



FEUC FACULDADE DE ECONOMIA
UNIVERSIDADE DE COIMBRA

Bruno Guilherme Serra e Silva de Abranches Nobre

Evolução e Perspetivas de Crescimento de Unidades Hospitalares Privadas
O Caso Idealmed

Relatório de Estágio Curricular do Mestrado em Economia, na especialidade de Economia
do Crescimento e das Políticas Estruturais, apresentado à Faculdade de Economia da
Universidade de Coimbra para obtenção do grau de Mestre

Orientador Académico: Professor Doutor António Portugal Duarte
Supervisora da Entidade de Acolhimento: Doutora Joana Mourão, Controlo de Gestão

Coimbra, 2014

Resumo

Nos últimos anos, muitas cidades portuguesas têm testemunhado um crescimento relativo acentuado do setor privado de prestação de cuidados de saúde, incluindo aquelas com importantes centros hospitalares públicos, como é o caso de Coimbra. Neste contexto, o principal objetivo deste trabalho consiste em analisar o processo de implementação e evolução da maior unidade privada de cuidados de saúde da região centro, a Idealmed|Serviços de Saúde, entidade de acolhimento do estágio curricular que alicerçou este relatório. Este trabalho irá ainda apontar propostas de melhoria em termos estratégicos e operacionais e potenciais vias de crescimento da empresa no futuro. Para o efeito, analisaremos o estado da saúde a nível nacional e internacional e identificaremos os principais desafios colocados ao setor da saúde no atual contexto económico. A Idealmed regista, desde a sua criação em 2012, um crescimento continuado da sua atividade, mantendo um elevado nível de qualidade dos serviços prestados, condição fundamental para a consolidação do seu processo de crescimento e expansão.

Palavras-chave: Economia da Saúde, Cuidados de Saúde Privados, Estado da Saúde, Desenvolvimento Regional, Coimbra.

Classificação JEL: I10, I11, I12, I15, R11.

Abstract

In the last few years, many Portuguese cities have witnessed an accentuated relative growth of the private health care sector, including those with important public hospital centers, such as Coimbra. In this context, the main purpose of this work is to analyze the process of implementation and evolution of the biggest private health care unit in the Portuguese center region: “Idealmed|Serviços de Saúde”, which was the host company for the internship in which this report is based on. In addition, this work will point out strategic and operational improvement proposals and potential growth paths for the company in the future. For that purpose we will analyze the national and international state of health and identify the main challenges that confront the health sector in the current economic context. Idealmed has registered, since its inception in 2012, a continuous growth of its activity, maintaining a high level of quality of services, underlying condition to consolidate its process of growth and expansion.

Keywords: Health Economics, Private Health Care, State of Health, Regional Development, Coimbra.

JEL Classification: I10, I11, I12, I15, R11.

Lista de abreviaturas

- ADSE – Assistência na Doença aos Servidores Cíveis do Estado (atual Direção-Geral de Proteção Social aos Trabalhadores em Funções Públicas)
- APHP – Associação Portuguesa de Hospitalização Privada
- CAE – Classificação de Atividades Económicas
- CHUC – Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra
- CMVMC – Custo das Mercadorias Vendidas e das Matérias Consumidas
- CUF – Companhia União Fabril
- EBITDA – *Earnings Before Interest, Taxes, Depreciation and Amortization* (Resultado antes de juros, impostos, depreciações e amortizações)
- EBIT – *Earnings Before Interest and Taxes* (Resultado antes de juros e impostos)
- EBT – *Earnings Before Taxes* (Resultado antes de impostos)
- EPE – Entidade Pública Empresarial
- ESS – Espírito Santo Saúde
- FSE – Fornecimentos e Serviços Externos
- INE – Instituto Nacional de Estatística
- JMS – José de Mello Saúde
- OCDE – Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico
- OMS – Organização Mundial de Saúde
- NUTS – Nomenclatura das Unidades Territoriais para Fins Estatísticos
- PIB – Produto Interno Bruto
- PPP – Parceria Público Privada
- PS – Prestação de Serviços
- QL – Quociente de Localização
- RLE – Resultado Líquido do Exercício
- SIGIC – Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia
- SINAS – Sistema Nacional de Avaliação em Saúde
- SNS – Serviço Nacional de Saúde
- USD\$-PPP – Dólar Americano em Paridades de Poder de Compra
- VAB – Valor Acrescentado Bruto
- VIH-SIDA – Vírus da Imunodeficiência Humana-Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

Índice de ilustrações

Figura 1: Esperança de vida à nascença (1970 e 2012 ou ano mais próximo).....	9
Figura 2: Taxa de mortalidade infantil (%) (1960 a 2012).....	10
Figura 3: N° de mortes por VIH-SIDA por 100.000 habitantes (2012 ou ano mais próximo).....	11
Figura 4: % de adultos que consideram estar de boa saúde (2012 ou ano mais próximo).....	12
Figura 5: N° de camas por 1000 habitantes (2012 ou ano mais próximo).....	13
Figura 6: Médicos por 1000 habitantes (2000 e 2012 ou ano mais próximo).....	14
Figura 7: Rácio enfermeiros/médicos (2012 ou ano mais próximo).....	15
Figura 8: N° de consultas (anuais) <i>per capita</i> (2012 ou ano mais próximo).....	16
Figura 9: N° de cesarianas por 1000 nascimentos (2012 ou ano mais próximo).....	17
Figura 10: Despesa <i>per capita</i> em saúde (USD\$-PPP) (2012 ou ano mais próximo).....	18
Figura 11: Despesa <i>per capita</i> em saúde (USD\$-PPP) (1990 a 2012).....	19
Figura 12: Despesa em saúde em % do PIB (2012 ou ano mais próximo).....	19
Figura 13: Peso da despesa pública na despesa em saúde (2012 ou ano mais próximo).....	20
Figura 14: Alteração nas despesas <i>out-of-pocket</i> (2000 e 2012 ou ano mais próximo).....	21
Figura 15: N° de hospitais por concelho e natureza institucional (2014).....	23
Figura 16: N° de camas dos hospitais por concelho (2012).....	24
Figura 17: Médicos por 1000 habitantes por concelho (2013).....	25
Figura 18: Enfermeiros por 1000 habitantes por concelho (2013).....	25
Figura 19: Internamentos por 1000 habitantes por concelho (2012).....	26
Figura 20: Taxa de mortalidade infantil (%) em Portugal e na Região Centro.....	27
Figura 21: Proveniência de doentes para internamento no CHUC por distrito (2012).....	28
Figura 22: Mix de pagadores de produção cirúrgica da Idealmed (2014 e 2015).....	45
Figura 23: Mix de pagadores da ESS (2013).....	46
Figura 24: Classificações SINAS.....	47
Figura 25: CMVMC/PS (Grupos Saúde).....	53
Figura 26: FSE/PS (Grupos Saúde).....	54
Figura 27: (Subcontratos+Honorários)/PS (Grupos Saúde).....	55

Índice de tabelas

Quadro 1: QL do pessoal ao serviço nas empresas, no concelho de Coimbra.....	30
Quadro 2: QL do VAB das empresas, no concelho de Coimbra (CAE-Rev.3, 2011).....	31
Quadro 3: QL para o setor Q (Atividades de Saúde Humana) (CAE-Rev. 3, 2011).....	31
Quadro 4: Aquilo que os portugueses mais valorizam.....	34
Quadro 5: Especialidades médicas da Idealmed Serviços de Saúde.....	41
Quadro 6: Estrutura do Grupo Idealtower.....	42
Quadro 7: Variação da produção da Idealmed (setembro 2014-dezembro 2015).....	44
Quadro 8: Rendimentos e custos da ESS.....	50
Quadro 9: Rendimentos e custos da JMS.....	51
Quadro 10: Rendimentos e custos de ESS, JMS e CHUC.....	52
Quadro 11: Peso dos gastos sobre a faturação (Grupos Saúde).....	53

Índice Geral

1.Introdução	1
2.Estado da Saúde	5
2.1.Economia da Saúde.....	5
2.2.Estado da Saúde Global	7
2.2.1.Indicadores Gerais.....	8
2.2.2.Recursos de Saúde.....	13
2.2.3.Despesa em Saúde.....	17
2.3.Setor da Saúde em Coimbra.....	22
2.3.1.Recursos de Saúde em Coimbra.....	23
2.3.2.Quocientes de Localização.....	28
2.4.Setor Privado de Saúde	32
2.5.Desafios e Perspetivas	36
3.Estágio Idealmed.....	41
3.1.Apresentação da Entidade de Acolhimento	41
3.2.Resumo das Tarefas Desenvolvidas	43
3.3.Análise da Atividade.....	43
3.4.Estudo Financeiro Comparativo	48
4.Conclusão.....	56
4.1.Conclusão Geral.....	56
4.2.Conclusão em termos de Estágio Idealmed	57
4.3.Análise das Competências Adquiridas	58
4.4.Síntese da Contribuição dos Conhecimentos Adquiridos.....	59
Bibliografia	61
Anexos	63

À família e aos amigos.

Aos Professores da FEUC, e em especial ao Professor Doutor António Portugal Duarte
pelo apoio constante e pela motivação académica e pessoal.

A todos os profissionais do universo Idealmed/Idealtower, em particular à Doutora Joana
Mourão, sem os quais não teria sido possível realizar este trabalho.

Ao meu amor, a minha força, o meu pilar, o meu Brasil.

1.Introdução

Coimbra é uma cidade muito particular no que ao setor da saúde diz respeito. Embora recentemente tenha perdido algum destaque no panorama económico nacional (para outras cidades que têm conhecido maiores níveis de crescimento e concentração de atividades económicas), continua a representar um polo de relevo regional e nacional em termos de formação, investigação, desenvolvimento e oferta e procura de vários serviços. Se pensarmos no papel da cidade em termos de oferta de cuidados de saúde, essa relevância torna-se, de facto, ainda mais clara, e eleva Coimbra a um estatuto único, dentro do contexto nacional, em termos de atração e concentração de utentes e de prestadores de serviços de saúde, públicos e privados, tornando a cidade num verdadeiro *case-study* no que toca ao estudo económico do setor da saúde e ao fomento do desenvolvimento regional através de uma atividade económica concreta.

Como iremos constatar neste relatório de estágio através de uma análise de concentração regional de atividades económicas, o setor da saúde representa, em termos relativos, a principal atividade económica do concelho de Coimbra, de tal forma que, em Portugal, é mesmo neste município que a concentração de atividades de saúde é relativamente mais elevada. Esta concentração deve-se, sobretudo, ao setor público e, em particular, ao Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (CHUC, entidade pública empresarial que resulta do processo de fusão entre Hospitais da Universidade de Coimbra, Centro Hospitalar de Coimbra e Centro Hospitalar Psiquiátrico de Coimbra¹).

As restrições orçamentais e as dificuldades económicas generalizadas que o setor público atravessa, aliadas ao incremento de unidades privadas de saúde com cada vez maior dimensão, principalmente nos concelhos mais populosos, têm contribuído, nos últimos anos, para uma tendência de crescimento relativo do setor privado, dentro do Sistema Nacional de Saúde². No concelho de Coimbra, apesar de ser perceptível esse desenvolvimento do setor privado, o CHUC representa uma elevada proporção do mercado

¹ Decreto-Lei n.º 30/2011. DR n.º 43, Série I de 2011-03-02. Disponível em <http://www.min-saude.pt/NR/rdonlyres/4C47465E-C2F2-46F3-98FB-CD3F726C53B0/0/0127401277.pdf>, consultado em 20-12-2014.

² O Sistema Nacional de Saúde é composto “pelo Serviço Nacional de Saúde e por todas as entidades públicas, (...) privadas e por todos os profissionais livres” (Lei de Bases da Saúde, Lei n.º 47/90, de 24 de Agosto, decretada pela Assembleia da República, nos termos dos artigos 164º, alínea d), 168º, n.º 1, alínea f), e 169º, n.º 3, da Constituição da República. Disponível em <https://dre.pt/application/dir/pdf1s/1990/08/19500/34523459.pdf>, consultado em 20-12-2014)

de saúde (e da própria economia da região), tornando a expressão absoluta do setor privado menos assinalável do que noutros grandes municípios. Neste contexto particular do setor da saúde conimbricense, toma especial relevância perceber como unidades hospitalares privadas conseguem crescer e dinamizar-se e, no fundo, como conseguem dar resposta às particularidades deste setor, único em termos de tratamento económico. Em Coimbra, este crescimento relativo do setor privado de saúde é atestado pelo aparecimento, em 2012, da maior unidade hospitalar privada da Região Centro, a Idealmed|Serviços de Saúde, Lda. (Idealmed ou Empresa), entidade de acolhimento do estágio curricular, realizado no primeiro semestre do ano letivo 2014/2015 e que deu origem a este Relatório de Estágio.

O principal objetivo deste trabalho, dentro do contexto regional referido, consiste em efetuar um estudo sobre a Idealmed, analisando o seu processo de implementação e evolução, e procurando apontar potenciais vias de crescimento da Empresa no futuro, tendo em consideração o estado da saúde a nível nacional e internacional e os desafios e perspetivas futuras do setor da saúde.

Para a prossecução deste estudo, foi necessário recorrer a vários indicadores representativos da posição relativa da Idealmed, do contexto nacional e regional do setor da saúde, e do estado da saúde de um modo geral. Nomeadamente, de forma a enquadrar a Idealmed no contexto regional e nacional do mercado de saúde, este relatório contempla o resumo de um estudo, realizado para a Empresa, cujo objetivo consistiu em comparar a Idealmed com os principais grupos empresariais do setor da saúde em Portugal e no concelho de Coimbra. Foram analisados e interpretados relatórios de contas, demonstrações de resultados e dados gerais da atividade destas entidades, prestando especial atenção à evolução da faturação e dos custos suportados, à tipologia do financiador da prestação de cuidados e à repartição e evolução do crescimento por áreas funcionais de atividade.

Em relação ao processo de implementação da Idealmed, este insere-se na lógica de criação de unidades hospitalares privadas, nos anos mais recentes, em Portugal, motivada pelas restrições do setor público e por orientações de política que resultam em incentivos à criação e realização de certas atividades por prestadores privados. Existem ainda alterações institucionais que potenciam movimentações de utentes e de profissionais da saúde do setor público para o setor privado. O processo de evolução da Idealmed, nos últimos dois anos, caracteriza-se por um crescimento contínuo do seu nível de atividade, na

totalidade das especialidades médicas oferecidas, sem que tal signifique uma redução da qualidade dos serviços prestados, como iremos ter oportunidade de constatar neste relatório.

Em termos de desafios e perspetivas futuras para o setor da saúde, iremos identificar pontos chave em que a Empresa se deve concentrar, de forma a melhorar o seu desempenho, assim como um conjunto de propostas de melhoria, ao nível estratégico e operacional. As principais propostas e sugestões de melhoria passam pela integração dos diversos sistemas de informação e por uma monitorização mais efetiva das contas da Empresa, nomeadamente através da realização de uma auditoria às compras de consumíveis clínicos.

O estágio consistiu na realização de tarefas relacionadas com análises de controlo de gestão das empresas e *sub-holdings* que constituem o grupo empresarial onde se insere a Idealmed: o Grupo Idealtower. Estas tarefas foram determinantes para a realização deste trabalho, oferecendo um contacto próximo com a situação financeira e operacional da Idealmed e permitindo perceber o contexto em que a Empresa se insere, não só dentro do Grupo Idealtower, mas também no mercado de saúde regional e nacional.

Importa referir que os agentes económicos, de um modo geral, atuam ainda num ambiente económico bastante difícil que exhibe apenas tímidos sinais de recuperação. As dificuldades económicas sentidas, particularmente, pelo setor público, são cada vez mais evidentes e debilitantes para a qualidade dos cuidados médicos prestados às populações (como o atesta a situação alarmante vivida atualmente nos serviços de urgência nacionais), exigindo resposta eficiente, produtiva e sustentável dos prestadores de cuidados, tanto públicos como privados. A título de exemplo, um dos reflexos da contenção vivida em Portugal, e que afeta diretamente o setor da saúde, revela-se na recente uniformização das tabelas da Direção-Geral de Proteção Social aos Trabalhadores em Funções Públicas (ADSE)³, com os preços de despesas médicas pagos pelo Serviço Nacional de Saúde (SNS), facto que representa uma forte condicionante à atividade do largo número de entidades prestadoras de cuidados de saúde que detêm acordos com a ADSE, onde se inclui a Idealmed.

³ A Assistência na Doença aos Servidores Cíveis do Estado foi criada em 1963 (Decreto-Lei n.º 45002, de 27 de abril de 1963). Em 1980 a ADSE transforma-se em Direção-Geral de Proteção Social aos Trabalhadores em Funções Públicas mantendo, no entanto, a mesma sigla (veja-se https://www.adse.pt/document/Relatorio_de_atividades_de_2012.pdf, consultado em 20-12-2014).

A nível pessoal, um estudo desta natureza, realizado em ambiente de estágio, permite realizar uma análise geral à entidade de acolhimento, aos seus concorrentes e ao setor económico em que se insere, ao mesmo tempo que é estabelecido um contacto direto com o funcionamento, a nível financeiro e operacional, de uma entidade com grande relevância económica, uma unidade hospitalar. Para a entidade de acolhimento, pretende-se que este trabalho resulte não só num enquadramento da Idealmed em termos de mercado da saúde e das perspetivas e desafios que se colocam perante os *stakeholders* da saúde, mas também em orientações concretas que possam constituir melhorias operacionais e estratégicas no futuro.

Este relatório estrutura-se da seguinte forma: no Capítulo 2 é realizada uma breve revisão da literatura na área da economia da saúde e uma análise ao estado da saúde global, destacando o ponto da situação do setor em Portugal e no concelho de Coimbra, assim como os desafios e perspetivas para o setor da saúde a nível nacional e internacional. Nesta secção está incluída uma análise de concentração de atividades económicas, efetuada através do cálculo de quocientes de localização para o setor da saúde nos principais municípios de Portugal. No Capítulo 3 é abordado o estágio curricular, realizado na Idealmed, através de uma descrição da entidade de acolhimento e de uma síntese das tarefas realizadas. Esta secção conta com uma análise comparativa de dados da Idealmed e dos seus concorrentes públicos e privados. O Capítulo 4 resume as conclusões das análises efetuadas e das tarefas realizadas durante o estágio, referindo as competências adquiridas e que ficaram por adquirir após o trabalho desenvolvido, e os contributos dos conhecimentos obtidos no processo de formação académica.

2.Estado da Saúde

2.1.Economia da Saúde

O tratamento económico do setor da saúde e a disciplina da Economia da Saúde surgiram, de forma sistematizada e recorrente, em meados do século passado, nomeadamente através de um artigo de Kenneth Arrow, de 1963, intitulado *Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care*. Este autor explica a abordagem económica, necessariamente distinta, na área da saúde, através dos aspetos particulares do setor, nomeadamente a característica de incerteza que reveste as ações dos agentes presentes neste setor, e que está na base de assimetrias de informação e de uma cobertura indevida do risco existente (Arrow, 1963).

Além desta característica de incerteza, a economia da saúde possui outras particularidades que a distinguem das abordagens económicas convencionais, como a existência de restrições ao acesso e concorrência, a forte presença de questões éticas, e a relevância que toma, nesta área, a intervenção pública (Barros, 2009). Trata-se de uma disciplina que se preocupa particularmente com questões como a eficiência e a eficácia, a produtividade e a sustentabilidade, a diferenciação e a inovação, mantendo sempre em linha de conta as motivações éticas e a preocupação com o valor da vida.

Estas diferentes motivações originam vários conflitos e situações de difícil análise e resolução. O facto de existirem necessidades crescentes e recursos cada vez mais limitados implica que a análise económica do setor da saúde e a atuação dos agentes deste setor sejam realizadas sob uma ótica de eficiência, e não tanto de equidade (Kernick 2003).

Em termos de função de produção, a prestação de cuidados de saúde pressupõe rendimentos marginais decrescentes dos fatores produtivos, ou até mesmo negativos, em casos de iatrogenia médica⁴. Se, durante as últimas décadas, existiram elevados retornos em termos de produção de saúde, atualmente, com um nível de produção muito elevado, esses retornos são cada vez mais escassos, ou mesmo inexistentes, o que torna fundamental “o desenvolvimento de técnicas de avaliação económica de tecnologias de saúde”, que definam uma aplicação eficiente dos recursos, “e de conceitos como prioritização na prestação de cuidados de saúde” (Barros, 2009).

⁴ Consequências, geralmente negativas, de qualquer tipo de tratamento médico.

No entanto, é importante ter em consideração que o setor da saúde pressupõe uma análise, frequentemente, pouco suscetível de ser realizada apenas de forma agregada. Se muitas vezes, em termos agregados, os retornos não compensam os fatores produtivos utilizados, em termos individuais, de uma forma geral, já não será esse o caso. Para um indivíduo que necessite de um transplante, por exemplo, os retornos do investimento em saúde serão sempre compensadores (Barros, 2009).

Na maioria dos países desenvolvidos, fatores como o aumento do rendimento real, o envelhecimento da população ou o aumento da cobertura de seguro, aliados a problemas crónicos do setor da saúde como a indução da procura ou a doença de Baumol (menor crescimento da produtividade por se tratar de um setor de trabalho intensivo), potenciam a tendência de crescimento das despesas em saúde, que se verifica habitualmente na maioria dos países (Barros, 2009).

A eficiência, preocupação central nas análises económicas ao setor da saúde, pode ser entendida por diferentes pontos de vista. A eficiência tecnológica, relacionada com o processo de produção de cuidados de saúde, e que pressupõe uma maximização da quantidade produzida, com fatores produtivos fixos, ou uma minimização dos fatores utilizados para obter determinado nível de produto. A eficiência técnica, que requer uma minimização dos custos através de uma combinação ótima dos fatores utilizados. A eficiência económica, que diz respeito às duas categorias anteriores, mas centrada naquele que deve ser o nível adequado de produção. Existe ainda a eficiência distributiva, que se refere à utilização mais eficaz para a sociedade gerir os recursos escassos que possui.⁵ Podemos acrescentar a estas dimensões uma eficiência financeira, crucial no funcionamento de entidades empresariais, principalmente privadas. Compete, de facto, às entidades prestadoras de cuidados de saúde, conciliar estas diferentes óticas, de modo a serem mais eficientes e a garantirem às populações mais e melhores cuidados.

A premência do enfoque neste aspeto fica patente nas palavras da Dr^a Margaret Chan, Diretora Geral da Organização Mundial de Saúde (OMS): "Num tempo de dinheiro escasso, o meu conselho aos países é este: antes de cortarmos nas despesas em saúde, procuremos primeiro as oportunidades para aumentar a eficiência".⁶

⁵ Conhecimento adquirido nas aulas de Economia da Saúde, da Licenciatura em Economia, FEUC.

⁶ In: *WHO World Health Report 2010*, veja-se http://www.who.int/whr/2010/whr10_pt.pdf, consultado em 28-10-2014).

Em Portugal, a Economia da Saúde surge por volta de 1970, através de dois acontecimentos: a criação do primeiro curso de administração hospitalar e o reconhecimento, pela Escola Nacional de Saúde Pública, desta área específica como disciplina autónoma. No contexto nacional, a investigação em saúde vivenciou um crescimento assinalável desde esse período e, atualmente, a Associação Portuguesa de Economia da Saúde possui um papel de relevo, não só no setor da saúde, mas na própria investigação económica que é realizada em Portugal (Campos, 2014).

Como iremos perceber na secção 2.2., a *performance* de Portugal em termos de indicadores do estado de saúde é afetada por várias ineficiências existentes no Sistema Nacional de Saúde. O setor público enfrenta os problemas mais preocupantes, fruto de limitações orçamentais e da forma como são efetuados o financiamento dos cuidados e o pagamento aos profissionais. No entanto, também o setor privado deve procurar manter níveis elevados de eficiência e produtividade, de forma a ser sustentável e porque começa, cada vez mais, a ser um substituto do setor público, num número crescente de especialidades médicas. A secção 2.4. abordará novamente esta dicotomia entre setores público e privado.

2.2.Estado da Saúde Global

No seguimento da crise económica de 2008, a conjuntura económica internacional encontra-se ainda bastante fragilizada, existindo uma necessidade constante de contenção orçamental em muitos países, com efeitos cada vez mais notórios e permanentes na atividade económica e no nível de vida das populações. O setor da saúde, cujas despesas representam uma parcela importante do Produto Interno Bruto (PIB) das economias nacionais, não escapa aos cortes orçamentais, efetuados de forma transversal, nos últimos anos, e tal reflete-se não só na gestão dos cuidados prestados, mas também no acesso a esses cuidados e, conseqüentemente, no estado da saúde das populações.

É nesse sentido que a Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE) refere, no seu relatório anual sobre o estado da saúde para 2013, *OECD Health at a Glance 2013*, que o estado da saúde, a nível global, apresenta contínuos sinais de melhoria, persistindo, no entanto, grandes desigualdades entre os países que

constituem o estudo (os 34 membros da OCDE e também Brasil, China, Indonésia, Rússia e África do Sul). A OCDE conclui, fundamentalmente, que o estado da saúde tem melhorado, mas pode melhorar mais (OCDE, 2013).

Uma das tendências que se verificava sistematicamente nos países da OCDE era o aumento das despesas em saúde. Agora, com o atual quadro de contenção orçamental que figura em muitos destes países, especialmente europeus, assistimos a um cenário diferente, com uma diminuição abrupta da taxa de crescimento das despesas em saúde. Muitos países começam agora a registar menores valores absolutos e relativos (em percentagem do PIB) de despesas em saúde, e alguns indicadores do estado de saúde, a nível global, revelam ligeiras alterações nas tendências positivas registadas nas últimas décadas (OCDE, 2013).

A OCDE aponta para um conjunto de efeitos mistos resultantes da crise económica. Se, por um lado, há mais suicídios e maior prevalência de doenças mentais, por outro, há menores consumos de tabaco, álcool e drogas, e menos acidentes de viação. Um dos problemas relacionados com a contenção orçamental é a menor despesa em cuidados preventivos, situação que prejudica adicionalmente o estado de saúde de países já debilitados (OCDE, 2013).

Os gráficos que se seguem (secções 2.2.1., 2.2.2. e 2.2.3.) foram elaborados a partir dos dados da OCDE para o setor da saúde, *Health Statistics 2014*⁷, e incluem valores referentes aos 34 membros da OCDE.⁸ A publicação da OCDE de 2013, que recorre à base de dados *Health Statistics 2013*, foi também utilizada como referência para alguns indicadores relevantes a ter em consideração nesta análise.

2.2.1. Indicadores Gerais

O primeiro indicador a abordar numa análise ao estado da saúde, a esperança média de vida, apresenta, nas últimas décadas, um aumento generalizado na totalidade dos países considerados, acompanhado, contudo, de um envelhecimento da população⁹ e de

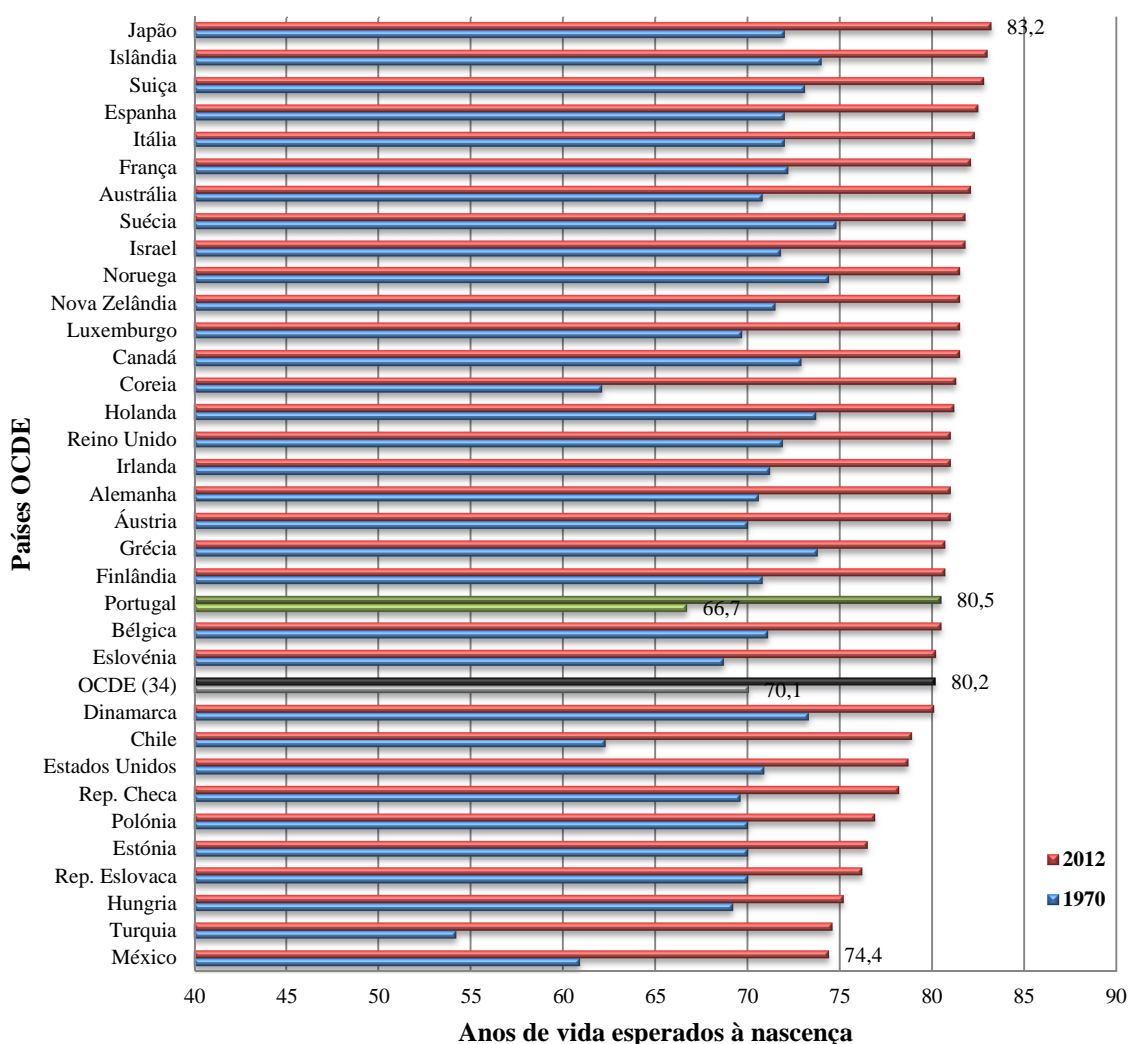
⁷ Disponível em <http://www.oecd.org/els/health-systems/health-data.htm>, consultado em 8-12-2014.

⁸ Os 34 membros da OCDE são: Alemanha, Austrália, Áustria, Bélgica, Canadá, Chile, Coreia, Dinamarca, Eslovénia, Espanha, Estados Unidos, Estónia, Finlândia, França, Grécia, Holanda, Hungria, Irlanda, Islândia, Israel, Itália, Japão, Luxemburgo, México, Noruega, Nova Zelândia, Polónia, Portugal, Reino Unido, República Checa, República Eslovaca, Suécia, Suíça e Turquia.

⁹ O envelhecimento da população é um fenómeno amplamente discutido. A título de exemplo, o vídeo mais visto do ano de 2014 no sítio da internet do *The Economist*, mostra a radical transfiguração da tradicional pirâmide demográfica, nos próximos anos. In: <http://www.economist.com/blogs/graphicdetail/2014/11/daily-chart-10?fsrc=scn/fb/eoy14/dc/vi/endofpopulationpyramid>, consultado em 28-12-2014.

uma prevalência de doenças crônicas. Em 2011, pela primeira vez, a média da OCDE ultrapassou os 80 anos de idade (OCDE, 2013). Um dos países que mais contribuiu para a melhoria deste indicador, no período considerado, foi Portugal. A Figura 1 representa a esperança média de vida à nascença, em 1970 e em 2012 (ou ano mais próximo observável), nos 34 países constituintes da OCDE. Em 1970, em Portugal, o valor deste indicador era de 66,7, abaixo dos 70,1 da média da OCDE. Em 2012, Portugal apresenta um valor superior ao da média dos restantes países, 80,5 contra 80,2.

Figura 1: Esperança de vida à nascença (1970 e 2012 ou ano mais próximo)



Fonte: Construção própria com base nos dados *OECD Health Statistics 2014*.^{10 11 12}

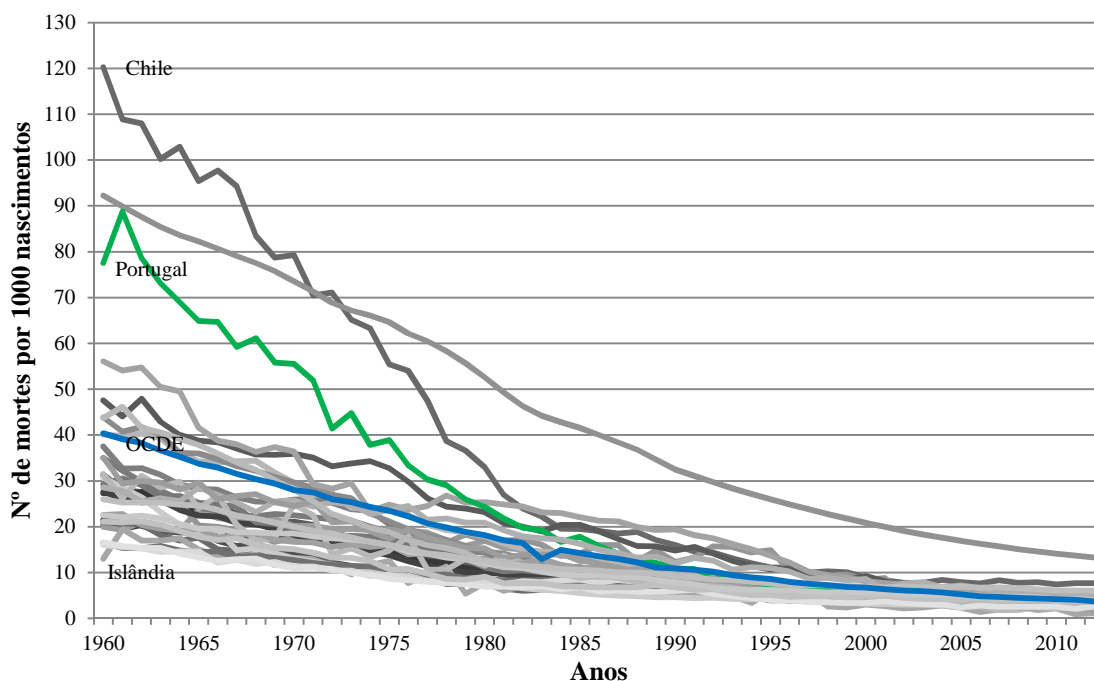
¹⁰ Dados disponíveis em http://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH_STAT, consultados em 8-12-2014.

¹¹ OCDE (34) refere-se à média dos países da OCDE que têm valores disponíveis para determinado ano.

¹² Canadá e Estados Unidos: valores de 2011. Chile, Nova Zelândia, Turquia e Estados Unidos: valores estimados.

A melhoria das condições de saúde está patente no decréscimo generalizado das taxas de mortalidade registadas nestes países. Nos últimos anos, esse decréscimo foi motivado pela redução verificada na principal causa de morte na maioria dos países da OCDE: as doenças cardiovasculares (OCDE, 2013). A taxa de mortalidade infantil é um indicador que merece particular atenção, pois reflete, na evolução demográfica da população, o nível de desenvolvimento e estabilidade económica e social de uma sociedade e do seu setor de prestação de cuidados de saúde. Neste campo particular, a evolução de Portugal, no contexto da OCDE, é especialmente assinalável, como nos mostra a Figura 2. Em 1961, morriam em Portugal 88,8 crianças com menos de um ano de idade por cada 1000 nascimentos (a média da OCDE era 39,1). Em 2012, esse número cifrou-se em apenas 3,4 óbitos, abaixo dos 3,7 da média da OCDE (em 2013, segundo o Instituto Nacional de Estatística (INE), Portugal registou um valor ainda mais reduzido: 2,9). A figura destaca o percurso de Portugal, a verde, e da média da OCDE, a azul. Os restantes países estão a preto e branco, com destaque para os países com maior e menor valor em 1960. Para esta análise decidimos excluir os valores elevados registados pela Turquia.

Figura 2: Taxa de mortalidade infantil (%) (1960 a 2012)

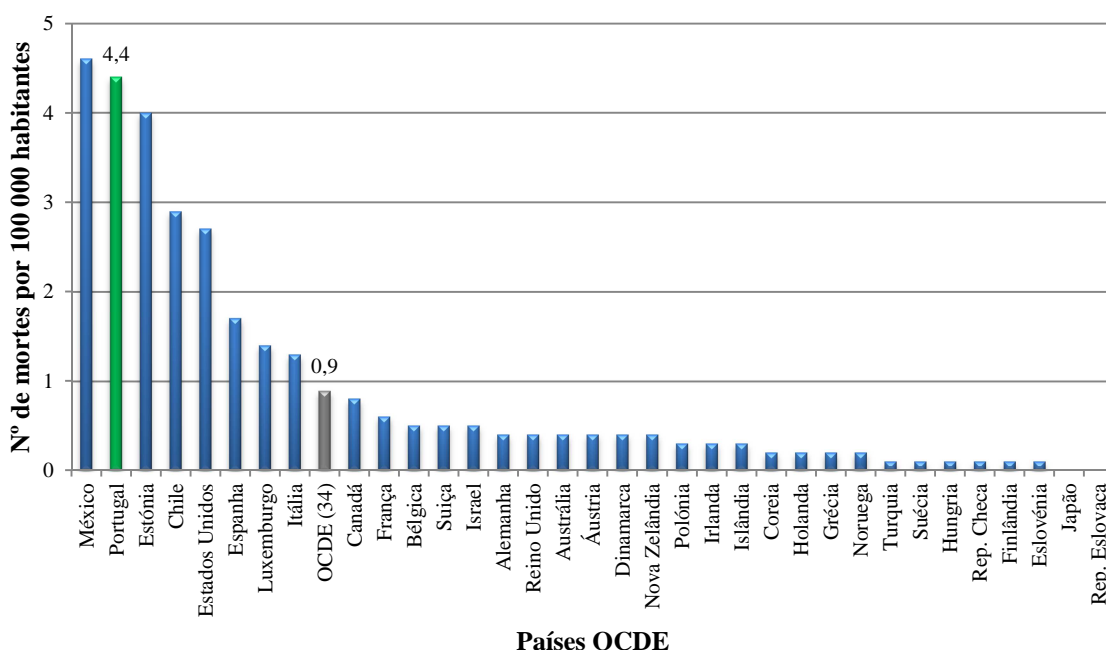


Fonte: Construção própria com base nos dados *OECD Health Statistics 2014*, consultados em 8-12-2014.¹³

¹³ A preto e branco estão representados todos os países da OCDE, à exceção da Coreia e de Israel, por falta de dados, e da Turquia, por opção. Portugal está a verde e a média da OCDE a azul.

Portugal regista, de facto, nas últimas décadas, francas melhorias em diversos indicadores do estado da saúde. Existem, no entanto, várias áreas em que a *performance* nacional não é tão satisfatória, como o atestam os níveis elevados de casos de alcoolismo e de acidentes de viação que prevalecem na sociedade portuguesa, assim como a forte incidência de diabetes e de doenças mentais (Portugal é um dos países com maiores níveis de consumo de antidepressivos). Um dos exemplos mais preocupantes, de um flagelo que teima em prevalecer no território luso, é o da incidência de casos de infeção por Vírus da Imunodeficiência Humana/Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (VIH-SIDA). Na Figura 3 é possível atestar a posição de Portugal, neste campo particular, em comparação com os restantes países da OCDE. Não só nos encontramos apenas atrás do México no número (nº) de mortes por VIH-SIDA por 100.000 habitantes, como estamos bastante afastados do valor médio registado pela OCDE e do desempenho da grande maioria dos países em análise. Na secção 2.5. abordaremos novamente a questão do VIH-SIDA.

Figura 3: N° de mortes por VIH-SIDA por 100.000 habitantes (2012 ou ano mais próximo)

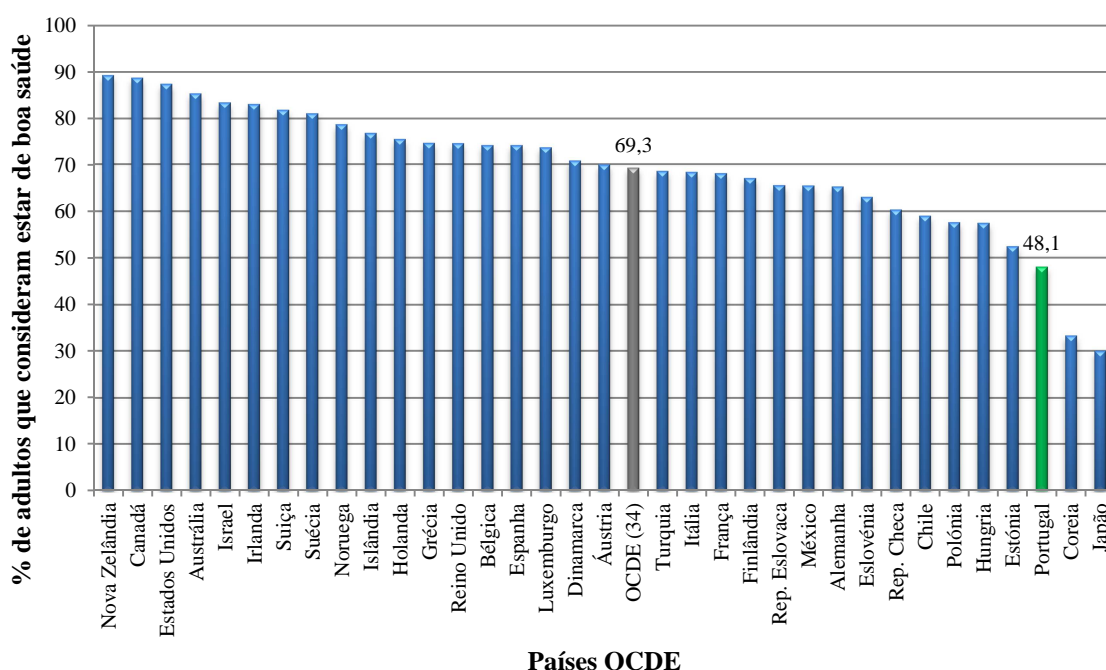


Fonte: Construção própria com base nos dados *OECD Health Statistics 2014*, consultados em 29-12-2014.¹⁴

¹⁴ Chile, Canadá, França, Israel, Austrália, Grécia, Turquia, Japão: valores de 2011. Estados Unidos, Itália, Bélgica, Suíça, Reino Unido, Nova Zelândia, Irlanda, Rep. Eslovaca: valores de 2010. Islândia e Eslovénia: valores de 2009.

Portugal aparece, frequentemente, nos últimos lugares do próximo indicador: a auto-avaliação do estado da saúde das pessoas. Este é uma dimensão que pressupõe uma forte componente cultural e tradicional, e que reflete também a conjuntura económica e social. A Figura 4 mostra a percentagem (%) de adultos (pessoas com mais de 15 anos) que consideram estar de boa saúde. É de salientar a posição destacada de Portugal, pela negativa, apesar das melhorias observadas nas últimas décadas em diversas áreas de tratamento médico. Menos de metade dos portugueses consideram estar de boa saúde e apenas Coreia e Japão registam proporções inferiores. O penúltimo lugar da Coreia nesta classificação e, particularmente, o último do Japão (uma Nação que lidera este conjunto de países em diversos indicadores, incluindo a esperança média de vida) atestam a componente cultural que reveste este indicador. Além disso, os resultados desta análise devem ser tomados com alguma precaução devido às diferenças de metodologia na obtenção de dados de país para país.

Figura 4: % de adultos que consideram estar de boa saúde (2012 ou ano mais próximo)



Fonte: Construção própria com base nos dados *OECD Health Statistics 2014*, consultados em 29-12-2014.¹⁵

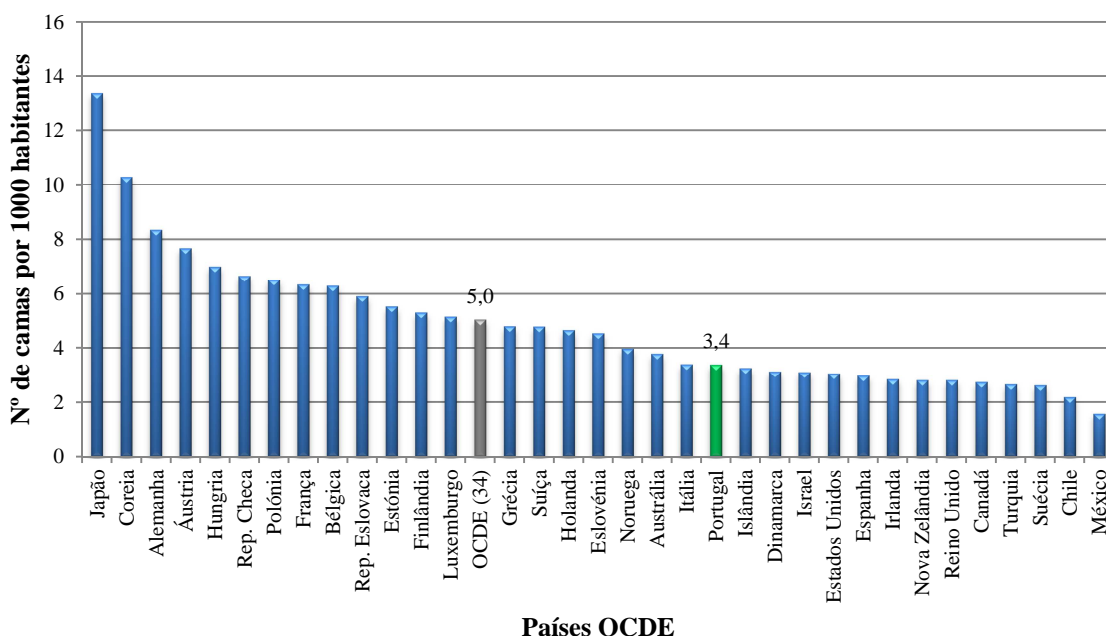
¹⁵ Austrália e Irlanda: valores de 2011. Japão: valor de 2010. Chile: valor de 2009. México: valor de 2006.

2.2.2. Recursos de Saúde

A fraca *performance* de Portugal, nalguns indicadores do estado de saúde, tem origem em diversos fatores, entre os quais uma fraca gestão dos recursos utilizados no processo de produção de cuidados de saúde. Neste tipo de indicadores, Portugal apresenta alguns valores abaixo da média dos países da OCDE, como iremos observar de seguida.

Em relação ao número de camas por 1000 habitantes, como ilustra a Figura 5, é perceptível que Portugal faz parte de um largo conjunto de países onde o número de camas disponibilizado ao tratamento médico das populações fica aquém daquilo que se verifica, por exemplo, nas realidades japonesa e coreana.

Figura 5: N° de camas por 1000 habitantes (2012 ou ano mais próximo)



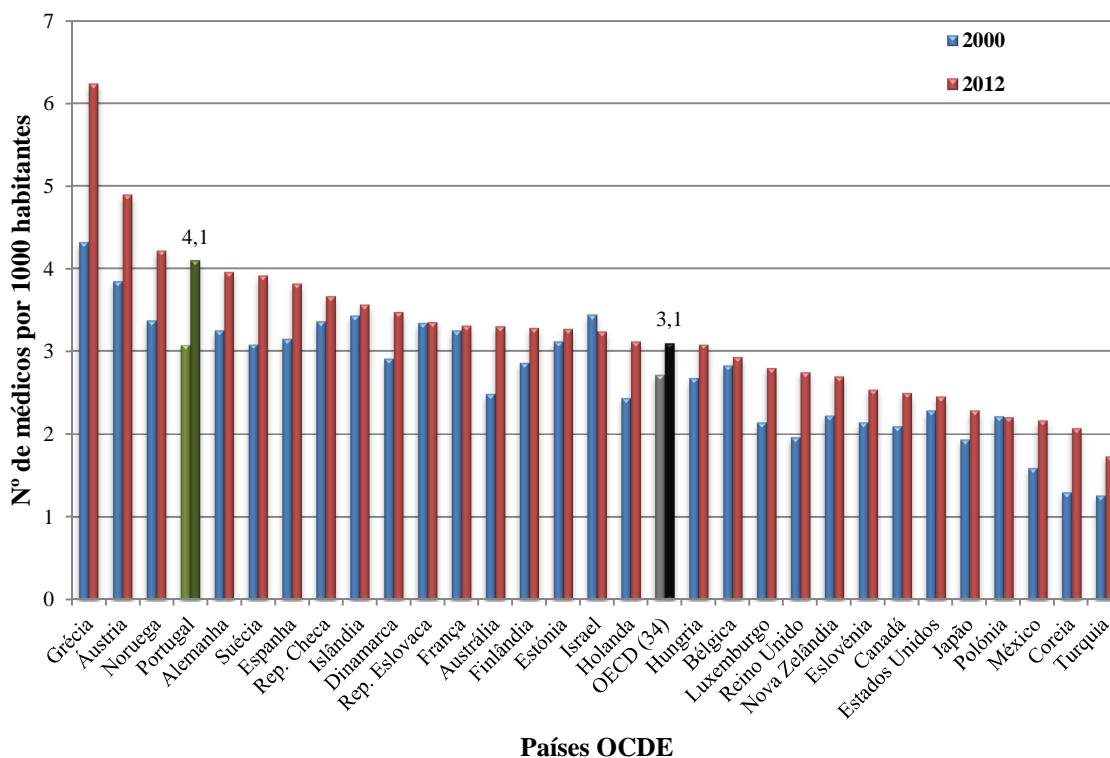
Fonte: Construção própria com base nos dados *OECD Health Statistics 2014*, consultados em 8-12-2014.¹⁶

Em relação ao número total de médicos e ao número de médicos por 1000 habitantes, ambos os indicadores apresentam uma tendência generalizada de aumento nos países da OCDE. Em 2012, Portugal apresenta uma das maiores proporções de médicos por 1000 habitantes, entre os países considerados, e foi, entre 2000 e 2012, o terceiro país com o maior aumento deste indicador, apenas atrás de Grécia e Áustria, como está

¹⁶ Grécia, Austrália, Dinamarca, Canadá: valores de 2011. Estados Unidos: valor de 2010. Holanda: valor de 2009.

representado na Figura 6. Vamos perceber, na secção seguinte, que o município português com maior concentração de médicos é aquele onde se localiza a Idealmed: Coimbra.

Figura 6: Médicos por 1000 habitantes (2000 e 2012 ou ano mais próximo)



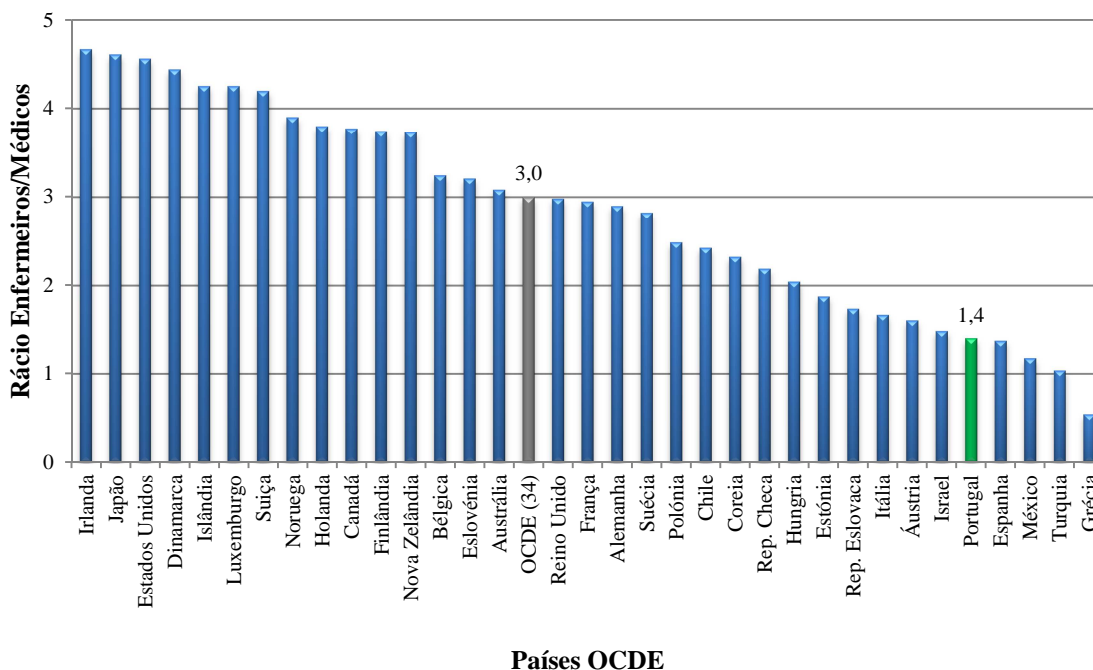
Fonte: Construção própria com base nos dados *OECD Health Statistics 2014*, consultados em 8-12-2014.^{17 18}

No plano oposto, Portugal apresenta um dos valores mais reduzidos de enfermeiros por 1000 habitantes, entre os países em análise. De facto, se combinarmos o número total de enfermeiros e de médicos destes países, através de um rácio enfermeiros/médicos, encontramos um indicador que reflete uma clara limitação à eficiência dos países que registam valores reduzidos, nomeadamente Portugal. Um número elevado de enfermeiros por médicos significa que os recursos médicos podem ser geridos de forma mais produtiva e sustentável. A Figura 7 permite observar o valor registado por Portugal, que é menos de metade da média da OCDE e está bastante longe dos países com melhor *performance* neste indicador.

¹⁷ Não se consideram os casos de Suíça, Itália, Irlanda e Chile por falta de dados.

¹⁸ Grécia, Holanda, Suécia e Estados Unidos: valores de 2011. Dinamarca: valor de 2009. Austrália e Finlândia: valores estimados.

Figura 7: Rácio enfermeiros/médicos (2012 ou ano mais próximo)



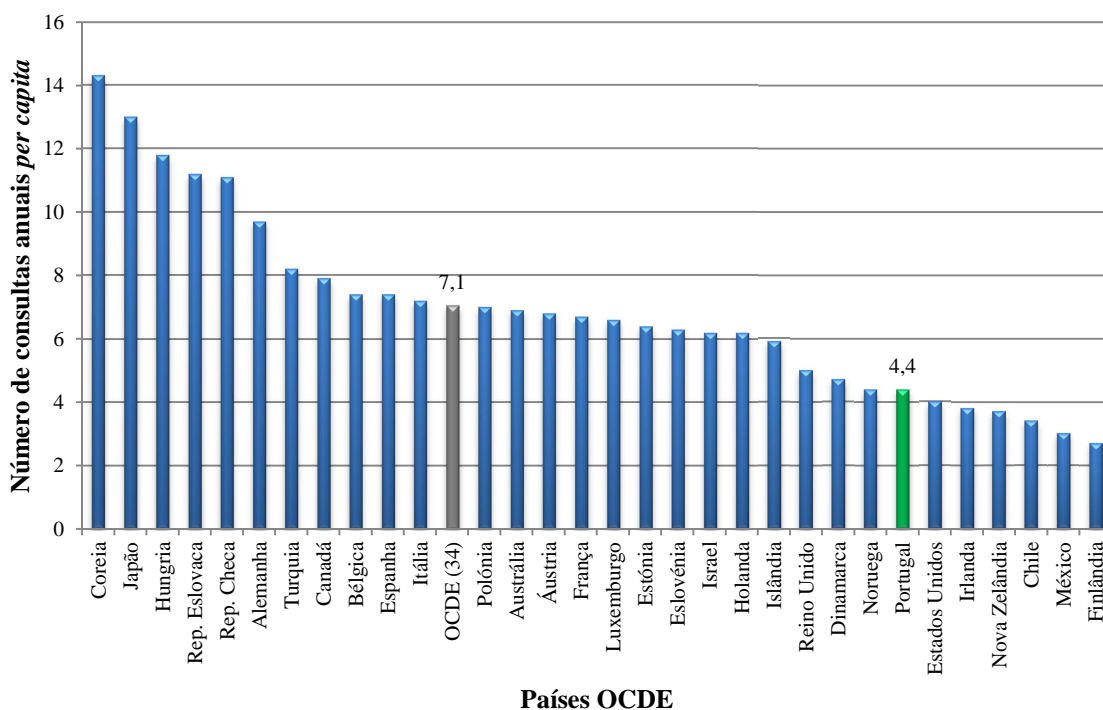
Fonte: Cálculo e construção próprios com base nos dados *OECD Health Statistics 2014*, consultados em 30-12-2014. Dados para profissionais empregados.¹⁹

Além de poucas camas por 1000 habitantes e de poucos enfermeiros por médicos, no contexto de gestão de recursos da saúde dos diversos países da OCDE, Portugal regista ainda valores relativamente reduzidos em indicadores como as consultas *per capita* e as consultas por médico.

A Figura 8 mostra-nos os valores registados pelos vários países da OCDE, em 2012, em termos de consultas anuais *per capita*. Nesse ano, em média, os portugueses acederam a 4,4 consultas, bastante abaixo do valor registado, em termos médios, tanto pelo conjunto dos países em análise (7,1), como, ainda mais, pelos países com melhor desempenho, Coreia e Japão, que registam valores cerca de três vezes superiores aos de Portugal.

¹⁹ Alemanha, Grécia, Holanda, Suécia, Suíça e Estados Unidos: cálculo inclui valores de 2011. Dinamarca e Grécia: cálculo inclui valores de 2009. França, Irlanda, Itália, Portugal e Rep. Eslovaca: cálculo inclui valores para profissionais ativos. Chile, Finlândia e Portugal: cálculo inclui valores para profissionais licenciados.

Figura 8: N° de consultas (anuais) *per capita* (2012 ou ano mais próximo)



Fonte: Construção própria com base nos dados *OECD Health Statistics 2014*, consultados em 8-12-2014.^{20 21}

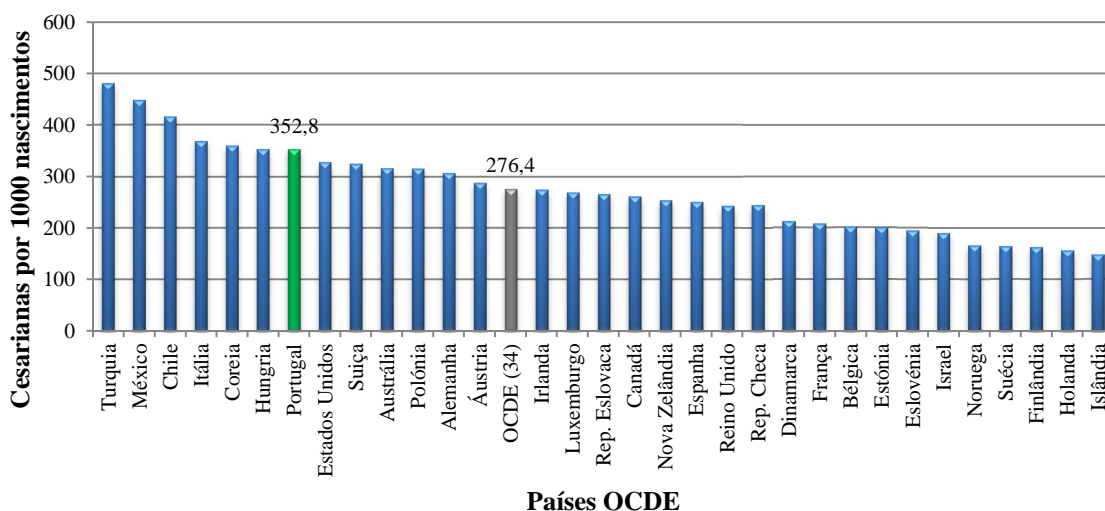
Em muitos países, um dos problemas do setor da saúde reside na definição da quantidade adequada de cuidados médicos a prestar às populações. Um uso incorreto ou excessivo de alguns recursos pode resultar em aumentos das despesas em saúde, a par de uma prestação de cuidados de saúde de qualidade inferior e de uma redução no acesso da população a esses cuidados.

Se existirem variações consideráveis, em termos de prestação de cuidados de saúde, de país para país, tal pode indicar que existe, de facto, um uso excessivo de determinados cuidados (OCDE, 2013). A Turquia parece encaixar nesse perfil, apresentando uma taxa de nascimentos por cesariana, 48%, três vezes superior à verificada em outros países, como ilustra a Figura 9. Portugal apresenta, também, um valor relativamente elevado deste indicador: mais de um terço dos nascimentos em território nacional ocorreu por cesariana.

²⁰ Não se consideram os casos de Grécia, Suécia e Suíça por falta de dados.

²¹ Bélgica, Canadá, Chile, Japão e Espanha: valores de 2011. Irlanda e Estados Unidos: valores de 2010. Israel e Reino Unido: valores de 2009. Itália, Luxemburgo e Portugal: valores estimados.

Figura 9: N° de cesarianas por 1000 nascimentos (2012 ou ano mais próximo)



Fonte: Construção própria com base nos dados *OECD Health Statistics 2014*, consultados em 8-12-2014.^{22 23}

Apesar das dificuldades sentidas por muitos países, ao nível do estado da saúde ou da gestão de recursos, em termos de acesso aos cuidados de saúde verifica-se que quase todos os países da OCDE têm cobertura universal, pública, no que diz respeito a um conjunto mais ou menos alargado de cuidados médicos. Apenas um país regista, em 2011, uma cobertura inferior a 75%: os Estados Unidos, com apenas 31,8% (OCDE, 2013). A situação particular deste país, sem um Sistema Nacional de Saúde, resulta em valores bastante díspares, relativamente aos restantes países, em termos de despesas em saúde, como o ilustram as figuras apresentadas na secção seguinte.

2.2.3. Despesa em Saúde

Como temos vindo a referir, o contexto de forte restrição económica conduz à necessidade de redução generalizada dos custos suportados no setor da saúde. No âmbito de fortes cortes orçamentais, muitos países procuram recorrer a medidas diversificadas que promovam a eficiência e a produtividade, como a redução do tempo de permanência nos hospitais e o aumento do recurso a medicamentos genéricos (OCDE, 2013).

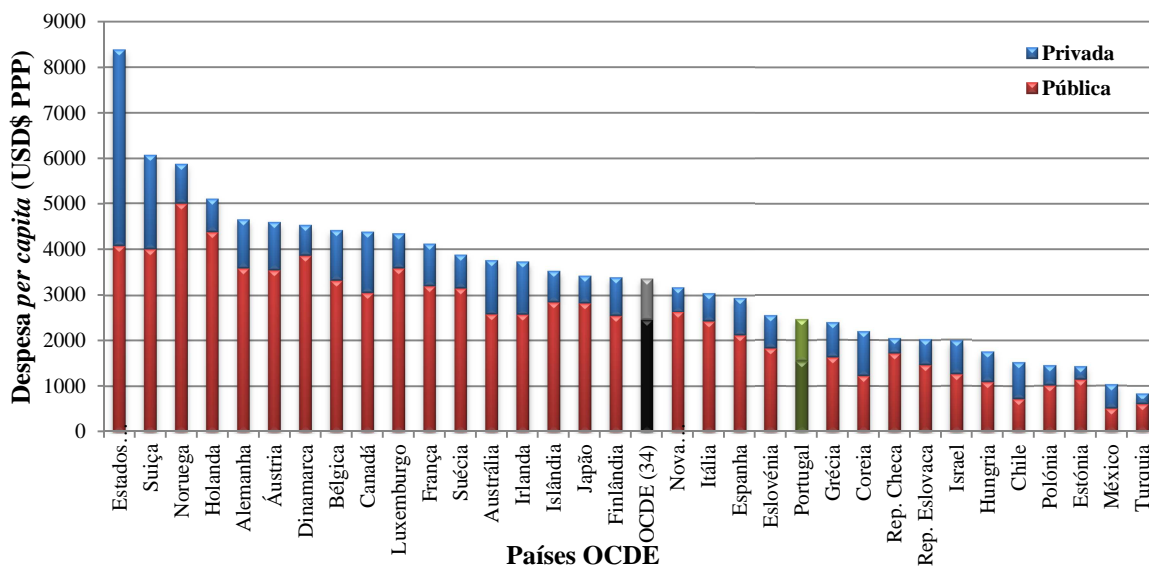
Em relação à despesa em saúde e ao financiamento do setor da saúde, Portugal apresenta alguns valores aquém dos observados, em termos médios, na OCDE.

²² Não se consideram os casos de Grécia e Japão por falta de dados.

²³ Austrália, Bélgica, Canadá, Chile, Islândia e República Eslovaca: valores de 2011. Holanda: valor de 2010. Suíça: valor de 2008. Luxemburgo, Portugal e Reino Unido: valores estimados.

Como se pode observar na Figura 10, Portugal regista um valor de despesas *per capita* em saúde abaixo da média dos restantes países. A unidade utilizada é o dólar americano em paridades de poder de compra (USD\$-PPP).

Figura 10: Despesa *per capita* em saúde (USD\$-PPP) (2012 ou ano mais próximo)



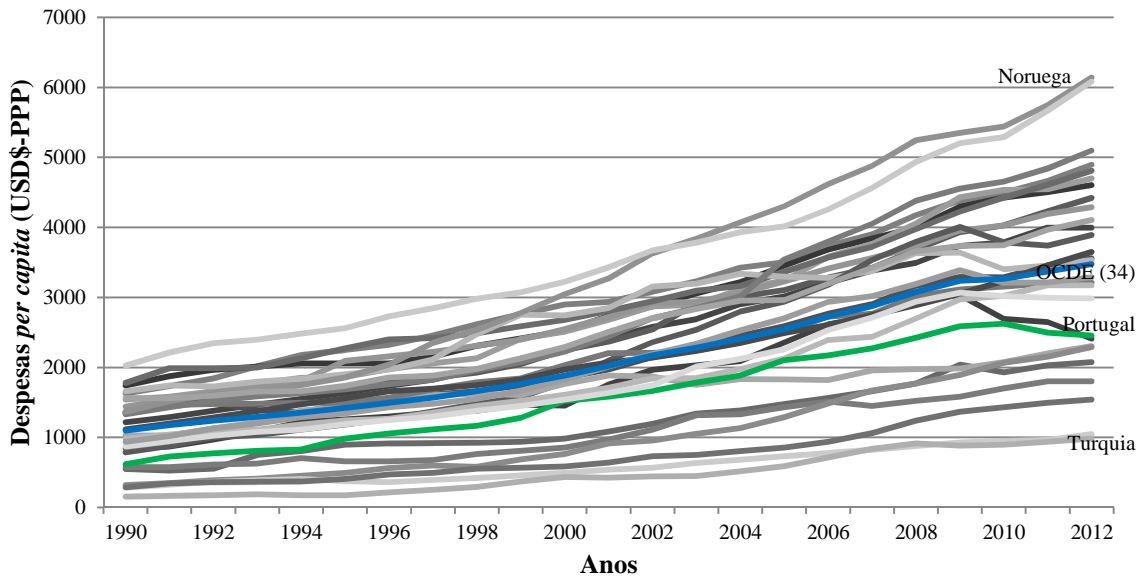
Fonte: Construção própria com base nos dados *OECD Health Statistics 2014*, consultados em 8-12-2014.^{24 25}

Apesar do contexto económico atual, a maioria dos países continua a registar despesas crescentes em saúde. Portugal é um dos poucos países onde as despesas *per capita* em saúde diminuíram, tendo tal acontecido em 2011 e 2012 (-6,5% no conjunto dos dois anos), em resultado da contenção económica e afetação específica de recursos como a redução das despesas com medicamentos. Apenas a Grécia regista uma tendência negativa mais acentuada. A Figura 11 representa a evolução das despesas *per capita* em saúde (em USD\$-PPP), entre 1990 e 2012, nos países da OCDE, com destaque para Portugal, a verde, e para a média da OCDE, a azul. Destacamos, igualmente, os países com o maior e o menor valor registados em 2012. Para esta análise em concreto, optámos por excluir os elevados valores registados pelos Estados Unidos (que apresentam ainda uma tendência positiva mais acentuada que os restantes países).

²⁴ Não se considera o caso do Reino Unido por falta de dados.

²⁵ Austrália, Japão e Nova Zelândia: valores de 2011. Israel: valores de 2010. Turquia: valores de 2008. Holanda, Canadá Islândia, Eslovénia e Portugal: valores estimados.

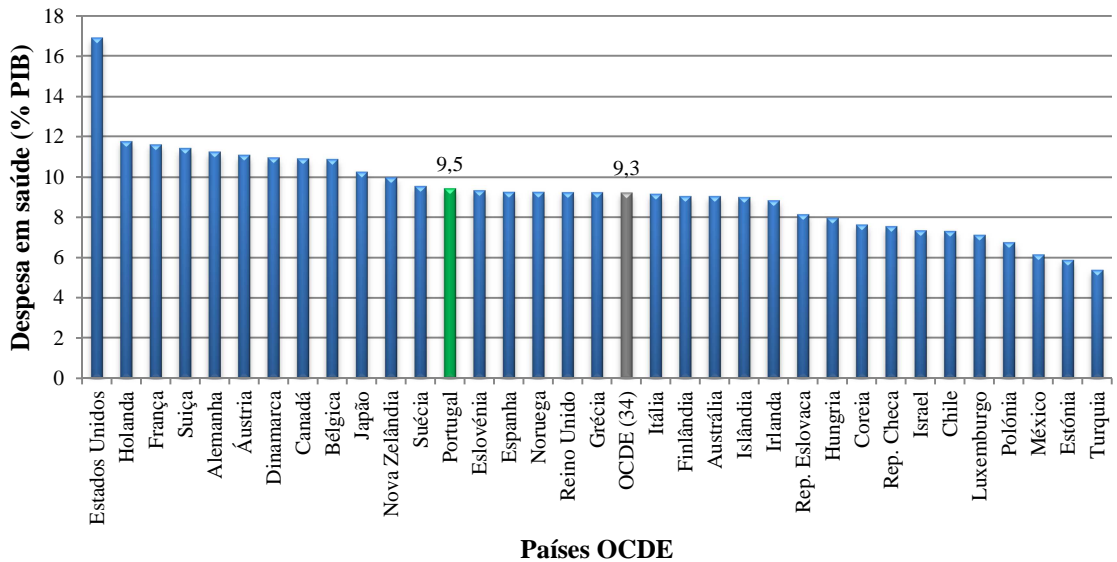
Figura 11: Despesa per capita em saúde (USD\$-PPP) (1990 a 2012)



Fonte: Construção própria com base nos dados *OECD Health Statistics 2014*, consultados em 8-12-2014.²⁶

Um dos indicadores em que Portugal regista valores em linha com a média da OCDE é o peso da despesa em saúde no PIB, como é possível constatar na Figura 12.

Figura 12: Despesa em saúde em % do PIB (2012 ou ano mais próximo)



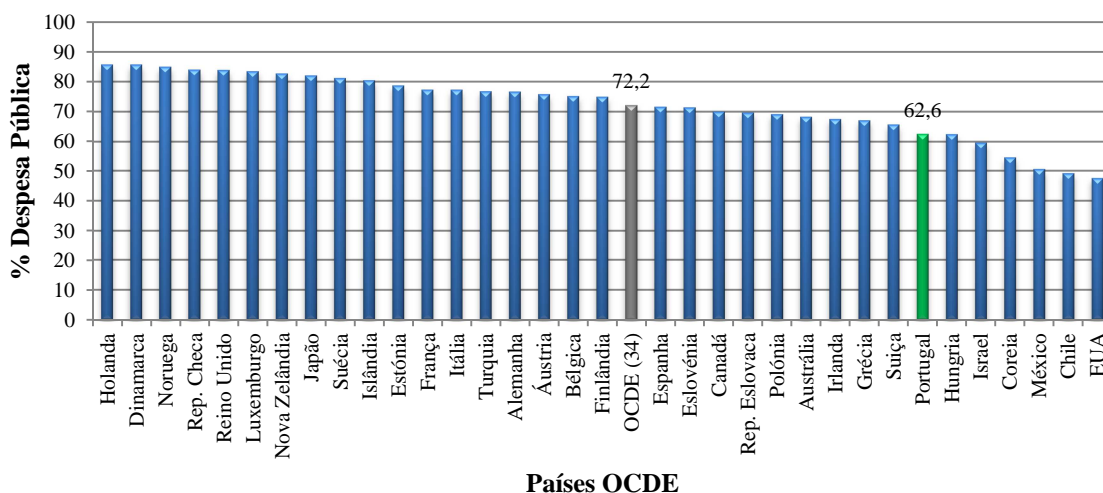
Fonte: Construção própria com base nos dados *OECD Health Statistics 2014*, consultados em 8-12-2014.²⁷

²⁶ Não se consideram os casos de Chile, Estónia, Luxemburgo, República Eslovaca e Eslovénia por falta de dados, e dos Estados Unidos por opção.

²⁷ Austrália e Nova Zelândia: valores de 2011.

Analisemos, agora, o peso da despesa pública na despesa em saúde. Neste particular, Portugal volta a afastar-se da média da OCDE. Como está representado na Figura 13, em 2012, em Portugal, a despesa pública foi responsável por 62,8% da despesa total em saúde, abaixo da média dos restantes países.

Figura 13: Peso da despesa pública na despesa em saúde (2012 ou ano mais próximo)



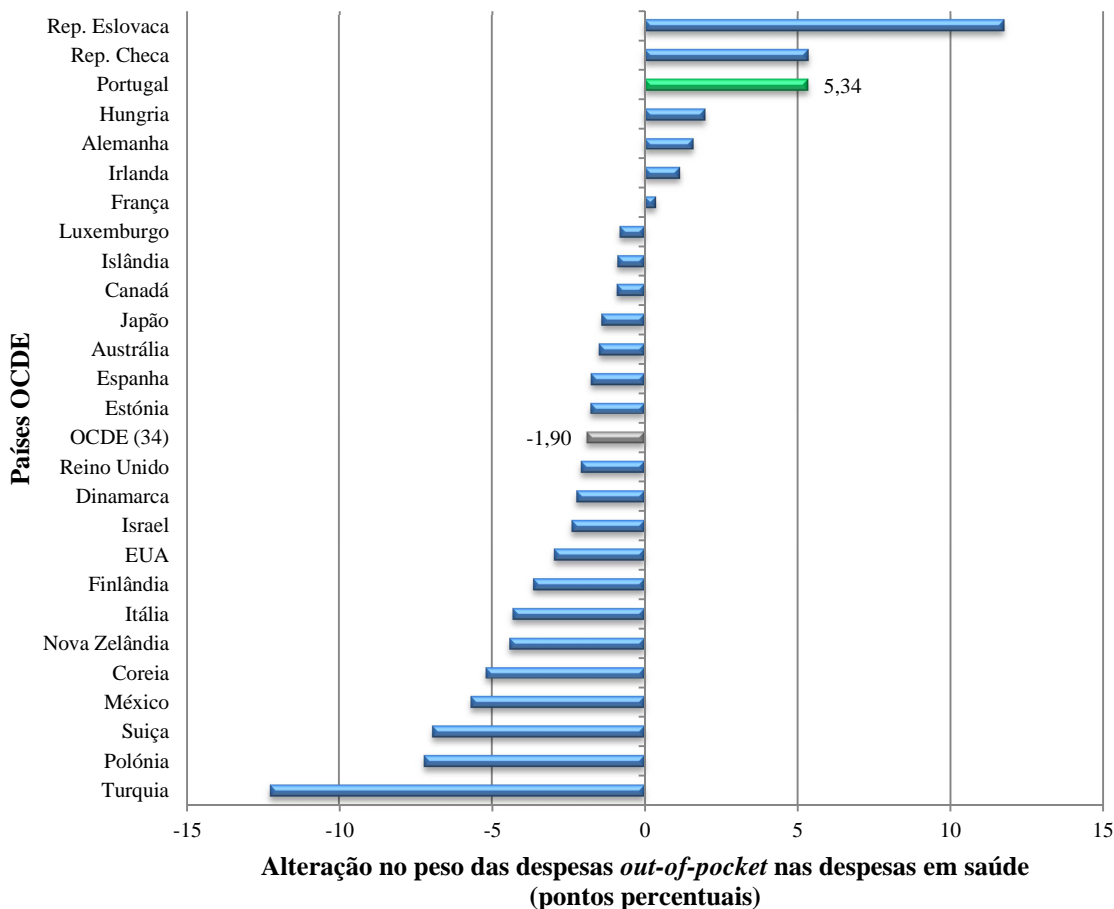
Fonte: Construção própria com base nos dados *OECD Health Statistics 2014*, consultados em 8-12-2014.²⁸

O peso da despesa privada no total da despesa em saúde é bastante relevante em Portugal. Em 2012, em Portugal, as despesas *out-of-pocket*²⁹ ascenderam a 31,7% do total das despesas em saúde. Apenas dois países apresentam uma proporção superior: México e Coreia. No conjunto dos países contemplados neste estudo, em média, 20% da despesa é paga diretamente pelos pacientes, um valor que apresenta uma tendência decrescente, nos últimos anos, fruto das dificuldades económicas sentidas globalmente (OCDE, 2013). Em Portugal, no entanto, a redução no valor absoluto de despesa pública (em 2011 e 2012) foi superior à redução verificada na despesa total em saúde, o que significa que Portugal foi, nos últimos anos, um dos países em que as despesas *out-of-pocket* mais aumentaram. A consolidação desta situação, na última década, está evidenciada na Figura 14, que mostra a variação (em pontos percentuais) do peso das despesas *out-of-pocket* na despesa em saúde, entre 2000 e 2012, nos países da OCDE.

²⁸ Austrália e Nova Zelândia: valores de 2011.

²⁹ Despesas *out-of-pocket* designam as despesas suportadas diretamente pelos pacientes, no momento da prestação dos cuidados médicos.

Figura 14: Alteração nas despesas *out-of-pocket* (2000 e 2012 ou ano mais próximo)



Fonte: Construção própria com base nos dados *OECD Health Statistics 2014*, consultados em 8-12-2014.^{30 31}

As despesas em saúde representam um dos domínios onde a diferença entre Portugal e os restantes países desenvolvidos mais se faz sentir. Em 2012, os gastos com saúde representaram 4,7% do total das despesas dos cidadãos portugueses, um valor consideravelmente superior aos 2,9% registados, em média, nos restantes países da União Europeia.³²

O envelhecimento da população, fator que maior influência exerce sobre o estado e as necessidades de saúde, é uma realidade patente em muitos dos países da OCDE, como Portugal, o que aumenta a procura por cuidados de saúde e exige maior despesa com saúde, numa altura, como já referimos, de forte contenção e mesmo redução da despesa

³⁰ Não se consideram Áustria, Bélgica, Chile, Grécia, Holanda, Noruega, Eslovénia e Suécia por falta de dados.

³¹ Austrália, Japão, Noruega e Nova Zelândia: valores de 2011.

³² *In:* Reportagem TVI, Jornal da Uma, 4-12-2014.

pública em saúde. Se juntarmos às recentes alterações demográficas o número crescente de tratamentos e tecnologias, com valor cada vez mais elevado e que pretendem responder às necessidades de saúde das populações, percebemos que uma situação de decréscimo de despesas em saúde não é condizente com a manutenção de níveis elevados de saúde. A OCDE refere, no seu sítio da internet, que a despesa em saúde começa agora, novamente, a aumentar, de forma generalizada, mas num ritmo muito reduzido e permanecendo em níveis baixos. O setor onde os cortes nos investimentos em saúde mais se têm feito sentir é o dos medicamentos, com forte redução dos preços e cada vez maior recurso a genéricos.³³

Após esta análise ao estado da saúde a nível global, com destaque para o posicionamento de Portugal em diversos indicadores, passamos agora para uma abordagem focada no setor de saúde português, com atenção especial à prestação de serviços de saúde no concelho de Coimbra.

2.3. Setor da Saúde em Coimbra

Segundo os Censos de 2011, realizados pelo Instituto Nacional de Estatística (INE), Coimbra era apenas a sétima cidade mais populosa do País, e somente o décimo sexto concelho mais povoado. No entanto, em termos de mercado de saúde, e da própria importância regional relativa que cada cidade tem para as regiões vizinhas na prestação de cuidados de saúde, trata-se, possivelmente, do centro urbano mais relevante de Portugal.

A tendência para a concentração de atividades relacionadas com o setor da saúde no concelho de Coimbra é um facto facilmente constatável no quotidiano da cidade e que advém da tradição e da importância regional que Coimbra possui ao nível da formação, da investigação, do desenvolvimento, e da prestação de serviços. O Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (CHUC) representa um polo central e agregador, a nível regional, de atividades económicas, como poucos em Portugal, e é um dos mais importantes hospitais públicos nacionais, tendo sido considerado o melhor hospital nacional em 2012.³⁴

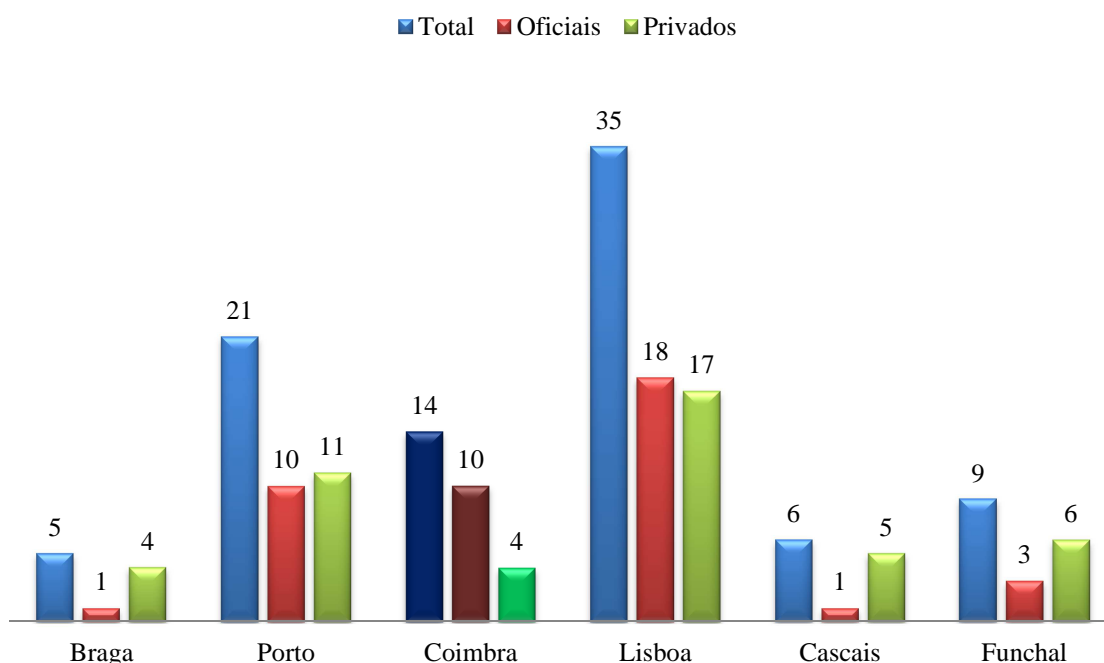
³³ *In:* <http://www.oecd.org/newsroom/health-spending-starts-to-rise-but-remains-weak-in-europe.htm>, consultado em 8-12-2014.

³⁴ Escola Nacional de Saúde Pública (2012), Avaliação do Desempenho dos Hospitais Públicos (internamento) em Portugal Continental, Lisboa: ENSP.

2.3.1. Recursos de Saúde em Coimbra

Segundo dados do INE, em setembro de 2014, existiam 229 hospitais em Portugal, 122 públicos e 107 privados. Em relação ao ano de 2002 foram criados 13 hospitais privados e extintos 3 hospitais públicos. A Figura 14 revela o número de hospitais públicos e privados nos municípios³⁵ com mais hospitais em Portugal. Coimbra é o terceiro concelho do país com mais hospitais (14), possuindo tantos hospitais públicos como o Porto (10). Em termos de hospitais privados, apesar do forte pendor que Coimbra tem para a área da saúde, existem no concelho menos hospitais privados que em Cascais e que no Funchal e os mesmos que em Braga (4).

Figura 15: N° de hospitais por concelho e natureza institucional (2014)



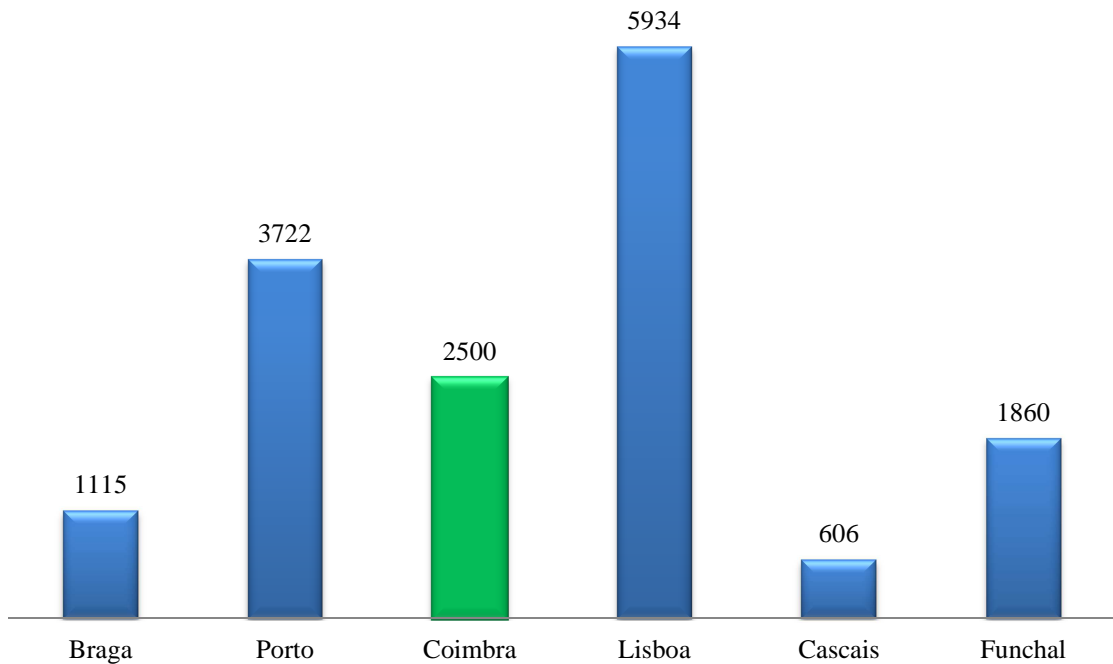
Fonte: Construção própria a partir de dados do INE (atualizados em 29-09-2014 e consultados em 07-12-2014).³⁶

No número total de camas dos hospitais, o concelho de Coimbra também aparece na terceira posição, atrás de Lisboa e Porto, mas à frente de vários municípios mais populosos.

³⁵ Segundo classificação da Nomenclatura das Unidades Territoriais para Fins Estatísticos (NUTS) de 2002.

³⁶ Dados disponíveis em <http://www.ine.pt>, consultados em 7-12-2014.

Figura 16: N° de camas dos hospitais por concelho (2012)

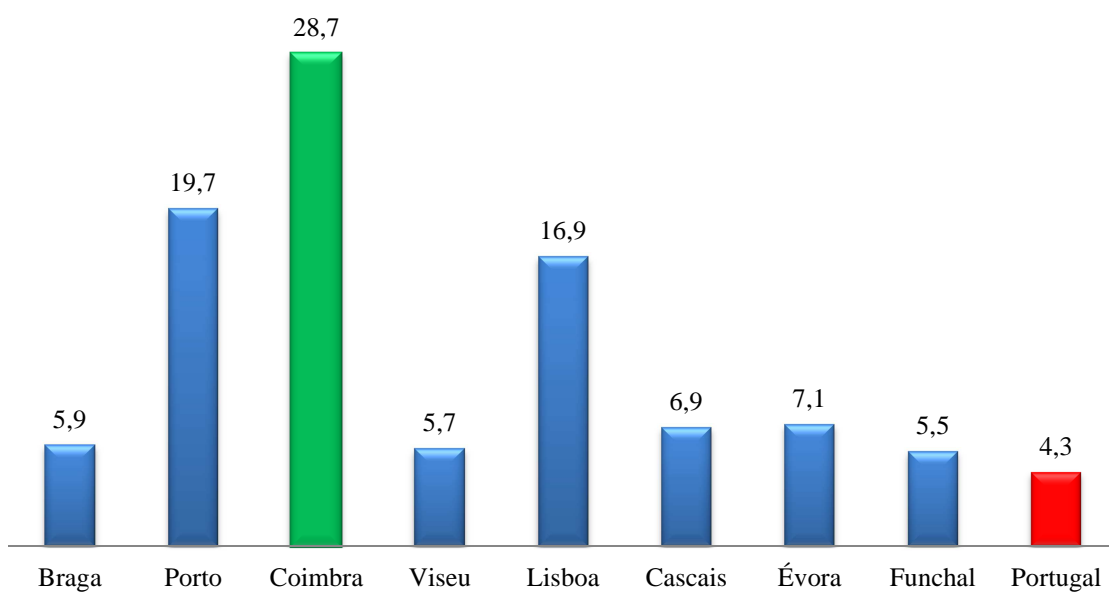


Fonte: Construção própria a partir de dados do INE (atualizados em 29-09-2014 e consultados em 07-12-2014).³⁷

Estes indicadores mostram a importância regional e nacional da cidade de Coimbra em termos de mercado da saúde. Sendo apenas sétima em termos de população, é terceira no número absoluto de recursos físicos disponíveis e, como iremos perceber de seguida, primeira nos indicadores ajustados ao número de habitantes. O estatuto ímpar de Coimbra surge evidenciado nas três Figuras seguintes, referentes aos valores de: médicos por 1000 habitantes (Figura 17), enfermeiros por 1000 habitantes (Figura 18) e internamentos nos estabelecimentos de saúde por 1000 habitantes (Figura 19). Aos concelhos considerados anteriormente, juntámos os de Viseu e Évora, municípios que representam, em termos relativos, importantes polos regionais de prestação de cuidados de saúde.

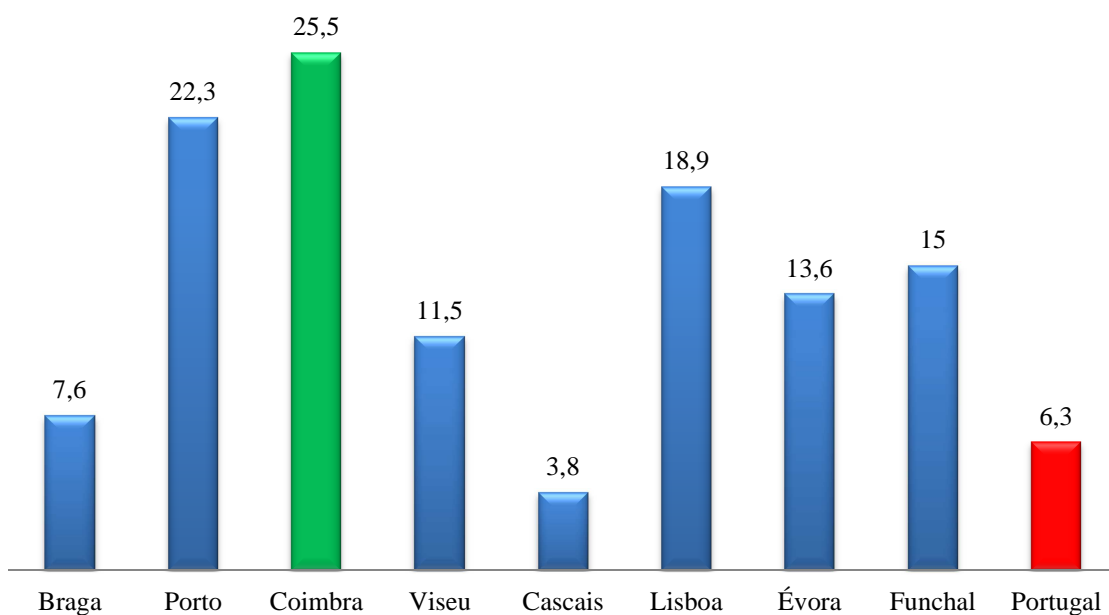
³⁷ Coimbra: valor de 2011.

Figura 17: Médicos por 1000 habitantes por concelho (2013)



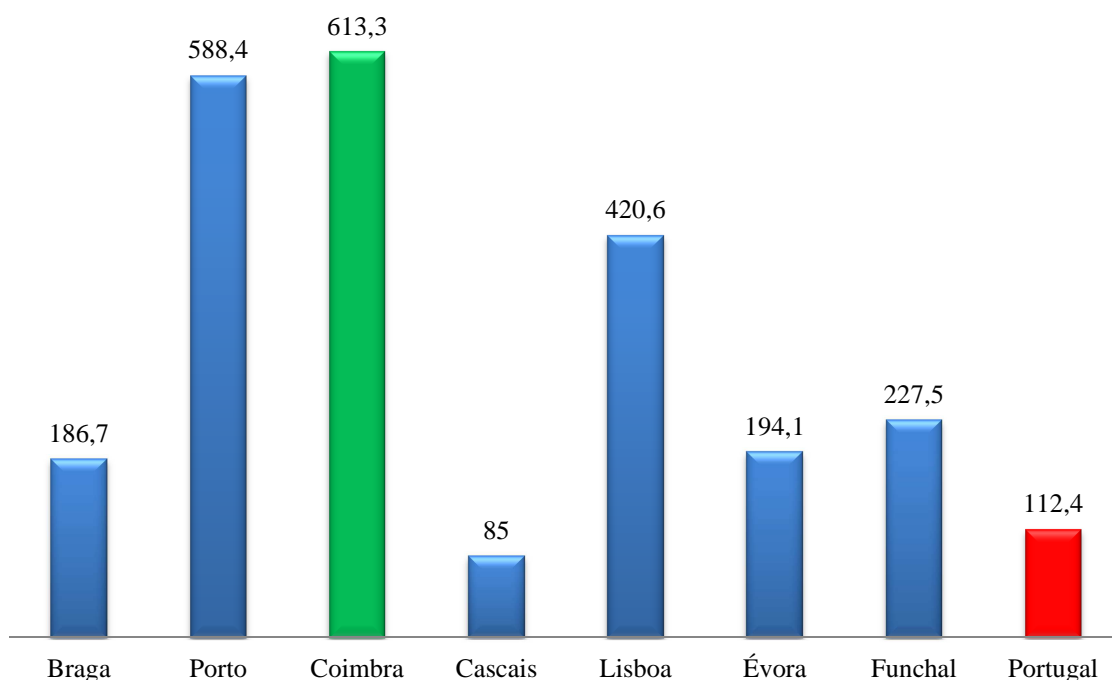
Fonte: Construção própria a partir de dados do INE (atualizados em 29-09-2014 e consultados em 07-12-2014).

Figura 18: Enfermeiros por 1000 habitantes por concelho (2013)



Fonte: Construção própria a partir de dados do INE (atualizados em 29-09-2014 e consultados em 07-12-2014).

Figura 19: Internamentos por 1000 habitantes por concelho (2012)

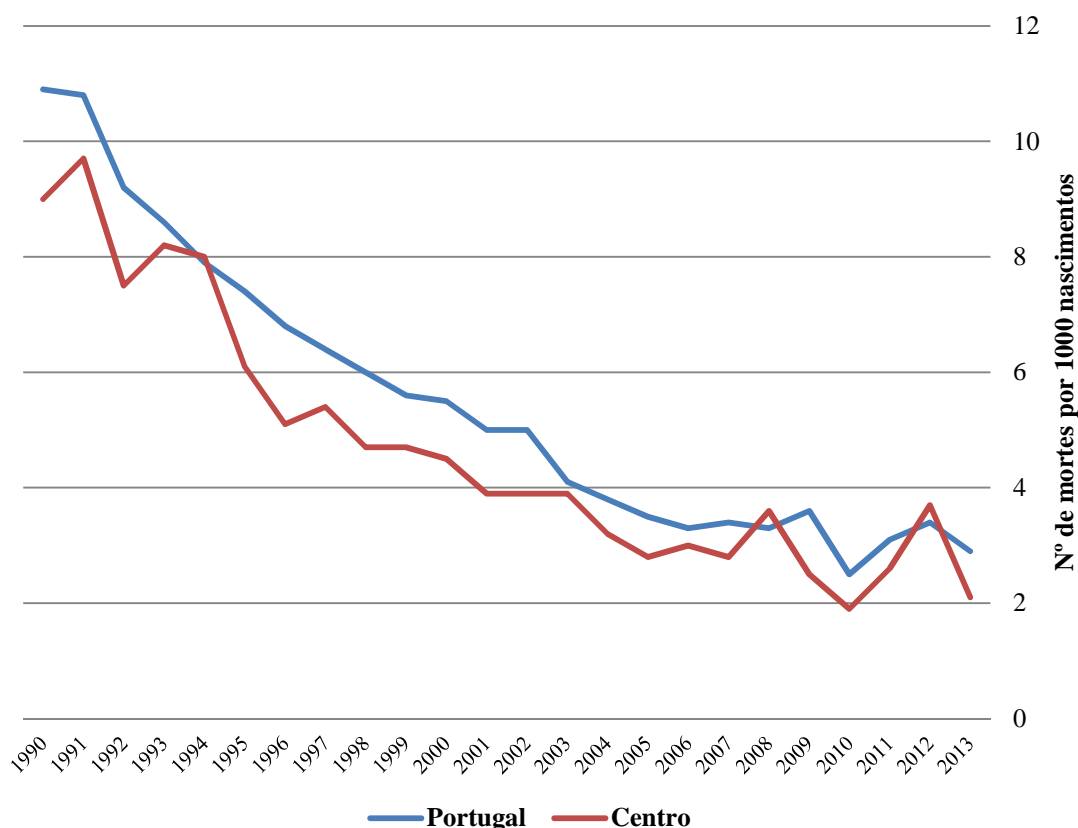


Fonte: Construção própria a partir de dados do INE (atualizados em 29-09-2014 e consultados em 07-12-2014).³⁸

Na secção anterior, que se debruçou sobre o estado da saúde global, referimos que um dos indicadores no qual Portugal apresenta melhor desempenho, em comparação com os restantes países da OCDE, é a taxa de mortalidade infantil. Nesse campo particular, como nos revela a Figura 20, a Região Centro acompanha a tendência nacional, nomeadamente nos ligeiros aumentos registados recentemente, apresentando, contudo, valores constantemente inferiores à média nacional. Em 2013, a Região Centro regista 2,1 mortes por 1000 nascimentos, abaixo da média portuguesa (2,9) e, consideravelmente, abaixo da média da OCDE (3,7).

³⁸ Não se considera o caso de Viseu por falta de dados. Coimbra: valor de 2011. Évora: Valor de 2003.

Figura 20: Taxa de mortalidade infantil (%) em Portugal e na Região Centro (1990 a 2013)

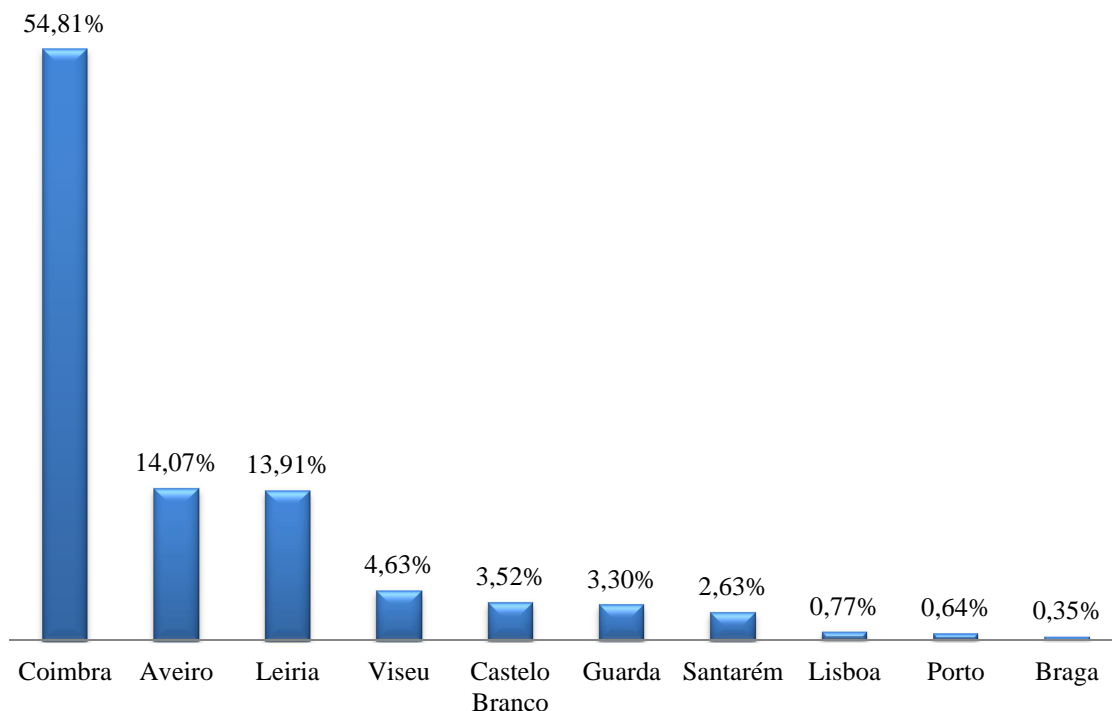


Fonte: Construção própria a partir de dados do INE (atualizados em 30-04-2014 e consultados em 24-12-2014).

O destaque do setor da saúde no concelho de Coimbra está diretamente relacionado com a importância regional das unidades hospitalares do município, que possuem uma abrangência geográfica considerável no que toca à proveniência de doentes para internamento. Estamos perante uma particularidade do concelho de Coimbra, que pode ser aproveitado pelos prestadores de cuidados de saúde, quando efetuam o seu processo de implementação.

Segundo o Relatório e Contas de 2012 do CHUC, mais de 45% dos doentes para internamento eram provenientes de distritos que não o de Coimbra, como mostra a Figura 21. Os dez distritos representados foram responsáveis por 98,63% do total de doentes para internamento no CHUC, em 2012.

Figura 21: Proveniência de doentes para internamento no CHUC por distrito (2012)



Fonte: CHUC (2012): Relatório e Contas.

2.3.2. Quocientes de Localização

De seguida, efetuaremos uma análise focada na importância regional relativa de atividades económicas concretas.

Para aferir qual a atividade económica mais representativa de cada região (ou seja, a “base económica” da região), e quais as regiões relativamente mais especializadas em determinada atividade económica, é possível recorrer a uma medida de concentração regional denominada quociente de localização (QL). Trata-se de um rácio entre o peso relativo de determinada atividade económica numa região e o peso dessa atividade na economia nacional. A fórmula para o cálculo do QL é a seguinte:³⁹

$$QL = \frac{\frac{x_i^R}{x^R}}{\frac{x_i^N}{x^N}}$$

³⁹ Conhecimento adquirido nas aulas de Desenvolvimento Regional, do Mestrado em Economia, FEUC.

onde x_i^R representa a quantidade de determinado indicador económico (por exemplo: número de empresas ou de trabalhadores) no setor de atividade i na região R ; x^R a quantidade total desse indicador na região R , x_i^N a quantidade do indicador no setor i no país, e x^N a quantidade total do indicador no país.

Um valor superior a 1 no QL implica que a atividade económica em análise possui um peso relativo elevado na região em causa. Se existir uma atividade que se destaque notoriamente, essa poderá tratar-se daquela em que a região possui mais vantagens comparativas, e que pode ser designada pela base económica da região.

Para este estudo, iremos considerar dois indicadores de atividade económica, entre os vários disponíveis nos Anuários Estatísticos do INE para o ano de 2012, que traduzam fielmente a concentração de atividades económicas das regiões: pessoal ao serviço nas empresas e valor acrescentado bruto das empresas (VAB). Escolhemos estes indicadores em detrimento, por exemplo, do número de empresas ou do volume de negócios das empresas, que evidenciariam polos importantes de atividade, embora sem a mesma relevância em termos de concentração regional relativa.

A primeira conclusão desta análise reside no facto do concelho de Coimbra apresentar como principal atividade económica, em termos relativos, o setor das atividades de saúde humana e apoio social, setor Q da Classificação de Atividades Empresariais (CAE – Rev.3).

O Quadro 1 apresenta os resultados encontrados para cada setor de atividade, em termos de pessoal ao serviço nas empresas, por município de sede. O setor da saúde apresenta um QL de 3,75, consideravelmente superior à atividade económica que regista o segundo valor mais elevado, a educação, com 1,69. De facto, atendendo à realidade do concelho de Coimbra, a base económica da região iria residir necessariamente num destes dois setores, mas as atividades da saúde apresentam, de forma expressiva, uma maior concentração económica relativa. Algumas atividades económicas (como o setor E: captação, tratamento e distribuição de água, saneamento, gestão de resíduos e poluição; ou o setor J: atividades de informação e comunicação) apresentam um QL elevado devido à centralidade desse tipo de serviços, evidentemente maior nos concelhos que representam capitais de distrito do que, em média, em todo o território nacional.

Quadro 1: QL do pessoal ao serviço nas empresas, no concelho de Coimbra (CAE-Rev.3, 2011)

Pessoal ao serviço nas empresas por município da sede (CAE-Rev.3, 2011)		Portugal	Coimbra	
		Total	Total	QL
CAE	Atividade Económica	3 735 340	52 065	
A	Agricultura, produção animal, caça, floresta e pesca	108 559	379	0,25
B	Indústrias extrativas	11 352	-	
C	Indústrias transformadoras	681 474	4 154	0,44
D	Eletricidade, gás, vapor, água quente e fria e ar frio	9 236	-	
E	Capt.,trat.e distr. de água;saneamento,gestão resíduos, poluição	30 759	671	1,57
F	Construção	405 928	3 900	0,69
G	Comércio por grosso e a retalho; reparação de veículos	800 727	10 371	0,93
H	Transportes e armazenagem	162 071	1 726	0,76
I	Alojamento, restauração e similares	286 825	3 577	0,89
J	Atividades de informação e de comunicação	80 439	1 663	1,48
L	Atividades imobiliárias	48 919	599	0,88
M	Atividades de consultoria, científicas, técnicas e similares	221 232	4 379	1,42
N	Atividades administrativas e dos serviços de apoio	400 498	3 198	0,57
P	Educação	100 902	2 374	1,69
Q	Atividades de saúde humana e apoio social	247 630	12 951	3,75
R	Atividades artísticas, de espetáculos, desportivas e recreativas	44 377	653	1,06
S	Outras atividades de serviços	94 412	1 387	1,05

Fonte: Cálculo e construção próprios a partir de dados do INE: Anuário Estatístico da Região Centro 2012.

O Quadro 2 apresenta a análise correspondente para o VAB das empresas, por município de sede. O valor do QL do setor da saúde é, desta feita, de 5,08, novamente bem acima do setor educativo e de qualquer outro setor de atividade económica.

Um QL tão elevado para um setor de atividade concreto significa, não só uma especialização relativa importante, como um verdadeiro motor económico e um foco de concentração de atividades de diversos setores, que não apenas o da saúde.

Quadro 2: QL do VAB das empresas, no concelho de Coimbra (CAE-Rev.3, 2011)

Valor acrescentado bruto das empresas por município da sede (CAE-Rev.3, 2011)		Portugal	Coimbra	
		Total	Total	QL
CAE	Atividade Económica	82 242 386	933 679	
A	Agricultura, produção animal, caça, floresta e pesca	1 096 173	6 045	0,49
B	Indústrias extrativas	534 799	-	
C	Indústrias transformadoras	17 106 363	74 952	0,39
D	Eletricidade, gás, vapor, água quente e fria e ar frio	3 915 301	-	
E	Capt.,trat.e distr. de água;saneamento,gestão resíduos, poluição	1 363 855	33 922	2,19
F	Construção	7 497 771	54 079	0,64
G	Comércio por grosso e a retalho; reparação de veículos	15 509 224	180 567	1,03
H	Transportes e armazenagem	6 106 424	27 133	0,39
I	Alojamento, restauração e similares	3 849 385	45 499	1,04
J	Atividades de informação e de comunicação	5 302 183	41 225	0,68
L	Atividades imobiliárias	1 598 552	8 551	0,47
M	Atividades de consultoria, científicas, técnicas e similares	4 917 088	63 839	1,14
N	Atividades administrativas e dos serviços de apoio	5 244 644	22 533	0,38
P	Educação	868 512	23 156	2,35
Q	Atividades de saúde humana e apoio social	5 758 894	332 196	5,08
R	Atividades artísticas, de espetáculos, desportivas e recreativas	872 806	6 168	0,62
S	Outras atividades de serviços	700 411	7 258	0,91

Fonte: Cálculo e construção próprios a partir de dados do INE: Anuário Estatístico da Região Centro 2012.

Ao compararmos os QL calculados para o setor da saúde no concelho de Coimbra, para estes dois indicadores, com os quocientes correspondentes encontrados para os principais municípios portugueses, neste particular, percebe-se que é mesmo neste município da Região Centro que o setor de atividade de saúde humana apresenta uma maior concentração de pessoal ao serviço e valor acrescentado bruto.

Quadro 3: QL para o setor Q (Atividades de Saúde Humana) (CAE-Rev. 3, 2011)

Concelho	QL - Pessoal ao serviço	QL - VAB
Braga	1,07	1,23
Porto	2,33	2,46
Coimbra	3,75	5,08
Viseu	1,99	2,51
Lisboa	1,11	0,49
Cascais	1,02	0,59
Funchal	2,08	2,13
Évora	2,16	3,03

Fonte: Cálculo e construção próprios a partir de dados do INE: Anuário Estatístico da Região Centro 2012.

Conclui-se que o concelho de Coimbra é, de modo expressivo, aquele que apresenta a maior concentração de atividades de saúde humana, entre os principais municípios portugueses. De facto, as tradições e as condições consolidadas na cidade para esta área específica representam, em comparação com outros centros urbanos, uma clara diferenciação em termos culturais, académicos, sociais e económicos, que pode ser utilizada como uma verdadeira vantagem comparativa, atraindo prestadores de cuidados médicos para o município e ofuscando restrições regionais que possam existir em termos de densidade demográfica, estrutura institucional, ou rendimento real das populações.

O setor da saúde em Coimbra, como já referimos, é dominado por um centro hospitalar público de grande dimensão, e o papel preponderante da cidade no panorama nacional da saúde deve-se à prestação pública. Mas tal não ofusca por completo a atração e concentração de unidades privadas no concelho, alicerçadas nas tais vantagens comparativas e inserção num *cluster* da saúde, benefícios que não se encontram, como vimos em termos de concentração regional, em mais nenhum concelho de Portugal.

Uma das vantagens comparativas do concelho de Coimbra fica patente na importância relativa do setor educativo, que vai muito além dos QL encontrados. A interligação entre saúde e educação representa uma peça fundamental do motor económico da cidade, numa dimensão única em Portugal, e significa mais uma característica diferenciadora para o município.

2.4. Setor Privado de Saúde

A bibliografia existente em termos de comparação entre prestação pública e prestação privada de cuidados de saúde aponta, generalizadamente, para uma maior eficiência das unidades privadas. Em termos aplicados, um estudo australiano indica que o setor privado é mais eficiente em grandes hospitais e o setor público em unidades de pequena dimensão (Commission 2009). Este estudo conclui que os dois setores enfrentam diferentes estruturas de custo, com o setor privado a apresentar melhor produtividade do trabalho e períodos de permanência mais reduzidos do que no público. Em termos de taxas de infeção, o setor privado regista valores mais reduzidos que o setor público, embora trate doentes com risco menor (Commission 2009).

Um estudo sul coreano indica, por seu lado, que os hospitais privados têm maior eficiência em termos financeiros, e os hospitais públicos maior eficiência técnica (Lee et al. 2008). Existem poucas referências, no contexto de estudos sobre prestação privada de cuidados de saúde, a questões relacionadas com eficiência económica ou distributiva, permanecendo o enfoque em abordagens marginalistas do processo produtivo.

Numa época de crescimento constante das necessidades de saúde e de restrição contínua aos recursos disponíveis, torna-se crucial para as entidades privadas do ramo da saúde a aposta numa gestão e monitorização sistemática dos custos suportados e respetiva estruturação⁴⁰, recorrendo a tecnologias inovadoras de gestão de recursos e procurando a melhor forma de efetuar a necessária priorização desses recursos e tecnologias.

O caso do crescimento do setor privado de saúde em diversas economias, como a portuguesa, dá-se em conjunto com as restrições económicas e orçamentais do setor público na conjuntura atual. Segundo notícia do jornal “Público”, os hospitais privados têm vindo a crescer bastante, apesar das dificuldades económicas vividas em Portugal, e já têm mais de um quarto do total de camas do setor hospitalar nacional, sendo responsáveis por 28% das consultas externas e 12% das urgências.⁴¹

As constantes dificuldades económicas do setor público estão na base de situações frequentes de desacordo entre médicos, enfermeiros e governo, que contribuem para que os profissionais do setor da saúde procurem, cada vez mais, os empregadores privados.

Se, por um lado, nos últimos 40 anos, a intervenção estatal ocupou um lugar central na gestão e organização da prestação de cuidados de saúde às populações, por outro, essa condição atravessa dias cada vez mais restritivos e desafiantes, deixando nas mãos de prestadores privados, mais do que uma oportunidade de complementar a falta de oferta ou responder à procura de cuidados diferenciados, o desafio de responder de forma competente e eficiente a um setor crucial para todos os cidadãos. De facto, a criação do Serviço Nacional de Saúde (SNS), em 1979, trouxe consigo a instalação de uma estrutura de prestação pública de cuidados de saúde, que acompanha as populações portuguesas desde então, e que relegou a prestação privada para uma posição de complementaridade,

⁴⁰ Kohli, Priyanka (16-01-2014), *Driving Growth and Productivity in India's Hospitals*. Disponível em <http://www.gallup.com/businessjournal/166730/driving-growth-productivity-india-hospitals.aspx>, consultado em 24-12-2014.

⁴¹ In: “Público”, publicado em 23-08-2014, disponível em <http://www.publico.pt/sociedade/noticia/hospitais-privados-ja-tem-mais-de-um-quarto-das-camas-do-sector-da-saude-1667335?page=-1>, consultado em 28-12-2014

conotada, muitas vezes, como parasitária. Contudo, as especificidades deste setor implicam que as entidades funcionem através de uma interligação permanente, e sobre vigilância e monitorização de diversos parâmetros de segurança e qualidade, o que obriga as entidades privadas a apresentar-se como instituições de verdadeiro interesse público, a que as populações recorrem de forma substituível. Podemos alicerçar esta ideia na evolução dos resultados do Hospital Beatriz Ângelo (atualmente em regime de parceria público-privada (PPP), gerida pela Espírito Santo Saúde⁴²), que apresenta valores positivos, ao contrário do que se verificou anteriormente, sob gestão pública. Voltaremos a abordar os resultados da Espírito Santo Saúde no Capítulo 3.

Os portugueses valorizam o serviço de saúde que existe no país, considerando-o como um dos pilares da sociedade portuguesa contemporânea. O SNS representa, segundo sondagem realizada pela Universidade Católica, no âmbito dos 40 anos do 25 de Abril, a segunda maior conquista da democracia, com 69% das escolhas dos inquiridos. Os resultados desta sondagem encontram-se documentados no Quadro 4.

Quadro 4: Aquilo que os portugueses mais valorizam

Direito de voto para todos	71%
Serviço Nacional de Saúde tendencialmente gratuito e universal	69%
Maior igualdade entre homens e mulheres	66%
Existência de salário mínimo ou pensão mínima	62%
Aumento do nível médio de escolaridade	61%
Respeito pelos direitos das minorias	56%

Fonte: Sondagem a propósito dos 40 anos do 25 de abril – Universidade Católica para a RTP (22 de abril de 2014) *apud* Serviço Nacional de Saúde (2014), Para uma Conversação Construtiva.

A importância do SNS para os portugueses é inegável, e a sua sustentabilidade passa por uma união geral de esforços dos vários intervenientes neste setor. É necessário completar as reformas iniciadas, nomeadamente na reforma dos cuidados de saúde primários (Barros, 2009) ou do mapeamento das unidades prestadoras de cuidados de saúde. O sucesso de algumas Unidades Locais de Saúde pode ser o mote para novas reformas, que possibilitem um nível geral de eficiência superior. O problema do setor hospitalar português reside nessa falta de mapeamento, que causa claras dificuldades de

⁴² Atualmente designada por Luz Saúde.

organização e gestão dos recursos, podendo, nesta altura, ser apelidado de uma verdadeira “manta de retalhos”.⁴³ É, então, altura de existir um equilíbrio entre os dois setores, e uma efetiva interligação entre público e privado, de forma a ser possível a manutenção do SNS como esse pilar efetivo da sociedade portuguesa. A difícil situação atravessada pelo setor público em diversas áreas, como no setor dos transportes, que obriga o Estado a desfazer-se de entidades e posições de grande relevância estratégica, deve ser analisada de forma cuidadosa e criteriosa quando se trata do setor da saúde.

A principal legislação sobre o setor da saúde consiste na Lei de Bases da Saúde, e remonta ao ano de 1990. Foi aprovada pela Lei n.º 48/90, de 24 de agosto, e possui um conjunto de alterações, introduzidas pela Lei n.º 27/2002, de 8 de novembro. A prestação de cuidados de saúde, por parte de entidades privadas, está contemplada nesta Lei, desde logo no ponto 4 da Base I do Capítulo I: “Os cuidados de saúde são prestados por serviços e estabelecimentos do Estado ou, sob fiscalização deste, por outros entes públicos ou por entidades privadas, sem ou com fins lucrativos.”⁴⁴

No Capítulo IV, Base XXXVII, Ponto 1, desta Lei, fica patente a definição de incentivos legais ao estabelecimento de unidades privadas. “O Estado apoia o desenvolvimento do sector privado de prestação de cuidados de saúde, em função das vantagens sociais decorrentes das iniciativas em causa e em concorrência com o sector público.” O Ponto 2 desta Base explicita esses incentivos: “O apoio pode traduzir-se na facilitação da mobilidade do pessoal do SNS que deseje trabalhar no sector privado, na criação de incentivos à criação de unidades privadas e na reserva de quotas de leitos de internamento em cada região de saúde.”

A potenciação do crescimento do setor privado de prestação de cuidados de saúde, em resultado de restrições orçamentais, surge através de fatores como essa “mobilidade de pessoal”, e como o aumento das taxas moderadoras, as listas de espera crescentes e insustentáveis, ou o encerramento de serviços (de urgência, por exemplo) no segmento público.

Outra medida que contribuiu para o fomento do setor privado de saúde foi a criação do Sistema de Gestão de Inscritos para Cirurgia (SIGIC), no ano de 2004. O SIGIC tem como objetivo primordial o combate às listas de espera, permitindo uma gestão

⁴³ Citamos o Dr. Adalberto Campos Fernandes, num seminário sobre Governação em Saúde, promovido pelo Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra (5-12-2014).

⁴⁴ Lei de Bases da Saúde n.º 48/90, 24 de agosto.

eficiente de toda a atividade cirúrgica realizada tanto pelo setor público, como pelo setor privado.

Analisemos agora os principais desafios e perspectivas para o setor da saúde identificados por diversas entidades.

2.5.Desafios e Perspetivas

As várias particularidades do setor da saúde, aliadas ao difícil período que a economia nacional tem atravessado, possibilitam que um conjunto alargado de desafios, nacionais e internacionais, se perfilhem perante o Sistema Nacional de Saúde e os diversos intervenientes, públicos e privados.

O *World Health Report 2013* da Organização Mundial de Saúde debruça-se sobre a importância da pesquisa na cobertura universal de saúde e aponta alguns desafios nesse campo: maior investimento internacional e nacional, melhor colaboração entre investigadores e decisores de política, formação de investigadores qualificados e motivados, criação de códigos de boas práticas de pesquisa, e acesso a redes de pesquisa, através de colaborações e troca de informação.⁴⁵

A OCDE destaca, no relatório *OECD Health at a Glance 2013*, que é necessário, perante o cenário económico atual, caminhar para um sistema de prestação de cuidados de saúde com maior produtividade e sustentabilidade orçamental (OCDE, 2013).

No sítio da internet do *The Economist* foi publicado um estudo sobre o futuro dos cuidados de saúde na Europa. As conclusões dessa análise apontam para diferentes cenários que as sociedades terão que enfrentar num futuro próximo, nomeadamente o uso permanente de plataformas cibernautas para tratamento e acompanhamento dos doentes, o papel da medicina preventiva ou o enfoque nos elementos mais fragilizados da sociedade, ao mesmo tempo que se generaliza a privatização da prestação de cuidados médicos. É necessário uma constante adaptabilidade e uma preocupação com o indivíduo e com o nível geral de prestação de cuidados de saúde, e não uma permanência em sistemas rígidos que funcionam segundo interesses específicos de médicos, de seguradoras ou do governo.⁴⁶

⁴⁵ In: http://www.who.int/whr/2013/main_messages/en/

⁴⁶ In: <http://www.economistinsights.com/healthcare/analysis/future-healthcare-europe/tab/0>

Em relação à realidade nacional, o Observatório Português dos Sistemas de Saúde refere, no Relatório de Primavera 2014, a existência de um “síndrome de negação” que paira sobre o setor da saúde português. Neste relatório é explicado como é possível atenuar os efeitos da crise sobre a saúde, através de um investimento na “proteção social” e na “saúde pública”, o que potenciaria o processo de retoma económica, de forma generalizada.⁴⁷

A Associação Portuguesa de Hospitalização Privada (APHP) destaca, no seu sítio da internet, vários desafios para o setor de cuidados de saúde privados em Portugal, que passam por uma verdadeira definição do papel do Estado como “regulador da atividade” e por uma separação entre a atividade de saúde privada e pública dos profissionais de saúde. A APHP destaca também que é necessário uma “redução das desigualdades nos processos de licenciamento e no acesso ao sector privado e uma negociação de produtos e serviços sem imposição de tabelas”.⁴⁸

A APHP realça outros pontos adicionais, que são relevantes para diversos organismos do setor da saúde: a importância de sistemas integrados de informação, o papel de setores onde o papel dos privados pode ser cada vez mais relevante, como os cuidados continuados e paliativos, e as directrizes comunitárias em relação aos cuidados transfronteiriços. Este último ponto é, de resto, consensual em diversas análises às perspetivas futuras do setor da saúde. O facto de Portugal ter recusado inicialmente esta diretiva teve, de resto, uma influência negativa na atração de doentes do espaço europeu para unidades portuguesas.⁴⁹

Os dois maiores grupos empresariais privados do setor da saúde, Espírito Santo Saúde (ESS) e José de Mello Saúde (JMS), disponibilizam publicamente os seus relatórios de contas, que, além de fornecerem uma visão detalhada da situação financeira atual destes grupos, efetuam uma análise geral do setor em que estão inseridos e identificam um conjunto de desafios que as unidades constituintes destes grupos enfrentam. A ESS refere, na sua Informação Financeira Intercalar Consolidada a 30 de junho de 2014, algumas áreas específicas de atuação estratégica e operacional, num contexto de dificuldades macroeconómicas, de pressão sobre os preços (por parte de seguradoras e de subsistemas de saúde), e de uma concorrência crescente de prestadores de serviços no setor da saúde,

⁴⁷ In: <http://www.observaport.org/sites/observaport.org/files/RelatorioPrimavera2014.pdf>

⁴⁸ In: <http://www.aphp-pt.org/index.php/aphp/mensagem-do-presidente>

⁴⁹ In: Campos, Correia de (2014), *Tatear a Europa Manobras de Aproximação*.

incluindo agentes internacionais. Além da busca constante de excelência de procedimentos, tecnologias, infraestruturas e profissionais de saúde, a ESS indica a necessidade de “alargar a cobertura geográfica” dos serviços que presta, de expandir a “unidade residencial dedicada à demência”, de gerir convenientemente as “carteiras de clientes e saldos em aberto”, e de aproveitar orientações concretas de política como a já referida diretiva comunitária sobre cuidados transfronteiriços (que pode representar ganhos importantes para as unidades do grupo que apresentem os preços mais competitivos), ou o financiamento público de cuidados de ambulatório a doentes com VIH-SIDA. Em relação a este último ponto, a ESS explica que o facto de a sua PPP não ter usufruído desse financiamento (como aconteceu com a PPP de Braga, pertencente à JMS) teve um impacto negativo estimado de 2,2 milhões de euros nos resultados de 2014.⁵⁰

A JMS faz referência, no seu Relatório e Contas do 1º semestre de 2014, aos objetivos de “criar valor ao nível das melhores práticas internacionais”, de solidificar a “liderança no mercado português”, e de criar “opções de crescimento em mercados internacionais selecionados”, através de, entre outras medidas, um reforço e potenciação da sua “base de ativos e competências”.⁵¹ Para alcançar estes objetivos, a JMS realça diversas áreas de atuação, entre as quais a melhoria da qualidade clínica através do recurso a sistemas de *benchmarking* clínico⁵², a melhoria de instalações, ou a redução de tempos de espera. No seu Relatório e Contas de 2013, a JMS aponta para um conjunto bastante alargado de desafios e medidas a implementar, entre os quais destacamos alguns dos que dizem respeito ao Hospital de Braga, gerido em regime de PPP: a “otimização dos processos da farmácia”, da limpeza, do armazenamento, dos “registos de consumos”; a criação de sistemas de informação integrados que permitam uma análise conveniente da atividade desenvolvida; a promoção da qualidade clínica através da realização de

⁵⁰ Espírito Santo Saúde (2014), Informação Financeira Intercalar Consolidada 30 de Junho de 2014. Disponível em <http://www.luzsaude.pt/pt/investidores/informacao-financeira/relatorio-e-contas/>, consultado em 6-11-2014.

⁵¹ José de Mello Saúde (2014), Relatório e Contas 1º Semestre de 2014. Disponível em <http://www.josedemellosaude.pt/Section/Investidores/Informa%C3%A7%C3%A3o+Financeira/2791>, consultado em 6-11-2014

⁵² Um exemplo destes sistemas é o *Iametrics*. Estes sistemas permitem melhores análises (mais comparáveis e mais pormenorizadas) dos resultados clínicos de unidades hospitalares.

“auditorias clínicas”; ou o recurso a processos de controlo interno e ferramentas de gestão, com o objetivo de maximizar a eficiência.⁵³

Os dois principais grupos empresariais do setor da saúde sublinham, em traços gerais, a necessidade da aposta na redução do setor público e no incremento do desenvolvimento do setor privado de saúde.

De uma forma geral, no Sistema Nacional de Saúde, apesar da extraordinária evolução verificada desde a criação do SNS, existem necessidades persistentes, como as doenças crónicas, as doenças sexualmente transmissíveis, a saúde mental ou o alcoolismo. Também em relação aos níveis educacionais e às condições materiais e tecnológicas existem desafios prementes, permanecendo por definir questões de fundo do setor, como uma estratégia global de gestão dos recursos humanos (Campos, 2014). De um modo geral, as entidades prestadoras de cuidados de saúde devem apostar em formas de inovação hospitalar, aumentando a qualidade de serviços e a liberdade de escolha, através de melhores sistemas de informação e medição, de avaliação e prestação de contas de gestão. Ao nível do setor privado, existem desafios relacionados com o aumento das entidades existentes, cada vez com maior dimensão e qualidade, que terão de competir com o setor público pelo financiamento, cada vez mais restrito (Campos, 2014).

Na secção 2.3. percebemos a dimensão relativa que o setor da saúde representa no concelho de Coimbra. De forma a consolidar e fortalecer a posição de Coimbra como “cidade da saúde” é necessário uma integração de esforços por parte dos agentes que interagem neste setor, de forma a potenciar as vantagens oferecidas pela diferenciação do município de Coimbra na área da saúde, fomentando o desenvolvimento regional e elevando o nível de cuidados de saúde que as populações têm ao seu dispor. A afirmação de uma unidade hospitalar privada como a Idealmed no contexto de saúde regional, através da promoção de serviços de excelência e diferenciação, pode significar uma consolidação do estatuto cimeiro da cidade de Coimbra e do seu setor de prestação de cuidados médicos, no contexto nacional do setor da saúde.

Como vimos nesta secção, apesar da agreste conjuntura económica, existem diversas oportunidades para os *stakeholders* do setor da saúde, e áreas de atuação estratégica, que podem representar potenciais vias de crescimento no futuro. Aos vários

⁵³ José de Mello Saúde (2014), Relatório e Contas 2013. Disponível em <http://www.josedemellosaude.pt/Section/Investidores/Informa%C3%A7%C3%A3o+Financeira/2791>, consultado em 6-11-2014.

desafios já referidos, podemos acrescentar áreas como o turismo de saúde, as residências seniores ou o tratamento de doenças mentais específicas, na tentativa permanente de aumentar a quantidade de especialidades médicas oferecidas, particularmente no segmento privado de prestação de cuidados de saúde.

3.Estágio Idealmed

3.1.Apresentação da Entidade de Acolhimento

Inaugurada em 2012 e situada junto ao principal eixo rodoviário de Coimbra, a Idealmed|Serviços de Saúde, Lda. (Idealmed ou Empresa) representa a maior unidade privada de saúde da região centro, com 35.000 m². No âmbito da sua atividade, a Idealmed presta serviços em diversas especialidades médicas, algumas geridas internamente, e outras externamente por entidades parceiras.

Quadro 5: Especialidades médicas da Idealmed|Serviços de Saúde

Fisioterapia	Cardiologia	Pediatria	Urologia
Cirurgia Pediátrica	Ortopedia	Ginecologia e Obstetrícia	Estomatologia
Serviços Farmacêuticos	Neurocirurgia	Medicina de Reprodução	Anestesiologia
Oncologia	Cirurgia Geral	Imagiologia	Neurologia
Atendimento Médico Permanente	Dermoestética	Análises Clínicas	Internamento
Cirurgia Maxilo-Facial	Cirurgia Torácica	Dermatologia	Endocrinologia
Unidade Cirúrgica	Medicina Interna	Alergologia	Psiquiatria
Podologia	Terapia da Fala	Cirurgia Reconstructiva	Psicologia
Cirurgia Vascular	Oftalmologia	Neurofisiologia	
Medicina Física e de Reabilitação	Medicina dentária	Neuropediatria	
Otorrinolaringologia	Gastroenterologia	Reumatologia	

Fonte: Dados internos, Idealmed|Serviços de Saúde.

A Idealmed está inserida num grupo empresarial mais alargado, que engloba outras empresas e *sub-holdings*. Trata-se do Grupo Idealtower. O Grupo foi fundado em 2009 e representa um importante investimento em termos regionais e mesmo nacionais, possuindo ainda posições noutros países. As principais áreas estratégicas do Grupo são: a produção de vinhos, as tecnologias de informação e a saúde.⁵⁴

⁵⁴ *In:* <http://www.idealtower.pt/>

O Quadro 6 mostra quais as empresas constituintes do Grupo Idealtower. O setor da saúde (coluna da esquerda) é representado por diversas entidades, que possuem uma importância crescente no contexto em que se inserem, estando espalhadas por várias localidades como Coimbra, Figueira da Foz, Cantanhede e Pombal.

Quadro 6: Estrutura do Grupo Idealtower

Idealmed SGPS	Idealdrinks SGPS	Idealtower SGPS
Idealmed–Unidade Hospitalar de Coimbra	Idealdrinks–Serviços e Distribuição	Ciberbit
Idealmed III – Serviços de Saúde	Colinas de São Lourenço	WSBP Electronics
Instituto Materno Infantil de Coimbra	Quinta da Pedra	Idealtower Services
Gestão Vital	Quinta do Dão Bella Encosta	Invicta Concept
Dental Gest	Marginal Clube de Campo	Ideal Clinic Software
Unicare	CAPD – Investimentos Imobiliários	Royal Mondego
Idealmed Ponte Galante		
Imacentro – Clínica Imagiologia Médica		
Imacentro – MN		
Ideal Health Solutions		
Idealmed II – Research & Development		
Idealmed IV – Serviços de Saúde		

Fonte: Dados internos, Idealmed|Serviços de Saúde.

A interligação entre estas entidades prestadoras de cuidados de saúde, no contexto na unidade hospitalar da Idealmed, possibilita uma prestação de cuidados de saúde alargada e integrada.

A Idealmed pretende ser “uma organização prestadora de cuidados de saúde de referência, em serviços de medicina preventiva, terapêutica e de diagnóstico”, atuando de forma dedicada, profissional e diferenciada, e baseando o seu processo evolutivo no “ensino, investigação e desenvolvimento”, “no conhecimento, na tecnologia, e no respeito pela vida humana”, e na ambição de se afirmar nacional e internacionalmente, “garantindo o acesso das populações às mais evoluídas soluções terapêuticas e clínicas”.⁵⁵

De seguida abordaremos as tarefas realizadas neste Estágio.

⁵⁵ In: <http://www.idealmed.pt/index.php/pt/idealmed/visao-valores-e-missao>

3.2. Resumo das Tarefas Desenvolvidas

As tarefas desenvolvidas neste Estágio foram desempenhadas com acompanhamento constante da Supervisora do Estágio, Responsável pelo Controlo de Gestão do Grupo Idealtower. O local do estágio variou entre a sede do Grupo Idealtower, na Quinta do Seminário, e a unidade hospitalar Idealmed.

O trabalho realizado no contexto deste Estágio consistiu, principalmente, em análises de controlo de gestão das empresas pertencentes ao Grupo Idealtower, através da elaboração de mapas financeiros a partir dos balanços e demonstrações de resultados das empresas e dos sistemas de gestão das várias empresas do grupo. As tarefas propostas, e as considerações técnicas a ter em conta para as realizar, foram explicadas pormenorizadamente pela Supervisora e todo o trabalho foi constantemente acompanhado e revisto.

As análises anteriormente referidas são efetuadas para efeitos de avaliação mensal e consolidação dos resultados e contas das empresas do Grupo. Além do registo e confirmação, e do cálculo e consolidação, de todos os valores necessários, de modo a efetuar uma correta análise de gestão, é necessário realizar uma monitorização constante dos montantes e das tendências evidenciadas pelas diversas contas, considerar diversos ajustamentos, e comparar os valores registados com os valores mensais e consolidados orçamentados. Foi exatamente este conjunto de ações que desenvolvemos durante o Estágio.

Além das tarefas já referidas, foi também realizado um trabalho para a Idealmed, que consistiu na elaboração de um estudo comparativo entre grupos empresariais do setor da saúde e que será apresentado de forma resumida na secção 3.4. De uma forma geral, a inserção na realidade financeira da Empresa foi determinante para a realização desse trabalho comparativo e deste Relatório de Estágio.

3.3. Análise da Atividade

Em entrevista ao “Diário As Beiras”, o CEO da Idealmed, José Alexandre Cunha, analisa a situação da Idealmed no final do ano de 2014, o 2º ano completo de atividade da

unidade, referindo que se verifica um “crescimento exponencial” da produção em relação a 2013, acima dos 100%. A Idealmed realizou mais de 100 mil consultas de especialidade, mais de 14 mil episódios de Atendimento Médico Permanente, e cerca de 7 mil cirurgias. Esta evolução “superou as expectativas” e permite à Idealmed atingir a dimensão de unidades privadas presentes apenas em Lisboa e Porto.⁵⁶

Para o ano de 2015, prevê-se novamente um aumento generalizado da produção. Recorrendo aos dados de produção a 30 de setembro de 2014 e aos valores orçamentados para 2015, percebemos que se estimam aumentos de 59% nas cirurgias, 109% no Internamento Médico, 102% no Atendimento Médico Permanente e de 96% nas consultas externas. No total, está previsto um aumento de 70% no valor de produção. O Quadro 7 mostra-nos a variação do número de atos médicos e do valor de produção, entre 2014 e 2015, que se estima para os diferentes setores de produção. Apenas nas especialidades cirúrgicas realizadas em ambulatório se prevê uma diminuição do valor de produção, embora tal se deva à inclusão de um número reduzido de especialidades nesta categoria, no Orçamento para 2015.

Quadro 7: Variação da produção da Idealmed (setembro 2014-dezembro 2015)

Prestação de Serviços	Variação do nº de atos médicos (setembro de 2014-2015)	Variação do valor de produção (setembro de 2014-2015)
Cirurgias	72%	59%
Internamento Médico	43%	109%
Atendimento Médico Permanente	57%	102%
Ambulatório Cirúrgicas	15%	-5%
Ambulatório Não Cirúrgicas	60%	182%
Total Consultas Externas	72%	96%
Total	71%	70%

Fonte: Cálculo e construção próprios com base em dados internos da Idealmed.

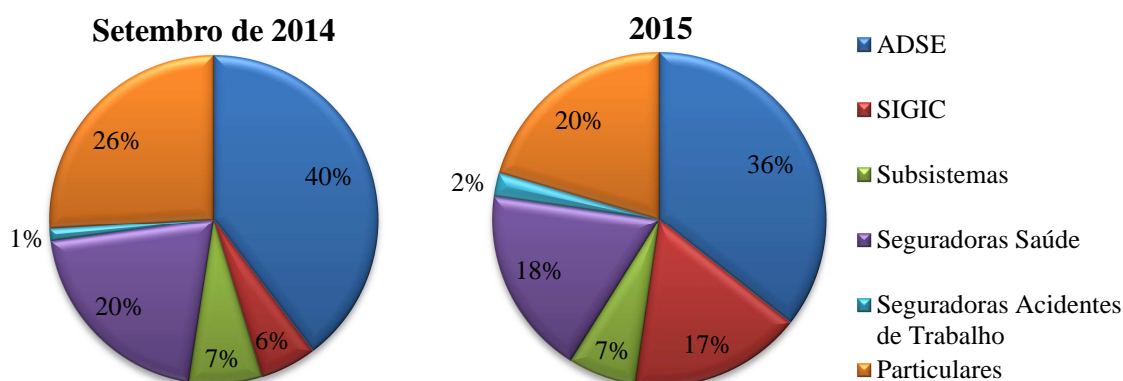
Em termos de crescimento por área funcional, existem algumas especialidades que se destacam. Segundo dados da Idealmed, a 30 de setembro de 2014, no campo das cirurgias, a Oftalmologia é a principal especialidade, em termos de número de atos (53%), valor da produção (41%) e custos de produção (45%). Os valores médios de produção mais

⁵⁶ In: “Diário As Beiras”, publicado a 10-1-2015. Disponível em: <http://www.idealmed.pt/assets/documents/cb738ae7d7d956306f7974457e89c43a.pdf>

elevados foram registados pela Cardiologia e Otorrinolaringologia, enquanto o custo médio de produção mais expressivo foi suportado na prestação de serviços de Urologia. Se considerarmos um rácio valor/custo, as especialidades que registam valores mais elevados (acima de 4) são a Anestesiologia, a Ortopedia e a Otorrinolaringologia.⁵⁷

A Idealmed possui acordos com os principais subsistemas e seguradoras de saúde. Em termos de cirurgias, a ADSE representou a maior proporção do valor de produção (a 30 de setembro de 2014), com 40%, prevendo-se uma ligeira diminuição para o ano de 2015. A Figura 22 ilustra o “mix de pagadores” da produção cirúrgica da Idealmed em 2014 e 2015, destacando-se a forte proporção que o SIGIC representará em 2015. A Figura 23 coloca em evidência a análise correspondente para o valor de produção total da Espírito Santo Saúde, no ano de 2013, segunda a qual a ADSE e restantes subsistemas públicos representam uma proporção inferior da produção do que aquilo que se verifica para a Idealmed.

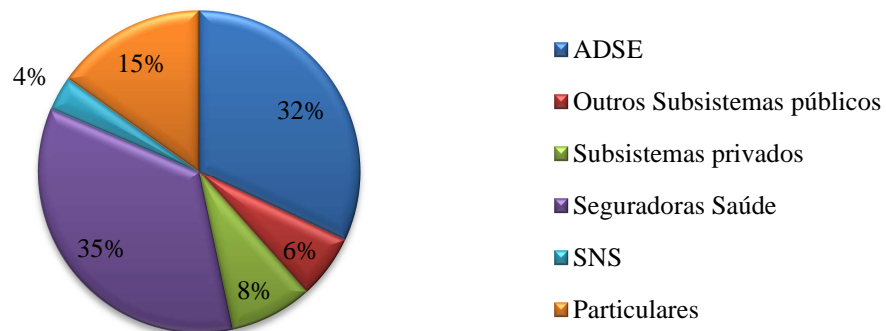
Figura 22: Mix de pagadores de produção cirúrgica da Idealmed (2014 e 2015)



Fonte: Cálculo e construção próprios com base em dados internos da Idealmed.

⁵⁷ Fonte: Dados internos, Idealmed|Serviços de Saúde.

Figura 23: Mix de pagadores da ESS (2013)



Fonte: Construção própria com base na Informação Financeira Intercalar a 30-06-2014 da ESS, disponível em <http://www.essaude.pt/pt/investidores/informacao-financeira/relatorio-e-contas/>, consultada em 6-11-2014.

Na produção da Idealmed, a setembro de 2014, a ADSE e o SIGIC representam conjuntamente ainda 60% do valor de produção de serviços em ambulatório, 45% do valor de produção de consultas e internamento, 64% do custo com honorários de cirurgia e 48% do custo dos produtos de cirurgia. A diminuição das contribuições para a ADSE, a par da uniformização de preços com o SNS, podem influenciar a produção da Idealmed, embora não se preveja uma diminuição dos beneficiários, como tem acontecido nos últimos anos.⁵⁸

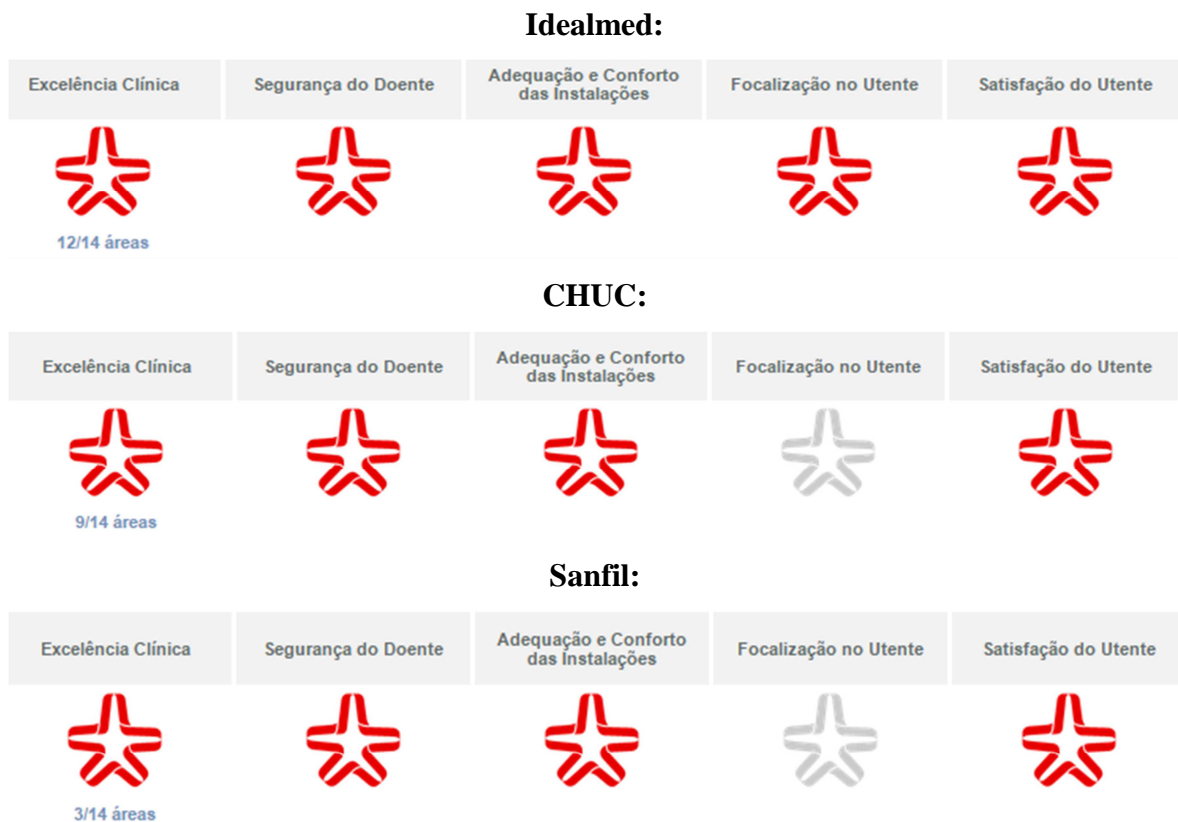
O crescimento continuado e, previsivelmente, sustentado dos serviços prestados pela Idealmed não significa todavia uma diminuição da qualidade. A Entidade Reguladora da Saúde disponibiliza, no seu sítio da Internet, os resultados do seu “sistema de avaliação da qualidade global dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde”,⁵⁹ designado por SINAS, acrónimo de Sistema Nacional de Avaliação em Saúde. Os resultados alcançados pela Idealmed são esclarecedores da qualidade dos serviços prestados pela unidade. O SINAS concluiu que a Idealmed cumpre com os parâmetros de qualidade exigidos em todas as áreas de avaliação: excelência clínica (12 de 14 áreas), segurança do doente, adequação e conforto das instalações, focalização no utente e satisfação do utente. Entre as 35 entidades avaliadas na Região Centro, a Idealmed foi a que melhor classificação global obteve (a par do Hospital de S. Teotónio – Centro Hospitalar de Tondela – em Viseu), igualando os registos das melhores unidades hospitalares privadas

⁵⁸ In: http://www.adse.pt/document/plano_actividades_2013_.pdf

⁵⁹ In: <https://www.ers.pt/pages/118>

nacionais. As três Figuras que se seguem revelam as classificações obtidas pela Idealmed e por outros dois prestadores de cuidados de saúde da Região Centro: CHUC e Sanfil. As estrelas vermelhas significam que a entidade em causa cumpre os parâmetros de qualidade exigidos nessa área. Em anexo (Quadro A.1.) documentam-se as 12 áreas clínicas em que a Idealmed obteve avaliação positiva.

Figura 24: Classificações SINAS



Fonte: SINAS, <https://www.ers.pt/pages/198>, consultado em 9-1-2015.

A Idealmed tem, assim, todas as capacidades para ser uma unidade de referência, na região e no país, em termos de oferta privada de serviços de saúde. Reúne um conjunto de profissionais de elevado reconhecimento e diferenciação, presta serviços com o apoio das mais modernas tecnologias atualmente existentes no mercado e disponibiliza aos seus clientes uma infraestrutura moderna e confortável, bem localizada e com acessos fáceis e des congestionados, permitindo um acolhimento diferente da habitual atmosfera “cinzenta” que envolve os edifícios hospitalares. Na base do processo de implementação e afirmação da Idealmed estão os diversos centros de excelência clínica que possui (como Cardiologia

ou Oftalmologia), estando previsto, para 2015, a criação do Centro de Peritagens Médico-Legais e Forenses da Idealmed, liderado por um dos maiores peritos mundiais. A solidificação deste processo de crescimento passa pelo incremento das competências existentes e por uma otimização da organização, almejando constantemente a fasquia máxima em termos de qualidade clínica.⁶⁰

Apesar deste crescimento contínuo, e de um nível muito elevado de qualidade dos serviços prestados, existem todavia algumas falhas ao nível da monitorização dos custos suportados pela Idealmed que impedem a obtenção de melhores resultados. O processo de recolha de dados da Empresa é ineficiente e moroso, o que dificulta uma análise correta de controlo de gestão às contas da Empresa, a que acresce o facto de os vários sistemas de gestão da Idealmed não se encontrarem adequadamente integrados. Este é um problema identificado por diversas entidades do setor da saúde e representa um dos principais desafios às entidades de saúde em termos de melhoria de desempenho.

O limitado controlo sobre os custos suportados deve-se também ao facto da Idealmed atribuir a exploração de várias especialidades a entidades externas, o que impede o devido controlo sobre a oferta e a gestão dos recursos hospitalares. Na secção seguinte iremos apresentar o resumo do estudo financeiro comparativo anteriormente referido, o qual irá realçar a importância de tentar controlar permanentemente os custos suportados no processo de prestação de serviços. A principal sugestão de melhoria para a Empresa, decorrente deste trabalho comparativo, consiste na realização de uma auditoria às compras de consumíveis clínicos da Idealmed.

3.4. Estudo Financeiro Comparativo

No seguimento da análise efetuada ao setor da saúde nacional e internacional, com destaque para o carácter específico do concelho de Coimbra na prestação deste género de serviços, e também para os desafios e perspetivas que se colocam perante os agentes intervenientes neste setor, torna-se relevante enquadrar a Idealmed no contexto de outras unidades de saúde, analisando os seus dados financeiros e operacionais em comparação

⁶⁰ In: “Diário As Beiras”, publicado a 10-1-2015. Disponível em: <http://www.idealmed.pt/assets/documents/cb738ae7d7d956306f7974457e89c43a.pdf>

com as entidades prestadoras de serviços de saúde mais relevantes, a nível nacional e regional. Comparamos a Idealmed com o CHUC, a Sanfil, a Espírito Santo Saúde (ESS) e a José de Mello Saúde (JMS), em termos de diversos indicadores que caracterizam a situação financeira e o nível de atividade. Além da Idealmed, da Sanfil e do CHUC, representativas da oferta de cuidados de saúde na cidade de Coimbra, considerámos também neste estudo comparativo os dois maiores grupos empresariais do setor da saúde em Portugal, responsáveis por diversas unidades prestadoras de cuidados de saúde por todo o país, incluindo unidades hospitalares públicas, em regime de parceria público privada (PPP). Quando disponível, foram também utilizados valores para o Grupo Idealmed, representativo da Idealmed e das outras empresas do Grupo Idealtower da área da saúde.

O CHUC representa, como dissemos anteriormente, uma parcela enorme do mercado de saúde e da economia da Região Centro, com tradição, estatuto e essência muito próprios, e com raízes que datam do século XVI.

Por seu turno, o Grupo Sanfil Medicina foi criado originalmente, em 1953 com a fundação da Casa de Saúde de Santa Filomena, em Coimbra. Possui agora um segundo hospital: o Centro Hospitalar de São Francisco, em Leiria.⁶¹

Já o Grupo ESS surge no ano de 2000, altura em que adquire uma participação maioritária no capital social da Cliria – Hospital privado de Aveiro e do Hospital da Arrábida, em Vila Nova de Gaia.⁶² Está presente nas Regiões Norte, Centro e Centro-Sul de Portugal, sendo detentor, em certas regiões, do único hospital privado em exploração. A 15 de outubro de 2014, 96% das ações da ESS foram adquiridas pela seguradora Fidelidade, e o Grupo designa-se agora por Luz Saúde.

A ESS possui 18 unidades de prestação de serviços de saúde, entre as quais: 8 hospitais privados; um hospital do SNS explorado em regime de PPP; 7 clínicas privadas a operar em regime de ambulatório; e duas residências sénior. Em anexo (Quadro A.2.) apresentamos a constituição completa do Grupo ESS.

De um modo geral, nos últimos anos, a atividade da ESS no mercado de saúde nacional tem-se pautado por um crescimento continuado da atividade desenvolvida, pela abertura de novas unidades, e pela gestão de hospitais do SNS, em regime de PPP, com resultados positivos (a título de exemplo, veja-se o caso do Hospital Beatriz Ângelo, que

⁶¹ In: <http://www.sanfil.pt/>

⁶² In: <http://www.essaude.pt/pt/>

atingiu um crescimento de 12,5% no 1º trimestre de 2014 em termos de rendimentos operacionais, deixando assim de apresentar um resultado líquido negativo). Estes fatores contribuem para a situação que está documentada no Quadro 8. Os dados apresentados dizem respeito aos valores absolutos (em milhões de euros) de rendimentos e custos, assim como o peso que estes últimos representam no valor dos serviços prestados pela ESS.

Quadro 8: Rendimentos e custos da ESS

Espírito Santo Saúde Rendimentos e Custos (M€)	30-06-2014	% PS	30-06-2013	% PS	Variação homóloga
Prestação de serviços (PS)	200,2		187,6		7%
Rendimentos Operacionais	201,1		188,9		6%
CMVMC	28,1	14%	26,58	14%	6%
FSE	90,6	45%	84,4	45%	7%
Subcontratos	44,0	22%	33,9	18%	30%
Honorários	26,2	13%	31,8	17%	-18%
Subcontratos+Honorários	70,2	35%	65,7	35%	7%
Gastos com pessoal	53,19	27%	49,33	26%	8%
Custos Operacionais	172,8	86%	160,9	86%	7%
EBITDA	28,3	14%	28,1	15%	1%
Depreciações e amortizações	13,7	7%	14,1	8%	-3%
EBIT	14,6	7%	13,9	7%	5%
Resultado Financeiro	-3,8	-2%	-5,6	-3%	32%
EBT	10,8	5%	8,3	4%	30%
Impostos	2,2	1%	2,3	1%	-6%
RLE	8,7	4%	6,0	3%	44%

Fonte: Construção própria com base na Informação Financeira Intercalar a 30-06-2014 da ESS, disponível em <http://www.essaude.pt/pt/investidores/informacao-financeira/relatorio-e-contas/>, consultada em 6-11-2014.

Por último, a José de Mello Saúde (JMS) surge em 1945, com a abertura do CUF Infante Santo Hospital, uma unidade inovadora, de cariz social e de forte abrangência.⁶³ O Grupo JMS possui, tal como a ESS, 18 unidades: 5 hospitais privados, dois hospitais públicos em regime de PPP (Hospital de Braga e Hospital de Vila Franca de Xira), 5

⁶³ José de Mello Saúde: <http://www.josedemellosaude.pt/>

clínicas privadas, um instituto, 3 residências, e outras duas unidades. Em anexo (Quadro A.3.) apresentamos a constituição completa da JMS.

A atividade desenvolvida pela JMS tem registado aumentos constantes, que se refletiram nos resultados financeiros do grupo. De facto, o Resultado Líquido do Exercício (RLE) da JMS, no final do 1º semestre de 2014, superou os 14 milhões de euros e já ultrapassou o resultado alcançado no final de 2013 por 1,7 milhões de euros. O Quadro 9 mostra-nos os rendimentos e custos da JMS neste período, com destaque para o aumento de 124% no RLE.

Quadro 9: Rendimentos e custos da JMS

José de Mello Saúde Rendimentos e Custos (M€)	30-06-2014	% PS	30-06-2013	% PS	Variação homóloga
Prestação de serviços (PS)	260,5		239,7		9%
Rendimentos Operacionais	263,4		243,3		8%
CMVMC	47,8	18%	44,6	19%	7%
FSE	99,8	38%	93,50	39%	7%
Subcontratos	12,1	5%	10,4	4%	17%
Honorários	56,6	22%	53,0	22%	7%
Subcontratos+Honorários	68,8	26%	63,4	26%	8%
Gastos com pessoal	82,46	32%	80,24	33%	3%
Custos Operacionais	231,7	89%	219,7	92%	5%
EBITDA	31,6	12%	23,5	10%	35%
Depreciações e amortizações	9,8	4%	12,1	5%	-19%
EBIT	21,8	8%	11,4	5%	92%
Resultado Financeiro	-4,0	-2%	-4,0	-2%	0%
EBT	17,8	7%	7,4	3%	141%
Impostos	3,5	1%	1,0	0%	246%
RLE	14,3	5%	6,4	3%	124%

Fonte: Construção própria com base no Relatório e Contas do 1º semestre de 2014 da JMS, disponível em <http://www.josedemellosaude.pt/Section/Investidores/Informa%C3%A7%C3%A3o+Financeira/2791>, consultada em 6-11-2014.

Estes dois quadros colocam em evidência a reduzida proporção de custos em termos do valor dos serviços prestados que estes grupos apresentam. Essa situação é de certa forma perceptível no peso dos Fornecimentos de Serviços Externos (FSE), abaixo dos

50% em ambos os grupos, mas fica ainda mais evidente no peso do Custo das Mercadorias Vendidas e das Matérias Consumidas (CMVMC), 18% na JMS, e apenas 14% na ESS.

A partir da informação financeira disponível, elaborámos uma análise comparativa, do ponto de vista operacional e financeiro, entre as entidades referidas. Aos dados da ESS e da JMS juntámos dados do CHUC, da Sanfil e dados internos da Idealmed e do Grupo Idealmed. No Quadro 10 podemos observar um resumo dos dados financeiros da ESS e da JMS, em comparação com os valores encontrados para o CHUC.

Quadro 10: Rendimentos e custos de ESS, JMS e CHUC

Rendimentos e Custos (M€)	ESS 30/06/2014	JMS 30/06/2014	CHUC 31/12/2012
Prestação de Serviços (PS)	200,2	260,5	361,9
Rendimentos Operacionais	201,1	263,4	387,3
Custos Operacionais	-172,8	-231,7	-428,8
EBITDA	28,3	31,6	-28,4
Margem EBITDA (%)	14%	12%	-8%
Resultados Financeiros	-3,8	-4,0	3,0
Resultado Líquido	8,7	14,3	-32,9

Fonte: Construção própria com base nos dados financeiros de ESS, JMS e CHUC (ver referências eletrónicas).

As principais conclusões deste estudo comparativo estão relacionadas com as diferenças existentes em termos da proporção que os custos representam no valor de prestação de serviços, entre a Idealmed e as outras entidades em análise. A situação verificada na ESS e na JMS, em termos de proporção dos custos relativamente ao valor dos serviços prestados, pode ser tomada como exemplo da estruturação a implementar em outras unidades de prestação de cuidados de saúde.

No Quadro 11 podemos observar a proporção dos gastos sobre a faturação de Idealmed, Grupo Idealmed, Sanfil, ESS, JMS e CHUC

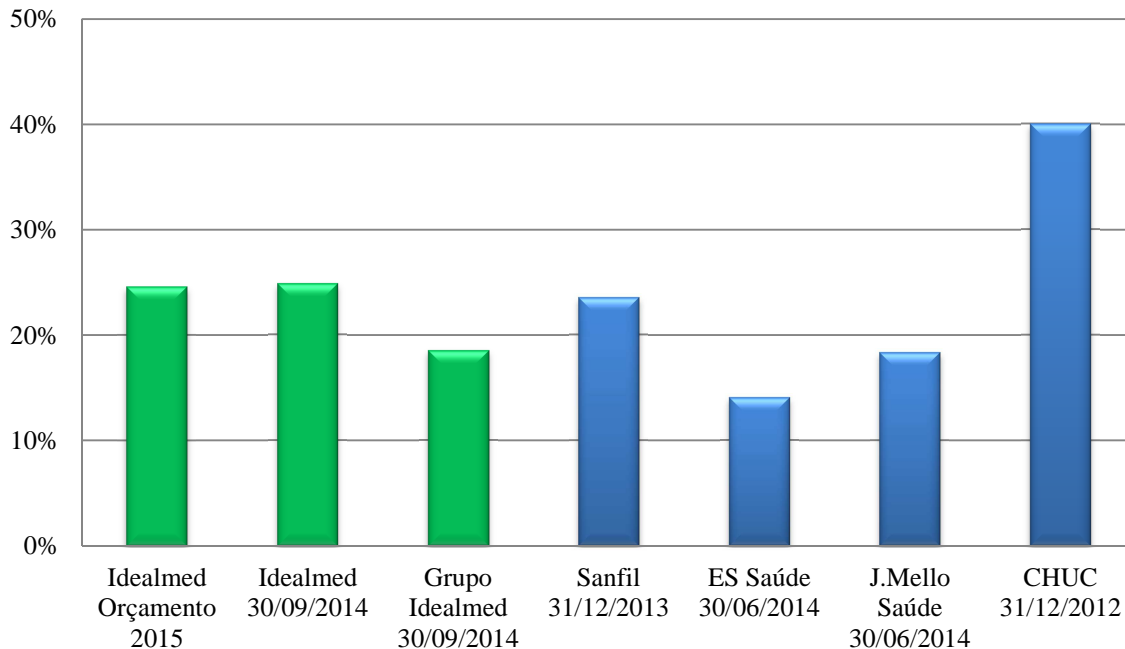
Quadro 11: Peso dos gastos sobre a faturação (Grupos Saúde)

	Idealmed 30/09/2014	Grupo Idealmed 30/09/2014	Sanfil 31/12/2013	ESS 30/06/2014	JMS 30/06/2014	CHUC 31/12/2012
CMVMC	25%	19%	24%	14%	18%	40%
FSE	82%	72%	53%	45%	38%	15 %
Subcontratos+Honorários	49%	43%	9%	35%	26%	4%
Gastos com pessoal	13%	13%	13%	27%	32%	60%

Fonte: Construção própria com base nos dados financeiros de Idealmed, Sanfil, ESS, JMS e CHUC.

As figuras seguintes ilustram bem os valores apresentados no Quadro 11. Em termos de proporção de CMVMC sobre PS, a Idealmed apresenta valores ligeiramente superiores aos das restantes entidades privadas, como é possível perceber pela Figura 25.

Figura 25: CMVMC/PS (Grupos Saúde)

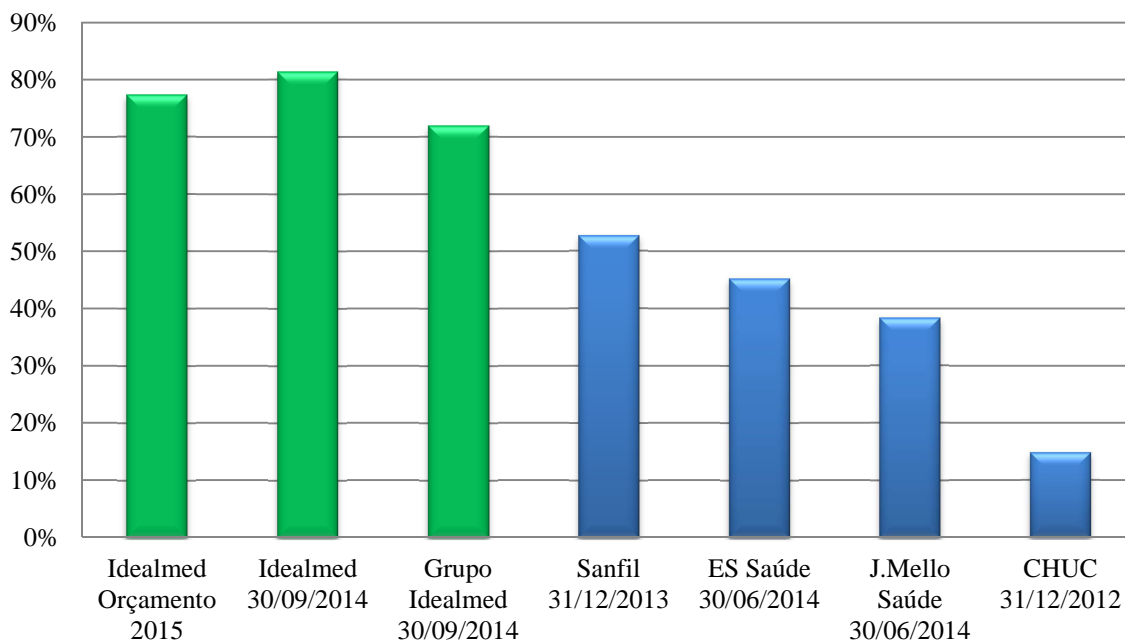


Fonte: Construção própria com base nos dados financeiros de Idealmed, Sanfil, ESS, JMS e CHUC.

Se considerarmos os FSE, a diferença da Idealmed para as restantes entidades em análise é consideravelmente superior. O peso dos serviços externos representava, a 30 de

setembro de 2014, mais de 80% do montante obtido através dos serviços prestados. Para 2015 prevê-se uma ligeira melhoria deste indicador, como nos mostra a Figura 26, permanecendo, contudo, um fosso considerável para os restantes grupos do setor da saúde.

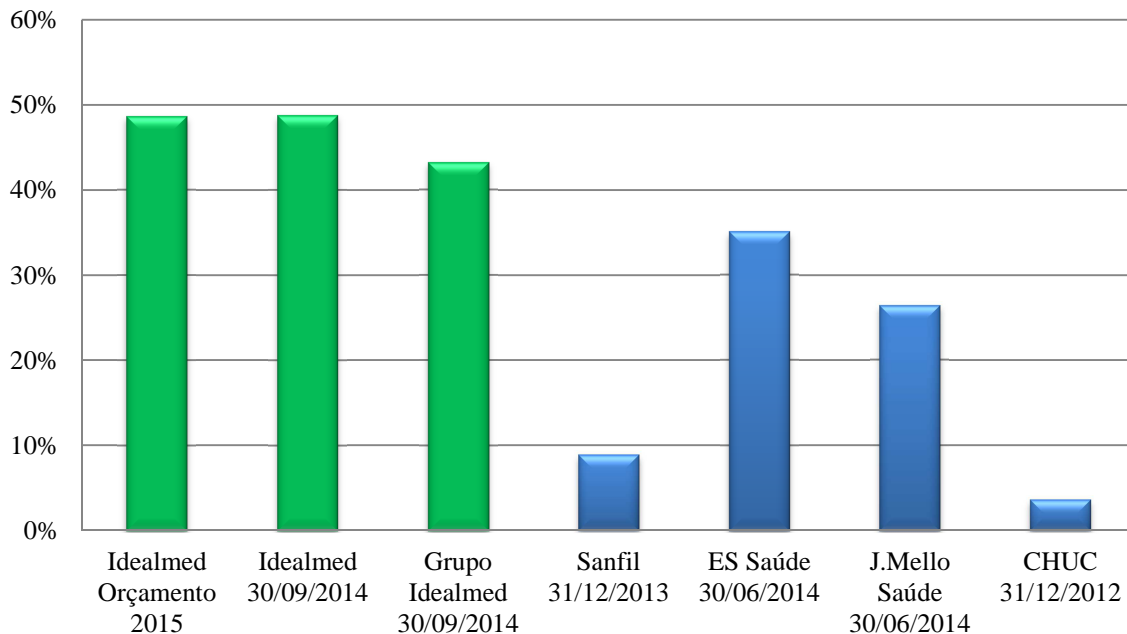
Figura 26: FSE/PS (Grupos Saúde)



Fonte: Dados financeiros Idealmed, Sanfil, ESS, JMS e CHUC.

Para a Idealmed, a principal componente destes FSE é o valor dos subcontratos, sendo a única entidade em análise em que esta rubrica dos FSE representa mais de 50%. Também para a ESS e CHUC, os subcontratos representam uma parcela importante dos custos, enquanto para Sanfil e JMS são os honorários que mais pesam nos serviços procurados por estes prestadores. Na Figura 27 combinamos o valor de subcontratos e honorários, aferindo o peso que representam nos serviços prestados por estes *stakeholders* da saúde. Neste campo em particular, a diferença para a concorrência é vincada, nomeadamente para o CHUC e para a Sanfil, refletindo a dificuldade de controlar custos associados à exploração externa de algumas especialidades.

Figura 27: (Subcontratos+Honorários)/PS (Grupos Saúde)



Fonte: Dados financeiros Idealmed, Sanfil, ESS, JMS e CHUC.

Como referimos anteriormente, uma monitorização mais consistente e eficiente dos custos suportados pode ser fundamental na prossecução constante de melhores desempenhos e resultados. Torna-se fundamental o desenvolvimento de sistemas de gestão e informação devidamente integrados e de técnicas de monitorização e avaliação de gestão eficientes e consistentes. A realização de uma auditoria parcelar às compras de consumíveis clínicos resultaria num passo efetivo nessa direção, atuando diretamente sobre uma área sensível de uma unidade hospitalar, mas com implicações fulcrais em termos de eficiência e do nível global de desempenho da Idealmed.

4. Conclusão

4.1. Conclusão Geral

O setor da saúde apresenta-se, mais do que nunca, perante desafios cruciais à sustentabilidade dos sistemas de saúde e à manutenção dos ganhos em saúde conseguidos nas últimas décadas. O estado da saúde, a nível global, apresenta contínuas melhorias, baseadas na *performance* de países tradicionalmente com maior escassez de recursos de saúde, como é o caso de Portugal, em indicadores basilares como a taxa de mortalidade infantil. Estes países mais fragilizados continuam, contudo, a apresentar graves problemas e valores pouco condizentes com as médias internacionais, em diversos indicadores do estado de saúde. No caso português, a prevalência do VIH-SIDA representa uma área em que é necessária uma evolução significativa de forma a diminuir a diferença abismal que existe para a maioria dos países da OCDE.

Em alguns países, após vários anos de restrições orçamentais, as despesas em saúde começam a diminuir, principalmente as despesas públicas, com uma proporção mais elevada de despesas suportadas pelas populações. Torna-se cada vez mais primordial a busca da eficiência, da inovação e da diferenciação por parte dos diversos intervenientes no setor da saúde, de forma a garantir a sustentabilidade do Sistema Nacional de Saúde e uma prestação de serviços de saúde cada vez mais eficiente e com melhor qualidade.

Coimbra é o “concelho da saúde”. Através de uma análise de concentração regional de atividades económicas, concluímos que o município de Coimbra regista os valores (QL) mais elevados no setor das atividades da saúde em Portugal. Existem vantagens comparativas no setor da saúde conimbricense que poderão ser exploradas por entidades privadas em detrimento de municípios com maior densidade populacional ou crescimento económico. As especificidades deste setor são exponenciadas no contexto particular do concelho, tornando especialmente relevantes as medidas a implementar neste setor e a abordagem aos diversos desafios que, como vimos, existem no panorama atual.

A preocupação com o estado global da saúde e com um conjunto alargado de determinantes da saúde é fundamental para as entidades de saúde se integrarem devidamente nas exigentes sociedades contemporâneas e poderem, em conjunto com as populações, efetivamente criar saúde.

4.2. Conclusão em termos de Estágio Idealmed

O surgimento da Idealmed, no contexto de um setor da saúde da cidade de Coimbra dominado por um importante centro hospitalar público, acontece em linha com o crescimento relativo do setor privado de saúde em Portugal. Esse crescimento está relacionado com diversos fatores, nomeadamente as dificuldades económicas enraizadas no setor público, patentes em fatores como as listas de espera, as taxas moderadoras, o encerramento de serviços, ou o caos nos serviços de urgências. O processo de criação da Idealmed tem também origem nas vantagens comparativas que a cidade de Coimbra oferece para a prossecução de atividades relacionadas com a saúde, assim como no enquadramento económico e institucional benéfico para o crescimento do setor privado de saúde. O investimento realizado tem uma forte importância para a economia da região, e representa uma atividade diferenciadora, a nível institucional, no tecido económico particular do município.

A nível operacional, podemos afirmar que existe um crescimento contínuo e generalizado da produção da Idealmed em todas as especialidades médicas, desde a criação em 2012 e que continuará em 2015, sem qualquer impacto negativo na constante excelência da qualidade clínica, como o explicita a avaliação do SINAS.

A principal sugestão deste Relatório de Estágio consiste na melhoria e integração dos processos de controlo de gestão e monitorização, de modo a obter informação de gestão atempadamente e de forma fidedigna. A obtenção de dados da atividade da Idealmed é ineficiente e morosa, dificultando uma eficiente análise às contas da Empresa, a que acresce o facto de os vários sistemas de gestão da Idealmed não se encontrarem adequadamente integrados. O controlo sobre os custos suportados encontra-se ainda diminuído pelo facto de a Idealmed atribuir a exploração de várias especialidades a entidades externas, o que impede o devido controlo sobre a oferta e a gestão de parte dos recursos hospitalares.

De forma a efetuar um controlo mais rigoroso sobre os custos suportados no processo de prestação de serviços, este relatório propõe a realização de uma auditoria parcelar interna à área de compras de consumíveis clínicos da Idealmed. No final deste Estágio Curricular, foi-nos proposta a continuidade na entidade de acolhimento, através da

realização de um Estágio Profissional, de forma a dar seguimento ao trabalho já desenvolvido e auxiliar nesse possível processo de auditoria.

Para uma unidade hospitalar em processo de crescimento e afirmação, como a Idealmed, existem vários desafios pertinentes, que emergem da atividade desenvolvida e do contexto atual do setor da saúde nacional e internacional. A sustentabilidade, a produtividade, a gestão e diferenciação dos recursos humanos, a inovação tecnológica, a melhoria das infraestruturas, dos sistemas de gestão e informação, da comunicação e da coordenação, o tratamento de doenças crónicas, os cuidados continuados e paliativos, a saúde mental, a segurança do doente, o turismo de saúde e as residências seniores, a expansão internacional, assim como a promoção de processos de articulação com a rede de transportes públicos, com os cuidados de saúde primários, com a Universidade de Coimbra, e com outras instituições, são sem dúvida importantes desafios a ter em conta. É de realçar também a oportunidade colocada pela transposição para a ordem jurídica nacional da diretiva europeia sobre cuidados de saúde transfronteiriços e os ganhos que pode representar a prestação de serviços a cidadãos do espaço europeu.

Com este estudo, foi efetuado um enquadramento geral da Idealmed no setor da saúde nacional e internacional, sendo o principal contributo do trabalho desenvolvido ao longo deste estágio, não só a realização competente das tarefas que nos foram sendo propostas, mas a identificação de áreas de atuação e estratégias de melhoria a serem implementadas pela Idealmed que resultem em efetivas mais valias para o seu processo de crescimento e afirmação.

4.3. Análise das Competências Adquiridas

Ao longo do estágio, e do trabalho nele desenvolvido, foram adquiridas diversas competências, desde logo ao nível das tarefas desempenhadas, que permitiram um contacto próximo com a elaboração de análises de gestão de empresas e, em particular, com o funcionamento de uma unidade económica com forte relevância, como é uma unidade hospitalar como a Idealmed. O leque de capacidades adquiridas estendeu-se ainda a questões técnicas, concetuais, e aos procedimentos necessários para uma devida

organização do trabalho a desempenhar e, no fundo, para realizar análises corretas, coerentes e relevantes.

A necessidade de cumprir prazos apertados e, simultaneamente, elaborar análises corretas e consistentes permitiu claras evoluções, a nível pessoal, na abordagem necessária à realização de tarefas em ambiente de empresa, embora tenham existido dificuldades devido à falta de experiência, tanto a nível técnico como profissional.

4.4.Síntese da Contribuição dos Conhecimentos Adquiridos

Os conhecimentos adquiridos no processo de formação académico foram importantes para a realização do estágio e para a elaboração deste relatório em diversas vertentes.

No que diz respeito às tarefas de análise de gestão realizadas durante o estágio foram fundamentais as aptidões adquiridas em diversas unidades curriculares. A Contabilidade Financeira forneceu os instrumentos de base necessários para compreender a elaboração de balanços e demonstrações de resultados de uma empresa. Em termos menos conceituais e mais técnicos, é de realçar a importância dos Módulos de Informática lecionados durante a Licenciatura em Economia. A unidade curricular de Análise Financeira permitiu-nos aprofundar os conhecimentos básicos nas unidades curriculares já referidas e aplicá-los a tarefas e procedimentos utilizados habitualmente pelas empresas, permitindo deste modo compreender diversos conceitos e realizar cálculos indispensáveis à análise da atividade de entidades empresariais.

Para a realização do relatório de estágio e das análises nele contidas, foram importantes os contributos de mais algumas disciplinas. Primeiramente, a unidade curricular de Economia da Saúde, que permitiu uma compreensão geral da aplicação das ideias económicas ao setor da saúde e sobretudo da interligação de agentes, conceitos, particularidades e motivações, que existe nesta área de estudo. Além de explicitar conceitos e pressupostos basilares para esta área de estudo, esta disciplina forneceu ainda uma perspetiva geral do Sistema Nacional de Saúde e do mercado da saúde.

Também a unidade curricular de Desenvolvimento Regional foi fundamental para a realização deste trabalho, fornecendo não só ferramentas técnicas (como as análises de

QL), mas também ideias e conceitos gerais sobre a concentração regional de atividades económicas, sobre a definição daquilo que pode ser considerado a base económica de uma região, ou seja, o setor económico em que ela possui vantagens e que pode servir de alavanca para a concentração empresarial e para o crescimento económico. O âmbito desta área de estudo representou uma enorme motivação para este relatório, pela importância que o desenvolvimento da atividade da saúde representa para as entidades que se estabelecem em zonas com especificidades regionais e económicas, mas também para as próprias regiões, que podem alavancar o processo de desenvolvimento económico nas mais valias existentes nos seus domínios.

Bibliografia

- ADSE: https://www.adse.pt/document/Relatorio_de_atividades_de_2012.pdf
- APHP: <http://www.aphp-pt.org/>
- Arrow, K., 1963. Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care. *The American Economic Review*.
- Barros, P. P., 2009. Economia da Saúde, Conceitos e Comportamentos.
- Campos, C. d., 2014. 40 Anos de Abril na Saúde.
- Campos, C. d., 2014. Tatear a Europa Manobras de Aproximação. Coimbra: Duotone Artes Gráficas Lda.
- CHUC: <http://www.chuc.min-saude.pt/> (Relatório e Contas 2012: <http://www.chuc.min-saude.pt/paginas/informacoes-uteis/relatorios-contas.php>; Processo de fusão do CHUC: Decreto-Lei n.º 30/2011. DR n.º 43, Série I de 2011-03-02: <http://www.min-saude.pt/NR/rdonlyres/4C47465E-C2F2-46F3-98FB-CD3F726C53B0/0/0127401277.pdf>)
- Commission, P., 2009. *Public and Private Hospitals*, Productivity Commission, Government of Australia. <http://ideas.repec.org/b/ris/prodcs/37.html>
- Escola Nacional de Saúde Pública (2012), Avaliação do Desempenho dos Hospitais Públicos (internamento) em Portugal Continental, Lisboa: ENSP
- ESS: <http://www.luzsaude.pt/pt/> (Informação Financeira Intercalar Consolidada a 30 de Junho de 2014: <http://www.luzsaude.pt/pt/investidores/informacao-financeira/relatorio-e-contas/>)
- Fundação Para a Saúde, SNS (2014) Para uma Conversação Construtiva. Lisboa: Diário de Bordo, Lda.
- Idealmed: <http://www.idealmed.pt/>
- Idealtower: <http://www.idealtower.pt/>
- INE <http://www.ine.pt/> (Anuários Estatísticos 2012 Portugal, Norte, Centro, Lisboa, Alentejo, Madeira)
- JMS: <http://www.josedemellosaude.pt/> (Relatório e Contas 2013 e 1º semestre 2014: <http://www.josedemellosaude.pt/Section/Investidores/Informa%C3%A7%C3%A3o+Financeira/2791>)
- Kernick, D.P., 2003. Introduction to health economics for the medical practitioner. *Postgraduate medical journal*, 79(929), pp.147–150.

- Lee, H. et al., 2008. Comparing Efficiency between Public and Private Hospitals in South Korea. *International Journal of Public Policy*, 3 5-6, pp.430–42 ST – Comparing Efficiency between Public a. Available at: <http://www.inderscience.com/ijpp/>
- Lei de Bases da Saúde: <https://dre.pt/application/dir/pdf1s/1990/08/19500/34523459.pdf>
(Lei nº 47/90, de 24 de Agosto, decretada pela Assembleia da República, nos termos dos artigos 164º, alínea d), 168º, nº 1, alínea f), e 169º, nº 3, da Constituição da República)
- OCDE: <http://www.oecd.org/> (OECD Health Statistics 2014:
<http://www.oecd.org/els/health-systems/health-data.htm>)
- OCDE, 2013. Health at a Glance 2013: OECD Indicators. OECD Publishing, Issue
http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2013-en.
- OMS: <http://www.who.int/en/> (World Health Report 2010 e 2014:
<http://www.who.int/whr/en/>)
- Sanfil: <http://www.sanfil.pt/> (Informação financeira de 2013 da EINFORMA Portugal:
<http://www.einforma.pt/>)
- The Economist: <http://www.economistinsights.com/healthcare/analysis/future-healthcare-europe/tab/0>

Anexos

Quadro A.1: Áreas clínicas da Idealmed com avaliação positiva do SINAS

Áreas de avaliação de excelência clínica	Procedimentos
Cirurgia Cardíaca	Cirurgia de Revascularização do Miocárdio
	Cirurgia Valvular e Outra Cirurgia Cardíaca Não Coronária
Cirurgia de Ambulatório	Cirurgia de Ambulatório
Cirurgia Geral	Cirurgia do Cólon
Cirurgia Vascular	Cirurgia de Revascularização Arterial
Cuidados Intensivos	Unidades de Cuidados Intensivos
Ginecologia	Histerectomias
Neurologia	Acidente Vascular Cerebral
Obstetrícia	Partos e Cuidados Pré-Natais
Ortopedia	Artroplastias Totais da Anca e do Joelho
	Tratamento Cirúrgico da Fratura Proximal do Fémur
Pediatria	Cuidados Neonatais

Fonte: SINAS, <https://www.ers.pt/pages/198>, consultado em 9-1-2015.

Quadro A.2: Unidades constituintes da ESS

Hospitais	Clínicas Privadas	Outras unidades
Hospital da Arrábida	Clipóvoa – Clínica de Amarante	Casas da Cidade – Residências Sénior
Hospital da Luz	Clipóvoa – Clínica de Cerveira	Casa dos Leões – Clube de Repouso
Hospital da Misericórdia de Évora	Clipóvoa – Clínica do Porto	IRIO – Instituto de Radioterapia
Hospital do Mar	Cliria – Centro Médico de Águeda	
Hospital de Santiago	Cliria – Clínica de Oiã	
Clipóvoa – Hospital Privado	Hospital da Luz – Clínica de Oeiras	
Cliria – Hospital Privado	Hospital da Luz – Centro Clínico da Amadora	
Hospital Beatriz Ângelo (PPP)		

Fonte: <http://www.luzsaude.pt/pt/>, consultado em 9-1-2015.

Quadro A.3: Unidades constituintes da JMS

Hospitais	Clínicas Privadas	Outras unidades
CUF Infante Santo Hospital	CUF Belém Clínica	CUF Porto Instituto
CUF Descobertas Hospital	CUF Alvalade Clínica	DomusCare – Cuidados Domiciliários
CUF Porto Hospital	CUF Mafra Clínica	DomusVida Junqueira – Residência Assistida
CUF Torres Vedras Hospital	CUF Sintra Clínica	DomusVida Parede – Residência Assistida
CUF Cascais Hospital	CUF S. Domingos de Rana Clínica	Sagies
Hospital de Braga (PPP)		Dr. Campos Costa – Imagiologia
Hospital de Vila Franca de Xira (PPP)		

Fonte: <http://www.josedemellosaude.pt/>, consultado em 9-1-2015.