



UNIVERSIDADE D
COIMBRA

Sílvia Daniela Agostinho Bacalhau

**A CRIAÇÃO DO SNS E O RELACIONAMENTO DO
ESTADO COM OS PRIVADOS
O PROGRAMA CIRÚRGICO SIGIC NA REGIÃO CENTRO**

**Relatório de Estágio no âmbito do Mestrado em Economia, na
especialização de Economia do Crescimento e das Políticas Estruturais,
orientado pelo Professor Doutor António Portugal Duarte e apresentado à
Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra**

Fevereiro de 2021



FACULDADE DE ECONOMIA
UNIVERSIDADE DE
COIMBRA

Sílvia Daniela Agostinho Bacalhau

A criação do SNS e o relacionamento do Estado com os privados
O programa cirúrgico SIGIC na região Centro

Relatório de Estágio no âmbito do Mestrado em Economia, na especialização de Economia
do Crescimento e das Políticas Estruturais, apresentado à Faculdade de Economia da
Universidade de Coimbra para a obtenção do grau Mestre

Orientador Académico: Professor Doutor António Portugal Duarte
Supervisor da Entidade de Acolhimento: Dr. Maurício Alexandre

Fevereiro de 2021

Agradecimentos

Não sendo possível efetuar nenhum percurso de forma isolada ou sozinha, agradeço a todos os que direta ou indiretamente, contribuíram para a concretização desta etapa, nomeadamente:

Ao Professor Doutor António Portugal Duarte, meu orientador, pelos contributos metodológicos, pela disponibilidade, pelo rigor e pela compreensão.

A todos os profissionais e colegas da ARSC, em particular aos da URGA, à Doutora Patrícia, ao Herlander, à Dra. Conceição, ao Ricardo, ao Gonçalo, ao Vítor e à Célia, pela forma afetuosa com que me receberam e acolheram, por todos os ensinamentos transmitidos e pelo exemplo de integridade e profissionalismo. Ao Sr. Pascoal, pelos seus cafés, pelo seu espírito brincalhão e pela constante preocupação. Ao Engenheiro Jorge e à Vera, pelos momentos tranquilizantes. Guardarei um eterno carinho por cada um.

Aos meus pais, pela educação e pelos princípios que me passaram, por me terem concedido o privilégio de poder estudar e por todo o apoio dado ao longo deste e de outros percursos.

Aos meus avós, pelo valor que representam na minha vida.

Aos meus amigos, da licenciatura e do mestrado, pela constante motivação, preocupação, pela incrível lealdade e pelo companheirismo. À Francisca, ao Gabriel e ao Nuno por partilharem comigo esta experiência, por vezes, dolorosa e pelo ombro amigo. À Raquel pela paciência, por estar presente nos momentos críticos e pelo enorme carinho.

A todos os meus professores, tanto da Faculdade de Letras como da Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra, por todos os conhecimentos e valores humanísticos e académicos que me transmitiram durante todo este percurso.

Resumo

O presente Relatório é o resultado do estágio realizado na Unidade Regional de Gestão do Acesso (URGA) da Administração Regional de Saúde do Centro (ARSC). Esta unidade de saúde é responsável pela gestão do acesso do utente aos cuidados de saúde, lidando diariamente com utentes, mas também com diversas instituições hospitalares, públicas, privadas e do setor social. Os objetivos deste Relatório de Estágio consistiram, numa primeira fase, numa apresentação da entidade de acolhimento, bem como na descrição detalhada das atividades desenvolvidas durante o período de estágio. Procurou-se, em seguida, analisar o processo de faturação em termos de atividade cirúrgica, as desconformidades geradas pelo não cumprimento das normas estabelecidas nos contratos de convenção entre o Serviço Nacional de Saúde (SNS) e as instituições do setor privado e social e em perceber os motivos mais comuns que levam a URGA, numa primeira instância, a não validar os episódios cirúrgicos realizados. Finalmente, foi também nosso propósito perceber a razão pela qual certos hospitais têm capacidade em intervencionar utentes ao abrigo do Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia (SIGIC), enquanto outros tendem a transferi-los para outras instituições hospitalares, por não conseguirem realizar em tempo útil certas cirurgias. Concluiu-se, neste Relatório de Estágio, que o programa SIGIC tem impactado, de forma positiva, a acessibilidade dos utentes aos cuidados de saúde cirúrgicos, permitindo a diminuição das listas de espera com a realização de contratos de convenção entre o SNS e as entidades convencionadas, privadas e do setor social. A adoção de medidas de controlo ao nível do cumprimento das regras contratuais e das cirurgias faturadas por entidades em contrato de convenção com o SNS aumentou a eficácia no que concerne à gestão dos recursos e ao alcance de serviços de saúde de qualidade.

Palavras-chave: Cuidados de Saúde; Acesso; Controlo; URGA; SIGIC

Classificação JEL: I10, I11, I12, I18

Abstract

This report is the result of the internship held at the Unidade Regional de Gestão do Acesso (URGA), in the Administração Regional de Saúde do Centro (ARSC). This health unit is responsible for managing the access of patients to health care, dealing daily with users but also with various hospitals, public, private and social sectors. The objectives of this internship report were, in a first stage, a presentation of the host organisation, as well as a detailed description of the activities carried out during the internship period. It was then attempted to analyse the invoicing process in terms of surgical activity, the non-conformities generated by the non-compliance with the norms established in the convention contracts between the Serviço Nacional de Saúde (SNS) and private and social sector institutions and to understand the most common reasons that lead URGA, in the first instance, not to validate the surgical episodes performed. Finally, it was also our purpose to understand why some hospitals have the capacity to intervene under the Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia (SIGIC), while others tend to transfer them to other hospital institutions, because they cannot perform certain surgeries in time. It was concluded in this internship report that the SIGIC programme has had a positive impact on the accessibility of users to surgical health care, allowing for the reduction of waiting lists with the implementation of convention contracts between the SNS and private and social sector entities. The adoption of control measures in terms of compliance with the contractual rules and the surgeries invoiced by entities under contract with the SNS has increased efficiency in terms of the management of resources and the reach of quality health services.

Keywords: Health Care; Access; Control; URGA; SIGIC

JEL Classification: I10, I11, I12, I18

Lista de abreviaturas

ARS - Administração Regional de Saúde

ARSC - Administração Regional de Saúde do Centro

EPE - Entidades Públicas Empresariais

GDH - Grupo de Diagnóstico Homogéneo

HD - Hospitais de Destino

HO - Hospitais de Origem

IP - Instituto Público

LIC - Lista de Inscritos para Cirurgia

MCDT - Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica

MGIC - Manual de Gestão de Inscritos para Cirurgia

NT - Nota de Transferência

OE - Orçamento do Estado

PIB - Produto Interno Bruto

SIGIC - Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia

SIGLIC - Sistema Informático de Gestão da Lista de Inscritos para Cirurgia

SNS - Serviço Nacional de Saúde

SSP – Sistema de Saúde Português

UE - União Europeia

URGA - Unidade Regional de Gestão do Acesso

VC - Vale Cirurgia

TMRG - Tempos Máximos de Resposta Garantidos

Lista de Figuras

Figura 1: Relações de financiamento no Sistema de Saúde Português	3
Figura 2: A despesa em saúde em % do PIB, 2019.....	11
Figura 3: Despesa em saúde per capita, 2019	12
Figura 4: As transferências do OE, a receita e a despesa total, entre 2014 e 2021(M€) ...	15
Figura 5: A hierarquização do Ministério da Saúde	18
Figura 6: N° de episódios que entraram na URGA em 2020	26
Figura 7: % de episódios analisados pela URGA até out/2020.....	27
Figura 8: % de episódios analisados por data de cirurgia.....	29
Figura 9: N° de episódios cirúrgicos analisados por Hospital de Destino	30
Figura 10: Valor a receber por HD por cirurgias realizadas pelo SIGIC	31
Figura 11: N° de utentes transferidos por Hospital de Origem	32

Lista de Tabelas

Tabela 1: Principais medidas e reformas implementadas na saúde no século XXI	9
Tabela 2: Variação % do PIB em comparação com o mesmo trimestre de 2019	14
Tabela 3: Dados relativos à faturação de episódios cirúrgicos.....	28
Tabela 4: Episódios examinados por data de cirurgia	29

Sumário

1. INTRODUÇÃO	1
2. O SISTEMA DE SAÚDE PORTUGUÊS	2
2.1. COMPOSIÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE PORTUGUÊS	2
2.2. ANTES DOS ANOS 70	4
2.3. DO PÓS 25 DE ABRIL À DÉCADA DE 90	5
2.4. DOS ANOS 2000 ATÉ À ATUALIDADE	8
2.5. A COVID-19: IMPACTOS E OPORTUNIDADES.....	13
3. A ORGANIZAÇÃO DO SNS E O PROGRAMA DE COMBATE ÀS LISTAS DE ESPERA CIRÚRGICA	17
3.1. AS ENTIDADES DE SAÚDE E A SUA HIERARQUIZAÇÃO	17
3.2. O PROGRAMA SIGIC: OBJETIVOS E FUNCIONAMENTO.....	19
4. DESCRIÇÃO DO ESTÁGIO	22
4.1. ENTIDADE DE ACOLHIMENTO	22
4.2. SISTEMATIZAÇÃO DAS TAREFAS REALIZADAS.....	23
4.3. ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DE RESULTADOS	25
5. CONCLUSÃO	34
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	36

1. INTRODUÇÃO

O presente Relatório de Estágio foi elaborado no âmbito da frequência do Estágio Curricular, inserido no plano de estudos do Mestrado em Economia, e realizado na Unidade Regional de Gestão do Acesso (URGA) da Administração Regional de Saúde do Centro (ARSC), com a duração de 560 horas.

A URGA é, dentro da ARSC, a unidade responsável pela gestão do acesso do utente aos cuidados de saúde, contactando permanentemente com os utentes e com as diversas instituições hospitalares, públicas, privadas e do setor social. Dado que uma parte significativa das atividades produzidas pela URGA está direcionada à gestão do acesso do utente aos cuidados de saúde cirúrgicos, surgiu o interesse em desenvolver o Relatório de Estágio em torno deste tema, mais concretamente, na relação que o Serviço Nacional de Saúde (SNS) tem com as entidades privadas e sobre as parcerias feitas entre ambos.

Deste modo, os objetivos deste relatório centram-se numa análise à evolução do Sistema de Saúde Português, compreendendo a criação do Serviço Nacional de Saúde e algumas das suas reformas e programas mais importantes, abordando ainda o tema da atualidade, a pandemia de COVID-19. Além disso, é nosso propósito apresentar e caracterizar a entidade de acolhimento, bem como descrever de forma detalhada as tarefas desenvolvidas durante o período de estágio.

O Relatório de Estágio encontra-se estruturado em cinco seções, incluindo a introdução. Na seção 2 é feita uma revisão da literatura, nomeadamente, sobre a evolução histórica que o setor da saúde teve em Portugal ao longo das últimas décadas, como a criação do SNS, a Lei de Bases da Saúde, em 1990 e a nova Lei de Bases da Saúde de 2019, entre outros desenvolvimentos importantes. Na seção 3 são apresentadas, sucintamente, as entidades que compõem o Ministério da Saúde e em segundo, o programa SIGIC, que ajuda a introduzir e a melhor compreender as tarefas desempenhadas durante o período de estágio. Na seção 4 é apresentada e caracterizada a entidade de acolhimento, a Administração Regional de Saúde do Centro. São ainda descritas as atividades realizadas no estágio, que consistiram no cumprimento de tarefas relacionadas com a faturação de intervenções cirúrgicas levadas a cabo no âmbito do SIGIC. Esta secção conta ainda com uma análise de alguns dados referentes às tarefas executadas, permitindo retirar algumas conclusões relativamente ao papel que as diversas entidades de saúde desempenham num setor cada vez mais desafiante. Finalmente, a seção 5, apresenta as conclusões do Relatório de Estágio.

2. O SISTEMA DE SAÚDE PORTUGUÊS

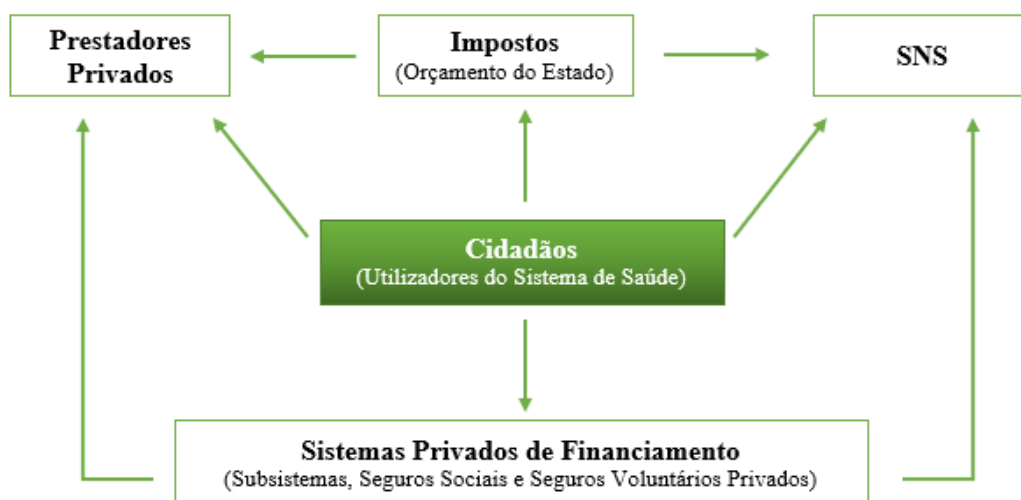
2.1. COMPOSIÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE PORTUGUÊS

O Sistema de Saúde Português (SSP) engloba um sistema misto de prestadores de cuidados de saúde, garantidos pelo Serviço Nacional de Saúde (SNS), financiado através de impostos pagos pelos contribuintes, mas também pelo setor privado, com ou sem fins lucrativos e financiado pela iniciativa privada. O setor público garante a toda a população, através do SNS, o direito e o acesso a cuidados de saúde, independentemente da sua condição económica e da sua localização geográfica. Assim, a prestação dos cuidados de saúde é assegurada pelos hospitais (que proporcionam aos utentes o diagnóstico e o tratamento necessários) e pelos centros de saúde (que prestam cuidados de saúde preventivos e curativos), complementando-se em certas especialidades no setor privado e social.

A prestação de cuidados de saúde privados é realizada através de prestadores existentes em todo o país, quer por intermédio de grandes grupos económicos, quer a nível individual. Devido às suas particularidades, que se diferenciam do SNS e dos seguros de saúde, existem os chamados subsistemas, públicos ou privados de saúde, como a Assistência na Doença aos Servidores do Estado (ADSE), o das Forças Armadas, o da Polícia de Segurança Pública ou da Guarda Nacional Republicana, entre outros, que têm redes próprias de prestadores, garantindo aos seus funcionários cuidados de saúde. O setor privado presta, maioritariamente, cuidados de saúde a quem tem condições de usufruir de um seguro de saúde privado voluntário (através das companhias seguradoras), a subsistemas de saúde e mesmo aos utentes do SNS através da sua rede convencionada. Torna-se complementar ao SNS, garantindo a prestação em especialidades em que este não consegue dar respostas satisfatórias e breves, por exemplo, na medicina dentária, entre outros.

A Figura 1, ilustra o tipo de financiamento dos cuidados de saúde em Portugal, realizado predominantemente através do Orçamento do Estado, mas também através de seguros de saúde voluntários e dos subsistemas.

Figura 1: Relações de financiamento no Sistema de Saúde Português



Fonte: Elaboração própria

Durante várias décadas, foi o Estado quem garantiu, quase exclusivamente, o acesso das populações aos cuidados de saúde (prestador), quem regulou o mercado (regulador) e quem o financiou (financiador). A partir dos anos 90, alguns dos maiores grupos económicos como o Grupo Espírito Santo (atual Grupo Luz Saúde), o Grupo Mello ou o Grupo Caixa Geral de Depósitos, começaram a orientar as suas áreas de negócio para o setor da saúde, por este ser um mercado com bastante lucratividade.

Através da adoção de novos modelos de gestão e de regulação, foi possível reconhecer a concorrência e a complementaridade existente entre o setor privado e o público. A necessidade de regular a saúde, surge com a aproximação do investimento privado ao serviço público, sobretudo, em três momentos: com a institucionalização das Parcerias Público-Privadas na saúde; com a empresarialização dos estabelecimentos públicos prestadores de cuidados de saúde; e com o reconhecimento da existência de um mercado privado no setor da saúde (Andrade, 2016).

De modo a compreender melhor a evolução do sistema de saúde português, é necessário interpretar os diversos períodos temporais que influenciaram e transformaram o país, salientando as maiores conquistas e reformas no setor. Assim, a divisão temporal far-se-á em 3 períodos: antes dos anos 70, do pós-25 de abril à década de 90 e dos anos 2000 até à atualidade. Por último, será abordada a situação pandémica que assola o país, o mundo e a humanidade.

2.2. ANTES DOS ANOS 70

O sistema de saúde português até aos anos 70, caracterizava-se pela escassez de recursos e de oferta de cuidados de saúde, sendo que ao Estado competia a assistência à parcela da população comprovadamente pobre. Para Barros (2002) e Baganha et al. (2002), antes do 25 Abril de 1974, coexistiam várias instituições hospitalares com raízes diferentes, resumidas da seguinte forma:

- as Misericórdias, geriam grande parte das instituições hospitalares e outros serviços por todo o país;
- os Serviços Médico-Sociais, prestavam cuidados médicos aos beneficiários da Federação de Caixa de Previdência;
- os Serviços de Saúde Pública, vocacionados fundamentalmente para a proteção da saúde (vacinações, proteção materno-infantil, etc);
- os Hospitais Estatais (Gerais e Especializados), localizados nos grandes centros urbanos da época;
- os Serviços Privados, dirigidos aos mais abastados.

Segundo Baganha (2002), durante a década de 60, Portugal era o país com pior desempenho a nível europeu, quanto à cobertura da população (apenas 18% da população estava coberta em 1960 para uma média europeia de 70,9%), e ao nível da taxa de mortalidade infantil (55 óbitos por cada 1000 nascimentos em 1969, para uma média europeia de 23,5 óbitos por cada 1000 nascimentos). Relativamente aos gastos públicos, em 1969, Portugal gastava 1,7% do PIB com a saúde em comparação com os 3,8% da média europeia para o mesmo ano.

O primeiro protótipo de SNS, que viria a marcar as opções doutrinárias para as décadas seguintes, foi gerado com a Reforma de Gonçalves Ferreira, em 1971. Os aspetos mais inovadores desta reforma, conferiam ao Estado a promoção do direito à saúde e a prevenção da doença, além da reestruturação dos serviços centrais, regionais, distritais e locais. Todavia, segundo Barros (2002), esta reforma nunca conseguiu ser totalmente implementada nos 8 anos que distaram 1971 de 1979.

2.3. DO PÓS 25 DE ABRIL À DÉCADA DE 90

A década de 70 portuguesa, na sua generalidade, ficou marcada por profundas reestruturações e reformas que afetaram de forma transversal todos os setores e estratos sociais, muito na sequência da transição para um regime democrático.

O desenho fundamental do SNS levou, cerca de dez anos a ser implementado, refletindo as lutas internas, entre o Estado e parte do associativismo médico que detinha poder de influência. Estes últimos, propuseram como alternativa um sistema de saúde baseado na “medicina convencionada”, isto é, seria o financiamento público a assegurar a medicina privada, garantindo um melhor acesso da população aos cuidados de saúde e melhores condições de trabalho e remuneração aos médicos. Este e outros momentos fraturantes, entre ambos os intervenientes, tiveram e continuam a ter, implicações para o sistema de saúde português (Barros, 2002).

Neste período, Portugal apresentou melhorias substanciais em alguns indicadores como: a taxa de mortalidade infantil, que representava valores de 37,9 mortes por 1000 nados vivos em 1974, para 24,3 em 1980; na esperança de vida, com o aumento de 68,7 para 71,5 anos (atualmente supera os 80 anos). No entanto, a progressiva melhoria destes indicadores, não apagava nem fazia esquecer, o atraso do país comparativamente a outros da atual União Europeia (Ferrinho et al., 2013).

A Constituição da República de 1976 estabelece, segundo o artigo 64º (acolhido posteriormente na Lei de Bases da Saúde), “que todos os cidadãos têm direito à proteção da saúde e o dever de a defender e promover”, que se efetiva através da criação de um serviço nacional de saúde universal, geral e gratuito¹, estando o Estado incumbido de garantir, com total responsabilidade e prioridade, a concretização deste direito.

A criação do Serviço Nacional de Saúde resulta da publicação da Lei nº 56/79, em 1979, que veio concretizar o que a Constituição da República de 1976 definiu. O SNS garante o acesso a todos os cidadãos, seja qual for a sua condição económica e social, aos cuidados da medicina preventiva, curativa e de reabilitação, tendo igual acesso os estrangeiros, os apátridas e os refugiados políticos que residam ou se encontrem em Portugal. Dos princípios defendidos neste modelo político², destacam-se a “direção unificada do SNS,

¹A revisão constitucional de 1989, alterou o princípio da gratuitidade através da introdução de uma nova redação legal para o artigo 64º, substituindo o termo gratuito por "tendencialmente gratuito".

²O SNS foi criado constitucionalmente nos moldes do modelo Beveridge. Este modelo surgiu em 1948 no Reino Unido, estando o financiamento dos serviços de saúde assegurado pelas receitas obtidas pelos impostos sobre o rendimento dos contribuintes. O modelo Bismark, também ele tradicional, surgiu na Alemanha em 1883, e é baseado no financiamento por quotizações de trabalhadores e empregadores.

a gestão descentralizada e participada e ainda a gratuitidade” (Ferrinho et al., 2013: 77), tal como a complementaridade do setor privado, pré-estabelecendo o que viria a ser a sua gestão estratégica.

Após a adesão de Portugal à então Comunidade Económica Europeia (atual União Europeia) em 1986 e, depois de períodos turbulentos no início da década a nível económico, foi mais fácil aceder aos fundos europeus, que ajudaram a desenvolver infraestruturas sociais e económicas, expandindo as instalações e equipamentos do SNS.

Se a legislação de 1979 ignorou a existência de um setor social e privado importante na saúde, a Lei de Bases da Saúde, em 1990 (Lei nº 48/90 de 24 de Agosto), definiu o papel do SNS no contexto mais alargado de sistema de saúde. Alguns dos pontos centrais desta publicação referem-se:

- à articulação entre o setor público e o privado, com a realização de acordos e de convenções quer com as entidades privadas e sociais quer com os profissionais liberais, reconhecendo ainda o papel dos subsistemas no financiamento dos cuidados de saúde;
- ao papel do Estado enquanto promotor, defensor e protetor do direito à saúde, admitindo o recurso tanto aos seus próprios meios como aos meios disponíveis nas entidades privadas, com ou sem fins lucrativos, sempre que estas se disponham a executar a estratégia delineada e a política nacional de saúde.
- à possibilidade da cobrança de taxas de moderadoras, isentando-se os grupos populacionais financeiramente mais desfavorecidos.

A regulamentação da Lei de Bases, tornou imperativa a aprovação do Estatuto do Serviço Nacional de Saúde, através do Decreto-Lei nº 11/93 de 15 de janeiro³. O Estatuto, atribuiu às Administrações Regionais de Saúde (ARS), o papel de coordenação entre os cuidados primários e os cuidados de saúde diferenciados. Com o aumento das expectativas das populações, baseadas sobretudo em termos de qualidade e de prontidão de resposta, a pressão para com as demais instituições também aumentou, exigindo uma maior proximidade entre estas e os seus destinatários. Daqui resultou a criação das Administrações

3 Com alterações introduzidas pelos DL n.º 177/2009, de 4 de agosto; 28/2008, de 22 de fevereiro; 276-A/2007, de 31 de julho; 222/2007, de 29 de maio; 223/2004, de 3 de dezembro; 185/2002, de 20 de agosto; 68/2000, de 26 de abril; 157/99, de 10 de maio; 156/99, de 10 de maio; 401/98, de 17 de dezembro; 97/98, de 18 de abril; 53/98, de 11 de março; e 77/96, de 18 de junho.

Regionais de Saúde (ARS - Norte, Centro, Lisboa e Vale do Tejo, Alentejo e Algarve), que implicou uma flexibilização dos recursos e consequente, contratação de pessoal.

De um modo geral, a Lei de Bases da Saúde e o Estatuto do SNS, permitiram:

- a regionalização da administração dos serviços de saúde com a criação das ARS (organização descentralizada);
- a empresarialização do setor da saúde;
- o desenvolvimento do setor privado independente e articulado com o SNS;
- a possibilidade de entidades privadas gerirem unidades públicas;
- a privatização do financiamento dos serviços de saúde (seguros voluntário de saúde e subsistemas).

A década de 90 ficou marcada sobretudo, pelos significativos aumentos da despesa total em saúde. Se por um lado, se registavam ritmos de crescimento da despesa superiores aos da economia, por outro, exercia-se pressão política sobre os modelos de gestão dos recursos e, para a necessidade de adotar medidas que pudessem inverter este ciclo. Na primeira metade dos anos 90, como já referido anteriormente, foram introduzidas importantes alterações no enquadramento global do sistema de saúde português. Na segunda metade, procurou-se corrigir determinados problemas estruturais relacionados com o desperdício e o subfinanciamento, manter a aposta de descentralização dos serviços, diminuindo a intervenção da administração central, entre outras.

Por último, foi adotado um processo de reforma do setor público, centrado em princípios da “Nova Gestão Pública - *New Public Management*”. Uma das principais ideias da Nova Gestão Pública, que se disseminou nos países desenvolvidos, consistiu em dotar o setor público de uma gestão mais empresarial e produtiva, menos burocrática e mais liberal, que proporcionasse maior eficiência dos custos para os governos e que tanto flexibilizasse como autonomizasse os hospitais e centros de saúde. Foram também implementados programas para reduzir as listas de espera cirúrgicas e tomadas algumas iniciativas para regular o mercado farmacêutico. Posteriormente, foram anunciados planos para estabelecer Parcerias Público-Privadas (PPP) para a construção de novos hospitais.

2.4. DOS ANOS 2000 ATÉ À ATUALIDADE

A adesão ao euro representou uma mudança de regime económico, coincidindo estes resultados com o início de uma década de fraco crescimento económico. Os resultados do setor da saúde, no início dos anos 2000, em termos produtivos e financeiros, estavam igualmente abaixo do expectável, persistindo os elevados custos operacionais e os baixos níveis de eficiência. Nesta fase, os governos viabilizaram a possibilidade de recorrer a parcerias público-privadas no setor da saúde de forma a: poupar recursos; partilhar responsabilidades; otimizar os recursos técnicos e humanos, garantindo a construção e a manutenção de infraestruturas; proceder ao pagamento faseado ao setor privado ao longo do projeto; obter uma maior eficiência, inovação e modelos de gestão, através dos procedimentos e das técnicas adotadas no setor privado. Às instituições privadas, permitiu-lhe ganhar experiência em setores de atividade tradicionalmente públicos e retirar proveitos económicos dos acordos realizados. Depois da entrada em funcionamento de algumas parcerias público-privadas, foram referenciadas outras unidades para uma segunda vaga, porém, não se vieram a concretizar fruto da imposição do Programa de Ajustamento Económico e Financeiro, aplicado a Portugal em 2011.

O setor público, através da portaria nº27/2002, de 8 de novembro⁴, aprovou o novo regime jurídico da gestão hospitalar, incorporando práticas de gestão privada através de um processo de empresarialização, que se acentuou a partir do ano de 2002. Assim, os hospitais públicos transformar-se-iam em sociedades anónimas (S.A.) de capitais exclusivamente público. Posteriormente, no XVII programa do Governo Constitucional, iniciou-se o processo de agrupamento de Hospitais em Centros Hospitalares e a transformação dos Hospitais públicos em entidades públicas empresariais (EPE), considerando-se este processo uma continuação do anterior. Quanto ao setor privado, durante este período, procurou criar oportunidades estratégicas de crescimento nas falhas e carências do setor público.

A Entidade Reguladora da Saúde foi criada em 2003, com o Decreto-Lei nº 309/2003 de 10 de dezembro, à qual foram conferidas diversas competências como: regular e supervisionar a atividade e o funcionamento das entidades prestadoras de cuidados de saúde, principalmente, no cumprimento das suas obrigações legais e contratuais, referentes ao acesso dos utentes aos cuidados de saúde; fiscalizar os níveis de qualidade e segurança e os direitos dos utentes, entre outras.

⁴ Procede à primeira alteração à Lei n.º 48/90, de 24 de Agosto.

Os pontos assinaláveis nas medidas políticas e reformas implementadas nas últimas duas décadas, são enumerados sumariamente na Tabela 1, mas caracterizados num conjunto de 5 pontos centrais: a reforma dos Cuidados de Saúde Primários; a criação do Sistema Integrado de Gestão de Inscritos em Cirurgia (SIGIC); a empresarialização dos Hospitais; a nova Lei de Bases da Saúde.

A partir de 2010, com a aplicação das medidas de austeridade impostas pelo Programa de Estabilidade e Crescimento e pelas obrigações do Estado Português para com o Plano de Assistência Financeira, o setor da saúde em Portugal sofreu outro processo de transformação. As principais medidas relacionaram-se com a “implementação de práticas de rigor e de transparência nos procedimentos, por meio de um conjunto de instrumentos de monitorização e controlo da utilização de recursos públicos” e pela contenção e racionalização de gastos, principalmente nos recursos humanos, cortando de forma transversal as remunerações (Andrade, 2016:211).

Tabela 1: Principais medidas e reformas implementadas na saúde no século XXI

2002	Definição do regime jurídico das Parcerias Público-Privadas na Saúde
2002	Empresarialização dos Hospitais (adquirem o Estatuto de Sociedade Anónima)
2003	Criação da Entidade Reguladora da Saúde (ERS)
2003	Reforma dos Cuidados de Saúde Primários
2004	Criação do Sistema Integrado de Gestão de Inscritos em Cirurgia (SIGIC) para combater as listas de espera cirúrgicas
2005	Implementação das Unidades de Saúde Familiar (USF)
2005	Novo Estatuto Jurídico aplicado aos Hospitais (EPE)
2007	Revisão do regime das taxas moderadoras do SNS - revisto novamente nos anos de 2009, 2010 e 2011
2008	Criação dos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES) - promovida a criação nos anos de 2009 e 2012
2009	Os hospitais do SNS estão obrigados a reportarem atempada e adequadamente informações económico-financeiras à Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS)
2013	As instituições hospitalares devem reportar os custos com as prestações de saúde realizadas ao utente de acordo com a tabela de preços do SNS
2016	Alargamento da isenção do pagamento de taxas moderadoras
2017	Implementação do SIGA SNS
2019	Aprovação da nova Lei de Bases da Saúde

Fonte: Elaboração própria

A necessidade em rever, atualizar e modernizar a legislação, surge em 2019, decorridos 40 anos após a fundação do SNS e 30 depois da entrada em vigor da Lei de Bases.

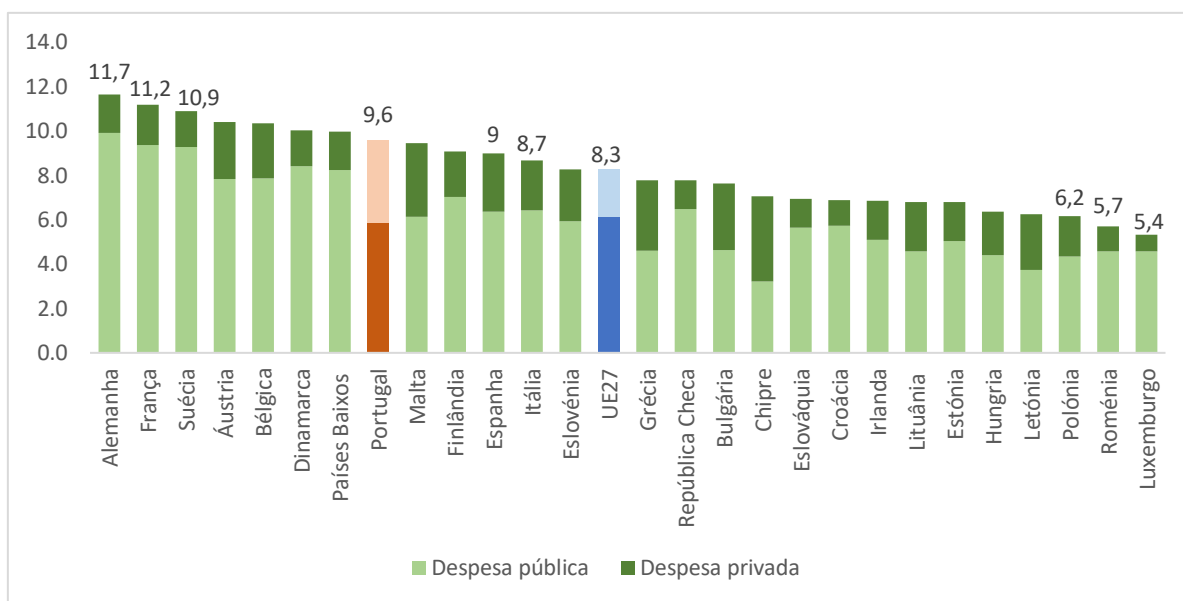
Nesse ano, é aprovada Lei de Bases da Saúde de 2019 (Lei nº 95/2019, de 4 de setembro) que revoga a anterior Lei de Bases da Saúde de 1990, destacando-se sumariamente os seguintes pontos:

- a inclusão do estatuto do cuidador informal – Base 3;
- as responsabilidades do Estado estenderem-se a funções de “planeamento, regulação, avaliação, auditoria, fiscalização e inspeção das entidades que integram o SNS e das entidades do setor privado e social” – Base 6;
- o alargamento dos beneficiários do SNS, além dos cidadãos portugueses, aos “cidadãos, com residência permanente ou em situação de estada ou residência temporárias em Portugal, que sejam nacionais de Estados-Membros da União Europeia ou equiparados, nacionais de países terceiros ou apátridas, requerentes de proteção internacional e migrantes com ou sem a respetiva situação legalizada” – Base 21;
- a isenção de pagamento de taxas moderadoras, em função dos seus recursos ou de doença, nos cuidados de saúde primários – Base 24;

Apesar da crise económica que atingiu o nosso país e a Europa há dez anos, a parcela do PIB dedicada saúde mantém-se relativamente inalterada desde 2014, uma vez que o aumento das despesas de saúde se manteve em geral alinhado com o crescimento económico.

No ano de 2019, o Eurostat estimou que os países da União Europeia (UE) tenham despendido em média, cerca de 8,3% do seu PIB em cuidados de saúde (Figura 2). Nesse ano, um quarto de todos os Estados-Membros da UE gastou pelo menos 10% do seu PIB com a saúde, tendo a Alemanha (11,7%) e a França (11,2%) e a Suécia (10,9%), as percentagens mais elevadas. As percentagens mais baixas do PIB atribuídas aos cuidados de saúde foram no Luxemburgo (5,4%), Roménia (5,7%), Polónia (6,2%). Quanto ao nosso país, Portugal ocupava o 8º lugar, com 9,6% do seu PIB atribuído à saúde.

Figura 2: A despesa em saúde em % do PIB, 2019

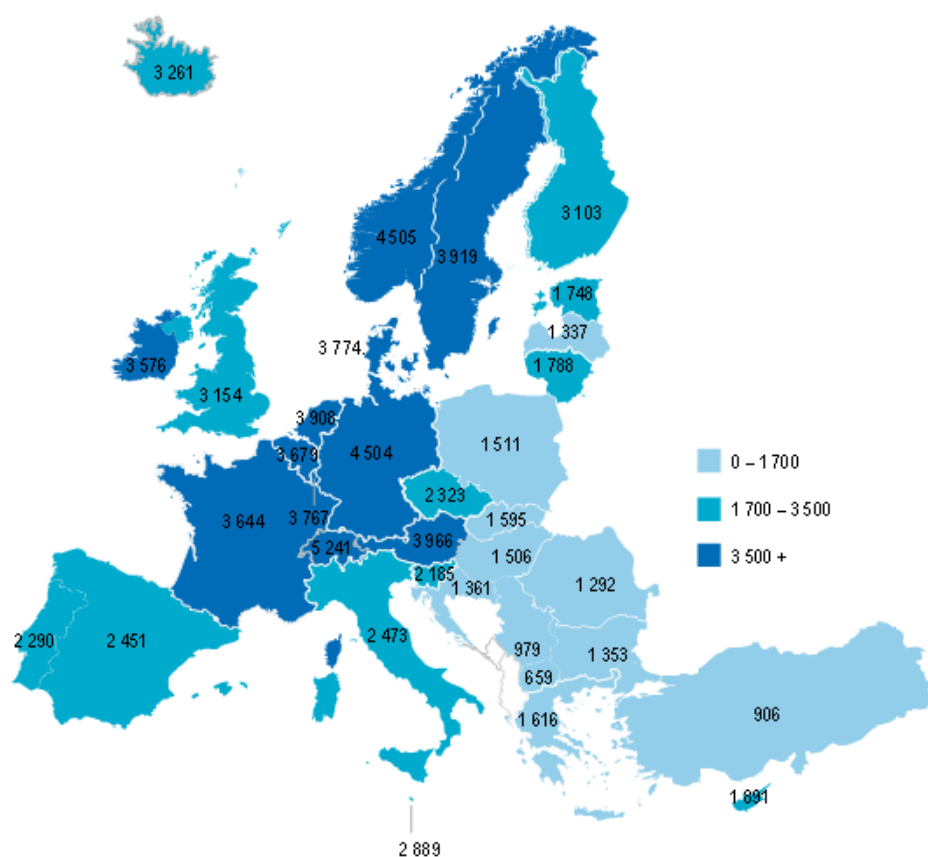


Fonte: Elaboração própria com base no OCDE Health Statistics 2020

No que diz respeito às despesas em saúde per capita de um país, os valores diferem em função de certos indicadores, como demográficos, sociais e económicos, mas também conforme as modalidades de financiamento (impostos, seguros voluntários privados, entre outros) e a estrutura organizacional do próprio sistema de saúde.

Em toda a Europa, como em qualquer parte do mundo, existe uma forte correlação entre o rendimento e a despesa com a saúde, de tal forma que os países europeus com rendimentos mais elevados são os que mais gastam com a saúde. Dado que a média da UE se situou nos 2 572 euros per capita em 2019, podemos concluir que dos 27 Estados-Membros, a Alemanha, a Áustria, a Suécia e os Países Baixos, foram os que mais gastaram em despesas em saúde, duplicando a média da UE. No lado oposto, a Roménia, a Letónia, a Bulgária e a Croácia foram os países que menos gastaram na UE, cerca de metade da média da UE (Figura 3). A despesa em saúde do nosso país situava-se ligeiramente abaixo da média europeia, com 2 290 euros per capita. Os valores mais elevados corresponderam à Suíça, que gastou cerca de 5241 euros por pessoa, seguida pela Noruega (4 505 euros).

Figura 3: Despesa em saúde per capita, 2019



Fonte: *Health at a Glance 2020*

Em suma, nas últimas duas décadas, a relação entre o setor público e o setor privado e social em Portugal cresceu significativamente, melhorando o sistema de saúde português. A elaboração de legislação adequada ao setor da saúde e a celebração de acordos, convenções e parcerias público-privadas, contribuiu para uma melhor e mais eficiente prestação de cuidados de saúde, para o aumento da oferta a nível geográfico e para a redução das barreiras de acesso, além de estimular a competitividade e a economia do país.

2.5. A COVID-19: IMPACTOS E OPORTUNIDADES

O setor da saúde nunca foi tão importante e relevante como em 2020, portanto, será que no meio de uma crise pandémica haverá espaço para a mudança? A saúde passou a ser o tema central de discussão, política e jornalística, ocupando manchetes e expondo os problemas de um sistema fragilizado e deteriorado. O principal culpado foi um vírus chamado SARS-CoV-2, também vulgarmente designado de COVID-19, que obrigou o mundo, a economia e a vida de cada um de nós a parar ou pelo menos, a abrandar. Por causa da pandemia e apesar do esforço sobre-humano dos profissionais de saúde para dar resposta à pandemia e aos episódios não COVID urgentes, várias atividades setoriais da saúde ficaram suspensas. As quebras mais significativas registaram-se sobretudo no número de consultas, cirurgias e internamentos, mas também nos rastreios e exames complementares de diagnóstico, pela não capacidade de os serviços públicos de saúde prestarem cuidados de deteção de doenças, provocando um acréscimo de mortes colaterais à COVID.

Relativamente aos impactos socioeconómicos que a pandemia tem provocado e continuará a provocar, estes têm sido igualmente dramáticos. Segundo o Eurostat, na comparação homóloga com 2019, documentada na Tabela 2, o recuo do PIB reflete-se em todos os trimestres, registando valores mais drásticos no 2º trimestre, o mais afetado pelas medidas de confinamento anti pandémicas, com retrocessos de 14,7% na zona euro e de 13,9% na UE. Em comparação com o mesmo trimestre do ano anterior, o PIB ajustado sazonalmente diminuiu 4,3% na zona euro e 4,2% na UE no terceiro trimestre. Face ao quarto trimestre, o Eurostat apontou para diminuições na ordem dos 5,0% na zona euro e 4,8% na UE no quarto trimestre de 2020, fruto do regresso aos confinamentos parciais ou totais nos países europeus. Em relação a Portugal, a comparação homóloga com 2019, registou recuos do PIB superiores aos da média da zona euro e da União Europeia, com diminuições de 2,6% no primeiro trimestre, de 16,4% no segundo trimestre e de 5,7% no terceiro trimestre, prevendo-se uma diminuição de 5,9% para o quarto trimestre.

Tabela 2: Variação % do PIB em comparação com o mesmo trimestre de 2019

(baseado em dados ajustados sazonalmente)

PAÍSES	I TR 2020	II TR 2020	III TR 2020	IV TR 2020
Zona Euro	-3,2	-14,7	-4,3	-5
UE27	-2,6	-13,9	-4,2	-4,8
Alemanha	-2,2	-11,3	-4	-3,9
Áustria	-3,3	-14,2	-4,2	-7,8
Bélgica	-2	-13,9	-4,3	-4,8
Bulgária	2,3	-8,6	-5,2	-3,8
Chipre	1,4	-12,6	-4,7	-4,5
Croácia	0,3	-15,5	-10	:
Dinamarca	0	-8	-3,7	-3,1
Eslováquia	-3,8	-12,1	-2,3	-2,7
Eslovénia	-3,5	-12,9	-2,9	:
Espanha	-4,2	-21,6	-9	-9,1
Estónia	0,6	-5,4	-2,7	:
Finlândia	-1,7	-6,2	-2,9	-2
França	-5,7	-18,8	-3,9	-5
Grécia	0,4	-14,2	-11,7	:
Hungria	1,9	-13,7	-4,8	-4,3
Irlanda	4,6	-3,5	8,1	:
Itália	-5,6	-18,1	-5,1	-6,6
Letónia	-1	-8,6	-2,6	-1,7
Lituânia	2,2	-4,6	-1,6	-1,3
Luxemburgo	1,5	-7,8	0,5	:
Malta	0,8	-16,7	-9,2	:
Países Baixos	-0,3	-9	-2,5	-3
Polónia	1,9	-8	-1,8	-2,8
Portugal	-2,4	-16,4	-5,7	-5,9
República Checa	-1,9	-10,8	-5	-5
Roménia	2,6	-10,2	-5,6	-1,7
Suécia	0,7	-7,4	-2,7	-2,6

Fonte: Elaboração própria com base no Eurostat

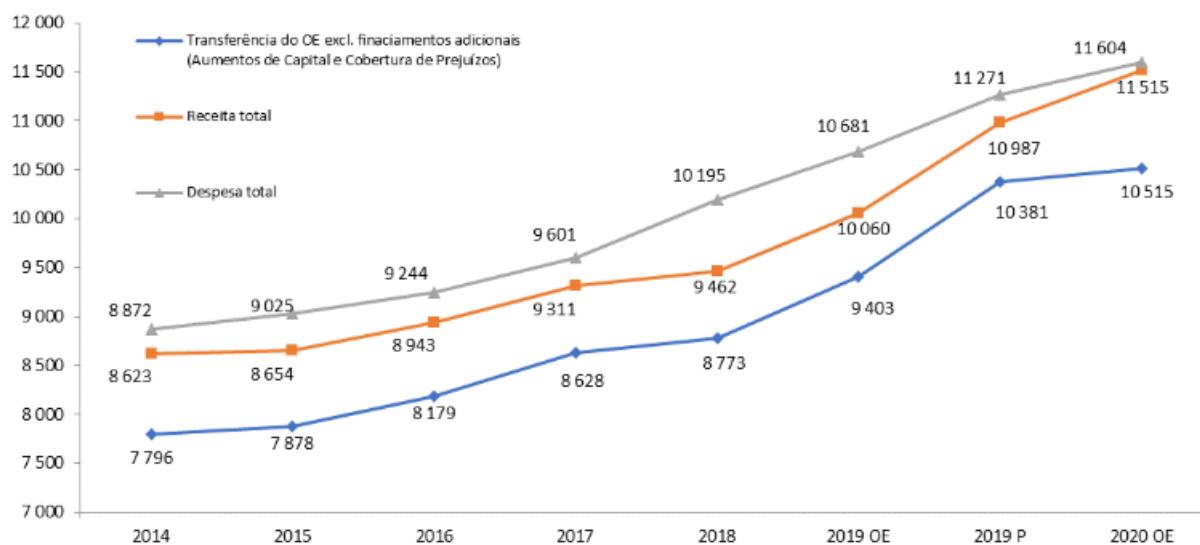
Quando comparado com os trimestres anteriores, o PIB diminuiu 3,7% na zona euro e 3,3% na União Europeia no primeiro trimestre de 2020, diminuiu 11,7% na zona euro e 11,4% na UE no segundo trimestre e aumentou 12,4 % na zona euro e 11,5% na UE no terceiro trimestre. Quanto ao quarto trimestre de 2020, apesar não terem sido disponibilizados dados para todos os países até à data de elaboração deste relatório, o Eurostat previu uma diminuição do PIB, em comparação com o terceiro trimestre, de 0,6% para a zona euro e de 0,4% para a UE. No que concerne a Portugal, o PIB diminuiu 4% no

primeiro trimestre e 13,9% no segundo trimestre, aumentando 13,3% no terceiro trimestre. Para o quarto trimestre, o aumento previsto pelo Eurostat é de 0,4%.

No que concerne às despesas do SNS e às transferências do Orçamento do Estado (OE), a Figura 4, retirada dos dados disponibilizados pelo Ministério da Saúde aos deputados aquando do debate dos OE, comprova nitidamente a dimensão da despesa total do SNS, e o consequente subfinanciamento do SNS nas transferências do Orçamento do Estado desde 2014.

No período compreendido entre 2014 e 2020, a despesa somada do SNS atingiu os 80 493 Milhões €, contra 71 553 Milhões € em transferências do Orçamento do Estado para o SNS. A diferença de 8 940 Milhões €, foi coberta com receitas totais provenientes das taxas moderadoras, com vendas de bens e serviços correntes, entre outras fontes de rendimento. No entanto, apesar não estar registado na figura, parte das transferências feitas em cada ano são para amortizar a dívida do SNS que transita de ano ara ano e os pagamentos em atraso a fornecedores externos do SNS, e não para pagar os gastos desse ano.

Figura 4: As transferências do OE, a receita e a despesa total, entre 2014 e 2021(M€)



Fonte: Notas explicativas do Ministério da Saúde durante o debate anual do OE de 2021

Apesar da conjuntura económico-financeira e político-social não se prever animadora, torna-se cada vez mais urgente adotar medidas verdadeiramente estruturadas para o médio/longo prazo, que corrijam os erros cometidos e que melhorem a capacidade de

resposta do sistema, fornecendo-lhe os meios necessários para a sua eficiência e não para sua agonizante sobrevivência.

No que diz respeito aos desafios que se colocam para o futuro, estes terão sempre de assentar em aspetos de cooperação e integração das entidades privadas e sociais prestadoras de cuidados de saúde, e em moldes que garantam os princípios que sempre nortearam o sistema de saúde, mas também na prevenção de eventuais conflitos de interesses. Por outro lado, será igualmente desafiante para o próprio Estado, desvincular-se dos vários papéis que tem assumido ao longo dos anos, enquanto prestador, financiador e garantidor dos serviços de saúde prestados aos cidadãos.

O setor da saúde é particularmente sensível à degradação das condições económicas e sociais de qualquer população. A sua sensibilidade prende-se com o facto de fazer parte da linha da frente na assistência e proteção de todos os cidadãos. Além disso, trata-se de um setor que é facilmente afetado por decisões político-económicas cujo impacto nem sempre é avaliado, mas que ainda assim, não pode falhar, mesmo quando confrontado com um clima de forte pressão para redução de custos. Neste contexto, em alturas de crise, como a que vivemos atualmente, é e será sempre necessário proteger o SNS e o sistema de saúde português, pois só assim, se garantirá um futuro para todos.

3. A ORGANIZAÇÃO DO SNS E O PROGRAMA DE COMBATE ÀS LISTAS DE ESPERA CIRÚRGICA

3.1. AS ENTIDADES DE SAÚDE E A SUA HIERARQUIZAÇÃO

O Ministério da Saúde é um departamento governamental que define, supervisiona e acompanha a política nacional de saúde. A sua principal função é a regulação, o planeamento e a gestão do SNS, sendo também responsável pela auditoria e inspeção dos prestadores de cuidados de saúde privados, quer façam parte ou não do SNS (Simões et al., 2017).

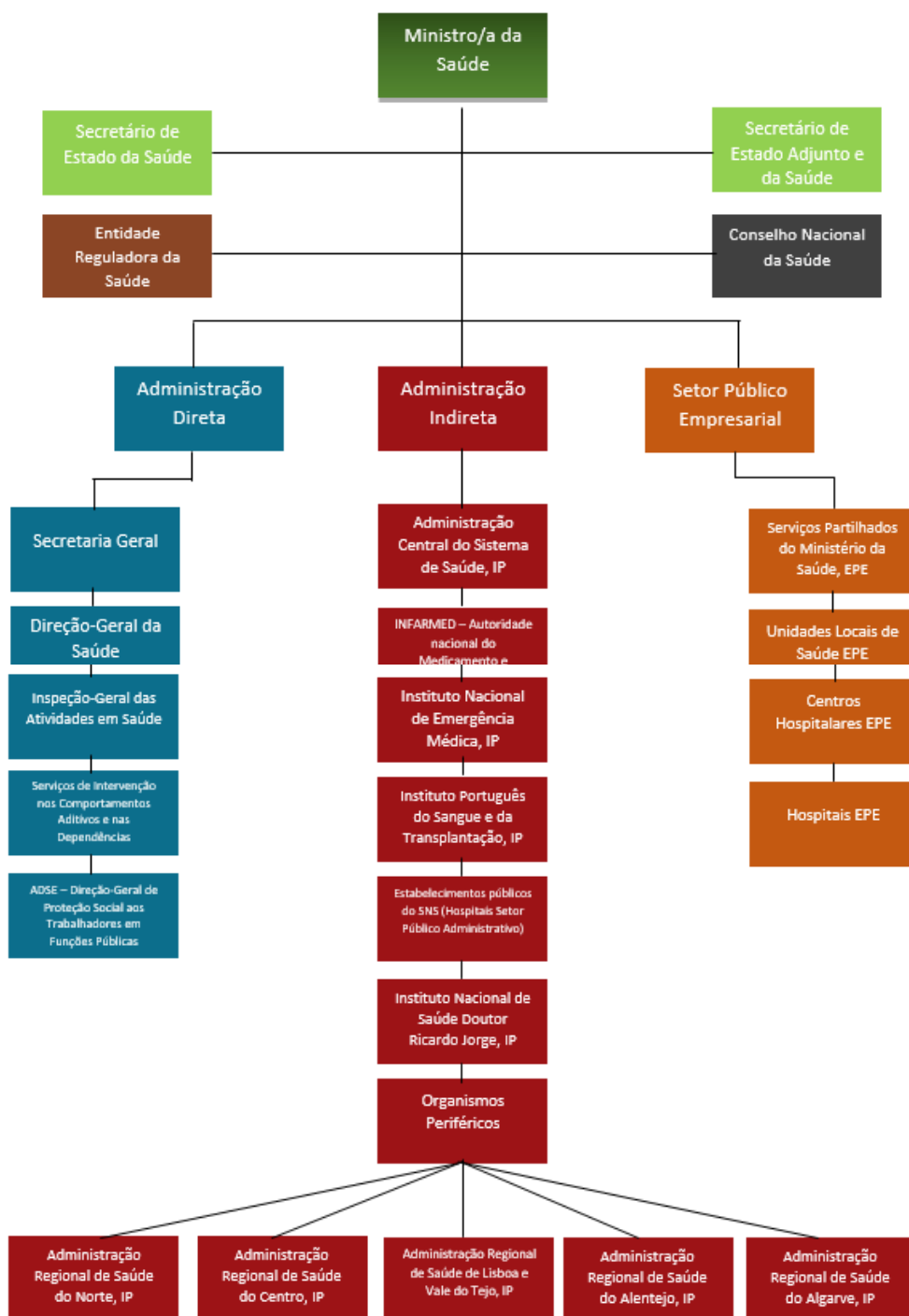
Ao Ministro/a da saúde, suportado/a pelos respetivos Secretários de Estado, pelo Conselho Nacional de Saúde e pela Entidade Reguladora da Saúde, cabe a tutela de determinadas entidades de saúde, encontrando-se as mesmas subdivididas em: Administração Direta do Estado; Administração Indireta do Estado⁵ e Setor Público e Empresarial. Sumariamente, as principais entidades que compõem o Ministério da Saúde são: a Direção-Geral da Saúde, figura central da atual crise pandémica e inserida na Administração Direta do Estado; o Infarmed, o Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, o INEM e as Administrações Regionais de Saúde, incorporam-se na Administração Indireta do Estado; as Unidades Locais de Saúde e os Hospitais encontram-se no Setor Público e Empresarial.

No que concerne às Administrações Regionais de Saúde (ARS), estas são responsáveis por implantar a nível regional, a política nacional de saúde e por coordenar todos os níveis de cuidados de saúde, regendo-se pelos princípios e diretivas do Ministério da Saúde (Simões et al., 2017). Existem cinco Administrações Regionais de Saúde: a ARS do Norte, I.P., no Porto, que inclui os distritos de Braga, Bragança, Porto, Viana do Castelo e Vila Real; a ARS do Centro, I.P., em Coimbra, que abrange os distritos de Aveiro, Castelo Branco, Coimbra, Guarda, Leiria e Viseu; a ARS de Lisboa e Vale do Tejo, I.P., em Lisboa, que alberga os distritos de Lisboa, Santarém e Setúbal; a ARS do Alentejo, I.P., em Évora, que incorpora Beja, Évora e Portalegre e a ARS do Algarve, I.P., em Faro, que compreende esse distrito.

⁵ Na Administração Direta do Estado, o Estado delega a órgãos do próprio Estado, de uma forma centralizada, que estes executem as suas atividades e funções, contrariamente ao que acontece na Administração Indireta do Estado. Neste caso, apesar de tuteladas pelo Estado, estas têm o objetivo de desempenhar atividades administrativas de forma descentralizada e “separada”.

A Figura 5 mostra, através de um organograma mais pormenorizado, como está hierarquizado o Ministério da Saúde e quais as suas entidades.

Figura 5: A hierarquização do Ministério da Saúde



Fonte: Elaboração própria com base no SNS.

3.2. O PROGRAMA SIGIC: OBJETIVOS E FUNCIONAMENTO

As elevadas listas de espera cirúrgicas constituem uma importante questão política em diversos países, inclusive em Portugal. Apesar de no final dos anos 90 e inícios de 2000 terem sido implementados programas e medidas para minimizar o grande número de utentes inscritos em listas de espera, as mesmas foram insuficientes para melhorar o acesso aos cuidados de saúde dos utentes. A adoção de novas medidas continuava a ser necessária, sendo que em 2004 foi criado o Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia (SIGIC), pela Resolução do Conselho de Ministros n.º 79/2004 e regulado pela Portaria n.º 45/2008, de 15 de janeiro.

Atualmente, o programa SIGIC encontra-se em pleno funcionamento, atuando nas cinco regiões de Portugal Continental, excetuando os Açores e a Madeira por terem os seus próprios programas (Barros et al., 2013).

O SIGIC é, sumariamente, um sistema que gere todos os utentes do SNS que precisam de tratamentos cirúrgicos, envolvendo todas as instituições públicas de saúde, assim como as instituições privadas e do setor social, com contratos de convenção no âmbito deste programa, que prestem serviços cirúrgicos. O seu modelo de organização insere-se no Sistema Integrado de Gestão do Acesso no Serviço Nacional de Saúde (SIGA SNS)⁶, assentando num maior controlo e acompanhamento de todas as etapas de inscrição do utente, desde a sua inscrição na lista cirúrgica até à conclusão do processo. O seu funcionamento é apoiado em unidades criadas a nível central, regional e local e tem como suporte informático uma aplicação que integra os sistemas informáticos dos hospitais, designada Sistema Informático de Gestão da Lista de Inscritos para Cirurgia (SIGLIC). Esta aplicação permite calcular os tempos de espera e a extensão das listas de espera, possibilitando ainda o registo de todos os movimentos dos pacientes entre instituições hospitalares, percebendo com maior exatidão os seus respetivos Tempos Máximos de Resposta Garantidos (TMRG).

O percurso do utente na Lista de Inscritos para Cirurgia (LIC), começa quando o utente se dirige ao hospital para uma consulta de especialidade e é proposto para cirurgia,

⁶ O SIGA SNS, criado em 2017, é um sistema de informação que compila dados e elementos que antes se encontravam dispersos em outros sistemas, acompanhando o cidadão em todo o seu percurso no SNS, isto é, em todos os níveis de cuidados de saúde. Os sistemas de informação suportados são o SIGIC; o Sistema de Referenciação para Primeira Consulta de Especialidade Hospitalar – também chamado de Consulta a Tempo e Horas (CTH); o aplicativo da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI); os Serviços de Urgência, os Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica (MCDT), as Consultas Subsequentes de Especialidade Hospitalar, os Cuidados de Saúde Primários, entre outros.

caso o seu médico assim o entenda. O hospital que dá origem à inscrição é denominado Hospital de Origem (HO). Posteriormente, é necessário que o utente formalize o seu consentimento, através de um certificado de inscrição, passando a constar da LIC, dando início à contagem do tempo para realização da cirurgia, variando o tempo de espera conforme o nível de prioridade clínica e patologia. A unidade hospitalar deve cumprir os TMRG tanto no agendamento como na realização da cirurgia. Caso a cirurgia não seja agendada nos prazos estabelecidos, é dada uma opção ao utente para que ele decida se quer ou não ser transferido para um outro hospital do SNS com capacidade de resposta ou hospital convencionado, sendo este designado por Hospital de Destino (HD).

A maioria dos hospitais públicos não consegue garantir nem realizar todas as cirurgias em tempo útil, estando definido por lei os tempos máximos para os hospitais operarem os utentes. Assim, foi criado um sistema de “transferência de utentes”, sempre sujeito à autorização do utente, de modo a concretizá-las com a maior brevidade possível noutra hospital. Quando atingidas determinadas percentagens de tempo de espera cirúrgica, sem que tenha sido resolvida a sua situação, o sistema concede uma alternativa ao utente, notificando-o e atribuindo-lhe uma lista de hospitais, para que a sua cirurgia seja realizada dentro dos TMRG. São emitidas Notas de Transferência (NT), aos 50% de espera, para hospitais públicos que tenham disponibilidade para realizar a cirurgia, e vales cirurgia para hospitais públicos, privados e do setor social, que tenham convenção com o SNS, com capacidade clínica e que constem na lista apresentada no Vale Cirurgia (VC), assim que alcançados os 75% ou os 100%. O utente pode ainda optar por uma unidade não constante das apresentadas no VC, desde que a mesma tenha contrato de convenção SIGIC com a ARS da sua região, que esteja autorizada por esta para a realização desses procedimentos cirúrgicos e cumpra os critérios de tempo de espera. Nestas circunstâncias, o responsável pelas despesas associadas ao transporte é o utente.

Na eventualidade do utente recusar a transferência para outro hospital, de forma a não perder a sua posição na LIC do HO, o utente necessita de enviar a recusa para Unidade Regional de Gestão do Acesso (URGA), a proceder à devolução do VC, assinalando o motivo de recusa do mesmo. A contagem do tempo de espera fica suspensa até este ser recusado ou aceite, ou seja, até que o hospital que o utente selecione e contacte (diretamente) receba a informação. Caso não envie a recusa, a inscrição para cirurgia no seu hospital de origem (onde foi inicialmente inscrito) é cancelada.

Antes de marcar cirurgia com vale, o novo hospital, o HD, realiza exames e consultas pré-anestésicas ao utente. Além disto, é responsável pelos tratamentos até à alta

hospitalar e por quaisquer complicações que se identifiquem num período de 60 dias após alta. Os restantes tratamentos e consultas que se venham a realizar após esta data serão assumidos pelo HO.

A responsabilidade de pagamento relativa à produção cirúrgica é do HO ao HD, Antes do envio da fatura do HD ao HO, ocorre uma validação do processo de faturação na URGA de cada ARS, processo posteriormente abordado no ponto 4.2 do presente relatório.

4. DESCRIÇÃO DO ESTÁGIO

4.1. ENTIDADE DE ACOLHIMENTO

A entidade que acolheu o nosso estágio foi a Administração Regional de Saúde do Centro.

De acordo com o Decreto-Lei n.º 22/2012, de 30 de janeiro, a Administração Regional de Saúde do Centro, usualmente abreviada por ARSC, I.P, é um instituto político de direito público, dotada de personalidade jurídica, autonomia administrativa, financeira e patrimonial, tutelada pelo Ministério da Saúde.

A sua estrutura interna, encontra-se legislada na Portaria n.º 164/2012, de 22 de maio, e alterada pela Portaria n.º 214/2013, de 27 de junho, que define a sua composição em serviços centrais e serviços desconcentrados. Os serviços centrais abrangem: o Departamento de Saúde Pública; o Departamento de Planeamento e Contratualização; o Departamento de Gestão e Administração Geral; o Departamento de Recursos Humanos; o Departamento de Instalações e Equipamentos; o Gabinete Jurídico e do Cidadão e a Divisão de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências. Os serviços desconcentrados são designados por Agrupamentos de Centros de Saúde do Serviço Nacional de Saúde (ACES), que correspondem a serviços de saúde com autonomia administrativa, constituídos por várias unidades funcionais, que integram um ou mais centros de saúde, com o objetivo de prestar cuidados de saúde primários à população da sua área geográfica.

De modo mais concreto, a unidade onde o estágio teve lugar foi a Unidade Regional de Gestão do Acesso (URGA). Apesar de não estar presente no organograma da ARSC, uma vez que só foi constituída em 2017 e ainda não ocorreu nenhuma alteração à estrutura orgânica que a incluía, foi permitido a cada ARS, alocar esta unidade onde achasse mais pertinente. Foi então decidido que integrasse o Departamento de Planeamento e Contratualização, até nova revisão da orgânica da instituição. A URGA é responsável pela monitorização e o controlo da evolução dos inscritos para cirurgia, nomeadamente os tempos de resposta e a produção das instituições do SNS; pelo acompanhamento das transferências dos doentes no âmbito da inscrição para cirurgia, certificando-se do seu acesso à informação e avaliando a qualidade dos cuidados de saúde prestados; pelo cumprimento das orientações normativas emanadas pela Unidade de Gestão do Acesso (UGA); pelas reuniões com as Unidades Locais de Gestão do Acesso (ULGA), tendo em vista a identificação de

dificuldades e contribuir para a sua resolução e pela supervisão, intervenção e registo nos sistemas de informação das não conformidades, baseadas nos regulamentos em vigor, entre outras⁷.

4.2. SISTEMATIZAÇÃO DAS TAREFAS REALIZADAS

Como já referido anteriormente, a URGA faz uma articulação diária entre as várias entidades hospitalares, sejam elas do SNS ou entidades privadas e do setor social com contrato de convenção com a ARSC no âmbito do SIGIC. Funciona como uma espécie de mediador e de supervisor entre o SNS e as entidades convencionadas, ou seja, entre os Hospitais de Origem do utente (HO) e os Hospitais de Destino (HD), em caso de transferência. Deste modo, todos os episódios cirúrgicos que foram realizados sob emissão de um VC ou Nota de Transferência (NT), num qualquer HD, são objeto de validação pela URGA.

A minha atividade, durante o período de estágio, incidiu na gestão do SIGIC, mais precisamente no processo de validação de faturação de cirurgias já concluídas. Para melhor compreender as atividades que envolvem a área da faturação, é necessário explicar o contexto em que esta ocorre, embora o funcionamento do programa SIGIC tenha sido aprofundado no ponto 3.2.

De acordo com o Despacho n.º 49/2016 de 19 de maio, o processo de faturação está subjacente a um sistema de compensação de créditos e débitos entre entidades do SNS. O seu funcionamento rege-se pelo princípio da responsabilização financeira do HO que não consiga prestar cuidados cirúrgicos em tempo útil, ou seja, este assume o pagamento da intervenção cirúrgica que for transferida para outra entidade. Assim, todas as cirurgias realizadas pelos HD são faturadas aos respetivos HO, de acordo com os preços anexados nas Portarias em vigor. Apesar da responsabilidade financeira incidir no HO, o processo de faturação, sofre uma fase intermédia na qual a URGA intervém.

O processo de validação de faturação inicia-se a partir do momento em que é recebida informação dos HD. Para além da documentação elencada de seguida, o HD envia um ficheiro resumo padronizado pela URGA e remetido a esta em formato digital, que compila todos os documentos de suporte à informação deste ficheiro, agregando cada

⁷ Portaria n.º 147/2017 de 27 de abril. Diário da República n.º 82/2017, Série I de 2017-04-27. Disponível em <https://data.dre.pt/eli/port/147/2017/04/27/p/dre/pt/html>, consultado em 29-11-2020.

episódio cirúrgico, para que esta proceda à verificação e, se necessário, à correção dos dados e valores a faturar. De seguida, é verificada a concordância entre os documentos digitalizados de cada utente e a informação registada no Sistema Informático de Gestão da Lista de Inscritos para Cirurgia (SIGLIC), sendo assim possível confirmar se as informações estão corretas. Se estiver tudo em conformidade, a URGA valida o processo para que o HD possa emitir a fatura com os valores a faturar ao HO pelos serviços de saúde prestados. No entanto, no caso de se detetarem disparidades entre estes elementos, a URGA dispõe de um médico auditor dotado deste tipo de competências. Caso se verifique o incumprimento da lei, a validação feita pela URGA, pode conduzir à aplicação de penalizações por desconformidade⁸, previstas na legislação em vigor.

A documentação que os HD estão obrigados a enviar e a registar no SIGLIC, como a proposta de intervenção cirúrgica programada ou as consultas, envolve os seguintes elementos:

- vale cirurgia;
- ficha do bloco operatório;
- etiquetas de próteses, se aplicável;
- relatório de exame anátomo-patológico, se aplicável;
- comprovativo de isenção de pagamento de taxas moderadoras ou a fatura correspondente ao pagamento das mesmas;
- comprovativo do envio da nota de alta ao HO;
- outra documentação, como comunicações na rede a solicitar alterações de procedimentos cirúrgicos e a sua autorização, por exemplo;
- equipa cirúrgica interveniente e respetiva identificação do número de cédula dos profissionais (equipa constituída no mínimo por 4 elementos com funções distintas);
- comprovativo do procedimento de cirurgia segura;

Por último, é igualmente necessário confirmar o regime em que a cirurgia foi proposta e realizada (regime convencional ou ambulatorio) e a equipa cirúrgica. Se tudo decorrer como o previsto, se toda a documentação for enviada e todos os registos ou pedidos para alterações forem devidamente registados e comunicados no SIGLIC, além de

⁸ O responsável pela abertura de um processo de desconformidade (não conformidade) é o Gabinete Jurídico da ARS.

autorizados pelos HO, o processo é validado, caso contrário, será devolvido para proceder às devidas alterações, até entrar de novo no sistema para efeitos de faturação

A faturação dos valores da produção cirúrgica realizada no âmbito do SIGIC, varia conforme a data da cirurgia, baseando-se na codificação clínica⁹ ICD-9-CM (*International Classification of Diseases - 9th Revision - Clinical Modification*), para episódios anteriores a setembro de 2018 e em ICD 10, posteriores à referida data.

No fundo, o objetivo é acompanhar e defender os interesses do utente, verificando pormenorizadamente todo o processo cirúrgico. A faturação termina quando é efetuado o pagamento do HO ao HD.

4.3. ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DE RESULTADOS

Antes de mais, importa referir que toda a informação analisada de seguida foi fornecida pela URGA da ARSC. Numa primeira fase, são analisados alguns dados relativos ao fluxo de episódios cirúrgicos que a URGA recebeu e processou durante o ano de 2020. Numa segunda fase, a análise diz respeito às atividades por mim desempenhadas na instituição de acolhimento durante o período em que decorreu o estágio curricular.

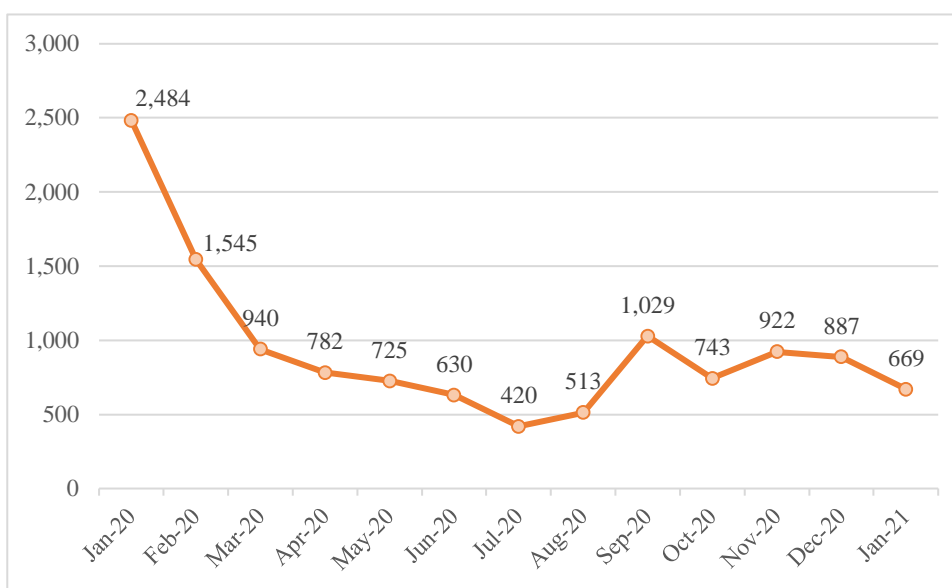
Uma dessas atividades centrou-se na faturação. O processo de faturação é uma tarefa que exige uma enorme responsabilidade e concentração, por envolver não só um imenso número de entidades e de episódios cirúrgicos, mas também pelos valores monetários que representam. Dada a singularidade e a complexidade de cada episódio cirúrgico, é crucial analisar cuidadosamente cada elemento de informação, a fim de evitar erros que influenciarão negativamente as várias entidades, a diversos níveis, mas maioritariamente, a nível financeiro.

Como mostra a Figura 6, durante o ano de 2020, deram entrada na URGA, para efeitos de validação de faturação, cerca de 11 620 episódios cirúrgicos. Apesar destes números não se referirem na sua totalidade a cirurgias feitas nesse ano, pois parte destas

⁹A codificação em ICD 9 encontra-se definida pela Portaria n.º 271/2012, de 4 de setembro e em ICD 10 pela Portaria n.º 254/2018 de 7 de setembro. Tanto os diagnósticos como os procedimentos são traduzidos em códigos, que conjunto gerarão um outro código designado por Grupo de Diagnóstico Homogéneo (GDH). A este último código irá corresponder, com base na tabela constante no Anexo II da Portaria n.º 271/2012 (para ICD 9) e a tabela constante no Anexo III da Portaria n.º 254/2018 (para ICD 10), o montante que o HD está autorizado a faturar ao HO. Deste modo, o processo de validação possui uma base de confirmação destes valores, permitindo detetar possíveis erros de cálculo em que o HD possa ter incorrido. Estão previstas algumas exceções, em que pode haver acréscimos monetários, previamente definidos, como neoplasias, bilateralidade ou majoração de procedimentos complexos.

entraram de novo no sistema após as devidas correções, é possível observar o impacto que a pandemia teve na atividade cirúrgica em Portugal. Embora a sociedade em geral só ter começado a sentir o efeito COVID em meados de março com as regras do estado de emergência e do confinamento, as repercussões no setor da saúde, nomeadamente na produção cirúrgica, começaram-se a sentir no mês anterior. Os números do mês de janeiro, são reflexo do ano de 2019, porém a partir do mês de fevereiro começamos a assistir a uma tendência decrescente e a uma quebra acentuada na entrada de episódios. O decréscimo de entradas na URGA, poderá estar igualmente relacionado com a suspensão temporária das correções a proceder, por parte dos HD que prestaram cuidados cirúrgicos, nos episódios mais antigos, ou seja, episódios referentes a 2019 ou anteriores, que por qualquer motivo não cumpriram as regras estabelecidas para validação numa primeira fase.

Figura 6: N° de episódios que entraram na URGA em 2020

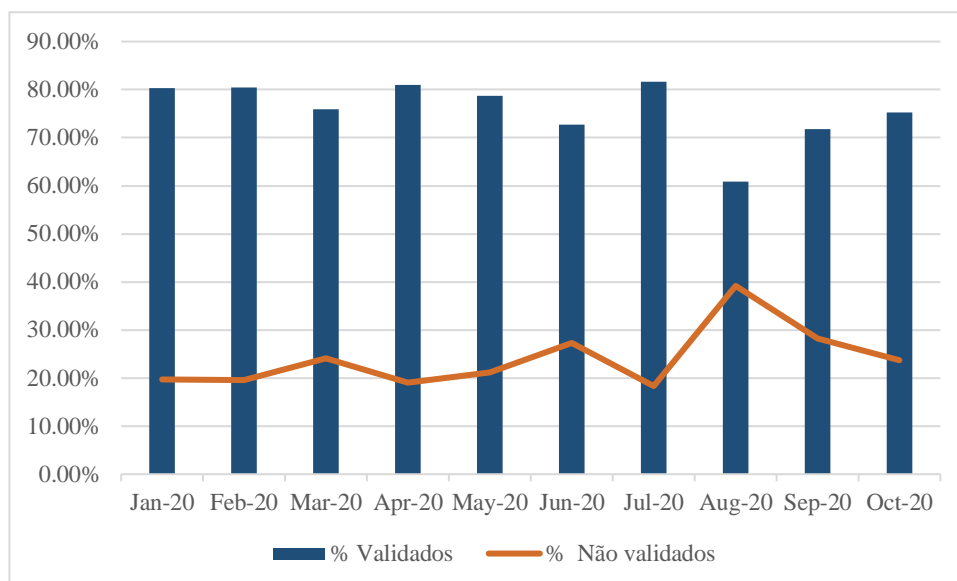


Fonte: Elaboração própria – dados fornecidos pela URGA, até ao dia 22/01/2021

A pressão extra vivida nas instituições hospitalares, fruto da pandemia, afetou transversalmente todo o tipo de serviços e tarefas realizadas no setor da saúde, atrasando a realização de cirurgias, a resolução dos episódios com incorreções e o seu envio para as entidades competentes (URGA), e consequentemente, o pagamento do HO ao HD por cada intervenção cirúrgica transferida e realizada.

Relativamente aos episódios analisados e processados pela URGA, ilustrados na Figura 7, percebemos que de janeiro a outubro de 2020, a grande maioria dos meses conseguiu atingir percentagens de validação na ordem dos 75-80%, números que se assemelham aos episódios por mim examinados, posteriormente apresentados. Face à percentagem de episódios não validados à primeira, vemos que a diferença entre episódios validados e não validados é menor nos meses de junho com 27%, agosto com 39% e setembro com 28%.

Figura 7: % de episódios analisados pela URGA até out/2020



Fonte: *Elaboração própria – dados fornecidos pela URGA, até ao dia 22/01/2021*¹⁰

Durante o período de estágio, foram examinados por mim, cerca de 1480 episódios cirúrgicos, compreendidos entre os meses de maio a outubro, que totalizaram um montante de 3 345 126,93€. O custo médio por intervenção cirúrgica foi de 2 260,22€. Desses foram validados 81%, que reuniam as condições fundamentais para o efeito, nomeadamente, o envio de toda a documentação necessária e os devidos registos na plataforma do SIGLIC. Os restantes 19% foram assinalados para correção e devolvidos aos HD, visto apresentarem alguma discrepância em diferentes etapas do processo. Depois dos HD retificarem as incorreções detetadas e assinaladas pela URGA, estes voltam a submeter esses casos, de novo no sistema, para efeitos de faturação e consequente validação.

¹⁰ Até ao dia 21/01/2021, apenas 24% do mês de novembro tinha sido processado. Por esse motivo, não consta na figura, a par dos meses de dezembro e janeiro, que estavam com 0% de processamento.

No universo de episódios cirúrgicos processados, cerca de 793 utentes eram isentos do pagamento de taxas moderadoras, representando 54%. A maioria dos casos correspondia a cidadãos em insuficiência económica, a portadores de incapacidade física superior a 60%, a dadores de sangue, bombeiros, entre outras exceções previstas.

A Tabela 3, construída a partir do processo de validação por mim realizado, documenta os dados relativos à faturação de episódios cirúrgicos com maior pormenor.

Tabela 3: Dados relativos à faturação de episódios cirúrgicos

Episódios analisados	Nº de episódios	% de episódios	Valor total a faturar	Custo médio cirúrgico
Validados à 1ª	1197	80,88%	2 714 945,78 €	2 268,13 €
Não validados (assinalados para correção)	283	19,12%	630 181,15 €	2 226,79 €
Total	1480	100%	3 345 126,93 €	2 260,22 €

Fonte: Elaboração própria

A grande maioria dos episódios cirúrgicos que deram entrada na URGA, remete para os anos de 2019 e 2020, na sua maioria. A Tabela 4, evidencia-nos com maior exatidão, nos episódios tratados por mim durante o período de estágio, o número total de cirurgias e a data a que correspondem. Apesar da análise de episódios indicar um número de cirurgias feitas no ano de 2020 superior ao de 2019, o fluxo de entradas respeitantes ao período 2016-2019, corresponde a cerca de 47% do volume de trabalho.

Deste modo, concluímos que existe ainda um número considerável de episódios, sejam de 2019 ou anteriores, a entrarem no sistema no ano de 2020, mas que não são efetivamente referentes a 2020. A sua resolução, por parte dos HD, pode ter ficado suspensa temporariamente, fruto da pressão pandémica, entre outros fatores, prolongando ainda mais o término destes processos durante meses ou anos e adiando ainda mais o pagamento e as transações financeiras que os hospitais do SNS têm de fazer pela prestação de cuidados cirúrgicos no âmbito do SIGIC.

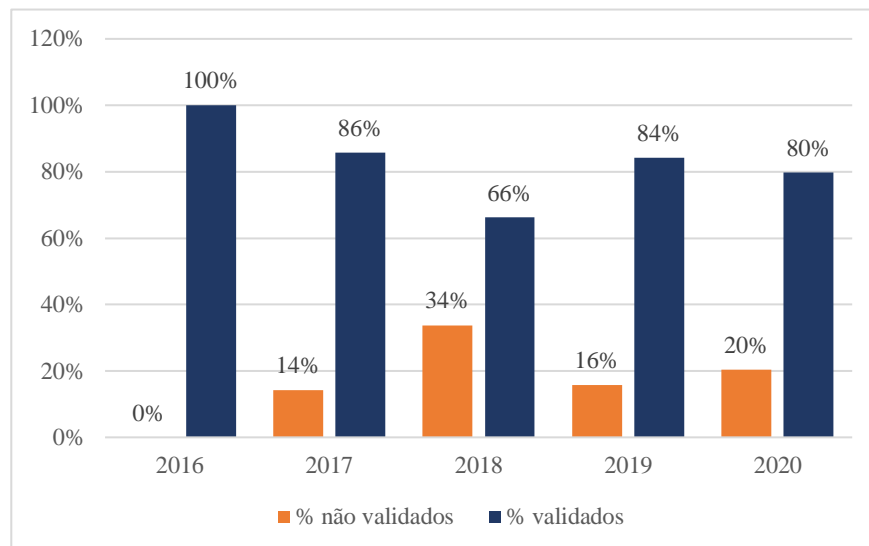
Tabela 4: Episódios examinados por data de cirurgia

Data de cirurgia	Nº de episódios
2016	1
2017	7
2018	77
2019	612
2020	783
Total	1480

Fonte: Elaboração própria

Depois de processados todos os episódios que me foram incumbidos durante o período de estágio e tendo em conta que parte deles, como já referido anteriormente, correspondiam a um período entre 2016-2019, concluímos a partir da Figura 8, que a maioria dos episódios analisados obteve uma percentagem de validação acima dos 80%. De salientar que o ano de 2018, ao qual corresponderam 77 episódios, teve uma taxa de insucesso de 34%, adiando mais uma vez a sua resolução e a faturação dos mesmos.

Figura 8: % de episódios analisados por data de cirurgia



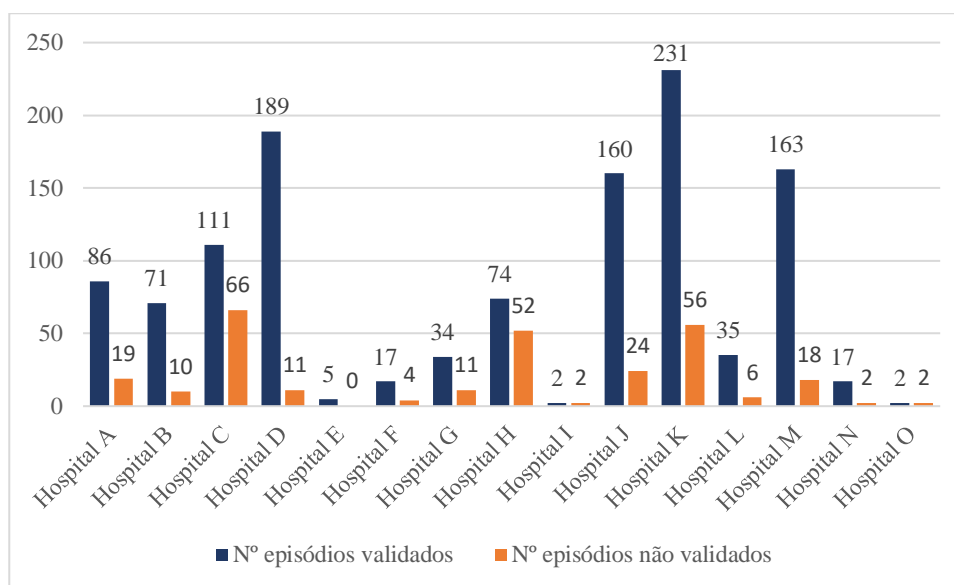
Fonte: Elaboração própria

No que concerne ao quadro dos Hospitais de Origem observou-se a participação de 8 hospitais do SNS, que serão representados pelos números de 1 a 8, de forma a garantir o anonimato das entidades e no que respeita ao Hospitais de Destino, o processamento

incorporou um total de 15 hospitais convencionados, representados pelas letras A a O, sendo a partir desses dados que procederemos a uma observação mais detalhada.

É possível aferir que alguns HD têm um papel determinante na produção do SIGIC, seja pela sua dimensão, seja pela quantidade de especialidades que conseguem executar cirurgicamente. De acordo com os valores da Figura 9, onde se documentam os episódios cirúrgicos analisados por Hospital de Destino, verifica-se que os Hospitais D, J, K e M, representam a maioria dos episódios cirúrgicos validados por mim durante o estágio, com um número total de 743 cirurgias, equivalendo a 62%. Analisando os hospitais em questão, vemos que o Hospital D fez 189 cirurgias, o Hospital J fez 160 cirurgias, o Hospital K fez 231 cirurgias, o Hospital M fez 163 cirurgias. Os Hospitais C, H e K representam no seu conjunto aproximadamente 61,5% dos problemas identificados, correspondendo assim a um total de 174 incorreções.

Figura 9: N° de episódios cirúrgicos analisados por Hospital de Destino



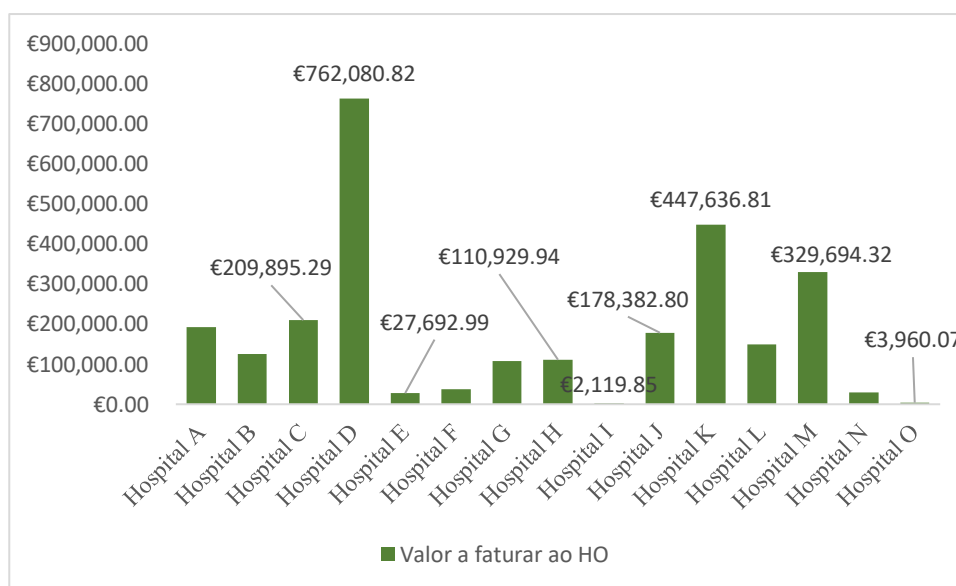
Fonte: Elaboração própria

Relativamente aos processos por não conformidade, foram identificadas 28 desconformidades ao Regulamento do SIGIC, que seguiram para o Gabinete Jurídico da ARS de forma a desencadear o procedimento legal para aplicação de penalização. Apesar de não estarem representados na figura anterior, os hospitais mais penalizados nesta fase, foram os Hospitais C, G e H (com 14, 5 e 3 processos, respetivamente). Na fase seguinte, o

Gabinete Jurídico da ARS¹¹ contacta as respetivas instituições concedendo-lhes a oportunidade de esclarecimento ou justificação das anomalias detetadas, havendo ainda nesta fase a hipótese de anular a aplicação de penalização dos processos.

Quanto ao valor a faturar, segundo a Figura 10, verifica-se que os Hospitais D, K e M, representam quase 57% do valor a faturar. Nos hospitais em questão, vemos que o Hospital D, num total de 200 episódios cirúrgicos validados, atingirá um valor a rondar os 762 mil euros, o Hospital K, um valor de 447 mil euros em 287 cirurgias e ao Hospital M, um valor de 178 mil euros em 184 cirurgias. Apesar do Hospital D ter realizado menos cirurgias que o Hospital K, a fatura será consideravelmente maior, distinguindo-se pelo tipo de intervenção cirúrgica, ou seja, pela especialidade clínica e pelo regime de internamento, maioritariamente, convencional.

Figura 10: Valor a receber por HD por cirurgias realizadas pelo SIGIC



Fonte: Elaboração própria

A atribuição do regime ambulatorio ou convencional, é decidida tendo em conta diversos fatores, nomeadamente, em função do tipo de intervenção cirúrgica; por razões de

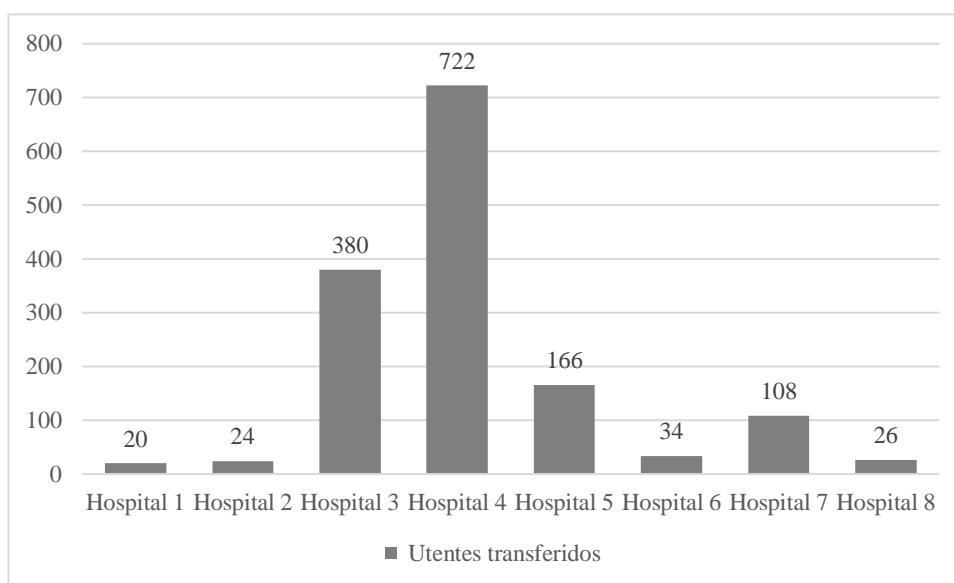
¹¹ O Despacho nº24 110/2004 (2.ª série) prevê diferentes níveis para a aplicação de penalizações de acordo com o tipo de desconformidade verificado, consagrando no nº1 da cláusula 19ª a aplicação de uma penalização de 10 % do valor total devido pelos cuidados prestados ao utente em caso de desconformidade grave, e de 50 % do valor total quando se verificar a prática de uma desconformidade grave. São consideradas falhas graves, situações decorrentes do processamento de dados que, de alguma forma, condicionem o estado de saúde do utente, falhas na entrega de documentos quando necessários bem como alterações ao nível dos procedimentos cirúrgicos.

ordem social, como a distância entre o domicílio do utente e o hospital (se a mesma for superior a 60 minutos), se viver sozinho, isolado ou em condições insalubres e pelo tipo e a quantidade de patologias do doente.

Se nos HD é relativamente fácil perceber quem produziu mais, bastando para tal olhar para o número de cirurgias realizadas, já no quadro dos HO a análise torna-se um pouco mais difícil. Para perceber verdadeiramente esta situação, seria necessário possuir mais dados, pois nem sempre valores mais elevados significam menor capacidade para realizar cirurgias. Analisando a Figura 11, na qual se documenta a transferência de utentes por HO, constata-se, por exemplo, que o hospital que efetivamente transfere mais doentes é o Hospital 4, seguido do Hospital 3 e do Hospital 5.

No entanto, estes números sugerem que a sua lista de utentes inscritos para cirurgia é mais extensa e numerosa que a dos outros Hospitais, logo os seus números vão ser obrigatoriamente maiores. Assim, podemos afirmar que os Hospitais 1, 2, 6 e 8, têm uma menor dimensão face os anteriores, e com isso menos inscritos para cirurgia. No entanto, a diferença entre utentes inscritos para cirurgia nos seus hospitais e utentes transferidos ao abrigo do SIGIC é maior do que nos outros hospitais, evidenciando que não conseguiram realizar tantas cirurgias em tempo útil, transferindo mais doentes pelo não cumprimento dos TMRG.

Figura 11: N° de utentes transferidos por Hospital de Origem



Fonte: Elaboração própria

O momento das não validações resulta numa não autorização da URGA para faturação. No caso dos HD, estes não podem emitir as faturas relativas à produção cirúrgica que realizaram no âmbito do SIGIC e para os HO, o pagamento pelos serviços contratados às entidades convencionadas, fica suspenso até nova validação da URGA. Estas situações, acabam por “bloquear” todo o sistema, prejudicando a celeridade da faturação e arrastando os processos durante meses ou mesmo anos.

A maior parte das anomalias dos episódios não validados (assinalados para correção), diz respeito ao não envio das faturas relativas às consultas pós-operatórias; ao não envio do comprovativo de isenção do utente; à tributação de consultas não registadas na plataforma ou a utentes isentos; a erros na codificação registada pelo HD que gera um Grupo de Diagnóstico Homogéneo (GDH) diferente do proposto pelo HO; a alterações de modalidade de cirurgia, de ambulatório para convencional e vice-versa, sem que seja comunicado ou autorizado pelo HO. Apesar de serem poucos, há ainda episódios em que são os próprios HO a detetar erros de codificação, indicando qual deverá ser o correto a registar ou aqueles em que há aumentos do grau de severidade do doente, com a inclusão de inúmeras patologias e dependências que não foram detetadas ou sinalizadas pelo HO e que podem aumentar o preço da cirurgia.

A atividade cirúrgica ao abrigo do SIGIC representa uma despesa avultada para os cofres do SNS, tal como outro tipo de despesas relacionadas com os cuidados ambulatoriais, internamentos hospitalares, cuidados farmacêuticos, entre outras. Apesar dos 1480 episódios cirúrgicos apresentados neste relatório corresponderem unicamente aos que foram analisados por mim durante o período de estágio, estes representaram um montante superior a 3 milhões e 300 mil euros. O pagamento é feito pelos hospitais do SNS, que não conseguiram realizar cirurgias aos seus doentes em tempo útil - cumprir os TMRG - às entidades convencionadas do setor privado e social.

5. CONCLUSÃO

No contexto do estágio realizado, o presente relatório, tinha como finalidade analisar o processo de faturação em termos de atividade cirúrgica realizada ao abrigo do Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia (SIGIC). Nesse sentido, procedeu-se à análise dos episódios cirúrgicos sujeitos à validação da faturação na Unidade Regional de Gestão do Acesso (URGA), integrada na Administração Regional de Saúde do Centro (ARSC).

A referida análise, apesar de envolver uma amostra reduzida de episódios cirúrgicos, quando comparada com a atividade total da URGA, permitiu diagnosticar o tipo de problemas ocorridos a nível de faturação nas diversas entidades que prestam cuidados de saúde cirúrgicos, do setor privado e social, o fluxo de entradas de episódios cirúrgicos para validação, os valores monetários envolvidos, a percentagem de episódios validados e de episódios não validados, numa primeira fase, por apresentarem registos incoerentes durante o processo ou não envio dos documentos necessários para efeitos de faturação da URGA. Nos casos mais gravosos, alguns processos foram encaminhados para o Gabinete Jurídico da ARSC, por apresentarem um qualquer tipo de não conformidade, suscetível de penalização financeira.

Tornou-se também por demais evidente que as parcerias entre os diversos setores, público, privado ou social, representam um valor monetário bastante avultado, que impacta tanto a economia portuguesa, como os milhares de utentes que anseiam por uma melhoria dos seus níveis de saúde e qualidade de vida. Ainda que não seja conhecido o peso dos proveitos que as entidades convencionadas retiram destes acordos, deduz-se que o arrastamento dos processos e o adiamento dos pagamentos devidos, podem constituir verdadeiros transtornos financeiros nas contas das entidades em causa, visto que para muitas esta pode ser a sua grande fonte de sustento.

Sob o ponto de vista teórico, as atividades desenvolvidas durante o período de estágio permitiram-me aprofundar conhecimentos sobre o funcionamento do sistema de saúde português e a evolução que certas políticas e programas tiveram, concretamente, o programa do SIGIC para combater as listas de espera cirúrgicas, que tem provado ser eficaz, mesmo que as referidas listas tenham mais uma vez aumentado, fruto da situação pandémica que atualmente estamos a viver.

Podemos igualmente concluir que quarenta e dois anos após a criação do Serviço Nacional de Saúde, muito mudou na vida e na saúde dos portugueses e no acesso destes aos

cuidados de saúde. Determinados indicadores melhoraram substancialmente, como a diminuição da mortalidade infantil ou o acréscimo da esperança média de vida, mas tanto o envelhecimento demográfico como a aumento de doenças crónicas, constituirão um dos muitos desafios futuros do país. A juntar a estes fatores, salientamos o aumento da despesa, aliado ao subfinanciamento do setor, a desaceleração do crescimento económico, a excessiva burocratização em muitos dos processos ou a falta de fiscalização e controlo no tempo do serviço prestado e pago.

Face ao exposto, considero que todos os objetivos a que me propus durante a realização do Estágio curricular foram concretizados, seja no que respeita à caracterização evolutiva do Sistema de Saúde Português, incluindo a criação do Serviço Nacional de Saúde e as suas reformas e programas adotados ao longo dos anos, seja na apresentação tanto da Administração Regional de Saúde do Centro, como da Unidade Regional de Gestão do Acesso, não esquecendo a apresentação e a análise das atividades por mim desenvolvidas durante a vigência do estágio.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Andrade, A. D. C. (2016). A Regulação do Sistema de Saúde Português: Contribuição para um novo paradigma na prestação de cuidados de saúde. *e-Pública: Revista Eletrónica de Direito Público*, 3(3), 201-221.
- Baganha, M. I., Ribeiro, J. S., & Pires, S. (2002). O sector da saúde em Portugal: funcionamento do sistema e caracterização sócio-profissional. *Oficina do CES*, 182, 1-33.
- Barros, P. P., Cristóvão, R., & Gomes, P. A. (2013). Portugal. In L. Siciliani, M. Borowitz, & V. Moran (Eds.), *Waiting Time Policies in the Health Sector: What Works?* (pp. 237-261). OECD Health Policy Studies: OECD Publishing.
- Barros, P. P., & Gomes, J. P. (2002). Os sistemas nacionais de saúde da União Europeia, principais modelos de gestão hospitalar e eficiência no sistema hospitalar português. Lisboa: Gabinete de Análise Económica. Faculdade de Economia. Universidade Nova de Lisboa.
- Eurostat (2021), “GDP down by 0.6% and employment up by 0.3% in the euro area”, News release euroindicators, Vol. 23.
- Ferrinho, P., Simões, J., Miguel, J. P., Beja, A., Cortes, M., & Hartz, Z. (2013). Da gestão estratégica do sistema de saúde português à avaliação do seu desempenho—um percurso em construção. *Anais do Instituto de Higiene e Medicina Tropical*, 12, 76-87.
- Observatório Português dos Sistemas de Saúde. Relatório da Primavera 2017 – Viver em Tempos Incertos: Sustentabilidade e Equidade na Saúde. OPSS: Lisboa.
- Observatório Português dos Sistemas de Saúde. Relatório Primavera 2018 – Meio Caminho Andado. OPSS: Lisboa.
- OECD/EuropeanUnion (2020), *Health at a Glance: Europe 2020: State of Health in the EU Cycle*, OECD Publishing, Paris. Retirado de <https://doi.org/10.1787/82129230-en>.
- Pereira, A. G. D. (2019). Uma Lei de Bases da Saúde para os anos 2020. *e-Pública: Revista Eletrónica de Direito Público*, 6(1), 49-61.
- Simões, J., Augusto, G. F., Fronteira, I., & Hernández-Quevedo, C. (2017). Portugal. *Health systems in transition*, 19(2), p-1.
- Sousa, P. A. F. D. (2009). O sistema de saúde em Portugal: realizações e desafios. *Acta Paulista de Enfermagem*, 22(SPE), 884-894.