses se chama Misericórdia; é coisa de admiração ver o serviço que estes bons homens fazem a Deus Nosso Senhor em favorecer a todos os necessitados”

(Carta de S. Francisco Xavier a Santo Ignácio de Loyola, Goa, 28 de setembro de 1542).



## Resumo

São conhecidas as razões históricas para a presença de entidades do setor social, sem fins lucrativos, na prestação de cuidados de saúde, situação que se manteve após a criação do Serviço Nacional de Saúde, que veio na fase inicial a nacionalizar a quase totalidade dos hospitais pertencentes a essas instituições, na sua maioria Santas Casas da Misericórdia. Hoje, num contexto em que se fala na devolução destes hospitais aos seus proprietários, dada a recessão económica e necessidade de redução da despesa do Estado, torna-se relevante a análise desta problemática. Assim, o presente estudo visa estudar a presença do setor social na prestação de cuidados de saúde na região centro, nos domínios do regime Convencionado, da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados e do Sistema Integrado de Gestão de Lista de Espera Cirúrgicas. De forma a aprofundar o entendimento desta realidade, optou-se por estudar uma Instituição Particular de Solidariedade Social que recebeu o seu hospital em 1990, tendo-se para tal recolhido dados e testemunhos dos principais intervenientes.

Concluiu-se que existem também razões económicas para a evidenciada retoma crescente da presença das entidades do setor não lucrativo na prestação de cuidados de saúde. Tal situação tem vindo a contribuir para a melhoria do acesso e equidade dos cuidados à população, conseguindo-o, em muitos casos, fazer com menores custos para o erário público.

## Palavras-chave

Economia Social, Saúde, IPSS, Misericórdia, RNCCI, SIGIC.



## Abstract

The historical reasons for the existence of non-profit organizations in the social sector which provide medical care are well-known. This situation was maintained after the creation of the National Health Service as well as after the first nationalizations of the most part of the hospitals which belonged to these institutions, most of them to Santa Casa da Misericórdia. Today, in an environment of economic recession and with the need to reduce public spending, the debate about these hospitals going back to their owners appears as a relevant issue. Thus, this study aims to evaluate the role of the social sector in the health-care system in the Centro region, both in the regulated system, in the national network for long-term health care and in the integrated system for the management of patient waiting lists for surgery. In order to analyze this reality we focused on a private social welfare institution which opened its hospital in 1990. Data and testimonies of the main participants were collected there.

In conclusion, we support that there are also economic reasons that lead to an evident growing presence of non-profit institutions in the health care services. These improve the access and the equity among the population, with less public funds.

## Keywords

Social Economy, Third Sector, Health Care, Non-profit Organizations



# Índice

1. Introdução.....	23
2. Enquadramento do setor social .....	27
2.1. Função económica das entidades sem fins lucrativos.....	27
2.2. Características e tipologia das organizações da economia social .....	32
2.3. Evolução da assistência social portuguesa na saúde .....	37
3. Metodologia .....	41
4. O Impacto das medidas governamentais na adesão das entidades do setor social .....	45
4.1. A redução das listas de espera para cirurgia .....	45
4.1.1. Atividade do SIGIC na região Centro - análise de resultados .....	46
4.2. Os cuidados continuados complementares aos hospitais de agudos .....	51
4.2.1. A oferta da RCNNI - análise de resultados.....	53
4.3. A convenção para a prestação de cuidados de saúde .....	56
5. Estudo de caso sobre uma IPSS prestadora de cuidados de saúde .....	59
5.1. Financiamento.....	59
5.2. A proximidade como fator catalisador da procura .....	60
5.3. A avaliação externa e comparação com outras unidades de saúde .....	63
6. Discussão .....	67
7. Conclusões, limitações e pistas para futura investigação .....	81
8. Referências Bibliográficas.....	85
9. Apêndices .....	91
9.1. SIGIC .....	93
9.1.1. As unidades funcionais do SIGIC .....	95
9.1.2. O SIGIC como solução da ineficiência do Estado como prestador?.....	96
9.1.3. A admissão de doentes à LIC .....	98
9.2. RNCCI .....	99
9.2.1. A Missão da RNCCI .....	99
9.2.2. Estrutura de funcionamento.....	100
9.2.3. Tipologia de internamento .....	100
9.3. Convenções .....	105
9.4. A FAAD.....	107
9.4.1. Apresentação da FAAD em Oliveira do Hospital .....	107
9.4.2. O ato fundador .....	108
9.4.3. A génese do hospital .....	108
9.4.4. Os primeiros anos até à revolução de Abril de 1974 .....	109
9.4.5. A nacionalização .....	109
9.4.6. A devolução da gestão do hospital ao proprietário .....	111
9.4.7. Adequação à Lei-Quadro das Fundações.....	112

9.4.8. Os serviços prestados no hospital de Oliveira do Hospital.....	112
9.4.9. Consulta das especialidades .....	112
9.4.10. Meios auxiliares de diagnóstico .....	113
9.4.11. Medicina Física e de Reabilitação .....	114
9.4.12. Internamento .....	115
9.4.13. Bloco Operatório .....	115
9.4.14. Fontes de rendimento .....	116
9.4.15. Política de investimento e prossecução de objetivos.....	117
9.4.16. Atualização tecnológica e recursos humanos .....	118
9.4.17. Relação entre atividade e performance económica e financeira .....	120

## Lista de Figuras

FIGURA 1: NÚMERO DE DOENTES DO SIGIC POR HOSPITAL DE ORIGEM EM 2012.....	50
FIGURA 2: CONCELHO DE ORIGEM DE DOENTES PARA INTERNAMENTO E CIRURGIA DE AMBULATÓRIO NO ANO 2012	60
FIGURA 3: RELAÇÃO ENTRE RESULTADOS OPERACIONAIS E VENDAS + PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS NA FAAD, POR ANO, NO PERÍODO 1994-2010.....	61
FIGURA 4: VENDAS + PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS NA FAAD, NOS ANOS DE 2007 A 2011 .....	62
FIGURA 5: INTERVENÇÕES CIRÚRGICAS PROGRAMADAS NO HOSPITAL DA FAAD NOS ANOS DE 2007 A 2011.....	62
FIGURA 6: QUADRO RESUMO DOS ÍNDICES CASE-MIX DE INTERNAMENTO DO HOSPITAL DA FAAD PARA OS ANOS DE 2009 A 2011 .....	64
FIGURA 7: QUADRO RESUMO DOS ÍNDICES CASE-MIX DE AMBULATÓRIO DO HOSPITAL DA FAAD PARA OS ANOS DE 2009 A 2011 .....	64
FIGURA 8: PESO RELATIVO DE CADA TIPO DE ENTIDADES NO TOTAL DE DOENTES RECEBIDOS VIA SIGIC NA REGIÃO CENTRO.....	68
FIGURA 9: DISTRIBUIÇÃO DE DOENTES VIA SIGIC POR HOSPITAIS DE ESNL DA REGIÃO CENTRO NOS PRIMEIROS 11 MESES DE 2012.....	68
FIGURA 10: PRESENÇA ATUAL POR TIPOLOGIA DE ENTIDADES NA RNCCI NA REGIÃO CENTRO .....	72
FIGURA 11: TOTAL DE CAMAS ATUAL NA RNCCI POR TIPO DE ENTIDADE NA REGIÃO CENTRO.....	73
FIGURA 12: TIPO DE ESNL NA RNCCI NA REGIÃO CENTRO EM JANEIRO 2013 .....	73
FIGURA 13: CAMAS POR TIPO DE ENTIDADE - CUIDADOS PALIATIVOS NA REGIÃO CENTRO EM JANEIRO DE 2013 .....	74
FIGURA 14: CAMAS POR TIPO DE ESNL NA RNCCI NA REGIÃO CENTRO EM JANEIRO 2013 .....	75
FIGURA 15: CAMAS RNCCI POR DISTRITO.....	75
FIGURA 16: CAMAS DE CUIDADOS PALIATIVOS POR DISTRITO .....	76
FIGURA 17: FATURAÇÃO DA FAAD À ARSC POR RUBRICAS, NO PERÍODO 2009-2012 .....	78
FIGURA 18: PERSPETIVA HOLÍSTICA DOS CUIDADOS DE SAÚDE (RETIRADA DO MANUAL DO SIGIC) .....	94
FIGURA 19: ENTIDADES ENVOLVIDAS NO SIGIC .....	95
FIGURA 20: EFEITOS PERVERSOS DECORRENTES DE TEMPOS DE ESPERA EXCESSIVOS EM LISTAS DE ESPERA DE INSCRITOS PARA CIRURGIA (RETIRADA DO MANUAL DO SIGIC).....	97
FIGURA 21: PERCURSO DO UTENTE NA LIC E INDICAÇÃO DO TMRG .....	98
FIGURA 22 : EXEMPLO DE UMA CREDENCIAL DE PRESCRIÇÃO MÉDICA DE MCDT .....	105
FIGURA 23: CONSULTAS, POR ESPECIALIDADE, NO PERÍODO DE 2008 A 2011 .....	113
FIGURA 24: NÚMERO DE DOENTES COM ALTA EM MFR, NO PERÍODO 2007 A 2011 .....	114
FIGURA 25: INTERVENÇÕES CIRÚRGICAS, POR ESPECIALIDADE, NO PERÍODO DE 2007 A 2011 .....	115
FIGURA 26: RELAÇÃO PERCENTUAL DAS FONTES DE RECEITA DA FAAD, DE 2009 A 2011 .....	116
FIGURA 27: INVESTIMENTO EM ATIVOS FIXOS TANGÍVEIS NO PERÍODO DE 1994 A 2010.....	118
FIGURA 28: NÚMERO DE FUNCIONÁRIOS NO PERÍODO 1994 A 2010.....	119

...



## Lista de Tabelas

TABELA 1: INDICADORES DE FATURAÇÃO DA URGIC CENTRO NO PERÍODO 2006-2011 .....	47
TABELA 2: ORIGEM DA DESPESA DO SIGIC EM ENTIDADES CONVENCIONADAS NOS ANOS DE 2010 E 2011 .....	47
TABELA 3: NÚMERO DE UTENTES SIGIC DA ARSC ATENDIDOS NO PERÍODO 2006-2011, POR TIPO DE ENTIDADE .	48
TABELA 4: VALOR DA DESPESA SIGIC NA ARSC, NO PERÍODO 2006-2011, POR TIPO DE ENTIDADE .....	49
TABELA 5: HOSPITAL DE ORIGEM DA DESPESA DO SIGIC EM ENTIDADES CONVENCIONADAS NOS PRIMEIROS 11 MESES DE 2012 E COMPARAÇÃO COM O CONTRATO-PROGRAMA DE 2012 ACORDADO COM A ARSC .....	49
TABELA 6: DISTRIBUIÇÃO EM Nº DE UTENTES E EM VALOR DE DESPESA, POR TIPOLOGIA DE ENTIDADES DE DESTINO, NOS PRIMEIROS ONZE MESES DE 2012.....	51
TABELA 7: NÚMERO DE UNIDADES, POR TIPOLOGIA DE RNCCI, POR RRAS NA REGIÃO CENTRO, EM NOVEMBRO DE 2010.....	53
TABELA 8: DESPESA DA ARSC NAS DIVERSAS TIPOLOGIAS RNCCI NOS ANOS DE 2010 A 2012 .....	54
TABELA 9: NÚMERO DE UNIDADES POR DISTRITO E POR TIPOLOGIA RNCCI EM 31 DE JULHO DE 2012.....	54
TABELA 10: RESUMO DO NÚMERO DE CAMAS RNCCI POR TIPOLOGIA E POR DISTRITO DA REGIÃO CENTRO EM 15/JANEIRO/2013.....	55
TABELA 11: NÚMERO DE CAMAS RNCCI NA REGIÃO CENTRO, POR TIPOLOGIA DE INTERNAMENTO E POR TIPO DE ENTIDADE .....	56
TABELA 12: SEPARAÇÃO DE TIPO DE ENTIDADES CONVENCIONADAS, POR DISTRITO DA ARSC E POR RUBRICAS DE PRESTAÇÃO DE CUIDADOS.....	57
TABELA 13: RESUMO DA RELAÇÃO ENTRE AS RUBRICAS DE FATURAÇÃO À ARSC E O VOLUME DE FATURAÇÃO GLOBAL DA FAAD NOS ANOS DE 2009 A 2011 .....	63
TABELA 14: COMPARAÇÃO DE ÍNDICES CASE-MIX DE 4 HOSPITAIS E DO REFERENCIAL DO MESMO GRUPO HOSPITALAR E GLOBAL NACIONAL. ....	65
TABELA 15: VALOR MÉDIO DA DESPESA POR UTENTE SIGIC NA ARSC, POR TIPO DE ENTIDADE, NOS ANOS DE 2006 A 2011.....	67
TABELA 16: NÚMERO DE ENTIDADES POR TIPOLOGIA COM CONVENÇÃO NAS DIVERSAS RUBRICAS DO SISTEMA CONVENCIONADO NA REGIÃO CENTRO.....	71
TABELA 17: CÓDIGOS GDH DE 7 PROCEDIMENTOS DE DIVERSAS ESPECIALIDADES CIRÚRGICAS .....	77
TABELA 18: COMPARAÇÃO DE PREÇOS CONSOANTE A VIA DE ACESSO DE DOENTES AO HOSPITAL DA FAAD, NUMA AMOSTRA DE 7 GDHS.....	77
TABELA 19: DESIGNAÇÃO DAS ESNL, POR DISTRITO E , CONVENCIONADAS NA RNCCI NA REGIÃO CENTRO .....	103
TABELA 20: RECEITAS POR GRANDES RUBRICAS, ANOS DE 2009 A 2012 .....	117
TABELA 21 : PRODUÇÃO POR RUBRICAS NO HOSPITAL DA FAAD, NO PERÍODO 1994 A 2007 EM INTERVALOS DE 3 ANOS E 2010 A 2012. ....	120
...	



## Lista de Acrónimos

ABPG	Associação de Beneficência Popular de Gouveia
AC	Autoridade da Concorrência
ACES	ACES - Agrupamento de Centros de Saúde
ACSS	Administração Central de Sistemas de Saúde, I.P.
AFMP	Associação Fernão Mendes Pinto
ARCIL	Associação para a Recuperação de Cidadãos Inadaptados da Lousã
ARS	Administração Regional de Saúde
ARSC	Administração Regional de Saúde do Centro
CASBNSM	Centro de Assistência Social do Beato Nuno de Santa Maria
CASES	Cooperativa António Sérgio para a Economia Social
CC	Código Civil
CCC	Cáritas Diocesana de Coimbra
CDEC	Centro de Desenvolvimento Educativo de Cantanhede
CHBV	Centro Hospitalar do Baixo Vouga
CHCB	Centro Hospitalar da Cova da Beira
CHLP	Centro Hospitalar de Leiria Pombal
CHSF	Centro Hospitalar S. Francisco
CHTV	Centro Hospitalar de Torres Vedras
CHUC	Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra
CIDES	Departamento de Ciências de Informação e Decisão em Saúde da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto
CMC	Clinica Montes Claros
CNIS	Confederação Nacional das Instituições de Solidariedade
CNSN	Confraria Nossa Senhora da Nazaré
CP	Contrato Programa
CPB	Clínica Particular de Barcelos
CPF	Centro Português de Fundações
CRC	Casa de Repouso de Coimbra
CRP	Constituição da República Portuguesa
CSPTAA	Centro Social Padre Tomás de Aquino de Azevedo
DGS	Direção Geral de Saúde
DR	Diário da República
EPE	Entidade Pública Empresarial
ERS	Entidade Reguladora da Saúde
eSIGIC	Portal eletrónico de acesso ao SIGIC
ESNL	Entidades do Setor Não Lucrativo
FAAD	Fundação de Aurélio Amaro Diniz
FADFP	Fundação Assistência, Desenvolvimento e Formação Profissional
FNSG	Fundação Nossa Senhora da Guia
GDH	Grupo de Diagnóstico Homogéneos
GMS	Grupo Misericórdias Saúde
HAJC	Hospital Arcebispo João Crisóstomo
HCF	Hospital Cândido de Figueiredo
HCNSN	Hospital Confraria Nossa Senhora da Nazaré
HDFE	Hospital Distrital da Figueira da Foz
HMDA	Hospital Dom Manuel de Aguiar/ Santa Casa Misericórdia de Leiria
HMM	Hospital Misericórdia da Mealhada
HMRA	Hospital Misericórdia Riba d'Ave
HNF	Hospital Narciso Ferreira/ Santa Casa Misericórdia de Riba d'Ave
HNSA	Hospital Nossa Senhora d'Assunção

HSJD	Hospital S. João de Deus
HT	Hospital da Trofa
HV	Hospital de Valpaços
ICCC	Intercir - Centro Cirúrgico de Coimbra
ICD-9-CM	International Classification of Diseases 9th Revision Clinical Modification
ICM	Índice de Case-Mix
IGAS	Inspeção Geral das Atividades em Saúde
INE	Instituto Nacional de Estatística
IP	Instituto Público
IPO	Instituto Português de Oncologia
IPSS	Instituição Particular de Solidariedade Social
IRC	Imposto sobre o rendimento das pessoas coletivas
IRS	Imposto sobre o rendimento das pessoas singulares
LCPA	Lei dos Compromissos e dos Pagamentos em Atraso
LIC	Lista de Inscritos para Cirurgia
MAPA	Medição Ambulatória de Pressão Arterial
MCDT	Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica
MFR	Medicina Física e de Reabilitação
MoU	Memorandum of Understanding (em português, memorando de entendimento)
MS	Ministério da Saúde
NCRF	Normas Contabilísticas de Relato Financeiro
OE	Orçamento de Estado
ONG	Organizações Não Governamentais
PECLEC	Programa Especial de Combate às Listas de Espera Cirúrgicas
PERLE	Programa Especial de Recuperação de Listas de Espera
PIB	Produto Interno Bruto
PNS	Plano Nacional de Saúde
POCIPSS	Plano Oficial de Contas para as Instituições Particulares de Solidariedade Social
PPA	Programa de Promoção do Acesso
PPMA	Programa de Promoção da Melhoria do Acesso
PPP	Parceria Público Privada
RNCCI	Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados
RRAS	Regiões de Referência para Avaliação em Saúde
SANFIL	Clínica de Santa Filomena
SCM	Santa Casa da Misericórdia
SCML	Santa Casa da Misericórdia de Leiria
SCMM	Santa Casa da Misericórdia da Mealhada
SCMVC	Santa Casa da Misericórdia de Vila do Conde
SIGIC	Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia
SIGLIC	Sistema Informático de Gestão de Lista de Inscritos para Cirurgia
SNS	Serviço Nacional de Saúde
SOERAD	Clinica SOERAD - Torres Vedras
STLOUIS	Hospital St. Louis - Lisboa
TAC	Tomografia Axial Computorizada
TC	Tribunal de Contas
TMRG	Tempos Máximos de Resposta Garantidos
TOC	Técnico Oficial de Contas
UC	Unidades de Convalescença
UCGIC	Unidade Central de Gestão de Inscritos para Cirurgia
UCP	Unidade de Cuidados Paliativos
UHGIC	Unidade Hospitalar de Gestão de Inscritos para Cirurgia
UIPSS	União das Instituições Particulares de Solidariedade Social
ULDM	Unidade de Longa Duração e Manutenção

ULSCB	Unidade Local de Saúde de Castelo Branco
ULSG	Unidade Local de Saúde da Guarda
UMCCI	Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados
UMDR	Unidade de Média Duração e Reabilitação
UMP	União das Misericórdias Portuguesas
URGIC	Unidade Regional de Gestão de Inscritos para Cirurgia
VAB	Valor Acrescentado Bruto
VC	Vale Cirurgia
VOTSF	Venerável Ordem Terceira de S. Francisco



# 1. Introdução

A prestação de cuidados de saúde de um modo organizado encontra as suas origens na idade média, época em que a assistência não era considerada uma obrigação da administração do reino, mas antes um ato de caridade e piedade individual. Por esse motivo, muitos particulares fundaram ou ajudaram a manter pequenas instituições para cuidar de doentes pobres e de outros necessitados - contexto no qual, durante o séc. XVI, foram criadas grande parte das Misericórdias Portuguesas (Correia, 1944).

Torna-se então pertinente situar no tempo o que se entendia por cuidados de saúde: a par dos remédios para o corpo, constituídos por “mezinhas”, purgas e sangrias, procurava-se, acima de tudo, a salvação das almas. O hospital era uma casa de Deus e a medicina que se praticava misturava-se com a religião. Havia um santo protetor para cada doença. Os leprosos, isolados em gafarias ou gafanhas, colocavam-se sob a proteção de S. Lázaro. Contra a peste, que provocava epidemias devastadoras, recorria-se a S. Sebastião ou a S. Roque (Centro de Estudos de História Religiosa , 2002).

Na prossecução do “curar os enfermos”, as Misericórdias e, mais recentemente, outro tipo de entidades sem fins lucrativos emergentes da sociedade civil, foram-se adaptando quer às necessidades quer à evolução de ordem tecnológica para a continuação do seu trabalho, que foram fazendo nalguns casos de forma pioneira.

Outras situações houve que, no século passado, marcaram esta atividade, de que se destaca: a assistência aos infetados pela gripe broncopneumónica de 1918; a disseminação do conhecimento para a prática cirúrgica mais segura; e o cuidado com as doenças infetocontagiosas. Destaca-se também a nacionalização dos hospitais no pós 25 de abril e a posterior devolução aos proprietários cadenciada no tempo, e a porta aberta legislativa para a exploração privada dos cuidados de saúde primários através de Unidades de Saúde Familiares (Afonso & Barroso, 2008). Mais recentemente deu-se o lançamento de medidas para melhorar o acesso e a equidade na saúde e, no último ano, a negociação para a exploração de hospitais pela iniciativa privada social. É precisamente neste contexto que surge o presente estudo, que se irá debruçar sobre a capacidade de prestação de cuidados de saúde por entidades do terceiro setor (também designadas de entidades da economia social, integrando o conceito de Entidades do Setor Não Lucrativo (ESNL). Estas organizações têm por especial vocação pautarem-se pelos valores da ética, cidadania e responsabilidade social, empenhando-se para que a sua ação contribua de forma significativa para o bem comum da população e para o progresso e coesão social.

Numa altura em que o atual governo (XIX governo constitucional, de coligação centro-direita) entende devolver à iniciativa privada social um conjunto de hospitais que foram nacionalizados<sup>1</sup> e que isso desperta o espírito crítico da comunidade, entendemos que seria conveniente compilar o que a literatura aborda sobre a importância deste setor, perceber das circunstâncias históricas do seu aparecimento, das questões económicas e políticas que lhe estão associadas e do modo como surgem e funcionam as ESNL, o que ocupa a primeira parte deste trabalho.

Com a recolha de dados secundários e sua sistematização, a análise ao discurso indireto recolhido em documentação e à recolha direta via entrevista, ir-se-á procurar dar resposta às seguintes questões:

- » Qual o peso do setor social na prestação de cuidados de saúde na região centro?
- » Que fatores condicionam ou potenciam a presença das ESNL na prestação de cuidados de saúde?

Para isso ir-se-á analisar o envolvimento do terceiro setor tendo em conta três modos de relacionamento no âmbito dos cuidados de saúde: o Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia (SIGIC), a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) e o regime de convenções para a prestação de serviços por privados no âmbito do Serviço Nacional de Saúde (SNS). Estes são os três pilares fundamentais da participação dos privados enquanto prestadores de cuidados.

Nessa análise pretende-se perceber qual será o peso relativo do setor social, que se adivinha bastante mais elevado na RNCCI, sendo que existem duas ordens de razão para que tal aconteça: i) de comodidade e familiaridade destes serviços com os já prestados no âmbito da ação social; ii) de ordem económico-financeira pelo apoio não reembolsável do programa Modelar financiando a construção. Esta análise poderá ajudar a averiguar se existem serviços prestados pelo setor social abaixo de custo, mas que se mantêm pelos benefícios à população.

Por fim, para enquadramento das medidas e da componente teórica analisada, ir-se-á elaborar um estudo de caso sobre uma Fundação de Solidariedade Social, em atividade no domínio da saúde desde 1955, fazendo referência ao modo como se adaptou às circunstâncias de cada momento - aqui serão recolhidos dados de gestão, dados históricos e o testemunho de dois médicos que aí prestaram serviço, assim como do anterior (2002-2009) e atual (2010-2013) presidente do Conselho de Administração. Neste capítulo tentar-se-á perceber as

---

<sup>1</sup> Em linha com o defendido no programa do governo, na página 88, “O Estado deve também apostar na utilização e maximização da plena capacidade instalada dos equipamentos sociais do Terceiro Sector bem como a transferência de equipamentos sociais que estão sob gestão direta do Estado Central para as entidades do sector solidário que integrem a rede social local” - disponível em [http://www.portugal.gov.pt/media/130538/programa\\_gc19.pdf](http://www.portugal.gov.pt/media/130538/programa_gc19.pdf).

vantagens da proximidade para a atratividade destas instituições no panorama regional, assim como averiguar se o investimento realizado visa de facto a maximização do bem-estar social, em vez da obtenção de retorno com lucro.



## 2. Enquadramento do setor social

A literatura internacional é unânime ao considerar que as organizações que integram o terceiro setor são de natureza não lucrativa (Teixeira, 2001). No caso português, a Constituição da República Portuguesa (CRP) de 1976 vem a consagrar a existência de um setor privado, um público e um cooperativo. Com a revisão de 1989, ao setor cooperativo foi anexada a componente social, passando assim a dispor desta dupla vertente, situação que se manteve até 1997 em que se passou a falar do subsetor solidário, para albergar as pessoas coletivas sem fins lucrativos que tivessem por objeto a solidariedade, especificando as mutualidades. Mantendo esta ligação ao setor cooperativo pela questão da propriedade, por não ser nem público mas também não ser propriamente privado, numa altura que noutros países já se falava em economia social (Namorado, 2003). O setor não lucrativo fica situado entre o setor privado e o setor público, posição privilegiada para explorar atividades da obrigação estatal em regime de contrato programa que tende a complementar as suas atividades tradicionais, contribuindo assim para o bem-estar social (Barros, 1997).

### 2.1. Função económica das entidades sem fins lucrativos

A abordagem à razão de ser e existir do setor social é campo de estudo multidisciplinar, surgindo hodiernamente à dianteira a economia por estar na ordem do dia a discussão da política social num país em crise, que sistematicamente não gera riqueza para cobrir a despesa.

Tem-se estudado a função económica do terceiro setor e algumas teorias surgem como contraponto de outras, sendo que todas contribuem para a compreensão deste fenómeno:

- A tese da confiança vem buscar uma consequência da teoria da agência, enfatizada no mercado da saúde quanto à assimetria em termos de informação, que pende a favor do prestador de cuidados (Arrow, 1963). Logo, segundo esta tese, se o prestador não se mover em termos de maximização de lucro, isso pode ser encarado pelo utente como uma mais-valia, pensando que não haverá um detrimento da qualidade por essa via e que não será enganado. Nesse sentido, o estatuto de organização sem fins lucrativos gozará de um sinal de confiança perante os consumidores (Hansmann, 1980). Esta referência poderá não explicar tudo, pois se assim fosse dificilmente coexistiram também entidades com fins lucrativos num mesmo mercado. Já as próprias ESNL poderão ter pejo em explorar essa aparente vantagem competitiva para aumentar a sua quota de mercado, por poderem ser identificadas mais como agentes num mercado do que agentes de “fazer o bem” (Weisbrod, 1988).

- A teoria dos bens públicos (Weisbrod, 1988) refere que a satisfação da procura de bens públicos é coberta de um modo deficiente pelo setor público, deixando campo para a busca de bens específicos junto do setor social.

- A teoria dos *stakeholders* (BenNer & Ormisen, 1991), em contraponto com a anterior, visa encontrar resposta por via da organização do mercado e não do ponto de vista da procura. Segundo estes autores, existe uma relação entre a organização sem fins lucrativos, o utente e os *stakeholders* dessa organização que permite uma ligação entre quem dá e quem recolhe benefícios, tendo a organização por intermediária. Assim, o setor social aparece como o garante de que essa ligação se fará de um modo eficaz.

- A teoria neo-institucionalista (Salamon & Anheier, 1992) assenta a explicação da existência do terceiro setor pelo patamar legal, político, social e económico em que se encontra um país. Segundo estes autores, quanto maior for a desigualdade socioeconómica e houver incentivo legal e político para a criação de ESNL, maior será a preponderância destas instituições no mercado.

- A teoria da heterogeneidade (James, 1986) vem colocar a tónica no empreendimento religioso e ativista, pela existência de cidadãos e instituições que se pautam por valores ideológicos e que o pretendem demonstrar criando organizações que atuam no mercado como sinalizadores dos objetivos altruístas e não comerciais desses cidadãos.

- A Escola Institucional Americana efetua uma abordagem institucional, considerando que o liberalismo vem a enfatizar a rutura social e que o setor social serve para contrabalançar os efeitos perversos da economia de mercado, sempre que sobre os valores sociais e humanos se impõem os da necessidade de obtenção de lucros (Chasse, 1995).

Existem constatações empíricas para a motivação que justifica que, de um modo voluntário, alguém possa criar, pertencer ou doar tempo e dinheiro para instituições do setor social. Entre esses fatores encontram-se (Pillivian & Charng, 1990):

- o sentimento de pertença a um grupo ou organização;
- o altruísmo;
- a identificação com posições assumidas por outros e por grupos;
- a auto-satisfação;
- a expectativa de reconhecimento;

Aparentemente, este facto contraria a ideia de que os agentes em economia se movem pelos seus próprios interesses, fenómeno verificável no conceito de *free rider*<sup>2</sup>. Em mercado aberto compreender-se-á melhor a inspiração egoísta de cada um maximizar a utilidade individual de um bem público do que o espírito altruísta da doação. A existência da economia social aparece assim associada a estímulos, nomeadamente os de natureza tributária. A política fiscal seguida num determinado país incentiva a criação e manutenção do setor social de dois modos: *i*) pelo incentivo à doação e legados a favor das ESNL e *ii*) pelos benefícios fiscais diretos às mesmas entidades. No primeiro caso (Clotfelter, 1985), há uma ligação entre a vantagem fiscal conseguida pelos doadores e o valor dessas doações (considerando menor o preço da doação, sempre que a vantagem fiscal é maior), assim como em relação ao rendimento disponível. Este autor encontrou uma relação elástica quanto ao preço da doação, e uma relação inelástica quanto ao rendimento, ou seja, as instituições sem fins lucrativos receberão menos donativos sempre que a vantagem fiscal diminua, e receberão mais apoios sempre que haja um aumento de rendimento. No segundo caso, a não recolha de impostos (por via de isenção, redução ou devolução) que beneficia as ESNL representa, na prática, uma subvenção estatal para a transferência de responsabilidades do setor público para o setor privado, numa lógica liberal de diminuição de Estado Prestador para mais Estado Financiador, procurando maior eficiência, argumento principal para a privatização de serviços. Não será portanto de estranhar a iniciativa, em negociação, da devolução às Misericórdias de um conjunto entre 15 a 30 hospitais nacionalizados no pós-25 de abril. Manuel de Lemos, atual presidente da União das Misericórdias Portuguesas (UMP), aquando da XXVII Conferência do Conselho Pontifício dos Serviços de Saúde realizado no Vaticano entre 15 e 17 de novembro de 2012, referia que “... com a revolução dos cravos em 1974 o Governo resolveu nacionalizar os edifícios e a gestão dos nossos hospitais...” sendo que “no norte do país, 3 dos cerca de 100 hospitais que detínhamos, escaparam à nacionalização e rapidamente ganharam uma aura de credibilidade, assente na qualidade e na humanização da prestação de cuidados de saúde” (Lemos, 2012).

O crescendo das necessidades de apoio, nomeadamente as de saúde, tem conduzido a um aumento da despesa pública. Por sua vez, a questão da sustentabilidade conflitua com as dificuldades de financiamento e a necessidade (em Portugal, imperativo de acordo com o Memorando de Entendimento com a Troika) de redução do défice público. No equilíbrio entre a resposta às solicitações da população e a manutenção da sustentabilidade do SNS surge a transferência da prestação de cuidados para o setor privado, na forma de contratos-programa, legitimando o setor público a contratar uma determinada produção privada com financiamento público do bem, introduzindo um fator de concorrência entre os diversos fornecedores para aumentar a eficiência, sejam eles com ou sem fins lucrativos (como poderemos observar pelo exemplo do SIGIC e da RNCCI. Para que resulte (Barros, 1997) afirma

---

<sup>2</sup> *Free rider* - ideia de passageiro clandestino, aquele que consome o bem mas que não paga nem se preocupa com a escassez do bem.

que tem que existir um ambiente competitivo no setor, com múltiplos operadores a fornecer o mesmo bem, o processo deve ser publicitado com bastante informação e com um caderno de encargos devidamente especificado e claro e a aferição sistemática da qualidade e do cumprimento das condições contratuais.

Se o incremento da despesa pública é que colocou a tónica da insustentabilidade no longo prazo, o aumento do copagamento do utilizador para a obtenção dos bens representa um efeito moderador no consumo para além de diminuir a fatia do financiamento; no limite o problema ficaria sanado se o utilizador pagasse a totalidade do custo do bem, o que contraria o princípio distributivo da política social. Como a regra de utilizador-pagador não é levada a esse extremo, o setor público precisa de financiar a produção; fixando valores e preços terá que resolver os défices de exploração dos privados que contrata para o fornecimento de bens públicos. Contudo, a ideia de que a despesa social é crescente na proporção do Produto Interno Bruto (PIB) é contrariada por (Baumol, 1993) que refere que a inovação contínua em economia resulta num crescimento da produtividade, sendo necessário afetar menos recursos para a produção de bens.

Esta tendência do Estado-Providência subcontratar parece explicar a ascendência do terceiro setor, cuja ética e forma de organização consegue mobilizar o trabalho voluntário e conjugar outros recursos para uma economia mais solidária, seja ela de interesse dos seus associados (como nas mutualidades) ou de interesse público (como nas Misericórdias ou Fundações de Solidariedade Social, cujo exemplo aparece em capítulo próprio dedicado ao estudo de caso da Fundação de Aurélio Amaro Diniz (FAAD)).

Segundo este ponto de vista, a “possibilidade” de criação deu lugar à “necessidade”, apelando para um papel crescente das organizações não lucrativas emanadas da sociedade civil. E as sinergias que se tendem a desenvolver entre o terceiro setor, o setor mercantil e o setor público (Laville, 1989) são uma fonte de inovações organizacionais que estarão a transformar o Estado-Providência em Sociedade-Providência (Estevão, 1997). Boaventura de Sousa Santos vem chamar a atenção para o facto de que nas combinações estado-providência e sociedade providência é fundamental distinguir entre combinações regressivas e combinações progressivas (Santos, 1995), ou seja, entre combinações que captam a solidariedade para a mercantilizar ou mesmo para maximizar o seu potencial conservador, paternalista e até autoritário e as combinações que expandem a solidariedade a comunidades mais vastas e democratizam os seus pressupostos.

Assim se compreende, no caso das Misericórdias, a longevidade secular da sua ação, num processo cíclico de interação com as comunidades em que estão inseridas, adaptando-se a cada momento às suas necessidades e assumindo no seu compromisso o respeito pelo indivíduo. Nas palavras do Sumo Pontífice Bento XVI, “o princípio da subsidiariedade há-de ser estritamente ligado com o princípio da solidariedade e vice-versa, porque se a

subsidiariedade sem a solidariedade decai no particularismo social, a solidariedade sem subsidiariedade decai no assistencialismo que humilha o sujeito necessitado” (Bento XVI, 2009).

A particularidade de não procura de lucro, inscrita no ADN do setor social, não pode criar a ilusão de que o inverso é possível, pois há que gerar ou captar receitas que permitam a sustentabilidade das instituições, ou mesmo incrementar a sua área de ação. Esta é uma ponte com o setor lucrativo, que não deve ser escamoteada sob pena de falência da economia social, agravada nos últimos anos com a situação económica e financeira, que tornou mais difícil o acesso ao crédito tradicional (o crédito bancário), assim como o retorno do investimento, principal indicador de sustentabilidade. A conjuntura recomenda assim o aproveitamento do que melhor tenha a gestão do setor lucrativo, aplicando técnicas de *benchmarking* com parcimónia e bom senso de modo a gerar valor para as instituições mas também para as comunidades que servem, resolvendo situações socialmente multidimensionais e complexas, como as de saúde. A escassez de financiamento é ainda mais grave para entidades da esfera social, que podem ver a sua atividade comprometida, pondo em causa a sua missão, os seus valores e até a sua visão - o subfinanciamento das entidades não poderá levar a que sejam as instituições a descuidar o atendimento dos utentes que sejam prejudiciais à sua sustentabilidade?<sup>3</sup>, Se contrário aos valores do setor social é também contrário aos direitos dos doentes, consagrados na Lei de Bases da Saúde (Lei nº 48/90, de 24 de agosto) e que permitem aos utentes do SNS poder escolher o serviço (seja ele público ou privado com quem tenha sido celebrada convenção) e os profissionais de saúde, na medida dos recursos existentes e de acordo com as regras de organização, para serem tratados pelos meios adequados, humanamente e com prontidão, correção técnica, privacidade e respeito.

Os hospitais pertença e geridos por ESNL encontram o Estado como seu principal cliente, logo o financiamento está intimamente ligado à capacidade de compra e pagamento que deriva do orçamento que está afeto à saúde e à divisão que é feita para os diversos subsectores. A comunidade espera de uma ESNL benefícios que passam, entre outras situações, pela prestação de serviços com preços abaixo de custo mesmo que o Estado os não possa subsidiar (Arrington & Haddock, 1990). Não é, contudo, interesse da comunidade práticas que possam levar à insolvência do prestador e, não obstante este procedimento poder ter lugar por ser o modo de disseminar um serviço de interesse local generalizado, a própria comunidade acaba por ver com desagrado os sinais de falência de uma Instituição Particular de Solidariedade Social (IPSS). É mais facilmente identificado a prestação de um serviço a um preço mais baixo, porque há como o comparar no mercado do que os preços abaixo do custo, o que leva a que seja uma mais-valia pouco reconhecida (Silvers & Kauer, 1986). Estas duas vantagens combinadas, a que se associa a de que o excesso dos réditos sobre os gastos terem de, por

---

<sup>3</sup> O processo, conhecido por *skimming off* ou *cream skimming*, tem sido alvo de reparos no Reino Unido, em que dentro do sistema público há escolha de doentes, não pelas suas necessidades mas sim pelo seu retorno em termos de financiamento (Friesner & Rosenman, 2009) para a unidade de saúde.

natureza, ser investidos no próprio hospital perpetuando a sua ação, representarão reforço para o referido “sinal de confiança”. Serão então os benefícios para a comunidade que justificarão o desenvolvimento do setor social na área da saúde (Clement, Smith, & Wheeler, 1994). Conjugando as diversas correntes, poderemos dizer que o reforço da sua posição e o futuro do setor da saúde sem fins lucrativos depende de como conseguir conciliar a captação de recursos com a prestação de serviços à comunidade respondendo eficazmente aos desafios que colocam em causa a sua legitimidade. Para isso, inevitavelmente, terão de também aqui adotar para si as melhores práticas de *marketing* para que a mais-valia da sua existência seja notada e não esperar que seja após o seu desaparecimento que a comunidade se aperceba.

## 2.2. Características e tipologia das organizações da economia social

Poder-se-ia pensar que todas as unidades produtivas com autogestão e sem fins lucrativos, integrando as misericórdias, as mutualidades, as fundações e associações integram o conceito de IPSS, o que não corresponde à verdade. Por outro lado, poder-se-á dizer que fora da economia social ficará tudo o que é público e tudo o que é privado lucrativo e será esta divisão que usaremos em algumas análises, tendo então por objeto as ESNL.

As ESNL vêm assim a ser designadas pela Comissão de Normalização Contabilística no momento de publicação das Normas Contabilísticas de Relato Financeiro para estas entidades (NCRF-ESNL), pelo Decreto-Lei nº. 36-A/2011, de 9 de março. A normalização contabilística veio criar um normativo aplicável especificamente às entidades que prossigam, a título principal, atividades sem fins lucrativos e que não possam distribuir aos seus membros ou contribuintes qualquer ganho económico ou financeiro direto, designadamente associações, pessoas coletivas públicas de tipo associativo, fundações, clubes, federações e confederações. O preâmbulo deste decreto-lei vem a explicar a razão da criação de regras contabilísticas próprias aplicáveis às ESNL, inerentes a duas ordens de razões: a primeira, pela disseminação que estas entidades conheceram e do importante papel e peso que desempenham na economia, justificando o reforço da exigência de transparência relativamente às atividades que realizam e aos recursos que utilizam, nomeadamente através da obrigação de prestarem informação fidedigna sobre a gestão dos recursos que lhes são confiados, bem como sobre os resultados alcançados no desenvolvimento das suas atividades; e a segunda, porque vão além da mera atividade produtiva e da prestação de serviços, pois respondem a finalidades de interesse geral. Daqui resulta que, em sentido lato, o conceito de ESNL abarca mais organizações do que aquelas que são alvo deste estudo que, embora aí enquadradas, não se movimentam no campo da ação social ou da saúde. Doravante, embora se refira o termo genérico ESNL, apenas se consideram para efeitos deste estudo as que se

incluem no terceiro setor com atividade no campo da saúde. Todas elas se enquadram numa das tipologias a seguir mencionadas, que vêm a ser assim definidas pela Cooperativa António Sérgio para a Economia Social (CASES, 2011):

» IPSS - As Instituições Particulares de Solidariedade Social são instituições constituídas sem finalidade lucrativa, por iniciativa de particulares, com o propósito de dar expressão organizada ao dever moral de solidariedade e de justiça entre os indivíduos e desde que não sejam administradas pelo Estado ou por um corpo autárquico;

» Misericórdias: As Irmandades da Misericórdia ou Santas Casas da Misericórdia são associações constituídas na ordem jurídica canónica com o objetivo de satisfazer carências sociais e de praticar atos de culto católico, de harmonia com o seu espírito tradicional, informado pelos princípios de doutrina e moral cristã. As irmandades associam leigos, animados pela mesma fé e unidos pelos mesmos objetivos de testemunharem em colegialidade uma caridade fraternalista, constituindo uma presença e uma força de esperança junto de todos os que precisam;

» Mutualidades: As associações mutualistas são instituições particulares de solidariedade social com um número ilimitado de associados, capital indeterminado e duração indefinida que, essencialmente através da quotização dos seus associados praticam, no interesse destes e de suas famílias, fins de auxílio recíproco. Nesses fins integram-se designadamente a concessão de benefícios de segurança social e de saúde destinados a reparar as consequências da verificação de factos contingentes relativos à vida e à saúde e a prevenir, na medida do possível, a verificação desses factos. Podem ainda ter outros fins de proteção social e de promoção da qualidade de vida, através da organização e gestão de equipamentos e serviços de apoio social, de outras obras sociais e de atividades que visem especialmente o desenvolvimento moral, intelectual, cultural e físico dos associados e suas famílias;

Tanto as misericórdias como as mutualidades são consideradas IPSS e, se como tal registadas, gozam automaticamente do estatuto de utilidade pública. A reter que apenas representam 1,9% das entidades que se consideram na economia social para efeitos da conta satélite da economia social, sendo que em termos de atividade a face mais expressiva é das organizações que se dedicam à cultura, desporto e recreio, que se aproximam de metade (48,4%).

O estudo de 2005 que juntou a Universidade Católica Portuguesa e a Johns Hopkins University (Franco, Sokolowski, Hairel, & Salamon, 2005), considerou, para permitir uma comparação internacional, que uma organização para pertencer ao setor não lucrativo teria de ter as seguintes características operacionais:

- Serem privadas, ou seja, estarem institucionalmente desligadas do setor público (embora possam receber deste apoio financeiro ou logístico);

- Não distribuidoras de lucro, i.e., a geração de mais-valias dentro da sua atividade têm de ser reinvestidos dentro da organização;
- Têm de estar organizadas, ter uma estrutura legitimada para a tomada de decisões e regularidade de operações, com a existência de membros, quer estejam ou não formalmente constituídas ou legalmente registadas (embora a informalidade quando organizada tenda a caminhar para o efetivo registo);
- Autogovernadas, com os seus próprios mecanismos de governação interna, podendo inclusive encerrar a atividade e controlar as suas operações;
- Assentes em voluntariado, em que ser membro, participar ou contribuir em tempo ou dinheiro não é exigido por lei nem uma condição de cidadania ou de outra forma obrigatória.

Tendo por máxima estas características, a definição deste setor acaba por abranger organizações religiosas e seculares, as organizações emergentes da sociedade civil quer tenham só voluntários quer tenham pessoas remuneradas assim como as organizações de defesa de causas e expressão cultural. Acima de tudo, engloba as entidades objeto deste estudo, que são as que, sem fins lucrativos, se empenham em funções de serviço de saúde.

O n.º 5 do artigo 63º da CRP prescreve que “o Estado apoia e fiscaliza, nos termos da lei, a atividade das instituições particulares de solidariedade social e de outras de reconhecido interesse público sem caráter lucrativo, com vista à prossecução de objetivos de solidariedade social”, onde se inclui a solidariedade na doença (Sousa, 2000). As IPSS estão reguladas pelo seu Estatuto aprovado pelo Decreto-Lei n.º 11/83, de 25 de fevereiro.

Além das características enunciadas no estudo atrás referido para uma organização pertencer ao setor social, o ser IPSS pressupõe ainda a prossecução do objeto mediante a concessão de bens e a prestação de serviços, objeto que vem tipificado de um modo meramente exemplificativo de:

- Apoio a crianças e jovens;
- Apoio à família;
- Apoio à integração social e comunitária;
- Proteção dos cidadãos na velhice e invalidez;
- Proteção dos cidadãos em todas as situações de falta ou diminuição de meios de subsistência ou de capacidade para o trabalho;
- Promoção e proteção da saúde;
- Educação e formação profissional dos cidadãos;
- Resolução dos problemas habitacionais das populações;

Às IPSS não está vedado o desenvolverem outros fins, desde que eles sejam cumulativamente não lucrativos e compatíveis com os fins anteriormente enunciados.

Uma organização para vir a ser considerada IPSS pode assumir uma das seguintes formas jurídicas: (Irmandades de) Misericórdias; Fundações ou Associações.

Para além desta tipificação, podemos acrescentar que estão sob o regime jurídico das IPSS:

- As organizações e instituições religiosas, sempre que exerçam as atividades atrás mencionadas (sujeição objetiva);
- Institutos que proponham fins de solidariedade social criados ou geridos por organizações e instituições religiosas;
- Cooperativas de solidariedade social que prossigam os fins de solidariedade social e que tenham pedido esse reconhecimento à Direção Geral da Ação Social nos termos da Lei n.º 101/97, de 13 de setembro;

As Misericórdias (Irmandades de Misericórdia ou Santas Casas de Misericórdia), enquanto associações constituídas na ordem jurídica canónica, têm um regime específico dentro do Estatuto de IPSS, que não colide com as questões canónicas. O mesmo se aplica aos Institutos de origem religiosa cujo objeto entre na esfera do das IPSS, o que equivale a dizer que a igreja católica poderá assumir constituir qualquer uma das formas (misericórdias, fundações e associações) para a prossecução dos seus fins solidários.

As associações, conforme preconiza o artigo 157º do Código Civil (CC), são aquelas que “não tenham por fim o lucro económico dos associados”, o que determina que tenham um fim ideal, económico mas não lucrativo, desinteressado ou altruístico. Serão assim IPSS em forma jurídica de associação as que o façam como Associação de Solidariedade Social, Associação de Voluntários de Ação Social ou Associação de Socorros Mútuos.

Deixa-se para o fim a análise da questão das Fundações, por ser um assunto que merece maior atenção pela convulsão que esta figura jurídica atravessa na sociedade portuguesa. Convém no entanto esclarecer que sempre que uma Fundação é reconhecida como IPSS é designada de Fundação de Solidariedade Social e que o artigo 157º do CC estabelece que tem de haver uma finalidade de utilidade social para ser reconhecida, desde logo, a Fundação.

A publicação da Lei-Quadro das Fundações (Lei 24/2012 de 9 de julho) vem reformular todo o processo de criação, registo e *modus operandi* deste tipo de organizações. Esta lei foi precedida pela Lei n.º 1/2012, em que obrigou à realização de um censo às fundações com vista a avaliar o respetivo custo/benefício e viabilidade financeira para se decidir sobre manutenção dos apoios financeiros públicos. O relatório do Tribunal de Contas (TC) de 2011 e o Memorando de Entendimento (MoU) subjacente ao Programa de Assistência Económica e Financeira a Portugal aludiam à dispersão legislativa e à falta de registo das Fundações e dos meios por elas usados, nomeadamente as de cariz público.

Assim, este quadro normativo surgiu como regulador da criação, funcionamento, monitorização, reporte, avaliação do desempenho e extinção das Fundações, que doravante passam a poder ser classificadas de Fundações Públicas, Públicas de Direito Privado e Privadas e, dentro destas, reconhecidas ou não de Utilidade Pública.

Após o censo, ao qual responderam 578 privadas e 135 públicas, muitas dúvidas se levantaram à interpretação desta lei que entrou em vigor no dia 16 do julho de 2012 e que deixou 6 meses para a adaptação das existentes às novas obrigações, onde se conta os novos modelos de governo fundacional (Oliveira, 2012). Esse processo, que se não adivinhava fácil, obteve em 8 de janeiro de 2013<sup>4</sup> o alargamento do prazo em mais 6 meses por despacho do Secretário de Estado da Presidência do Conselho de Ministros, Luís Marques Guedes, tal como vinha pedindo o Centro Português de Fundações (CPF), entidade que congrega 150 membros. Várias fundações poderão ver em causa o Estatuto de Utilidade Pública, assente em determinados critérios que se prendem, nomeadamente, com a relação das fontes de receita e as despesas próprias com funcionários e membros dos órgãos sociais. Não será o caso da instituição que se irá analisar no capítulo 5, cujos órgãos sociais não são remunerados e cuja principal fonte de rendimentos resulta de serviços prestados no domínio da saúde e da ação social.

O Estatuto de Utilidade Pública é concedido às IPSS no seu registo, automaticamente, sendo que algumas fundações já a teriam antes da publicação da norma que regula as IPSS. A Lei-Quadro das Fundações vem a determinar que esse Estatuto carece de ser renovado de 5 em 5 anos, o que resulta numa exigência que não aparece para as demais IPSS's que não são fundações, o que por si só é uma incongruência e discriminação que se não percebe (Oliveira, 2012).

A necessidade de transparência que impende sobre todas as organizações vem a ditar um conjunto de obrigações de divulgação na internet, desde códigos de conduta a relatórios de atividades e contas.

Neste momento e apesar de contrariar o disposto na Lei-Quadro em termos temporais (o que por si só justificará o prolongamento para a adequação de estatutos de cada fundação ao que a mesma preconiza), ainda não foi disponibilizado o relatório de avaliação das fundações que sejam IPSS, mas somente o daquelas que não reúnem aquela característica, o que portanto nos afasta do âmbito deste estudo<sup>5</sup>.

---

<sup>4</sup> Despacho n.º 684/2013, publicado na 2ª Série do Diário da República em 11 de janeiro de 2013, entrando em vigor no dia útil seguinte, data a partir do qual se contam os 6 meses.

<sup>5</sup> Para mais informações sobre as demais fundações, poderá ser consultado o relatório disponibilizado em 2 de agosto de 2012 no Portal do Governo em <http://www.portugal.gov.pt/pt/os-ministerios/ministerio-das-financas/mantenha-se-atualizado/20120802-relatorio-fundacoes.aspx>.

### 2.3. Evolução da assistência social portuguesa na saúde

Antes do século XV, são escassas as disposições legislativas que regulem as obras de caridade, que foram nascendo de iniciativas particulares ou coléticas e tomaram a feição que a munificência ou a piedade do instituidor determinava (Bigotte, 1959).

Nos primórdios da nacionalidade portuguesa, o mosteiro cisterciense de Alcobaça construiu um Hospital “onde fossem curados gratuitamente os pobres, não só dos coutos mas de toda a parte do Reino, que ali viessem pedir agasalho e auxílio” (Peres, 1940). Os Templários, a Ordem da Santíssima Trindade, os Cónegos Lóios, os Franciscanos e outras ordens religiosas mantinham nas suas casas hospitais e asilos para os pobres ou tomavam conta dos hospitais particulares; outras vezes exerciam a enfermagem e, sobretudo, em ocasiões de epidemias, eram os religiosos quem sempre acudiam aos desprotegidos com remédios e enterrava os mortos (Almeida, 1915). Nos finais do século XII, há registo de 3 instituições que centralizam a assistência: as confrarias do Espirito Santo, a corporação de S. Antão e a corporação de Nossa Senhora do Rocamador (Correia, 1944).

Os hospitais surgem também fora da esfera das ordens miliares ou monásticas, uns por iniciativa régia, outros devido à caridade de particulares. Contudo, a sua multiplicação e a diminuição de rendimentos veio a ditar uma fusão entre eles para cumprir os legados pios (Almeida, 1915). Deu lugar ainda às Gafarias, com a recrudescência da lepra em toda a Europa, sendo que estas leprosarias eram mais asilos onde se recolhiam incuráveis que toda a gente repelia do que propriamente hospitais onde houvesse esperança de cura (Correia, 1944). Na sua génese esteve o rei, mas houve também as de administração municipal e as criadas pelos próprios leprosos, que se mantiveram até ao século XV e XVI, com a eliminação da doença, passando algumas delas a integrar Misericórdias.

As Albergarias são as mais representativas da assistência medieval em Portugal, acima de tudo para dar pousada aos peregrinos, embora algumas passassem a curar doentes. O cargo de albergueiro era bastante disputado, por causa do rendimento (Correia, 1944), sendo que algumas eram administradas por confrarias ou ordens religiosas. A maior parte delas foram criadas por pessoas devotas que queriam exercer a caridade, elegendo como seus protegidos os peregrinos para que estes pudessem evitar os ladrões e minimizar a agrura das caminhadas (Peres, 1940). Havia ainda as mercearias, como asilos de inválidos e de pobres envergonhados, ou seja, pessoas que haviam vivido bem mas haviam caído na miséria (Ribeiro, 1903). Os asilados ficavam com a obrigação de rezar pelos benfeitores. Muitas mercearias, por estarem anexas a capelas, albergarias, hospitais e gafarias, são confundidas com elas, por não se conhecerem os testamentos dos instituidores nem os compromissos ou regimentos (Correia, 1944).

Paralelamente, já nos séculos XII e XIII aparecem as corporações de mesteres, pensadas para a defesa dos interesses de uma determinada profissão (como as de apoio de atividades associadas ao mar, chamadas de compromissos marítimos ou confrarias dos mareantes (Ribeiro, 1903).

No final do século XV (1498), relacionadas com a Igreja Católica, surgem sob influência das ideias Franciscanas e Dominicanas, que promoviam a ligação entre as “obras de misericórdia” e o alcance da salvação junto dos que enriqueciam com os descobrimentos marítimos da época, as Misericórdias, que vieram a estabelecer uma forte base de instituições sociais não lucrativas no país e que persiste ainda hoje. O primeiro compromisso de Misericórdia terá sido escrito pelo Frei Miguel de Contreiras, em Lisboa, com o patrocínio da Rainha D. Leonor, fonte de inspiração para todas as que se lhe seguiram (seria 19 em meados do século XIX) (Bigotte, 1959).

Não devemos descurar que a era industrial no primeiro quartel do século XIX criou o contexto socioeconómico propício à associação dos trabalhadores, para defesa dos seus direitos mas também para segurança em caso de doença, morte ou incapacidade. De forma semelhante surgiram as associações de socorro mútuo para organizar, entre os migrantes urbanos, atividades culturais mas também formas de assistência. No virar para o século XX temos as associações humanitárias de bombeiros voluntários e as mútuas agrícolas (Franco *et al.*, 2005), que se foram disseminando por todo o país (as ligadas com perfil de poupanças e crédito passaram a caixas, hoje reunidas no Grupo Crédito Agrícola e as com perfil segurador vieram a designar-se montepios. A 18 de março de 1924 reuniu, em Lisboa, o primeiro Congresso das SCM, onde se fizeram representar 201 Santas Casas, sob o desígnio da crise que as afetava e que não permitia a sua missão tradicional. Por via dessa manifestação de força, surgiu a Lei nº. 1641 de 29 de julho de 1924, que autorizava o governo a liquidar os défices de gerência das Misericórdias do país que mantivessem organismos de assistência (Bigotte, 1959). Outros exemplos encontrámos na literatura que nos permitem afirmar que, nestes últimos 500 anos, as Misericórdias representaram a forma mais organizada e adaptada ao povo português de instituição privada de beneficência em todas as circunstâncias económicas e políticas do país, representando o processo de nacionalização dos hospitais apenas um episódio nessa história secular e cujos efeitos práticos da devolução (iniciada em 1981) terá agora novos capítulos.

Atualmente é possível observar novos cenários, que reforçam cada vez mais a importância do setor. Por exemplo, no trabalho apresentado pelo Centro de Estudos da Sociedade Civil da Universidade John Hopkins, na versão comparada com o caso português (Franco *et al.*, 2005), é referido que as despesas do terceiro setor em 2002 eram de 4,2% do PIB e que seria expetável o seu crescimento já que na média dos 38 países avaliados essa percentagem era de 7,4, sendo mais alta nos países mais desenvolvidos.

A mesma Universidade vem a disponibilizar, com o apoio das Fundações Calouste Gulbenkian, Aga Khan e Luso Americana um novo relatório, apresentado em abril de 2012, tendo por base dados recolhidos pelo Instituto Nacional de Estatística (INE) (Salamon, Sokolowski, Haddick, & Tice, 2012). Tal estudo refere que em 2006 o setor não lucrativo empregava um total de 185 mil pessoas, correspondendo a 4,3% do emprego no país e situava em 2% do PIB (2,7 mil milhões de euros). Numa escala de 15 países, Portugal ocupava o 9º em termos de percentagem de funcionários (a média é 5,5%) mas era o 13º (aqui já comparando 16 países) em termos de contributo para o PIB ocupando o 13º lugar num total de países que forneceram dados. Os serviços de índole social representavam 52% do total do emprego no setor não lucrativo no ano de 2006 em Portugal e os de saúde 7%, sendo que o contributo para o PIB era de 47% e 8% respetivamente.

Note-se que um dos itens passível de crítica é o facto de no estudo em causa se ter considerado toda a atividade das Misericórdias no setor social, sem a distinção do que respeita a cuidados de saúde, o que provavelmente enviesa resultados comparativos desse estudo. A razão deste viés poderá advir da apresentação de contas das entidades junto da Segurança Social, em que há uma obrigação de vir a fazer uma demonstração de resultados por tipo de serviço desde que ligadas às atividades de ação social, próprias dos acordos de cooperação estabelecidos com aquele ministério<sup>6</sup>. Deste modo, mesmo que a atividade principal seja a hospitalar, não há na prestação de contas à tutela a devida evidência desse facto.

No que concerne à fonte de receitas, Portugal no período 2002-2010 ocupava o 10º lugar medido a 13 países no volume de receitas por serviços prestados, com 31% (média de 44%). As restantes receitas provém do Estado (41%), 10% de transferências de privados e 19% de outras origens não especificadas. O próprio estudo refere que o valor elevado das outras origens em Portugal (se comparado com a média que é inferior a 4%), se poderá ficar a dever a diferentes conceitos de fontes de rendimento e a discrepâncias estatísticas, havendo limitações dos dados para poder verificar.

Em forma de conclusão, os autores referem que o relatório revelou um maior setor não lucrativo do que inicialmente estimado, que emprega um significativo número de funcionários e que congrega uma diversificada fonte de rendimentos que não têm os donativos como origem primária. Ao mesmo tempo e, segundo estes, talvez pelo longo tempo do país sobre controlo autoritário, o setor fica aquém de outros países na análise global assim como distanciado de outros componentes da economia portuguesa em termos salariais e nos recursos que tem ao dispor. Comparativamente, é considerada exagerada a dependência em

---

<sup>6</sup> Resultados por valência de respostas sociais como Lar de idosos, Creche, Educação Pré-Escolar, Apoio Domiciliário, etc.. Não contempla apresentação de contas da atividade hospitalar, sendo todas remetidas agrupadas em “outras atividades”, onde se poderão incluir atividades agrícolas, rendas de imóveis, atividades em igrejas, administração de cemitérios, etc..

termos de apoio quer filantrópico quer estatal, referindo ainda que embora o setor tenha crescido a uma escala impressionante desde o fim do Estado Novo, tem uma longa distância a percorrer para atingir o patamar dos seus sócios europeus.

No relatório publicado em dezembro de 2012, o INE divulgou que, em 2010, a Economia Social representou 2,8% do Valor Acrescentado Bruto (VAB) Nacional, 4,7% do emprego total e 5,5% do emprego remunerado. As remunerações pagas pela Economia Social representaram 4,6% do total das remunerações, correspondendo a remuneração média neste setor a pouco mais de 4/5 da remuneração média no conjunto da economia. Neste setor integravam-se cerca de 55 mil unidades, que se distribuíam por um conjunto diversificado de atividades, entre as quais se destacavam os serviços de ação e solidariedade social, com um peso relativo no VAB da Economia Social de 41,4%. Nos serviços de saúde haveria 805 unidades, com um peso no VAB da Economia Social de 3,8% (149,9 milhões de euros).

### 3. Metodologia

A metodologia da presente investigação foi desenhada tendo em vista a averiguação do peso do setor social na prestação de cuidados de saúde na região centro, assim como os fatores condicionantes ou potenciadores da presença das ESNL na prestação de cuidados de saúde.

Depois de analisada a literatura disponível, recolhida via internet, em bibliotecas e em documentação na posse de particulares ligados a ESNL, percebemos não haver dados disponíveis, nem tradição de os disponibilizar, seja pelas entidades prestadoras de serviços, seja pelo regulador e financiador. As próprias contas apresentadas com carácter de obrigatoriedade pelas IPSS à Segurança Social não evidenciam a área da saúde, talvez pela falta de afinidade que a tutela fiscalizadora tem para com aquele ramo específico da prestação de cuidados, não obstante poder representar a maior fatia da atividade de algumas instituições. Contudo, a crescente profissionalização dos responsáveis pela contabilidade destas organizações, juntamente com a necessidade de um Técnico Oficial de Contas (TOC), é garante de uma contabilidade que se preocupa em evidenciar uma separação de gastos e créditos de cada uma das valências. Crê-se portanto que tal limitação, que vem desde o Plano Oficial de Contas para as Instituições Particulares de Solidariedade Social (POCIPSS)<sup>7</sup>, virá a ser ultrapassada no curto prazo. Dado este obstáculo condicionador da recolha de dados secundários fiáveis e adequados à investigação em causa, restava recorrer à entidade que tem por obrigação proceder ao pagamento dos serviços prestados pelos privados em termos regionais, ou seja, a Administração Regional Saúde do Centro (ARSC). Paralelamente foram contactadas as três entidades representativas do setor: União das Mutualidades Portuguesas, a Confederação Nacional das Instituições de Solidariedade (CNIS) e a UMP e dentro desta, o Grupo Misericórdias Saúde (GMS), com vista a recolher dados que passariam, desde logo, pela capacidade instalada. Tendo em conta a regulação, fez-se um levantamento exaustivo da legislação, a que se fará referência ao longo da dissertação.

De forma a organizar a recolha e análise dos dados, foram definidos *a priori* três eixos da participação das IPSS no campo da saúde, por serem os mais representativos: o SIGIC, a RNCCI e as convenções. Haveria outros, como o Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral (PNPSO), as próprias farmácias pertença de entidades sem fins lucrativos, e outras vertentes incluídas no atual Plano Nacional de Saúde (PNS)<sup>8</sup>. Se a medida de celebração de convenções decalca temporalmente a génese do SNS, as outras duas surgem na última década como

---

<sup>7</sup> Instituído pelo Decreto-Lei n.º 78/89, de 3 de março, é substituído pelas Normas Contabilísticas de Relato Financeiro para as Entidades do Setor Não Lucrativo (NCRF-ESNL), numa aproximação ao Sistema de Normalização Contabilístico (SNC), de aplicação obrigatória às IPSS desde 2012 (e facultativa desde o exercício de 2011).

<sup>8</sup> O atual PNS contempla o período de 2012 a 2016 e pretende reforçar a capacidade de planeamento e operacionalidade do Sistema de Saúde Português. Os documentos que o compõem estão disponíveis em <http://pns.dgs.pt/pns-2012-2016/>.

resposta às necessidades emergentes da nova realidade demográfica - população mais envelhecida e portadora de doenças crónicas incapacitantes. Em conjunto, são as medidas mais representativas da transferência para o setor privado da prestação de serviços públicos em saúde.

Na ARSC, depois do despacho positivo do pedido formal para o acesso aos dados globais e específicos das medidas a estudar, foram contactados os seguintes setores:

- » Secretariado do Conselho Diretivo,
- » Departamento de Planeamento e Contratualização,
- » Coordenação Regional do Centro de Cuidados Continuados Integrados,

nas pessoas dos seus diretores, que nos encaminharam para colaboradores que recolheram os dados nos sistemas de informação informatizados e os disponibilizaram. Nessa recolha de dados foi obtido todo o histórico do SIGIC e da RNCCI, assim como os dados mais recentes no que respeita às convenções e acordos de cooperação. Houve a preocupação ética de, por via dos dados obtidos, não cruzar dados pessoais com os das patologias, retirando todos aqueles que, não prejudicando a validade dos dados, identificassem pessoas.

Os dados corresponderam aos possíveis de obter em outputs dos registos administrativos informatizados nas aplicações específicas das medidas focadas, cruzando com os do departamento financeiro para confirmação. Exportaram-se essas bases de dados para o Microsoft Office Excel®, versão de 2007, para aplicar filtros e ordenações que permitissem orientar a análise para a resposta às questões enunciadas. Obtida essa sistematização dos dados, que permitiu alcançar os resultados apresentados, quer em termos absolutos quer relativos, estes foram agrupados em tabelas ou trabalhados com o auxílio de gráficos para melhor evidência e sustentação das conclusões.

Identificadas as ESNL da região centro, foi levada a cabo uma busca de dados disponíveis na internet e foi escolhida uma organização que, para além de se envolver num leque alargado de prestação de cuidados de saúde, o fazia nalguns casos de um modo único nos hospitais IPSS da região centro. O histórico da sua unidade hospitalar, criada em meados do século passado em instalações desenhadas e construídas para o efeito, que passou pelo imperativo da nacionalização, oferecia o campo de estudo ideal para avaliar a intenção de devolver mais hospitais à iniciativa privada social. Para além disso, a receptividade encontrada em termos de disponibilização de dados, para além dos já encontrados na sua página da internet, a que se juntou a possibilidade de entrevistar pessoas que estiveram, ou estão ligadas à instituição, ao longo de um vasto período da sua existência, reforçou a opção desta organização para servir de estudo de caso.

Foi ainda recolhida documentação veiculada atualmente pela comunicação social e, sempre que possível, foram solicitados os comunicados enviados à imprensa, para se ter acesso à fonte da informação. O capítulo seguinte evidencia a sistematização dos dados recolhidos e análise dos respetivos resultados.



## **4. O Impacto das medidas governamentais na adesão das entidades do setor social**

### **4.1. A redução das listas de espera para cirurgia**

O SIGIC, criado em 2004, arrancou na região centro em 2006 depois de uma fase piloto noutras zonas do país (ver apêndice 1). Foi precedido de outras medidas, desde 1995, que tinham na sua base a resposta ao problema das listas de espera para cirurgia, cujo tempo entre a inscrição e a efetiva realização do ato atingia períodos ética e economicamente inaceitáveis. Da análise que se fez do programa, é possível destacar dois pontos fracos no que respeita ao relacionamento com as entidades do setor social: i) um doente poderá estar inscrito na Lista de Inscritos para Cirurgia (LIC) e, em simultâneo, numa lista de um qualquer Hospital da área social, optando eventualmente por aquele que o venha a acolher mais rapidamente, isto devido à não existência de uma ligação informática que venha a incluir os utentes atendidos num hospital na mesma lista nacional, obviando registos repetidos e redundantes; e ii) a incongruência das tabelas, ou seja, estas para um mesmo ato médico são diferentes: uma instituição poderá receber por um mesmo doente e, portanto, mesma patologia e mesmo Grupo de Diagnósticos Homogêneos (GDH), um valor diferente, conforme o tenha atendido via SIGIC ou via acordo celebrado. Tendo como pagador o mesmo Estado, esta situação revela-se anacrónica e desconforme com a necessária transparência e eficiência na gestão dos dinheiros públicos. De notar que com a aprovação da Lei n.º 41/2007, publicada no Diário da República (DR), 1ª série, de 24 de agosto de 2007, a garantia de equidade no acesso, enquanto significado de tratamento igual para igual necessidade, é um imperativo legal, cuja avaliação e controlo passaria necessariamente pela inclusão no SIGIC de todas as entidades que prestavam cuidados de saúde aos beneficiários do SNS. Voltaremos a este assunto mais à frente desta dissertação, com dados de um hospital da rede social.

O SIGIC tem na Administração Central de Sistema de Saúde, IP (ACSS) a Unidade Central de Gestão de Inscritos para Cirurgia (UCGIC), unidade estratégica responsável pela definição e implementação dos mecanismos para que o programa funcione dentro das suas normas e para o alcançar de metas, hoje em dia definidas para atingir em 2014 um sistema transparente e sustentável que garanta a mais de 95% dos utentes o acesso adequado aos serviços cirúrgicos do SNS. Aquele Instituto Público (IP) surge assim como o corpo para esta área, subdividindo-se depois em ramos que passam pela Unidade Regional de Gestão de Inscritos para Cirurgia

(URGIC), ao nível das Administrações Regionais de Saúde (ARS's) e pelas Unidades Hospitalares de Gestão de Inscritos para Cirurgia (UHGIC).

O sistema criado assentava em cinco grandes princípios que se mantêm atuais:

- » Garantia de tratamento dentro de um período definido de acordo com regras claras;
- » Maior compromisso do hospital expresso pela emissão de um certificado de inscrição na LIC;
- » Maior envolvimento do utente no reconhecimento dos seus direitos e deveres, formalizado com a assinatura do consentimento para a inscrição na LIC;
- » Maior uniformidade do processo, garantindo, através da publicação de um regulamento processual, a uniformização do tratamento dos utentes com necessidade de terapêutica cirúrgica;
- » Maior controlo e transparência através da constituição de unidades de apoio ao SIGIC a três níveis: hospitalar, regional e nacional;

O reforço da responsabilização do hospital de origem do doente surge já com o Orçamento de Estado (OE) de 2013, que preconiza que a despesa no setor convencionado com doentes será paga através do financiamento das instituições, com exceção dos doentes encaminhados pelos hospitais em regime de Parceria Público Privada (PPP), cuja responsabilidade se mantém na ACSS. No OE lê-se que “esta alteração tem como consequência orçamental a redução do volume financeiro de responsabilidade central”. Daqui resulta que, se para 2012 estavam previstos a nível nacional 21 milhões de euros para o SIGIC, para 2013 esse valor será de dois milhões de euros, referentes ao pagamento dos doentes encaminhados para o sector convencionado. Esta medida vem na sequência de outras para “obrigar” (como se abordará na discussão) os hospitais de origem a serem muito mais criteriosos no agendamento de intervenções cirúrgicas, de modo a obviar aos custos com a deslocação de doentes para o sector convencionado.

#### 4.1.1. Atividade do SIGIC na região Centro - análise de resultados

Para análise recolheram-se dados da atividade da URGIC desde a implementação do programa resumidos, em termos financeiros, até 2011, na tabela 1 (dados recolhidos no Sistema Informático de Gestão de Lista de Inscritos para Cirurgia (SIGLIC)).

Tabela 1: Indicadores de faturação da URGIC centro no período 2006-2011.

	<i>Número de faturas validadas*</i>	<i>Valor**</i>	<i>Valor médio por fatura</i>
2006	133	185.430,45 €	1.394,21 €
2007	5.462	8.511.592,01 €	1.558,33 €
2008	7.217	13.921.486,48 €	1.928,99 €
2009	5.291	11.701.720,46 €	2.211,63 €
2010	7.619	17.697.239,48 €	2.322,78 €
2011	6.510	14.104.441,00 €	2.166,58 €

\* Número de faturas referentes a processos no estado "concluído financeiramente" e validadas no período de 1 de janeiro a 31 de dezembro de cada ano.

\*\* Valor total das faturas validadas no respetivo ano, sem dedução das taxas moderadoras.

Assim, conclui-se ter havido um conjunto de 32.232 utentes da região Centro abrangidos pela medida desde a sua implementação no território até ao final de 2011, tendo-se utilizado 66.121.909,88€. Trata-se, pois, do número de doentes oriundos de hospitais com propriedade e gestão pública (exclusiva ou não) e que vieram a ser atendidos na rede convencionada para este efeito.

Utilizando dados de 2010 e 2011, recolhidos nos hospitais, compilou-se na tabela 2 o compromisso financeiro assumido por hospital da rede pública em termos de doentes que vêm a ser atendidos nas entidades convencionadas (estão identificados todos os hospitais da região centro e agrupados os que se encontram sob a gestão conjunta).

Tabela 2: Origem da despesa do SIGIC em entidades convencionadas nos anos de 2010 e 2011.

<i>Hospital Origem</i>	<i>2010</i>	<i>2011</i>
»Hospital Pediátrico de Coimbra	2.016,32 €	0 €*
»Centro Hospitalar de Coimbra	2.751.275,29 €	2.736.647,97 €
»Hospitais da Universidade de Coimbra	8.557.932,47 €	6.341.534,32 €
Centro Hospitalar e Univ. de Coimbra, EPE	11.311.224,08 €	9.078.182,29 €
Centro Hospitalar da Cova Beira, EPE - Covilhã	73.672,91 €	107.426,68 €
Hospital Arcebispo João Crisóstomo - Cantanhede	158.149,52 €	108.145,27 €
Hospital D. Figueira da Foz, EPE	1.545.551,62 €	1.081.049,53 €
»Hospital de Nossa Senhora da Assunção - Seia	92.592,15 €	13.668,42 €
»Hospital Sousa Martins - Guarda	679.052,56 €	613.365,28 €
Unidade Local de Saúde da Guarda, EPE	771.644,71 €	627.033,70 €
»Hospital Visconde Salreu - Estarreja	0 €*	0 €*
»Hospital Distrital de Águeda	86.767,78 €	13.594,27 €
»Hospital Infante D. Pedro, EPE - Aveiro	573.592,81 €	847.054,22 €

A importância do terceiro setor na prestação de cuidados de saúde

<i>(cont.) Hospital Origem</i>	<b>2010</b>	<b>2011</b>
Centro Hospitalar Baixo Vouga, EPE	660.360,59 €	860.648,49 €
»Hospital Santo André, EPE - Leiria	754.369,57 €	292.895,40 €
»Hospital Distrital de Pombal	809,25 €	809,25 €
Centro Hospitalar Leiria Pombal, EPE	755.178,82 €	293.704,65 €
»Hospital Distrital de Tondela	151.050,14 €	112.939,28 €
»Hospital São Teotónio, EPE - Viseu	2.157.519,19 €	1.688.758,30 €
Centro Hospitalar Tondela Viseu, EPE	2.308.569,33 €	1.801.697,58 €
Instituto Port. de Oncologia de Coimbra, EPE	66.537,98 €	30.477,54 €
Unidade Local de Saúde de Castelo Branco, EPE	78.117,04 €	97.802,83 €
Hospital Dr. Francisco Zagalo - Ovar	0 €*	0 €*
Hospital Luciano de Castro - Anadia	0 €*	0 €*
Centro Medicina de Reab. RC Rovisco Pais	0 €*	0 €*
<b>TOTAL ARSC</b>	<b>17.729.006,60 €</b>	<b>14.086.168,56 €</b>

\* Valores a "0" significam que não houve utentes desses hospitais no ano respetivo a serem referenciados para a rede convencionada do SIGIC.

Para um mesmo período obtém-se da SIGLIC e da própria URGIC, dados com valores discrepantes, que pela imaterialidade da diferença se optou por descurar.

As tabelas 3 e 4 resumem, para o mesmo período de anos desde a implementação do SIGIC na região centro, a atividade pelo tipo de convencionados com a separação atrás mencionada, quer por número de doentes quer pelo volume de faturação:

- a) Entidades fora da região Centro;
- b) ESNL Centro;
- c) Privados (com fins lucrativos) da Região Centro;

Tabela 3: Número de utentes SIGIC da ARSC atendidos no período 2006-2011, por tipo de entidade.

	<i>Fora</i>	<i>%</i>	<i>ESNL</i>	<i>%</i>	<i>Privados</i>	<i>%</i>
<b>2006</b>	40	30,1%	43	32,3%	50	37,6%
<b>2007</b>	1051	19,2%	786	14,4%	3.625	66,4%
<b>2008</b>	688	9,5%	962	13,3%	5.567	77,1%
<b>2009</b>	120	2,3%	1144	21,6%	4.027	76,1%
<b>2010</b>	122	1,6%	1653	21,7%	5.844	76,7%
<b>2011</b>	79	1,2%	1698	26,1%	4.733	72,7%

Tabela 4: Valor da despesa SIGIC na ARSC, no período 2006-2011, por tipo de entidade.

	<i>Fora</i>	%	<i>ESNL</i>	%	<i>Privados</i>	%
<b>2006</b>	41.732,08 €	22,5%	75.267,40 €	40,6%	68.430,97 €	36,9%
<b>2007</b>	1.403.915,60 €	16,5%	1.532.021,00 €	18,0%	5.575.655,41 €	65,5%
<b>2008</b>	1.148.307,52 €	8,2%	2.277.305,14 €	16,4%	10.495.873,82 €	75,4%
<b>2009</b>	207.178,73 €	1,8%	2.497.025,39 €	21,3%	8.997.516,34 €	76,9%
<b>2010</b>	230.324,46 €	1,3%	3.941.254,93 €	22,3%	13.525.660,09 €	76,4%
<b>2011</b>	149.261,63 €	1,1%	3.746.270,38 €	26,6%	10.208.908,99 €	72,4%

Com exceção do ano de arranque, as ESNL estiveram sempre aquém, quer em número de doentes, quer em volume de faturação, em relação às entidades privadas com fins lucrativos.

Considera-se que, à análise de números absolutos, seria necessário complementar com a pesquisa dos dados da produção normal do hospital de origem, para melhor se aferir qual a percentagem e peso específico da medida no orçamento global da saúde, o que se vem a fazer na tabela 5, recorrendo-se a dados disponíveis à data de 3 de dezembro 2012.

Tabela 5: Hospital de origem da despesa do SIGIC em entidades convencionadas nos primeiros 11 meses de 2012 e comparação com o contrato-programa de 2012 acordado com a ARSC.

<i>Hospital Origem</i>	<i>2012 até 03.12</i>	<i>n.º VC*</i>	<i>CP 2012**</i>	%
»Hospital Pediátrico de Coimbra	0€***	0	****	-
»Centro Hospitalar de Coimbra	3.714.241,22€	1720	****	-
»Hospitais da Universidade de Coimbra	7.350.071,73€	3012	****	-
Centro Hospitalar e Univers. de Coimbra, EPE	11.064.312,95€	4732	352.000.000,47€	3,14%
Centro Hospitalar da Cova Beira, EPE - Covilhã	134.534,17 €	39	41.052.929,17€	0,33%
Hospital Arcebispo J. Crisóstomo - Cantanhede	107.875,35 €	83	3.534.568,00€	3,05%
Hospital D. Figueira da Foz, EPE	1.146.862,45 €	430	24.801.669,48€	4,62%
»Hospital de Nossa Senhora da Assunção - Seia	3.353,12 €	2	****	-
»Hospital Sousa Martins - Guarda	986.049,55 €	293	****	-
Unidade Local de Saúde da Guarda, EPE	989.402,67 €	295	81.544.021,16€	1,21%
»Hospital Visconde Salreu - Estarreja	14.114,40 €	5	****	-
»Hospital Distrital de Águeda	224.697,07 €	145	****	-
»Hospital Infante D. Pedro, EPE - Aveiro	1.201.330,28€	835	****	-
Centro Hospitalar Baixo Vouga, EPE	1.440.141,75€	985	60.750.697,88€	2,37%
»Hospital Santo André, E.P.E. - Leiria	46.129,99€	42	****	-
»Hospital Distrital de Pombal	3.199,20€	3	****	-
Centro Hospitalar Leiria Pombal, EPE	49.329,19€	45	72.796.352,18€	0,07%
»Hospital Distrital de Tondela	19.003,51€	3	****	-
»Hospital São Teotónio, EPE - Viseu	1.592.099,81€	755	****	-
Centro Hospitalar Tondela Viseu, EPE	1.611.103,32€	758	96.730.004,31 €	1,67%
Instituto Port. de Oncologia de Coimbra, EPE	79.541,28€	61	46.945.798,51 €	0,17%
Unidade Local de Saúde Castelo Branco, EPE	115.494,60€	98	66.187.050,30 €	0,17%
Hospital Dr. Francisco Zagalo - Ovar	31.327,28€	6	6.704.879,00 €	0,47%
Hospital Luciano de Castro - Anadia	0€***		3.679.835,00 €	0,00%

(cont.) Hospital Origem	2012 até 03.12	n.º VC*	CP 2012**	%
Centro Medicina de Reab. RC Rovisco Pais	0€***		4.223.818,00 €	0,00%
TOTAL ARSC	16.769.925,01€	7532	860.951.623,46€	1,95%

\* VC - Vale cirurgia, documento recebido pelo utente que lhe permite escolher o hospital dentro dos convencionados.

\*\* CP 2012 - Contrato programa de 2012.

\*\*\* Valores a "0" significam que não houve utentes desses hospitais no ano respetivo a serem referenciados para a rede convencionada do SIGIC.

\*\*\*\* Nestas unidades de saúde não há negociação isolada de contratos programa, que é feita entre a ARSC e a entidade onde foram agrupados. Logo, só é comparável o valor agrupado desse conjunto de hospitais.

Estes são os dados, a cerca de um mês de terminar o ano de 2012, onde ressalta que:

1. A ARSC estabeleceu cerca de 861 milhões de euros como produção de cuidados de saúde para os hospitais do SNS, com o Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (CHUC) a usar 41% desse valor;
2. Foram emitidos até 3 de dezembro de 2012 um total de 7532 vales cirurgia, representando uma despesa potencial total de 16,77 milhões de euros;
3. Assim, esse valor representa menos de 2% do acordado em contratos-programa.

Graficamente, a análise da figura 1 torna evidente que o CHUC (englobando o Hospital Pediátrico, os HUC e o CHC), sendo entidade pública prestadora de cuidados de saúde com a maior dimensão na região, quer no volume de serviços prestados quer no leque e complexidade desses serviços, é também aquela que insere na LIC o maior número de utentes.

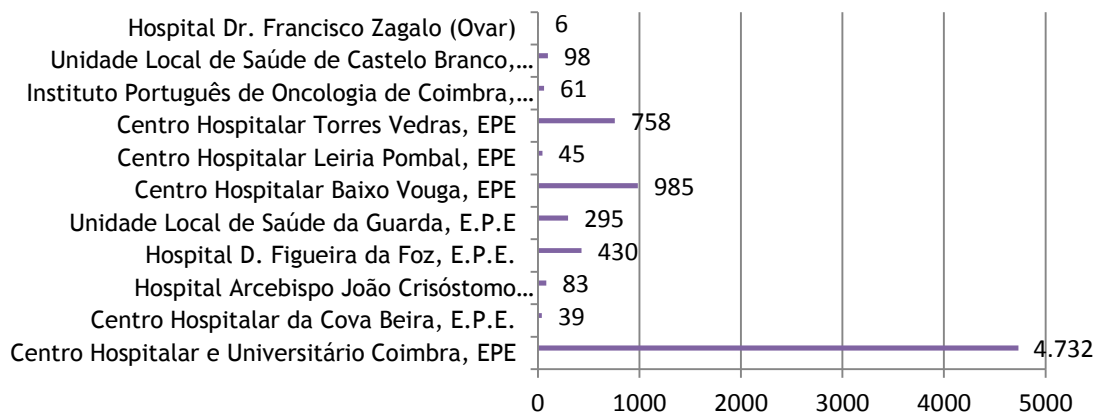


Figura 1: Número de doentes do SIGIC por hospital de origem em 2012.

Com a comparação entre a despesa via SIGIC e aquilo que é orçamento dos hospitais públicos ir-se-á, em fase de discussão, analisar o quão residual é o SIGIC no que concerne à passagem de doentes para entidades privadas, quando comparada com a despesa contratualizada nos cuidados de saúde hospitalares na rede pública da região centro. Tomando essa perspetiva, passa-se a analisar na tabela 6 as unidades de destino desses doentes nestes 11 meses de 2012.

Tabela 6: Distribuição em nº de utentes e em valor de despesa, por tipologia de entidades de destino, nos primeiros onze meses de 2012.

<i>Hospital Destino</i>	<i>validado entre 01.01.2012 e 03.12.2012</i>				
	<i>N.º</i>	<i>%</i>	<i>€</i>	<i>%</i>	<i>Valor médio</i>
TOTAL	7532	100,0%	16.769.925,01 €	100,0%	2.226,49 €
<b>ESNL Região Centro</b>	<b>2339</b>	<b>31,1%</b>	<b>4.514.816,70 €</b>	<b>26,9%</b>	<b>1.930,23 €</b>
»CRC - Coimbra	661	8,8%	1.309.583,33 €	7,8%	1.981,22 €
»FAAD - Oliveira Hospital	233	3,1%	609.046,71 €	3,6%	2.613,93 €
»FNSG - Avelar	133	1,8%	271.825,69 €	1,6%	2.043,80 €
»HMM - Mealhada	1104	14,7%	1.778.388,86 €	10,6%	1.610,86 €
»CNSN - Nazaré	129	1,7%	270.832,08 €	1,6%	2.099,47 €
»SCML - Leiria	79	1,0%	275.140,03 €	1,6%	3.482,79 €
<b>Fora Região Centro</b>	<b>55</b>	<b>0,7%</b>	<b>225.527,55 €</b>	<b>1,3%</b>	<b>4.100,50 €</b>
»CPB	1	0,0%	3.432,39 €	0,0%	3.432,39 €
»HSJD	4	0,1%	5.883,01 €	0,0%	1.470,75 €
»HMRA	1	0,0%	1.883,27 €	0,0%	1.883,27 €
»SCMVC	13	0,2%	41.879,94 €	0,2%	3.221,53 €
»SOERAD	2	0,0%	17.096,56 €	0,1%	8.548,28 €
»STLOUIS	20	0,3%	90.293,16 €	0,5%	4.514,66 €
VOTSF	14	0,2%	65.059,22 €	0,4%	4.647,09 €
<b>Privados c/ fins lucrativos</b>	<b>5138</b>	<b>68,2%</b>	<b>12.029.580,76 €</b>	<b>71,7%</b>	<b>2.341,30 €</b>
»CHSF	186	2,5%	476.511,24 €	2,8%	2.561,89 €
»CLINIGRANDE	117	1,6%	250.703,73 €	1,5%	2.142,77 €
»CLIRIA	1164	15,5%	2.538.260,49 €	15,1%	2.180,64 €
»INTERCIR	629	8,4%	1.398.711,16 €	8,3%	2.223,71 €
»SANFIL	3042	40,4%	7.365.394,14 €	43,9%	2.421,23 €

Na tabela 6 evidenciam-se as premissas dos anos anteriores, com as ESNL a receberem 31,1% dos utentes e 26,9% do volume do total de faturação na região centro no âmbito do SIGIC, à data de 3 de dezembro. A ARSC vem a estimar que, face à execução financeira da medida até essa data, a despesa global com o SIGIC na região no ano de 2012 se irá situar no valor global de 18,3 milhões de euros.

## 4.2. Os cuidados continuados complementares aos hospitais de agudos

Em Portugal, foi criada em 2006 a RNCCI, com a publicação do Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho, pretendendo-se “dinamizar a implementação de unidades e equipas de cuidados, financeiramente sustentáveis, dirigidos às pessoas em situação de dependência, com base numa tipologia de respostas adequadas, assentes em parcerias públicas, sociais e privadas,

visando contribuir para a melhoria do acesso do cidadão com perda de funcionalidade ou em de risco de a perder, através da prestação de cuidados técnica e humanamente adequados”.

Para melhor se perceber e contextualizar a medida, recomenda-se a leitura do apêndice 2.

Tal como o SIGIC, a gestão centralizada da rede está sob a responsabilidade da ACSS, já que a Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados (UMCCI) veio a ser fundida nesta estrutura do Ministério da Saúde (MS) em 19 de dezembro passado.

Apresenta por missão a prestação de cuidados adequados, de saúde e apoio social, a todas as pessoas que, independentemente da idade, se encontrem em situação de dependência, através de unidades de internamento, ambulatório e de equipas hospitalares e domiciliárias (estas últimas a cargo dos Centros de Saúde).

O planeamento estratégico da RNCCI está organizado em três fases de desenvolvimento ao longo de 10 anos. A fase 1, entre 2006 e 2008, teve em vista atingir a meta de 30% de cobertura das necessidades existentes. A segunda fase, de 2009 a 2012, teve como objetivo uma percentagem de cobertura de 60%. A terceira fase, agora iniciada e que se prolonga até 2016, visa atingir a meta de 100% de cobertura.

Foram definidas quatro tipologias de internamento, militando entidades privadas nas primeiras três: Unidades de Convalescença (UC), Unidades de Média Duração e Reabilitação (UMDR), Unidades de Longa Duração e Manutenção (ULDm) e Unidades de Cuidados Paliativos (UCP). A distingui-las, desde logo, o tempo de permanência do utente, os meios técnicos e humanos envolvidos e o valor de financiamento (preços atualizados na portaria nº. 220/2011 de 1 de junho). Também o copagamento por parte dos utentes (ou seus familiares) aumenta conforme nos afastamos de cuidados clínicos diferenciados e nos aproximamos das soluções que exigem mais tempo de internamento e cuidados mais elementares.

Usando o critério de tempo de permanência máximo, ter-se-á até 30 dias, de 30 a 90 e mais de 90, nas UC, UMDR e ULDM respetivamente, ficando reservadas as UCP para tratamento e supervisão a doentes em situação clínica complexa e de sofrimento decorrentes de doença severa e/ou avançada, incurável e progressiva. Não se conhece nenhuma UCP fora dos hospitais da rede pública e na região centro encontramos apenas três: Hospital Nossa Senhora d'Assunção (HNSA) em Seia, Hospital Arcebispo João Crisóstomo (HAJC) em Cantanhede e Hospital Cândido de Figueiredo (HCF) em Tondela.

Dentro de uma mesma entidade poderão (o que acontece na maioria) combinar-se diversas tipologias, sendo que conforme aumentamos a possibilidade do tempo de permanência nos afastamos mais das características hospitalares para nos aproximarmos das características de Lar.

#### 4.2.1. A oferta da RCNNI - análise de resultados

A UMCCI identificava em novembro de 2010 (ERS, 2011) um total de 214 unidades de internamento a nível nacional e 4548 camas. No último relatório trimestral disponível, que data de setembro de 2012, o número de camas ascendia a 5930, com taxas de ocupação entre os 92% da região Norte e os 100% no Algarve (na região centro situava-se nos 95%).

Esse relatório da Entidade Reguladora da Saúde (ERS), para verificação de equidade, fazia um inventário da oferta destas unidades com a indicação das que distanciavam a menos de 30 minutos de determinados locais, criando o conceito de Regiões de Referência para Avaliação em Saúde (RRAS)<sup>9</sup>, da qual se retiraram dados correspondentes às inseridas na região centro (por tipologia), sistematizados na tabela 7.

Tabela 7: Número de unidades, por tipologia de RNCCI, por RRAS na região centro, em novembro de 2010.

	<i>UC</i>	<i>UMDR</i>	<i>ULDM</i>	<i>UCP</i>	<i>Total</i>
Aveiro	2	3	2	0	7
Castelo Branco	1	0	1	0	2
Coimbra	2	5	8	1	16
Covilhã	0	1	1	1	3
Guarda	1	1	1	0	3
Leiria	0	2	2	0	4
Lousã	0	5	7	0	12
Seia	1	1	2	1	5
Sertã	0	1	2	0	3
Viseu	0	4	7	1	12

Este método de inventariação não será isento de críticas, mas nenhum método de definição de mercados geográficos é unânime, podendo a aplicação de diferentes métodos apresentar resultados bastante heterogéneos (Gaynor & Vogt, 2000); daí que venhamos a adotar por método a análise por distrito, já que apenas a ERS utiliza este outro critério nas suas avaliações.

Na tabela 8, recuando ao ano de 2010 nos dados disponíveis acerca da oferta de unidades por tipologia, é notório o acréscimo de custos com a rede, não de devendo propriamente ao aumento do valor unitário pela qual se remuneram os prestadores mas antes à adição do número de unidades a operar na região e, concomitantemente, da capacidade instalada em termos de camas, conforme os desígnios do incremento da cobertura da RNCCI.

<sup>9</sup> RRAS - São identificados polos de atração ao qual não distem mais de 30 minutos na deslocação desde as localidades limítrofes, tendo por base a rede viária. A ERS definiu 44 RRAS no território nacional.

Tabela 8: Despesa da ARSC nas diversas tipologias RNCCI nos anos de 2010 a 2012.

<i>Tipologia</i>	<i>2010</i>	<i>2011</i>	<i>2012</i>	<i>Total</i>
Paliativos	498.932,85€	1.208.715,82 €	1.674.047,82 €	3.381.696,49 €
Convalescença	4.883.006,79 €	5.977.276,70 €	9.129.442,43 €	19.989.725,92 €
Média Duração	10.463.673,75 €	11.817.680,84 €	16.924.400,26 €	39.205.754,85 €
Longa Duração	6.164.932,28 €	6.718.239,52 €	7.745.256,12 €	20.628.427,92 €
Total	22.012.555,67 €	25.723.923,88 €	35.475.158,63 €	83.211.638,18 €

Há pois um crescendo da despesa ao longo dos anos em todas as tipologias, associado ao aumento do número de camas transversal a todas elas.

Da informação disponibilizada na página da internet da extinta Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados (UMCCI, 2012), foi possível compilar a tabela 9, com dados à data de 31 de julho de 2012.

Tabela 9: Número de unidades por distrito e por tipologia RNCCI em 31 de julho de 2012.

	<i>Entidades</i>		<i>UC</i>	<i>UMDR</i>	<i>ULDM</i>	<i>UCP</i>
	<i>nº</i>	<i>%</i>				
AVEIRO	11	100%				
	Públicas	3	27%	3		
	ESNL	8	73%		7	7
	Privados	0	0%			
UISEU	11	100%				
	Públicas	1	9%			1
	ESNL	10	91%	1	4	10
	Privados	0	0%			
GUARDA	5	100%				
	Públicas	1	20%	1		1
	ESNL	4	80%	1	2	3
	Privados	0	0%			
COIMBRA	17	100%				
	Públicas	2	12%	2		1
	ESNL	10	59%	2	5	10
	Privados	5	29%		4	4
LEIRIA	8	100%				
	Públicas	0	0%			
	ESNL	8	100%	1	6	6
	Privados	0	0%			
CASTELO BRANCO	5	100%				
	Públicas		0%			
	ESNL	5	100%	1	3	4

A importância do terceiro setor na prestação de cuidados de saúde

(cont.)	<i>Entidades</i>		<i>UC</i>	<i>UMDR</i>	<i>ULDM</i>	<i>UCP</i>
	<i>nº</i>	<i>%</i>				
	Privados	0%				
TOTAL	57	100%	12	31	44	3
	Públicas	7	6	0	0	3
	ESNL	45	6	27	40	0
	Privados	5	0	4	4	0

Haveria, nessa data, 57 unidades a trabalhar na região centro no âmbito da RNCCI, das quais maioritariamente eram entidades sem fins lucrativos (45), 7 eram públicas (junto a hospitais) e apenas 5 privadas com fins lucrativos (todas no distrito de Coimbra). Várias entidades têm, como a legislação permite (e recomenda), presença em diversas respostas, com um conjunto de camas afetas a cada uma das tipologias.

Os serviços da ARSC indicam que o número de camas disponíveis, à data de 15 de janeiro de 2013, era de 1666, conforme se pode observar na Tabela 10, agrupadas por concelhos e por tipo de entidades distinguindo sempre as quatro tipologias.

Tabela 10: Resumo do número de camas RNCCI por tipologia e por distrito da região centro em 15/janeiro/2013.

	<i>UC</i>	<i>UMDR</i>	<i>ULDM</i>	<i>UP</i>	<i>TOTAL</i>
AVEIRO	40	80	53	0	173
CASTELO BRANCO	18	56	94	0	168
COIMBRA	110	242	380	14	746
GUARDA	34	69	78	11	192
LEIRIA	0	96	66	0	162
VISEU	0	54	151	20	225

Optou-se ainda por agrupar, na tabela 11, dividindo o número de camas pelo tipo de instituições, cuja separação se faz com o mesmo critério: rede pública, setor com fins lucrativos e setor não lucrativo (dentro deste último distinguindo-se as mutualidades, as misericórdias e as outras IPSS).

Tabela 11: Número de camas RNCCI na região centro, por tipologia de internamento e por tipo de entidade.

	<i>UC</i>	<i>UMDR</i>	<i>ULDM</i>	<i>UP</i>	<i>Total</i>
TOTAL CAMAS	202	597	822	45	1.666
Privados c/ fins lucrativos	0	64	100	0	164
Rede pública	116	0	0	45	161
ESNL	86	533	722	0	1.341
Mutualidades	30	40	20	0	90
Misericórdias	36	319	512	0	867
Outras IPSS	20	174	190	0	384

É expressiva a diferença entre a presença das ESNL e os demais operadores, o que em fase de discussão se irá comentar.

### 4.3. A convenção para a prestação de cuidados de saúde

Considerando o carácter evolutivo da política de saúde, a qual se deve ir adaptando às condições da realidade nacional, às suas necessidades e recursos, a ARSC, gere, no quadro estabelecido pelo nº 3 da Base XII da Lei nº 48/90, de 24 de agosto, as convenções oportunamente celebradas com o sector privado, bem como os acordos de cooperação celebrados com o sector social em conformidade com a legislação que lhe é própria. Às ARS's cumpre *“afetar recursos financeiros a entidades privadas com ou sem fins lucrativos para prestação de cuidados de saúde através da celebração, acompanhamento e revisão de acordos, protocolos e convenções”* conforme o n.º 2 do artigo 3.º do Decreto-Lei n.º 222/2007, de 29 de maio, que aprovou a Lei Orgânica das ARS.

A tabela 12 identifica o número de entidades do setor privado e do setor social a operar na área de jurisdição da ARSC, por tipologia de serviços e por distrito, com as quais foram celebrados convenções e acordos de cooperação.

O setor oficial do SNS surge neste quadro no domínio da prestação de cuidados de saúde de Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica (MCDT), uma vez que existem ainda relações de cooperação, fora dos contratos programa, com alguns estabelecimentos hospitalares da rede oficial, as quais foram oportunamente estabelecidas apenas para áreas muito específicas e que não influenciam a análise no âmbito deste trabalho.

## A importância do terceiro setor na prestação de cuidados de saúde

Tabela 12: Separação de tipo de entidades convencionadas, por distrito da ARSC e por rubricas de prestação de cuidados.

Prestadores	Aveiro		Castelo Branco		Coimbra		Guarda		Leiria		Viseu		Oficial do SNS* (Público)	TOTAL
	Privado	Social	Privado	Social	Privado	Social	Privado	Social	Privado	Social	Privado	Social		
Análises clínicas	8		6		16	2	7		9		12		1	61
Anatomia patológica					1								1	2
Cardiologia	7	2	4	1	17	2	1	1	8	3	2			48
Diálise	4		1		4		1		2		2			14
Electroencefalografia			1		1									2
Endoscopia gastroenterológica	7		2	1	11	2	2		6	2	3		1	37
Especialidades médico-cirúrgicas (consultas)	1				10	1			2	2		1		17
Medicina nuclear					1						1		1	3
Medicina física e de reabilitação	6	7	2	2	5	12		2	4	7		2		49
Pneumologia e imunologia			1	1	4	1			1	1				9
Radiologia	8	3	3	1	19	3	1		8	6	5	1		58
<b>TOTAL</b>	<b>41</b>	<b>12</b>	<b>20</b>	<b>6</b>	<b>89</b>	<b>23</b>	<b>12</b>	<b>3</b>	<b>40</b>	<b>21</b>	<b>25</b>	<b>4</b>	<b>4</b>	<b>300</b>

\*Organismos públicos integrados no SNS.

Não foi possível recolher dados do compromisso financeiro da ARSC, globais por tipologia de convencionados, o que levará apenas, em fase de discussão, a abordar a presença das ESNL e não o peso relativo em termos financeiros.



## 5. Estudo de caso sobre uma IPSS prestadora de cuidados de saúde

Para ilustrar a prestação de cuidados de saúde por parte de uma instituição do setor social na região centro, optou-se por aquela que foi criada precisamente com o intuito de ser hospital, numa localidade que não dispunha desses serviços e que, hodierna, presta serviços diferenciados, sendo, a título de exemplo, a única privada que procede à implantação de *pacemakers* na região centro - FAAD em Oliveira do Hospital (para mais informações e detalhes ver apêndice 4).

### 5.1. Financiamento

Esta entidade assinou em abril de 2002, um novo protocolo com a ARSC, a fim de regular a sua atividade enquanto prestador de serviços ao SNS. Esse documento é portador de uma nova filosofia, sendo a primeira entidade privada a ser financiada por GDH'S<sup>10</sup>. Essa realidade impõe, ainda mais, a necessidade de eficiência e eficácia, pois há uma economia substancial de custos económicos (para além dos sociais) a nível de internamento para uma patologia detetada rapidamente e de igual modo tratada.

O Hospital da FAAD era, até então, ressarcido das suas despesas de um modo desajustado aos serviços que prestava, assente num valor de diária que não contemplava os serviços diferenciados que já na altura prestava, distanciando-o de outros equipamentos idênticos que se vocacionaram mais para os cuidados de retaguarda de outros hospitais, como tratamentos de seguimento (muitas vezes apenas como resposta a dramas sociais e não necessidades clínicas).

Foi essa realidade que a levou a aceitar este novo modelo, como sublinha o Presidente do Conselho de Administração à data, Dr. Sebastião Antunes. O assumir de um certo risco, próprio de quem vai à frente em novos projetos, foi acrescido pelo facto de se saber que o custo tabelado para um Hospital Distrital com gestão pública é de 90% dos GDH's e o valor que lhes foi proposto faturar equivale a uma percentagem de 65%.

---

<sup>10</sup> Os GDH'S, uma técnica relativamente recente em Portugal, cuja filosofia foi desenvolvida nos EUA, assenta em estudos estatísticos e contabilísticos, agrupando as doenças por grandes grupos (acima de 400), e estipulando para cada um deles um custo, uma média de dias de internamento e um conjunto de atos médicos padrão, resultando daí uma tabela de preços que é revista periodicamente pelo MS (a última data de 2009).

Os MCDT's são, por sua vez, prestados como as demais entidades convencionadas (com ou sem fins lucrativos), sendo que os doentes se dirigem ao Hospital da FAAD referenciados pelos cuidados de saúde primários ou por médicos especialistas que tenham, individual ou coletivamente, também convenção para realização de consultas.

Recebe ainda doentes para a realização de cirurgias, ao abrigo do SIGIC de combate às listas de espera, aderindo como complemento da sua atividade normal, já que tinha prática cirúrgica regular que manteve após a implementação desse programa.

## 5.2. A proximidade como fator catalisador da procura

A vinda de doentes assenta muito na componente de proximidade, como se pode verificar pelo concelho de origem (figura 2), durante o ano de 2012, dos doentes que vêm a ser atendidos no hospital (portanto, excluindo os indicados via SIGIC).

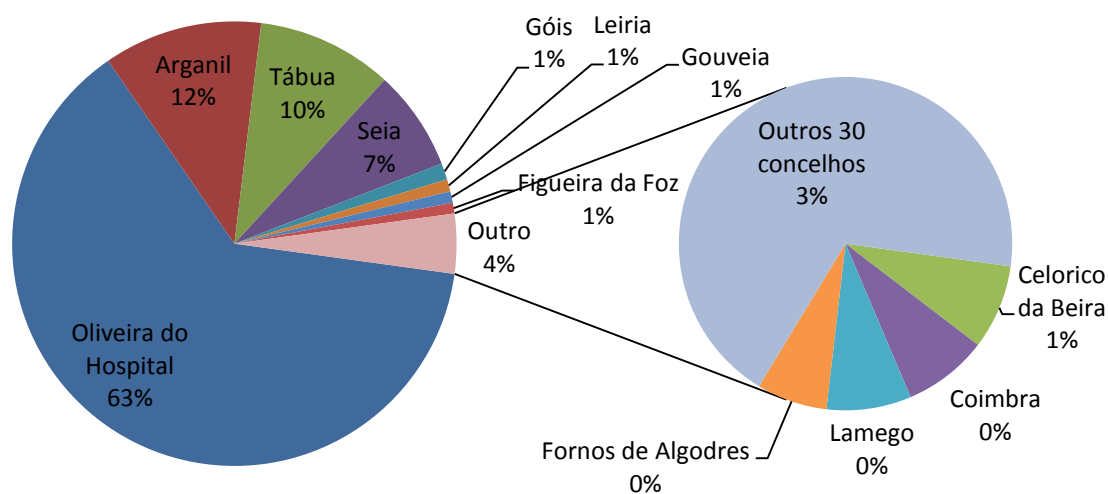


Figura 2: Concelho de origem de doentes para internamento e cirurgia de ambulatório no ano 2012.

Os utentes do concelho de Oliveira do Hospital e dos limítrofes concelhos de Arganil, Tábua e Seia representam 92% do total de doentes (1765) que foram atendidos em internamento ou cirurgia de ambulatório no ano de 2012. Haverá então para um conjunto de utentes a perceção desse acréscimo de valor, que privilegiam o acesso direto ao Hospital da FAAD ao invés de recorrerem a um hospital público e aí ingressarem na LIC.

Nesse contexto de vantagem da proximidade, a instituição reconhece ter criado serviços e os ter mantido apesar de déficit de exploração, justificando-o pela mais-valia local na sua prestação, portanto numa lógica não lucrativa, que normalmente não tem lugar numa entidade “mercantil”. Nesse tipo de serviços têm cabimento os de maior componente de investimento tecnológico, sem um índice de procura que permita o retorno do investimento, sinalizado, no caso da FAAD, com o exemplo da Tomografia Axial Computorizada (TAC), cuja procura apenas justifica o funcionamento 2 dias por semana, num total de menos de 2 mil exames por ano. Do ponto de vista do utente, este é beneficiado pela possibilidade de usar o recurso em causa sem a despesa e incómodo de deslocação; por sua vez o financiador melhora a equidade da prestação sem incorrer em maiores custos (já que o valor pago à FAAD é idêntico ao de outro convencionado) e obviando a suportar ainda despesas de deslocação nos casos em que o utente deles viesse a beneficiar a expensas do SNS.

Existe uma relação entre o volume de serviços e os resultados obtidos, evidenciada na figura 3.

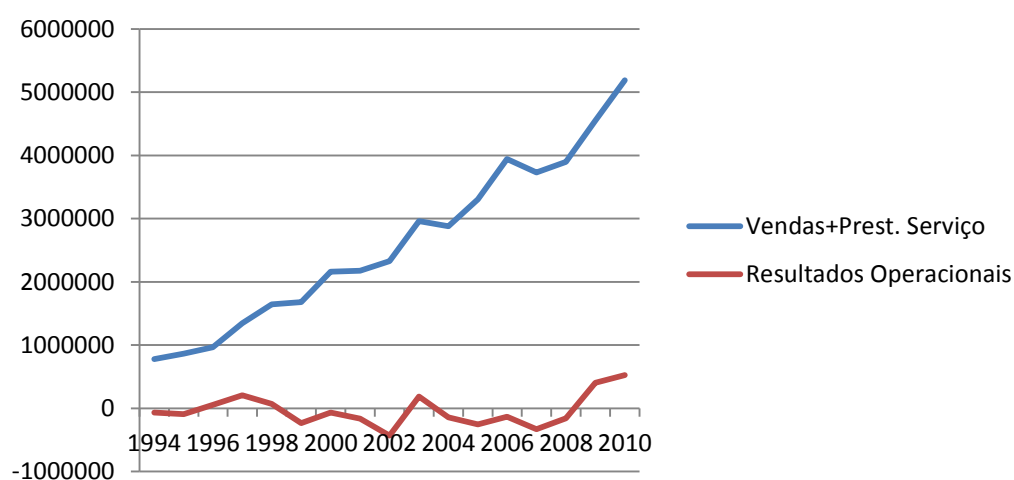


Figura 3: Relação entre resultados operacionais e vendas + prestação de serviços na FAAD, por ano, no período 1994-2010.

A análise anteriormente efetuada à relação entre resultados de exploração e o volume de serviços veio a enfatizar que, ao aceitar valores de pagamentos inferiores aos custos estimados para idênticos hospitais da rede pública, a FAAD veio a transformar um serviço que não tem a sua sustentabilidade em margens mas sim em volume, o que a torna mais suscetível à diminuição de serviços prestados.

Recolheram-se então os dados referentes às vendas e prestação de serviços (figura 4), principal fatia da captação de recursos<sup>11</sup>.

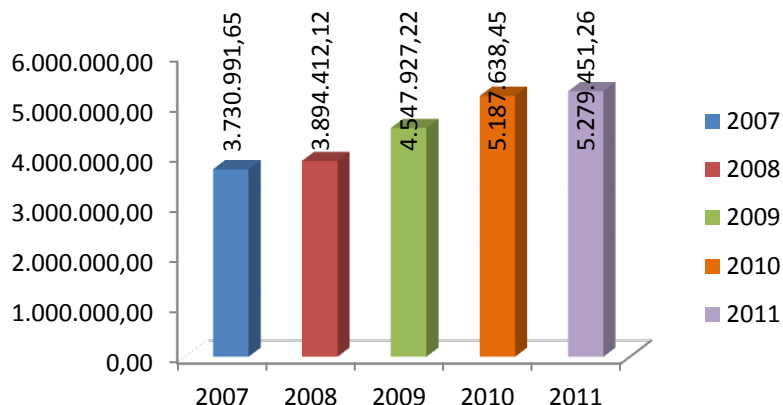


Figura 4: Vendas + prestação de serviços na FAAD, nos anos de 2007 a 2011.

Este crescimento foi bastante alicerçado no crescimento da atividade cirúrgica (figura 5), já que nos demais serviços tem vindo genericamente a decrescer o valor pago pelo MS na componente de convenções dos MCDT.

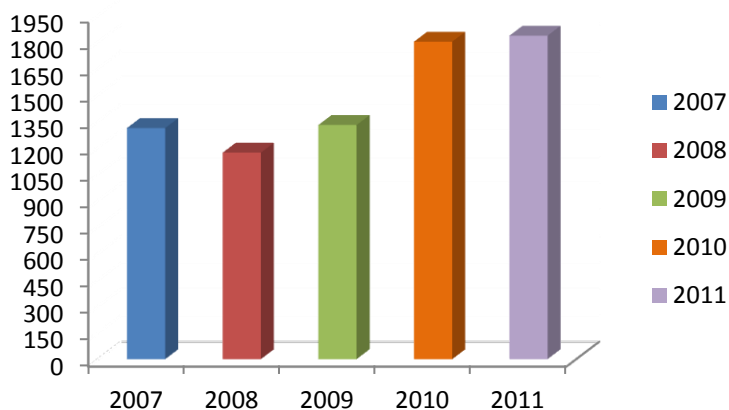


Figura 5: Intervenções cirúrgicas programadas no hospital da FAAD nos anos de 2007 a 2011.

Para se perceber o peso relativo que representa para a instituição receber doentes do SNS, agruparam-se os dados na tabela 13, dos mesmos quatro anos do movimento financeiro com a ARSC, e distinguiram-se as diversas medidas, agrupando em “outros” serviços residuais pouco representativos.

<sup>11</sup> Ver capítulo (9.4.14) das fontes de rendimento no apêndice 4.

Tabela 13: Resumo da relação entre as rubricas de faturação à ARSC e o volume de faturação global da FAAD nos anos de 2009 a 2011.

	2009		2010	
Vendas+Prestação de Serviços	4.547.927,22 €		5.187.638,45 €	
Movimento c/ ARSC	3.509.944,02 €	77%	4.067.071,38 €	78%
SIGIC	364.462,38 €	8%	451.307,99 €	9%
Internamento+ambulatório	2.250.416,41 €	49%	2.623.981,24 €	51%
Convencionados	889.486,34 €	20%	987.092,56 €	19%
Outros	5.578,89 €	0%	4.689,59 €	0%
	2011		2012	
Vendas+Prestação de Serviços	5.279.451,26 €		4.998.365,68 €	
Movimento c/ ARSC	4.157.724,43 €	79%	3.741.378,62 €	75%
SIGIC	493.342,36 €	9%	609.046,71 €	12%
Internamento+ambulatório	2.782.950,10 €	53%	2.229.633,34 €	45%
Convencionados	880.377,97 €	17%	900.271,09 €	18%
Outros	1.054,00 €	0%	2.427,48 €	0%

No conjunto dos 4 anos mantêm-se constante o facto de cerca de  $\frac{3}{4}$  das vendas e prestações de serviços terem como pagador a ARSC.

### 5.3. A avaliação externa e comparação com outras unidades de saúde

A admissão crescente de um número maior de utentes, atendidos para uma complexidade maior de patologias, vem patenteado e reafirmado nos relatórios solicitados pela ARSC, no âmbito da sua ação de acompanhamento e inspeção, ao Departamento de Ciências de Informação e Decisão em Saúde da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto (CIDES)<sup>12</sup>, dando conta do aumento do índice case-mix<sup>13</sup> da atividade de internamento (medicina e

<sup>12</sup> Relatório elaborado no âmbito da atividade de acompanhamento, em 16 de janeiro de 2012, recorrendo ao software Virtualcare® sobre as bases de dados da FAAD do Agrupador de GDH's, referente ao período de 2009 ao primeiro semestre de 2012, gentilmente cedido pelo Departamento de Contratualização da ARSC.

<sup>13</sup> O Índice de case-mix (ICM) é o coeficiente global de ponderação da produção dum hospital, refletindo a sua relatividade face aos outros, em termos da sua maior ou menor proporção de doentes com patologias complexas e, conseqüentemente, mais consumidoras de recursos. O ICM determina-se calculando o rácio entre o número de doentes equivalentes ponderados pelos pesos relativos dos respetivos GDH's e o número total de doentes equivalentes. O ICM de cada hospital afastar-se-á para mais ou para menos do padrão de referência (ICM nacional) conforme o hospital trate uma proporção maior ou menor de doentes cujas patologias e procedimentos gerem GDH's de elevado peso relativo.

cirurgia) e de cirurgia de ambatório. A figura 6 corresponde ao quadro 9.1 do referido relatório.

9.1 - Índice Case-Mix\* global

Período	GDH Médicos						GDH Cirúrgicos						Global						
	N	Hosp.	var. <sup>(1)</sup>	Grup.	Reg.	Nac.	N	Hosp.	var. <sup>(1)</sup>	Grup.	Reg.	Nac.	N	Hosp.	var. <sup>(1)</sup>	Grup.	Reg.	Nac.	
Análise (12 meses)	01/01/2011 a 31/12/2011	593	0,8317		NA	0,8317	0,8317	1.177	0,9776		NA	0,9776	0,9776	1.770	0,9312		NA	0,9312	0,9312
Comparação homóloga anual (1 anos antes)	01/01/2010 a 31/12/2010	620	0,8241		NA	0,8241	0,8241	1.388	0,9433		NA	0,9433	0,9433	2.008	0,9087		NA	0,9087	0,9087
Comparação homóloga anual (2 anos antes)	01/01/2009 a 31/12/2009	542	0,8129		NA	0,8129	0,8129	1.045	0,9706		NA	0,9706	0,9706	1.587	0,9195		NA	0,9195	0,9195

\* Índice de case-mix calculado segundo ACSS - Circular Normativa Nº3 de 8/4/2008

(1) Variação diferencial sobre o índice case-mix

Figura 6: Quadro resumo dos índices case-mix de internamento do hospital da FAAD para os anos de 2009 a 2011.

O aumento da complexidade das patologias atendidas no hospital da FAAD é avaliado pela subida do índice, quer na componente de medicina quer na de cirurgia. Neste quadro verificando-se a existência de um maior número de casos cirúrgicos (1177 em 2011) do que médicos (593 no mesmo ano), numa relação que é estável ao longo dos 3 anos. O ICM é mais elevado em 2011, significando que a complexidade dos casos recebidos foi maior nesse ano.

No quadro específico da atividade de ambatório (quadro 9.3 do relatório do CIDES, aqui replicado na figura 7) verifica-se ainda o crescimento dos atos cirúrgicos que não recorrem a internamento, acompanhando o estado de arte da atividade cirúrgica e a necessidade de diminuição dos custos da atividade e riscos para a saúde próprios dos episódios de internamento (de 128 doentes em 2009 para 584 em 2011).

9.3 - Índice Case-Mix\* de ambatório

Período	GDH Médicos						GDH Cirúrgicos						Global						
	N	Hosp.	var. <sup>(1)</sup>	Grup.	Reg.	Nac.	N	Hosp.	var. <sup>(1)</sup>	Grup.	Reg.	Nac.	N	Hosp.	var. <sup>(1)</sup>	Grup.	Reg.	Nac.	
Análise (12 meses)	01/01/2011 a 31/12/2011	2	-		NA	-	-	582	0,7076		NA	0,7076	0,7076	584	0,7076		NA	0,7076	0,7076
Comparação homóloga anual (1 anos antes)	01/01/2010 a 31/12/2010	4	-		NA	-	-	392	0,6620		NA	0,6620	0,6620	396	0,6620		NA	0,6620	0,6620
Comparação homóloga anual (2 anos antes)	01/01/2009 a 31/12/2009	2	-		NA	-	-	126	0,6962		NA	0,6962	0,6962	128	0,6962		NA	0,6962	0,6962

\* Índice de case-mix calculado segundo ACSS - Circular Normativa Nº3 de 8/4/2008

(1) Variação diferencial sobre o índice case-mix

Figura 7: Quadro resumo dos índices case-mix de ambatório do hospital da FAAD para os anos de 2009 a 2011.

Para se estabelecer uma comparação em termos de produção hospitalar (tabela 14), obtiveram-se, relativamente ao ano de 2010, os seguintes dados<sup>14</sup>:

- » ICM global assim como os ICM's específicos (episódios de medicina, cirúrgicos com internamento e cirúrgicos de ambulatório), aferido de todos os hospitais da rede pública (1ª coluna) e para os hospitais do grupo III (último nível de diferenciação, equivalente grosso modo ao nível I conforme referido nas tabelas de GDH);
- » ICM de três hospitais da rede pública na região centro, desse grupo: HAJC em Cantanhede (um dos previstos à devolução à SCM local), Hospital Dr. Francisco Zagalo em Ovar e Hospital José Luciano de Castro, em Anadia;

A utilização destes três hospitais prende-se com o facto de haver dados (2010) desagregados, já que outros hospitais de idêntico nível têm dados em conjunto dentro dos centros hospitalares que os unem em termos administrativos. A opção pelo ano de 2010 deve-se ao facto de ser o que permite uma melhor comparação, pela utilização nesse ano da mesma versão de software agrupador de GDH's<sup>15</sup>.

Tabela 14: Comparação de índices case-mix de 4 hospitais e do referencial do mesmo grupo hospitalar e global nacional.

	<i>Valor de Referência Nacional</i>	<i>Valor de Referência Grupo III</i>	<i>Hospital Arcebispo João Crisóstomo</i>	<i>Hospital Dr. Francisco Zagalo</i>	<i>Hospital José Luciano de Castro</i>	<i>Hospital Fundação AA Diniz</i>
Índice Case Mix (ICM) Global	1,141	1,024	0,000	1,070	0,801	0,9087
Índice Case Mix Médico (ICMm)	0,828	0,990	0,000	0,938	0,871	0,8241
Índice Case Mix Cirúrgico (ICMc)	1,636	1,058	0,000	1,147	0,794	0,9706
Índice Case Mix GDH Cirúrgicos (ICM Cir. Amb.)	0,698	0,663	0,707	0,650	0,618	0,662

<sup>14</sup> Disponibilizados pelo Departamento de Contratualização da ARSC. Integravam documentos de negociação para o ano de 2011 dos contratos programa daqueles 3 hospitais da rede pública.

<sup>15</sup> GDH AP 21 - Agrupador usando a versão 21 do All Patient Diagnosis Related Groups (AP-DRG), desenvolvido pela 3M. A utilização desta versão fez-se por via da publicação da portaria nº. 567/2006, de 12 de junho e contempla 669 GDH, codificados de 1 até 876.



## 6. Discussão

Desde 2006, encontrou-se um total de 25 entidades a prestar serviços para receber os doentes que ingressaram a lista daqueles que, vendo ultrapassado o tempo útil para a realização do ato cirúrgico, receberam o referido vale-cirurgia. Dessas 25, 9 são organizações sedeadas fora da região centro, 6 são classificadas ESNL (IPSS e Misericórdias) com sede na região e 11 são portanto entidades privadas com fins lucrativos, na sua maioria com instalações na cidade de Coimbra, ao que não será alheio o facto de o CHUC ter a maior representatividade na inclusão de doentes emanados para o regime convencionado. Embora possa causar alguma estranheza, a realidade é que há utentes que recorreram a entidades de fora da região para cativar os seus vales-cirurgia, o que só é possível pela adesão de entidades (basicamente do norte do país) à URGIC da região centro, fenómeno que veio, consequência da entrada progressiva de unidades de saúde da região, a reduzir-se até aos 0,7% em 2012, valor marginal assente basicamente em GDH's específicos que necessitam de um determinado ato não contemplado na oferta dos agentes da região centro. É a tabela 15 que evidencia, por via do acréscimo do custo unitários desses doentes atendidos fora, o aumento da complexidade dos doentes, portanto com preço mais elevado dos GDH's.

Tabela 15: Valor médio da despesa por utente SIGIC na ARSC, por tipo de entidade, nos anos de 2006 a 2011.

	<i>Fora</i>	<i>ESNL</i>	<i>Privados</i>
<b>2006</b>	1.043,30 €	1.750,40 €	1.368,62 €
<b>2007</b>	1.335,79 €	1.949,14 €	1.538,11 €
<b>2008</b>	1.669,05 €	2.367,26 €	1.885,37 €
<b>2009</b>	1.726,49 €	2.182,71 €	2.234,30 €
<b>2010</b>	1.887,91 €	2.384,30 €	2.314,45 €
<b>2011</b>	1.889,39 €	2.206,28 €	2.156,96 €

Com o recurso ao gráfico (figura 8), constatou-se que as ESNL vêm a recolher a preferência de 31% dos utentes portadores do vale-cirurgia, ou seja, 3 em cada 10 doentes recorre a um hospital do setor social.

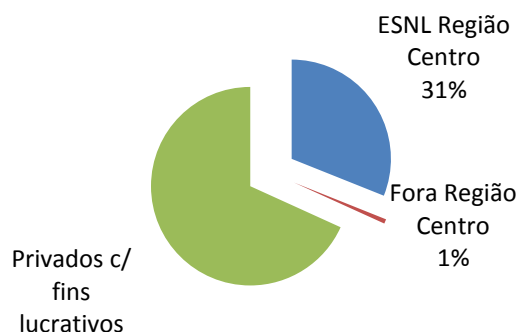


Figura 8: Peso relativo de cada tipo de entidades no total de doentes recebidos via SIGIC na região centro.

As 6 ESNL (metade das quais sob a forma de misericórdias) que receberam utentes neste período e que mantiveram atividade no âmbito do SIGIC no ano de 2012 foram:

- A Casa de Repouso de Coimbra (CRC);
- (FNSG), em Avelar;
- Fundação de Aurélio Amaro Diniz (FAAD), em Oliveira do Hospital;
- Santa Casa da Misericórdia da Mealhada (SCMM);
- Santa Casa da Misericórdia de Leiria (SCML) / Hospital Dom Manuel de Aguiar;
- Confraria de Nossa Senhora da Nazaré (CNSN);

Dentro das ESNL, dividiam-se as mesmas tendo em conta o seu grau de comprometimento no espaço dos primeiros 11 meses de 2012 (figura 9).

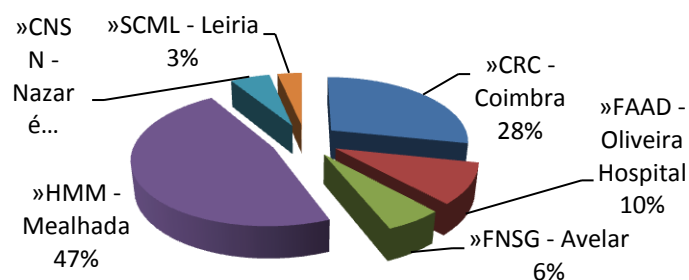


Figura 9: Distribuição de doentes via SIGIC por hospitais de ESNL da região centro nos primeiros 11 meses de 2012.

A menor presença do setor social no programa SIGIC deriva do facto das instituições terem encarado o SIGIC como um acréscimo à produção normal para aqueles que já detinham essa

valência, não havendo registo, para além do Hospital da SCMM, de um investimento inicial para começar a atividade cirúrgica desde 2006. Já para as entidades com fins lucrativos, o SIGIC veio a retirar potencial de mercado puramente privado pois os utentes deixaram de procurar estas entidades às suas próprias expensas, por terem encontrado dentro do SNS resposta mais barata para os seus problemas de saúde. Dito assim, os privados com fins lucrativos deslocaram o seu foco do cliente meramente privado para se centrarem na captação do doente que, a expensas do SNS, passou a ter a capacidade de escolha do local onde quer ser atendido depois de dispor do vale-cirurgia. Prova dessa estratégia está na recente campanha publicitária da entidade que recolhe a maior fatia de doentes atendidos, com a colocação de *outdoors* um pouco por toda a região fazendo alusão precisamente ao facto de serem a entidade que mais contribuiu para a redução da lista de espera. Como os dados demonstram, há efetivamente uma preponderância de entidades do setor lucrativo (na proporção de  $\frac{3}{4}$  do total) na prestação destes serviços, encontrando-se na cidade de Coimbra a Clínica de Santa Filomena (SANFIL) que atendeu só por si, de 2006 a 2011, 45,7% dos utentes, e foi responsável por 46,3% do volume de faturação, situação que se manteve em 2012 (dados até 3 de dezembro).

Das ESNL, o hospital da SCMM assume então nesta medida uma posição dianteira, muito explicado por ter retomado recentemente a atividade hospitalar (2007), pelo que o SIGIC serviu de porta de entrada neste domínio, enquanto que as demais assumiram o SIGIC como uma nova resposta dentro do seu *core*, como complemento, e não como a principal via de admissão de doentes. Contudo, comprovando o que se referiu sobre como as ESNL encaram o SIGIC, também em 1 de fevereiro de 2009 a SCMM alargou o número de serviços aos utentes do SNS, por via dos novos acordos assinados em 2009/2010 pela então Ministra da Saúde, Dr.<sup>a</sup> Ana Jorge, permitindo que se posicione como um parceiro do MS, dando resposta a utentes daquela área geográfica em consultas de especialidade, internamento e meios auxiliares de diagnóstico. O utente vem a usufruir desses serviços para si a preços idênticos (taxas moderadoras), passando a guiar-se por outros critérios como o da facilidade de acesso (proximidade, tempo de espera, qualidade percebida, etc.).

Há portanto uma ligação entre o SIGIC e o sistema de convenções, medida onde também o setor com fins lucrativos tem maior expressão.

A ERS tem sido bastante crítica em relação à contratação via convenções de serviços no setor privado, especialmente pelas barreiras que se encontram à entrada de novos operadores, já que não há abertura legislativa para celebração novas convenções, colocando a tónica na necessidade de concorrência, da contestabilidade dos mercados e aumento da transparência. Pouco tem sido feito desde que, em 2006, a entidade reguladora recomendou ao governo a alteração do regime de convenções (ERS, 2006), sendo que o atual modelo de celebração de convenções enferma de problemas sérios, lesivos dos interesses dos utentes (em termos de acesso, liberdade de escolha e qualidade dos serviços de saúde), do Estado (de forma direta,

no que respeita à aplicação de recursos no setor da saúde e indiretamente, por força da incumbência de proteção do direito à saúde dos cidadãos), e dos prestadores (ao criar uma decisiva barreira à entrada no acesso ao subsector das convenções com o SNS, em prejuízo da promoção e defesa da concorrência).

Introduzimos na discussão o caso específico da hemodiálise, onde se verifica não haver na região qualquer ESNL a prestar o serviço e em que a maioria dos serviços privados está na posse de apenas dois grupos económicos. É o próprio Estado que reconhece no Despacho n.º 4652/2010, de 9 de março de 2010, do Secretário de Estado da Saúde, que “... a concentração, que se tem vindo a acentuar nos últimos anos, pode” ... “capturar o Estado nas negociações, em especial na fixação do preço; provocar perdas de bem-estar para os doentes decorrentes da necessidade de ganhos de eficiência no processo produtivo – i.e., na prestação do serviço pelas empresas prestadoras, tendo por base um preço fixo; limitar a entrada de novas empresas ou entidades neste setor de atividade; condicionar o comportamento dos utentes configurando práticas indesejadas do ponto de vista social, decorrentes do facto de o custo de transporte, quando o utente se desloca ao serviço de hemodiálise, ser suportado pelo Estado e as escolhas não serem realizadas explicitamente pelos doentes”, considerando dever-se “... diminuir o risco que essa concentração representa para o interesse público”, *in casu* através da introdução no clausulado-tipo da convenção para a prestação de cuidados de saúde na área da diálise e do dever de submissão do processo de celebração de acordos de convenção a uma prévia avaliação da ERS em matéria de concorrência, valorizando o respeito pelos interesses dos doentes e do Estado.

Um estudo não publicado, da autoria de alguns discentes da pós-graduação em Gestão de Unidades de Saúde da Escola Superior de Tecnologias de Coimbra (ESTESc) do ano letivo 2010/2011 (Antunes *et al.*, 2012) analisou para cinco tipologias de MCDT, e com uma amostra de 28 (dos 78) concelhos da região centro, as entidades convencionadas com o SNS e outros subsistemas de saúde, procurando avaliar se haveria vantagens no sistema convencionado. Nesse estudo chegou-se à conclusão de que, nalguns casos, os custos conexos à realização do exame, como o transporte, são superiores ao do custo do exame, o que por si só justifica a descentralização que o regime convencionado permite, maioritariamente assegurado na periferia dos grandes centros por ESNL.

O despacho n.º 10430/2011, de 18 de agosto, parece ignorar este facto, ao determinar que os hospitais públicos devem providenciar por atenderem em sede de meios complementares de diagnóstico os utentes que sejam seguidos nas suas consultas, ou seja, sempre que tenham de prescrever exames aos seus doentes devem-no fazer dentro de portas e, sempre que recorram ao exterior, esses custos serão assumidos pelo hospital, componente da verba orçamental estipulada em contrato-programa. Se, objetivamente, a intenção é o melhor aproveitamento da capacidade instalada em MCDT desses hospitais, a consequência perniciosa é o de fazer os utentes percorrerem distâncias, nalguns casos superiores à centena de km, com o simples

propósito de efetuar, por exemplo, análises de rotina, necessidade que poderiam ver satisfeita na entidade convencionada mais próxima obviando aos tais custos conexos.

O sistema convencionado, assim encarado, pode representar o garante economicamente mais vantajoso de não defraudar a legítima expectativa do utente em ser tratado sempre que o seu estado de saúde o exigir, garantindo o acesso universal a todos os utentes, em tempo útil e de resposta adequada às necessidades de cada um. A existência de ESNL, superior em concelhos de menor densidade populacional vem a significar a propensão das entidades com fins lucrativos de se fixarem antes em locais onde a procura seja maior, o que em termos de equidade joga a favor das primeiras e assim deve ser reconhecido pelas entidades oficiais.

Considerando o grau de implementação da medida e os valores envolvidos, enquanto fatia do orçamento da saúde, bastante acima quer do SIGIC quer da RNCCI, temos por limitação a impossibilidade de obter o valor do gasto da ARSC neste domínio, que nos permitiria também aqui avaliar qual o compromisso financeiro das ESNL face ao global. Pode, no entanto, afirmar-se que existe um comportamento diferente por cada dimensão dos MCDT (tabela 16), desde os 100% de privados na anatomia patológica (só uma entidade, em Coimbra) até à melhor presença das ESNL, com 65,3% em Medicina Física e Reabilitação (MFR) (algumas encostadas à RNCCI e que paralelamente abrem aos utentes vindos do exterior via convenção, o que justifica a presença do setor social).

Tabela 16: Número de entidades por tipologia com convenção nas diversas rubricas do sistema convencionado na região centro.

	<i>Privados</i> (nº e %)		<i>Social</i> (nº e %)	
Análises clínicas	58	96,7%	2	3,3%
Anatomia patológica	1	100,0%	0	0,0%
Cardiologia	39	81,3%	9	18,8%
Diálise	14	100,0%	0	0,0%
Electroencefalografia	2	100,0%	0	0,0%
Endoscopia gastroenterológica	31	86,1%	5	13,9%
Especialidades médico-cirúrgicas (consultas)	13	76,5%	4	23,5%
Medicina nuclear	2	100,0%	0	0,0%
Medicina física e de reabilitação	17	34,7%	32	65,3%
Pneumologia e imunoalergologia	6	66,7%	3	33,3%
Radiologia	44	75,9%	14	24,1%
Total	227	76,7%	69	23,3%

Isto veio a conduzir-nos no sentido de procurar saber o que é que justifica haver na MFR uma maior presença das entidades do setor social, situação única na relação social/privado nas diversas vertentes de convenção. Essa resposta surge pela ligação à RNCCI e às atividades de ação social, pois alguns ginásios estão dentro das unidades de internamento, assim como nas respostas sociais de apoio a idosos e a utentes portadores de deficiência e que, paralelamente, abrem ao público vindo do exterior via convenção. Há na população uma associação da MFR às ESNL, que permite afirmar que esta especialidade é uma marca identificadora do setor, por ser tão expressiva a presença de ESNL com preocupações de reabilitação (como exemplos na região centro tem-se a Associação para a Recuperação de Cidadãos Inadaptados da Lousã (ARCIL), a Santa Casa da Misericórdia (SCM) de Galizes, a Associação de Beneficência Popular de Gouveia (ABPG), etc.). Cabe aqui recordar que a mais antiga referência pensada e organizada na MFR é o Hospital do Alcoitão, berço da própria formação de técnicos na área da reabilitação, pertença da SCM de Lisboa.

Com a conjugação destes elementos, foi possível aferir com o auxílio da figura 10 que as ESNL estão presentes na RNCCI em cerca de 79% da rede, o que equivale a dizer que 4 em cada 5 utentes são atendidos em organizações do terceiro setor.

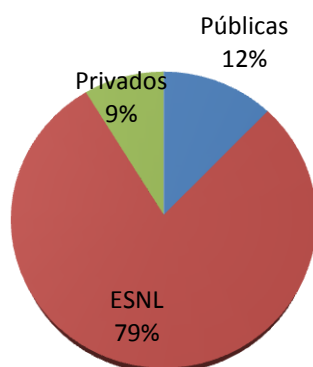


Figura 10: Presença atual por tipologia de entidades na RNCCI na região centro.

A figura 11 vem confirmar, em termos de camas, o que se havia dito anteriormente para as ESNL, sendo aqui igualitária a percentagem para a rede pública e para os privados com fins lucrativos, o que reflete que os privados, embora com menos instituições que a rede pública, têm mais camas por unidade.

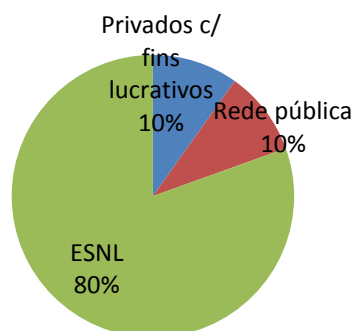


Figura 11: Total de camas atual na RNCCI por tipo de entidade na região centro.

Num total de 57 entidades e 1666 camas, quatro em cada cinco unidades das organizações prestadoras de cuidados na RNCCI é pertença de uma instituição sem fins lucrativos, proporção sensivelmente idêntica em termos de camas. Os privados com fins lucrativos dividem em partes semelhantes o número de camas, havendo contudo um número maior de instituições privadas (12%) que públicas (9%). Com esta preponderância, que confirma a primazia assumida pelas ESNL neste domínio, analisou-se a forma jurídica das entidades que compunham aquele número (figura 12).

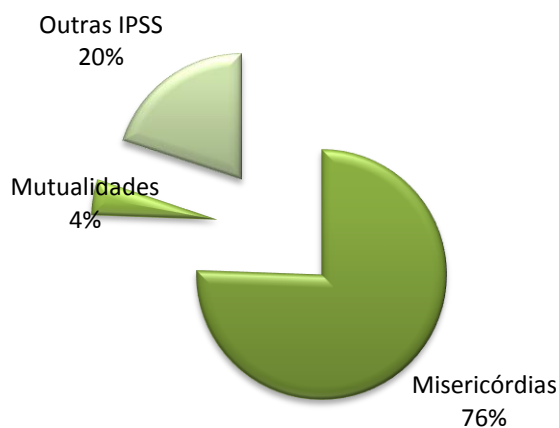


Figura 12: Tipo de ESNL na RNCCI na região centro em janeiro 2013.

As Misericórdias marcam presença em  $\frac{3}{4}$  das organizações. A esse facto não é alheio o aproveitamento do Programa Modelar para a recuperação de antigos hospitais pertença das Santas Casas (como de Tábua, Arganil, etc.). Manuel de Lemos, Presidente do Secretariado Nacional da UMP, no 1º congresso do GMS, realizado entre 28 e 29 de maio de 2010, referia que “os hospitais das Misericórdias marcaram profundamente o nosso desenvolvimento coletivo, a nossa história, e são seguramente o testemunho mais vivo da capacidade das

instituições se fundirem com os interesses e os profundos anseios das suas comunidades. Tão profundos, tão ligados à idiossincrasia de ser português, que ainda hoje, 30 anos depois da criação do SNS, 30 anos depois do Estado gastar milhares de milhões de euros em busca de ganhos em saúde, os hospitais das Misericórdias estão bem presentes na memória das comunidades como demonstra o caloroso acolhimento que têm prestado à RNCCI” (UMP, 2012). O empenho das Misericórdias neste programa foi deliberado e metodicamente encarado justificando a criação, no seio da UMP, do GMS, o que permitiu alcançar os resultados evidenciados neste estudo (e que provavelmente podem ser extrapolados para todo o país). Desse grupo, Caldas de Almeida, Provedor da SCM de Mora, aludia na mesma ocasião que “as Misericórdias afirmam-se na área dos Cuidados Continuados, indiscutivelmente, pela competência” (UMP, 2012). Nesse congresso Manuel de Lemos anunciou inclusive, que o “...setor social tem 80% da rede dos quais cerca de 66% são Misericórdias”. Atualmente, na região centro essa representatividade está em linha com esse discurso: Embora esta realidade seja inexistente em unidades de cuidados paliativos, que está entregue ao setor público (figura 13), a representatividade vem a ser maior nas unidades de longa duração (88% das unidades) e nas unidades de média duração (89% das unidades), sendo que nesta última tipologia o setor público não marca presença, e estando presente em 43% das UC (com o setor público a ter a restante fatia).

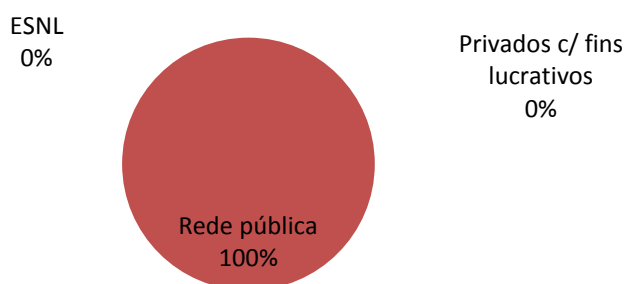


Figura 13: Camas por tipo de entidade - Cuidados paliativos na região centro em janeiro de 2013.

A presença pública faz-se sempre agregada a hospitais, o que justifica a ausência de participação na tipologia de unidades de média e longa duração, já que estas se afastam da razão de ser da assistência hospitalar, por natureza mais preocupada com doentes agudos. Há pois uma simbiose funcional entre um Hospital e uma UCP e uma relação estreita com a UC - há registo de, não raras vezes, o utente em convalescença ter de retornar aos cuidados hospitalares por agravamento da sua situação inicial, eventualmente pelo móbil da transferência do hospital para a UC ter sido, em termos clínicos, precocemente efetuada. A presença na mesma instituição vem a potenciar, para além de economia, uma segurança acrescida para quem gere a alta hospitalar.

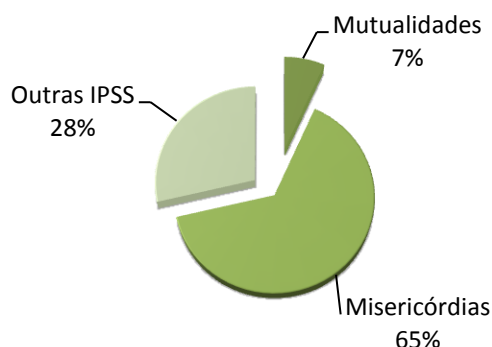


Figura 14: Camas por tipo de ESNL na RNCCI na região centro em janeiro 2013.

Na figura 14 denota-se que as mutualidades, apesar de serem poucas entidades, acabam por estar melhor representadas em termos de camas, muito devido à Residência Montepio, na cidade de Coimbra, com uma capacidade de 90 camas (a maior da região), distribuídas pelas três tipologias presentes nas entidades não públicas.

A análise a nível distrital (figura 15) revela um número de camas bastante superior no distrito de Coimbra, justificado também pela densidade populacional mas essencialmente pela atividade que se gera no *cluster* da saúde com epicentro naquela cidade capital de distrito. Esse facto também justificará os investimentos privados na RNCCI, apenas presentes neste distrito.

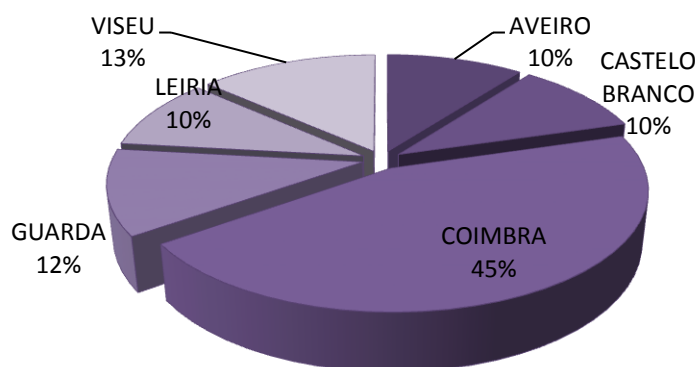


Figura 15: Camas RNCCI por distrito.

A RNCCI apenas contempla unidades de cuidados paliativos em três dos distritos (figura 16), explicada por ser a que envolve maiores custos (maior complexidade de recursos humanos e técnicos).

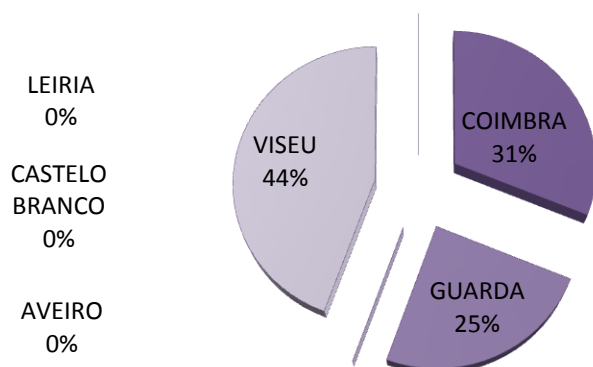


Figura 16: Camas de cuidados paliativos por distrito.

Com a análise da FAAD, percebeu-se que esta instituição está presente em todas as medidas que abordámos neste trabalho, com exceção da RNCCI. A dúvida foi dissipada na entrevista ao ex-Presidente do Conselho de Administração, Dr. Sebastião Antunes, que disse ter sido equacionada a entrada na rede e que a ARSC apresentou como proposta, depois de reuniões preparatórias, duas situações: i) a transformação da atual ala de medicina numa das tipológicas do RNCCI; e ii) o abandono da atividade programada cirúrgica para vir a receber doentes do SIGIC. Como o Conselho de Administração considerou que isso era um retrocesso em termos da assistência hospitalar, este ex-administrador referiu que o assunto não teve mais desenvolvimentos, exceto em relação ao SIGIC, já que a instituição veio a integrar a medida como prestador em 2008, ano em que viu assegurada a condição de contribuir com uma produção suplementar e não substitutiva da atividade normal.

Porém, a dualidade de vias de entrada no hospital não tem sido devidamente acautelada pelas políticas de saúde, seja pela duplicação de inscrições de utentes para uma mesma necessidade, seja pelo facto de, para um mesmo ato, o hospital poder faturar ao mesmo cliente (ARSC) valores diferentes, conforme o doente seja incluído na sua produção normal ou tenha vindo do sistema SIGIC. Falta, pois, uma política integrada que, entre outros aspetos, estipule um preçário comum, assente, por sugestão, na codificação por GDH's e numa percentagem do valor tabelado para a rede pública, podendo ser ajustado caso a caso de acordo com parâmetros a definir (complexidade, custo no mercado de material de prótese, número de elementos da equipa cirúrgica, etc.). Escolheram-se, de modo aleatório, entre as diversas especialidades cirúrgicas e dentro dos procedimentos existentes no SIGIC, 7 exemplos (Tabela 17).

Tabela 17: Códigos GDH de 7 procedimentos de diversas especialidades cirúrgicas.

<i>Procedimento</i>	<i>GDH's</i>
Amputação de membro superior e de dedo do pé, por perturbações de circulação	114
Procedimentos nos tecidos moles, com complicações	226
Laqueação venosa e flebo-extração	119
Colocistectomia laparoscópica sem exploração do colédoco	493
Outros procedimentos no sistema osteomuscular e no tecido conjuntivo	234
Procedimentos no útero e seus anexos, por doença maligna, exceto ovário	354
Procedimentos no dorso e pescoço, exceto artrodese com complicações	757

Com base nestes procedimentos cirúrgicos, passamos a analisar a sua faturação na tabela 18, seja no preçário que vigorou até agosto passado (duas primeiras colunas), seja na atual (2 colunas seguintes), com a separação de serem efetuados em regime de internamento ou em ambulatorio. Por fim, comparamos com os valores de 65% da tabela de 2009 (em uso dos GDH's), valor que a FAAD recebe da sua produção normal. Essa diferença mais se notaria se a FAAD fosse financiada como hospital nível 1, ou seja, a 90%.

Tabela 18: Comparação de preços consoante a via de acesso de doentes ao hospital da FAAD, numa amostra de 7 GDHs.

GDH's	<i>Portaria 852/2009 (SIGIC) Revogada</i>		<i>Portaria 271/2012 (SIGIC) em vigor após set./2012</i>		<i>Portaria 132/2009 65% x tabela GDH (aplicável à FAAD)</i>	
	Internamento	Ambulatório	Internamento	Ambulatório	Internamento	Ambulatório
114	2.520,38 €	2.047,05 €	2.212,75 €	1.893,30 €	2.320,14 €	1.698,46 €
226	2.368,15 €	1.923,41 €	2.173,56 €	1.838,73 €	1.632,64 €	1.195,17 €
119	1.188,39 €	1.188,39 €	1.008,02 €	1.008,02 €	1.123,32 €	1.123,32 €
493	3.342,81 €	2.715,03 €	2.932,27 €	2.503,38 €	2.222,80 €	1.627,20 €
234	1.930,82 €	1.414,10 €	1.654,05 €	1.306,01 €	1.379,22 €	1.379,22 €
354	2.893,34 €	2.349,97 €	2.655,71 €	2.259,20 €	2.005,98 €	1.468,48 €
757	3.148,40 €	2.557,13 €	2.762,27 €	2.363,57 €	3.328,20 €	2.436,41 €

Esta dualidade de critérios poderá induzir o prestador a optar por uma via de acesso do utente em detrimento de outro, sendo que o SIGIC desde logo acarreta o inconveniente do utente ter que se deslocar a um hospital da rede pública para ser inscrito na LIC, para além dos custos administrativos do próprio sistema.

Essa tendência poderá colher mais adeptos já que o pagamento 25% abaixo do dos custos estimados para um hospital de nível 1 a uma ESNL como a FAAD, acaba por encaminhar a

instituição para a necessidade de ter volume de “negócios” pelas margens escassas na prestação de serviços.

Daqui se percebe a ênfase no crescimento do volume de negócios, como se vem a ler no relatório de atividades de 2011 disponível na página da instituição:

“... é importante traçar algumas metas para o ano que se avizinha, apesar de podermos estar a correr o risco de ser audaciosos demais:

- a) Aumentar o número de serviços prestados;
- b) Realizar investimentos de modo a que possamos manter e/ou melhorar a qualidade dos serviços prestados no que respeita aos meios auxiliares de diagnóstico e à realização de intervenções cirúrgicas;

Pretendemos acrescentar ainda mais valor aos serviços que prestamos, de modo a que consigamos corresponder cada vez mais às necessidades dos nossos utentes. Para tal, esperamos conseguir colmatar as limitações que se fazem sentir em algumas áreas de intervenção” (Conselho de Administração da FAAD, 2012).

Próprio de uma IPSS, a faturação denuncia a presença dos acordos com a ARSC na prestação de serviços como se fosse um hospital público, tornando a instituição dependente do que esta entidade decida sobre o que pode ou não suportar como custos, definindo um maior ou menor espectro de serviços na negociação do contrato-programa. Essa circunstância, que vulnerabiliza economicamente a instituição, é constatável no ano de 2012 por via limitação à faturação no item ‘internamento’ (64% do total faturado à ARS nos últimos 4 anos, conforme figura 17), por necessidade da ARSC de não se poder comprometer no pagamento de mais utentes atendidos na FAAD. A prudência mercantil transposta para esta realidade sugeriria a diversificação dos clientes, mas a busca de clientes privados conducente à necessária sustentabilidade significaria um desvio da matriz social que caracteriza as ESNL e, no caso, a própria vontade do instituidor.

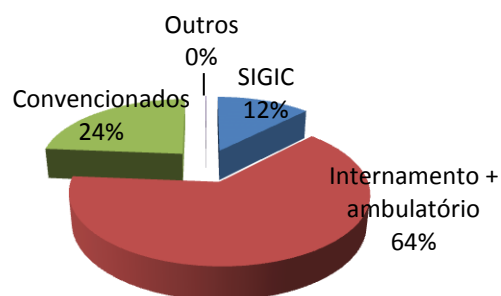


Figura 17: Faturação da FAAD à ARSC por rubricas, no período 2009-2012.

A redução de custos da ARSC, numa lógica de necessidade de redução do défice orçamental português vem a encontrar, só na medida RNCCI, com um acréscimo 2011/2010 de 16,86% e de 2012/2011 de 37,9%, uma realidade que colide com a recém-publicada Lei dos Compromissos e dos Pagamentos em Atraso (LCPA), em 8 de fevereiro (Lei 8/2012) e regulamentada em 21 de junho (Decreto-Lei 127/2012). Assim se justifica que, não obstante estarem as Misericórdias e outras IPSS's com obra pronta e até cofinanciada pelo Estado para integrar a RNCCI, as ARS's se encontrem financeiramente incapacitadas de assumir despesa para a qual sabem, à partida, não dispor de verba para pagar, situação esta que tem encontrado eco na comunicação social.

Também no SIGIC, doravante (ano de 2013), os menos de 2% a que corresponde o SIGIC quando comparado com o acordado em contratos-programa entre a ARSC e cada unidade de saúde pública, corresponderão a um acréscimo de custos de cada hospital, e não a verba autónoma do OE, por via da alteração introduzida para o ano corrente via OE. Será interessante averiguar qual o efeito prático desta medida, que se percebe num contexto de responsabilização do prescritor-pagador. A par com a obrigatoriedade, introduzida em agosto de 2011, de cada hospital da rede pública assumir a prestação de meios auxiliares de diagnóstico decorrentes da sua atividade, esta nova premissa vem aumentar o aporte de custos a cada uma das entidades prescritoras, de modo a que o que seja negociado em termos de produção para um determinado período (com a afetação de recursos via contrato-programa) não encontre pontos de fuga alocando despesa a outras instituições, nomeadamente para aquelas que prestam cuidados de saúde primários. Ao mesmo tempo que se regista uma clara intenção de aproveitar melhor a capacidade instalada na rede pública, com claro prejuízo para a rede convencionada que foi crescendo também à custa das ineficiências organizativas da rede pública, tem que se referir que o reverso da medalha está no acesso mais complicado aos cuidados de saúde pelo impedimento do médico de família prescrever para a unidade convencionada os MCDT requeridos pela consulta do hospital público, com os benefícios de equidade já aqui mencionados.

Exemplo desse espírito de sindicância sobre os profissionais de saúde está na proibição via legislativa (Portaria n.º 271/2012, de 4 de setembro) de, no âmbito do SIGIC, um utente poder ser atendido nas entidades convencionadas por médicos e demais membros da equipa que tenham vínculo de trabalho ao hospital de origem que inscreveu, em primeira instância, o utente na LIC, numa clara tentativa de moralização do sistema que potenciava o desvio de doentes do setor público para o privado, próprio da miscigenação que o sistema de saúde português permite.



## 7. Conclusões, limitações e pistas para futura investigação

Sendo um traço próprio de instituições que se preocupam mais em fazer do que em divulgar, o que origina pouca informação, dificuldades na sua recolha, sistematização, compilação e análise, este facto representou, a par de uma maior dificuldade, um estímulo acrescido por poder potenciar o entendimento da função, histórica e atual, das organizações não lucrativas prestadoras de cuidados de saúde. Paralelamente, a esperança do autor é que fiquem portas abertas e a motivação para novos estudos cruzando dados com outros intervenientes no mercado da saúde.

Fica, no entanto, demonstrado que na região centro existem ESNL dedicadas à prestação de cuidados de saúde, o que para sermos mais precisos teremos de falar em pesos e não peso, pois a sua presença depende muito da medida que estejamos a abordar e do grau de abertura que as normas de cada uma permitam.

Se no que respeita à RNCCI são as ESNL que detêm a maioria das camas que compõem o internamento (4 em cada 5), sendo aqui um parceiro privilegiado dos Ministérios da Saúde e da Segurança Social, essa participação vê-se reduzida no SIGIC (3 em cada 10 doentes) e na celebração de convenções (sensivelmente 2 em cada 10 entidades).

Fica a constatação de que não foi, na sua maioria, o SIGIC na região centro, enquanto medida de regulação da atividade cirúrgica, um instigador das ESNL para enveredarem pela prestação de cuidados, mas sim, essencialmente, um complemento para aquelas que já o faziam, nomeadamente na vertente cirúrgica. Já na RNCCI regista-se um comportamento díspar: a criação da rede e os apoios concedidos via Programa Modelar vieram a despertar nas ESNL uma vontade de investimento, que no caso da maioria das Misericórdias permitiu recuperar edifícios devolutos de antigos hospitais, sua pertença, atualizando-os e modernizando-os.

Em relação ao setor convencionado, embora tenhamos poucos dados, a análise de atas e outros documentos permite afirmar que a menor presença se deve ao facto de, no momento de celebração das mesmas, as ESNL terem os seus hospitais nacionalizados, o que, até pelo exemplo da FAAD, nos leva a extrapolar que a concretizar-se a devolução dos hospitais às Misericórdias, virá a equilibrar-se a atual relação social/privado. Esta última constatação ajuda a começar a responder uma componente da segunda questão com que nos propusemos para este estudo: a política do governo para com a área social é um dos fatores que condiciona ou incentiva a presença das ESNL nos cuidados de saúde (assim como na ação social)?

Aquilo que o Estado, em diversos períodos da nossa história, mais liberal ou mais centralizador, veio a definir como interessado em adquirir ao seu parceiro setor social é bastante mais determinante do que aquilo que o terceiro setor lhe indicou como necessidade de adequação de políticas sociais à realidade das precaridades sociais que as ESNL *in loco* aferem. As ESNL vão assim mantendo a sua matriz assistencialista, mas por arrasto, atentas aos apoios que poderão conseguir para algumas áreas de atuação, nem sempre as mais necessárias em determinado momento, gerando custos de oportunidade.

Para além dos fatores de índole financeira que são transversais a toda a economia (com os custos e dificuldade de financiamento no topo), outros fatores há a considerar na resposta à nossa segunda questão: i) a maior presença em zonas menos cobertas pelo serviço público, que pela baixa densidade populacional também não cativam as organizações com fins lucrativos; ii) o reconhecimento local das mais-valias das ESNL, embora nem sempre as instituições se preocupem em as evidenciar, pelo que apenas são reconhecidas num momento de necessidade; iii) a capacidade de captação de recursos, sejam na forma de verbas financeiras, seja através de recursos humanos (voluntários), o que as distingue das sociedades mercantis e lhes permite a prestação de cuidados a custos mais baixos; iv) a tradição de trabalho das ESNL no domínio dos lares de 3ª idade e centros de dia, cujo *know-how* foi decisivo para a implantação das unidades de média e longa duração no seio destas instituições; e, não menos importante, iv) a capacidade de apresentar níveis de eficiência, eficácia e economia superiores aos dos serviços públicos no fornecimento de bens públicos.

A propósito do último fator, a semelhança considerando a dimensão permite estabelecer um paralelismo pelos serviços fornecidos aos utentes que, por via de protocolo, não encontram diferenças particulares na referenciação para internamento e cirurgia de ambulatório. Assim neste trabalho tratou-se também de comparar a produção hospitalar (capítulo 5.3), ainda que saibamos estar a trabalhar com realidades diferentes em termos de entidades jurídicas e realidade funcional. Feita esta ressalva, que para ser obviada obrigaria a estudar outros parâmetros não disponíveis (orçamento, recursos humanos, capacidade instalada, número de doentes atendidos, especialidades médico-cirúrgicas disponíveis, etc.), concluiu-se que o Hospital da FAAD não se afasta significativamente dos demais em termos de complexidade de patologias tratadas, embora apresente uma performance melhor em termos de cirurgia, quer de internamento quer de ambulatório. Como tal, este hospital do setor social apresenta níveis de assistência em linha com os hospitais públicos, ainda que ressarcido em termos de financiamento bastante abaixo (cerca de 25% em relação a estes), o que traduz um contributo significativo para beneficiar o OE do lado da despesa no preciso momento em que cumpre a sua função por conta do Estado-Providência.

Propõe-se então uma linha de estudo que venha a analisar o comportamento das ESNL no resto do país - basta mencionar que, do Grupo Misericórdias Saúde, apenas três são da região centro e que nove estão no norte do país, situação que resultará numa presença acrescida do

terceiro setor. A forte limitação decorrente de não haver dados de várias ESNL sobre a performance económica e financeira específica da atividade hospitalar, por estarem agrupados com todas as atividades não tipicamente de ação social, contribui para a sugestão de outra linha de investigação que passaria por determinar pontos críticos de sustentabilidade e vir a comparar, se também disponíveis e com a devida ponderação, com os gastos das unidades de saúde públicas. Esta averiguação poderia servir para a melhor definição de políticas governativas e melhoria da estratégia das próprias ESNL.



## 8. Referências Bibliográficas

- Afonso, P., & Barroso, J. (2008): “*Contratualização em cuidados de saúde primários*”, Lisboa: Think Tank Saúde em Rede.
- Almeida, F., (1915): “*História da Igreja em Portugal*”, Coimbra, pp. 468-469.
- Antunes, T., Branco, T., Cruz, D., Ferreira, O., Oliveira, P., Paiva, A., Santos, N. *et al.* (2012), Mapeamento da Oferta em MCDT, Relatório de projeto da GAUS 2010/2011, ESTESc, Coimbra, não publicado.
- Arrington, B., & Haddock, C. C. (1990), “Who really profits from not-for-profits?”, *Health Services Research*, Nº 25, june , pp. 291-304.
- Arrow, K. J. (1963), “Uncertainty and the Welfare Economics of Medicare Care”, *American Economic Review* , Nº 53, september, p. 941.
- Barros, C. P. (1997): “*As Instituições Não Lucrativas e a Ação Social em Portugal. O setor não lucrativo - uma análise da literatura*”, Lisboa: ISEG, pp. 14-19.
- Baumol, W. J. (1993), “Social Wants and dismal science: the curious case of the climbing costs od health and teaching”, in Baumol, W. J. (S. C. Economics, Ed.), *Working Papers of Starr Center for Applied Economics*, Starr Center, p. 20.
- BenNer, A. & Ormissen, T. V., (1991), “Nonprofit organizations in a mixed economy: a demand and supply analysis”, *Annals of Public and Cooperative Economics*, vol. 4, nº 62, pp. 519-550.
- BentoXVI (2009), *Encíclica “Caritas in Veritate”* in *Agência Ecclesia*: <http://www.agencia.ecclesia.pt/cgi-bin/noticia.pl?id=74044> 14-12-2007 23:17
- Bigotte, J. Q. (1959), “*Situação Jurídica das Misericórdias Portuguesas*”, Roma: Gráfica de Gouveia.
- CASES (2011), Economia social, <http://www.cases.pt/sobre-nos/economia-social-e-solidaria> 4-11-2012 21:16.
- Centro de Estudos de História Religiosa (2002), “*Portugaliae Monumenta Misericordiarum - Volume 2: Antes da Fundação das Primeiras Misericórdias*”, Porto: Universidade Católica Portuguesa e União das Misericórdias Portuguesas.
- Chasse, J. D. (1995), “Nonprofit organizations and the institucional approach”, *Journal of economic issues*, june, pp. 525-533.
- Clement, J. P., Smith, D. G., & Wheeler, J. R. (1994), “What do we want and what do we get from not-for-profit hospitals?”, *Hospital & Health Services Administration*, summer, pp. 159-178.
- Clotfelter, C. T. (1985), “*Federal Tax Policy and Charitable Giving*”, Chicago: University of Chicago Press.
- Conselho de Administração da FAAD (2012) *Relatório de atividades da FAAD do ano de 2011*: [www.faad.online.pt](http://www.faad.online.pt) 13-11-2012 09:13

Correia, F. S. (1944), "*Misericórdias Portuguesas*", Lisboa.

DATACENTRO (2011), Informação para a região, <http://datacentro.ccdrc.pt/> , 4-11-2012 22:43.

ERS (2006) *Avaliação do Modelo de Celebração de Convenções pelo SNS*. [https://www.ers.pt/pages/18?news\\_id=70](https://www.ers.pt/pages/18?news_id=70) 13-11-2012 09:32

ERS. (2011). *Estudo do Acesso dos utentes aos cuidados continuados de Saúde*. [https://www.ers.pt/pages/18?news\\_id=21](https://www.ers.pt/pages/18?news_id=21) 23-11-2012 19:13

Estevão, J. (1997), "As instituições não lucrativas e a Ação Social em Portugal. *Causas Micro e Macro Económicas do crescimento do terceiro setor*", Lisboa: ISEG, (pp. 31-57).

Franco, R. C., Sokolowski, S. W., Hairel, E. L., & Salamon, M. L. (2005), "*O Setor Não Lucrativo Português numa perspectiva comparada*", Porto: Universidade Católica Portuguesa.

Friesner, D. L., & Rosenman, R. (2009), "Do hospitals practice skimming" *Health Services Management Research*, february, pp. 39-49.

Gaynor, M., & Vogt, W. B. (2000), "Antitrust and Competition in Health Care Markets", in A. J. Culyer, & J. P. Newhouse, *Handbook of Health Economics*. Amsterdam: North Holland, pp. 1405-1487.

Hansmann, H. (1980), The Role of Non-Profit Enterprise, *Yale Law Journal*, november, pp. 833-90.

James, E. (1986), "Comment", in S. R. Ackerman, *The Economic of Nonprofit Institutions*, New York: Oxford University Press.

Laville, J. L. (1989), "Économie et Solidarité: Trois Axes de développement et de recherche", in B. Lévesque, S. Joyal, & O. Chouinard, *L'autre économie, une économie alternative?*, Sillery: Presses de l'Université du Québec, p. 309

Lemos, M. (2012) *Missão das Misericórdias Portuguesas junto dos que sofrem*. [http://www.ump.pt/ump/images/stories/a%20missa%26%23771%3Bo%20das%20misericordias%26%23769%3Brdias%20vaticano%202012\\_pt.pdf%20\(01\).pdf](http://www.ump.pt/ump/images/stories/a%20missa%26%23771%3Bo%20das%20misericordias%26%23769%3Brdias%20vaticano%202012_pt.pdf%20(01).pdf) 02-01-2013 12:31

Namorado, R. (2003) *A Economia Social e o Terceiro Setor: Delimitação, Estudos e Projetos*. <http://www.ces.uc.pt/publicacoes/oficina/ficheiros/213.pdf> 21-12-2013 12:40

Oliveira, P. (2012) "Lei-Quadro das Fundações", *Pulsar - Boletim Informativo da Fundação de Aurélio Amaro Diniz*, nº 28, julho, p. 6.

Peres, D. (1940), "*História de Portugal*", Editora Barcelos, 1ª Edição.

Pillivian, J. A., & Charng, H. W. (1990), "Altruism: a review of recent theory and research", *Sociology* , nº. 16, pp. 27-65.

Portugal, Assembleia da República, *Decreto-Lei* nº.66-B/2012 em Diário da República, I Série nº 252 1º suplemento, em 31 de dezembro.

Portugal, Assembleia da República, *Lei* n.º 41/2007 em Diário da República, I Série nº. 163, de 24 de agosto

Portugal, Assembleia da República, *Lei* nº 24/2012 em Diário da República, I Série nº. 131, de 9 de julho.

Portugal, Assembleia da República, *Lei* nº. 101/97 em Diário da República nº. 212, I Série A nº. 212, em 13 de setembro.

Portugal, Assembleia da República, *Lei* nº. 16/2001 em Diário da República, I Série A nº. 143, de 22 de junho.

Portugal, Assembleia da República, *Lei* nº. 48/90 em Diário da República nº. 195, I Série nº 195, de 24 de agosto.

Portugal, Assembleia da República, *Lei* nº. 8/2012 em Diário da República, I Série nº. 37, de 21 de fevereiro.

Portugal, Assembleia da República, *Lei* nº. 91/2009 em Diário da República, I Série nº. 168, em 31 de agosto.

Portugal, Gabinete do Secretário de Estado da Presidência do Conselho de Ministros, *Despacho* nº. 684/2013 em Diário da República nº. 8, II Série C, de 11 de janeiro.

Portugal, Gabinete do Secretário de Estado da Saúde, *Despacho* n.º 4652/2010 em Diário da República, II Série nº. 52, de 9 de março.

Portugal, Gabinete do Secretário de Estado da Saúde, *Despacho* nº 10430/2011 em Diário da República, II Série nº. 158, de 18 de agosto.

Portugal, Ministério da Saúde, *Decreto-Lei* nº. 186/2006 em Diário da República, I Série nº. 176, de 12 de setembro.

Portugal, Ministério da Saúde, *Decreto-Lei* nº. 212/2006 em Diário da República, I Série nº. 208, de 27 de outubro.

Portugal, Ministério da Saúde, *Decreto-Lei* nº. 219/2007 em Diário da República, I Série nº. 103, em 29 de maio.

Portugal, Ministério da Saúde, *Decreto-Lei* nº. 222/2007 em Diário da República, I Série nº. 103, de 29 de maio.

Portugal, Ministério da Saúde, *Decreto-Lei* nº. 281/2003 em Diário da República, I Série B, de 8 de novembro.

Portugal, Ministério da Saúde, *Decreto-Lei* nº. 97/98 em Diário da República, I Série A nº. 91, de 18 de abril.

Portugal, Ministério da Saúde, *Portaria* nº 132/2009 em Diário da República, I Série nº. 21, de 30 de janeiro.

Portugal, Ministério da Saúde, *Portaria* nº 615/2008, em Diário da República, I Série nº. 133, de 11 de julho.

Portugal, Ministério da Saúde, *Portaria* nº. 1529/2008 em Diário da República, I Série nº. 249, de 26 de dezembro.

Portugal, Ministério da Saúde, *Portaria* nº. 271/2012 em Diário da República, I Série nº. 171, de 4 de setembro.

Portugal, Ministério da Saúde, *Portaria* n.º. 376/2008 em Diário da República, I Série n.º. 99, de 23 de maio.

Portugal, Ministério da Saúde, *Portaria* n.º. 45/2008 em Diário da República, I Série n.º. 10, em 15 de janeiro.

Portugal, Ministério da Saúde, *Portaria* n.º. 567/2006 em Diário da República, I Série B n.º. 113, de 12 de junho.

Portugal, Ministério da Saúde, *Portaria* n.º. 852/2009 em Diário da República, I Série n.º. 152, de 7 de agosto.

Portugal, Ministério das Finanças e da Administração Pública, *Decreto-Lei* n.º. 36-A/2011 em Diário da República, I Série n.º. 48, de 9 de março.

Portugal, Ministério das Finanças, *Decreto-Lei* n.º 20/90 em Diário da República, I Série n.º 11, em 13 de janeiro.

Portugal, Ministério das Finanças, *Decreto-Lei* n.º. 127/2012 em Diário da República, I Série A n.º. 119, de 21 de junho.

Portugal, Ministério do Emprego e da Segurança Social, *Decreto-Lei* n.º. 78/89 em Diário da República, I Série n.º. 52, de 3 de março.

Portugal, Ministério dos Assuntos Sociais, *Decreto-Lei* n.º. 119/93 em Diário da República, I Série n.º. 46, de 25 de fevereiro.

Portugal, Ministério dos Assuntos Sociais, *Decreto-Lei* n.º. 704/74 em Diário da República, I Série n.º. 285 1º suplemento, em 7 de dezembro.

Portugal, Ministérios da Saúde e do Trabalho e da Solidariedade Social, *Decreto-Lei* n.º 101/2006 em Diário da República, I Série A n.º. 109, de 6 de junho.

Portugal, Ministérios das Finanças e da Administração Pública, do Trabalho e da Solidariedade Social e da Saúde, *Portaria* n.º. 220/2011 em Diário da República, I Série n.º. 106, de 1 de junho.

Portugal, Ministro da Saúde, *Despacho* n.º.16234/2012 em Diário da República, II Série n.º. 142, de 26 de julho.

Portugal, Plano Nacional de Saúde 2012-2016. <http://pns.dgs.pt/pns-2012-2016/> 11-11-2012 21:33

Portugal, Presidência do Conselho de Ministros, *Resolução do Conselho de Ministros* n.º 79/2004 em Diário da República, I Série B n.º. 147, em 24 de junho.

Portugal, Presidência do Conselho de Ministros, *Resolução do Conselho de Ministros* n.º 100/2002 em Diário da República, I Série B n.º. 121, em 25 de maio.

Portugal, Presidência do Conselho de Ministros, *Resolução do Conselho de Ministros* n.º 168/2006 em Diário da República, I Série n.º. 241, em 18 de dezembro.

Portugal, Programa do XIX Governo Constitucional. [http://www.portugal.gov.pt/media/130538/programa\\_gc19.pdf](http://www.portugal.gov.pt/media/130538/programa_gc19.pdf) 11-11-2012 21:33

Ribeiro, V. (1903), “*História da Beneficência Pública em Portugal*”, Coimbra, 1ª Edição.

RNCCI (2006). “o que é a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados”. <http://www.rncci.min-saude.pt/rncci/Paginas/ARede.aspx> 11-11-2012 13:23

Salamon, L. M., Sokolowski, S. W., Haddick, M., & Tice, H. S. (2012); “Portugal's nonprofit sector in comparative context” [http://ccss.jhu.edu/wp-content/uploads/downloads/2012/04/Portugal\\_Comparative-Report\\_FINAL\\_4.2012.pdf](http://ccss.jhu.edu/wp-content/uploads/downloads/2012/04/Portugal_Comparative-Report_FINAL_4.2012.pdf) 21-01-2013 21:13

Salamon, L., & Anheier, H. (1992), “In search of nonprofit sector I - The question of definitions”, *Voluntas*, nº. 2, pp. 125-161.

Santos, B. S. (1995), “Sociedade Providência ou Autoritarismo Social”, *Revista Critica de Ciências Sociais*, nº 42, pp. 1-7.

Silvers, J. B., & Kauer, R. T. (1986), “Returns on equity to not-for-profits hospitals”, *Health Services Research*, nº 21, abril, pp. 21-28.

Sousa, M. R. (2000), “*Constituição da República Portuguesa, Comentada*”. Lisboa: Lex.

Teixeira, G. (2001) *As organizações não governamentais: Algumas Considerações Jurídico-Fiscais*. <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/23959/2/2722.pdf> 11-11-2012 13:41

UMCCI. (2012), *Quem somos*. [www.umcci.min-saude.pt](http://www.umcci.min-saude.pt) 11-11-2012 13:20

UMP. (2012), *Actas do Primeiro Congresso do Grupo Misericórdias Saúde "As Misericórdias e a Saúde"*. Vila do Conde: Santa Casa da Misericórdia de Vila do Conde.

UMP. (2012). *Historial*, <http://ump.pt> 18-11-2012 13:12

Weisbrod, B. (1988), “*The non profit economy*”, Cambridge: Harvard University Press



## **9. APÊNDICES**



## APÊNDICE 9.1. - SIGIC

Apesar do acréscimo do investimento estatal no setor da saúde, quer em investimento quer em despesa corrente, a população portuguesa vinha demonstrando o seu descontentamento face ao tempo de espera para a realização de consultas de especialidade e cirurgias. Houve iniciativas governamentais que criaram programas específicos com o objetivo de diminuir o número de utentes que aguardavam a realização de uma cirurgia. A primeira assim identificada data de 1995, denominada de Programa Especial de Recuperação de Listas de Espera (PERLE), que apesar de um grande ênfase inicial não se lhe conheceram efeitos práticos, pelo que se seguiu em 1997 o Programa de Promoção do Acesso (PPA), mais conhecido por Programa Acesso, que viria a ser substituído 2 anos depois pelo Programa de Promoção da Melhoria do Acesso (PPMA). Até aqui, e comum a estas iniciativas, estava a inclusão apenas dos procedimentos cirúrgicos com maior tempo de espera e maior número de doentes em espera em hospitais da rede pública - excluía portanto qualquer ligação aos utentes que iam encontrando solução, a título de exemplo, nos hospitais da área social com quem o MS, via ARS, ia celebrando acordos. Se o PERLE preconizava a realização de concursos públicos com o setor privado (indiferenciado se com ou sem fins lucrativos), o PPA teve nos hospitais do SNS o prestador, e só o setor social veio a ser abarcado com o PPMA. Contudo, apesar da boa vontade destes programas, as listas de espera continuavam a aumentar para períodos temporais ética e clinicamente inaceitáveis, com o agravamento de uma procura em crescendo.

Enquanto no primeiro, a solução assentava no recurso exclusivo ao sector privado mediante realização prévia de concurso público, no segundo e terceiro programa os hospitais do SNS eram os prestadores por excelência, alargando-se a prestação ao sector social só com o PPMA.

É aprovado então em 26 de abril de 2002, pela Resolução do Conselho de Ministros nº 100/2002, o Programa Especial de Combate às Listas de Espera Cirúrgicas (PECLEC), que abarca o conceito de convenções a celebrar abrangendo todo o setor privado, com o intuito de aumentar a oferta de cuidados cirúrgicos e, como tal, melhorar o acesso. Essa melhoria do acesso, nos termos do Observatório Europeu dos Sistemas de Saúde, resultará da possibilidade dos cidadãos obterem cuidados de saúde apropriados às suas necessidades de modo a alcançarem ganhos em saúde, considerando-se cuidados apropriados sempre que sejam atempados, com efetivos ganhos em saúde se prestados de forma eficiente e com valor percebido pelo utente. Essa melhoria do acesso, nos termos do Observatório Europeu dos Sistemas de Saúde, resultará da possibilidade dos cidadãos obterem cuidados de saúde apropriados, i.e. cuidados atempados, percebidos pelo utente e com efetivos ganhos em saúde, com a articulação harmoniosa dos diversos intervenientes (figura 18)

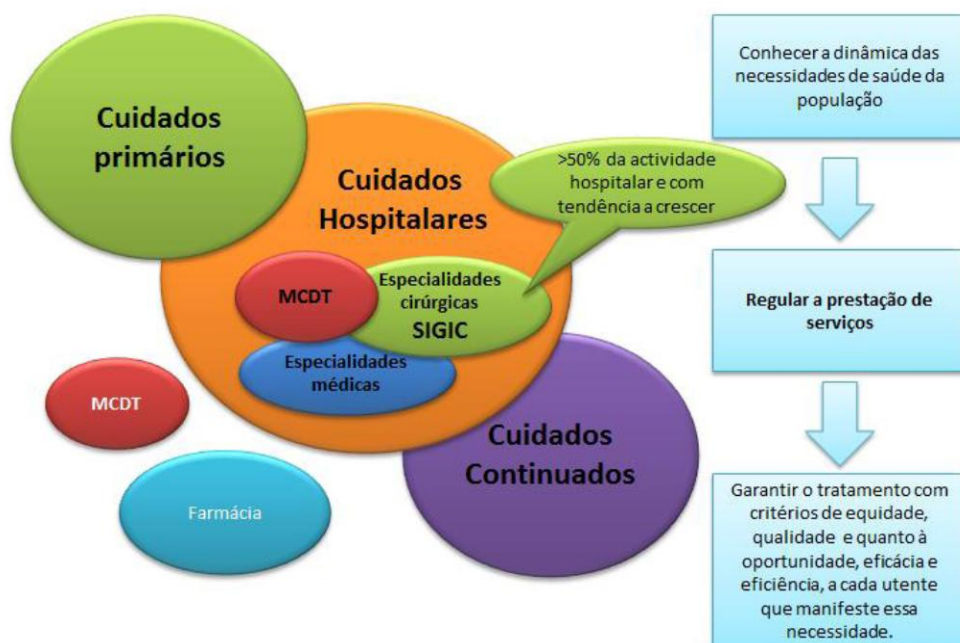


Figura 18: Perspetiva holística dos cuidados de saúde (retirada do Manual do SIGIC).

Daqui se percebe que ao Estado compete definir políticas reguladoras dos serviços de saúde, franqueando o acesso a um bem escasso e valioso, cuja gestão deve ser eficaz para poder, concomitantemente, combater as consequências gravosas da falta de acesso em tempo útil a cuidados de saúde. O SIGIC tem como principais objectivos: melhorar o serviço, garantindo o cumprimento dos Tempos Máximos de Resposta Garantidos (TMRG) regulamentados<sup>16</sup>, com a garantia de prestação de cuidados adequados; equidade no acesso, garantindo o tratamento em condições idênticas para todos os utentes; aumentar a eficiência global dos serviços públicos na prestação de cuidados cirúrgicos; conhecimento e transparência, garantindo a qualidade da informação através de uma estrutura de informação nacional homogênea baseada num sistema de recolha de dados que decorra do processo de produção. Para alcançar segue as seguintes estratégias: estabelecer um conjunto coerente de normas clínicas e administrativas, suportadas por ferramentas apropriadas; reorganizar a engenharia de processos numa lógica de melhoria contínua; garantir o cumprimento das normas processuais para gestão da , através da institucionalização e monitorização das mesmas; construção da informação para a gestão que permita a avaliação das intuições de acordo com os resultados; garantir a recolha sistemática de dados dos prestadores de acordo com protocolos normalizados relativos à procura, oferta e capacidade instalada; avaliação dos prestadores de serviços por resultados e correção dos desvios à norma; qualificar a informação através de um sistema de monitorização activa sustentada por uma rede de utilizadores, apoiada por auditorias a toda a rede hospitalar do SNS e convencionada com as ARS.

<sup>16</sup> A 26 de Dezembro de 2008, por via da Portaria nº. 1529/2008, eram fixados os TMRG para o acesso a cuidados de saúde para os vários tipos de prestações sem carácter de urgência, assim como era publicada a Carta dos Direitos de Acesso aos Cuidados de Saúde pelos Utentes do SNS.

### 9.1.1. As unidades funcionais do SIGIC

Como foi referido anteriormente, da centralização na ACSS resultou que aí funcione a UCGIC, unidade estratégica responsável pela definição e implementação dos mecanismos para que o programa funcione dentro das suas normas e para o alcançar de metas, hoje em dia definidas como atingir em 2014 um sistema transparente e sustentável que garanta a mais de 95% dos utentes o acesso adequado aos serviços cirúrgicos do SNS. Aquele IP surge assim como o corpo para esta área, subdividindo-se depois em ramos que passam pela URGIC, ao nível das ARS's e pelas UHGIC.

Se à UCGIC compete então a atualização constante do registo de utentes na LIC através da seleção de processos e da elaboração de circuitos associados ao acompanhamento das transferências de utentes e à definição de protocolos de transferência dos seus processos entre as várias entidades hospitalares (do SNS ou convencionadas), assim como garantir a melhoria contínua da qualidade de todos os processos implementados, reserva-se às demais unidades a operacionalização do sistema.

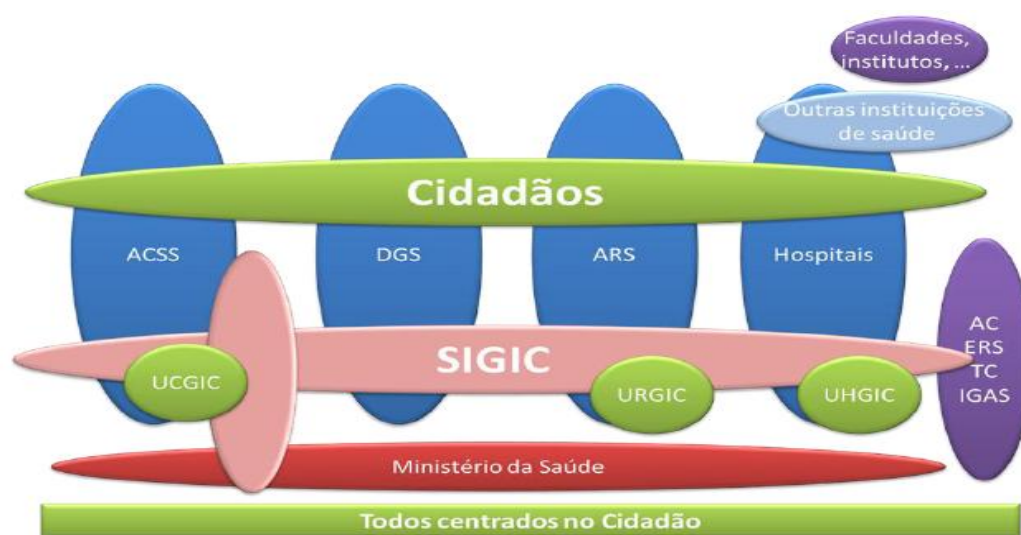


Figura 19: Entidades envolvidas no SIGIC.

As URGIC encontram-se sedeadas na dependência das ARS's, cabendo-lhes a monitorização, acompanhamento e controlo do processo, da produção cirúrgica hospitalar, da produção realizada face à contratada e do cumprimento dos objetivos fixados para cada hospital, confrontando-a com a da produção normal contratualizada. As unidades regionais atuam ainda como garante do cumprimento de protocolos de transferência previamente definidos, sendo responsáveis pela resolução de conflitos de interesse no âmbito do processo das transferências de utentes.

As unidades reguladoras (UCGIC e URGIC) viram as suas competências reforçadas com a publicação da Portaria n.º 45/2008, de 15 de janeiro, de modo a aumentar a responsabilidade

dos participantes e a transparência dos processos, nomeadamente com a capacidade de realização de auditorias e do acompanhamento do contrato-programa firmado com cada hospital de origem. Esse reforço de poderes acaba de ser enfatizado em 2012, por via do normativo que impõe que, nas equipas cirúrgicas dos convencionados para a prestação de serviços no âmbito do SIGIC, não podem ter assento elementos com uma relação de trabalho nos hospitais de origem, situação que iremos retomar mais adiante.

Fica assim reservado para as UHGIC, que se encontram sedeadas nas várias instituições hospitalares, a centralização da gestão de inscritos para cirurgia da respetiva instituição, sob o compromisso de prestar todo o tipo de informação solicitada pelas URGIC e UCGIC, nomeadamente relatar com periodicidade mensal a produção efetivamente realizada face à produção prevista, bem como a adequação do agendamento das cirurgias face à prioridade e antiguidade de inscrição dos utentes.

Para garantir a execução do processo de transferência de utentes no âmbito do SIGIC, é necessário que os sistemas informáticos dos hospitais transfiram dados para o SIGLIC e este forneça, por sua vez, dados às aplicações hospitalares, de modo a estabelecer o sincronismo de toda a informação.

Deste modo, o SIGLIC apresenta-se como uma ferramenta integradora da LIC dos hospitais do SNS e convencionados que permite a interação entre as diversas entidades envolvidas na gestão do episódio do utente.

As entidades que podem aceder ao SIGLIC são:

- » Utente - através do eSIGIC<sup>17</sup>, onde pode verificar a sua situação na LIC;
- » UHGIC - hospitais do SNS e do setor social ou privado convencionado, com a restrição atrás mencionada de ainda não haver a possibilidade de inscrição de doentes diretamente pela rede social dos doentes por eles atendidos em consulta;
- » URGIC;
- » UCGIC.

### 9.1.2. O SIGIC como solução da ineficiência do Estado como prestador?

Centrando a atenção nos hospitais do SNS, o MS vem a descurar no PECLEC o carácter subsidiário dos hospitais da rede social, o que se mantém na medida seguinte, a implementação do SIGIC, aprovada pela Resolução do Conselho de Ministros nº 79/2004, de 3 de junho. Ou seja, a rede social vem a ser convidada, a par com todos os demais privados, a

---

<sup>17</sup> eSIGIC é o portal de acesso aos utentes inscritos na LIC, acessível em <https://servicos.min-saude.pt/acesso/>, gerido pela ACSS, IP.

aderir a uma convenção em que se define quais os procedimentos para a qual a rede está habilitada técnica e humanamente a realizar. Da parte do MS há uma clara percepção da ineficiência dos serviços por ele tutelados enquanto prestador, obrigando contudo a que a porta aberta ao sistema se processe só nesses hospitais, conforme figura 20. Assim, mantinha-se em paralelo a atividade de hospitais da rede social, sendo que para estes o SIGIC aparecia como um complemento de atividade e não como o uso da ferramenta de equidade no acesso por parte da população.



Figura 20: Efeitos perversos decorrentes de tempos de espera excessivos em listas de espera de inscritos para cirurgia (retirada do Manual do SIGIC).

O sistema criado assentava em cinco grandes princípios que se mantêm atuais:

- » Garantia de tratamento dentro de um período definido de acordo com regras claras;
- » Maior compromisso do hospital expresso pela emissão de um certificado de inscrição na LIC;
- » Maior envolvimento do utente no reconhecimento dos seus direitos e deveres, formalizado com a assinatura do consentimento para a inscrição na LIC;
- » Maior uniformidade do processo, garantindo, através da publicação de um regulamento processual, a uniformização do tratamento dos utentes com necessidade de terapêutica cirúrgica;
- » Maior controlo e transparência através da constituição de unidades de apoio ao SIGIC a três níveis: hospitalar, regional e nacional.

O reforço da responsabilização do Hospital de origem do doente surge já com o OE de 2013, que preconiza que a despesa no setor convencionado com doentes será paga através do financiamento das instituições, com exceção dos doentes encaminhados pelos hospitais em regime de Parceria Público Privada (PPP), cuja responsabilidade se mantém na ACSS. No OE lemos que “esta alteração tem como consequência orçamental a redução do volume

financeiro de responsabilidade central”. Daqui resulta que, se para 2012 estavam previstos a nível nacional 21 milhões de euros para o SIGIC, para 2013 esse valor será de dois milhões de euros, referentes ao pagamento dos doentes encaminhados para o sector convencionado. Esta medida vem na sequência de outras para “obrigar” os hospitais de origem a serem muito mais criteriosos no agendamento de intervenções cirúrgicas, de modo a poder obviar os custos inerentes à referência de doentes para o setor convencionado.

### 9.1.3. A admissão de doentes à LIC

Só em 2008, e já com a gestão central do SIGIC acometida à ACSS (alínea s) do n.º 2 do artigo 3.º do Decreto-Lei n.º 219/2007, de 29 de maio), entretanto criada pela remodelação da estrutura orgânica do MS (Decreto-Lei n.º 212/2006, de 27 de outubro), se percebeu a incongruência da falta de inscrição em LIC dos doentes atendidos nos regimes convencionados, nomeadamente os que estavam ao abrigo de convenções celebradas com hospitais de ESNL. Assim, num esforço de contemplar estes doentes em igualdade de circunstâncias com os que acediam via Hospital do SNS, o MS divulgou instruções de forma a garantir a igualdade no acesso e no tratamento cirúrgico nos TMRG a todos os seus beneficiários. Ainda assim, passados 4 anos, o efeito prático da medida ainda não se concretizou na região centro, originado pela não disponibilização a esses hospitais da aplicação informática para inscrição de doentes. Apenas lhes está “aberta” a gestão dos doentes que venham a cativar através de vales-cirurgia. Daqui resulta que, com respeito pelo teor de cada um dos acordos celebrados, um doente poderá estar inscrito na LIC e, em simultâneo, numa lista de um qualquer Hospital da área social, optando eventualmente por aquele que o venha a acolher mais rápido (ver percurso seguido pelo doente na Figura 21).

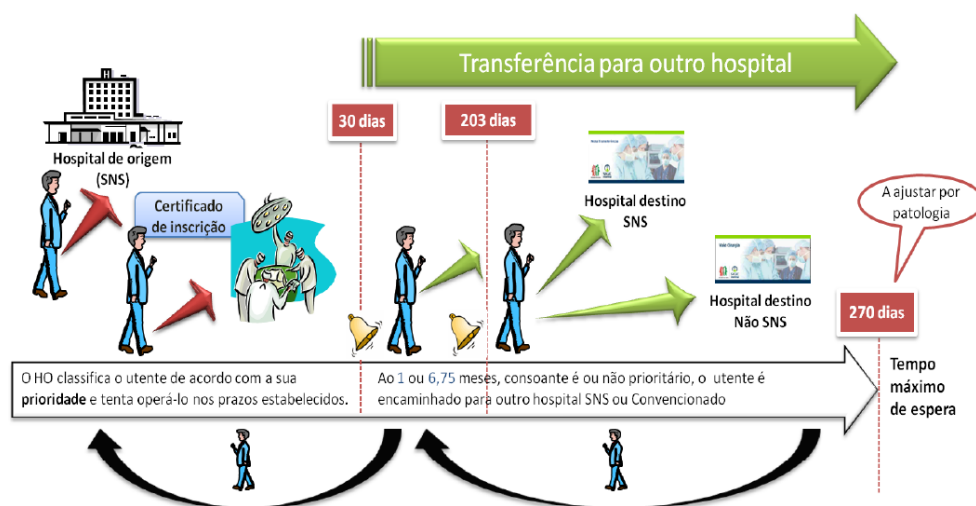


Figura 21: Percurso do utente na LIC e indicação do TMRG.

## APÊNDICE 9.2. - RNCCI

A RNCCI foi criada, como refere o Guia da RNCC da UMPCI, com o objetivo de fazer face a uma série de problemas específicos, nomeadamente o progressivo envelhecimento demográfico, o predomínio de doenças crónicas incapacitantes, a escassa cobertura de serviços de cuidados continuados integrados a nível nacional e a inexistência de uma política integrada de saúde e de segurança social.

### 9.2.1. A Missão da RNCCI

Apresenta por missão a prestação de cuidados adequados, de saúde e apoio social, a todas as pessoas que, independentemente da idade, se encontrem em situação de dependência, assente em valores como (RNCCI, 2006):

- Prestação individualizada e humanizada de cuidados;
- Continuidade dos cuidados entre os diferentes serviços, setores e níveis de diferenciação, mediante a articulação e coordenação em rede;
- Equidade no acesso e mobilidade entre os diferentes tipos de unidades e equipas da rede;
- Proximidade da prestação dos cuidados, através da potenciação de serviços comunitários de proximidade;
- Multidisciplinaridade e interdisciplinaridade na prestação de cuidados;
- Avaliação integral das necessidades da pessoa em situação de dependência e definição periódica de objetivos de funcionalidade e autonomia;
- Promoção, recuperação contínua ou manutenção da funcionalidade e da autonomia;
- Participação das pessoas em situação de dependência, e dos seus familiares ou representante legal, na elaboração do plano individual de intervenção e no encaminhamento para as unidades e equipas da rede;
- Participação e corresponsabilização da família e dos cuidadores principais na prestação dos cuidados;
- Eficiência e qualidade na prestação dos cuidados;
- Os cuidados paliativos devem estar integrados na prática normal dos cuidados. Integração mais precoce previne a incapacidade de lidar com a inadaptação a longo prazo. Não só atender os sintomas e necessidades físicas mas também os problemas psicológicos e espirituais dos doentes;
- Otimização do conforto, função e suporte social aos doentes e familiares quando a cura não é possível;

A prestação dos cuidados de saúde e de apoio social é assegurada pela RNCCI através de unidades de internamento e de ambulatório e de equipas hospitalares e domiciliárias (estas últimas a cargo dos Centros de Saúde).

O planeamento estratégico da RNCCI está organizado em três fases de desenvolvimento ao longo de 10 anos. A fase 1, entre 2006 e 2008, teve em vista atingir a meta de 30% de cobertura das necessidades existentes. A segunda fase, de 2009 a 2012, teve como objetivo uma percentagem de cobertura de 60%. A terceira fase, de 2013 a 2016, visa atingir a meta de 100% de cobertura.

### 9.2.2. A estrutura de funcionamento

A estrutura de missão para os cuidados de saúde integrados surge da resolução do Conselho de Ministros nº. 168/2006, publicada em DR a 18 de dezembro de 2006 e a unidade de missão vem a ser integrada na ACSS, cujo processo de fusão terminou a 19 de dezembro de 2012. Assim, tal como com o SIGIC, a ACSS é a entidade que tutela o RNCCI. Se o SIGIC é uma iniciativa do MS, já a RNCCI junta também o Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social, o que por si só justifica a maior adesão das IPSS (englobando as Misericórdias) a esta medida, ou não tivessem estas entidades uma forte presença como executores de políticas sociais no âmbito do apoio aos idosos com as respostas sociais de Lar para cidadãos portadores de deficiência, Lar de Idosos, Centro de Dia e Apoio Domiciliário. As respostas desta rede surgem como complemento à atividade dessas entidades o que, por via do apoio do programa Modelar, veio a incentivar o investimento em novos equipamentos, recuperando em muitos casos antigos hospitais e outras instalações que se encontravam devolutas.

As regras de apoio às ESNL no domínio da Saúde (Decreto-Lei nº. 186/2006) abriram caminho para o então programa Modelar (Portaria nº. 376/2008, de 23 de maio), aprovando o regulamento da atribuição de apoios financeiros pelas ARS's a pessoas coletivas privadas sem fins lucrativos. Este programa, que preconizava apoios não reembolsáveis para investimentos na RNCCI veio a ditar o seu sucesso junto daquelas entidades, tendo muitas encontrado aqui a solução para retornarem à prestação de cuidados de saúde.

Também da experiência anterior destas instituições mais inclinada para a componente social ou mais para a componente de saúde ditou, em muitos casos, que viessem a adotar as respostas que a RNCCI preconiza, umas mais próximas da componente hospitalar (menor tempo de internamento) e outras da componente Lar.

### 9.2.3 Tipologias de Internamento

Foram definidas então quatro tipologias de internamento: UC, UMDR, ULDM e UCP. A distingui-las, desde logo, o tempo de permanência do utente, os meios técnicos e humanos envolvidos e o valor de financiamento (preços atualizados na portaria nº. 220/2011 de 1 de junho). Também o copagamento por parte dos utentes (ou seus familiares) aumenta conforme nos afastamos de cuidados clínicos e nos aproximamos mais das soluções de maior tempo de internamento.

### Unidades de convalescença

“A UC é uma unidade de internamento, independente, integrada num hospital de agudos ou noutra instituição se articulada com um hospital de agudos, para prestar tratamento e supervisão clínica, continuada e intensiva, e para cuidados clínicos de reabilitação, na sequência de internamento hospitalar originado por situação clínica aguda, recorrência ou descompensação de processo crónico” (artigo 13.º do Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho).

Daqui recorre que a finalidade de uma unidade de convalescença é a estabilização clínica e funcional, a avaliação e reabilitação integral da pessoa com perda transitória de autonomia potencialmente recuperável e que não necessita de cuidados hospitalares de agudos, contribuindo para diminuir a presença do doente em ambiente hospitalar. Respondendo a necessidades transitórias, maximiza os ganhos em saúde com a promoção da reabilitação e a independência dos utentes e aumenta a eficiência dos hospitais de agudos.

A previsibilidade de internamento numa unidade de convalescença é de até 30 dias consecutivos, considerando a agora extinta UMCCI que a unidade de convalescença pode estar situada em área adjacente a um hospital de agudos, de forma a estabelecer complementaridade na utilização de componentes logísticos, terapêuticos e diagnósticos e ao mesmo tempo coexistir com a unidade de internamento de média duração e reabilitação.

Os utentes das UC são maioritariamente doentes dependentes e a necessitar de componente de reabilitação intensiva, na sua fase pós-aguda, normalmente oriundos de serviços hospitalares de Medicina Interna, de Oncologia, de Cirurgia, de Ortopedia/Traumatologia e de Neurologia.

### Unidades de Média Duração e Reabilitação

“A UMDR é uma unidade de internamento, com espaço físico próprio, articulada com o hospital de agudos para a prestação de cuidados clínicos, de reabilitação e apoio social, por situação clínica decorrente de recuperação de um processo agudo ou descompensação de processo patológico crónico, a pessoas com perda transitória de autonomia potencialmente recuperável” (artigo 13º do Decreto-Lei nº 101/2006, de 6 de junho).

A UMDR tem por finalidade a estabilização clínica, a avaliação e a reabilitação integral da pessoa que tem uma previsão de internamento superior aos 30 dias mas inferior aos 90. Os utilizadores das unidades de média duração e reabilitação são doentes oriundos de outras respostas da rede, de instituições de saúde ou de solidariedade e segurança social ou, ainda, do domicílio, que careçam de cuidados integrados em regime de internamento, mas não de cuidados tecnologicamente diferenciados ou intensivos como os da unidade de convalescença. Podem, ainda, existir unidades de média duração e reabilitação, com características próprias, destinadas a grupos específicos de doentes. O regime de unidade de dia destina-se a pessoas

em situação de dependência, cujas condições clínicas e sociofamiliares lhes permitem a permanência no domicílio, mediante a prestação de cuidados em regime de dia.

#### Unidades de Longa Duração e Manutenção

“A ULDM é uma unidade de internamento, de carácter temporário ou permanente, com espaço físico próprio, para prestar apoio social e cuidados de saúde de manutenção a pessoas com doenças ou processos crónicos, com diferentes níveis de dependência e que não reúnam condições para serem cuidadas no domicílio” (artigo 13.º do Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho).

Por exclusão de partes, sempre que se preveja um período de internamento superior a 90 dias consecutivos, a resposta disponível é a da Unidade de Internamento de Longa Duração e Manutenção, que tem por finalidade proporcionar cuidados que previnam e retardem o agravamento da situação de dependência, favorecendo o conforto e a qualidade de vida. A ULDM pode proporcionar o internamento, por período inferior ao previsto no número anterior, em situações temporárias, decorrentes de dificuldades de apoio familiar ou necessidade de descanso do principal cuidador, até 90 dias por ano, figura que surge com a RNCCI.

Como referimos, esta resposta aproxima-se mais da realidade de um Lar, valência há muito na tradição das ESNL, o que facilitou a integração destas organizações na RNCCI nos casos em que a prestação de cuidados de saúde representava uma inovação. Tal como um Lar de Idosos, nestas unidades pretende-se maximizar a manutenção de aptidões para atividades de vida diária, promovendo a autonomia e a satisfação de necessidades sociais dos doentes. Em paralelo, havia que aliviar os hospitais de agudos de um sem número de situação de episódios de internamento sem justificação clínica, ou seja, apenas por questões sociais, alguns dos quais plurianuais.

A Unidade de Internamento de Longa Duração e Manutenção pode coexistir com as anteriores assim como funcionar também em regime de unidade de dia, articulando-se com as equipas móveis existentes na respetiva área geográfica.

#### Unidades de Cuidados Paliativos

Já a UCP é preferencialmente localizada num Hospital, embora com espaço físico próprio. As experiências anteriores similares, como as Unidades de DOR, mostraram a necessidade de um corpo clínico que dificilmente se poderia conseguir fora do ambiente hospitalar, para acompanhamento, tratamento e supervisão a doentes em situação clínica complexa e de sofrimento decorrentes de doença severa e/ou avançada, incurável e progressiva, nos termos do consignado no Programa Nacional de Cuidados Paliativos do Plano Nacional de Saúde (PNS).

Não se conhece nenhuma unidade fora dos hospitais da rede pública e na região Centro são apenas três (HNSA em Seia, HAJC em Cantanhede e HCF em Tondela).

Foram referenciadas, agrupadas na tabela 19, as seguintes ESNL, aqui também com indicação do Agrupamento de Centros de Saúde (ACE) a que as mesmas reportam.

Tabela 19: Designação das ESNL, por distrito e ACE, convencionadas na RNCCI da região centro.

<i>Distrito</i>	<i>ACE</i>	<i>Unidade</i>
Guarda	ULS Guarda (Oeste)	ABPG - Associação de Beneficência Popular de Gouveia
Coimbra	Baixo Mondego I	AFMP - Associação Fernão Mendes Pinto (Coimbra)
Coimbra	Baixo Mondego I	CDC - Cáritas Diocesana de Coimbra
Coimbra	Baixo Mondego I	CRC - Casa de Repouso de Coimbra
Castelo branco	Pinhal Interior Sul	CASBNSM - Centro de Assistência Social do Beato Nuno de Santa Maria (Cernache do Bonjardim - Sertã)
Coimbra	Baixo Mondego III	CDEC - Centro de Desenvolvimento Educativo de Cantanhede (Lagoa de Mira)
Castelo Branco	Pinhal Interior Sul	CSPTAA - Centro Social Padre Tomás de Aquino de Azevedo (Oleiros)
Coimbra	Baixo Mondego I	Farol
Coimbra	Pinhal Interior Norte I	Fundação ADFP (Miranda do Corvo)
Leiria	Pinhal Interior Norte II	FNSG - Fundação Nossa Senhora da Guia (Avelar)
Coimbra	Baixo Mondego I	Residências Montepio - Serviços de Saúde
Aveiro	Baixo Vouga I	SCM Águeda
Guarda	Dão Lafões II	SCM Aguiar da Beira
Coimbra	Pinhal Interior Norte I	SCM Arganil
Leiria	Pinhal Litoral II	SCM Batalha
Viseu	Dão Lafões II	SCM Castro Daire
Leiria	Pinhal Interior Norte II	SCM Figueiró dos Vinhos
Guarda	ULS Guarda (Oeste)	SCM Fornos de Algodres
Castelo Branco	Cova da Beira	SCM Fundão
Guarda	ULS Guarda (Este)	SCM Guarda
Castelo Branco	Beira Interior Sul	SCM Idanha
Aveiro	Baixo Vouga II	SCM Ilhavo
Leiria	Pinhal Litoral II	SCM Leiria
Viseu	Dão Lafões III	SCM Mangualde
Leiria	Pinhal Litoral II	SCM Marinha Grande
Aveiro	Baixo Mondego III	SCM Mealhada
Viseu	Baixo Mondego III	SCM Mortágua
Viseu	Dão Lafões II	SCM Oliveira de Frades

A importância do terceiro setor na prestação de cuidados de saúde

<i>(cont.) Distrito</i>	<i>ACE</i>	<i>Unidade</i>
Coimbra	Pinhal Interior Norte II	SCM Penela
Coimbra	Pinhal Interior Norte II	SCM Penela
Coimbra	Pinhal Interior Norte I	SCM Poiares
Viseu	Dão Lafões III	SCM Santa Comba Dão
Viseu	Dão Lafões III	SCM Santar
Guarda	ULS Guarda (Oeste)	SCM Seia
Coimbra	Pinhal Interior Norte I	SCM Tábua
Castelo branco	Pinhal Interior Sul	SCM Vila de Rei
Viseu	Dão Lafões II	SCM Vouzela

## APÊNDICE 9.3. - Convenções

Ao abrigo das convenções celebradas entre as ARS's e as entidades privadas, que aderem aos procedimentos e às tabelas que o próprio Estado define, o utente tem acesso a esses serviços após a prescrição médica, entregando um documento (figura 22), vulgarmente conhecido por credencial, que acompanha todo o processo desde a marcação, efetivação e faturação. Nesse sentido, os cuidados de saúde primários são a porta de entrada para a utilização dos serviços convencionados

**MEIOS COMPLEMENTARES DE DIAGNÓSTICO ACTOS TERAPÉUTICOS E CONSULTAS**  
 Uso exclusivo do SNS

Requisição N°

Nome: [redacted] Idade 32 Sexo M  F

N° Utente [redacted]

Entidade Resp.: SNS N° Benef.: [redacted]

País: [redacted] N° Doc.: [redacted] Contacto do médico / Especialidade: 238600250 / MEDICINA GERAL E FAMILIAR

Domicílio: [redacted] URGENTE:

Justificação obrigatória do Domicílio e/ou Urgência: [redacted]

O Médico: [redacted] NOME BEM LEGÍVEL

**NATUREZA DAS PRESTAÇÕES**

A	ANÁLISES CLÍNICAS	H	OTORRINOLARINGOLOGIA
B	ANATOMIA PATOLÓGICA	I	PNEUMO E IMUNOLÓG.
C	CARDIOLOGIA	J	UROLOGIA
D	MEDICINA NUCLEAR	L	NEUROFISIOLOGIA
E	ELECTROENCEFALOGRAFIA	M	RADIOLOGIA
F	ENDOSCOPIA GASTROENT.	N	CONSULTAS
G	MEDICINA FÍSICA E REABILIT.	O	PSICOLOGIA

TAXA MODERADORA:  ISENTO  NÃO ISENTO

Verificado por computador

ENTIDADE PRESTADORA: [redacted]

Ass: [redacted]

Data: 12/11/11

VINHETAS: CS OLIVEIRA DO HOSPITAL - SEDE - COIMBRA

INFO. COMPLEMENTAR: DADOS CLÍNICOS EM ANEXO Terapêutica actual

SESSÕES DE FISIOTERAPIA REALIZADAS: Início 09/10/11, Fim 2/11/11

CODIGO	NOMENCLATURA	QUANTIDADE PRESCRITA	PRODUTOS A EXAMINAR	CODIGO	QUANTIDADE	PREÇO TOTAL
001.9	CONSULTAS (MFR)	1	Um			
045.0	Tenapia por calor húmido	20				
206.2	ULTRASONOTERAPIA	20				
108.2	Passagem manual de uma região	20				

Processo: 2011.007401  
 2040011282636321600

**Exame Prescrito**

1	083.4	1	6,59	2,25
2	108.2	20	26,00	26,00
3	045.0	20	24,20	22,00
4	206.2	20	26,00	26,00

**Exame Não Prescrito**

PROCEDIMENTOS EFECTUADOS E NÃO PRESCRITOS

NOMENCLATURA	CODIGO
[redacted]	[redacted]

TOTAL: Prestações: 82,79; Taxas Mod: 76,25

MEDICO PRESCRITOR: [redacted] Data: 17/11/2011 assinatura [redacted] Validade: 6 meses

DECLARAÇÃO DE: Declaro que me foram efectuados os Exames / Tratamentos prescritos

Ass. Medico Executante: [redacted]

Processado por computador - Sistema de Apoio ao Medico - ACSS

TOTAL PRESTAÇÕES € [redacted] TAXAS MODERADORAS € [redacted]

DOMICILIO: 1 URBANO - Lisboa e Porto, 2 URBANO - Outras Cidades, 3 NÃO URBANO

Figura 22 : Exemplo de uma credencial de prescrição médica de MCDT.

Tomando um exemplo contrário, a MFR, em que existem diversos prestadores, sejam eles de índole lucrativa ou não, podemos descrever o processo de referenciação do serviço público para o privado definido pela ACSS:

- a) A prescrição inicial do médico de família (ou já de consulta convencionada de uma especialidade) em que avaliou a necessidade de intervenção da MFR ou diretamente para o Fisiatra (como é o caso em apreço na figura 22);
- b) A marcação e início dos tratamentos, que são posteriormente indicados no mesmo impresso e faturados, após a assinatura do utente que, em espaço próprio, confirma a realização dos mesmos;
- c) Eventual pedido de continuação de tratamentos, em função da avaliação final do fisiatra. Aqui, retoma o processo ao médico prescriptor, que deve solicitar em impresso idêntico nova consulta (com código diferente, pois tem fins meramente estatísticos e não é passível de faturação por decalcar com a avaliação final do pedido anterior) e volta a entidade a faturar os tratamentos que venha a fazer.

Como se pode verificar, na etiqueta aposta no lado direito da figura 22, estão evidenciados os custos para o erário público e para o utente (taxa moderadora). Está aposta ainda a identificação da entidade prestadora e do serviço prescriptor, devidamente assegurada pelo responsável do serviço. Nesta especialidade surge reforçada a questão dos custos de deslocação, pelo número de sessões e tratamento em que o utente é obrigado a deslocar-se.

## APÊNDICE 9.4. - A FAAD

### 9.4.1. Apresentação da FAAD em Oliveira do Hospital

O concelho de Oliveira do Hospital, com 234 km<sup>2</sup>, é o mais periférico do distrito de Coimbra e encontra-se encrostado nos limites dos distritos de Viseu (concelhos de Carregal do Sal e Nelas) e de Guarda (concelho de Seia), tendo a sul o distrito de Castelo Branco.

As acessibilidades rodoviárias (as únicas que o concelho dispõe) são de traçado antigo e sinuoso, impondo uma velocidade reduzida, que sublinha o carácter periférico do concelho. A distância aos hospitais de referência (CHUC) é de 80 Km., é, assim, significativa, hoje mitigada com a abertura parcial do IC6 às portas do concelho. A ligação a Viseu é feita por estradas municipais e à Covilhã a alternativa com menos km obriga à subida ao cume da Serra da Estrela. Bastante acidentado a nível geográfico, com o Rio Mondego a norte e o Alva a sul, as estradas municipais que o servem fazem com que, de um extremo ao outro do concelho se possa demorar 2 horas de carro.

Demograficamente o concelho, nas últimas décadas, tem mantido sensivelmente o mesmo número de residentes, e, nos últimos dez anos, conhece um aumento significativo de jovens estudantes que frequentam um estabelecimento de ensino superior. Tinha, em 2010, 21354 habitantes, de que resulta uma densidade populacional de 91,1 habitantes por km<sup>2</sup>. Destes, 13% são jovens. A taxa de natalidade é de 6,9 por mil e a de mortalidade 13,4%. 15,7% da população reside na sede do concelho.

A taxa de desemprego em 2010 era de 6,3%. O rendimento bruto em sede de Imposto sobre o Rendimento da Pessoa Singular (IRS) por habitante 5.214,9€ e de Imposto sobre o Rendimento das Pessoas Coletivas (IRC) é de 560,70€. O poder de compra per capita em 2009 atingia o índice 64,6 (100 é a média nacional).

Tinha, também em 2009, 1684 empresas e destas 95,1% tinham menos de 10 trabalhadores e as 4 maiores concentravam 16,7% do volume de negócios.

Em 2010, havia 402 reformados por cada 1000 habitantes em idade ativa. A taxa de cobertura das respostas sociais para idosos era de 25% (Datacentro - Informação para a região, 2011)

Socialmente existem problemas emergentes da deslocação de pessoas das áreas rurais para a sede do concelho e do facto do emprego assentar significativamente na indústria de confeitaria que reconhecidamente atravessou no nosso país uma grave crise, havendo sinais indicadores no último ano de alguma retoma (reabertura de duas unidades encerradas).

#### 9.4.2. O ato fundador

Aurélio de Amaro Diniz, a dezassete de julho do ano de 1941, em Lisboa, passava a escrito, em seis folhas e meia de papel, uma vontade pessoal que viria, anos mais tarde, a confirmar-se ser dos mais nobres atos que a história de Oliveira do Hospital registou.

Vontade pessoal que, pela forma e conteúdo em que foi expressa, revela, acima de tudo, uma enorme sensibilidade às fragilidades sociais que à época o País e o concelho de Oliveira do Hospital viviam. Como revela, sem margem para quaisquer dúvidas, o amor e o carinho que esta grandiosa personalidade terá alimentado durante longos anos da sua vida a favor do seu concelho e, em especial, da sua freguesia, Lageosa.

A sua preocupação pelos pobres atravessa todo o testamento, desde logo quando atribui as suas propriedades do Fôjo e do Viso ("que nunca podem ser alienadas") ao povo da Lageosa "para com os seus rendimentos socorrerem a gente pobre da Lageosa". Depois, refere aquela que viria a tornar-se a sua mais importante disposição testamentária: "Deixo à Excelentíssima Câmara Municipal do concelho de Oliveira do Hospital, o resto de todos os meus bens havidos e por haver, atualmente constando de propriedades no concelho de Oliveira do Hospital, papéis de crédito, de valores... e diversos, com a obrigação de aplicarem estes valores à beneficência pública do concelho, para serem constituídos um hospital e um asilo em Oliveira do Hospital, na sede do concelho...".

Em testamento, tratou de deixar as bases para a constituição daquilo que é hoje a FAAD, de tal modo que era o próprio que deixava escrito: "Lembro à Excelentíssima Câmara para organizar uma comissão de três ou cinco pessoas, que queiram trabalhar de boa vontade, que as há em Oliveira e muito competentes, na missão de fazerem uma boa propaganda por meio da Imprensa e de circulares dirigidas aos nossos conterrâneos do concelho e aos que estão fora, no Brasil, Africas, Américas, Lisboa, Porto, Coimbra e noutras terras do País, a fim de angariarem donativos para as duas instituições a criar, visto que o que dou ser pouco e não ter mais, devido aos roubos que me fizeram e outros, que tenho tido grandes prejuízos; dou toda a produção do meu trabalho". O cariz social vincadamente vertido logo no momento de constituição por um homem apegado à sua terra de nascimento.

#### 9.4.3. A génese do hospital

Mais tarde, através de Portaria Ministerial de 21 de agosto de 1944, foi nomeada uma Comissão que exerceu funções até à constituição dos corpos gerentes nos termos dos Estatutos entretanto aprovados, a qual era constituída pelos ilustres Dr. João de Oliveira Mano, ao tempo, Presidente da Câmara, o médico Dr. António Mendes Costa e os empresários António Loureiro, Eugénio de Almeida Ruas e Amadeu dos Santos.

E foi assim que, à custa da vontade férrea de alguns ilustres Oliveirenses, cuja lista tinha no topo o Dr. João de Oliveira Mano, então ainda Presidente da Câmara Municipal, que se inaugurou o hospital a 31 de julho de 1955.

Dia grande na história da FAAD e, no fundo, de todo o concelho, porque foi nesse dia, numa cerimónia grandiosa, presidida pelo então Ministro do Interior, Dr. Joaquim Trigo de Negreiros e com a presença das mais altas figuras do Estado, do Clero e da sociedade Oliveirense da época que foi inaugurado solenemente aquele que nesse dia foi oficialmente designado Hospital Sub-Regional da Fundação Aurélio Amaro Diniz. Nesse próprio dia também, entrou o mesmo Hospital em funcionamento, com 30 camas e valências de Medicina, Pediatria e Obstetrícia. Registe-se que a assistência era prestada gratuitamente pelos clínicos gerais de Oliveira do Hospital.

#### 9.4.4. Os primeiros anos até à revolução de Abril de 1974

Dr. Francisco Antunes, um dos médicos, hoje aposentado, que prestou serviço no Hospital da FAAD, na entrevista refere que “O Hospital da FAAD desempenhou um papel fundamental na assistência clínica/maternidade às pessoas da região, especialmente num tempo em que não existia alternativa e as acessibilidades a Coimbra eram penosas e demoradas”.

Em 1965, foram realizadas beneficiações no 1º piso - rés-do-chão - com vista à instalação do Laboratório de Análises Clínicas, cujas obras foram substancialmente apoiadas pelo Sr. Comendador Manuel Rodrigues Lagos, que assumiu também os custos do seu apetrechamento e patrocinou outras intervenções como a conclusão das obras do 3º piso, que ficara apenas em tosco na altura da inauguração do edifício do Hospital, a instalação do serviço de Raios X e do elevador, bem como o melhoramento dos equipamentos de aquecimento e a aquisição do apetrechamento da lavandaria.

Com a conclusão das obras do 3º. piso, foi em 1969 criada nele uma enfermaria de cirurgia e contratado um cirurgião residente, o Sr. Dr. António Freire Lobo Vaz Patto, momento em que o Hospital passou a dispor de 55 camas.

Em 1972 foram feitas algumas remodelações de espaços que permitiram passar de 55 para 80 camas.

#### 9.4.5. A nacionalização

Com a publicação do Decreto-Lei nº. 704/74, de 7 de dezembro, que nacionalizava os hospitais centrais e distritais pertencentes a pessoas coletivas de utilidade pública administrativa, surge a ameaça de nacionalização do Hospital da Fundação, receio que veio a ter expressão legal em 11 de novembro de 1975, com a publicação do Decreto-Lei nº. 618/75 - Governo de Vasco Gonçalves/Pereira de Moura - e a concretizar-se a 9 de janeiro de 1979 com a sua entrega à Delegação de Saúde de Coimbra.

Em 1981, pela Portaria nº. 3/81, de 3 de janeiro, o Governo de Sá Carneiro transfere o Hospital para a dependência da Direcção-Geral dos Hospitais, cujo quadro foi também nesse ano definido, pela Portaria nº. 139/81, de 29 de janeiro. Ainda nesse ano, a 25 de maio, é estabelecido o Protocolo do Centro Hospitalar da Beira Serra, integrando os hospitais de Oliveira do Hospital, Seia e Gouveia. O Dr. Vaz Patto refere que essa união falhou “porque todos pretendiam as mesmas especialidades”. O Dr. Francisco Antunes recorda que a prestação de serviços em simultâneo foi salutar em virtude de todos os médicos dos concelhos vizinhos colaborarem na instituição, situação interrompida pelas diretivas do SNS.

Depois de várias transformações de ordem legal operadas na política de saúde da altura, o Hospital da FAAD passa por algumas vicissitudes a partir de 1983.

Desde logo, nesse próprio ano, em que ocorreu uma tentativa de integrar o Hospital no Centro de Saúde de Oliveira do Hospital, com perda das valências que tinha e que eram nesta altura as de medicina, cirurgia e obstetrícia. A tenacidade da Comissão Instaladora da altura evitou essa integração e logrou manter uma dependência direta relativamente à ARS de Coimbra, embora tal processo não tenha evitado que tivesse passado a ser comum o quadro de pessoal abrangendo as duas instituições que partilhavam o edifício: Hospital e Centro de Saúde. Não obstante as muitas tentativas em sentido contrário, não foi conseguido evitar que à demasiada complexidade com que então se faziam as substituições de pessoal médico e de enfermagem, que pelas mais diversas razões deixava de prestar serviço no Hospital, viesse a suceder uma drástica diminuição de condições para a manutenção das valências em atividade. Daí que tenham sido suspensas as consultas de urologia e de cardiologia e tenham sido perdidos os serviços prestados em radiologia e em anestesia.

Em 1986, com a publicação da Carta Hospitalar pela então Ministra da Saúde, Dr.<sup>a</sup> Leonor Beleza, são definidos critérios que permitem reconhecer ao Hospital da Fundação a categoria de Hospital de Nível I, explicitando que “o que distingue o Hospital da Unidade de Internamento de Centro de Saúde é essencialmente a existência de valências cirúrgicas e a prática de cirurgia”, critério que o hospital cumpria na íntegra. Desses tempos, o Dr. Vaz Patto recorda que o hospital “...era uma presa apetecível. Passámos um mau bocado mas resistimos e conseguimos aguentar. Para isso todas as (muitas!) vezes que mudavam os Secretários de Estado pedíamos para ser recebidos. Só uma vez nos puseram na rua!”

Reconhecido que era na altura o estado de estrangulamento progressivo das condições de prestação de cuidados de saúde no Hospital de Oliveira do Hospital, criaram-se condições para que em 1987 se tivessem iniciado contatos e negociações entre a Fundação e o MS - que teve na altura como interlocutor o Dr. Manuel de Lemos - com vista à devolução do Hospital à FAAD. Essa devolução veio a concretizar-se no final de 1989. À pergunta se o hospital poderia ter-se mantido na esfera do Estado, o Dr. Vaz Patto recorda que “a experiência que tivemos não foi nada agradável e, numa situação de crise, o pior que nos poderia suceder era todos os

nossos funcionários, que de muitos conhecemos as famílias e de quem somos amigos, se parecessem com alguns daqueles que nos foram impostos pelo Estado”.

#### 9.4.6. A devolução da gestão do hospital ao proprietário

Por via de um protocolo de cooperação, assinado com a ARS, o Conselho de Administração da FAAD presidido pelo Sr. António Mendes Monteiro assumia a atividade hospitalar<sup>18</sup>. Foram convencionadas algumas valências à Fundação e devolvida a esta, na prática, a administração do Hospital. Essa devolução veio a contemplar a manutenção ao serviço do hospital de um conjunto de funcionários como uma das “moedas” de troca, vantagem que se foi esvaziando conforme se iam reformando funcionários e agudizada com a saída da grande maioria aquando da inauguração do novo edifício do centro de saúde em 1997. Até aí, os serviços centrais do Centro de Saúde e o serviço de SAP funcionaram em instalações da FAAD, tendo no mesmo espaço serviços com gestão distinta mas complementares.

A separação em termos de espaço das duas instituições, a série de anos de resultados negativos suportados pela FAAD com a atividade hospitalar e a saída dos funcionários públicos para o Centro de Saúde, veio a ditar a necessidade de renegociar o protocolo de cooperação, o que aconteceu com o Dr. Júlio Reis como presidente da ARSC e o Dr. Manuel Gandarez como presidente do Conselho de Administração da FAAD, num processo acompanhado na ARS pelo Dr. Correia dos Santos, administrador hospitalar que se pronunciou pela mais-valia da manutenção do hospital em Oliveira do Hospital. Criadas novas exigências para a FAAD, esta inicia um ciclo de investimentos em equipamentos e recursos humanos, aumentando a oferta dos serviços prestados. Nas palavras do Dr. Vaz Patto, “depois de 1990 temos vindo sempre a consolidar a nossa influência à nossa volta”. Dr. Francisco Antunes encara esta fase como “ultrapassado o período de turbulência/adaptação à nova realidade, e após a celebração de acordos com o SNS, o hospital da FAAD pode planear a sua atividade, colmatando insuficiências que o SNS tinha, e tem, na sua área de atuação”.

Em 2002, percebendo da desadequação do modelo de financiamento àquela que já era a realidade hospitalar e adquirida uma cultura de prestação de cuidados a agudos (com a diminuição do tempo médio de internamentos e o aumento da complexidade dos doentes tratados, essencialmente na área cirúrgica), o então Presidente do Conselho de Administração, Dr. Sebastião Antunes, enceta negociações com a ARSC, na altura presidida pelo Dr. José Cabeças, revendo o protocolo que passa a assumir contornos bastante diferentes dos anteriores e, nalguns aspetos, bastante inovadores. Esse documento ainda hoje regula a atividade, que permite que haja uma vasta quantidade e diversidade de cuidados de saúde, em termos de oferta para a população, em condições idênticas às dos hospitais públicos. Como refere o Dr. Francisco Antunes “acredito mais na gestão fora da esfera do estado e uma gestão local assegura uma maior aproximação às necessidades locais”. A esse mesmo

---

<sup>18</sup> Desde 1987, a instituição tinha também inaugurado um Lar de 3ª Idade e Centro de Dia, logo tinha criado outras valências e novamente um corpo de funcionários próprio.

propósito, o Dr. Vaz Patto, hoje também aposentado mas ainda presidente da mesa de assembleia geral da Liga de Amigos da FAAD, diz achar que “o Estado não pode fazer tudo e que deve valer-se e apoiar as instituições que, às vezes, conseguem fazer tão bem ou melhor que ele”.

#### 9.4.7. Adequação à Lei-Quadro das Fundações

No caso da FAAD há um conjunto de práticas que vinham adotando voluntariamente, nomeadamente quanto à divulgação de contas e relatórios na internet, que hoje se tornaram obrigatórias (Oliveira, 2012). A principal alteração decorre do novo regime de “*corporate governance*” a adotar, que obriga desde logo a propor à Presidência do Conselho de Ministros de uma alteração estatutária para poder abrigar os agora designados Órgão de Administração, Órgão Executivo e Órgão de Fiscalização e, opcionalmente, um Conselho de Fundadores ou de Curadores. A divisão de dois órgãos, colegiais, do que até aqui têm como Conselho de Administração (hoje com 5 membros), sendo um executivo e outro não executivo (apenas para gestão de património e poder de deliberar sobre alteração de estatutos, de modificação e de extinção da fundação), encontramos paralelo nos modelos apontados para as sociedades anónimas e nas recomendações da Comissão do Mercados de Valores Mobiliários (CMVM) para as cotadas em bolsa. Daqui resulta também a necessidade de vir a formalizar um “Código de Conduta” e são estas as alterações que terão de ser equacionadas, respeitando ainda aquela que era a vontade de Aurélio Amaro Diniz expressa no seu testamento.

#### 9.4.8 Os serviços prestados no hospital de Oliveira do Hospital

O Hospital é a estrutura mais visível da Instituição, sendo o único que existe no concelho e, durante décadas, era a própria Fundação, em virtude de ser a única valência disponibilizada para a comunidade. Deste facto deriva que a oferta se foi adequando à procura e ao que era, em cada momento, a prática da medicina.

No âmbito do SNS, com quem a FAAD celebrou acordo de cooperação para a maioria dos serviços prestados<sup>19</sup>, o que permite que o utente se desloque ao hospital tal como se fosse a um hospital da rede pública, são prestados os seguintes serviços:

#### 9.4.9. Consulta das especialidades

Diversos especialistas se deslocam à FAAD, com periodicidade variável. A oferta de consultas convencionadas com a ARSC, pagas ao valor de 6,5€, permite que estas consultas deixem de estar pendentes nos hospitais públicos, com custos superiores, para além do valor do transporte (cerca de 75€ de Oliveira a Coimbra). Resulta daqui a capacidade reivindicada pela FAAD de poder aumentar a prestação do serviço, desde que haja um valor que permita

---

<sup>19</sup> A FAAD, favorecendo os utentes, pretende prestar os cuidados ao abrigo das convenções. Contudo, há serviços prestados que não constam das tabelas de convenção do SNS, como seja, a título de exemplo, o exame de cardiologia de Medição Ambulatória de Pressão Arterial (MAPA)

efetivamente suportar os custos reais daquele serviço, que ficará sempre aquém da despesa efetuada com a alternativa (que sendo longe, acarreta outro tipo de custos sociais, laborais, etc.). A pretensão da FAAD passaria por só trabalhar num esquema de consultas convencionadas, pois para além de ser socialmente correto, entendem estar a poupar ao erário público. A filosofia da nova Consulta na Hora, de algum modo com esquema idêntico ao SIGIC e assente na mesma legislação que define os tempos de espera aceitáveis (portaria 615/2008 de 11 de julho), parece justificar a pretensão da instituição e que poderia representar um aproveitamento da capacidade instalada nas ESNL como a FAAD.

Os utentes são encaminhados à consulta pelo médico de família (na sua maioria), por outras especialidades, por outros hospitais e no pós-internamento se se justificar.

Na consulta é ainda dispensada medicação a doentes crónicos (de uso exclusivo Hospitalar, como o caso de citostáticos<sup>20</sup>), evitando assim a deslocação a um Hospital Central para esse efeito.

Instalada esta oferta num hospital (figura 23), a ideia de convenção isolada para consultas de especialidade perde nexos, pois vai muito mais além do que a ida a um consultório de um qualquer especialista.

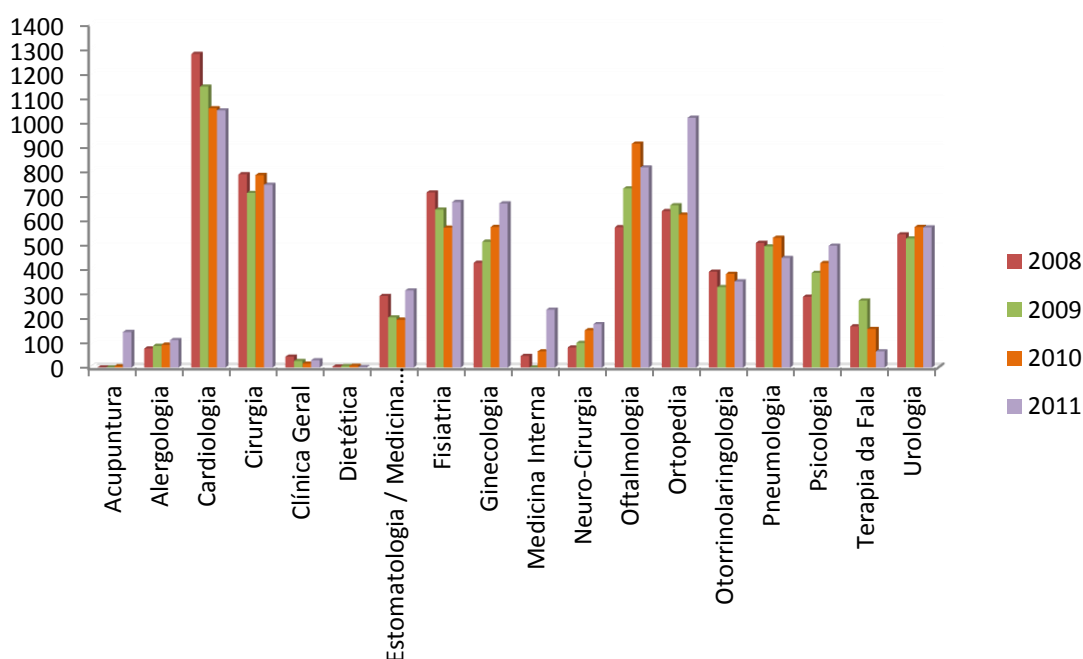


Figura 23: Consultas, por especialidade, no período de 2008 a 2011.

#### 9.4.10. Meios auxiliares de diagnóstico

Serviços que funcionam para o internamento (cujos custos são absorvidos pelo GDH<sup>21</sup>) e para o ambulatório, acessíveis de 2ª a sábado, das 8 às 20:00, pelo mesmo método e tabelas do

<sup>20</sup> citostáticos, também conhecidos como antineoplásicos, são utilizados no tratamento de neoplasias malignas.

regime convencionado (com todos os sistemas de saúde, exceto o do Ministério da Justiça). Assenta em tecnologia que justifica o valor investido até ao momento, daí o progressivo apetrechamento no sentido de responder a mais situações, com maior rapidez e fiabilidade. O esforço da instituição, como refere o atual Presidente do Conselho de Administração, Dr. Álvaro de Abreu Herdade, “...é o de aumentar o conforto para o doente, num ambiente de segurança, por médicos e técnicos especializados, rentabilizando o espaço disponível e a disponibilidade dos profissionais”. Nalguns casos o equipamento é partilhado com outros prestadores, pois a procura desses exames não justifica a aquisição e posterior renovação dos aparelhos (caso da Colonoscopia, em que o equipamento pertence a uma sociedade de médicos da especialidade de Gastroenterologia). Em 2005 e fruto dessa relação de complementaridade, o Hospital passou também a prestar apoio técnico a outras unidades, nomeadamente ao Serviço de Radiologia do Centro de Saúde de Tábua, com a orientação do pessoal técnico, elaboração e processamento dos relatórios.

#### 9.4.11. Medicina Física e de Reabilitação

Começou como apoio ao internamento e, por insistência da Sub-Região de Coimbra aquando da negociação do protocolo de 1997, foram adaptando instalações até que, com a saída da cozinha, foi liberto um espaço para a criação de ginásio para poderem abrir para o público em geral, evitando deslocações a outros centros e internamentos prolongados por esta falta. Hoje a instituição assume que o ginásio é pequeno para a procura, quer de utentes da ARS quer de seguros, havendo a possibilidade de ampliar numa conjuntura mais favorável financeiramente. O gráfico da figura 24 aponta para uma estabilização do número de doentes, apesar do acréscimo da procura, que justifica a opção pelo aumento das instalações. O acesso dos doentes faz-se depois da consulta de fisioterapia, requisitada pelo médico de família ou em regime de pós-internamento, e cujos tratamentos são pedidos pelos médicos de família e autorizados pelo diretor do respetivo centro de saúde. As tabelas aplicadas são as do regime convencionado.

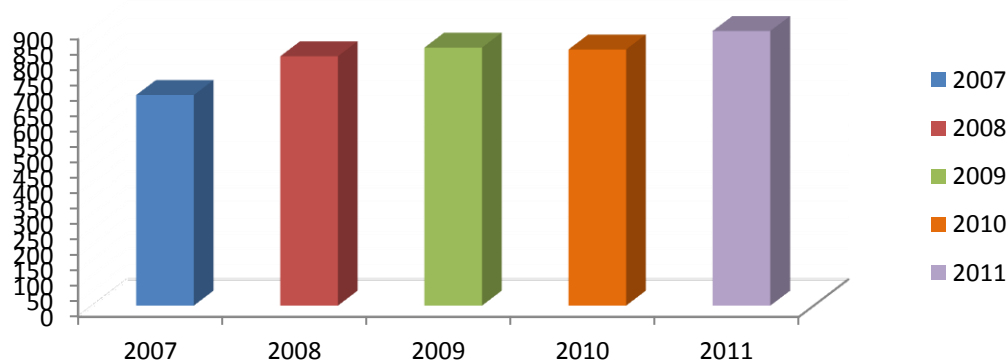


Figura 24: Número de doentes com alta em MFR, no período 2007 a 2011.

---

<sup>21</sup> Na lógica dos GDH, a faturação é elaborada por episódio de internamento, assumindo um valor fixo independentemente dos consumos. A atribuição via informática do respetivo GDH contempla diagnósticos, principais e acessórios, procedimentos e complicações prévias mas não consumos e diárias.

#### 9.4.12. Internamento

Dividido em duas alas, uma dedicada à Medicina outra às especialidades cirúrgicas (que foram trocadas nesta última obra de requalificação do edifício, de modo a permitir que o Bloco Operatório fique junto ao piso da Cirurgia e ficar com mais camas, pois tem mais 6). A Medicina tem como responsável um médico especialista em medicina interna com a colaboração de seis clínicos gerais. A cirurgia tem como responsável um médico cirurgião geral, a que acrescem os responsáveis pelas equipas de cirurgia, os anestesistas, um clínico geral e o diretor clínico (no caso, médico ortopedista). Prestam ainda lá serviço, para além das equipas de enfermagem e outros técnicos quando solicitados (fisioterapeutas, técnicos de análises, farmacêutica, etc.), uma psicóloga clínica e a assistente social, essencialmente no acompanhamento da alta clínica (que algumas vezes é difícil de concretizar). O acesso dos doentes faz-se por transferência de outros hospitais, por pedido do médico de família, por indicação do especialista após consulta externa, pelo SAP do Centro de Saúde ou por via da cativação de vale-cirurgia (SIGIC).

#### 9.4.13. Bloco Operatório

Usado pelas especialidades de Ortopedia, Urologia, Otorrinolaringologia, Cirurgia Geral, Oftalmologia, Cardiologia e Ginecologia, quer em regime de ambulatório quer de internamento.

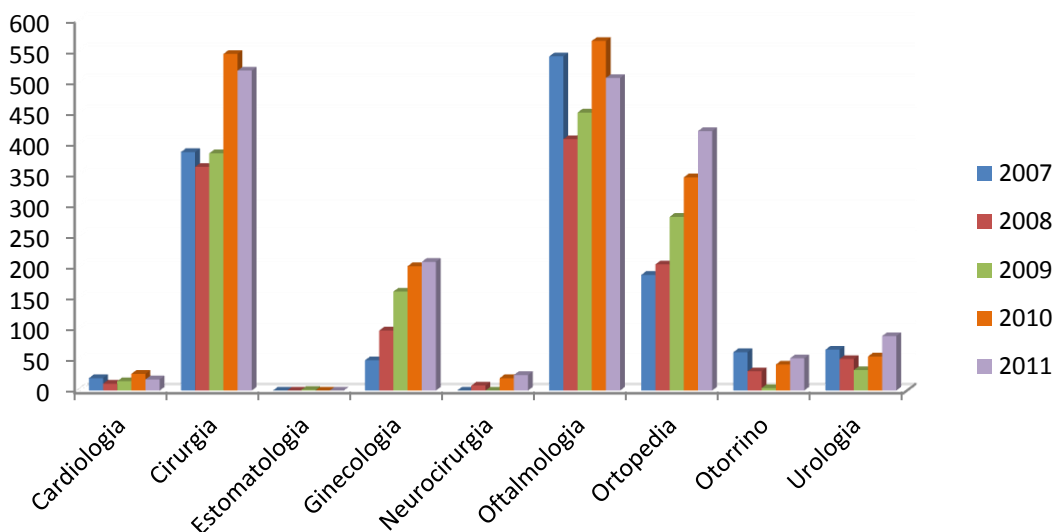


Figura 25: Intervenções cirúrgicas, por especialidade, no período de 2007 a 2011.

#### 9.4.14. Fontes de rendimento

A estrutura de fontes de rendimentos da FAAD, cuja análise dos últimos 4 anos<sup>22</sup> está presente na figura 26, confirma o já mencionado quanto à preponderância de receita derivada de serviços prestados e à restante operação conexas com a sua atividade. Essa constatação é crescente ao longo dos 4 anos, com exceção no ano de 2012 por via da imposição de decréscimo da faturação apresentada à ARSC<sup>23</sup>, maior cliente da instituição já que suporta os custos dos utentes do SNS nas componentes de internamento, ambulatório e os meios auxiliares de diagnóstico do regime convencionada, assim como o SIGIC.

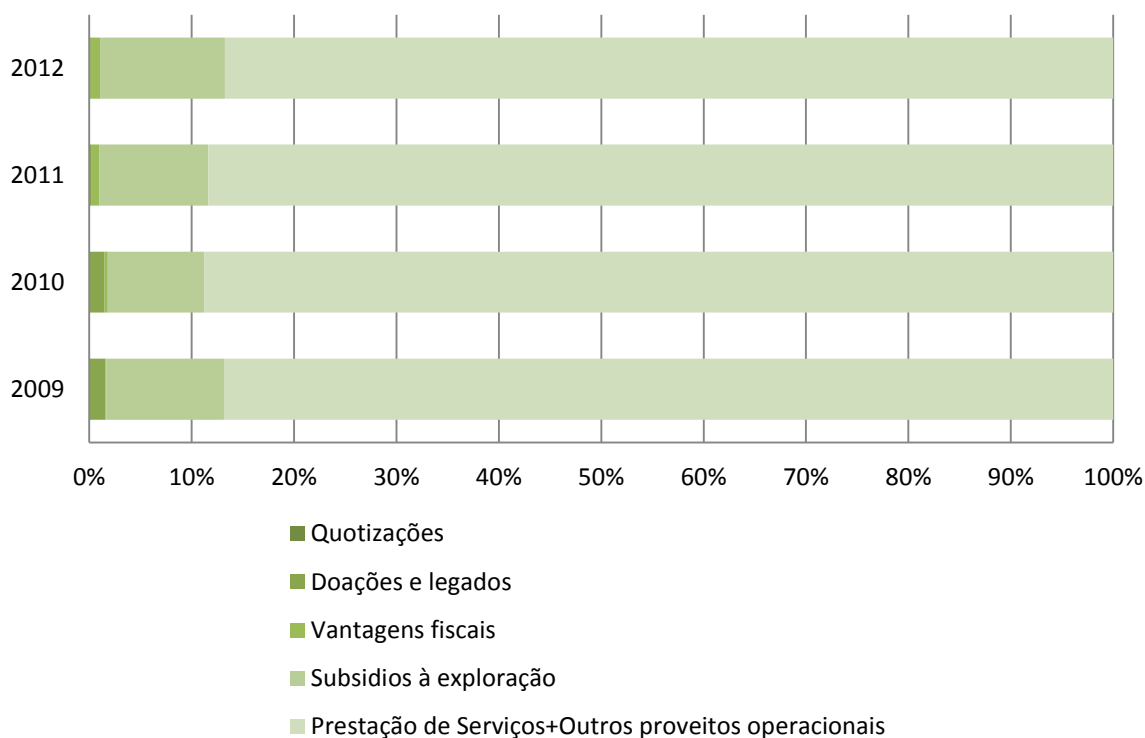


Figura 26: Relação percentual das fontes de receita da FAAD, de 2009 a 2011.

É residual o valor das quotizações recebidas (Liga de Amigos). As doações e legados que a instituição regista resultam de apoios concedidos de empresas (de menor montante) e de particulares, essencialmente por via de testamento, sendo portanto aleatório o seu recebimento. Ainda que venham a aproveitar os benefícios fiscais, nomeadamente a majoração do custo em sede de impostos sobre o rendimento, não será este o fator mobilizador no contexto empresarial local para a entrega de verbas à FAAD, a avaliar pelos montantes recebidos.

<sup>22</sup> Incluí o exercício de 2012, embora o exercício contabilístico, já efetuado com recurso às NCRF-ESNL, não tenha sido encerrado, portanto, ainda sem ter sido auditado pelo revisor oficial de contas (ROC). Os dados foram colhidos do software F3M WinCTB® em 14 de janeiro de 2013.

<sup>23</sup> Decorrente de um processo negocial em que foi manifestado pela ARSC a incapacidade de assumir a totalidade da despesa previsível com o atendimento de utentes na FAAD, o que obrigou a instituição a suspender a atividade cirúrgica no último trimestre de 2012.

No que respeita a vantagens fiscais concedidas pelo Estado, mais fácil de analisar na tabela 20, o valor mais elevado corresponde à restituição de Imposto sobre o Valor Acrescentado (IVA). A isenção incompleta nesta IPSS, não liquidando IVA aos seus utentes mas também o não deduzindo na aquisição de bens e serviços tem a *nuance* prevista de pedido de restituição, como já referimos.

Tabela 20: Receitas por grandes rubricas, anos de 2009 a 2012

	2009	2010	2011	2012
Quotizações	2.295,50 €	2.485,50 €	2.885,00 €	2.435,00 €
Doações e legados	80.457,23 €	84.646,99 €	11.055,58 €	5.698,85 €
Vantagens fiscais	5.270,54 €	19.244,98 €	44.978,83 €	52.428,49 €
Subsídios à exploração	607.225,66 €	553.913,72 €	648.471,90 €	712.275,69 €
Prestação de Serviços + Outros proveitos operacionais	4.588.310,75€	5.221.571,02€	5.379.092,62€	5.059.540,40€

Recordar, assim, que neste momento e relativo às compras efetuadas em 2012, a instituição apenas poderá receber 50% do imposto na aquisição de bens para a construção ou reparação de imóveis afetos à sua atividade, o que fará ainda diminuir mais as vantagens fiscais<sup>24</sup>. Ainda neste item está considerado o valor de 2.841,49€, com origem na consignação de 0,5% da coleta de IRS, recebido pela primeira vez em 2012 referente ao ano de 2010<sup>25</sup>. Esta IPSS pediu em 2009 a possibilidade de ser incluída para o ano seguinte nas entidades com direito a esse benefício<sup>26</sup> e tem repetido esse procedimento, sempre deferido pelo Ministério das Finanças para todos os anos desde então. Em subsídios à exploração estão considerados, na sua grande maioria, os valores recebidos inerentes aos acordos de cooperação celebrados com a Segurança Social para as atividades específicas de ação social, sendo inexistentes para os serviços objeto deste estudo.

<sup>24</sup> Essa medida vem no OE para 2013, assim como no de 2012, sendo que em 2011 nem era possível o pedido. Contudo, ainda se mantém a ressalva de isso não ser aplicável a obras cofinanciadas comprometidas ou iniciadas antes de 2011, o que permitiu à FAAD solicitar até 2012 o reembolso da maior parte do IVA suportado com obras, já que era a 100%.

<sup>25</sup> O n.º 2 do artigo 65.º da Lei n.º 16/2001, de 22 de junho, viu a sua redação alterada pela Lei n.º 91/2009, de 31 de agosto, diploma que entrou em vigor em 1 de setembro de 2009, passando as IPSS a poder acumular os dois benefícios, isto é, poderem simultaneamente pedir a consignação fiscal de quota do IRS e a restituição do IVA nos termos do Decreto-Lei n.º 20/90, de 13 de janeiro, pelo que as IPSS já não terão de declarar a renúncia à restituição do IVA. Contudo, ainda em janeiro do corrente ano, com o pedido de restituição de 50% do IVA suportado em obras nas aquisições de serviços no ano transato, a aplicação *on-line* da administração tributária fazia, anacronicamente, a questão se havia sido solicitado a restituição de IVA.

<sup>26</sup> É o contribuinte singular que, no anexo H da sua declaração de rendimentos, que autoriza a entrega de 0,5% da coleta a uma das entidades que merecem, por parte do Ministério das Finanças, o reconhecimento do benefício. Processa-se com a manifestação de vontade e a colocação do número de identificação de pessoa coletiva da organização beneficiária, no caso presente, 500746621.

#### 9.4.15. Política de investimento e prossecução de objetivos

O Hospital da FAAD vem assim prestando desde 1955 a sua colaboração à saúde pública, durante décadas, orientando a sua atuação, preferencialmente, para as populações mais afastadas dos grandes centros médico-cirúrgicos.

Em 1994, 5 anos após a devolução do hospital à iniciativa privada, a faturação da prestação de serviços era na casa dos 780 mil €, ocupando 75 pessoas e, nesse ano, obtinha um resultado operacional negativo de -66.785,6€.

Querendo manter a atividade vincadamente hospitalar, o ano seguinte iniciou-se uma remodelação do Hospital e o seu apetrechamento, tendo a F.A.A.D. investido até ao final de 2012, a custos históricos, 3,5 milhões de euros.

Esses investimentos, alguns foram sugeridos pelas próprias autoridades de saúde que denotavam a falta de um prestador de cuidados de saúde parceiro nesta zona.

#### 9.4.16. Atualização tecnológica e recursos humanos

Realizou, nos últimos 15 anos, investimentos (figura 27) em termos materiais e humanos relevantes para o incremento dessa atividade, de acordo com aquilo que a própria ARS, em reuniões de acompanhamento, foi indicando como importante para a prestação de cuidados eficientes e eficazes. Resultou destes investimentos o aumento dos serviços prestados, em qualidade e quantidade, diminuindo o número de pessoas que tiveram de se deslocar para obterem a solução do seu problema. Abriram-se novas perspetivas de diagnóstico e tratamento, com o endividamento bancário da Instituição, comparticipação pública, apoio da sociedade civil e beneméritos.

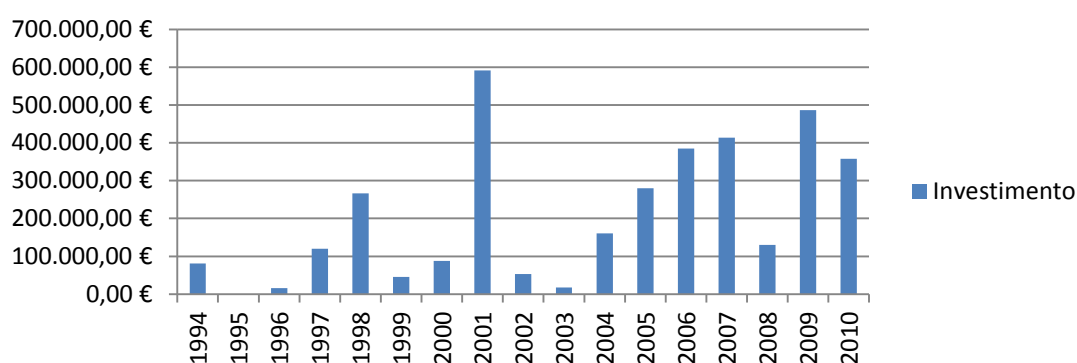


Figura 27: Investimento em ativos fixos tangíveis no período de 1994 a 2010.

Esse esforço traduziu-se:

- Aumento da atividade da Instituição, em consequência do aumento da resposta

crescente às solicitações da população, também ela cada vez mais abrangente (de meramente local a regional);

- b) Capacidade de poder passar a rentabilizar os investimentos realizados, sem descurar no entanto haver a prestação de serviços socialmente relevantes sem o retorno de investimento;
- c) Dinamização de emprego - condição de criação de riqueza e fixação de população - passando a captar e reter profissionais qualificados e reconverter desempregados das empresas tradicionais que, face ao declínio da indústria de confeções, encerraram portas;

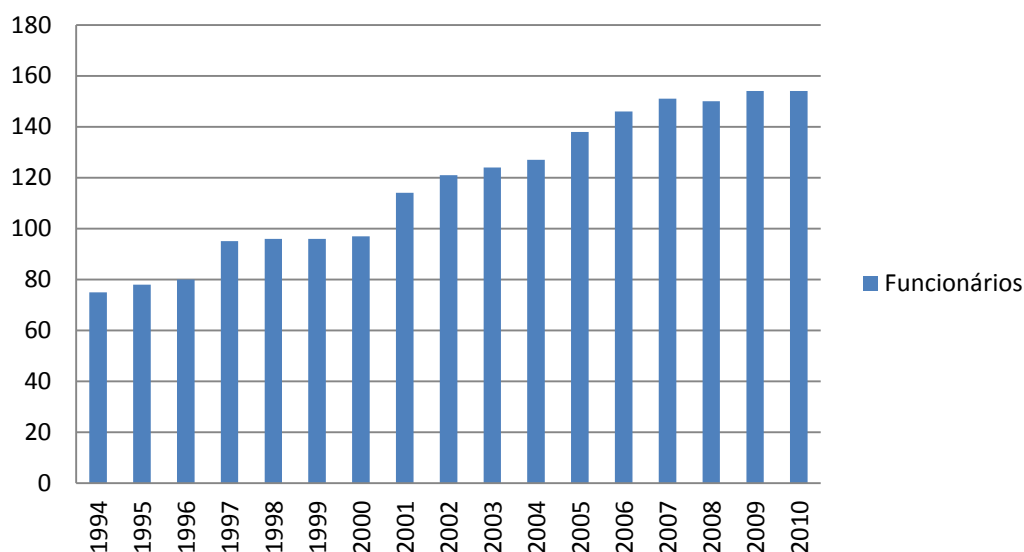


Figura 28: Número de funcionários no período 1994 a 2010.

- d) Melhoria da cobertura social, assumindo a FAAD papel preponderante não só nas respostas no domínio da saúde mas também na educação<sup>27</sup> e ação social<sup>28</sup>;
- e) Diminuição das assimetrias no acesso aos cuidados de saúde e diminuição de custos acessórios para o erário público (exemplo: transportes);
- f) Assegurar aos utentes a oferta de cuidados com equidade e acesso a serviços de qualidade;
- g) Redução do sofrimento e aumento de bem-estar individual, familiar e social pela natureza e expansão do tipo de cuidados de saúde oferecidos (promoção da saúde, prevenção primária e secundária, cuidados de reabilitação e cuidados paliativos aos doentes na fase terminal da vida);

<sup>27</sup> Em 1995 a instituição entrou também no apoio à infância, numa primeira fase com a utilização de instalações adaptadas e em 2007 com a inauguração de um infantário. Hoje tem cerca de 150 crianças nas respostas de berçário, creche, educação pré-escolar e atividades de tempos livres e lança obra em fevereiro próximo para poder receber em agosto de 2013 cerca de duas centenas de utentes.

<sup>28</sup> No apoio à terceira idade, desenvolve as atividades de centro de dia, lar de idosos e apoio domiciliário, para além de estar envolvida em vários projetos comunitários.

#### 9.4.17. Relação entre atividade e performance económica e financeira

A FAAD não teve um legado que lhe permitisse ter rendimentos provenientes de capitais ou outros investimentos: desde a sua génese, os valores foram aplicados na construção da sua valência principal e, desde então, o seu cariz essencialmente assistencialista nunca permitiu granjear mais-valias que pudessem no futuro poder obter outros rendimentos (com exceção da atividade agrícola e silvícola).

Daqui resulta ter o seu financiamento assente em serviços prestados, pesando a importância dos convénios com o Estado nas diversas vertentes em que se move.

A evolução dos serviços prestados e da consequente faturação traduz aquilo que é a melhor adequação à procura e a prestação de serviços que, cremos, pela sua qualidade, eficiência, proximidade e economia é atrativa para um crescente raio com centro em Oliveira do Hospital.

A tabela 21 evidencia alguns dados que suportam esta constatação e o crescimento da atividade após a introdução de novos serviços, desde o ano de 1994.

Tabela 21: Produção por rubricas no hospital da FAAD, no período 1994 a 2007 em intervalos de 3 anos e 2010 a 2012 ano a ano.

<i>Rubrica \ anos</i>	<i>1994</i>	<i>1997</i>	<i>2000</i>	<i>2003</i>	<i>2007</i>	<i>2010</i>	<i>2011</i>	<i>2012</i>
Intervenção cirúrgica	401	161	578	544	1311	1801	1843	1536
Análises Clínicas	17073	22740	56056	65422	67795	88889	97189	89329
Exames Radiológicos	20929	11580	18199	16954	15999	16582	15378	14891
End. Digestiva Alta	1064	1218	1357	1363	1274	1787	1634	1689
Eletrocardiograma	2162	3083	5357	4862	5747	5892	5754	5000
Exame Ecográfico	2999	4623	9090	11721	13034	12229	12336	12589
Ecocardiograma	703	958	1174	1793	2389	2444	2183	2141
Consultas externas	2696	2645	5736	6679	7927	7198	7921	8931
Holter	n.e.*	n.e.*	539	642	1056	1075	870	956
Prova Esforço	n.e.*	n.e.*	638	563	714	636	627	644
Prova ventilatória	n.e.*	n.e.*	308	406	802	1585	1172	988
TAC	n.e.*	n.e.*	1485	1334	1753	1939	1742	1802
Mamografia	n.e.*	n.e.*	n.e.*	441	828	960	1485	2552
Osteodensitometria	n.e.*	n.e.*	n.e.*	662	1196	1179	853	700
Colonoscopia	n.e.*	n.e.*	n.e.*	218	484	673	739	901
Sessões MFR	n.e.*	n.e.*	n.e.*	6212	12428	11929	13289	13823
MAPA	n.e.*	n.e.*	n.e.*	n.e.*	n.e.*	n.e.*	n.e.*	66
Audiograma	n.e.*	n.e.*	n.e.*	n.e.*	n.e.*	n.e.*	n.e.*	36

\* As indicações n.e. significam que esses serviços não existiam no hospital da FAAD nesses anos.

O protocolo de 2002, que depois de integralmente negociado sob o pressuposto de que se tratava de modelo equivalente a um hospital de nível 1 (90% dos GDH's), veio a traduzir, no dia da sua assinatura, segundo Dr. Sebastião Antunes, uma imposição de ter apenas um financiamento a 65%.

Com acrescidas responsabilidades e exigências, o Hospital da FAAD encarou esse desafio, do qual resultou a conclusão de se estar a trabalhar com uma margem de segurança diminuta que obrigaria ao incremento da atividade (negócio de volume).

Assim sendo, a possibilidade de inverter a tendência, quer de prejuízos quer endividamento progressivo, seria a de procurar responder ao maior leque de solicitações que lhe aparecia por parte dos doentes e, por inerência, sinalizada pelos seus médicos de família. Veio a contratar um conjunto maior de especialistas médicos para melhor aproveitamento da capacidade instalada, com remuneração estabelecida por produção (à percentagem do volume de faturação). A maior atividade cirúrgica, a diminuição dos tempos médios de internamento e o aumento do número de doentes acarretou um maior movimento nos restantes serviços, nomeadamente os MCDT, justificando por sua vez economicamente o *upgrade* tecnológico<sup>29</sup>.

Enquanto não foi atingido um valor de prestação de serviços acima do quatro milhões de euros, a FAAD teve comprometida a sua performance económica-financeira, tendo trabalhado abaixo do pronto crítico no pressuposto que se poderia inverter esta tendência com o acréscimo de produtividade por equipamento/funcionário.

Esse facto é tanto mais importante por se conjugar obter ganhos para os utentes e para o erário público, este último tendo por base que um mesmo serviço apresenta menores custos prestados na FAAD.

Comparando a performance em termos de produção das componentes “internamento” e “ambulatório”, poderemos chegar à conclusão que um Hospital nível 1, em cuja classificação o Hospital da FAAD se enquadraria, teria de receita por GDH's um aumento de valores na ordem de um milhão de euros só no ano de 2011.

A FAAD veio a faturar em 2011 o valor de 2.782.950,10 € nas áreas ligadas ao internamento, ambulatório e pequena cirurgia, cujo cálculo assenta na faturação de 65% dos GDH's, cuja última tabela preçário é a que consta da portaria 132/2009.

---

<sup>29</sup> A título de exemplo, em 2009 foi renovada toda a imagiologia, passando a dispor de um TAC multicorte e radiologia convencional digital. Nessa remodelação passou a disponibilizar a imagem em cd, com redução de custos da impressão em película, para além de resolver questões ambientais que o método de revelação colocava.

A faturação é mensal e é apresentada para conferência clínica e administrativa junto da ARSC, com indicação dos doentes e folha resumo que permite verificar o estabelecimento do GDH por processo clínico.

Não obstante a mais-valia reconhecida para ARSC, vem a ser comunicado já em 2012 a necessidade de redução do volume de faturação por esta entidade não dispor de meios financeiros para comportar os serviços prestados. O impacto imediato em termos de prestação de serviços traduzir-se-ia (embora ainda sem contas encerradas) numa redução da performance financeira da instituição e no assumir de poder ter feito, a título de exemplo, um conjunto de 40 flebo-extração +15 procedimentos para hérnia + 45 implantes de prótese de joelho +46 procedimentos no útero e anexos + 70 tratamentos de continuação de cuidados + 25 colecistectomias por via laparoscópica + 30 descompressão túnel cárpico + 180 procedimentos no cristalino.