

**Planeamento e Afectação de Recursos em Saúde –
Um Caso de Estudo**

Tiago Alexandre Teixeira de Miranda

Tese submetida como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre
em Gestão dos Serviços de Saúde

Orientador:

Professor Doutor Nuno Crespo

Departamento de Economia – ISCTE Business School

Setembro 2010

Resumo

O Serviço Nacional de Saúde, SNS, é uma entidade pública que deve ser gerida de modo a prestar os cuidados adequados, garantindo ganhos de saúde efectivos, e a sustentabilidade do Sistema. Desta forma, o planeamento e a afectação de recursos, o seu financiamento e as políticas de investimento deverão garantir a racionalização dos recursos disponíveis, o compromisso de satisfação das necessidades de cuidados de saúde da população e a garantia de equidade de acesso. A existência de recursos limitados para responder às solicitações do SNS implica a elaboração de um planeamento de onde resulte uma definição criteriosa e sustentada das opções de afectação de recursos.

A afectação de recursos baseada nas necessidades tem na sua essência o conceito de que os serviços de saúde devem ser disponibilizados de forma equitativa e de acordo com as necessidades da população. A Necessidade de cuidados de saúde é comumente definida como a capacidade para se beneficiar. A Procura é o que os utentes pedem, sendo esta a que é reconhecida pelos médicos. Oferta são os cuidados de saúde prestados.

A criação de um centro hospitalar pressupõe a análise quer da oferta quer da procura, a avaliação da resposta efectiva às necessidades da população, a definição da oferta necessária para responder à procura actual e futura tendo em conta a evolução demográfica. No presente caso de estudo iremos analisar a criação de um centro hospitalar a partir de três hospitais. A caracterização cuidada e detalhada da população a abranger bem como a caracterização da Procura em termos concretos e efectivos, independentemente do local da prestação de cuidados de saúde, é fundamental para garantir que todo o planeamento é centrado no utente e nas suas necessidades. A Oferta deverá ajustar-se à Procura ao invés da Oferta condicionar a Procura, forçando a população a deslocar-se para obter os cuidados que necessita, ou mesmo, não ter resposta. Realizando o planeamento considerando apenas a Oferta, ou seja, do ponto de vista da instituição prestadora de cuidados de saúde, estamos a perpétuar as falhas do planeamento com base no histórico não garantindo a equidade de acesso e a satisfação das necessidades.

Palavras Chave: Planeamento, Recursos, Saúde, Necessidades, Equidade de Acesso

Abstract

The Portuguese National Health Service, NHS, is a public entity that must be managed so as to provide adequate care, ensuring effective health gains, and the sustainability of the system. Thus, planning and allocation of resources, their funding and investment policies should ensure the rationalization of resources, a commitment to meeting the needs of health care of the population and ensuring equity of access. The existence of limited resources to satisfy the demands of the NHS means preparing a planning which results in a sustained and careful definition of the options for allocating resources.

The allocation of resources based on need is in essence the concept that health services should be provided fairly and in accordance with the needs of the population. The need for health care is commonly defined as the ability to benefit. The Demand is what users ask for, this being the one recognized by physicians. Supply is the actual health services provided.

The planning of a hospital takes into assumption the analysis of both supply and demand, the evaluation of the effective response to the needs of the population, the definition of supply to meet current and future demand taking into account demographic trends. In this case study we will examine the planning of a hospital center based on three existing hospitals. The careful and detailed characterization of the population covered, the characterization of the demand in a effective way, regardless of where the provision of health care has taken place, is critical to ensure that all planning is centered on the user and it's needs. Planning taking in considering only the Supply, ie, from the standpoint of the institution providing health care, perpetuates the failures of planning based on the history and does not guarantee equity of access and satisfaction of needs.

Keywords: Planning, Resources, Health Needs, Equity of Access

Agradecimentos

A elaboração de uma tese de mestrado envolve sempre múltiplas ajudas e esforços. E como tal, expresso os meus sinceros agradecimentos às pessoas e entidades, cujo contributo e empenho foi de certa forma importante na conclusão deste trabalho.

Ao Professor Doutor Nuno Crespo pela orientação, apoio e conhecimento, de valor inestimável para a conclusão com sucesso deste longo trabalho de investigação.

A todas as pessoas envolvidas no projecto que esteve na base desta tese em particular ao Dr. João Urbano, ao Eng. Jorge Tropa, ao Dr. Jorge Sequeira, à Eng. Maria Vasconcelos, entre outros, o meu especial agradecimento pelos conhecimentos, apoio, validação, incentivo e preciosos conselhos.

Agradeço também às entidades envolvidas, nomeadamente a ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde, IP e a Siemens Healthcare Sector, pelo interesse no tema, pela facilidade e criação de condições para que este trabalho se pudesse realizar.

Aos meus colegas do “grupo restrito” do mestrado, que directa ou indirectamente contribuíram e me apoiaram em todos os momentos.

Um agradecimento muito especial aos meus Pais, pela sua compreensão, ajuda e apoio incondicional.

E finalmente à minha esposa Vanda e às minhas filhas gémeas Madalena e Maria por toda a dedicação e carinho e por serem tudo na minha vida.

Índice

1. INTRODUÇÃO.....	1
1.1. NATUREZA E ÂMBITO DO TRABALHO	3
1.2. IMPORTÂNCIA DO TEMA	3
1.3. ESTRUTURA DO TRABALHO	4
2. ANÁLISE COMPARATIVA DE MODELOS DE PLANEAMENTO E AFECTAÇÃO DE RECURSOS EM SAÚDE.....	5
2.1. AFECTAÇÃO DE RECURSOS BASEADA NAS NECESSIDADES	6
2.2. ESTUDOS DE CUSTO DA DOENÇA	10
2.3. AVALIAÇÃO ECONÓMICA	12
2.3.1. <i>Determinação dos Custos</i>	12
2.3.2. <i>Tipos de Avaliação Económica em Saúde</i>	15
2.3.3. <i>Breve comparação das Análises</i>	18
2.4. QALYS, QUALITY-ADJUSTED LIFE-YEAR LEAGUE TABLES	21
2.5. PBMA - PROGRAM BUDGETING AND MARGINAL ANALYSIS	23
3. CASO DE ESTUDO – MODELO DE PLANEAMENTO OPERACIONAL DE SAÚDE.....	26
3.1. O PROJECTO MOGEST	27
3.1.1. <i>Metodologia de Desenvolvimento</i>	28
3.1.2. <i>O Modelo de Planeamento</i>	29
3.2. CASO DE ESTUDO – CRIAÇÃO DE CENTRO HOSPITALAR	34
3.2.1. <i>Metodologia</i>	35
3.2.2. <i>Caracterização da Área de Influência / População</i>	36
3.2.3. <i>Caracterização da Procura</i>	40
3.2.3.1. Internamento	40
3.2.3.2. Consulta Externa	47
3.2.3.3. Hospital de Dia	53
3.2.4. <i>Caracterização da Oferta</i>	56
3.2.4.1. Internamento	57
3.2.4.2. Consulta Externa	60
3.2.4.3. Hospital de Dia	62
3.2.5. <i>Análise Procura vs Oferta</i>	64
3.2.5.1. Internamento	65
3.2.5.2. Consulta Externa	73
3.2.5.3. Hospital de Dia	78
4. CENTRO HOSPITALAR	82
4.1. DIMENSIONAMENTO DO INTERNAMENTO	82
4.1.1. <i>Cenário 1 – Com base na Oferta</i>	83
4.1.2. <i>Cenário 2 – Com base na Procura</i>	84
4.1.3. <i>Comparação de Cenários</i>	85
4.2. DIMENSIONAMENTO DA CONSULTA EXTERNA	85
4.2.1. <i>Cenário 1 – Com base na Oferta</i>	86
4.2.2. <i>Cenário 2 – Com base na Procura</i>	87
4.2.3. <i>Comparação de cenários</i>	88
5. CONCLUSÕES E PERSPECTIVAS.....	89
6. BIBLIOGRAFIA.....	93

Figuras e Tabelas

Figura 1 – Condicionantes do Processo de Tomada de Decisão	6
Figura 2 – Programa de Saúde	12
Figura 3 – Estrutura de Custos	13
Figura 4 – Comparação das Análises Económicas	18
Figura 5 – Priorização Explícita	22
Figura 6 – Capacidade para Beneficiar	26
Figura 7 – Necessidade – Procura - Oferta	30
Figura 8 – Modelo de Planeamento	33
Figura 9 – Estrutura do Centro Hospitalar	35
Figura 10 – População dos Seis Concelhos 2005 e 2030	37
Figura 11 – Evolução da População por Concelho 2005 - 2030	38
Figura 12 – Distribuição por Sexos	38
Figura 13 – Distribuição por Faixa Etária, 2010	39
Figura 14 – Distribuição por Sexo e Concelho, 2005 - 2030	40
Figura 15 – Quantidades de Doentes Saídos por Concelho, 2003 - 2007	41
Figura 16 – Dias de Internamento, 2007	41
Figura 17 – Demora Média, 2007	42
Figura 18 – Rácio de Episódios Médicos / Cirúrgicos, 2003 - 2007	42
Figura 19 – Doentes Saídos por Especialidade, 2003 - 2007	44
Figura 20 – Taxa de Utilização por Concelho, 2003 - 2007	45
Figura 21 – Taxa de Internamento por Tipo de GDH, 2003 - 2007	46
Figura 22 – Evolução do total de Consultas por Concelho, 2003 - 2007	48
Figura 23 – Evolução das Consultas, 2003 - 2007	48
Figura 24 – Evolução da Taxa de Utilização Consulta Externa, 2003 - 2007	50
Figura 25 – Taxa de Utilização de Cirurgia Geral, 2003 - 2007	51
Figura 26 – Taxa de Utilização de Ortopedia, 2003 - 2007	52
Figura 27 – Taxa de Utilização de Ginecologia, 2003 - 2007	52
Figura 28 – Taxa de Utilização de Medicina Geral e Familiar, 2003 - 2007	52
Figura 29 – Taxa de Utilização de Pediatria, 2003 - 2007	53
Figura 30 – Evolução de Doentes e Sessões, 2003 - 2007	54
Figura 31 – Distribuição de Sessões por Especialidade, 2003 - 2007	55
Figura 32 – Distribuição de Doentes por Especialidade, 2003 - 2007	55
Figura 33 – Evolução da Taxa de Utilização por Concelho, 2003 - 2007	56
Figura 34 – Origem por Concelho dos Doentes Saídos do CH das Caldas da Rainha, 2007	58
Figura 35 – Origem por Concelho dos Doentes Saídos do H de Alcobça, 2007	58
Figura 36 – Origem por Concelho dos Doentes Saídos do H de Peniche, 2007	59
Figura 37 – Evolução da Oferta de Internamento, 2003 - 2007	59
Figura 38 – Evolução da Oferta da Consulta Externa, 2003 - 2007	60
Figura 39 – Origem por Concelho das Consultas do CH das Caldas da Rainha, 2007	61
Figura 40 – Origem por Concelho das Consultas do H de Alcobça, 2007	62
Figura 41 – Origem por Concelho das Consultas do H de Peniche, 2007	62
Figura 42 – Evolução da Oferta de Hospital de Dia, 2003 - 2007	63
Figura 43 – Distribuição da Oferta de Hospital de Dia por concelho de origem, 2007	64
Figura 44 – Evolução da Quota de Mercado, por concelho, 2003 - 2007	66
Figura 45 – Quota de Mercado por Especialidade, 2007	68
Figura 46 – Quotas de Mercado no Concelho de Alcobça	70
Figura 47 – Quotas de Mercado no Concelho do Bombarral	71
Figura 48 – Quotas de Mercado no Concelho das Caldas da Rainha	71
Figura 49 – Quotas de Mercado no Concelho de Peniche	72
Figura 50 – Quotas de Mercado no Concelho de Óbidos	72
Figura 51 – Evolução das Quotas de Mercado de Consulta Externa por Concelho, 2003 - 2007	73
Figura 52 – QM de Consulta Externa do CH das Caldas da Rainha por Concelho, 2007	75
Figura 53 – Quota de Mercado de Consulta Externa do H de Alcobça por Concelho, 2007	76
Figura 54 – Quota de Mercado de Consulta Externa do H de Peniche por Concelho, 2007	76
Figura 55 – Quotas de Mercado de Consulta Externa por Concelho e Hospital, 2007	77
Figura 56 – Evolução da Quota de Mercado de Sessões, 2003 - 2007	78
Figura 57 – Evolução da Quota de Mercado de Doentes, 2003 - 2007	79

Figura 58 – Evolução da Quota de Mercado de Hospital de Dia, 2003 - 2007	79
Figura 59 – Relação Necessidades-Oferta-Procura.....	90
Tabela 1 – Evolução dos Tipos de Avaliação Económica em Saúde	15
Tabela 2 – Comparação das Análises Económicas.....	21
Tabela 3 – Projecção da População por Concelho, 2005-2030	37
Tabela 4 – Distribuição da População por Sexo, 2005 - 2030	38
Tabela 5 – Distribuição por Faixa Etária, 2010	39
Tabela 6 – Quantidade de Doentes Saídos por Concelho, 2003 - 2007	41
Tabela 7 – Quantidade de Epsódios Cirúrgicos e Médicos por Concelho, 2003 - 2007	42
Tabela 8 – Doentes Saídos por Especialidade, 2006 - 2007	43
Tabela 9 – Taxa de Utilização por Concelho, 2003 - 2007	44
Tabela 10 – Taxa de Utilização por Especialidade, 2006 - 2007.....	46
Tabela 11 – Taxa de Internamento por Tipo de GDH, 2003 - 2007.....	46
Tabela 12 – Quantidade de Consultas por Concelho, 2003 - 2007.....	47
Tabela 13 – Taxa de Utilização da Consulta Externa por Concelho, 2003 - 2007	49
Tabela 14 – Taxa de Utilização por Especialidade, 2003 - 2007.....	51
Tabela 15 – Quantidade de Sessões e Doentes por Concelho, 2003 - 2007.....	53
Tabela 16 – Quantidade de Sessões e Doentes por Especialidade, 2003 - 2007.....	55
Tabela 17 – Taxa de Utilização por Concelho, 2003 - 2007	56
Tabela 18 – Caracterização das Instituições	57
Tabela 19 – Quantidade de Doentes Saídos por Instituição e Concelho, 2003 - 2007.....	57
Tabela 20 – Quantidade de Doentes Saídos por Instituição para cada Concelho, 2007.....	57
Tabela 21 – Quantidade de Consultas por Instituição e Concelho, 2003 - 2007.....	60
Tabela 22 – Quantidade de Consultas por Hospital e Concelho, 2007	61
Tabela 23 – Origem por Concelho do Hospital de Dia do CH das Caldas da Rainha, 2007.....	63
Tabela 24 – Origem por Concelho das Sessões e Doentes do CH das Caldas da Rainha, 2007.....	64
Tabela 25 – Quota de Mercado por concelho, 2003 - 2007	65
Tabela 26 – Quota de Mercado por Especialidade, 2003 - 2007.....	67
Tabela 27 – Quota de Mercado por Hospital e Concelho, 2003 - 2007	68
Tabela 28 – Quota de Mercado por Concelho e Hospital, 2003 - 2007	70
Tabela 29 – Quota de Mercado Consulta Externa por Concelho, 2003 - 2007	73
Tabela 30 – Quotas de Mercado Consulta Externa, por Especialidade	74
Tabela 31 – Quotas de Mercado Consulta Externa por hospital e concelho, 2003 - 2007	75
Tabela 32 – Quota de Mercado do CH das Caldas da Rainha por Concelho, 2003 - 2007	78
Tabela 33 – Quota de Mercado de Hospital de Dia por Especialidade, 2003 - 2007.....	80
Tabela 34 – Quantidade de Sessões e Doentes dos seis concelhos, por Hospital, 2003 – 2007	81
Tabela 35 – Quantidade de Doentes Saídos por Hospital e Concelho, 2003 - 2007	83
Tabela 36 – Taxas de Utilização do Internamento por Concelho, 2003 - 2007	84
Tabela 37 – Projecção da População 2005 - 2030.....	84
Tabela 38 – Comparação dos Cenários Oferta e Procura, Internamento	85
Tabela 39 – Quantidade de Consultas por Instituição e Concelho, 2003 - 2007.....	86
Tabela 40 – Taxa de Utilização de Consulta Externa	87
Tabela 41 – Comparação dos cenários Oferta e Procura, Consulta Externa	88
Tabela 42 – Comparação dos Cenários Oferta e Procura	89

Abreviaturas

ACSS - Administração Central do Sistema de Saúde, IP

ARS - Administração Regional de Saúde

CH - Centro Hospitalar

DECO - Defesa do Consumidor

GDH - Grupo de Diagnóstico Homogéneo

H - Hospital

ICER - Incremental Cost-Effectiveness Ratios,

MCDT - Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica

MoGest - Modelo de Planeamento Operacional de Saúde

MS - Ministério da Saúde,

PECLEC - Programa Especial de Combate às Listas de Espera Cirúrgicas

PMBA - Program Budgeting and Marginal Analysis,

QALY - Quality Adjusted Life Years

QM - Quota de Mercado

SNS - Serviço Nacional de Saúde

1. Introdução

O Serviço Nacional de Saúde (SNS) é uma entidade pública que deve ser gerida de modo a prestar os cuidados adequados, garantindo ganhos de saúde efectivos, e a sustentabilidade do Sistema.

Desta forma, o planeamento e a afectação de recursos do Sistema Nacional de Saúde, o seu financiamento e as políticas de investimento deverão garantir a racionalização dos recursos disponíveis, o compromisso de satisfação das necessidades de cuidados de saúde da população e a garantia de equidade de acesso a toda a população de Portugal Continental.

A existência de recursos limitados para responder às solicitações do SNS implica a elaboração de um planeamento de onde resulte uma definição criteriosa e sustentada das opções de afectação de recursos.

Assim, o Planeamento do Sistema Nacional de Saúde deverá ter em consideração questões fundamentais como:

- Qual é a procura de serviços das populações por área geográfica? Quais os fluxos de procura?
- Qual a procura de serviços por especialidade, idade, sexo e geografia? E por tipo de doente?
- Estará a oferta adequada à procura actual? Que recursos físicos, humanos e tecnológicos estão disponíveis e onde?
- Estará o perfil do prestador bem dimensionado face à procura expressa?
- O acesso aos recursos pelas populações faz-se de forma equitativa? Tem em atenção a demografia? E a patologia?
- Qual a quota de mercado total e por especialidade de cada um dos prestadores? Qual a área de influência real?
- Qual o impacto da introdução de tecnologias futuras no perfil da oferta?
- Como simular o impacto na procura de um conjunto de prestadores com a introdução de um novo prestador?

Face a estas questões como definir uma política de afectação de recursos no âmbito do Serviço Nacional de Saúde?

Nenhum Sistema Nacional de Saúde disponibiliza recursos ilimitados a todos os seus utentes. Os recursos disponíveis para a Saúde são limitados quando comparados com a procura, se não mesmo com as necessidades, e todos os sistemas de saúde, independentemente do seu financiamento ou organização, aplicam mecanismos de racionalização e de definição de prioridades dos recursos.

Segundo o Conselho Económico e Social (2002: 38) temos que “Portugal é apontado pelos organismos internacionais como um caso de ineficiência na afectação de recursos no ensino sem correspondência na qualidade. Por exemplo, desde 1995 o sistema educativo perdeu por razões demográficas setenta mil alunos, mas o efectivo dos professores aumentou dezanove mil. O mesmo se pode dizer dos recursos afectos ao sistema de saúde, onde a produtividade é baixa: excesso de capacidade instalada em algumas zonas do país; fraca utilização dos equipamentos; não optimização dos meios humanos; consumo excessivo de meios de diagnóstico e de medicamentos, etc.

Os sistemas de saúde e de educação precisam de uma alteração estrutural profunda dos seus modelos de gestão e de organização, eliminando a quase auto-gestão, e melhorando a produtividade. A experiência de gestão mostra, que, aplicando princípios de racionalidade económica, seria seguramente possível obter poupanças superiores a 30%, com melhoria da qualidade.” (Conselho Económico e Social, 2002, página 38)

A necessidade de racionalizar e definir prioridades obriga à definição de metodologias de planeamento e afectação de recurso que possam ser aplicadas a sistemas de saúde públicos, que podem ser do tipo:

- Abordagens baseadas no conceito de satisfação das necessidades da população maximizando a sua capacidade de beneficiar com as intervenções realizadas;
- Abordagens económicas que identificam a afectação de recursos mais eficiente com o objectivo de maximizar os benefícios de saúde ou outros indicadores sociais;
- Abordagens que pretendem definir prioridades baseadas na idade;

- Abordagens que resolvem as questões de afectação de recursos por via do debate e negociação.

Ainda assim, as opções que se colocam serão sempre do tipo:

- Saúde vs Outros Serviços;
- Saúde vs Saúde;
- Diferentes grupos de utentes;
- Terapêuticas específicas para cada grupo de utentes;
- Prioritização de utentes;
- Quanto investir em cada utente.

1.1. Natureza e Âmbito do Trabalho

O presente trabalho insere-se no contexto dos serviços de saúde e tem como principal objectivo a análise dos modelos de planeamento e afectação de recursos em saúde. É um trabalho do tipo caso de estudo em que se pretende:

- identificar e caracterizar os diversos modelos existentes;
- analisar um caso de estudo resultante da aplicação de um modelo em Portugal;
- avaliar a afectação de recursos em Portugal e as suas consequências em termos de equidade de acesso e assimetrias de procura;

1.2. Importância do Tema

O tema do presente trabalho – Planeamento e Afectação de Recursos em Saúde – é um tema actual e pertinente, quer em Portugal quer a nível internacional.

O mercado da Saúde é considerado um dos mais diferenciados, complexos e com maior impacto na vida do cidadão. A afectação de recursos no sector da saúde envolve escolhas complexas, e não apenas entre equidade e eficiência. Os Sistemas de Saúde são desenvolvidos para atingir múltiplos objectivos. A afectação de recursos não se pode basear apenas em relações custo-efectividade, onde a efectividade se mede somente em ganhos de saúde. A incerteza dos, potencialmente, elevados custos de

certas patologias cria uma pressão para prevenir cuidados de saúde hospitalares onerosos.

No financiamento de serviços de saúde, a afectação de recursos tem três objectivos: melhorar a saúde das populações, garantir a sustentabilidade financeira do sistema e satisfazer as expectativas da população quanto ao acesso e disponibilidade de serviços de saúde. Estes múltiplos objectivos inevitavelmente implicam escolhas difíceis.

A criação de metodologias de planeamento e definição de modelos de afectação de recursos em Saúde é uma necessidade premente. Estas metodologias deverão ter em consideração todas as instituições prestadoras de serviços de saúde, a sua interacção, os fluxos populacionais na procura dos melhores cuidados de saúde, a maioria das vezes contrariando as redes de referenciação formais, a consideração de conceitos de mercado como taxas de utilização de serviços e quotas de mercado, e tendo em conta as necessidades da população.

1.3. Estrutura do Trabalho

O presente trabalho está estruturado em cinco áreas distintas:

- A **Introdução** descreve a natureza e âmbito do trabalho, a importância do tema escolhido, os objectivos propostos e a metodologia seguida neste trabalho;
- O Capítulo - **Análise Comparativa de Modelos de Planeamento e Afectação de Recursos em Saúde** - pretende expor e comparar os diferentes modelos descritos na literatura e utilizados na prática corrente para planeamento e afectação de recursos em Saúde. Engloba o enquadramento teórico onde se procurou de forma concisa apresentar uma revisão bibliográfica da teoria e estudos existente sobre afectação de recursos em saúde. Como principal fonte de informação consideram-se casos práticos de aplicação internacional a nível governamental.
- O Capítulo – **Caso de Estudo – Modelo de Planeamento Operacional da Saúde** – procede à apresentação e descrição do modelo de planeamento MoGest, e exemplos de aplicação.
- O Capítulo – **Conclusões e Perspectivas** – pretende explicar algumas conclusões do trabalho e perspectivas futuras de aplicação e evolução.

2. Análise Comparativa de Modelos de Planeamento e Afectação de Recursos em Saúde

Na afectação de recursos em Saúde é consensual que as decisões devem ser transparentes, abertas ao debate, e baseadas em princípios de justiça e equidade, e que a afectação de recursos deve-se basear nas necessidades.

Além disso, as metodologias de planeamento e afectação de recursos podem ser traduzidas em regras e fórmulas mas o processo será sempre condicionado pela limitação de recursos e por questões políticas, económicas e sociais.

A questão da equidade de acesso é central ao planeamento e afectação de recursos podendo ser considerada a equidade de acesso aos serviços, a equidade na capacidade de beneficiar e a equidade do estado de saúde.

A equidade caracteriza-se pela igualdade de oportunidades de aceder aos serviços, padrões de qualidade iguais (e altos) para todos e um ajuste às necessidades – mais necessidades, mais serviços.

A definição de políticas de planeamento é condicionada pela informação disponível e pelo conhecimento existente. Assim, quando dispendo de informação actualizada, fíável e de fácil tratamento podemos tomar decisões fundamentadas, perceber tendências e comprovar os motivos para o sucesso, ou insucesso, de determinada decisão.

Contudo, a tomada de decisão e a definição de prioridades deve ser um processo multidisciplinar envolvendo os diversos *stakeholders* e estarem publicamente disponíveis e abertos a discussão e revisão, reflectindo um consenso tão abrangente quanto possível. Neste processo estarão naturalmente envolvidos políticos, peritos e representantes das populações com diferentes perspectivas relativamente às prioridades e áreas a afectar recursos.

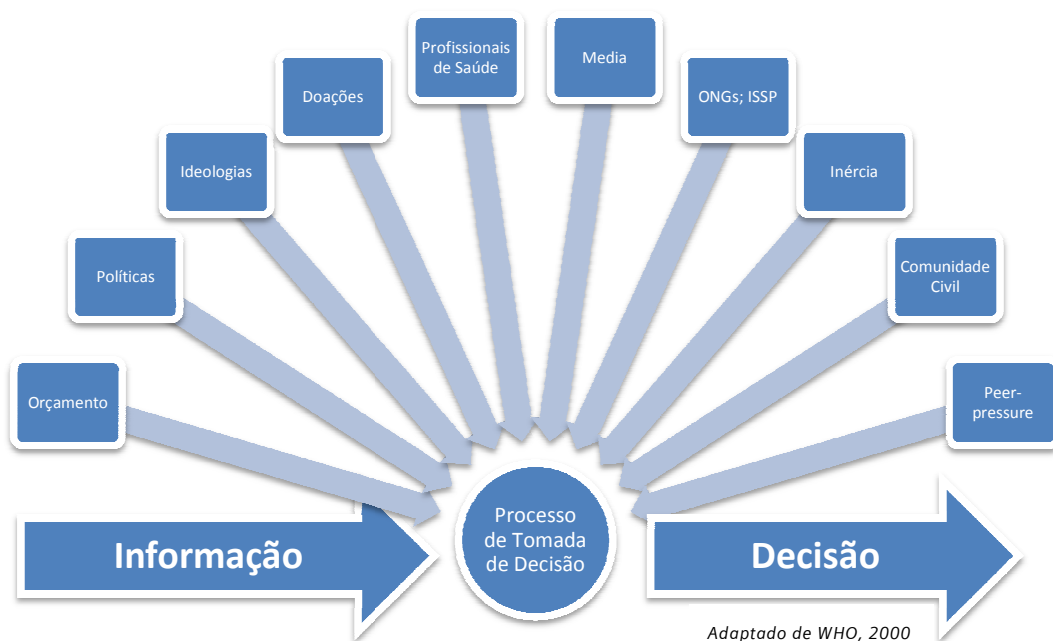


Figura 1 – Condicionantes do Processo de Tomada de Decisão

Existe algum debate acerca do processo de tomada de decisão. Por oposição ao envolvimento dos diferentes *stakeholders*, existe o conceito de que a decisão deve ser tomada essencialmente com base em dados e recorrendo a estudos epidemiológicos para identificar necessidades satisfeitas e não-satisfeitas, garantindo assim uma decisão baseada na evidência.

Existem critérios de ordem prática subjacentes aos modelos de planeamento e afectação de recursos. Devem ser tecnicamente robustos, minimizar incentivos indesejados ou não planeados, serem detalhados, transparentes e objectivos, sensíveis às mudanças, usarem dados fiáveis, e serem estáveis e prolongados no tempo.

Os modelos de planeamento devem ser evolutivos e as modificações ocorrerem de forma sistemática e gradual.

A avaliação da utilização de recursos estará naturalmente dependente de sistemas de gestão de desempenho.

2.1. Afectação de Recursos baseada nas Necessidades

A afectação de recursos baseada nas necessidades tem na sua essência o conceito de que os serviços de saúde devem ser disponibilizados de forma equitativa e de acordo com as

necessidades da população. Este conceito tem um problema inato: como definir as necessidades da população sendo que “necessidades” é um termo um pouco vago.

Na maior parte dos cenários a afectação de recursos depende da selecção e ponderação de indicadores representativos da realidade do mercado da saúde.

Em diversos países foram implementados sistemas de afectação de recursos por capitação baseados nas necessidades da população alvo, sendo que a principal dificuldade reside no desenvolvimento de metodologias e de ferramentas que permitam estimar correctamente as necessidades da população. Actualmente, na maioria dos sistemas de saúde, a afectação de recursos é um procedimento complexo que consiste na afectação directa de recursos baseado nas necessidades em conjunto com mecanismos de mercado de afectação de recursos em Saúde (Talbot-Smith e Pollock, 2006).

Assim, podemos afirmar que a afectação de recursos é realizada essencialmente tendo por base o peso da doença na população ou tendo por base estudos epidemiológicos das patologias.

Na identificação das necessidades da população temos os seguintes passos (Gugushvili, 2007):

- Uma definição clara do grupo populacional para o qual iremos avaliar as necessidades;
- Identificação de sub-categorias com necessidades e/ou serviços específicos;
- Estimação das Taxas de Prevalência e Incidência para cada sub-categoria;
- Definição do portefolio de serviços para cada sub-categoria;
- Realização de estudos de efectividade das intervenções a realizar;
- Definição de um modelo de cuidados que tenha em consideração as diferentes prioridades.

Independentemente do método de afectação de recursos, baseado nas necessidades, que se use, a ponderação do financiamento deve em teoria garantir o princípio de equidade

de acesso aos cuidados de saúde para utentes com as mesmas necessidades, uma vez que são ponderados factores como a condição sócio-económica e a demografia na determinação dos “estado de saúde” e “necessidades de saúde”.

Para além da identificação dos indicadores apropriados para o planeamento temos a variável geografia. A disponibilidade, em quantidade e qualidade, de instituições prestadoras de cuidados de saúde bem como as questões do preço dos serviços criam diferentes oportunidades de acesso. Esta situação pode levar a uma distorção na análise das necessidades. Segundo Rice (2001) temos que as questões de geografia têm um papel crucial nas condicionantes da Saúde. A geografia pode afectar directamente o estado de saúde de um indivíduo, através de efeitos geográficos tangíveis como seja o Ambiente, ou menos tangíveis como sejam as condições sociais. A geografia pode também desempenhar um papel fundamental na natureza dos cuidados de saúde prestados, através de heranças históricas e culturais e variações de preço em termos geográficos. Além disso, a distribuição geográfica de instituições prestadoras de cuidados de saúde pode afectar as taxas de utilização, mediante diferentes oportunidades de acesso a serviços de saúde.

Existe também um fenómeno documentado de que a oferta estimula a procura, induzindo assim que uma determinada população, pelo facto de ter “fácil” acesso a serviços de saúde, tenha maiores necessidades de serviços de saúde. Este fenómeno identificado por exemplo por Milton I. Roemer, e conhecido como Lei de Roemer, define que *"in an insured population, a hospital bed built is a bed filled"* (Abel, 2008). Ainda que a lei não seja absolutamente verificável em todos as situações, a sua publicação em 1959 levou a que nos Estados Unidos fossem criados os *Certificate of Need* que pretendem minorar o efeito da procura induzida pelos médicos. A relação de agência existente entre médico e utente, e que resulta da assimetria de informação nesta relação, pode potenciar o incentivo ao consumo de serviços de saúde.

Em sistemas de saúde como o nosso SNS existe alguma dificuldade em distinguir entre necessidades de saúde legítimas e ilegítimas. Por legítimas considera-se que o valor médio dos cuidados de saúde prestados a cada indivíduo é igual ao pacote de cuidados de saúde desejável. As ilegítimas tomam em consideração as necessidades não satisfeitas de uma população como sendo a diferença entre os cuidados de saúde desejáveis e os efectivamente prestados. Na verdade as afectações de recursos

financeiros raramente são determinados por uma única fórmula. No Reino Unido os fluxos financeiros são baseados nas afectações históricas ajustadas ao longo do ano fiscal corrente (Talbot-Smith, 2006). Este tipo de metodologia de afectação de recursos financeiros cria poucos incentivos a que por um lado os prestadores de cuidados de saúde excedam a produção já contratualizada, e por outro diminuam os seus custos (Marini, 2007).

Ven (1996) identificou três grandes tendências que impactuam sobre a afectação de recursos em saúde:

- A erosão de sistemas verticalmente integrados e a separação entre financiadores e prestadores, com a definição de relações contratuais entre as partes;
- A tendência para a competição regulada entre prestadores de cuidados de saúde;
- A introdução de políticas relativamente à mobilidade de utentes e a livre escolha de prestador.

Devido às reformas ocorridas no SNS com a introdução de conceitos de empresarialização e práticas de gestão típicas do sector privado, a prestação de cuidados de saúde tem sido percebida como um bem transaccionável sujeito a regras de oferta e procura. Os objectivos das reformas operadas tem sido tornar a afectação de recursos em saúde mais eficiente, mais inovadora e corresponder às expectativas dos utentes, mantendo a equidade.

Existe debate acerca se é possível manter a equidade num sistema de saúde em competitividade de mercado sendo que se entende equidade como o acesso equitativo a cuidados de saúde a um preço razoável num período de tempo aceitável. A eficácia de uma terapêutica tem de ser analisada em consonância com o diagnóstico e o estado de saúde do utente, sendo que a responsabilidade da prestação de cuidados de saúde a preços razoáveis depende dos prestadores. A criação de protocolos e *guidelines* pelos profissionais de saúde associado a incentivos de ordem financeira, iria permitir que os melhores prestadores fossem premiados.

A forma utilizada em Portugal de reembolso pelo Estado Português aos prestadores de cuidados de Internamento é o pagamento baseado no Grupo de Diagnóstico Homogéneo

(GDH), ajustado pelo índice de Casemix. O desenvolvimento dos GDHs ocorreu na década de 80 nos Estados Unidos da América como consequência da filosofia de afectação de recursos baseada na actividade, onde utentes dentro de diversas categorias eram classificados como clinicamente similares e como sendo expectável que utilizassem / consumissem os mesmos recursos hospitalares. A utilização de GDH representa uma visão de mercado para a produtividade e o controlo de recursos escassos através da imposição de limites às despesas, e tem efeitos essencialmente sobre a utilização de recursos e não sobre a sua afectação (Urbano, 1990).

Neste sistema os hospitais são reembolsados a preços fixos após a prestação de cuidados de saúde. Os prestadores podem obter ganhos caso consigam fazer baixar os custos, no entanto esta redução pode ser obtida mediante a redução da qualidade de serviço prestado. Além disso, existe o risco do prestador fazer uma classificação do GDH mais vantajosa em termos financeiros.

A afectação de recursos baseada na actividade pode levar ao desinvestimento em áreas com menos actividade, e logo com menos retorno financeiro, ainda que a necessidade da população exista.

2.2. Estudos de Custo da Doença

Os estudos de custo da doença são um estudo económico bastante comum na literatura médica, especialmente em revistas da especialidade. O objectivo do estudo é identificar e medir todos os custos de uma determinada doença ou patologia, incluindo os custos directos, indirectos e os intangíveis. O seu resultado é expresso em unidades monetárias, e reflecte o custo total para a sociedade de uma determinada doença.

Estes estudos são uma importante ajuda para a definição de políticas de saúde (Rice, 1994).

Existem duas formas de realizar estes estudos: a prevalência e a incidência.

A prevalência, a mais comum, consiste em estimar os custos totais de uma doença no período de um ano.

A incidência necessita de enormes quantidades de dados uma vez que analisa os custos ao longo da vida do indivíduo, para os casos diagnosticados num determinado ano.

Desta forma é possível estabelecer uma referência de modo a termos um termo de comparação.

Este tipo de estudo providência informação acerca do volume de gastos de uma sociedade com uma determinada doença, e conseqüentemente, quanto seria poupado caso a doença fosse erradicada. Além disso, identifica as diversas parcelas que compõem os custos e a contribuição de cada sector da sociedade, sendo que esta informação é extremamente valiosa para a definição de políticas de financiamento. Contudo, estes estudos apenas representam metade da questão. Sem a identificação dos benefícios resultantes do investimento e financiamento de políticas de saúde e combate a uma determinada doença, não será possível aferir se a afectação de recursos é eficiente, ou se seria mais benéfica noutro programa de combate à doença. A redução de custos conseguida com a implementação destes programas será necessariamente de difícil, se não impossível, determinação e/ou concretização dado que poucas doenças poderão ser totalmente erradicadas e os investimentos em prestação de saúde terão de continuar a acontecer em simultâneo com a prevenção. Por outro lado, ainda que os custos de tratamento possam ser elevados existem situações em que os custos de prevenção poderão ultrapassar os de tratamento sendo que os estudos de custo da doença serão essenciais para aferir a viabilidade das acções de prevenção.

A afectação de recursos em saúde com base em estudos de custo de doença tem ainda uma condicionante no facto de que uma patologia de elevado custo pode não ter uma terapêutica eficaz face ao que é o conhecimento actual da medicina. Pelo contrário, uma patologia de baixo custo mas com elevada probabilidade de cura ou prevenção poderá resultar em ganhos para a saúde individual muito superiores. Deste modo os estudos de custo da doença poderão ter tendência para não favorecer ganhos de saúde significativos de patologias de baixo custo.

A realização de estudos de custo – benefício ou custo – eficácia poderão ser uma aproximação mais abrangente e realista da problemática da afectação de recursos em saúde.

2.3. Avaliação Económica

Na literatura são descritos quatro tipos de avaliação económica em cuidados de saúde (Drummond, 1987), sendo que as principais diferenças estão na forma como as consequências são medidas e avaliadas:

- Análise de minimização – custo, CMA;
- Análise de custo – efectividade, CEA;
- Análise de custo – utilidade, CUA;
- Análise de custo – benefício, CBA.

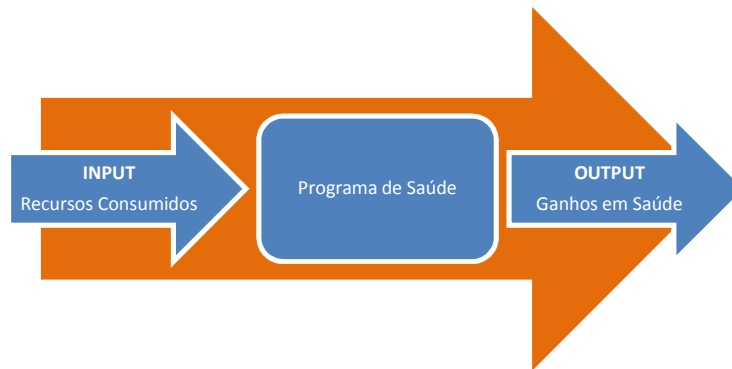


Figura 2 – Programa de Saúde

2.3.1. Determinação dos Custos

Na avaliação económica o primeiro passo da análise consiste na identificação dos custos e a sua quantificação em unidades monetárias. Nos quatro tipos de avaliação económica os custos são tratados da mesma maneira, contudo a forma de tratar os benefícios e consequências é diferente.

Na determinação de custos existem as seguintes etapas:

- Especificar os recursos usados,
- Contabilizar as unidades de cada recurso,
- Atribuir valores a esses custos.

Na avaliação económica o valor para a sociedade, medido por exemplo, pelo rácio custo – benefício, pode ser elevado, mas não o ser para todos os membros da sociedade.

Importa distinguir entre custo e preço sendo que o custo, directo ou indirecto, está associado aos recursos consumidos, e preço é o que o utente paga.

Os custos podem ser distinguidos entre directos e indirectos, fixos ou variáveis.

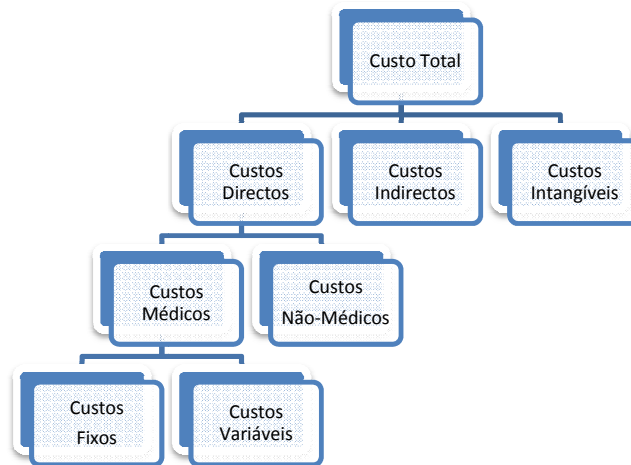


Figura 3 – Estrutura de Custos

Os custos directos são os recursos consumidos e pagos na realização do diagnóstico, prevenção e tratamento, e envolvem sempre uma transferência monetária. Ou seja, os cuidados consumidos devido ao tratamento e suas consequências, como seja as despesas de hospitalização ou as associadas à realização de consultas; os gastos em meios de diagnóstico e terapêutica e em cuidados de enfermagem e de reabilitação; ou os incorridos por morte do doente. Podem ser identificados através da actividade das instituições prestadores de cuidados de saúde.

Os custos indirectos são recursos perdidos devido à doença, ou à intervenção para prevenir ou tratar a doença, e não envolvem uma transferência monetária. Estão incluídos os custos de:

- **Morbilidade**, ou seja, o valor ou a perda de produtividade: são estimados como sendo o resultado dos ganhos que um indivíduo teria obtido se não fosse afectado pela doença ou o número de dias perdidos pela população activa.
- **Mortalidade**, ou seja, o resultado do número de mortes gerado pela doença e o valor esperado dos ganhos futuros do indivíduo, de acordo com a sua idade.

Como custos directos podem também ser considerados todos os custos decorrentes do tratamento que incidam sobre o paciente e a sua família, como seja os de transporte até

ao local de prestação de cuidados de saúde; as despesas de alojamento (se o paciente se tiver de deslocar para fora da sua área de residência, por exemplo); ou os custos de manutenção da sua habitação, se o paciente se vir obrigado a contratar alguém para o substituir ou ajudar na realização de tarefas domésticas. Além disso, devem ser considerados apenas os relacionados com a perda de produtividade do trabalhador. Paralelamente podem ocorrer ganhos de produtividade resultantes do tratamento. Assim, estes custos devem ser relatados em termos líquidos, isto é, custos apurados deduzidos dos ganhos (Silva et al, 1998).

Os custos variáveis variam com o volume de produção ao contrário dos custos fixos que não dependem da quantidade.

Os custos padrão podem-se tornar obsoletos se a prática clínica é alterada frequentemente. Custo médio é o custo por unidade produzida.

O método menos consistente para valorizar os recursos consumidos é a utilização dos custos contabilísticos. Tal deve-se ao facto de estes reflectirem procedimentos administrativos e ópticas redutoras (em particular quando se trata de serviços públicos) que enviam os valores obtidos. Um caso claro deste aspecto é a forma como as amortizações são consideradas na contabilidade pública não permitindo que se possa reflecti-las nos custos unitários da utilização dos equipamentos. Contudo, se a perspectiva adoptada no estudo for a de um serviço público (a do hospital ou a da Região de Saúde, por exemplo) devem ser estes os custos a incluir na análise porque é com base nestes valores que os gestores públicos tomam as suas decisões (Silva et al, 1998).

Existem também custos que são considerados intangíveis e que estão associados a efeitos cuja valorização é difícil, como por exemplo, dor ou infertilidade.

Custo marginal é o custo incremental associado com a última unidade produzida.

O custo de oportunidade mede o custo numa perspectiva de utilização alternativa dos recursos, sendo que o preço nem sempre é a perspectiva mais adequada.

O valor também depende da perspectiva temporal; alguns recursos podem ter um pequeno custo de oportunidade no curto prazo e um custo elevado no longo prazo. Dado que os custos, e os benefícios, se podem estender a prazos dilatados, comparações ingénuas de custos por doente podem levar a conclusões erradas. A actualização e o

desconto são conceitos baseados na preferência temporal que permitem definir os valores no presente e no futuro.

Os custos baseados na prevalência estimam os encargos ocorridos durante um período específico, independente do tempo de doença. Os custos baseados na incidência estimam os custos na vida associados à doença e a morbilidade.

A análise dos custos está dependente da qualidade dos dados disponíveis.

Os sistemas de contabilidade dos hospitais foram concebidos originalmente como instrumentos orçamentais para gerir os recursos disponíveis. Assim, os custos estavam afectados a serviços administrativas em vez de unidades prestadoras de cuidados a doentes, como enfermarias ou consultas. A distribuição dos custos para os grupos no hospital é muito alargada e distorcida, logo os custos com os recursos humanos envolvidos e os fornecimentos destinados a cada utente é, geralmente, estimado. A divisão de custos conjuntos em categorias exclusivas é arbitrária e sujeita a manipulações, por exemplo, um médico que num hospital universitário preste cuidados de saúde e ensino médico.

As distorções na análise dos custos podem ser introduzidas de várias maneiras se o analista não formular explicitamente a perspectiva particular do interesse do decisor: sociedade, comprador, segurador, paciente, patrocinador, investigador.

2.3.2. Tipos de Avaliação Económica em Saúde

Em termos históricos, os tipos de avaliação económica impõem-se de forma diversa:

Data	Avaliação Económica	Custos	Medida dos Benefícios
1960' s	Minimização do Custo	Unidades Monetárias	-
1970' s	Análise Custo – Efectividade	Unidades Monetárias	Unidades Naturais (Ex: Anos - vida ganhos)
1980' s	Análise Custo – Utilidade	Unidades Monetárias	Estado Saúde (Ex: QALYs)
1990' s	Análise Custo – Benefício	Unidades Monetárias	Unidades Monetárias

Tabela 1 – Evolução dos Tipos de Avaliação Económica em Saúde

A **Análise de Minimização de Custos** mede os custos das várias alternativas em unidades monetárias. De modo a poderem ser comparadas apenas na vertente financeira, as consequências das várias alternativas deverão ser idênticas, sendo que desta forma não existe necessidade de quantificação das consequências. Esta análise tem em consideração apenas artigos com custos explícitos em unidades monetárias. O resultado obtido é o custo total ou líquido. Por exemplo, avaliação de dois medicamentos equivalentes em que o efeito se provou ser igual, embora o custo de aquisição e de administração dos dois medicamentos possa ser bastante diferente.

A **Análise Custo – Efectividade** caracteriza-se por ter um único efeito de interesse, sendo que o efeito é comum a todas as alternativas consideradas. Cada alternativa permite alcançar o efeito desejado contudo com diferentes intensidades. As consequências são medidas em unidades naturais. A eficácia está em unidades clinicamente relevantes, sendo que poderão ser do tipo: anos de vida ganhos; baixa de 1% nas LDL; dias de incapacidade evitados; redução da tensão arterial. Não há uma comparação implícita entre custos e benefícios nem uma valorização das consequências. Implicitamente, admite-se que vale sempre a pena obter os efeitos que resultam das alternativas consideradas. A comparação entre as várias alternativas não é perfeita. A comparação final é deixada ao critério do decisor, ou seja, será a avaliação implícita de cada decisor que determinará a importância relativa das diferentes consequências e dos custos de cada alternativa.

A **Análise Custo – Utilidade** é um exemplo especial de Análise de Custo - Efectividade onde as consequências são medidas como Quality Adjusted Life Years, QALYs, ganhos.

A combinação das limitações associadas às unidades naturais como medidas de efectividade das consequências dos programas de saúde, com a necessidade de incluir a dimensão de qualidade de vida na avaliação do efeito das tecnologias de saúde, levou os investigadores a procurarem o desenvolvimento de unidades de medida que incorporem as duas dimensões de interesse: quantidade e qualidade de vida. Essa unidade de medida é o QALY – Quality Adjusted Life Year – que representa os anos de vida

ganhos ponderados pela qualidade de vida relacionada com a saúde. Portanto, os QALY representam uma proposta de uma métrica que permite ao analista avaliar o efeito dos programas de saúde nas dimensões quantidade e qualidade de vida, agregados em apenas um índice (Lourenço e Silva, 2008).

Para determinar o custo efectivo do tratamento é necessário decidir o preço por ano – vida ganho que a sociedade está disposta a pagar. Os economistas em geral adoptam duas abordagens: na abordagem do capital humano um indivíduo é encarado como produzindo um fluxo de produto que é valorizado em termos de mercado e o valor da vida é descontado no fluxo dos ganhos. Porque a vida é valorizada nestes termos, a técnica atribui valores muito reduzidos a crianças e reformados. O cálculo do QALY incorpora as preferências do paciente para obter estas ponderações, níveis de qualidade, para os diferentes estados de saúde. O peso da preferência individual para um resultado particular é a utilidade. O método convencional para medir as utilidades é o de Neumann-Morgenstern no qual o utente escolhe entre certos estados de saúde relevantes e um jogo alternativo em que os resultados possíveis sejam melhores ou piores. Um método alternativo, uma técnica de escolha inter-temporal é também um método de escolha forçada no qual o paciente tem que equacionar o valor da vida entre dois estados de saúde com diferentes tempos de vida.

Em termos de consequências das diversas alternativas consideradas, elas podem ser unidimensionais ou multi-dimensionais, sendo que são ajustadas por pesos atribuídos aos diferentes estados de saúde. Ou seja, os estados de saúde associados com os resultados são valorizados uns relativamente aos outros. Isto significa que se pode valorizar a qualidade dos anos de vida ganhos, e não apenas o mero valor dos anos. Esta abordagem é especialmente útil para os tratamentos ou programas que prolongam a vida à custa de efeitos secundários ou, tratamentos que levem a reduções de morbilidade e não de mortalidade.

A análise custo – utilidade é uma variante, mais geral, da análise custo – efectividade, sendo que a diferença está em tornar clara a comparação entre consequências.

A **Análise Custo – Benefício** mede os custos e os benefícios em unidades monetárias. As consequências podem ser uni-dimensionais ou multi-dimensionais, e não precisam ser comuns às várias alternativas. Como tanto as consequências, ou benefícios, e os custos estão em unidades monetárias, elas são directamente comparáveis.

Todos os custos e benefícios devem ser incluídos sendo que a maior dificuldade está em aferir os benefícios os quais são frequentemente difíceis de medir e/ou de quantificar em unidades monetárias. Exemplos de benefícios de difícil quantificação são a maior qualidade de vida para o doente, a maior satisfação do doente com o sistema de saúde, e as melhores condições de trabalho para o profissional de saúde.

A grande diferença desta forma de análise é precisamente a de medir custos e benefícios nas mesmas unidades, para que sejam comparáveis. Neste sentido, é a forma “mais geral” de avaliação económica. Contudo existem grandes dificuldades em medir, na mesma unidade dos custos, as diferentes formas de benefício. Além disso, colocam-se questões de ordem ética tal como: qual o preço da vida?

2.3.3. Breve comparação das Análises

No processo de decisão de qual das análises utilizar face aos objectivos propostos para a avaliação económica, importa validar:

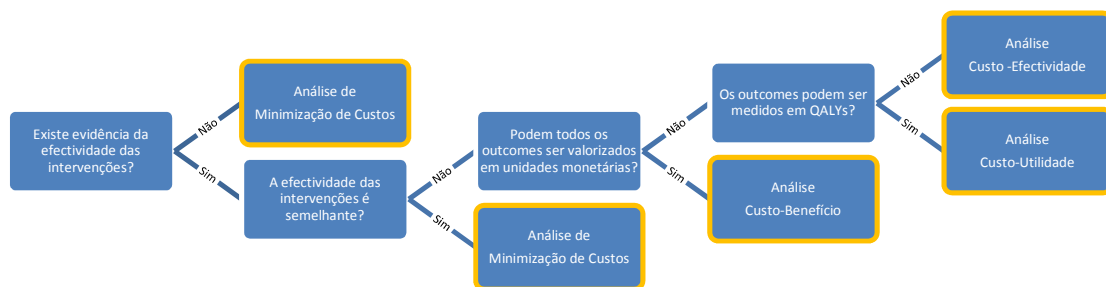


Figura 4 – Comparação das Análises Económicas

Os resultados da Análise Custo – Eficácia e a Análise Custo – Utilidade são expressos tipicamente como uma relação incremental do custo – efectividade, ICER, por meio da qual a diferença entre alternativas nos custos é dividida pelas diferenças na efectividade (ou no QALYs).

Uma vez que na Análise Custo – Benefício todos os custos e consequências são expresso em termos monetários, o resultado pode simplesmente ser expresso enquanto uma expressão líquida do benefício definida como o valor dos benefícios menos o valor dos custos.

Na selecção e uso das várias formas de avaliação económica, colocam-se questões gerais do tipo, "quanto se deve gastar para tratar um doente com a patologia X?". Neste tipo de questão é mais adequada a análise custo – benefício ou a análise custo - utilidade. Em questões mais específicas, do tipo "deve-se usar hemodiálise ou outra alternativa?", é mais adequada a análise custo – efectividade.

A questão fundamental na leitura de um estudo de avaliação económica é: "São os resultados úteis para a decisão?" e "São os resultados do estudo válidos?" (Drummond et al, 1997). Para responder a esta questão têm sido propostas várias baterias de perguntas. Não se espera que um estudo responda adequadamente a todas as questões, mas apenas que a sua aplicação permita apreciar as vantagens e desvantagens do estudo. Assim temos:

Foi definida uma questão clara? Saber se o estudo avaliou custos e efeitos, procedeu a comparação de alternativas e qual foi o ponto de vista utilizado

Foi realizada uma descrição exhaustiva das alternativas? Saber se é possível saber quem faz o quê, a quem, quando e como, se foram omitidas alternativas relevantes e se deve ser considerada uma alternativa artificial "fazer nada"

Foi apresentada evidência da efectividade dos programas ou serviços? Saber se essa evidência se baseou em ensaios clínicos, se- foi estabelecida com base numa recensão de estudos clínicos, que hipóteses foram utilizadas para estabelecer a efectividade e que tipo de viés são susceptíveis de introduzir)

Foram correctamente identificados os custos e consequências de cada alternativa relevante? Saber se foi usado o detalhe suficiente e se as categorias de custos e benefícios identificadas permitem a utilização de vários pontos de vista.

Os custos e consequências foram medidos de forma apropriada em unidades físicas? Saber se houve elementos omitidos, se são relevantes para a análise, se houve casos em que a medição foi especialmente difícil, como foi resolvido o problema.

Os custos e benefícios foram avaliados de forma adequada? Saber se são as fontes de todos os valores claramente identificadas, se possíveis fontes são valores de mercado, preferências dos doentes ou dos médicos, visão dos profissionais, se foram usados valores de mercado, e se esses valores de mercado aproximam os verdadeiros valores.

Os custos e consequências foram ajustados para diferentes horizontes temporais?

Saber se foram os custos e consequências que ocorrem no futuro descontados para valores correntes e se foi dada alguma justificação para a taxa de desconto intertemporal utilizada.

Foi realizada uma análise incremental dos custos e das consequências das alternativas em apreciação?

Saber se os benefícios adicionais de uma alternativa face à outra foram comparados com os custos adicionais dessa alternativa por comparação com a outra.

Considerou-se a existência de incerteza nas estimativas dos custos e consequências?

Saber se o estudo procedeu a uma análise de sensibilidade face aos valores estimados, se foi justificada a amplitude de valores para a análise de sensibilidade e se os resultados do estudo alteraram-se com essas variações nos valores dos parâmetros.

A apresentação e discussão dos resultados incluíram todas as questões relevantes para os utilizadores do estudo?

Saber se as conclusões se basearam na análise de um indicador global, se foram retiradas de forma mecânica, se foram as conclusões comparadas com as de outros estudos que tenham tratado do mesmo problema, se foram referidas diferenças de metodologia, se o estudo discutiu possível generalização dos resultados a outros contextos ou grupos, se o estudo discutiu factores importantes que poderiam alterar as conclusões – por exemplo, considerações distributivas – e se o estudo discutiu questões de aplicação das alternativas, como limitações de ordem financeira ou libertação de recursos susceptíveis de outras aplicações.

O quadro seguinte tenta resumir os elementos chave dos principais tipos de análise de custo.

	Minimização do custo (CMA)	Custo-benefício (CBA)	Custo-utilidade (CUA)	Custo-eficácia (CEA)
Definições	Identifica o custo incorrido	Mede o custo e o resultado na mesma unidade monetária	Compara as opções de produto em termos das preferências individuais ou sociais	Compara as opções em termos do seu custo por unidade de produto de saúde
Pressupostos	Recursos escassos e limitados de cuidados e saúde implicam opções de afectação. As escolhas maximizam benefícios dos cuidados de saúde entre a população mais do que a distribuição equitativa desses benefícios.			
			A análise de sensibilidade mostra como estes pressupostos afectam os resultados.	
			Os produtos de saúde são valores esperados.	
Resultados	Intervenção ou programa menos dispendioso	Ganhos líquidos = benefício – custo; rácio custo / benefício	O produto mede uma "equivalência" (i.e. utilidade) aplicável a qualquer área médica (QALY ou DALY).	Estabelece um patamar de custos aceitáveis por unidade de eficácia
Eficácia	Raramente adequada a situações clínicas	Compara diferentes estratégias com diferentes resultados. Optimização dos benefícios líquidos; i.e. maximização dos efeitos para um determinado orçamento ou minimização do custo por opção de produção de saúde.		
Características	Exclui qualquer descrição dos resultados	Custo e produto são valorizados em unidades monetárias Os custos médicos são avaliados em face de parâmetros de saúde. Estes dependem da valorização da vida baseada no capital humano ou na disponibilidade a pagar.	Quantifica os benefícios em unidades naturais de produto tais como sobrevivência ou funções alteradas.	
Problemas	Ignora o custo de oportunidade dos recursos utilizados. Difícil de exprimir o montante preciso dos benefícios em termos monetários.	Os ajustamentos dos efeitos qualidade i.e. QALY são arbitrários. Falta de fundamentação formal em princípios económicos.		As escolhas clínicas podem implicar resultados diferentes (e.g. mudanças no estatuto funcional, esperança de vida e qualidade de vida).

Tabela 2 – Comparação das Análises Económicas

2.4. QALYs, quality-adjusted life-year league tables

Em termos económicos a questão está centrada na escolha entre alternativas concorrentes de investimento, ou seja, de afectação de recursos num cenário de recursos limitados.

Assim, temos que existe uma necessidade de racionar, ou definir prioridades, na afectação de recursos. A definição de prioridades num sistema de mercado ocorre baseado no preço tendendo assim para o equilíbrio entre oferta e procura. Num sistema em que as regras não são ditadas somente por questões de mercado as prioridades são estabelecidas recorrendo a técnicas científicas, ou filosóficas.

Num sistema como o nosso SNS temos que as questões de afectação de recursos têm em consideração objectivos como a eficiência ou a equidade.

O vector eficiência pretende maximizar o benefício de determinado investimento, existindo uma ética utilitária, ou seja, o maior bem para o maior número de pessoas, sendo que a distribuição não é relevante.

Por outro lado a equidade pretende estabelecer uma distribuição justa de recursos pondo-se contudo a questão de como assegurar a “justeza” dessa distribuição: necessidade?, idade? ou sorteio?

Naturalmente as questões de éticas estão intimamente ligadas à definição de prioridades sendo que podemos analisar a nível macro, população, ou a nível micro, indivíduo. Na população temos questões utilitárias de como causar os maiores ganhos de saúde no maior número de utentes, e as questões deontológicas, de como não ignorar as obrigações para com um indivíduo em benefício de outros. Ao nível do indivíduo temos a questão de proporcionar cuidados de saúde aos menos afortunados.

Podemos também analisar a definição de prioridades em termos de implícita e explícita.

A priorização implícita significa que a prestação de cuidados de saúde é limitada, mas nem a tomada de decisão, nem os fundamentos da decisão são claramente expressos.

Por outro lado, a priorização explícita assume que a prestação de cuidados de saúde é limitada, mas as decisões são claras bem como a sua fundamentação.



Figura 5 – Priorização Explícita

Paralelamente aos métodos técnicos já apresentados anteriormente temos os processos políticos onde o planeamento e a afectação de recursos com a participação dos utentes tem gerado um interesse cada vez maior (Hackey, 1993)

Cada vez mais a participação e influência do utente e a sua percepção da qualidade dos serviços de saúde tem influenciado a tomada de decisões nos investimentos em saúde. A visão de que o utente é também um consumidor, e nesse sentido, com expectativas e exigências de satisfação das suas necessidades. A DECO, Defesa do Consumidor publicou em Dezembro de 2009 um inquérito “sobre a satisfação dos utentes com os serviços de saúde foi lapidar. Esperas intermináveis por consultas, falta de informação sobre as unidades de cuidados de saúde, horários e marcações, mau funcionamento dos serviços administrativos... a lista de queixas era extensa.

É cada vez mais importante uma gestão rigorosa das unidades de cuidados de saúde, com controlo dos custos, optimização dos recursos e adequação destes às necessidades.

Os consumidores exigem melhor integração dos serviços de saúde prestados. A questão das listas de espera debilita a cada dia que passa os já de si fracos níveis de satisfação dos utentes. Mas o Ministério da Saúde (MS) tem também de melhorar a informação sobre os serviços de saúde e divulgar periodicamente os indicadores de desempenho dos vários níveis de cuidados.

Para que as mudanças sejam aceites, o Governo tem de esclarecer os portugueses. Sem informação transparente, as reestruturações podem parecer ataques. E os utentes não devem sentir que o princípio da igualdade no acesso aos serviços de saúde é posto em causa.”.

Contudo, os formas de participação e contribuição dos cidadãos no processo de tomada de decisão ainda não estão totalmente definidas e implementadas.

2.5. PBMA - Program Budgeting and Marginal Analysis

O Program Budgeting and Marginal Analysis (PMBA) é geralmente utilizado pelas administrações regionais de saúde, em conjunto com economistas em saúde, de modo a determinar o mix óptimo de portefolio de serviços de acordo com os recursos existentes e a disponibilizar (Mitton, 2000).

A orçamentação de programas foi originalmente concebida para avaliar os gastos com diferentes programas numa organização. Assim, a análise marginal era necessária como técnica de avaliação de modo a auxiliar os tomadores de decisão na afectação de recursos com o objectivo de potencialmente aumentar os benefícios para a população-alvo. Ainda que aplicada de diversas formas e em vários cenários, o PMBA pode ser descrito pela resposta às seguintes perguntas relativamente ao uso dos recursos:

- Que recursos estão disponíveis?
- De que modo são esses recursos actualmente usados?
- Quais as áreas que poderão receber mais recursos e qual seria a sua efectividade?
- Existem áreas que poderiam ter o mesmo nível de efectividade mas com menos recursos e desse modo libertar recursos para outras áreas?
- Existem áreas que, apesar de serem eficientes, deveriam receber menos recursos porque existem áreas onde seria mais eficiente usar esses recursos?

A orçamentação de programas permite responder às duas primeiras perguntas, descrevendo os padrões de consumo de recursos. A segunda fase, análise marginal, pode ser usada de modo a sugerir formas de melhoria quer de eficiência quer de equidade dos programas através da análise de potenciais alterações de um determinado conjunto de serviços.

Geralmente nesta fase é usado um painel de peritos com o objectivo de definir um conjunto de recomendações quer para aumento de recursos quer diminuição de recursos afectos.

Com base no princípio económico do custo de oportunidade, isto é, benefício perdido por não investir recursos na segunda melhor alternativa disponível, o uso da análise marginal pode ajudar os tomadores de decisão na identificação de alterações potenciais no mix de serviços que pode levar à maximização dos benefícios em termos de saúde para a população.

Em última instância, e considerando o custo de oportunidade, através da análise marginal, gestores e clínicos podem sugerir re-afectações de um grupo de consumidores

de cuidados de saúde para outro, se os benefícios para a população como um todo aumentarem.

A aplicação do PMBA geralmente requer que sejam cumpridos os seguintes passos:

1. Determinar o objectivo e âmbito da definição de prioridades;
2. Elaborar o orçamento do programa - actividades e custos;
3. Constituição de um painel consultivo para a análise
4. Determinar critérios de decisão com relevância local
 - a. Input do responsável pela tomada de decisão;
 - b. Input do *Board of Directors*
 - c. Input do público
5. Painel de Peritos para identificação de oportunidades de:
 - a. Áreas de crescimento de serviços;
 - b. Área de libertação de recursos onde se consiga garantir os mesmos níveis de outcomes com menos recursos;
 - c. Área de libertação de recursos através de sua diminuição ou extinção;
6. Painel de Peritos para efectuar recomendações de:
 - a. Disponibilizar recursos para áreas de crescimento;
 - b. Decisões de reafectação de recursos;
7. Validação com stakeholders adicionais e decisão final no processo de orçamentação.

Em teoria, o PBMA pode ser aplicado quer a nível micro (programas de saúde) ou a nível macro (portefólio de serviços numa região de saúde), na prática a maioria das aplicações tem sido feita mais a nível micro (Mitton, 2000).

3. Caso de Estudo – Modelo de Planeamento Operacional de Saúde

A distribuição de recursos em saúde tem como objectivos a equidade de acesso a cuidados de saúde, evitando as assimetrias geográficas, evitar que utentes com elevadas necessidades de cuidados de saúde sejam negligenciados dados os custos e recursos associados, e naturalmente o controlo de custos em saúde (Yu, 2001).

A distribuição baseada nas necessidades leva em consideração os seguintes aspectos:

- Cuidados iguais – Igualdade
- Disponibilidade para pagar – Visão de Mercado
- O grau de necessidade – Estado de Saúde
- Quanto foi consumido – Utilização Histórica
- Ganhos em saúde – Capacidade para Beneficiar

A Capacidade para Beneficiar com os cuidados de saúde prestados representa o diferencial entre o estado de saúde inicial e o estado de saúde após a afectação de recursos.

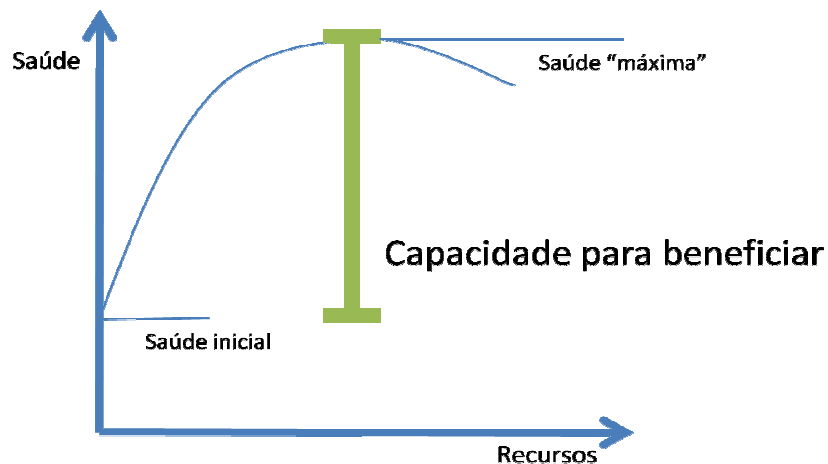


Figura 6 – Capacidade para Beneficiar

3.1. O Projecto MoGest

A Administração Central do Sistema de Saúde, IP, é a entidade responsável pela contratação dos serviços de saúde necessários à satisfação das necessidades dos utentes do Serviço Nacional de Saúde. De modo a efectuar um planeamento adequado da contratação de serviços e da locação de recursos, o Departamento de Planeamento e Contratação da ACSS necessita de obter de uma forma directa informação sobre a procura e oferta em cuidados de saúde, considerando as necessidades dos utentes e a disponibilidade dos prestadores de serviços. Através desta informação, a ACSS pode efectuar projecções sobre as necessidades futuras, sustentando um modelo adequado de planeamento da contratação de serviços e a definição de linhas estratégicas de actuação no médio/longo prazo, de acordo com a política de saúde definida.

De acordo com o Plano Nacional de Saúde, Orientações Estratégicas para 2004-2010, é premente assegurar uma melhor articulação entre os diferentes níveis de prestação de saúde, garantindo que a oferta de cuidados está ajustada quer às necessidades da população em geral, quer às necessidades específicas de segmentos populacionais conhecidos, melhorando a qualidade de vida dos indivíduos e que a resposta da rede pública e privada está articulada de forma a actuar no sentido de controlar e mesmo reduzir o número de doenças crónicas ou incapacitantes. Ao mesmo tempo que se optimiza a gestão dos recursos disponíveis é fundamental garantir uma resposta adequada às necessidades e prioridades das populações.

Através do Concurso Público Internacional nº 1/2004, publicado em Diário da República, a ACSS, pôs a concurso a concepção e desenvolvimento de um Modelo de Planeamento para os cuidados de saúde. Pretendia a ACSS, conforme consta do caderno de encargos, a aquisição de serviços para o apoio ao desenvolvimento de um modelo de planeamento operacional do Serviço Nacional de Saúde, sua implementação e exploração da infra-estrutura tecnológica, para uso exclusivo da Administração Central do Sistema de Saúde. O modelo deveria possibilitar a análise da procura e da oferta em cuidados de saúde, considerando as necessidades dos cidadãos e a disponibilidade dos prestadores de serviços, viabilizando assim a planificação da contratação de cuidados de saúde e a definição das linhas estratégicas de actuação a médio/longo prazo, de acordo com a política de saúde definida.

3.1.1. Metodologia de Desenvolvimento

O Modelo de Planeamento Operacional de Saúde – MoGest foi desenvolvido de acordo com a seguinte metodologia:

- **Análise e exploração das necessidades em conjunto com a Comissão da ACSS.** O objectivo foi compreender e aclarar quais as razões que levaram a ACSS a definir a necessidade de um modelo de planeamento e quais os *outcomes* esperados do referido modelo. Partindo desta análise, foram identificadas as causas e as consequências da não existência de um modelo de planeamento abrangente, nomeadamente como se distribuem as necessidades das populações em cuidados de saúde, segmentadas por área de residência, sexo e grupos etários. Esse conhecimento é crucial para poder financiar e distribuir os recursos de uma forma mais equitativa, baseado em informação credível e na evolução esperada do tipo de cuidados necessários, em função da procura expressa, por área geográfica relevante e por entidade prestadora.
- **Revisão de literatura.** Procedeu-se à recolha e análise de textos seleccionados reportando aos modelos de planeamento em geral e, em particular, aos modelos de planeamento de cuidados de saúde, de modo a permitir à equipa da Siemens SA o conhecimento de soluções já implantadas noutros países e que pudessem ser transpostas para Portugal, depois de adaptadas, de modo a conseguir-se um modelo que já tenha sido experimentado e de que se conheçam os pontos fortes, os pontos fracos e as dificuldades na sua implementação.
- **Entrevistas com os responsáveis** de diversos departamentos centrais do Ministério da Saúde, sob o patrocínio da ACSS, com o intuito de clarificar as expectativas quanto ao modelo proposto, bem como de conseguir a disponibilização das bases de dados pertinentes sob a sua tutela.
- **Análise e exploração dos dados** existentes nas diversas bases de dados. Nesta fase houve que garantir a disponibilidade das bases de dados e, uma vez obtidas, identificar e caracterizar as respectivas tabelas e as suas inter-relações, e proceder à respectiva validação, de modo a poder ser construído o modelo de dados.

- **Concepção do modelo de planeamento** (MoGest), por técnicos e consultores da Siemens SA em articulação com a ACSS.
- **Definição de opções**, relativas ao modelo de planeamento, com base na disponibilidade de dados fiáveis e das respectivas bases, e da adesão ou não de outras instituições responsáveis do Ministério da Saúde.
- **Definição da plataforma tecnológica** de suporte ao MoGest que permitisse estabelecer previsões da procura e da oferta para períodos de 3 anos, com base na evolução dos últimos 3 anos e, ainda, simular cenários de procura e de oferta de serviços de saúde para o total do País, por Região Administrativa de Saúde (ARS), por Distrito e por Concelho.
- **Definição e implementação do DataWarehouse** de suporte ao MoGest em que o modelo irá suportar os processos de planeamento e simulação a levar a cabo pela ACSS e, eventualmente, por outras entidades.
- **Implementação** do MoGest, de acordo com um cronograma proposto pela Siemens SA e aprovado pela ACSS.
- **Desenvolvimento da documentação** para utilização da ACSS, nomeadamente relatórios e manuais.
- **Formação** de utilizadores e dos administradores do sistema.

3.1.2. O Modelo de Planeamento

Na definição do modelo de planeamento foram tidos em consideração os diferentes modelos de planeamento e afectação de recursos em saúde existentes na literatura e em uso pelos diferentes organismos com responsabilidades semelhantes à ACSS em outros países.

Assim, foi seleccionada a afectação de recursos com base nas necessidades.

Médicos, sociólogos, filósofos e economistas têm opiniões diferentes sobre o que são Necessidades. Dada a evidência da escassez de recursos disponíveis para satisfazer essas necessidades, as necessidades de saúde são diferenciadas em Necessidade, Oferta e Procura.

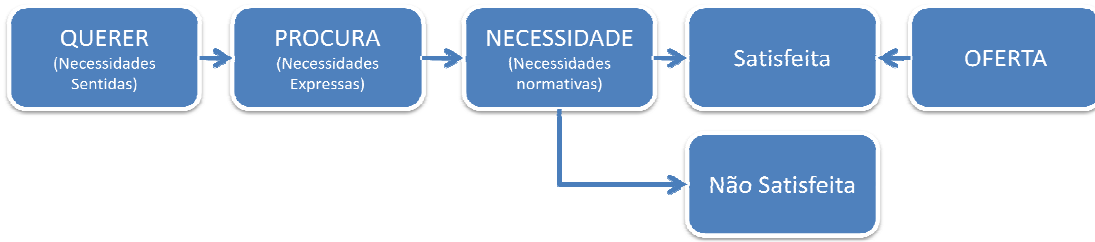


Figura 7 – Necessidade – Procura - Oferta

A **Necessidade** de cuidados de saúde é comumente definida como a capacidade para se beneficiar. Se as necessidades de saúde estão identificadas então uma intervenção eficaz deve estar disponível para atender a essas necessidades e melhorar a saúde.

A **Procura** é o que os utentes pedem, sendo esta a que é reconhecida pelos médicos. A Procura de utentes por um serviço pode depender das características do paciente ou do interesse dos media no serviço. A Procura também pode ser induzida pela Oferta: a variação geográfica das taxas de internamento hospitalar é explicada mais pela oferta de camas hospitalares do que por indicadores de mortalidade.

Oferta são os cuidados de saúde prestados. A Oferta vai depender do interesse dos profissionais de saúde, das prioridades dos políticos, e da quantidade de dinheiro/recursos disponível.

Desta forma considerou-se que o melhor indicador disponível para uma efectiva e objectiva definição de recursos a disponibilizar à população seria a Procura Expressa e Satisfeita. A procura expressa e satisfeita é um indicador directo, relativamente às necessidades da população em termos de cuidados de saúde. Se a distribuição de recursos for mais eficiente e eficaz a conseguir satisfazer esta necessidade expressa e satisfeita então os objectivos de um Serviço Nacional de Saúde estão tendencialmente a ser cumpridos. Existem ainda factores de ordem prática e operacional que tornam esta abordagem mais eficaz dado que dispomos de dados concretos e mensuráveis para trabalhar sendo que a forma como o nosso Sistema Nacional de Saúde, em que o Serviço Nacional de Saúde representa a maioria dos prestadores, está estruturado contribui para o sucesso desta abordagem.

Naturalmente, existe uma necessidade expressa e não satisfeita. Temos por exemplo o caso das listas de espera para cirurgia ou as questões de saúde directamente relacionadas com uma patologia. Contudo, neste casos são criados programas

específicos como o PECLEC - Programa Especial de Combate às Listas de Espera Cirúrgicas, para combater e minorar as listas de espera em cirurgia. Ou ainda, os programas nacionais de luta contra o Cancro ou a Tuberculose. Nestes caso seria mais aconselhável a realização de Estudos de Custo de Doença ou Avaliação Económica.

Relativamente às Necessidades Sentidas mas nunca expressas numa real Procura por parte das populações existem estudos epidemiológicos e benchmarks nacionais e internacionais que são instrumentos mais eficazes e eficientes na sua identificação e análise.

Assim, considerou-se que o planeamento e afectação de recursos em saúde com base nas necessidades (expressas e satisfeitas) providenciava um método para a monitorização e promoção da equidade de acesso e prestação de cuidados de saúde contribuindo desta forma para a minorização da inequidades de saúde da população.

O modelo de planeamento implementado é um sistema de suporte à decisão, que foi desenvolvido pelos responsáveis da ACCS em conjunto com a Siemens SA, para poder ser utilizado na tomada de decisões relativas à distribuição dos recursos e ao financiamento das instituições prestadoras do SNS. A decisão de construir o modelo reforça a intenção de aumentar o volume e a qualidade da informação existente sobre as necessidades e a utilização, presentes e futuras, de recursos em saúde por parte das populações, e do grau da sua satisfação pelas instituições prestadoras de cuidados. Não conhecendo a evolução do consumo de recursos, por áreas geográficas e pelas populações, não é possível extrapolar a procura esperada, para os anos futuros, de cuidados de saúde, nem ajustar a sua oferta e o financiamento das instituições prestadoras para os referidos anos. O actual sistema comporta-se um tanto cegamente, efectuando pagamentos a quem presta cuidados, de acordo com os critérios de financiamento estabelecidos, mas ignorando se existe equidade na distribuição desses recursos e correndo o risco de, havendo assimetrias, estas se prolongarem no tempo e, eventualmente, se virem a agravar. Não se conhecendo, por outro lado, as variações que irão ocorrer na demografia com impacto no consumo de recursos (movimentos migratórios, envelhecimento das populações, etc.), não é possível antecipar para os anos futuros, as variações nos consumos de recursos com impacto na respectiva oferta.

A necessidade que a ACSS sentiu e que esteve na origem da criação e exploração de um modelo de planeamento, adveio do facto de pretender compreender, primeiro, as necessidades em saúde das populações, baseadas na procura satisfeita, e a forma como os cuidados são prestados. Este conhecimento permitir-lhe-á intervir selectivamente nos futuros mecanismos de distribuição dos recursos, analisando a situação presente com base na evolução dos últimos três anos e projectando-a para os três seguintes.

O modelo adoptado é dinâmico na sua natureza no sentido em que pode adaptar-se à realidade em mudança, crescendo à medida que forem disponibilizados mais inputs e também de acordo com a experiência dos seus utilizadores. Estabeleceu-se um modelo de previsão a curto/médio prazo (não mais de três anos), por se considerar que a realidade sofre mudanças muito rápidas, por força de factores demográficos, da tecnologia, das políticas de saúde e da distribuição dos recursos existentes, e que planear para horizontes mais amplos conduziria à necessidade de alterações constantes do planeado, introduzindo instabilidade e incerteza nas previsões do modelo. As extrapolações baseadas apenas nos últimos três anos têm a vantagem de incorporar, nesse prazo, as mudanças que vão sucedendo, de modo que os factores de incerteza que ocorrem nos anos planeados são minimizados. Para além disso, todos os anos vão sendo introduzidos novos dados, e o modelo é actualizado de modo a fazer a projecção baseada sempre nos últimos três anos, incorporando, assim, as últimas alterações verificadas no SNS.

O modelo, que se encontra abaixo representado, é constituído por um conjunto de inputs, por um motor de manipulação de dados e por um conjunto de outputs. De acordo com as fórmulas introduzidas no modelo, os inputs são transformados em informação utilizável pelos decisores. A título de exemplificação, se quiser comparar-se o número de cesarianas por mil habitantes num determinado concelho com o de outro concelho, basta introduzir no modelo, como input, o código do diagnóstico das cesarianas, o número de mulheres que tiveram parto normal, o número de mulheres que fizeram cesariana e a população feminina integrada nos grupos etários em idade fértil num e noutro concelho e ponderar por mil habitantes (mulheres) para obter um rácio comparável.

Quanto mais dados forem introduzidos no modelo, mais informação se terá como output, ou seja, o modelo é tão mais representativo da realidade do SNS, ou mesmo do

país, quanto maior for o número e o tipo de dados que estiver disponível no modelo. Deve ainda salientar-se que a uma maior qualidade dos dados de input corresponde informação mais fiável à saída.

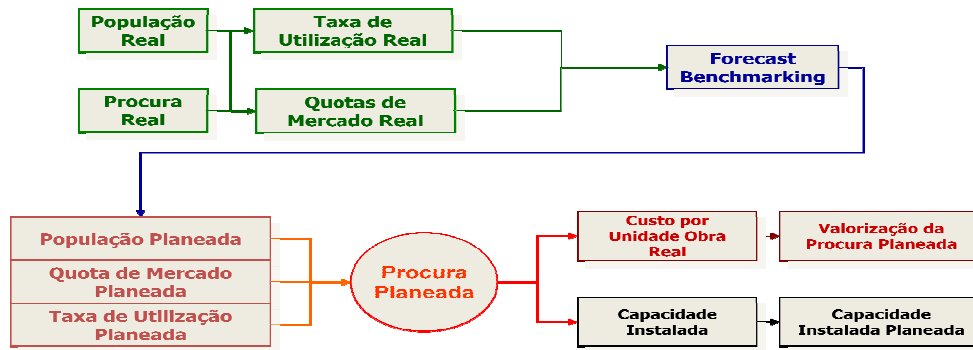


Figura 8 – Modelo de Planeamento

O modelo contém duas vertentes de análise: a da procura e a da oferta de cuidados.

Quanto à procura, segmentaram-se as populações em sexos e em grupos etários clinicamente relevantes, distribuídas geograficamente, de acordo com a respectiva residência, por concelhos, por distritos, por ARS e agregando-se a nível nacional. As necessidades das populações foram aferidas, necessariamente, pela procura junto das instituições prestadoras pertencentes ao Serviço Nacional de Saúde ou por este convencionadas. Quanto à oferta, consideraram-se as instituições prestadoras do SNS ou por este convencionadas. Relativamente aos hospitais consideraram-se as suas principais actividades: Internamento, Urgência, Hospital de Dia, Consultas Externas e Cuidados Domiciliários. Dos dados das instituições convencionadas pelo SNS, considerou-se a produção de MCDTs e de Medicamentos.

Quer para a procura, quer para a oferta, as unidades de medida da produção consideradas foram as que se seguem:

- Para a análise e planeamento do **Internamento**, considerou-se o Número de Doentes Saídos e o Número de Dias de Internamento, totais e por especialidade, de acordo com o algoritmo referido no ponto seguinte. Os dados foram divididos em Internamento geral e em Internamento para cirurgia, sendo os Episódios Cirúrgicos considerados autonomamente no MoGest. Distinguiram-se ainda os

episódios consoante a admissão seja urgente ou não urgente e, dentro destes, os episódios com Internamentos de 0 dias, de 1 a 49 dias e com mais de 49 dias.

- Para a análise e planeamento da **Urgência**, considerou-se o Número de Episódios de Urgência, totais e por tipo de Urgência (Geral, Pediátrica e Ginecológica/Obstétrica).
- Para a análise e planeamento do **Hospital de Dia**, considerou-se o Número de Sessões e o Número de Doentes, totais e por especialidade.
- Para os **MCDTs**, calculou-se o Número de Exames, totais e por categoria de serviço prescriptor (Internamento, Urgência, Hospital de Dia, Episódios Cirúrgicos e Consulta Externa). Foram ainda analisados pela categoria e subcategoria de exame (Ex.: Laboratório, Radiologia – TC / RX / Eco, entre outros).
- Para a análise e planeamento dos **Episódios Cirúrgicos**, considerou-se o Número de Intervenções Cirúrgicas, totais e por especialidade, de acordo com o algoritmo referido no ponto seguinte. Nos Episódios Cirúrgicos levou-se em conta o número de cirurgias urgentes e não urgentes e, dentro destas, as cirurgias em ambulatório e as convencionais.
- No caso da **Consulta Externa**, considerou-se o Número de Consultas Externas, totais e por especialidade. As consultas, para análise da procura e oferta, estão subdivididas em Consultas Médicas e Consultas Não-Médicas.
- Para os **Cuidados Domiciliários**, considerou-se o Número de Doentes Tratados.

3.2. Caso de Estudo – Criação de Centro Hospitalar

Segundo as directivas e orientações do Ministério da Saúde, e nos termos do Programa do XVIII Governo Constitucional, uma das prioridades da política de saúde é a conjugação entre a maximização de ganhos em saúde e a melhoria da eficiência das instituições do Serviço Nacional de Saúde, para o que a concentração de recursos e o realinhamento das unidades hospitalares é um factor crítico. Assim, uma das linhas de acção tem sido a criação de Centros Hospitalares sempre que se justifica dada a racionalização de recursos e a maximização de resultados, nomeadamente em situações em que a proximidade de hospitais o viabiliza.

No presente caso de estudo iremos analisar a criação de um centro hospitalar a partir de três hospitais. É expectável que a criação do centro hospitalar consiga assegurar os serviços prestados individualmente por cada um dos hospitais, além de conseguir ganhos de eficiência e melhorar a prestação de cuidados de saúde aos concelhos da área de influência resultante da fusão das três áreas individuais.

Cada hospital tem uma área de influência definida pelo Ministério da Saúde e que determinou o portefólio de serviços a prestar, bem como o seu dimensionamento em recursos humanos e materiais. Foi assim necessário: a) Identificar as necessidades em saúde no âmbito da área de influência do centro hospitalar; b) Definir o perfil de prestação de cuidados de cada unidade; c) Coordenar e integrar os serviços clínicos, administrativos e de apoio, tendo por base sistemas de informação comum; d) Indicar formas de avaliação das actividades e dos resultados; e) Propor o plano de desenvolvimento estratégico no centro hospitalar.

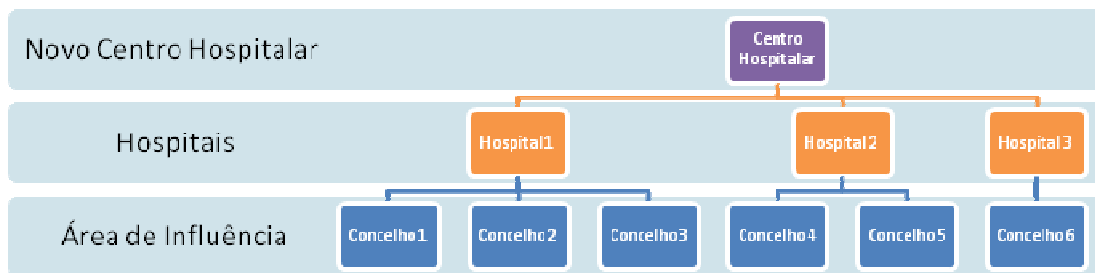


Figura 9 – Estrutura do Centro Hospitalar

3.2.1. Metodologia

A criação de um centro hospitalar pressupõe a análise quer da oferta quer da procura, a avaliação da resposta efectiva às necessidades da população, a definição da oferta necessária para responder à procura actual e futura tendo em conta a evolução demográfica.

Deste modo temos:

1. Caracterização da área de influência / população dos seis concelhos:
 - a. Alcobaça
 - b. Bombarral
 - c. Caldas da Rainha
 - d. Nazaré
 - e. Óbidos
 - f. Peniche
2. Caracterização dos Hospitais:
 - a. Centro Hospitalar das Caldas da Rainha
 - b. Hospital Bernardino Lopes de Oliveira, em Alcobaça
 - c. Hospital São Pedro Gonçalves Telmo, em Peniche
3. Análise procura vs oferta
4. Dimensionamento do Internamento e da Consulta Externa do Centro Hospitalar em termos de camas e gabinetes de consulta

3.2.2. Caracterização da Área de Influência / População

A área de influência dos três hospitais a agregar no centro hospital é composta por 6 concelhos:

- Alcobaça
- Bombarral
- Caldas da Rainha
- Nazaré
- Óbidos
- Peniche

Para a análise da procura e obtenção das taxas de utilização, actuais e futuras, importa identificar e caracterizar a população dos concelhos.

		Ano						Crescimento 2005 - 2030
		2005	2010	2015	2020	2025	2030	
Concelho	Alcobaça	55.942	56.502	56.775	56.913	57.007	56.959	1,82%
	Bombarral	13.653	13.704	13.766	13.841	14.025	14.135	3,53%
	Caldas da Rainha	51.356	53.041	54.717	56.590	58.547	60.615	18,03%
	Nazaré	14.918	14.756	14.538	14.160	13.739	13.233	-11,30%
	Peniche	28.157	28.678	29.117	29.442	29.697	29.869	6,08%
	Óbidos	11.103	10.964	10.776	10.551	10.356	10.098	-9,06%
	Total	175.129	177.647	179.688	181.497	183.370	184.909	5,58%

Tabela 3 – Projecção da População por Concelho, 2005-2030

A população total da área de influência em 2005 é composta por 175.129 indivíduos, distribuidos da seguinte forma, sendo que os concelhos mais populosos são Alcobaça e Caldas da Rainha.

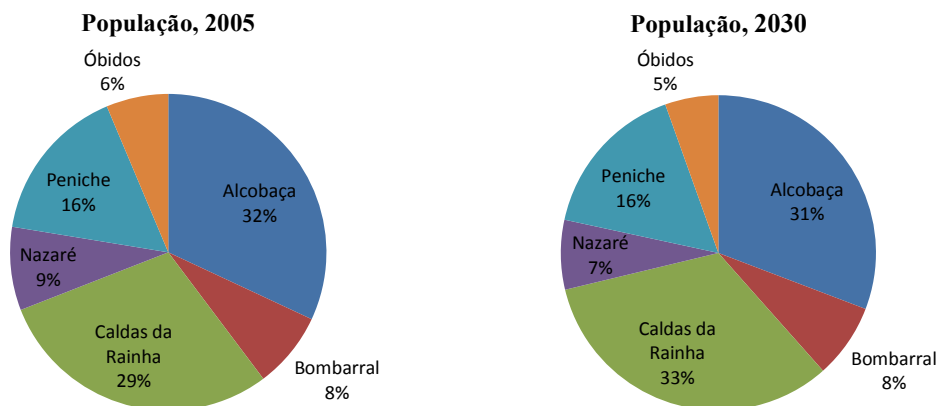


Figura 10 – População dos Seis Concelhos 2005 e 2030

Analisando a sua evolução temporal 2005-2030 podemos verificar que o concelho com o maior crescimento será Caldas da Rainha, e aqueles com maior queda serão Nazaré e Óbidos. De notar que em 2030 a previsão aponta para que Caldas da Rainha venha a ser o concelho mais populoso do conjunto dos seis.

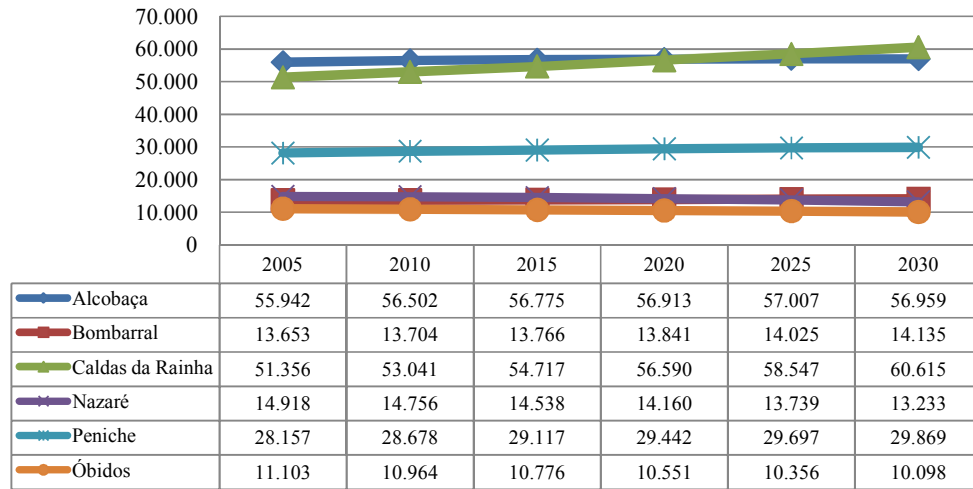


Figura 11 – Evolução da População por Concelho 2005 - 2030

Em termos da sua distribuição por sexo temos:

		Ano											
		2.005		2.010		2.015		2.020		2.025		2.030	
		F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M
Concelho	Alcobaça	28.454	27.488	28.811	27.691	28.972	27.803	29.069	27.844	29.133	27.873	29.116	27.843
	Bombarral	6.930	6.722	6.944	6.760	6.969	6.796	6.973	6.869	7.049	6.975	7.075	7.059
	Caldas da Rainha	26.741	24.615	27.683	25.359	28.567	26.150	29.534	27.055	30.512	28.034	31.543	29.073
	Nazaré	7.614	7.304	7.529	7.227	7.419	7.119	7.229	6.932	7.015	6.724	6.749	6.484
	Peniche	14.421	13.736	14.745	13.934	15.027	14.090	15.236	14.206	15.398	14.299	15.501	14.368
	Óbidos	5.623	5.480	5.594	5.370	5.547	5.229	5.457	5.094	5.372	4.984	5.260	4.838
	Total	89.784	85.345	91.306	86.341	92.501	87.187	93.497	88.000	94.480	88.890	95.244	89.665

Tabela 4 – Distribuição da População por Sexo, 2005 - 2030

De salientar que a distribuição é de cerca de 50/50 entre os dois sexos, com ligeira tendência para serem do sexo feminino:

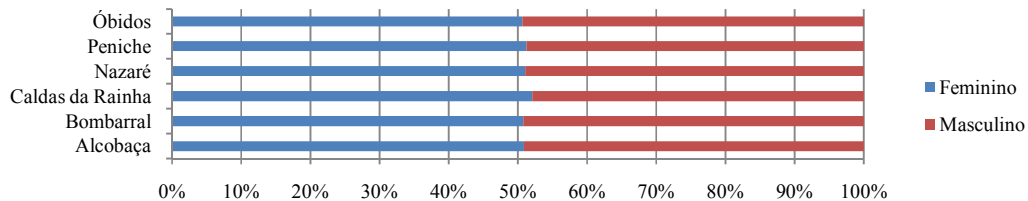


Figura 12 – Distribuição por Sexos

Considerando a sua estrutura em termos de faixas etárias temos a seguinte distribuição, sendo que podemos analisar segundo quatro faixas etárias clinicamente relevantes, ou de 5 em 5 anos:

		2010	% Total	
Faixa Etária	00-17	00-04	8.959	5,05%
	00-17	05-09	9.144	5,15%
	00-17	10-14	8.910	5,02%
	00-17	15-17	5.799	3,27%
	00-17	Total	32.812	18,47%
	18-44	18-19	4.079	2,30%
	18-44	20-24	10.960	6,18%
	18-44	25-29	12.463	7,02%
	18-44	30-34	13.646	7,69%
	18-44	35-39	13.320	7,51%
	18-44	40-44	12.799	7,21%
	18-44	Total	67.267	37,87%
	45-64	45-49	12.680	7,15%
	45-64	50-54	11.749	6,62%
	45-64	55-59	11.111	6,26%
	45-64	60-64	9.885	5,57%
	45-64	Total	45.425	25,57%
	65 e+	65-69	8.799	4,96%
	65 e+	70-74	8.195	4,62%
	65 e+	75-79	7.094	4,00%
65 e+	80-84	4.909	2,77%	
65 e+	85 e+	3.146	1,77%	
65 e+	Total	32.143	18,09%	
Total		177.647	100,00%	

Tabela 5 – Distribuição por Faixa Etária, 2010

Avaliando a distribuição pelas quatro faixas etárias podemos verificar que 56% tem menos de 45 anos e 44% tem mais de 45 anos.

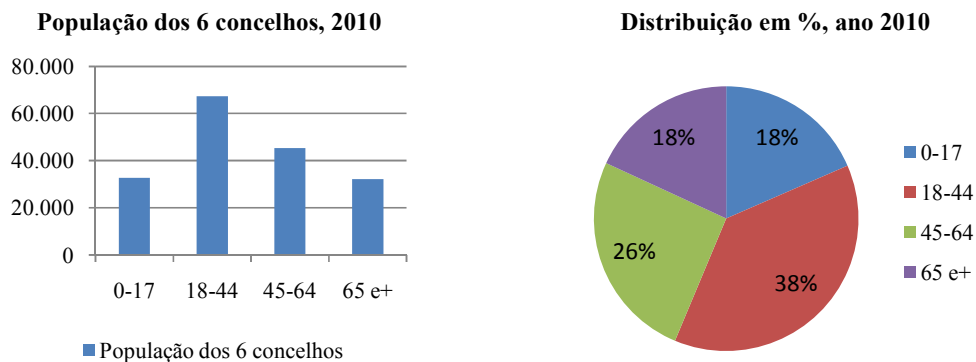


Figura 13 – Distribuição por Faixa Etária, 2010

Analisando em conjunto o sexo e a faixa etária da população dos seis concelhos, temos a seguinte distribuição:

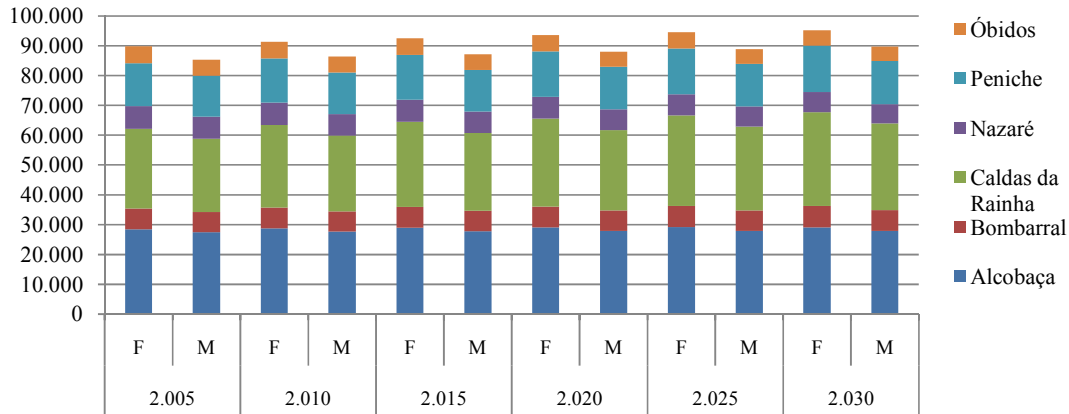


Figura 14 – Distribuição por Sexo e Concelho, 2005 - 2030

A população dos seis concelhos tem em média, de 2005 a 2030, um total de 180.000 de habitantes, com rácio F/M de 50/50.

3.2.3. Caracterização da Procura

De modo a caracterizar a procura temos de olhar para o conjunto da procura de serviços de saúde de agudos independentemente da instituição onde foram prestados os cuidados. Desta forma iremos obter o total de episódios para os seis concelhos e calcular as taxas de utilização.

De seguida iremos analisar a procura do Internamento, sendo que a metodologia usada pode ser aplicada também à Consulta Externa, ao Hospital de Dia e à Urgência.

3.2.3.1. Internamento

No Internamento temos como indicadores a quantidades de doentes saídos e o número de dias de internamento. Na tabela seguinte podemos ver a Quantidade de Doentes Saídos com 0 dias de internamento, mais de 0 dias de internamento e para 2007 temos também a Quantidade de Dias de Internamento e a Demora Média.

		Concelho						Total
		Alcobaça	Bombarral	Caldas da Rainha	Nazaré	Peniche	Óbidos	
2.003	Qtd Doentes (0 dias)	1.231	92	410	236	219	72	2.260
	Qtd Doentes (+ de 0 dias)	5.998	1.333	5.122	1.372	2.787	1.171	17.783
	Qtd Doentes Saídos Total	7.229	1.425	5.532	1.608	3.006	1.243	20.043
2.004	Qtd Doentes (0 dias)	591	98	435	165	192	95	1.576
	Qtd Doentes (+ de 0 dias)	5.806	1.271	5.216	1.496	2.845	1.222	17.856
	Qtd Doentes Saídos Total	6.397	1.369	5.651	1.661	3.037	1.317	19.432
2.005	Qtd Doentes (0 dias)	494	102	462	140	233	93	1.524
	Qtd Doentes (+ de 0 dias)	5.762	1.326	5.167	1.402	2.809	1.136	17.602
	Qtd Doentes Saídos Total	6.256	1.428	5.629	1.542	3.042	1.229	19.126
2.006	Qtd Doentes (0 dias)	646	143	648	164	236	129	1.966
	Qtd Doentes (+ de 0 dias)	5.494	1.320	4.918	1.509	2.662	1.148	17.051
	Qtd Doentes Saídos Total	6.140	1.463	5.566	1.673	2.898	1.277	19.017
2.007	Qtd Doentes (0 dias)	908	234	999	209	411	302	3.063
	Qtd Doentes (+ de 0 dias)	5.106	1.331	4.946	1.449	2.522	1.064	16.418
	Qtd Doentes Saídos Total	6.014	1.565	5.945	1.658	2.933	1.366	19.481
	Qtd Dias Internamento	35.358	8.720	30.129	9.636	17.669	7.122	108.634
Demora Média		6,9	6,6	6,1	6,7	7,0	6,7	6,6

Tabela 6 – Quantidade de Doentes Saídos por Concelho, 2003 - 2007

Relativamente ao **número de doentes saídos** total podemos verificar uma subida para Caldas da Rainha e Bombarral, uma descida para Alcobaça e uma evolução constante para Nazaré e Óbidos.

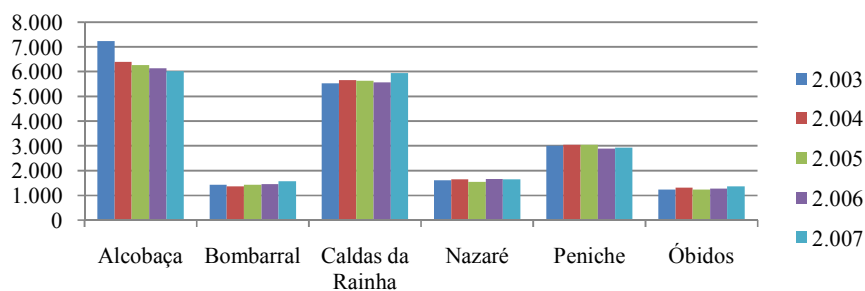


Figura 15 – Quantidades de Doentes Saídos por Concelho, 2003 - 2007

Para o ano de 2007 temos a seguinte distribuição em termos de **Dias de Internamento**:

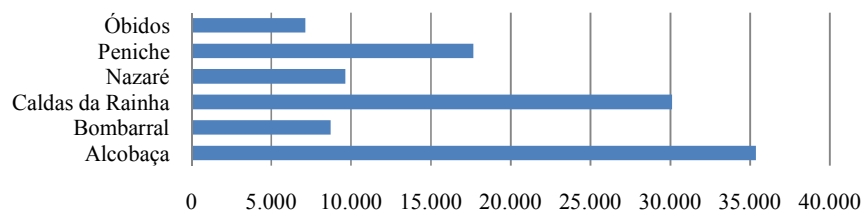


Figura 16 – Dias de Internamento, 2007

Podemos verificar que foram os utentes dos concelhos de Alcobaça e Caldas da Rainha que geraram mais dias de internamento, sendo que para o total dos 6 concelhos houve, em 2007, 108.634 dias de Internamento.

A **Demora Média** no ano de 2007 foi de 6,6 dias para o total dos utentes dos seis concelhos, distribuída do seguinte modo:

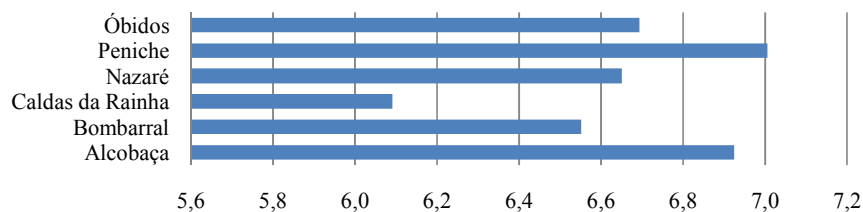


Figura 17 – Demora Média, 2007

De acordo com o GDH atribuído ao episódio de internamento podemos dividir os episódios em Médicos e Cirúrgicos. Deste modo temos a seguinte distribuição:

		Concelho						Total
		Alcobaça	Bombarral	Caldas da Rainha	Nazaré	Peniche	Óbidos	
2.003	Qtd Episódios Cirúrgicos	2.773	535	2.121	688	1.095	464	7.676
	Qtd Episódios Médicos	4.453	890	3.409	920	1.911	779	12.362
2.004	Qtd Episódios Cirúrgicos	2.542	582	2.149	675	1.178	531	7.657
	Qtd Episódios Médicos	3.853	787	3.499	986	1.859	786	11.770
2.005	Qtd Episódios Cirúrgicos	2.374	582	2.208	581	1.215	450	7.410
	Qtd Episódios Médicos	3.882	846	3.421	961	1.827	779	11.716
2.006	Qtd Episódios Cirúrgicos	2.525	624	2.331	697	1.197	502	7.876
	Qtd Episódios Médicos	3.613	838	3.234	976	1.701	775	11.137
2.007	Qtd Episódios Cirúrgicos	2.699	646	2.591	726	1.214	588	8.464
	Qtd Episódios Médicos	3.315	919	3.354	932	1.719	778	11.017

Tabela 7 – Quantidade de Episódios Cirúrgicos e Médicos por Concelho, 2003 - 2007

Analisando o **rácio Médico/Cirúrgico** podemos verificar que o mesmo se mantém sensivelmente constante ao longo do tempo, 60/40:

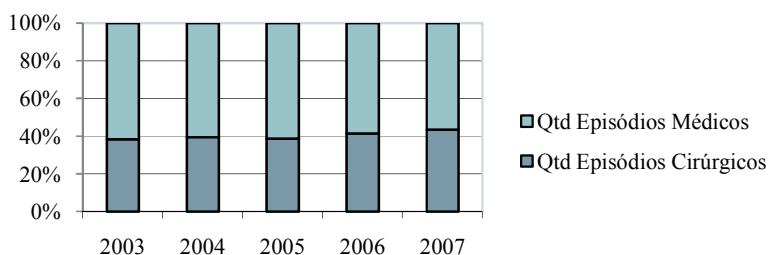


Figura 18 – Rácio de Episódios Médicos / Cirúrgicos, 2003 - 2007

Analisando a procura do Internamento em maior pormenor e considerando a sua **Especialidade**, temos:

	Doentes Saídos, ordenado por ordem decrescente [2007]					
	2006			2007		
	(0 dias)	(+ de 0 dias)	Total	(0 dias)	(+ de 0 dias)	Total
MEDICINA INTERNA	92	5.649	5.741	366	5.403	5.769
OBSTETRÍCIA	2	1.796	1.798	3	1.750	1.753
CIRURGIA GERAL	182	1.553	1.735	239	1.412	1.651
PEDIATRIA	3	1.672	1.675	9	1.581	1.590
ORTOPEDIA	20	1.166	1.186	31	1.246	1.277
GINECOLOGIA	189	812	1.001	292	774	1.066
CIR PLAST E RECONST E ESTÉTICA	427	530	957	553	471	1.024
OFTALMOLOGIA	490	319	809	678	301	979
CARDIOLOGIA	77	545	622	256	614	870
GASTRENEROLOGIA	1	661	662	7	668	675
UROLOGIA	166	477	643	183	441	624
OTORRINOLARINGOLOGIA	180	370	550	196	379	575
ANGIOLOGIA E CIRURGIA VASCULAR	127	429	556	231	343	574
PSIQUIATRIA	1	307	308	3	298	301
CIRURGIA CARDIOTORÁCICA	0	146	146	2	189	191
NEUROCIRURGIA	3	171	174	2	172	174
DERMATOVENEREOLOGIA	2	133	135	1	92	93
DOENÇAS INFECCIOSAS	0	106	106	1	85	86
PNEUMOLOGIA	1	88	89	1	77	78
NEUROLOGIA	1	61	62	9	50	59
RADIOTERAPIA	0	14	14	0	46	46
ENDOCRINOLOGIA-NUTRIÇÃO	0	3	3	0	10	10
NEFROLOGIA	2	40	42	0	10	10
HEMATOLOGIA CLÍNICA	0	3	3	0	6	6
Total	1.966	17.051	19.017	3.063	16.418	19.481

Tabela 8 – Doentes Saídos por Especialidade, 2006 - 2007

Vendo a evolução das principais especialidades no período de 2003 a 2007, temos:

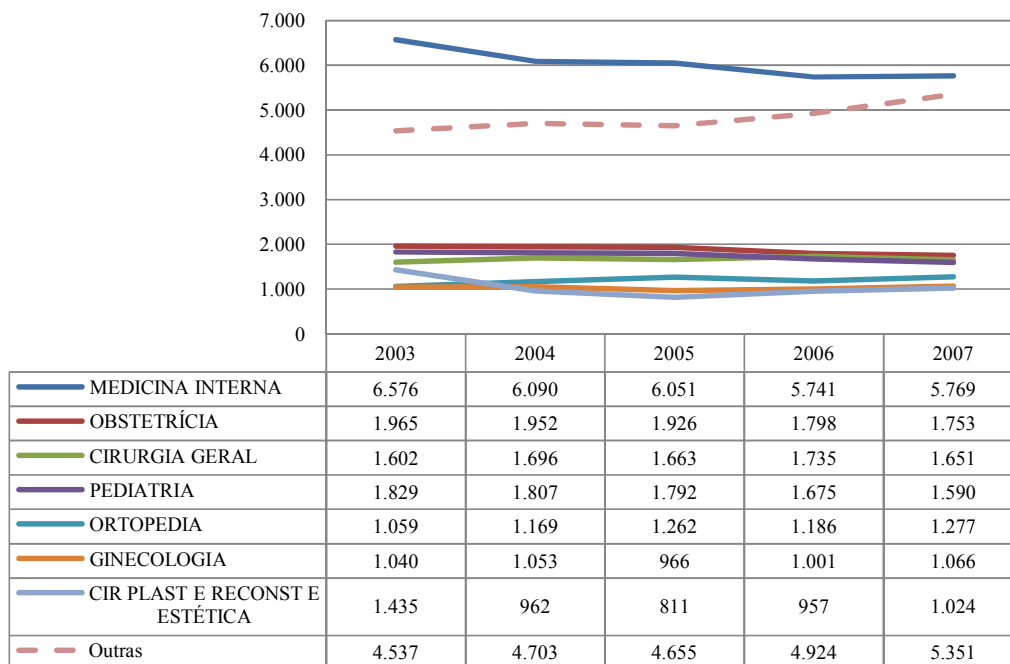


Figura 19 – Doentes Saídos por Especialidade, 2003 - 2007

Para a análise da efectiva procura de cuidados de saúde pela população dos seis concelhos, para o Internamento, temos de calcular a **Taxa de Utilização**:

$$\text{Taxa de Utilização} = \frac{\text{Quantidade de Doentes Saídos}}{\text{População}} * 1000$$

		Taxa de Utilização				
		2.003	2.004	2.005	2.006	2.007
Concelho	Óbidos	111,86	118,20	110,69	115,36	123,68
	Bombarral	104,55	100,11	104,59	107,17	114,57
	Caldas da Rainha	108,80	110,57	109,61	107,77	114,35
	Nazaré	107,28	111,20	103,37	112,26	111,44
	Alcobaça	131,48	114,39	111,83	109,62	107,17
	Peniche	107,56	108,22	108,04	102,56	103,38
	Total	115,52	111,14	109,21	108,34	110,65

Tabela 9 – Taxa de Utilização por Concelho, 2003 - 2007

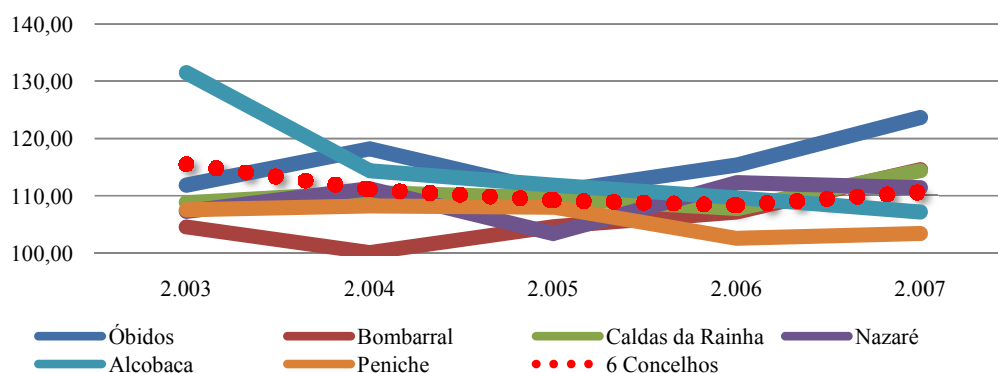


Figura 20 – Taxa de Utilização por Concelho, 2003 - 2007

Comparando a Taxa de Utilização de cada concelho individualmente com a taxa de utilização dos 6 concelhos como um todo, podemos verificar que Peniche tem taxas consistentemente inferiores. Por outro lado, Bombarral apresenta um crescimento significativo, e Alcobaça apresenta valores sempre decrescentes.

Alcobaça apresenta taxas de crescimento positivas em termos populacionais o que significa que a procura de serviços de saúde tem efectivamente diminuído. No Bombarral no período de 2003 a 2007 houve um crescimento quer da população quer da procura de serviços de saúde de Internamento.

Analisando as taxas de utilização mas por Especialidade, temos:

	Taxa de utilização, ordenado por ordem decrescente [2007]					
	2006			2007		
	(0 dias)	(+ de 0 dias)	Total	(0 dias)	(+ de 0 dias)	Total
MEDICINA INTERNA	0,52	32,18	32,71	2,08	30,69	32,77
OBSTETRÍCIA	0,01	10,23	10,24	0,02	9,94	9,96
CIRURGIA GERAL	1,04	8,85	9,88	1,36	8,02	9,38
PEDIATRIA	0,02	9,52	9,54	0,05	8,98	9,03
ORTOPEDIA	0,11	6,64	6,76	0,18	7,08	7,25
GINECOLOGIA	1,08	4,63	5,70	1,66	4,40	6,05
CIR PLAST E RECONST E ESTÉTICA	2,43	3,02	5,45	3,14	2,68	5,82
OFTALMOLOGIA	2,79	1,82	4,61	3,85	1,71	5,56
CARDIOLOGIA	0,44	3,10	3,54	1,45	3,49	4,94
GASTROENTEROLOGIA	0,01	3,77	3,77	0,04	3,79	3,83
UROLOGIA	0,95	2,72	3,66	1,04	2,50	3,54
OTORRINOLARINGOLOGIA	1,03	2,11	3,13	1,11	2,15	3,27
ANGIOLOGIA E CIR. VASCULAR	0,72	2,44	3,17	1,31	1,95	3,26
PSIQUIATRIA	0,01	1,75	1,75	0,02	1,69	1,71
CIRURGIA CARDIOTORÁCICA	0,00	0,83	0,83	0,01	1,07	1,08
NEUROCIRURGIA	0,02	0,97	0,99	0,01	0,98	0,99
DERMATOVENEREOLOGIA	0,01	0,76	0,77	0,01	0,52	0,53
DOENÇAS INFECCIOSAS	0,00	0,60	0,60	0,01	0,48	0,49
PNEUMOLOGIA	0,01	0,50	0,51	0,01	0,44	0,44
NEUROLOGIA	0,01	0,35	0,35	0,05	0,28	0,34
RADIOTERAPIA	0,00	0,08	0,08	0,00	0,26	0,26

	Taxa de utilização, ordenado por ordem decrescente [2007]					
	2006			2007		
	(0 dias)	(+ de 0 dias)	Total	(0 dias)	(+ de 0 dias)	Total
ENDOCRINOLOGIA-NUTRIÇÃO	0,00	0,02	0,02	0,00	0,06	0,06
NEFROLOGIA	0,01	0,23	0,24	0,00	0,06	0,06
HEMATOLOGIA CLÍNICA	0,00	0,02	0,02	0,00	0,03	0,03

Tabela 10 – Taxa de Utilização por Especialidade, 2006 - 2007

Podemos analisar também a Taxa de Utilização do Internamento, fazendo a distinção entre Médico e Cirúrgico, via GDH do episódio:

		Cirúrgicos	Médicos	Outros	Total
		2003	(0 dias)	8,52	4,50
	(+ de 0 dias)	35,72	66,75	0,02	102,49
	Saidos Total	44,24	71,25	0,03	115,52
2004	(0 dias)	7,58	1,44	0,00	9,01
	(+ de 0 dias)	36,21	65,88	0,03	102,12
	Saidos Total	43,79	67,32	0,03	111,14
2005	(0 dias)	7,43	1,27	0,00	8,70
	(+ de 0 dias)	34,88	65,63	0,00	100,51
	Saidos Total	42,31	66,90	0,00	109,21
2006	(0 dias)	9,87	1,33	0,00	11,20
	(+ de 0 dias)	35,00	62,12	0,02	97,14
	Saidos Total	44,87	63,44	0,02	108,34
2007	(0 dias)	13,66	3,74	0,00	17,40
	(+ de 0 dias)	34,41	58,84	0,00	93,25
	Saidos Total	48,07	62,57	0,00	110,65

Tabela 11 – Taxa de Internamento por Tipo de GDH, 2003 - 2007

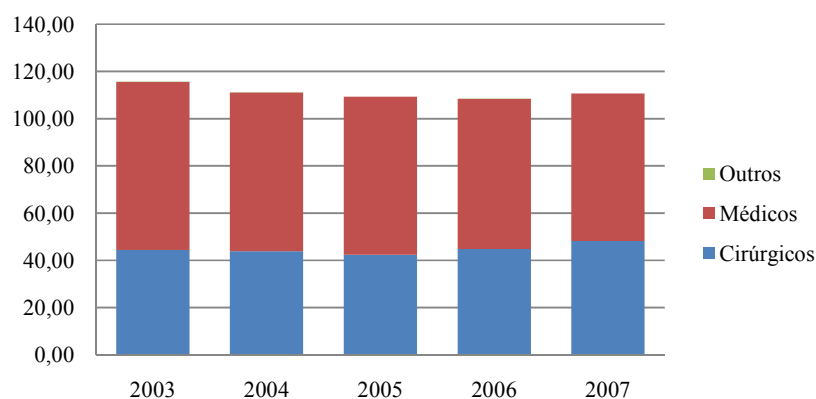


Figura 21 – Taxa de Internamento por Tipo de GDH, 2003 - 2007

3.2.3.2. Consulta Externa

De modo a caracterizar a procura em termos de Consulta Externa da população dos seis concelhos - Óbidos, Bombarral, Caldas da Rainha, Nazaré e Alcobaça - iremos avaliar o número de consulta médicas e não médicas e número de primeiras consultas.

		Concelho						Total
		Alcobaça	Bombarral	Caldas Rainha	Nazaré	Peniche	Óbidos	
2003	Consultas Total	17.281	5.590	27.332	3.133	12.034	6.142	71.512
	Consultas Médicas	15.341	4.522	21.885	2.735	10.976	5.027	60.486
	Consultas N Médicas	1940	1068	5.447	398	1058	1115	11.026
	1ª Consultas Médicas	3.694	1.332	5.277	674	3.262	1.281	15.520
	1ª Consultas N Médicas	732	589	2936	188	601	588	5.634
2004	Consultas Total	19.038	6.495	30.391	3.185	13.386	6.925	79.420
	Consultas Médicas	16.662	4.995	23.371	2.684	11.219	5.484	64.415
	Consultas N Médicas	2376	1500	7.020	501	2167	1441	15.005
	1ª Consultas Médicas	4.193	1.505	6.297	770	3.537	1.590	17.892
	1ª Consultas N Médicas	821	743	2917	229	640	666	6.016
2005	Consultas Total	20.579	7.873	35.473	3.428	16.106	8.116	91.575
	Consultas Médicas	19.817	7.503	33.329	3.331	15.833	7.597	87.410
	Consultas N Médicas	762	370	2.144	97	273	519	4.165
	1ª Consultas Médicas	5.011	2.170	8.784	1004	4.577	1.963	23.509
	1ª Consultas N Médicas	177	124	595	42	87	137	1.162
2006	Consultas Total	18.799	8.275	36.775	3.374	17.114	8.561	92.898
	Consultas Médicas	18.411	7.919	34.953	3.312	16.960	8.138	89.693
	Consultas N Médicas	388	356	1.822	62	154	423	3.205
	1ª Consultas Médicas	4.824	2.318	9.078	1025	4.533	2.159	23.937
	1ª Consultas N Médicas	82	95	435	14	62	111	799
2007	Consultas Total	18.297	8.048	37.981	3.007	17.869	8.829	94.031
	Consultas Médicas	17.737	7.668	35.906	2.943	17.600	8.368	90.222
	Consultas N Médicas	560	380	2.075	64	269	461	3.809
	1ª Consultas Médicas	4.911	2.331	9.513	926	4.885	2.235	24.801
	1ª Consultas N Médicas	158	74	561	20	112	133	1.058

Tabela 12 – Quantidade de Consultas por Concelho, 2003 - 2007

Analisando a evolução de 2003 a 2007 podemos verificar que no concelho das Caldas da Rainha houve um crescimento constante e acentuado sendo que Alcobaça foi o único concelho com evolução negativa.

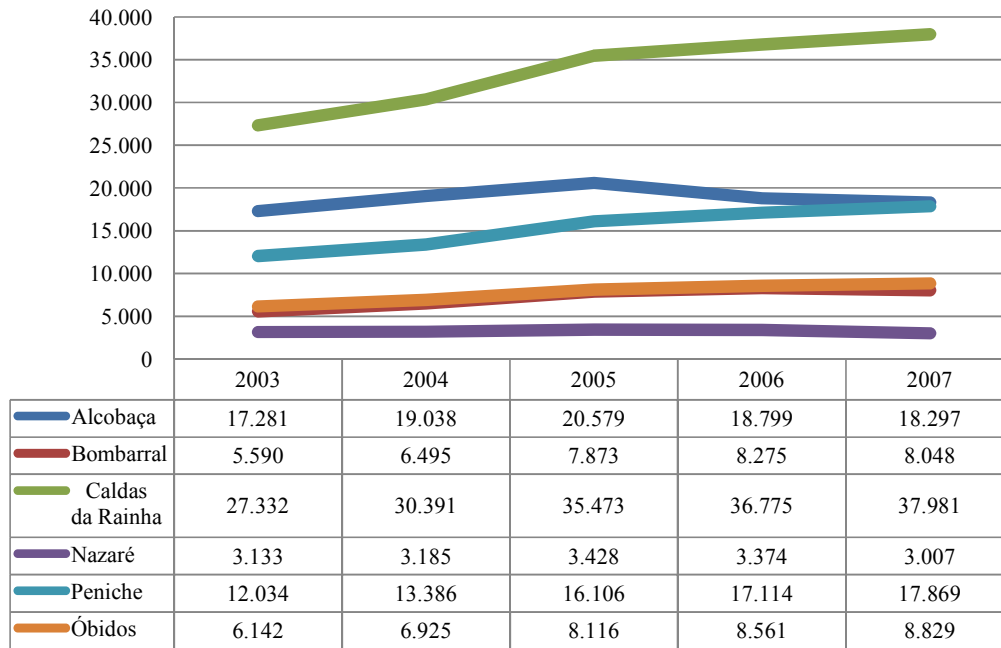


Figura 22 – Evolução do total de Consultas por Concelho, 2003 - 2007

Podemos verificar que a percentagem de primeiras consultas médicas é de 27,5% do total de consultas, e nas não-médicas temos 27,8%.

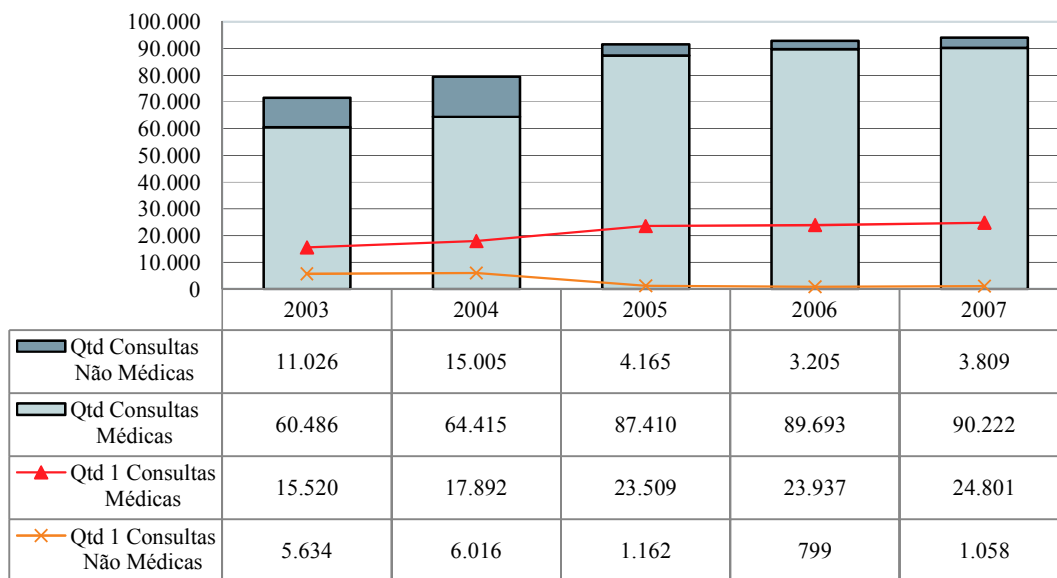


Figura 23 – Evolução das Consultas, 2003 - 2007

Analisando as taxas de utilização para Consulta Externa nos seis concelhos em análise podemos verificar uma tendência de crescimento em todos os concelhos com excepção de Alcobaça. Além disso, existe uma diferença elevada entre a procura de serviços de Consulta Externa entre Óbidos e Nazaré, respectivamente o concelho mais consumidor e o menos consumidor.

		Alcobaça	Bombarral	Caldas da Rainha	Nazaré	Peniche	Óbidos	Total
2003	Qtd Consultas Total	314,3	410,1	537,5	209,0	430,6	552,7	412,2
	Qtd Consultas Médicas	279,0	331,8	430,4	182,5	392,8	452,4	348,6
	Qtd Consultas Não Médicas	35,3	78,4	107,1	26,6	37,9	100,3	63,5
	Qtd 1 Consultas Médicas	67,2	97,7	103,8	45,0	116,7	115,3	89,5
	Qtd 1 Consultas Não Médicas	13,3	43,2	57,7	12,5	21,5	52,9	32,5
2004	Qtd Consultas Total	340,4	474,9	594,7	213,2	477,0	621,5	454,2
	Qtd Consultas Médicas	297,9	365,2	457,3	179,7	399,8	492,2	368,4
	Qtd Consultas Não Médicas	42,5	109,7	137,4	33,5	77,2	129,3	85,8
	Qtd 1 Consultas Médicas	75,0	110,1	123,2	51,5	126,0	142,7	102,3
	Qtd 1 Consultas Não Médicas	14,7	54,3	57,1	15,3	22,8	59,8	34,4
2005	Qtd Consultas Total	367,9	576,7	690,7	229,8	572,0	731,0	522,9
	Qtd Consultas Médicas	354,2	549,6	649,0	223,3	562,3	684,2	499,1
	Qtd Consultas Não Médicas	13,6	27,1	41,7	6,5	9,7	46,7	23,8
	Qtd 1 Consultas Médicas	89,6	158,9	171,0	67,3	162,6	176,8	134,2
	Qtd 1 Consultas Não Médicas	3,2	9,1	11,6	2,8	3,1	12,3	6,6
2006	Qtd Consultas Total	335,6	606,2	712,1	226,4	605,7	773,4	529,2
	Qtd Consultas Médicas	328,7	580,1	676,8	222,2	600,2	735,2	511,0
	Qtd Consultas Não Médicas	6,9	26,1	35,3	4,2	5,4	38,2	18,3
	Qtd 1 Consultas Médicas	86,1	169,8	175,8	68,8	160,4	195,0	136,4
	Qtd 1 Consultas Não Médicas	1,5	7,0	8,4	0,9	2,2	10,0	4,6
2007	Qtd Consultas Total	326,0	589,2	730,5	202,1	629,8	799,4	534,1
	Qtd Consultas Médicas	316,1	561,4	690,6	197,8	620,4	757,7	512,4
	Qtd Consultas Não Médicas	10,0	27,8	39,9	4,3	9,5	41,7	21,6
	Qtd 1 Consultas Médicas	87,5	170,6	183,0	62,2	172,2	202,4	140,9
	Qtd 1 Consultas Não Médicas	2,8	5,4	10,8	1,3	3,9	12,0	6,0

Tabela 13 – Taxa de Utilização da Consulta Externa por Concelo, 2003 - 2007

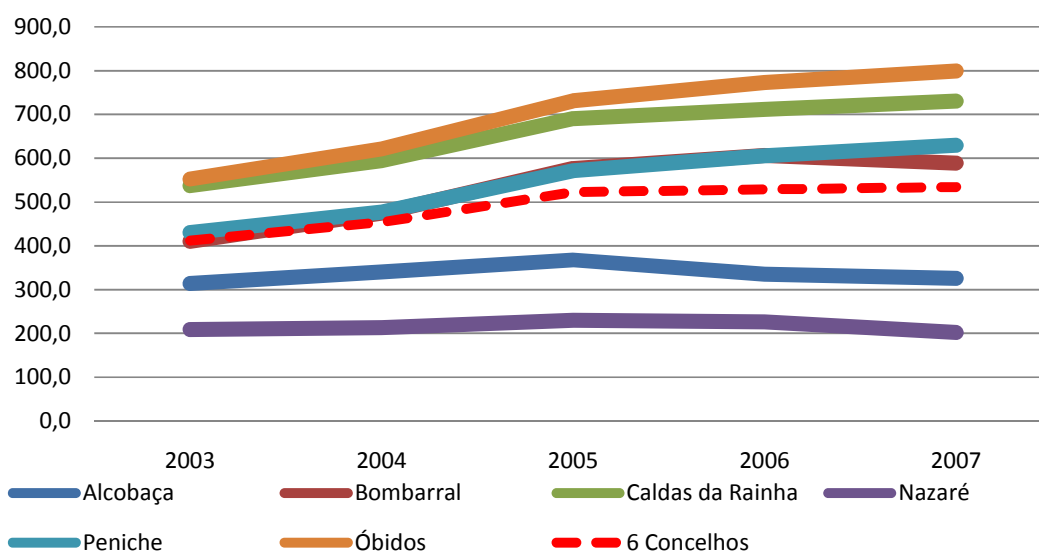


Figura 24 – Evolução da Taxa de Utilização Consulta Externa, 2003 - 2007

Quando avaliando por Especialidade podemos verificar para os seis concelhos que as mais procuradas são as consultas de Cirurgia Geral, Ortopedia, Ginecologia, Medicina Geral e Pediatria.

	Taxa de utilização, ordenado por ordem decrescente [2007]				
	2.003	2.004	2.005	2.006	2.007
CIRURGIA GERAL	74,67	82,64	82,43	72,45	61,42
ORTOPEDIA	35,99	39,54	44,21	44,03	45,89
GINECOLOGIA	18,85	28,41	38,39	41,21	40,40
MEDICINA GERAL E FAMILIAR	37,37	35,84	37,15	34,07	33,40
PEDIATRIA	28,58	27,90	28,58	32,02	32,33
ENDOCRINOLOGIA-NUTRIÇÃO	23,94	24,25	26,46	24,82	29,61
OBSTETRÍCIA	17,63	18,44	23,99	26,38	29,25
MEDICINA FÍSICA E DE REABILITAÇÃO	19,05	22,97	28,89	26,24	28,26
OFTALMOLOGIA	22,90	23,96	25,87	26,95	27,23
ANESTESIOLOGIA	8,78	11,26	21,58	23,97	25,59
CARDIOLOGIA	9,41	10,73	16,01	18,14	20,69
OTORRINOLARINGOLOGIA	20,27	18,56	20,13	19,74	20,59
ONCOLOGIA MÉDICA	14,35	15,81	17,43	18,34	20,03
HEMATOLOGIA CLÍNICA	1,84	6,59	12,66	15,59	17,94
DERMATOVENEREOLOGIA	14,34	17,94	21,98	22,54	17,35
GASTROENTEROLOGIA	11,06	12,42	12,93	14,65	16,32
NEUROLOGIA	6,78	6,66	7,54	10,75	12,38
REUMATOLOGIA	4,01	7,50	10,43	12,66	11,51
PSICOLOGIA	11,18	15,72	10,00	9,40	8,59
PSIQUIATRIA	3,86	4,88	5,00	4,84	5,58
PATOLOGIA CLÍNICA	0,63	0,63	1,79	2,97	3,61
IMUNOHEMOTERAPIA	7,71	8,42	8,78	3,52	2,90
UROLOGIA	4,25	2,88	2,83	2,74	2,66
NEUROCIRURGIA	0,12	0,08	1,51	2,43	2,27
PNEUMOLOGIA	1,63	1,49	2,42	2,24	2,18
IMUNOALERGOLOGIA	2,07	0,28	2,00	1,85	1,94
MEDICINA DO TRABALHO	2,73	1,86	0,76	2,65	1,77

	Taxa de utilização, ordenado por ordem decrescente [2007]				
	2.003	2.004	2.005	2.006	2.007
ANGIOLOGIA E CIR. VASCULAR	1,59	1,98	1,81	1,86	1,73
GENÉTICA MÉDICA	0,25	0,23	0,57	0,83	1,39
CARDIOLOGIA PEDIÁTRICA	0,67	0,96	1,10	1,11	1,31
NEFROLOGIA	1,29	1,10	1,58	1,51	1,30
CIRURGIA PEDIÁTRICA	0,99	0,01	1,22	1,45	1,26
MEDICINA INTERNA	0,44	0,52	1,02	1,00	1,10
CIR PLAST E RECONST E ESTÉTICA	0,89	0,41	0,83	1,01	0,95
PEDIATRIA - NEONATOLOGIA	0,19	0,31	0,76	0,68	0,84
ESTOMATOLOGIA	0,55	0,02	0,51	0,55	0,50
QUIMIOTERAPIA	0,18	0,03	0,30	0,36	0,37
EMERGÊNCIA MÉDICA	0,03	0,04	0,21	0,17	0,32
CIRURGIA CARDIOTORÁCICA	0,00	0,03	0,07	0,18	0,26
CIRURGIA MAXILO-FACIAL	0,01	0,00	0,19	0,31	0,26
EEG/NEUROFISIOLOGIA	0,00	0,00	0,21	0,17	0,24
DOENÇAS INFECCIOSAS	0,40	0,33	0,29	0,26	0,22
RADIOTERAPIA	0,10	0,03	0,01	0,22	0,12
PSIQ INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA	0,50	0,43	0,37	0,28	0,11
NEUROPEDIATRIA	0,04	0,07	0,08	0,03	0,05
SAÚDE PÚBLICA	0,02	0,01	0,00	0,04	0,03
NEURORRADIOLOGIA	0,01	0,02	0,01	0,02	0,01
HIDROLOGIA	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
MEDICINA INTENSIVA	0,00	0,01	0,01	0,00	0,00
MEDICINA NUCLEAR	0,00	0,01	0,00	0,00	0,00
Total	412,16	454,22	522,90	529,22	534,08

Tabela 14 – Taxa de Utilização por Especialidade, 2003 - 2007

Analisando em pormenor as 5 consultas externas mais procuradas, temos:

- Cirurgia Geral – queda acentuada após 2005 para Alcobaça e Nazaré:

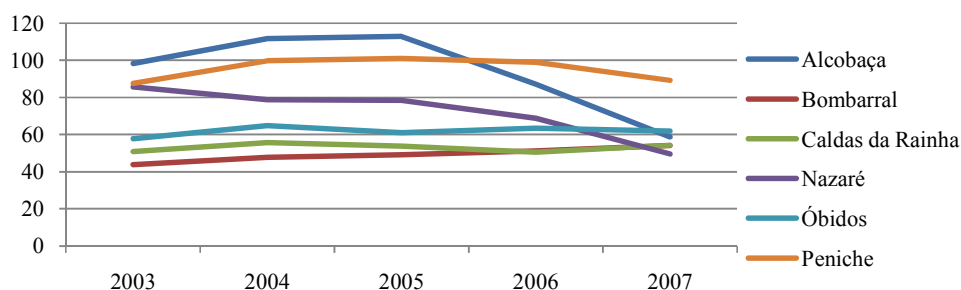


Figura 25 – Taxa de Utilização de Cirurgia Geral, 2003 – 2007

- Ortopedia – baixa procura para os concelhos de Alcobaça e Nazaré:

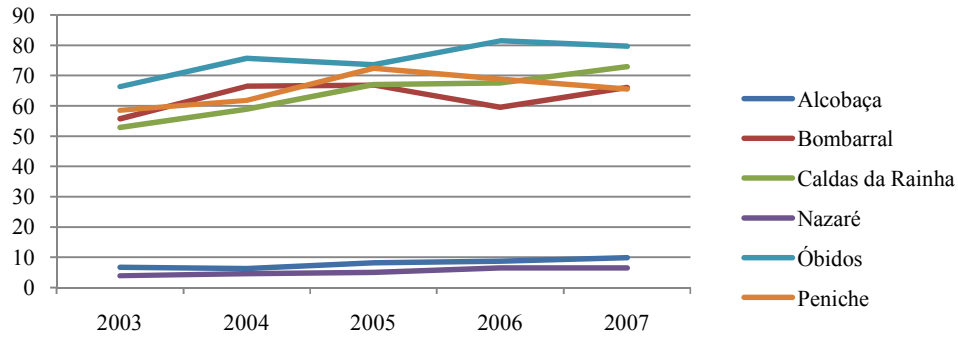


Figura 26 – Taxa de Utilização de Ortopedia, 2003 - 2007

- Ginecologia – crescimento generalizado em todos os concelhos contudo, Peniche e Nazaré apresenta valores baixos quando comparados com os restantes concelhos:

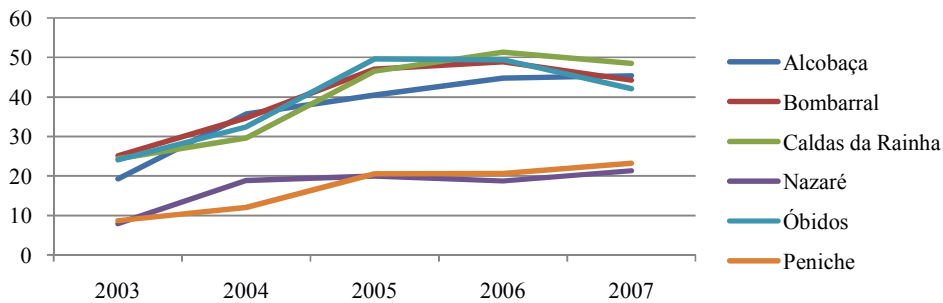


Figura 27 – Taxa de Utilização de Ginecologia, 2003 - 2007

- Medicina Geral e Familiar – evolução constante tendo Nazaré e Alcobaça valores bastante baixos:

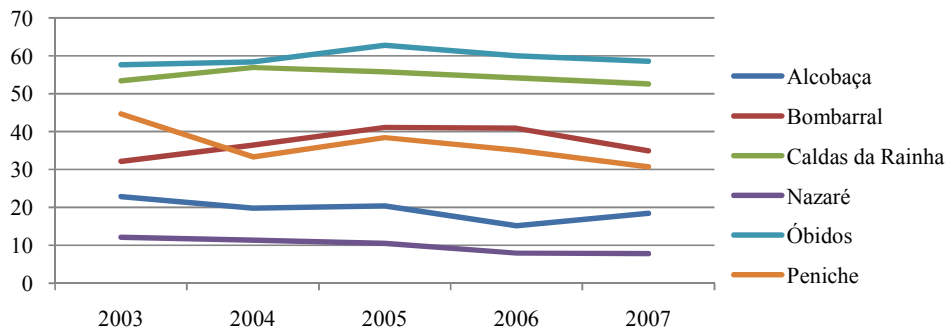


Figura 28 – Taxa de Utilização de Medicina Geral e Familiar, 2003 - 2007

- Pediatria – evolução positiva onde a Nazaré apresenta os valores mais baixos:

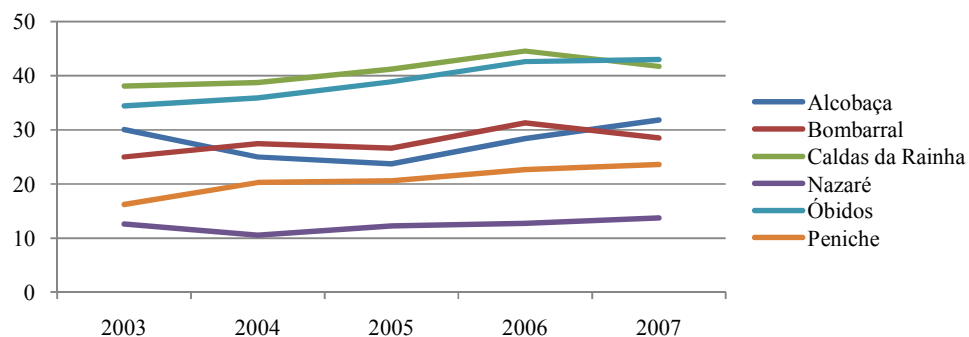


Figura 29 – Taxa de Utilização de Pediatria, 2003 - 2007

3.2.3.3. Hospital de Dia

A terceira área de procura em análise é o Hospital de Dia. A actividade do Hospital de Dia caracteriza-se em termos de quantidade de doentes e quantidade de sessões. Assim, para o período de 2003 a 2007 temos:

		Alcobaça	Bombarral	Caldas da Rainha	Nazaré	Peniche	Óbidos	Total
2003	Qtd Sessões Crianças	124	3	6	16	2	3	154
	Qtd Sessões Adultos	617	587	2112	103	833	313	4565
	Qtd Sessões Total	741	590	2118	119	835	316	4719
	Qtd Doentes Crianças	79	3	6	8	2	3	101
	Qtd Doentes Adultos	215	218	793	39	341	143	1749
Qtd Doentes Total	294	221	799	47	343	146	1850	
2004	Qtd Sessões Crianças	158	2	23	11	3	5	202
	Qtd Sessões Adultos	884	564	2779	62	877	404	5570
	Qtd Sessões Total	1042	566	2802	73	880	409	5772
	Qtd Doentes Crianças	68	2	15	10	3	4	102
	Qtd Doentes Adultos	251	215	985	32	345	176	2004
Qtd Doentes Total	319	217	1000	42	348	180	2106	
2005	Qtd Sessões Crianças	123	3	90	12	14	0	242
	Qtd Sessões Adultos	543	652	2826	77	943	311	5352
	Qtd Sessões Total	666	655	2916	89	957	311	5594
	Qtd Doentes Crianças	63	3	28	8	13	0	115
	Qtd Doentes Adultos	231	296	972	39	352	141	2031
Qtd Doentes Total	294	299	1000	47	365	141	2146	
2006	Qtd Sessões Crianças	81	12	115	7	10	2	227
	Qtd Sessões Adultos	592	526	2349	197	831	481	4976
	Qtd Sessões Total	673	538	2464	204	841	483	5203
	Qtd Doentes Crianças	59	5	35	5	10	2	116
	Qtd Doentes Adultos	301	250	911	69	367	207	2105
Qtd Doentes Total	360	255	946	74	377	209	2221	
2007	Qtd Sessões Crianças	75	2	23	7	18	8	133
	Qtd Sessões Adultos	2309	778	4848	421	1853	1098	11307
	Qtd Sessões Total	2384	780	4871	428	1871	1106	11440
	Qtd Doentes Crianças	50	2	16	7	18	7	100
	Qtd Doentes Adultos	1611	488	2875	303	1201	672	7150
Qtd Doentes Total	1661	490	2891	310	1219	679	7250	

Tabela 15 – Quantidade de Sessões e Doentes por Concelho, 2003 - 2007

Analisando a evolução da Quantidade de Doentes e da Quantidade de Sessões podemos observar um crescimento muito significativo do ano 2006 para 2007:

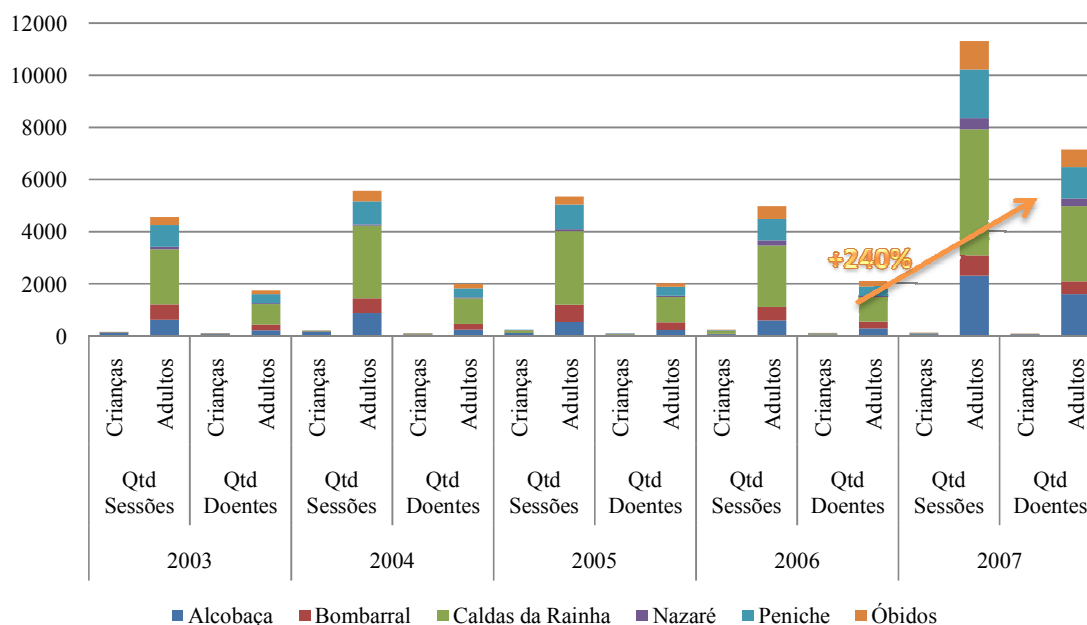


Figura 30 – Evolução de Doentes e Sessões, 2003 - 2007

Descendo ao nível da especialidade podemos verificar a distribuição sendo que Oncologia Médica representa 37% das sessões e 21,2% dos doentes, e a Quimioterapia representa 44,3% das sessões e 63,7% do total de doentes, para o ano de 2007.

Especialidade	2.003		2.004		2.005		2.006		2.007	
	Sessões	Doentes	Sessões	Doentes	Sessões	Doentes	Sessões	Doentes	Sessões	Doentes
ANESTESIOLOGIA	11	8	19	15	12	7	10	8	11	10
ANGIOLOGIA E CIRURGIA VASCULAR			18	3	2	1				
CARDIOLOGIA	6	6	3	2	2	2	27	27	51	51
CIR PLAST E RECONST E ESTÉTICA	9	9	7	7	16	12	2	2		
CIRURGIA GERAL	7	6	6	6	3	3	3	3	5	4
DERMATOVENEREOLOGIA	37	14	59	23	51	16	54	21	18	9
DOENÇAS INFECCIOSAS	7	7	12	12	7	6	9	9	5	5
ENDOCRINOLOGIA-NUTRIÇÃO	2	2	7	7	8	8	7	7	33	33
GASTRENTEROLOGIA	7	7	1	1	2	2	6	6	43	33
GINECOLOGIA	1	1	3	3	2	2	13	10	53	34
HEMATOLOGIA CLÍNICA	80	42	19	14	6	5	29	27	46	44
IMUNOALERGOLOGIA			2	2	6	6	11	3	8	8
IMUNOHEMOTERAPIA	21	13	66	31	68	29	38	24	1.013	514
MEDICINA FÍSICA E DE REABILITAÇÃO			35	10	47	14	127	25	197	37
MEDICINA INTERNA	4	4	2	2	2	2	26	16	23	17
NEFROLOGIA	9	6	14	7	13	3	16	12	19	12
NEUROLOGIA	8	8	11	11	13	9	6	5	8	4
OBSTETRÍCIA	19	18	3	3	9	8	5	5	9	8

Especialidade	2.003		2.004		2.005		2.006		2.007	
	Sessões	Doentes	Sessões	Doentes	Sessões	Doentes	Sessões	Doentes	Sessões	Doentes
ONCOLOGIA MÉDICA	3.549	1.328	4.562	1.549	4.386	1.484	3.533	1.295	4.235	1.535
ORTOPEDIA			1	1	2	2	8	7	3	3
PEDIATRIA	21	21	47	31	94	34	110	38	35	32
PEDIATRIA - NEONATOLOGIA			2	2	24	16	21	10	12	10
PNEUMOLOGIA	1	1	1	1	5	3	1	1	7	7
PSIQUIATRIA					9	1				
QUIMIOTERAPIA	724	160	676	179	648	316	786	505	5.063	4.615
RADIODIAGNÓSTICO									1	1
RADIOTERAPIA							211	19	91	12
REUMATOLOGIA	6	6	4	3	3	3	8	6	401	166
UROLOGIA	190	183	192	181	154	152	136	130	50	46
Total	4.719	1.850	5.772	2.106	5.594	2.146	5.203	2.221	11.440	7.250

Tabela 16 - Quantidade de Sessões e Doentes por Especialidade, 2003 - 2007

Avaliando o peso relativo da Oncologia Médica e da Quimioterapia, temos:

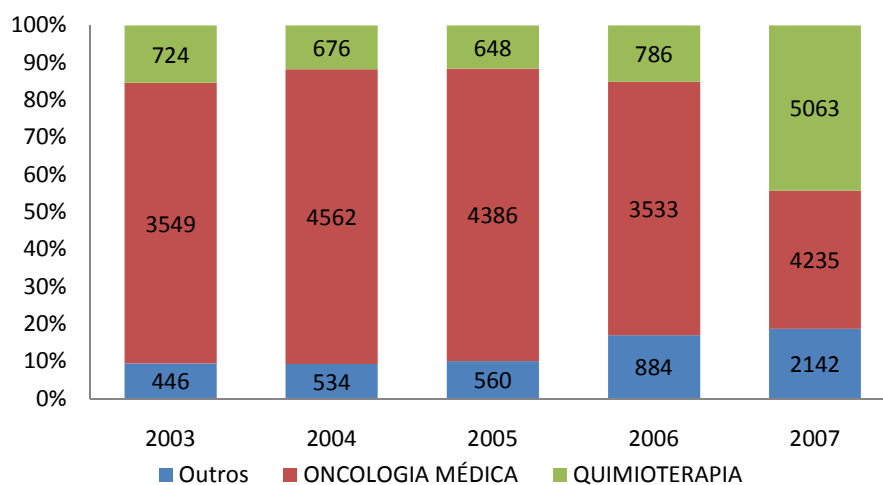


Figura 31 – Distribuição de Sessões por Especialidade, 2003 - 2007

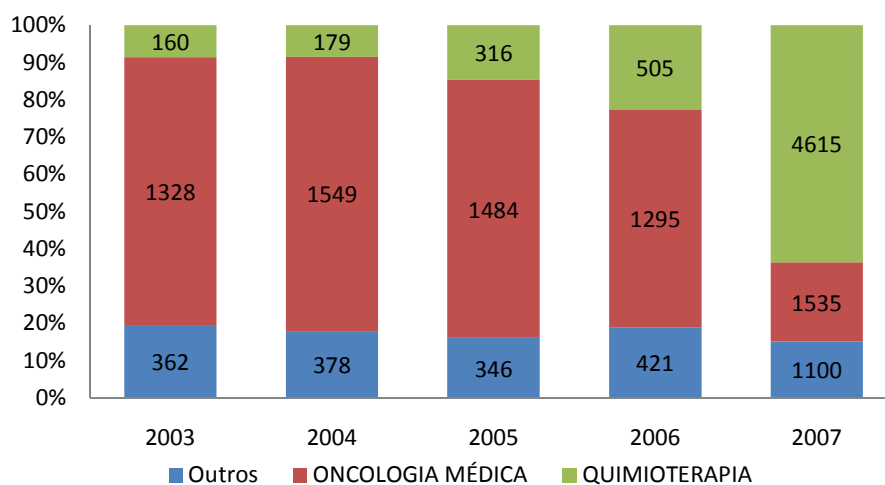


Figura 32 - Distribuição de Doentes por Especialidade, 2003 - 2007

Tendo em conta a procura e considerando a população dos seis concelhos em análise, podemos verificar as seguintes taxas de utilização:

Concelho	Taxa de Utilização									
	2.003		2.004		2.005		2.006		2.007	
	Sessões	Doentes	Sessões	Doentes	Sessões	Doentes	Sessões	Doentes	Sessões	Doentes
Alcobaça	13,48	5,35	18,63	5,70	11,91	5,26	12,02	6,43	42,48	29,60
Bombarral	43,29	16,21	41,39	15,87	47,98	21,90	39,41	18,68	57,10	35,87
Caldas da Rainha	41,65	15,71	54,83	19,57	56,78	19,47	47,71	18,32	93,69	55,61
Nazaré	7,94	3,14	4,89	2,81	5,97	3,15	13,69	4,97	28,77	20,84
Peniche	29,88	12,27	31,36	12,40	33,99	12,96	29,76	13,34	65,95	42,97
Óbidos	28,44	13,14	36,71	16,15	28,01	12,70	43,63	18,88	100,14	61,48
Total	27,20	10,66	33,01	12,04	31,94	12,25	29,64	12,65	64,98	41,18

Tabela 17 – Taxa de Utilização por Concelho, 2003 - 2007

Analisando a evolução da Taxa de Utilização podemos verificar um comportamento quase constante até 2006 sendo que existe um grande salto para 2007. Este facto deve-se à nova forma de registo e reembolso para os tratamentos oncológicos, nomeadamente a Quimioterapia.

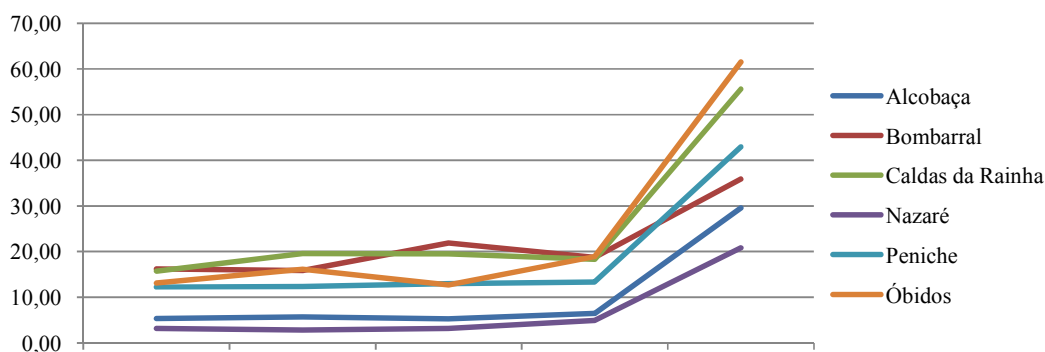


Figura 33 – Evolução da Taxa de Utilização por Concelho, 2003 – 2007

3.2.4. Caracterização da Oferta

De modo a caracterizar a oferta iremos analisar a produção de cada uma das instituições para o Internamento, Consulta Externa e Hospital de Dia, tendo em conta o concelho de origem do doente. Desta forma iremos identificar a real área de influência do hospital, tendo particular atenção aos seis concelhos em análise.

Inicialmente existiam três hospitais com a sua área de influência definida.

Instituição	Local	Área de influência primária	Camas (1)	Especialidades (2)	Tipo de Urgência (3)
H2 - H. Bernardino Lopes Oliveira	Alcobaça	56794	63	5	----
H1 - C. H. Caldas da Rainha	Caldas da Rainha	73045	143	18	M / C
H3 - H. S. Pedro Gonçalves Telmo	Peniche	27315	50	6	----

1) Número de camas segundo informação do IGIF ; 2) Número de especialidades segundo dados do IGIF de 2004 e do INE de 2005 ;

3) Tipo de urgência segundo Rede de Urgências de 2007

Tabela 18 – Caracterização das Instituições

3.2.4.1. Internamento

Para o Internamento iremos ver a quantidade de doentes saídos de cada uma das instituições e o peso relativo de cada concelho:

		Alcobaça	Bombarral	Caldas da Rainha	Nazaré	Peniche	Óbidos	Outros	Total	%Outros/Total
2003	CH C. Rainha	943	982	4.207	208	955	921	723	8.939	8,09%
	H Alcobaça	2.638	0	9	370	1	0	218	3.236	6,74%
	H Peniche	5	28	26	3	1.201	45	158	1.466	10,78%
2004	CH C. Rainha	913	967	4.325	217	1.068	1.000	764	9.254	8,26%
	H Alcobaça	1.828	0	2	328	0	0	150	2.308	6,50%
	H Peniche	3	33	17	0	1.131	40	115	1.339	8,59%
2005	CH C. Rainha	913	981	4.301	208	1.022	955	711	9.091	7,82%
	H Alcobaça	1.742	0	2	337	0	0	139	2.220	6,26%
	H Peniche	3	38	6	1	1.162	27	216	1.453	14,87%
2006	CH C. Rainha	820	998	4.240	234	972	982	853	9.099	9,37%
	H Alcobaça	1.731	0	3	363	1	0	98	2.196	4,46%
	H Peniche	2	46	12	0	1.056	34	278	1.428	19,47%
2.007	CH C. Rainha	917	1.050	4.386	196	1.033	935	808	9.325	8,66%
	H Alcobaça	1.429	0	1	322	0	0	223	1.975	11,29%
	H Peniche	3	32	10	1	905	17	414	1.382	29,96%

Tabela 19 – Quantidade de Doentes Saídos por Instituição e Concelho, 2003 - 2007

Tomando como referência o ano de 2007 e fazendo uma análise mais detalhada temos:

		Qtd Doentes Internamento - 2007					
		CH C. Rainha	%Total	H Alcobaça	%Total	H Peniche	%Total
Concelho	Alcobaça	917	9,83%	1.429	72,35%	3	0,22%
	Bombarral	1.050	11,26%	0	0,00%	32	2,32%
	Caldas da Rainha	4.386	47,03%	1	0,05%	10	0,72%
	Nazaré	196	2,10%	322	16,30%	1	0,07%
	Peniche	1.033	11,08%	0	0,00%	905	65,48%
	Óbidos	935	10,03%	0	0,00%	17	1,23%
	Outros	808	8,66%	223	11,29%	414	29,96%
	Total	9.325	100%	1.975	100%	1.382	100%

Tabela 20 – Quantidade de Doentes Saídos por Instituição para cada Concelho, 2007

O Centro Hospitalar das Caldas da Rainha teve em 2007, 9325 doentes saídos, sendo claramente o maior dos três hospitais em análise.

Para o Centro Hospitalar das Caldas da Rainha podemos verificar que 47% dos doentes saídos são originários do próprio concelho das Caldas da Rainha, tendo os restantes a seguinte distribuição:

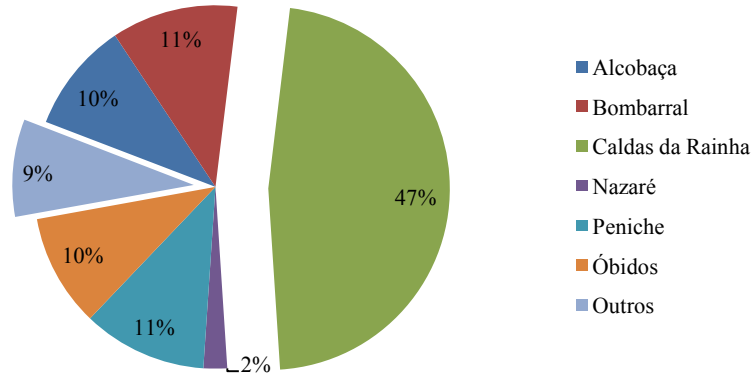


Figura 34 – Origem por Concelho dos Doentes Saídos do CH das Caldas da Rainha, 2007

O Hospital de Alcobaça é essencialmente um hospital de concelho sendo que 73% da população que trata é do próprio concelho.

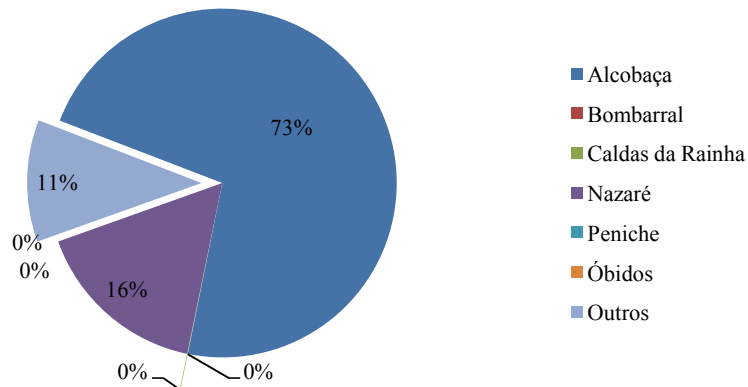


Figura 35 - Origem por Concelho dos Doentes Saídos do H de Alcobaça, 2007

O Hospital de Peniche atrai essencialmente população do seu concelho, e curiosamente população de fora dos seis concelhos em análise. Provavelmente este fenómeno deve-se ao facto de ser uma zona muito turística e estar mais próximo dos concelhos da Lourinhã e Bombarral do que Nazaré ou Alcobaça.

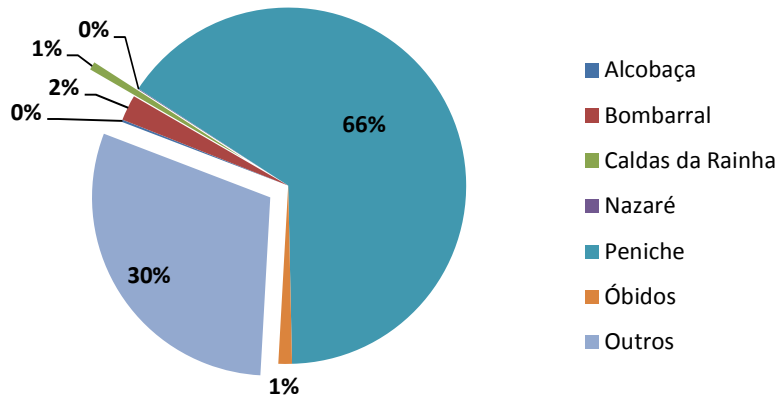


Figura 36 - Origem por Concelho dos Doentes Saídos do H de Peniche, 2007

Analisando a evolução temporal da produção de cada um dos hospitais para o Internamento, podemos verificar que para o Hospital de Alcobaça houve uma clara diminuição da oferta sendo que o CH de Caldas da Rainha teve um ligeiro aumento.

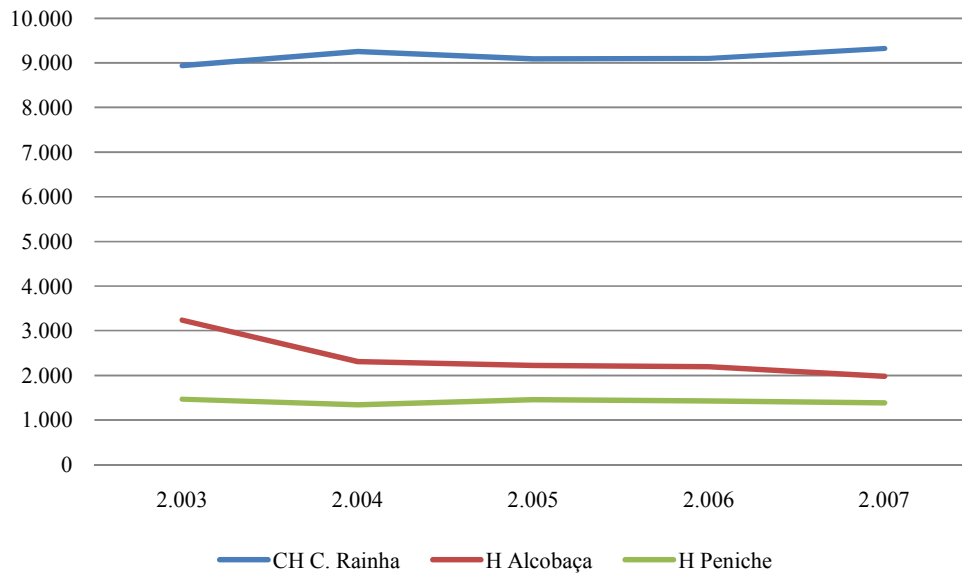


Figura 37 – Evolução da Oferta de Internamento, 2003 - 2007

3.2.4.2. Consulta Externa

Para a Consulta Externa iremos ver a quantidade de doentes saídos de cada uma das instituições e o peso relativo de cada concelho:

		Alcobaça	Bombarral	Caldas da Rainha	Nazaré	Peniche	Óbidos	Outros	Total	%Outros/Total
2003	CH C. Rainha	2.763	4.463	24.724	827	3.593	5.217	1.713	43.300	3,96%
	H Alcobaça	11.624	3	89	1.801	5	3	846	14.371	5,89%
	H Peniche	44	235	147	7	6.899	329	714	8.375	8,53%
2004	CH C. Rainha	3.173	5.318	28.162	896	4.324	6.080	2.210	50.163	4,41%
	H Alcobaça	13.563	3	64	1.873	8	4	603	16.118	3,74%
	H Peniche	23	269	103		7.765	339	688	9.187	7,49%
2005	CH C. Rainha	3.332	6.148	32.068	994	4.937	7.006	2.809	57.294	4,90%
	H Alcobaça	13.509	1	61	1.793	4	5	723	16.096	4,49%
	H Peniche	30	289	95	0	8.890	311	1.137	10.752	10,57%
2006	CH C. Rainha	3.262	6.350	33.389	1.099	5.236	7.239	3.064	59.639	5,14%
	H Alcobaça	11.729	2	43	1.603	2	2	668	14.049	4,75%
	H Peniche	16	350	105		9.466	309	1.489	11.735	12,69%
2007	CH C. Rainha	3.676	6.329	34.305	940	6.498	7.612	3.238	62.598	5,17%
	H Alcobaça	10.934	3	41	1.368	3	6	1.172	13.527	8,66%
	H Peniche	19	267	90	6	8.785	186	2.077	11.430	18,17%

Tabela 21 - Quantidade de Consultas por Instituição e Concelho, 2003 - 2007

Analisando a evolução temporal da oferta de serviços de Consulta Externa podemos verificar que existe uma clara tendência de crescimento para o CH das Caldas da Rainha.

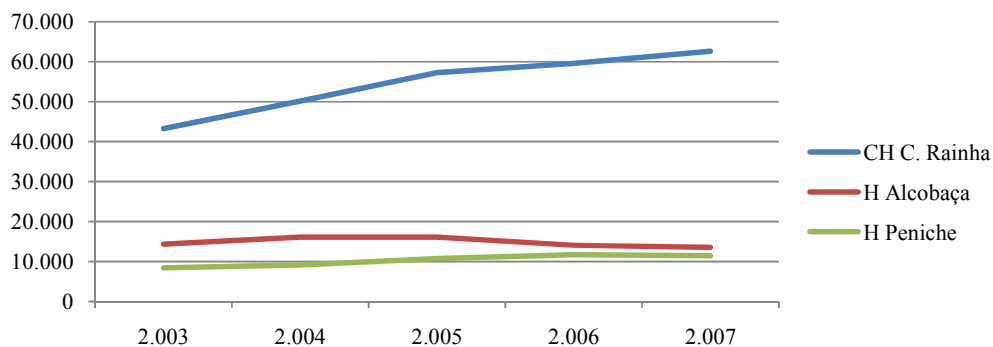


Figura 38 – Evolução da Oferta da Consulta Externa, 2003 - 2007

Tomando como referência o ano de 2007 e fazendo uma análise mais detalhada temos:

		Consulta Externa - 2007					
		CH C. Rainha	%Total	H Alcobaça	%Total	H Peniche	%Total
Concelho	Alcobaça	3.676	5,87%	10.934	80,83%	19	0,17%
	Bombarral	6.329	10,11%	3	0,02%	267	2,34%
	Caldas da Rainha	34.305	54,80%	41	0,30%	90	0,79%
	Nazaré	940	1,50%	1.368	10,11%	6	0,05%
	Peniche	6.498	10,38%	3	0,02%	8.785	76,86%
	Óbidos	7.612	12,16%	6	0,04%	186	1,63%
	Outros	3.238	5,17%	1.172	8,66%	2.077	18,17%
	Total	62.598	100,00%	13.527	100,00%	11.430	100,00%

Tabela 22 – Quantidade de Consultas por Hospital e Concelho, 2007

No Centro Hospitalar da Caldas da Rainha cerca de 55% da sua oferta destinou-se a utentes do concelho das Caldas da Rainha, sendo que Óbidos, Peniche e Bombarral representaram cerca de 10%, cada. De salientar que a oferta para utentes fora dos seis concelhos em análise é baixa representando apenas 5,17%.

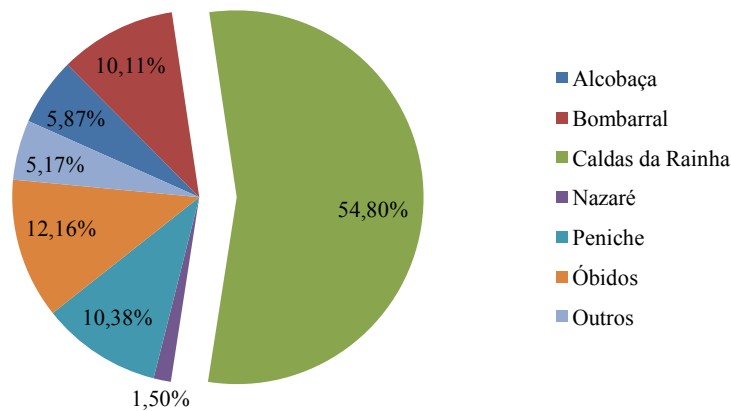


Figura 39 - Origem por Concelho das Consultas do CH das Caldas da Rainha, 2007

Para o Hospital de Alcobaça podemos verificar que 80% da sua oferta se destina a utentes do próprio concelho de Alcobaça, havendo apenas mais dois concelhos com representação significativa na ordem dos 10%, Nazaré e Óbidos.

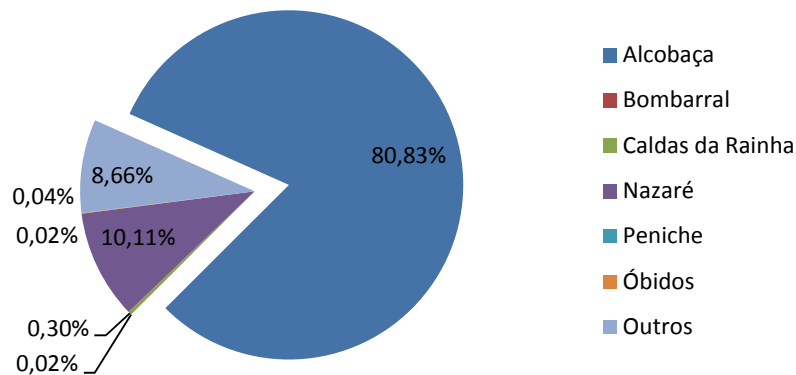


Figura 40 - Origem por Concelho das Consultas do H de Alcobaça, 2007

O Hospital de Peniche oferece 76% da sua produção em Consulta Externa a utentes do concelho de Peniche sendo que da restante oferta, a maioria é para outros concelhos fora do grupo dos seis concelhos em análise.

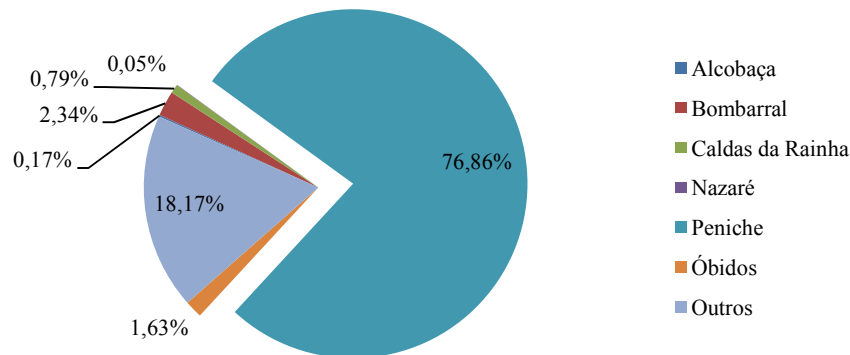


Figura 41 - Origem por Concelho das Consultas do H de Peniche, 2007

3.2.4.3. Hospital de Dia

Relativamente à linha de produção Hospital de Dia dispomos apenas de dados para o Centro Hospitalar das Caldas da Rainha dado que não existe Hospital de Dia no

Hospital de Peniche e no Hospital de Alcobaça, sendo que a sua oferta, caracterizada em termos de concelho de origem dos utentes, tem a seguinte distribuição:

Concelho	CH Caldas da Rainha									
	2003		2004		2005		2006		2007	
	Sessões	Doentes	Sessões	Doentes	Sessões	Doentes	Sessões	Doentes	Sessões	Doentes
Alcobaça	475	123	458	135	216	66	107	49	359	187
Bombarral	317	133	432	142	472	196	309	125	568	333
Caldas da Rainha	1.668	661	2.480	828	2.580	833	1.979	721	4.269	2.436
Nazaré	92	34	57	28	58	28	80	22	179	96
Peniche	656	212	701	220	709	195	559	181	1.310	761
Óbidos	295	125	373	146	285	117	437	170	1.049	623
Outros	69	32	133	53	105	51	52	29	297	138
Total	3.572	1.320	4.634	1.552	4.425	1.486	3.523	1.297	8.031	4.574
%Outros/Total	1,93%	2,42%	2,87%	3,41%	2,37%	3,43%	1,48%	2,24%	3,70%	3,02%

Tabela 23 - Origem por Concelho do Hospital de Dia do CH das Caldas da Rainha, 2007

Analisando a evolução temporal para o período de 2003 a 2007 podemos verificar um claro aumento da oferta entre 2006 e 2007 para no número de doentes quer no número de sessões, algo que reflecte o já identificado na Caracterização da Procura.

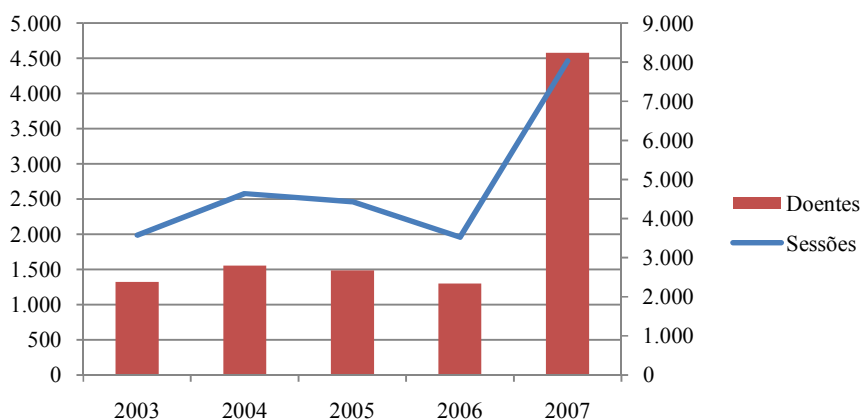


Figura 42 – Evolução da Oferta de Hospital de Dia, 2003 - 2007

Analisando o ano de 2007 em maior detalhe podemos verificar que 53% da oferta se destina a utentes do próprio concelho das Caldas da Rainha, seguido de Peniche e Óbidos com 16% e 13%, respectivamente. De salientar que a oferta para concelhos fora do grupo dos seis em análise é baixa, apenas 3%.

Concelho	2007			
	Sessões	% Total	Doentes	% Total
Alcobaça	359	4,47%	187	4,09%
Bombarral	568	7,07%	333	7,28%
Caldas da Rainha	4.269	53,16%	2.436	53,26%
Nazaré	179	2,23%	96	2,10%
Peniche	1.310	16,31%	761	16,64%
Óbidos	1.049	13,06%	623	13,62%
Outros	297	3,70%	138	3,02%
Total	8.031	100,00%	4.574	100,00%

Tabela 24 - Origem por Concelho das Sessões e Doentes do CH das Caldas da Rainha, 2007

Em termos gráficos são facilmente identificável os principais concelhos a que se destina a oferta de serviços de Hospital de Dia do Centro Hospitalar das Caldas da Rainha.

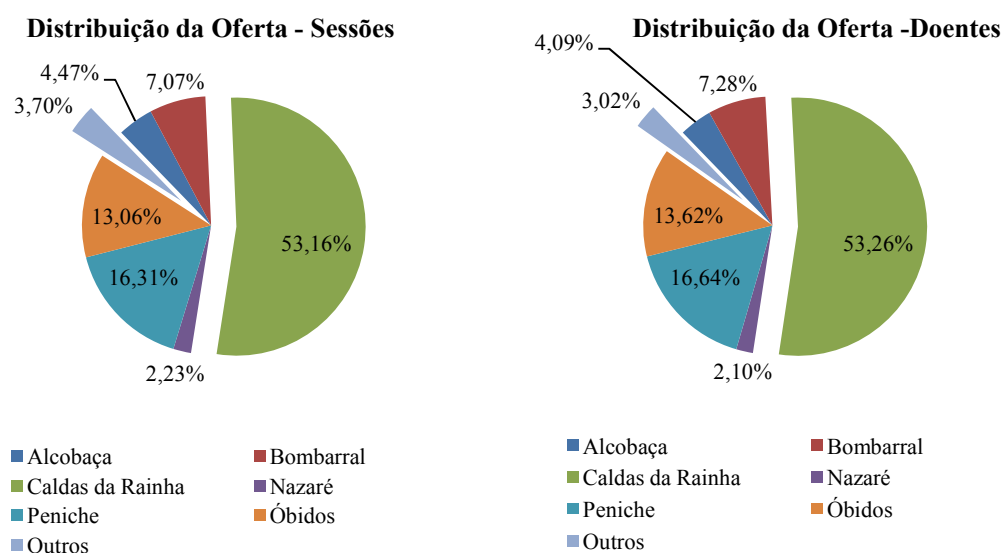


Figura 43 – Distribuição da Oferta de Hospital de Dia por concelho de origem, 2007

3.2.5. Análise Procura vs Oferta

Nos três capítulos anteriores caracterizamos a área de influência, a Procura e a Oferta. Relativamente à População em análise e residente nos seis concelhos considerados verificámos a sua estrutura etária bem como a distribuição em termos de sexo. Para caracterizar a Procura verificamos quais os serviços de cuidados de saúde que a população efectivamente usou, independentemente da instituição que satisfez essa procura. Esta análise foi feita para o Internamento, Consulta Externa e Hospital de Dia. Para caracterizar a Oferta analisamos os três hospitais em questão, Centro Hospitalar das Caldas da Rainha, Hospital de Alcobaça e Hospital de Peniche, e analisamos essa

oferta em termos do concelho de origem do utente, fazendo distinção entre os seis concelhos em análise e outros.

Neste capítulo iremos identificar as efectivas quotas de mercado de cada um dos hospitais nos seis concelhos em análise. Desta forma, pretende-se identificar se os hospitais com responsabilidade directa em responder às necessidades expressas da população o estão efectivamente a fazer. Para um hospital da dimensão dos três em análise e tendo em conta o seu grau de diferenciação, não será expectável que cubra 100% das necessidades expressas pela população, uma vez que apenas um hospital central ou universitário dispõe de todas as valencias e capacidade instalada. Assim, um valor considerado aceitável de quota de mercado deverá ser em torno dos 80%.

A análise será feita para o Internamento, a Consulta Externa e o Hospital de Dia.

O cálculo da quota de mercado do Hospital X no Concelho 1 é feita segundo a seguinte formula:

$$\text{Quota de Mercado} = \frac{\text{Oferta do Hospital X no Concelho 1}}{\text{Procura Total do Concelho 1}}$$

3.2.5.1. Internamento

Analisando a quota de mercado em termos macro, ou seja, se somarmos toda a oferta das três instituições considerando como se fosse um único Centro Hospitalar teríamos as seguintes quotas de mercado nos seis concelhos em análise:

Instituição	Concelho	Quota de Mercado - Internamento				
		2003	2004	2005	2006	2007
CH Caldas da Rainha, H de Alcobaça e H de Peniche	Alcobaça	49,61%	42,90%	42,49%	41,58%	39,06%
	Bombarral	70,88%	73,05%	71,36%	71,36%	69,14%
	Caldas da Rainha	76,68%	76,87%	76,55%	76,45%	73,96%
	Nazaré	36,13%	32,81%	35,41%	35,68%	31,30%
	Peniche	71,76%	72,41%	71,79%	70,01%	66,08%
	Óbidos	77,72%	78,97%	79,90%	79,56%	69,69%

Tabela 25 – Quota de Mercado por concelho, 2003 - 2007

Assim temos que para o concelho de Alcobaça, o conjunto dos três hospitais tem uma quota de mercado inferior a 50%, ou seja, existe uma outra instituição, que não o CH

das Caldas da Rainha, ou o Hospital de Alcobaça ou o Hospital de Peniche, que está a satisfazer a procura de Alcobaça. Situação semelhante ocorre para o concelho da Nazaré onde o conjunto das três instituições tem uma quota de mercado de sensivelmente 35%. Nos concelhos de Bombarral, Caldas da Rainha, Peniche e Óbidos a quota de mercado situa-se sempre acima dos 70%, o que significa que cerca de 30% dos utentes recorre a outros hospitais que não os três em análise.

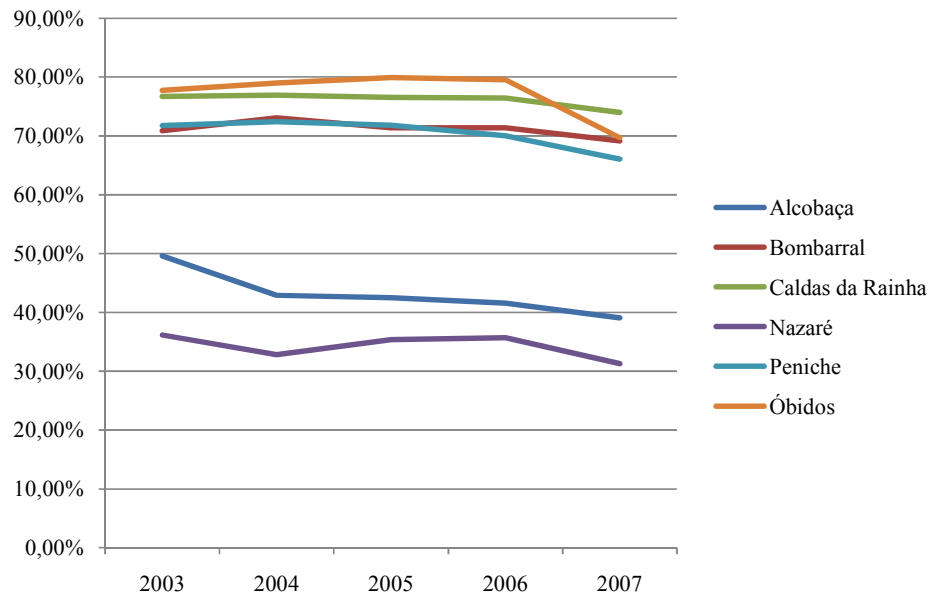


Figura 44 – Evolução da Quota de Mercado, por concelho, 2003 - 2007

Efectuando a mesma análise macro e considerando o somatório da oferta dos três hospitais, mas considerando as especialidades, podemos verificar quais as que têm resposta. A análise ao nível da especialidade é pertinente dado que é precisamente o grau de diferenciação das instituições que leva à necessidade de deslocação das populações, seguindo ou não, as redes de referência definidas pelo Ministério da Saúde. De seguida temos as quotas de mercado, por especialidade, no conjunto dos seis concelhos em análise.

Especialidade	Quota de Mercado				
	2003	2004	2005	2006	2007
OBSTETRÍCIA	78,32%	80,84%	80,43%	79,76%	80,21%
PEDIATRIA	78,57%	80,69%	79,63%	80,48%	79,75%
DERMATOVENEREOLOGIA	77,62%	72,73%	72,03%	77,78%	73,12%
GASTROENTEROLOGIA	60,12%	61,47%	62,60%	64,50%	68,15%
CIRURGIA GERAL	70,10%	69,58%	68,25%	65,53%	66,08%
MEDICINA INTERNA	70,24%	68,77%	70,25%	69,85%	65,90%
GINECOLOGIA	56,44%	59,35%	60,66%	60,94%	65,76%
ANGIOLOGIA E CIRURGIA VASCULAR	70,18%	69,11%	60,00%	64,57%	64,98%
CIR PLAST E RECONST E ESTÉTICA	67,60%	53,64%	52,40%	54,75%	53,42%
ORTOPEDIA	45,51%	50,21%	48,89%	45,53%	47,45%
DOENÇAS INFECCIOSAS	61,33%	56,00%	47,96%	50,94%	40,70%
UROLOGIA	36,69%	36,68%	37,55%	40,90%	40,54%
OTORRINOLARINGOLOGIA	38,62%	33,84%	29,36%	33,82%	33,39%
PNEUMOLOGIA	34,74%	21,88%	36,67%	35,96%	33,33%
OFTALMOLOGIA	21,18%	21,90%	30,13%	30,16%	23,70%
NEUROCIRURGIA	26,54%	32,41%	24,40%	25,86%	17,24%
NEUROLOGIA	27,42%	24,24%	20,51%	25,81%	16,95%
CARDIOLOGIA	15,07%	16,64%	18,79%	13,67%	11,03%
PSIQUIATRIA	15,74%	10,94%	9,69%	10,39%	8,64%
CIRURGIA CARDIOTORÁCICA	15,54%	9,55%	12,77%	12,33%	7,85%
ENDOCRINOLOGIA-NUTRIÇÃO	50,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
HEMATOLOGIA	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
NEFROLOGIA	0,00%	7,69%	82,35%	59,52%	0,00%
RADIOTERAPIA	3,57%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%

Tabela 26 – Quota de Mercado por Especialidade, 2003 - 2007

Analisando em particular o ano de 2007 podemos verificar que, como seria de esperar, as três instituições como um todo respondem a mais de 50% das necessidades expressas nas especialidades de Obstétrica, Pediatria, Gastroenterologia, Cirurgia Geral, Medicina Interna e Ginecologia. Para um hospital desta dimensão e de carácter eminentemente distrital estas especialidades apresentam-se como core no perfil assistencial, sendo que apenas 20% deveriam requerer encaminhamento para hospitais mais diferenciados. Contudo, a maioria apresenta valores próximos dos 65%. As especialidades a laranja no gráfico seguinte podem ser consideradas essenciais e como tal deveriam ter uma Quota de Mercado de 80%.

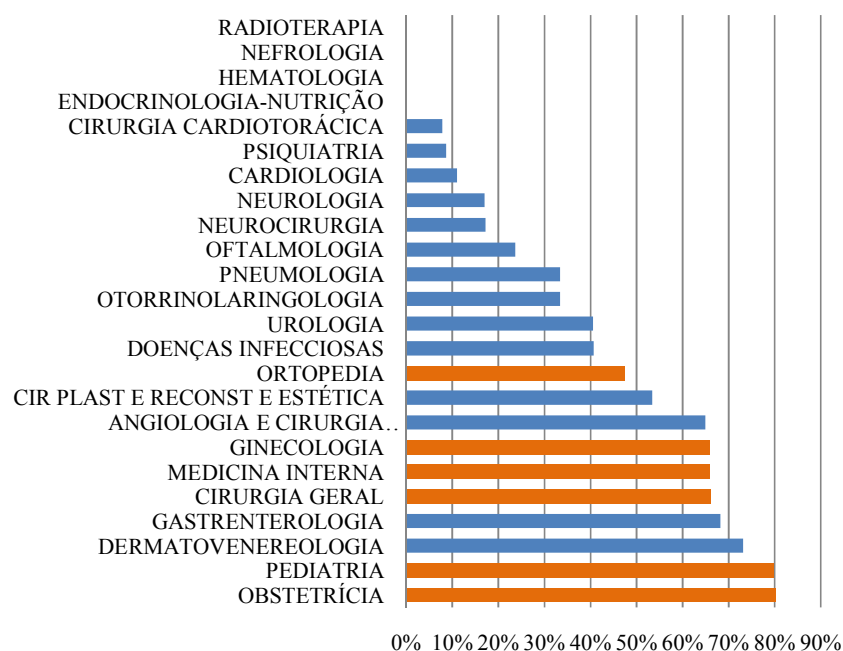


Figura 45 – Quota de Mercado por Especialidade, 2007

Analisando a Quota de Mercado ao nível de cada um dos hospitais e para os concelhos em análise, temos a seguinte distribuição:

		Quota de Mercado				
		2003	2004	2005	2006	2007
CH C. Rainha	Alcobaça	13,04%	14,27%	14,59%	13,36%	15,25%
	Bombarral	68,91%	70,64%	68,70%	68,22%	67,09%
	Caldas da Rainha	76,05%	76,54%	76,41%	76,18%	73,78%
	Nazaré	12,94%	13,06%	13,49%	13,99%	11,82%
	Peniche	31,77%	35,17%	33,60%	33,54%	35,22%
	Óbidos	74,09%	75,93%	77,71%	76,90%	68,45%
H Bernardino Lopes de Oliveira - Alcobaça	Alcobaça	36,49%	28,58%	27,85%	28,19%	23,76%
	Caldas da Rainha	0,16%	0,04%	0,04%	0,05%	0,02%
	Nazaré	23,01%	19,75%	21,85%	21,70%	19,42%
	Peniche	0,03%	0,00%	0,00%	0,03%	0,00%
H S Pedro Gonçalves Telmo-Peniche	Alcobaça	0,07%	0,05%	0,05%	0,03%	0,05%
	Bombarral	1,96%	2,41%	2,66%	3,14%	2,04%
	Caldas da Rainha	0,47%	0,30%	0,11%	0,22%	0,17%
	Nazaré	0,19%	0,00%	0,06%	0,00%	0,06%
	Peniche	39,95%	37,24%	38,20%	36,44%	30,86%
	Óbidos	3,62%	3,04%	2,20%	2,66%	1,24%

Tabela 27 – Quota de Mercado por Hospital e Concelho, 2003 - 2007

Podemos verificar que o CH das Caldas da Rainha tem uma forte influência no concelho das Caldas da Rainha com uma QM em torno dos 76%, no concelho do Bombarral com uma QM de cerca de 70% e em Óbidos com cerca de 75% de QM, sendo que estes concelhos representam cerca de 70% da oferta do CH das Caldas da

Rainha. (ver Caracterização da Oferta) Assim, podemos afirmar que o CH da Caldas da Rainha responde de modo satisfatório à necessidade expressa das populações de Caldas da Rainha e de Óbidos, tendo em conta o seu perfil assistencial.

O Hospital de Alcobaça tem uma quota de mercado expressiva nos concelhos de Alcobaça e Nazaré, sendo esses os concelhos de maior influência na sua actividade dado que representam 89% da sua oferta de serviços de Internamento. No seu concelho de implantação podemos verificar que a quota de mercado é baixa (23% em 2007) indicando que o Hospital de Alcobaça não responde de modo satisfatório à necessidade expressa da população do concelho de Alcobaça, onde tem naturalmente maior responsabilidade.

O Hospital de Peniche tem uma quota de mercado expressiva apenas no concelho de Peniche sendo no entanto bastante baixa, em 2007 foi de apenas 31%. Tendo em consideração que Peniche representa 65% da sua oferta de serviços de Internamento, claramente temos que não responde às necessidade expressas da população do seu concelho.

Mais relevante do que analisar as quotas de mercado que cada instituição tem nos concelhos em análise, é analisar do ponto de vista do utente, ou seja, do concelho, quais as instituições que prestaram serviços de saúde e deste modo verificar se foi o hospital de referência ou houve uma necessidade de deslocação.

		Quota de Mercado				
		2003	2004	2005	2006	2007
Alcobaça	CH Caldas da Rainha	13,04%	14,27%	14,59%	13,36%	15,25%
	H Bernardino Lopes de Oliveira - Alcobaça	36,49%	28,58%	27,85%	28,19%	23,76%
	H S Pedro Gonçalves Telmo-peniche	0,07%	0,05%	0,05%	0,03%	0,05%
	Outros	50,39%	57,10%	57,51%	58,42%	60,94%
Bombarral	CH Caldas da Rainha	68,91%	70,64%	68,70%	68,22%	67,09%
	H Bernardino Lopes de Oliveira - Alcobaça	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
	H S Pedro Gonçalves Telmo-peniche	1,96%	2,41%	2,66%	3,14%	2,04%
	Outros	29,12%	26,95%	28,64%	28,64%	30,86%
Caldas da Rainha	CH Caldas da Rainha	76,05%	76,54%	76,41%	76,18%	73,78%
	H Bernardino Lopes de Oliveira - Alcobaça	0,16%	0,04%	0,04%	0,05%	0,02%
	H S Pedro Gonçalves Telmo-peniche	0,47%	0,30%	0,11%	0,22%	0,17%
	Outros	23,32%	23,13%	23,45%	23,55%	26,04%
Nazaré	CH Caldas da Rainha	12,94%	13,06%	13,49%	13,99%	11,82%
	H Bernardino Lopes de Oliveira - Alcobaça	23,01%	19,75%	21,85%	21,70%	19,42%
	H S Pedro Gonçalves Telmo-peniche	0,19%	0,00%	0,06%	0,00%	0,06%
	Outros	63,87%	67,19%	64,59%	64,32%	68,70%

		Quota de Mercado				
		2003	2004	2005	2006	2007
Peniche	CH Caldas da Rainha	31,77%	35,17%	33,60%	33,54%	35,22%
	H Bernardino Lopes de Oliveira - Alcobaça	0,03%	0,00%	0,00%	0,03%	0,00%
	H S Pedro Gonçalves Telmo-peniche	39,95%	37,24%	38,20%	36,44%	30,86%
	Outros	28,24%	27,59%	28,21%	29,99%	33,92%
Óbidos	CH Caldas da Rainha	74,09%	75,93%	77,71%	76,90%	68,45%
	H Bernardino Lopes de Oliveira - Alcobaça	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
	H S Pedro Gonçalves Telmo-peniche	3,62%	3,04%	2,20%	2,66%	1,24%
	Outros	22,28%	21,03%	20,10%	20,44%	30,31%

Tabela 28 – Quota de Mercado por Concelho e Hospital, 2003 - 2007

Analisando a tabela podemos verificar que houve necessidade de recorrer a outras instituições para além das três de referência para estes seis concelhos, em valores que oscilam entre os 20% e os 68%.

Analisando cada concelho individualmente temos:

- **Alcobaça:** a necessidade de deslocação para outras instituições é superior a 50% com uma tendência para aumentar. Claramente quer o hospital de referência imediata, H de Alcobaça, quer o CH de Caldas de Rainha, não estão a corresponder às necessidades expressas da população.

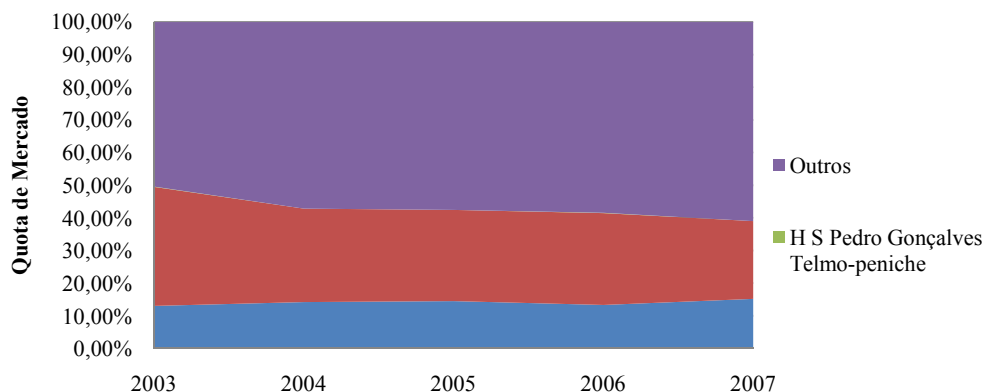


Figura 46 – Quotas de Mercado no Concelho de Alcobaça

- **Bombarral:** a necessidade de deslocação para outras instituições ronda os 30% com uma tendência constante. Assim temos que o hospital de referência imediata, o CH de Caldas de Rainha, corresponde a cerca de 70% das necessidades expressas da população, sendo este um valor mais aceitável. Para uma análise mais rigorosa teríamos de ver ao nível das especialidades que estão a ser “desviadas” para outras instituições.

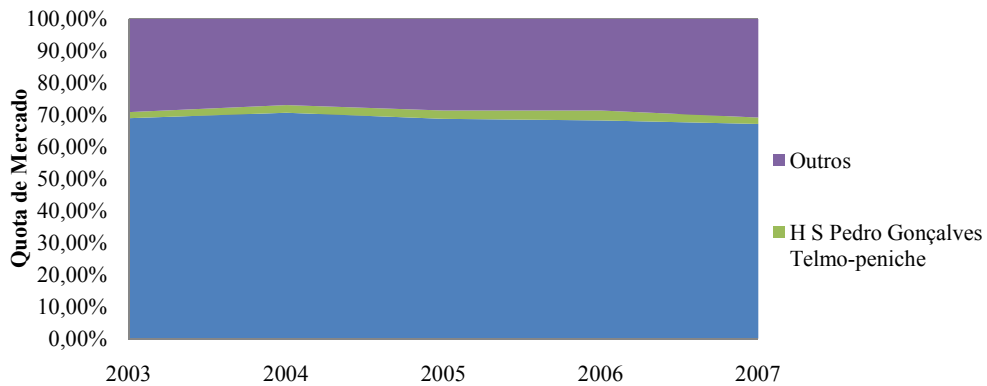


Figura 47 – Quotas de Mercado no Concelho do Bombarral

- **Caldas da Rainha:** a necessidade de deslocação para outras instituições ronda os 25% com uma tendência ligeiramente crescente. Assim temos que o hospital de referência imediata, o CH de Caldas de Rainha, corresponde a cerca de 75% das necessidades expressas da população, sendo este um valor aceitável. Para uma análise mais rigorosa teríamos de ver ao nível das especialidades que estão a ser “desviadas” para outras instituições.

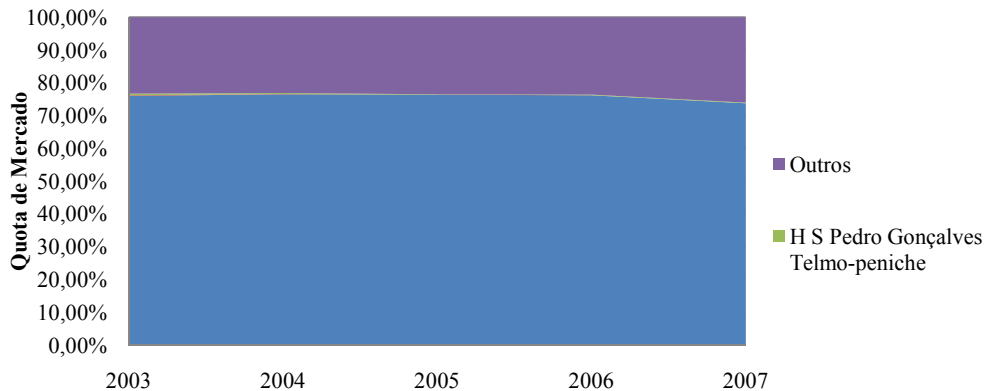


Figura 48 - Quotas de Mercado no Concelho das Caldas da Rainha

- **Peniche:** a necessidade de deslocação para outras instituições ronda os 30% com uma tendência ligeiramente crescente. Podemos verificar que a população de Peniche se divide pelos hospitais de Peniche e das Caldas da Rainha, numa rácio de cerca de 50/50. Para uma análise mais rigorosa teríamos de ver ao nível das especialidades que estão a ser “desviadas” para as Caldas da Rainha, uma vez

que o hospital de referência directa, Hospital de Peniche, responde apenas a cerca de 30% das necessidades.



Figura 49 - Quotas de Mercado no Concelho de Peniche

- **Óbidos:** a necessidade de deslocação para outras instituições ronda os 30% com uma tendência acentuadamente crescente do ano de 2006 para 2007. Assim temos que o hospital de referência imediata, o CH de Caldas de Rainha, corresponde a cerca de 70% das necessidades expressas da população, sendo este um valor aceitável. Para uma análise mais rigorosa teríamos de ver ao nível das especialidades que estão a ser “desviadas” para outras instituições.

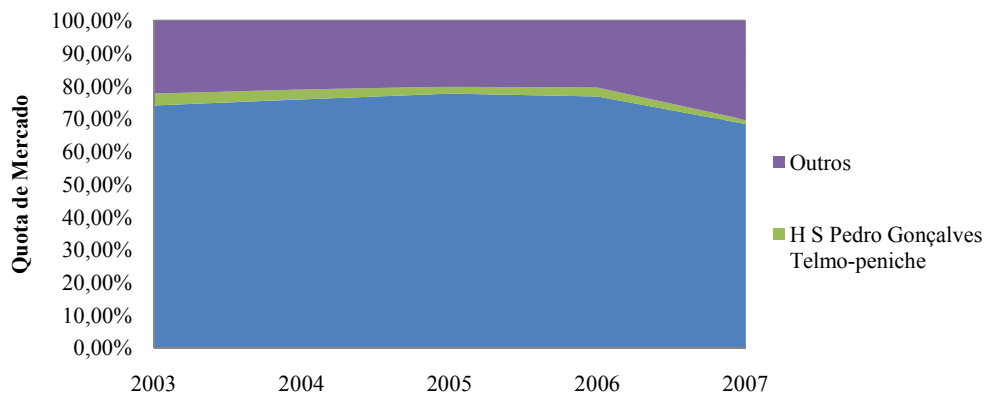


Figura 50 - Quotas de Mercado no Concelho de Óbidos

3.2.5.2. Consulta Externa

Analisando a quota de mercado em termos macro, ou seja, se somarmos toda a oferta das três instituições considerando como se fosse um único Centro Hospitalar teríamos as seguintes quotas de mercado nos seis concelhos em análise:

Instituição	Concelho	Quota de Mercado - Consulta Externa				
		2003	2004	2005	2006	2007
CH Caldas da Rainha, H de Alcobaça e H de Peniche	Alcobaça	83,51%	88,03%	81,98%	79,83%	79,95%
	Bombarral	84,10%	86,07%	81,77%	80,99%	82,00%
	Caldas da Rainha	91,32%	93,22%	90,84%	91,20%	90,67%
	Nazaré	84,10%	86,94%	81,30%	80,08%	76,95%
	Peniche	87,23%	90,37%	85,87%	85,92%	85,54%
	Óbidos	90,35%	92,75%	90,22%	88,19%	88,39%

Tabela 29 – Quota de Mercado Consulta Externa por Concelho, 2003 - 2007

Podemos verificar que temos quotas de mercado altas para a consulta externa sendo a média para os seis concelhos e nos 5 anos em análise de 86,11%.

Contudo temos que para o concelho de Nazaré houve uma queda de 2003 para 2007.

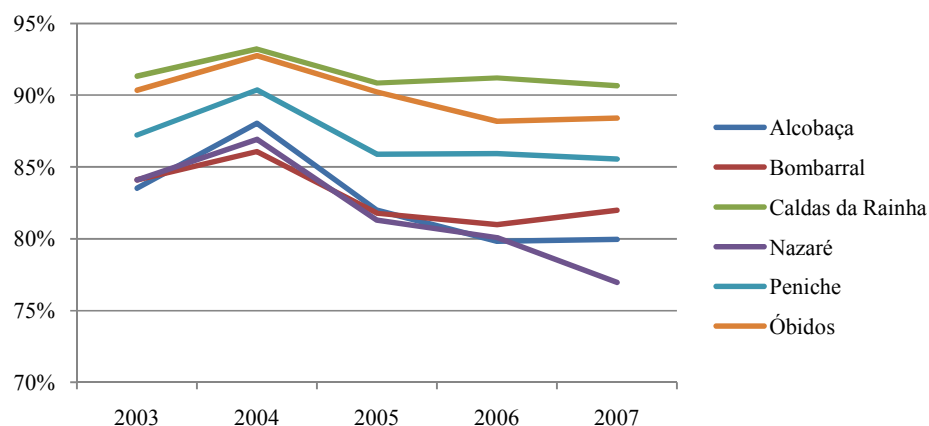


Figura 51 – Evolução das Quotas de Mercado de Consulta Externa por Concelho, 2003 - 2007

Em termos de Especialidade temos que para o conjunto dos três hospitais e para os seis concelhos em análise podemos verificar que as quotas de mercado são bastante elevadas sendo que das 23 especialidades em análise apenas oito têm quotas de mercado inferiores a 90%. Ou seja, por exemplo em Reumatologia temos que em 2007 de toda a procura das populações dos seis concelhos, as três instituições garantiram uma quota de mercado de 98,17%. Contudo existem especialidades, essencialmente cirúrgicas tais

como Angiologia e Cirurgia Vascular, Doenças Infecciosas, Genética Médica, Nefrologia, Pneumologia e Urologia, para as quais as quotas de mercado são nulas. Ou seja, existem especialidades para as quais não existe resposta nos hospitais públicos existentes nos seis concelhos em análise tendo os utentes de se deslocar para fora ou recorrer a instituições privadas.

	Quota de Mercado, ordenada por ordem decrescente [2007]				
	2003	2004	2005	2006	2007
REUMATOLOGIA	96,26%	97,94%	98,30%	97,75%	98,17%
PEDIATRIA	98,91%	99,24%	98,48%	98,13%	98,16%
MEDICINA DO TRABALHO	99,15%	100,00%	97,74%	98,92%	97,43%
OBSTETRÍCIA	94,38%	97,55%	94,86%	95,12%	96,10%
MED. FÍSICA E DE REABILITAÇÃO	95,92%	98,38%	95,43%	95,72%	96,00%
MEDICINA GERAL E FAMILIAR	99,06%	98,04%	95,62%	96,40%	95,95%
GINECOLOGIA	94,34%	95,79%	94,78%	96,02%	95,94%
CIRURGIA GERAL	97,09%	97,06%	95,32%	94,24%	93,20%
PSICOLOGIA	97,06%	95,34%	90,98%	91,52%	91,73%
GASTROENTEROLOGIA	93,85%	98,57%	91,21%	91,49%	91,41%
PSIQUIATRIA	95,07%	97,07%	96,57%	93,41%	91,34%
HEMATOLOGIA CLÍNICA	11,91%	79,71%	81,69%	88,67%	91,17%
ENDOCRINOLOGIA-NUTRIÇÃO	88,06%	91,16%	88,54%	88,94%	90,75%
DERMATOVENEREOLOGIA	92,89%	94,87%	91,69%	92,32%	90,57%
OTORRINOLARINGOLOGIA	89,85%	96,80%	89,84%	89,84%	90,01%
ORTOPEDIA	86,49%	91,67%	88,62%	86,19%	87,46%
ONCOLOGIA MÉDICA	95,18%	94,86%	89,29%	85,68%	87,33%
ANESTESIOLOGIA	90,55%	89,89%	86,56%	86,21%	86,22%
NEUROLOGIA	81,05%	88,67%	76,61%	82,25%	82,61%
PATOLOGIA CLÍNICA	0,00%	0,00%	53,18%	67,43%	75,31%
CARDIOLOGIA	67,34%	63,45%	73,93%	74,91%	74,91%
OFTALMOLOGIA	70,51%	68,62%	66,62%	65,14%	64,03%
IMUNOHEMOTERAPIA	80,79%	79,43%	78,40%	64,89%	50,59%

Tabela 30 – Quotas de Mercado Consulta Externa, por Especialidade

Analisando em pormenor as quotas de mercado de cada instituição em cada um dos seis concelhos podemos verificar uma atracção não uniforme sendo que a distancia fisica parece condicionar o acesso.

		Quota de mercado				
		2003	2004	2005	2006	2007
CH Caldas da Rainha	Alcobaça	15,99%	16,67%	16,19%	17,35%	20,09%
	Bombarral	79,84%	81,88%	78,09%	76,74%	78,64%
	Caldas da Rainha	90,46%	92,67%	90,40%	90,79%	90,32%
	Nazaré	26,40%	28,13%	29,00%	32,57%	31,26%
	Peniche	29,86%	32,30%	30,65%	30,59%	36,36%
	Óbidos	84,94%	87,80%	86,32%	84,56%	86,22%

		Quota de mercado				
		2003	2004	2005	2006	2007
H Bernardino Lopes de Oliveira - Alcobaça	Alcobaça	67,26%	71,24%	65,64%	62,39%	59,76%
	Bombarral	0,05%	0,05%	0,01%	0,02%	0,04%
	Caldas da Rainha	0,33%	0,21%	0,17%	0,12%	0,11%
	Nazaré	57,48%	58,81%	52,30%	47,51%	45,49%
	Peniche	0,04%	0,06%	0,02%	0,01%	0,02%
	Óbidos	0,05%	0,06%	0,06%	0,02%	0,07%
H S Pedro Gonçalves Telmo-Peniche	Alcobaça	0,25%	0,12%	0,15%	0,09%	0,10%
	Bombarral	4,20%	4,14%	3,67%	4,23%	3,32%
	Caldas da Rainha	0,54%	0,34%	0,27%	0,29%	0,24%
	Nazaré	0,22%	0,00%	0,00%	0,00%	0,20%
	Peniche	57,33%	58,01%	55,20%	55,31%	49,16%
	Óbidos	5,36%	4,90%	3,83%	3,61%	2,11%

Tabela 31 – Quotas de Mercado Consulta Externa por hospital e concelho, 2003 - 2007

O Centro Hospitalar das Caldas da Rainha tem uma presença significativa em todos os concelhos algo que era expectável dado que é a instituição de maior dimensão das três em análise.

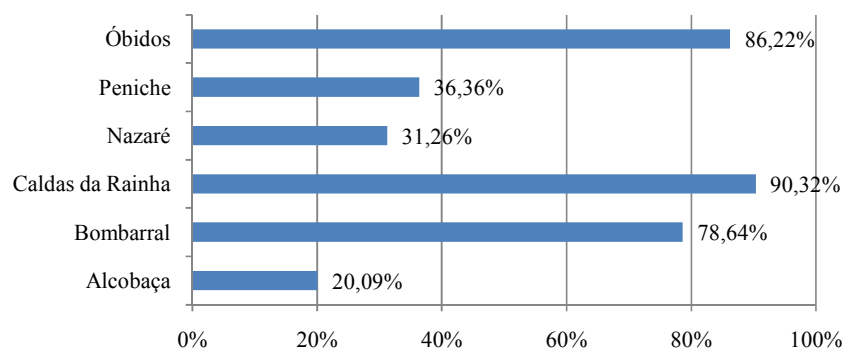


Figura 52 – QM de Consulta Externa do CH das Caldas da Rainha por Concelho, 2007

Verificamos que no concelho das Caldas da Rainha tem uma quota de mercado de 90% no ano de 2007, e de 86,22% em Óbidos, valores muito significativos. A sua presença em Alcobaça, Nazaré e Peniche é menor mas significativa tendo em conta que existem outras instituições mais próximas geograficamente.

Para o Hospital de Alcobaça temos que tem presença essencialmente no seu concelho e na Nazaré. Ainda assim, os valores de quota de mercado são baixos. Tal facto pode se dever à baixa especialização do Hospital de Alcobaça.

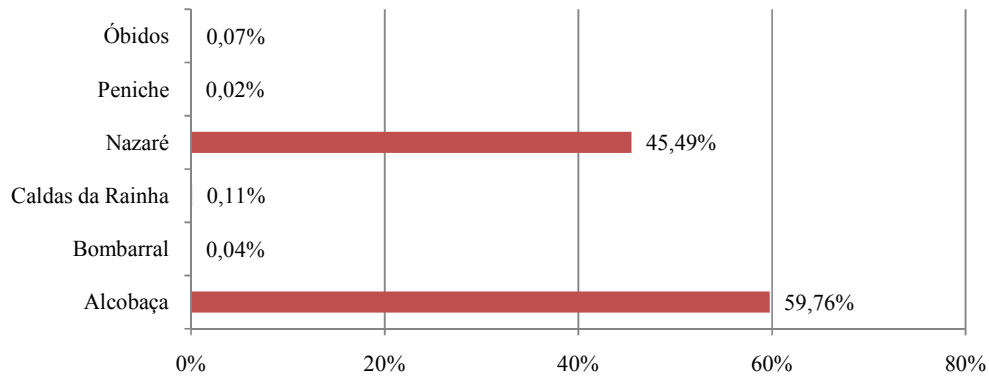


Figura 53 - Quota de Mercado de Consulta Externa do H de Alcobaça por Concelho, 2007

O Hospital de Peniche actua maioritariamente no concelho de Peniche ainda que satisfaça apenas 50% nas necessidades, valor claramente baixo.

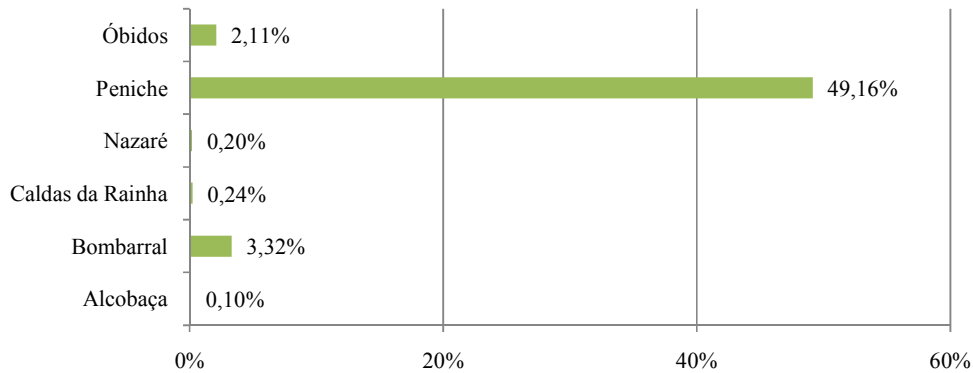
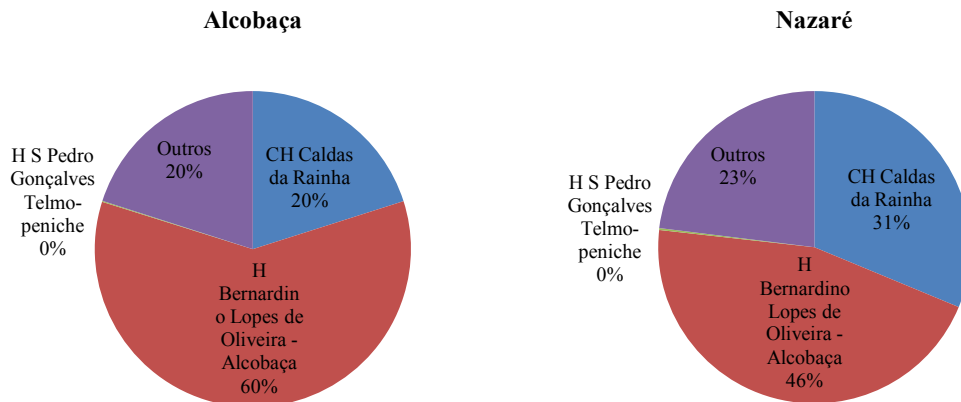


Figura 54 - Quota de Mercado de Consulta Externa do H de Peniche por Concelho, 2007

Analisando as quotas de mercado do ponto de vista da população, ou seja, a partir dos concelhos temos:



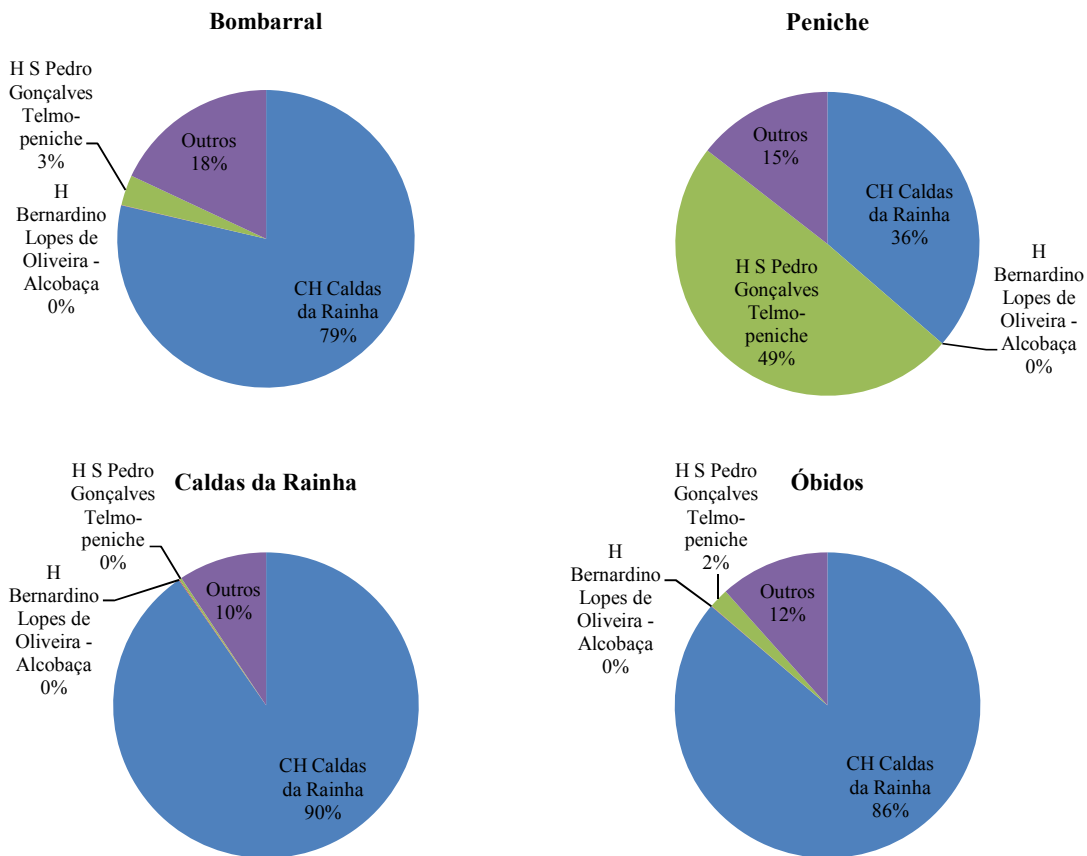


Figura 55 – Quotas de Mercado de Consulta Externa por Concelho e Hospital, 2007

Em Alcobaça o hospital local assegura 60% sendo que 20% vai para as Caldas da Rainha e os restantes 20% se distribuem por outros hospitais públicos. Na Nazaré temos que o conjunto dos hospitais de Alcobaça e Caldas da Rainha asseguram 70% de quota de mercado, sendo que os restantes 23% se distribuem por outros hospitais além dos três em análise. Para o concelho do Bombarral, o Centro Hospitalar das Caldas da Rainha tem claramente uma posição maioritária com uma quota de mercado de 80%. Em Peniche verificamos que o hospital local assegura apenas uma quota de mercado de 50% do mercado de consulta externa. O Centro Hospitalar das Caldas da Rainha, nos concelhos das Caldas da Rainha e em Óbidos, tem uma quota de cerca de 90% sendo o remanescente distribuído essencialmente por outros hospitais públicos.

3.2.5.3. Hospital de Dia

Para a linha de produção Hospital de Dia existem apenas dados para o Centro Hospitalar das Caldas da Rainha, uma vez que o Hospital de Peniche e o Hospital de Alcobaça não dispõem de Hospital de Dia.

Assim, temos para o Centro Hospitalar das Caldas da Rainha e discriminado por concelho e no total dos seis concelhos, as seguintes quotas de mercado quer em termos de sessões quer em termos de doentes:

Concelho	Quota de Mercado									
	2.003		2.004		2.005		2.006		2.007	
	Qtd Sessões	Qtd Doentes	Qtd Sessões	Qtd Doentes	Qtd Sessões	Qtd Doentes	Qtd Sessões	Qtd Doentes	Qtd Sessões	Qtd Doentes
Alcobaça	64,10%	41,84%	43,95%	42,32%	32,43%	22,45%	15,90%	13,61%	15,06%	11,26%
Bombarral	53,73%	60,18%	76,33%	65,44%	72,06%	65,55%	57,43%	49,02%	72,82%	67,96%
Caldas da Rainha	78,75%	82,73%	88,51%	82,80%	88,48%	83,30%	80,32%	76,22%	87,64%	84,26%
Nazaré	77,31%	72,34%	78,08%	66,67%	65,17%	59,57%	39,22%	29,73%	41,82%	30,97%
Peniche	78,56%	61,81%	79,66%	63,22%	74,09%	53,42%	66,47%	48,01%	70,02%	62,43%
Óbidos	93,35%	85,62%	91,20%	81,11%	91,64%	82,98%	90,48%	81,34%	94,85%	91,75%
Total	74,23%	69,62%	77,98%	71,18%	77,23%	66,87%	66,71%	57,09%	67,60%	61,19%

Tabela 32 – Quota de Mercado do CH das Caldas da Rainha por Concelho, 2003 - 2007

Analisando em termos de sessões podemos verificar uma queda acentuada da quota de mercado nos concelhos de Alcobaça e Nazaré, sendo que nos restantes se manteve constante apenas apresentando uma ligeira queda em 2006.

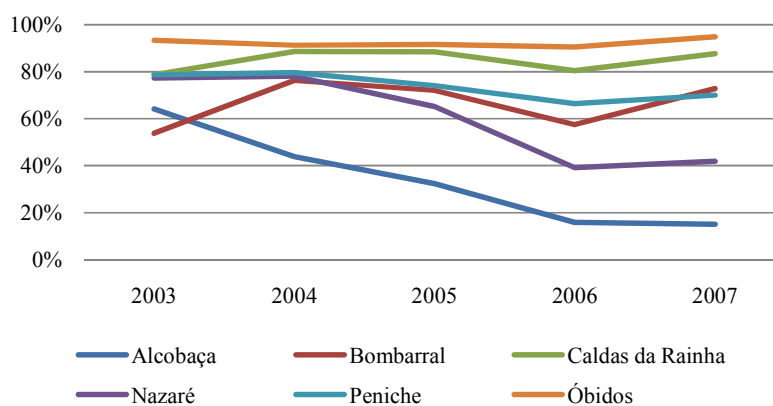


Figura 56 – Evolução da Quota de Mercado de Sessões, 2003 - 2007

Analisando a mesma evolução temporal da quota de mercado em termos de quantidade de doentes, e para o periodo de 2003 a 2007 temos, uma evolução semelhante à da quota de mercado em termos de quantidade de sessões, como seria de esperar.

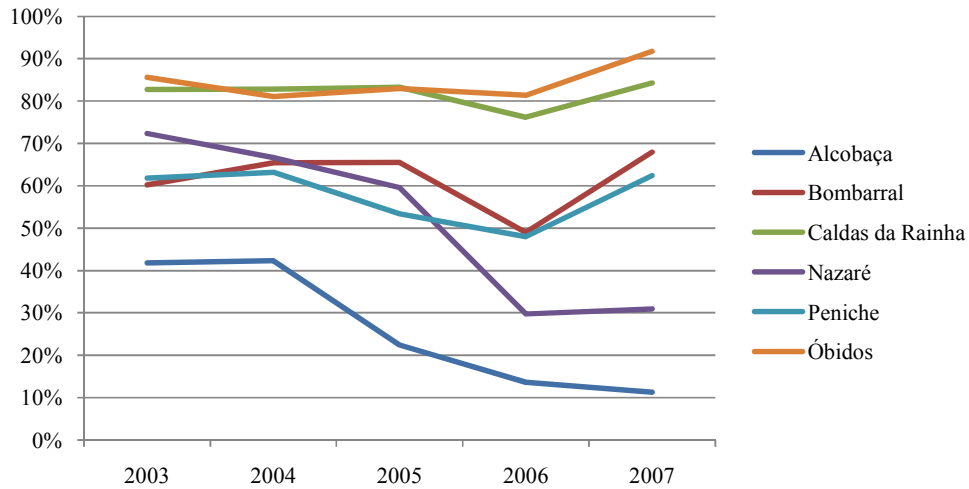


Figura 57 - Evolução da Quota de Mercado de Doentes, 2003 - 2007

Vendo a evolução de quota de mercado mas em termos globais, ou seja, considerando o total dos seis concelhos temos uma tendência decrescente.

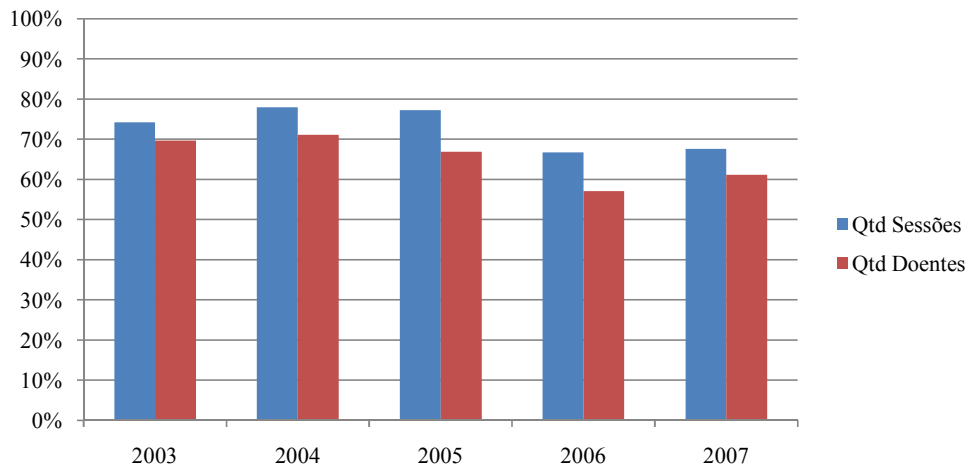


Figura 58 – Evolução da Quota de Mercado de Hospital de Dia, 2003 - 2007

Em termos de Especialidade temos que de 2003 a 2006 havia apenas hospital de dia de Oncologia Médica sendo que naturalmente a quota de mercado nas restantes especialidade é nula.

Especialidade	Quota de Mercado										
	2.003		2.004		2.005		2.006		2.007		
	Qtd Sessões	Qtd Doentes	Qtd Sessões	Qtd Doentes	Qtd Sessões	Qtd Doentes	Qtd Sessões	Qtd Doentes	Qtd Sessões	Qtd Doentes	
GASTRENTEROLOGIA	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	100,00%	100,00%
REUMATOLOGIA	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	99,00%	98,19%
ONCOLOGIA MÉDICA	98,70%	96,99%	98,66%	96,77%	98,50%	96,70%	97,31%	95,37%	95,06%	94,53%	
IMUNOHEMOTERAPIA	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	93,29%	91,05%
PEDIATRIA	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	54,29%	53,13%
QUIMIOTERAPIA	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	4,20%	6,53%	45,51%	49,92%	

Tabela 33 – Quota de Mercado de Hospital de Dia por Especialidade, 2003 - 2007

Em 2007 com a criação das especialidades de Gastrenterologia, Reumatologia, Imunohemoterapia, Pediatria e Quimioterapia no Hospital de Dia do Centro Hospitalar das Caldas da Rainha, verificamos que consegui cobrir as necessidades de Gastrenterologia, Reumatologia e Imunohemoterapia – Quotas de Mercado acima dos 90%. Contudo para Pediatria e Quimioterapia as quotas de mercado são de apenas 50%.

De notar que para utentes dos seis concelhos em análise foram registadas sessões de hospital de dia em diversos hospitais públicos.

Instituições	2.003		2.004		2.005		2.006		2.007	
	Qtd Sessões	Qtd Doentes	Qtd Sessões	Qtd Doentes	Qtd Sessões	Qtd Doentes	Qtd Sessões	Qtd Doentes	Qtd Sessões	Qtd Doentes
CH Barlavento Algarvio, E.P.E.							3	2		
CH Coimbra, E.P.E.	183	118	172	80	178	106	152	112	332	296
CH Lisboa Central, E.P.E.	36	31	64	39	271	154	448	259	722	477
CH Lisboa Norte, E.P.E.									200	200
CH Lisboa Ocidental							17	17	100	100
CH Médio Tejo, E.P.E	2	2	7	4	25	9	1	1		
CH Porto, E.P.E.	1	1	2	2	4	2	16	8	2	2
CH Setúbal			6	6	11	6	2	2	16	15
CH Torres Vedras	238	207	201	187	171	157	146	131	52	39
CH VN Gaia/Espinho, E.P.E.			1	1			7	4		
H Curry Cabral	106	58	200	106	151	74	221	114	370	188
H D Santarém, E.P.E.	533	64	237	72	199	74	191	97	183	137
H Di Fig da Foz, E.P.E.	41	27	106	42	111	64	89	69	131	106
H Garcia de Orta, E.P.E.	11	11	30	17	35	25	45	24	69	47
H Litoral Alentejano – S. do Cacém							4	1		

Instituições	2.003		2.004		2.005		2.006		2.007	
	Qtd Sessões	Qtd Doentes	Qtd Sessões	Qtd Doentes	Qtd Sessões	Qtd Doentes	Qtd Sessões	Qtd Doentes	Qtd Sessões	Qtd Doentes
H N.Sª do Rosário, E.P.E.			6	5	2	2	215	22	94	15
H Reynaldo Dos Santos - VFX	35	35	35	35	20	20	15	15	15	15
H S André, E.P.E.							19	19	289	289
H S João, E.P.E.	3	3								
H S Teotónio, E.P.E.			11	3	66	8	81	10		
H Univ. de Coimbra							1	1	77	77
IPO-Coimbra							20	20	570	570
IPO-Lisboa	1	1					10	10	211	211
IPO-Porto	25	3	191	6	15	1	3	3	249	23
Matern. Dr. Alfredo da Costa			2	2	15	9	24	10	24	7
ULS Guarda, E.P.E.	1	1					2	2		

Tabela 34 – Quantidade de Sessões e Doentes dos seis concelhos, por Hospital, 2003 – 2007

4. Centro Hospitalar

No presente capítulo iremos fazer o dimensionamento do Centro Hospitalar do Oeste Norte, que deverá concentrar a oferta dos três hospitais actualmente existentes – Centro Hospitalar das Caldas da Rainha, Hospital Bernardino Lopes de Oliveira e Hospital de São Pedro Gonçalves Telmo.

O dimensionamento deverá ter em consideração a informação relativa à população da área de influência e a caracterização da procura e da oferta, as quais foram descritas no capítulo anterior. Toda a informação foi detalhada por instituição e especialidade, e por concelho de origem, sexo e idade do utente, sendo que a informação foi coligida a partir do sistema MoGest. Foram apresentados dados para o Internamento, Consulta Externa e Hospital de Dia.

Tendo em conta a metodologia de planeamento apresentada iremos, a título de exemplo, fazer o dimensionamento para o Internamento e para a Consulta Externa.

4.1. Dimensionamento do Internamento

O dimensionamento do Internamento pode ser feito a diversos graus de detalhe:

- Em termos macro – número total de camas;
- Em termos de Especialidades Médicas e Cirúrgicas – número de camas médicas e número de camas cirúrgicas;
- Em termos micro – número de camas por especialidade.

Independentemente do grau de detalhe do planeamento teremos de:

1. calcular o número de doentes saídos,
2. aplicar a demora média prevista,
3. de modo a obter o número de dias de internamento,
4. prevendo uma taxa de ocupação de 75% e considerando os 365 dias do ano,
5. obtemos o número de camas necessárias.

O cálculo do número de doentes saídos, indicador base para o dimensionamento do Internamento do Centro Hospitalar do Oeste, pode ser realizado de duas formas:

- Somatório da sua oferta actual e aplicar um factor de crescimento baseado no oferta histórica, ou considerando a média dos últimos anos;
- Aplicar as taxas de utilização reais (aplicando ou não um factor de crescimento) dos seis concelhos em análise, à população projectada para um ponto no futuro segundo critérios demográficos, obtendo assim a procura estimada.

4.1.1. Cenário 1 – Com base na Oferta

O primeiro cenário que iremos considerar tem em consideração a Oferta como forma de definir o número de camas do Internamento. Assim, considerando a oferta combinada das três instituições e tendo em conta a média do número de doentes saídos no período de 2003 a 2007 temos que o número de doentes saídos de referência será de 12.942.

		Alcobaça	Bombarral	Caldas da Rainha	Nazaré	Peniche	Óbidos	Outros	Total	%Outros/ Total	Total 3 Instituições	Média
2003	CH C. Rainha	943	982	4.207	208	955	921	723	8.939	8,09%	13.641	12.942
	H Alcobaça	2.638	0	9	370	1	0	218	3.236	6,74%		
	H Peniche	5	28	26	3	1.201	45	158	1.466	10,78%		
2004	CH C. Rainha	913	967	4.325	217	1.068	1.000	764	9.254	8,26%	12.901	
	H Alcobaça	1.828	0	2	328	0	0	150	2.308	6,50%		
	H Peniche	3	33	17	0	1.131	40	115	1.339	8,59%		
2005	CH C. Rainha	913	981	4.301	208	1.022	955	711	9.091	7,82%	12.764	
	H Alcobaça	1.742	0	2	337	0	0	139	2.220	6,26%		
	H Peniche	3	38	6	1	1.162	27	216	1.453	14,87%		
2006	CH C. Rainha	820	998	4.240	234	972	982	853	9.099	9,37%	12.723	
	H Alcobaça	1.731	0	3	363	1	0	98	2.196	4,46%		
	H Peniche	2	46	12	0	1.056	34	278	1.428	19,47%		
2007	CH C. Rainha	917	1.050	4.386	196	1.033	935	808	9.325	8,66%	12.682	
	H Alcobaça	1.429	0	1	322	0	0	223	1.975	11,29%		
	H Peniche	3	32	10	1	905	17	414	1.382	29,96%		

Tabela 35 – Quantidade de Doentes Saídos por Hospital e Concelho, 2003 - 2007

Considerando que 12.942 será o número de doentes saídos por ano que o Centro Hospitalar irá realizar, teremos, e para uma demora média definida, ou expectável, de 6,5 dias, 84.124 dias de internamento.

No dimensionamento de camas de Internamento é habitual considerar uma taxa de ocupação de 75%. Assim, temos que para dar resposta a 84.124 dias de internamento necessitamos de 307 camas.

Demora Média × N° de Doentes Saídos = N° de Dias de Internamento

$$\frac{\text{N° de Dias de Internamento}}{\text{N° de Dias do Ano} \times \text{Taxa de Ocupação}} = \text{N° de Camas Projectado}$$

4.1.2. Cenário 2 – Com base na Procura

Para calcular o número de doentes saídos com base na Procura necessitamos das taxas de utilização reais:

		Taxa de Utilização				
		2.003	2.004	2.005	2.006	2.007
Concelho	Óbidos	111,86	118,20	110,69	115,36	123,68
	Bombarral	104,55	100,11	104,59	107,17	114,57
	Caldas da Rainha	108,80	110,57	109,61	107,77	114,35
	Nazaré	107,28	111,20	103,37	112,26	111,44
	Alcobaça	131,48	114,39	111,83	109,62	107,17
	Peniche	107,56	108,22	108,04	102,56	103,38
	Total	115,52	111,14	109,21	108,34	110,65

Tabela 36 – Taxas de Utilização do Internamento por Concelho, 2003 - 2007

A projecção da população, fornecida pelo INE, indica o valor de 184.909 habitantes para o total dos seis concelhos em 2030.

		Ano						Crescimento 2005 - 2030
		2005	2010	2015	2020	2025	2030	
Concelho	Alcobaça	55.942	56.502	56.775	56.913	57.007	56.959	1,82%
	Bombarral	13.653	13.704	13.766	13.841	14.025	14.135	3,53%
	Caldas da Rainha	51.356	53.041	54.717	56.590	58.547	60.615	18,03%
	Nazaré	14.918	14.756	14.538	14.160	13.739	13.233	-11,30%
	Peniche	28.157	28.678	29.117	29.442	29.697	29.869	6,08%
	Óbidos	11.103	10.964	10.776	10.551	10.356	10.098	-9,06%
	Total	175.129	177.647	179.688	181.497	183.370	184.909	5,58%

Tabela 37 – Projecção da População 2005 - 2030

Desta forma temos que o número de doentes saídos de referência para o dimensionamento do internamento será de 20.460.

Considerando novamente uma demora média de 6,5 dias, e uma taxa de ocupação do internamento de 75%, obtemos:

- Dias de Internamento: 132.989
- Camas: 486

Contudo, um hospital com as características do Centro Hospitalar do Oeste Norte, e não sendo um hospital de fim de linha, considera-se aceitável que trate apenas 80% do total de doentes, ou seja, tenha uma quota de mercado efectiva de 80% nos concelhos da sua área de referência. Desta forma, o número de doentes saídos será de 16.368, o que implica 106.392 dias de internamento e consequentemente 389 camas.

4.1.3. Comparação de Cenários

Comparando os dois cenários podemos verificar que caso se considere apenas uma visão centrada no hospital teríamos um valor inferior de doentes saídos e consequentemente um valor de dias de internamento também inferior, sendo que seriam necessárias 307 camas. Por outro lado, considerando a real procura de serviços de internamento da população, representado pelas taxas de utilização, o número de doentes saídos é consideravelmente mais elevado. Ajustando a uma quota de mercado de 80% temos que o número de camas será de 389.

	Doentes Saídos	Demora média	Dias de Internamento	Taxa de Ocupação	Camas
Oferta	12.942	6,5	84.124	75%	307
Procura	20.460	6,5	132.989	75%	486
Procura (QM=80%)	16.368	6,5	106.392	75%	389

Tabela 38 – Comparação dos Cenários Oferta e Procura, Internamento

Existe assim um diferencial de 82 camas entre os dois cenários.

4.2. Dimensionamento da Consulta Externa

O dimensionamento da Consulta Externa do Centro Hospitalar do Oeste Norte terá como resultado o número de Gabinetes de Consulta.

De modo a poder determinar o número de gabinetes necessitamos de:

- aferir o número de consultas a realizar por ano,
- discriminar por especialidade,
- definir o tempo médio por consulta, por especialidade,
- horário de funcionamento da Consulta Externa.

O cálculo do número de consultas, indicador base para o dimensionamento do Internamento do Centro Hospitalar do Oeste, pode ser realizado de duas formas:

- Somatório da sua oferta actual e aplicar um factor de crescimento baseado no oferta histórica, ou considerando a média dos últimos anos;
- Aplicar as taxas de utilização reais (aplicando ou não um factor de crescimento) dos seis concelhos em análise, à população projectada para um ponto no futuro segundo critérios demográficos, obtendo assim a procura estimada.

4.2.1. Cenário 1 – Com base na Oferta

O primeiro cenário que iremos considerar tem em consideração a Oferta como forma de definir o número de gabinetes de consulta. Assim, considerando a oferta combinada das três instituições, temos:

		Alcobaça	Bombarral	Caldas da Rainha	Nazaré	Peniche	Óbidos	Outros	Total	%Outros/ Total
2003	CH C. Rainha	2.763	4.463	24.724	827	3.593	5.217	1.713	43.300	3,96%
	H Alcobaça	11.624	3	89	1.801	5	3	846	14.371	5,89%
	H Peniche	44	235	147	7	6.899	329	714	8.375	8,53%
2004	CH C. Rainha	3.173	5.318	28.162	896	4.324	6.080	2.210	50.163	4,41%
	H Alcobaça	13.563	3	64	1.873	8	4	603	16.118	3,74%
	H Peniche	23	269	103		7.765	339	688	9.187	7,49%
2005	CH C. Rainha	3.332	6.148	32.068	994	4.937	7.006	2.809	57.294	4,90%
	H Alcobaça	13.509	1	61	1.793	4	5	723	16.096	4,49%
	H Peniche	30	289	95	0	8.890	311	1.137	10.752	10,57%
2006	CH C. Rainha	3.262	6.350	33.389	1.099	5.236	7.239	3.064	59.639	5,14%
	H Alcobaça	11.729	2	43	1.603	2	2	668	14.049	4,75%
	H Peniche	16	350	105		9.466	309	1.489	11.735	12,69%
2007	CH C. Rainha	3.676	6.329	34.305	940	6.498	7.612	3.238	62.598	5,17%
	H Alcobaça	10.934	3	41	1.368	3	6	1.172	13.527	8,66%
	H Peniche	19	267	90	6	8.785	186	2.077	11.430	18,17%

Tabela 39 - Quantidade de Consultas por Instituição e Concelho, 2003 - 2007

No ano de 2007 verificaram-se 87.555 consultas, valor que iremos tomar como referência para o dimensionamento do número de gabinetes da consulta externa.

Considerando uma valor médio de 20 minutos por cada consulta, e assumindo 8 horas de funcionamento, temos que:

- Cada gabinete de consulta terá capacidade, em média, para 24 consultas por dia;

- Cada gabinete de consulta terá capacidade, em média, e considerando 252 dias úteis, para 6048 consultas por ano;

De modo a realizar as 87.555 consultas por ano seriam necessários 15 gabinetes de consulta.

4.2.2. Cenário 2 – Com base na Procura

Tomando em consideração a Procura como forma de definir o número de gabinetes de consulta, temos que verificar as taxas de utilização dos seis concelhos em análise.

	Alcobaça	Bombarral	Caldas da Rainha	Nazaré	Peniche	Óbidos	Total
2003	314,3	410,1	537,5	209,0	430,6	552,7	412,2
2004	340,4	474,9	594,7	213,2	477,0	621,5	454,2
2005	367,9	576,7	690,7	229,8	572,0	731,0	522,9
2006	335,6	606,2	712,1	226,4	605,7	773,4	529,2
2007	326,0	589,2	730,5	202,1	629,8	799,4	534,1

Tabela 40 – Taxa de Utilização de Consulta Externa

Considerando taxa de utilização do ano de 2007 como referência, 534,1 consultas por mil habitantes, e considerando a projecção da população, fornecida pelo INE, que indica o valor de 184.909 habitantes para o total dos seis concelhos em 2030, temos que:

- O número previsto de consultas externas é de 98.760;
- Cada gabinete de consulta terá capacidade, em média, para 24 consultas por dia;
- Cada gabinete de consulta terá capacidade, em média, e considerando 252 dias úteis, para 6048 consultas por ano;

Considerou-se que cada consulta tem em média 20 minutos de duração, e o gabinete trabalha 8 horas por dia.

Assim, obtemos que de modo a realizar as 98.760 consultas por ano previstas seriam necessários 17 gabinetes de consulta.

4.2.3. Comparação de cenários

Comparando os dois cenários podemos verificar que caso se considere apenas uma visão centrada no hospital teríamos uma quantidade menor de consultas, sendo que seriam necessários 15 gabinetes de consulta. Por outro lado, considerando a real procura de serviços de consulta externa pela população, representada pelas taxas de utilização, o número de consultas é de 98.760. De notar que a diferença não é tão notória como verificada nos cenários para o Internamento, facto que é corroborado pelas Quotas de Mercado de cerca de 90% para a consulta.

	Qtd Consultas	Duração média	Horário de Funcionamento	Dias de actividade/ano	Gabinetes
Oferta	87.555	20 minutos	8 horas/dia	252	15
Procura	98.760	20 minutos	8 horas/dia	252	17

Tabela 41 – Comparação dos cenários Oferta e Procura, Consulta Externa

Assim, podemos verificar que seriam necessários mais dois gabinetes de consulta para responder à procura. Contudo, existem considerações que importa fazer relativamente ao dimensionamento da consulta externa:

- i. Existem gabinetes que poderão ser polivalentes e realizar diversos tipos de consultas, mas existem especialidades mais diferenciadas que necessitarão de gabinetes com equipamento e características específicas. Deste modo teríamos de analisar por Especialidade os volumes de produção, aferir quais poderão ser agrupadas, e assim aplicar o mesmo método mas por grupo de especialidade/gabinete. Assim, o número de gabinetes necessários será superior aos 15/17 estimados anteriormente.
- ii. Um dos pressupostos usados foi o horário de funcionamento de 8 horas por dia sendo que uma diminuição neste período iria fazer aumentar, proporcionalmente, o número de gabinetes necessários.
- iii. Foi definido que a duração média de cada consulta seria de 20 minutos. Contudo, podemos distinguir entre primeiras consultas e consultas subsequentes, sendo que as primeiras têm tipicamente uma duração superior. Além desta distinção temos também que ao nível da Especialidade existem diferenças consideráveis na duração média da consulta. Por exemplo, temos que Pediatria e Psiquiatria, têm duração média superior a Medicina Geral ou Cardiologia.

5. Conclusões e Perspectivas

A aplicação da metodologia de afectação de recursos baseada nas necessidades ao caso concreto da criação de um centro hospitalar com base nos três hospitais existentes, revelou as virtuosidades e dificuldades inerentes a esta metodologia.

A caracterização cuidada e detalhada da população a abranger pelo centro hospitalar bem como a caracterização da Procura em termos efectivos, independentemente do local da prestação de cuidados de saúde, é fundamental para garantir que todo o planeamento é centrado no utente e nas suas necessidades.

Realizando o planeamento considerando apenas a Oferta, ou seja, do ponto de vista da instituição prestadora de cuidados de saúde, estamos a perpétuar as falhas do planeamento com base no histórico não garantindo a equidade de acesso e a satisfação das necessidades.

Da realidade conhecida pelas três instituições teríamos um universo de 12.942 doentes saídos, sendo que poderíamos ser tentados a definir que satisfazendo “esta” procura estaríamos a satisfazer a procura de toda a população. Contudo, e do ponto de vista da população identificámos que a procura real é de 20.460 doentes saídos. Naturalmente as características e portefolio de serviços de um centro hospitalar desta dimensão não poderá satisfazer todos os níveis e graus de criticidade e diferenciação de patologias que irão naturalmente surgir. Assim, é expectável que 20% seja referenciada para instituições mas diferenciadas – grandes hospitais centrais ou universitários – com outros recursos humanos e materiais.

	Doentes Saídos	Demora média	Dias de Internamento	Taxa de Ocupação	Camas
Oferta	12.942	6,5	84.124	75%	307
Procura	20.460	6,5	132.989	75%	486
Procura (QM=80%)	16.368	6,5	106.392	75%	389

Tabela 42 - Comparação dos Cenários Oferta e Procura

A diferença fica bem expressa no diferencial de camas necessárias 389 contra 307, o que levaria a que logo nos primeiros meses de actividade do novo centro hospitalar fosse notório o seu sub-dimensionamento.

A análise do dimensionamento da Consulta Externa revela um comportamento diferente do verificado para o Internamento, dado que a diferença de gabinetes entre os dois cenários – Oferta e Procura – não é tão acentuada. Este facto deve-se, essencialmente,

às elevadas Quotas de Mercado já verificadas para consulta externa, na ordem dos 90%, para o conjunto das três insituições nos seis concelhos em análise. Assim, temos uma situação em que o dimensionamento actual já se aproxima do ideal teórico dado pelo modelo.

O planeamento e afectação de recursos em saúde consiste essencialmente em conseguir um equilíbrio entre Necessidades – Oferta – Procura.



Figura 59 – Relação Necessidades-Oferta-Procura

A necessidade (de cuidados de saúde) é a capacidade da população de ter benefícios com os cuidados de saúde.

Necessidade é muito diferente de Oferta e de Procura. Necessidade é o que as pessoas poderiam beneficiar, a Procura é o que as pessoas estariam dispostas a pagar out-of-the-pocket, ou usar num sistema de cuidados de saúde gratuitos, e a Oferta é o que é efectivamente prestado. Embora esta distinção seja clara, a dificuldade de medir e identificar a necessidade torna tentador medir apenas a oferta e a procura como substitutos para a necessidade. Contudo, o facto dos serviços prestados pelo SNS serem essencialmente gratuitos, inviabiliza uma análise tradicional de Oferta-Procura como numa economia de mercado tradicional. Além disso, a oferta é normalmente a consequência de padrões históricos misturados com as consequências da pressão política e social para a mudança. É claramente enganoso medir a prestação de serviços existentes, como se fosse um indicador de necessidade. A figura acima ilustra como a Procura, a Oferta e a Necessidade se podem sobrepor ou divergir. Nela podemos ver oito áreas de serviços divididos em:

- i. aqueles para os quais há uma necessidade, mas não há nem oferta nem procura,
- ii. aqueles para os quais existe uma Procura, mas não há Necessidade ou Oferta,
- iii. aqueles em que há uma Oferta, mas não há Necessidade ou Procura,
- iv. os diferentes graus de sobreposição.

Desta forma, é necessário realizar uma eficiente e eficaz gestão da **Procura**, adaptar, corrigir e adequar a **Oferta**, assim como ter uma melhor definição do que são as **Necessidades**.

A gestão da procura pode envolver a sua redução onde ela é inadequada (áreas 2 e 5 da figura), estimulando-a (áreas 1 e 6), ou lidar melhor com ela (área 4).

A capacidade da população de ter benefícios com os cuidados de saúde é igual à soma da capacidade dos indivíduos de ter benefícios. Para a maioria dos problemas de saúde esta necessidade será passível de ser identificada e mensurada a partir de dados epidemiológicos, e não a partir dos registos e processos clínico.

A aptidão para tirar benefícios não significa que todo o resultado é garantidamente favorável, mas sim que a necessidade implica um potencial benefício que, em média, é efectivo. O benefício não é apenas uma questão de estado clínico, mas pode incluir confiança, cuidados de suporte e alívio dos cuidadores. Muitos problemas de saúde individuais, especialmente as doenças infecciosas e deficiências a longo prazo, têm um impacto social através de múltiplas repercussões ou através de um encargo para as famílias e cuidadores. Assim, a lista de beneficiários da assistência pode-se estender além do paciente.

Os cuidados de saúde incluem não só o tratamento, mas também a prevenção, o diagnóstico, cuidados continuados, a reabilitação e os cuidados paliativos.

A comparação entre a afectação de recursos baseada nas necessidades nos sistemas tradicionais de saúde, com modelos de mercado com base no reembolso dos prestadores está sujeita a acesa controvérsia. Tal, só vem reflectir a sensibilidade e complexidade dos sistemas de saúde os quais lidam com o mais precioso dos bens – a vida humana. Por este motivo a afectação de recursos em saúde consiste na mistura de componente

privados e públicos, e não pode ser visto apenas numa lógica dicotómica de estado-mercado ou publico-privado.

Ainda que seja difícil garantir qual a metodologia que tem mais vantagens, a afectação baseada nas necessidades, apesar das suas desvantagens ou dificuldade de aplicação, é a que melhor tem em consideração o princípio da equidade em saúde.

6. Bibliografia

Asadi-Lari, M., Packham, C., Gray, D., (2003), Need for redefining needs, *Health and Quality of Life Outcomes*

Barros P., Simões J. (2007), Health Systems in Transition: Portugal - Health system review, Vol. 9 No. 5 2007, *World Health Organization 2007, on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies*

Barros, P. (2006) – *Economia da Saúde, Conceitos e Comportamentos*, Almedina.

Belli, P. (2004), The Impact of Resource Allocation and Purchasing Reforms on Equity, Health, Nutrition, and Population Family (HNP) of the World Bank's Human Development Network

Conselho Económico e Social (2002). Grandes opções da política económica e social. Lisboa: *Conselho Económico e Social*.

Culyer, A., Wagstaff, A. (1993): Equity and equality in health and health care. *Journal of Health Economics*, 12:431-457.

Drummond, M., Richardson, W., O'Brien, B., Levine, M., e Heyland, D. (1997). How to Use an Article on Economic Analysis of Clinical Practice, *Journal of the American Medical Association*, Vol 277: 1552-57.

Elkheir, R. (2007), Health needs assessment: a practical approach, *Sudanese Journal of Public Health*, Vol.2 (2): 81-88

Emily K. Abel, P. M. (2008). Milton I. Roemer, Advocate of Social Medicine, International Health, and National Health Insurance. *American Journal of Public Health*, 1596-1597.

Furtado, C., Pereira, J., (2010), Equidade e Acesso aos Cuidados de Saúde, *Escola Nacional de Saúde Pública, Universidade Nova de Lisboa*

Giraldes, M., (2002), Desigualdades regionais nos subsistemas de saúde em Portugal, *Análise Social*, vol. XXXVII (164), 2002, 939-947

Giraldes, M., (2005), Avaliação do SNS em Portugal: equidade versus eficiência, *Revista Portuguesa De Saúde Pública, Economia da Saúde*, Vol. 23, Nº 2: 21-44

Grupo Técnico para a Reforma da Organização Interna dos Hospitais, (2010), A Organização Interna e a Governação dos Hospitais, *Ministério da Saúde*

Gugushvili, A. (2007). The advantages and disadvantages of needs-based resource allocation in integrated health systems and market systems of health care provider reimbursement. *Graduate School of Social and Political Studies, College of Humanities and Social Science*, The University of Edinburg.

Hackey R., (1993) New wine in old bottles: certificate of need enters the 1990s, *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 1993 Winter;18(4):927-35.

Jordan J, Dowswell T, Harrison S, Lilford R, Mort M. (1998) Whose priorities? Listening to users and the public. *British Medical Journal*. 1998;316:1668–1670

Klauss, G., Staub, L., Widmer, M., Busato, A., (2005), Hospital service areas – a new tool for health care planning in Switzerland, *BMC Health Services Research*

Lourenço, Ó., & Silva, V. (2008). Avaliação Económica de programas de saúde - Essencial sobre conceitos, metodologia, dificuldades e oportunidades. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 24:729-52.

Marini, A (2007). A transaction costs analysis of changing contractual relations in the English NHS. *Health Policy*, Volume 83, Issue 1, Pages 17-26.

Michael F. Drummond, G. L. (1987). Methods for the Economic Evaluation of Healthcare Programs, *Oxford Medical Publications*.

Mitton, D. (2000). Program Budgeting and Marginal Analysis: a priority setting framework for Canadian Regional Health Authorities. *Healthcare Management Forum*.

Mitton, D. (2002). Priority Setting In Health Care: From Research To Practice, Alberta: *Alberta Heritage Foundation for Medical Research*.

Morgan, M., Mays, N., Holland, W. (1987), Can hospital use be a measure of need for health care?, *Journal of Epidemiology and Community Health*, 41, 269-274

Rice, D. (1994). Cost-of-illness studies: fact or fiction?, *The Lancet*, 344 (8936), 1519-20.

Rice, N., Smith, P. (2001). Ethics and geographical equity in health care. *Journal of Medical Ethics*, 27:256-261.

Silva, E., et al, e. (1998). *Orientações Metodológicas Para Estudos De Avaliação Económica De Medicamentos*, Lisboa: INFARMED - Instituto Nacional da Farmácia e do Medicamento.

Shain, R. (1959). Hospital costs relate to the supply of beds. *Modern Hospital*.

Simões, A., Paquete, A., Araújo, M., (2006), Equidade Horizontal no Sistema de Saúde Português - Sector Público vs Sector Privado, *Associação Portuguesa de Economia da Saúde*

Stevens, A. et al (2004), *Health care needs assessment*, Oxford, Radcliffe Publishing

Stevens A, Gillam S, (1998), Health needs assessment: from theory to practice. *British Medical Journal* 1998, 31:1448-1452.

Talbot-Smith, D. A., et Pollock, A. M. (2006). *The New NHS: a guide*. London: Routledge, UK.

Urbano J., Bentes M. (1990), Definição da Produção do Hospital: Os Grupos de Diagnósticos Homogéneos. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, Vol 8, nº 1, de Janeiro / Março de 1990

van den Bos, G., Triemstra, A., (1999), Quality of life as an instrument for need assessment and outcome assessment of health care in chronic patients, *Quality in Health Care*; 8:247–252

Ven, W. P. (1996). Market-oriented health care reforms: trends and future options. *Social Science & Medicine*, Volume 43, Issue 5, Pages 655-666

Wilkinson J, Murray SA, (1998), Assessment in primary care: practical issues and possible approaches, *British Medical Journal* 1998 , 316:1524-1528

Williams R, Wright J, (1998) Epidemiological issues in health needs assessment, *British Medical Journal* 1998, 316:1379-1382

Wright J, Williams R, Wilkinson JR. (1998) Development and importance of health needs assessment. *British Medical Journal*, 316:1310-1313

Yu, H., (2001), Establishing A Need-Based Resource Allocation Formula by QoL and Mortality Health Outcomes: A Case of Taiwan, *School of Health and Related Research*, University of Sheffield