



Tiago Miranda Silvério

A Rentabilização da Capacidade Instalada  
do Serviço Nacional de Saúde:  
O caso do Setor Convencionado

Relatório de Estágio

Setembro de 2014



UNIVERSIDADE DE COIMBRA

FACULDADE DE DIREITO DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA



**A Rentabilização da Capacidade  
Instalada do Serviço Nacional de Saúde:  
O caso do Setor Convencionado**

Relatório de Estágio

**Mestrado em Administração Pública Empresarial**

**Tiago Miranda Silvério**

**Orientador do Relatório:** Doutor Fernando Licínio Lopes Martins

**Supervisor de Estágio:** Doutor Maurício Loureiro Alexandre

**Coimbra, 2014**

Este relatório encontra-se redigido de acordo com o novo acordo ortográfico.



*“Não encontres um problema,  
encontra a solução.”*  
Henry Ford



## Resumo

O setor convencionado do Serviço Nacional de Saúde(SNS) enfrenta neste momento uma fase de remodelação, abrindo assim uma oportunidade para modificar um modelo que existe desde a década de 80, motivado pela falta de capacidade do setor público para exercer cuidados de saúde em matéria de meios complementares de diagnóstico e terapêutica (MCDT).

Aproveitando assim a publicação do Decreto-Lei n.º 139/2013 de 9 de Outubro (cujos efeitos irão demorar alguns anos) , este relatório pretende apresentar as medidas de rentabilização da capacidade instalada do setor público levadas a cabo, com sucesso, pela Administração Regional de Saúde do Centro, IP, bem como demonstrar um novo sistema para que essa rentabilização seja, efetivamente, bem sucedida, sem aguardar pelos efeitos do Decreto-Lei anteriormente referido.

Para o efeito, foram recolhidos todos os dados respetivos a utentes, requisições, faturação e produção de MCDT sobre o setor público e privado da área da ARS Centro, IP, desde o ano de 2011, procedendo-se a uma análise detalhada do setor e comparação entre os dois paradigmas.

De uma forma geral, os resultados confirmam que a capacidade instalada do setor público no que a matéria de MCDT diz respeito, encontra-se em sub-rendimento, pelo que as medidas que a ARS Centro, IP, implementou deveriam ser replicadas nas demais administrações regionais de saúde.

**Palavras-chave:** SNS; Setor Convencionado; MCDT; Capacidade Instalada e ARS Centro, IP.

# Índice Geral

<b>Agradecimentos</b>	<b>I</b>
<b>Resumo</b>	<b>II</b>
Índice Geral	III
Índice de Figuras	V
Índice de Tabelas	VI
Lista de Abreviaturas	VIII
<b>Capítulo 1 - Introdução</b>	<b>1</b>
1.1 - Contexto	1
1.2 - Objetivo	2
1.3 - Estrutura	2
<b>Capítulo 2 - O Sistema de Saúde Português</b>	<b>4</b>
2.1 - História e evolução	4
2.2 - Tipologia de Cuidados de Saúde	9
2.2.1 - Cuidados Primários	9
2.2.2 - Cuidados Continuados	10
2.2.3 - Cuidados Hospitalares	10
2.3 - O Financiamento do Serviço Nacional de Saúde	12
2.4 - A Administração Central do Sistema de Saúde, I.P.	15
2.5 - A Entidade Reguladora da Saúde	15
<b>Capítulo 3 - Conceitos</b>	<b>16</b>
3.1 - Agrupamentos de Centros de Saúde (ACeS)	16
3.2 - Taxas Moderadoras	16
3.3 - Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica	17
3.4 - Dimensões da qualidade em saúde	17
3.5 - A eficiência e rentabilização	18
<b>Capítulo 4 - O Setor Convencionado</b>	<b>20</b>
4.1 - Enquadramento Legal	20
4.2 - Um planeamento preventivo ou reativo?	23
4.3 - Contratação: qualidade <i>versus</i> quantidade	23
4.4 - A transição para um modelo bicéfalo de contratação	24
<b>Capítulo 5 - A produção de MCDT</b>	<b>26</b>
5.1 - O Setor Convencionado	26

5.1.1 - Introdução	26
5.1.2 - Metodologia da Análise ao Setor Convencionado	26
5.1.3 - Panorama Geral	26
<b>5.2 - Produção</b>	<b>30</b>
5.2.3 - Análise ao Setor Convencionado em 2011	31
5.2.3.1 – Por ACeS	31
5.2.3.2 - Por Valência (MCDT)	32
5.2.4 - Análise ao Setor Convencionado – 2012	34
5.2.4.1 - Por ACeS	34
5.2.4.2 - Por Valência (MCDT)	35
5.2.5 - Análise ao Setor Convencionado – 2013	37
5.2.5.1 - Por ACeS	37
5.2.5.2 – Por Valência (MCDT)	39
<b>5.3 - Análise da evolução no triénio 2011-2013</b>	<b>41</b>
<b>5.4 – Análise 2014</b>	<b>43</b>
5.4.1 - Por ACeS	43
5.4.2 - Por Valência (MCDT)	45
<b>5.5 - Conclusão</b>	<b>47</b>
<b>5.6 - O Setor Público</b>	<b>47</b>
5.6.1 - Análise à Capacidade Instalada	48
5.6.1.1 - Equipamentos, médicos e TDT disponíveis para MCDT	48
<b>5.7 - Propostas dirigidas aos hospitais</b>	<b>49</b>
5.7.1 - Proposta de Intervenção e Monitorização	50
<b>5.8 – Setor Privado versus Setor Público</b>	<b>51</b>
5.8.1 - Em 2013	51
<b>Capítulo 6 – Conclusão e Notas Finais</b>	<b>54</b>
6.1 - Comparação entre a execução e a não execução dos protocolos em 2014	54
6.2 - Notas finais	55
6.3 - Limitações	56
6.4 - Diretrizes para futuros trabalhos	57
6.5 - No futuro – Um Sistema Integrado de Gestão para o setor convencionado?	58
6.6 – Entrevista ao Dr. Rui Delgado	59
<b>Bibliografia</b>	<b>62</b>
<b>Anexos</b>	<b>65</b>

## Índice de Figuras

<i>Figura 1 – Responsabilização, articulação e afetação de fundos na área da saúde</i>	<i>12</i>
<i>Figura 2 - Despesas correntes em saúde</i>	<i>13</i>
<i>Figura 3 - Dotações iniciais e finais do SNS</i>	<i>13</i>
<i>Figura 4 - Despesa do SNS e financiamento do OE</i>	<i>14</i>
<i>Figura 5 – Cronologia da legislação das convenções</i>	<i>20</i>
<i>Figura 6 - Representatividade de entidades convencionadas por ACeS</i>	<i>27</i>
<i>Figura 7 – Distribuição de convenções pelo número de utentes</i>	<i>29</i>
<i>Figura 8 - Evolução dos encargos (SNS) e respetivas taxas moderadoras</i>	<i>35</i>
<i>Figura 9 - Evolução dos custos do SNS e Taxas Moderadoras</i>	<i>36</i>
<i>Figura 10 - Evolução dos custos do SNS e respetivas taxas moderadoras</i>	<i>39</i>
<i>Figura 11 - Evolução dos custos do SNS e respetivas taxas moderadoras</i>	<i>41</i>
<i>Figura 12- Comparação de custos totais com n.º de exames</i>	<i>42</i>
<i>Figura 13 - Evolução dos custos do SNS e respetivas taxas moderadoras</i>	<i>45</i>
<i>Figura 14 - Evolução dos custos do SNS e respetivas taxas moderadoras em 2014</i>	<i>46</i>
<i>Figura 15 - Raio de Ação dos Centros Hospitalares</i>	<i>48</i>
<i>Figura 16 - Evolução do peso do setor público na realização de MCDT</i>	<i>53</i>
<i>Figura 17 - Tempos de espera para a execução de MCDT no setor público</i>	<i>58</i>

## Índice de Tabelas

<i>Tabela 1 - Panorama geral do setor convencionado na ARS Centro</i>	27
<i>Tabela 2 - Número de convenções por ACeS</i>	28
<i>Tabela 3 - Tempo percorrido pela população para MCDT</i>	29
<i>Tabela 4 - Panorama geral das convenções em 2011, discriminado por ACeS</i>	31
<i>Tabela 5 - Panorama geral das convenções em 2011, discriminado por ACeS</i>	32
<i>Tabela 6 - Panorama geral das convenções em 2011, discriminado por área de MCDT</i>	32
<i>Tabela 7 - Panorama geral das convenções em 2011, discriminado por área de MCDT</i>	33
<i>Tabela 8 - Panorama geral das convenções em 2012, discriminado por ACeS</i>	34
<i>Tabela 9 - Panorama geral das convenções em 2012, discriminado por ACeS</i>	34
<i>Tabela 10 - Panorama geral das convenções em 2012, discriminado por área de MCDT</i>	35
<i>Tabela 11 - Panorama geral das convenções em 2012, discriminado por área de MCDT</i>	36
<i>Tabela 12 - Panorama geral das convenções em 2013, discriminado por ACeS</i>	37
<i>Tabela 13 - Panorama geral das convenções em 2013, discriminado por ACeS</i>	37
<i>Tabela 14 - Panorama geral das convenções em 2013, discriminado por área de MCDT</i>	39
<i>Tabela 15 - Panorama geral das convenções em 2013, discriminado por área de MCDT</i>	40
<i>Tabela 16 - Evolução no triénio 2011-2013</i>	41
<i>Tabela 17 - Evolução dos custos totais</i>	42
<i>Tabela 18 - Panorama geral das convenções em 2014, discriminado por ACeS</i>	43
<i>Tabela 19 - Panorama geral das convenções em 2014, discriminado por ACeS</i>	44
<i>Tabela 20 - Panorama geral das convenções em 2014, discriminado por área de MCDT</i>	45
<i>Tabela 21 - Panorama geral das convenções em 2014, discriminado por ACeS</i>	46
<i>Tabela 22 - Capacidade instalada disponível para a execução de MCDT</i>	48
<i>Tabela 23 - Propostas dirigidas aos hospitais</i>	49
<i>Tabela 24 – Percentagens da rubrica.</i>	49
<i>Tabela 25 – Representação do aumento da proposta</i>	51
<i>Tabela 26 - Valores dos subcontratos da ARS Centro, IP entre 2011 e 2012</i>	51
<i>Tabela 27 - Evolução dos valores dos subcontratos da ARS Centro, IP entre 2012 e 2013</i>	52



*Tabela 28 - Valores subcontratados previstos para 2014 sem a realização dos protocolos* \_\_\_\_\_ 54

*Tabela 29 - Valores subcontratados previstos para 2014 incluindo a realização dos protocolos* \_\_\_\_\_ 54

## Lista de Abreviaturas

ACeS	_____	Agrupamentos de Centros de Saúde
ACSS	_____	Administração Central do Sistema de Saúde, IP
AFPE	_____	Área Funcional das Prestações Específicas
AP	_____	Administração Pública
ARS	_____	Administração Regional de Saúde
ARS Centro, IP	_____	Administração Regional de Saúde do Centro, IP
ARS LVT, IP	_____	Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, IP
BCE	_____	Banco Central Europeu
CE	_____	Comissão Europeia
CRP	_____	Constituição da República Portuguesa
DPC	_____	Departamento de Planeamento e Contratualização
EPE	_____	Entidade Pública Empresarial
FAAD	_____	Fundação Aurélio Amaro Dinis
FMI	_____	Fundo Monetário Internacional
GDH	_____	Grupos de Diagnóstico Homogéneo
INE	_____	Instituto Nacional de Estatística
MCDT	_____	Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica
MFR	_____	Medicina Física e Reabilitação
OCDE	_____	Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico
OE	_____	Orçamento de Estado
OPSS	_____	Observatório Português dos Sistemas de Saúde
PIB	_____	Produto Interno Bruto
PNS	_____	Plano Nacional de Saúde
SIARS	_____	Sistema de Informação das ARS
SICA	_____	Sistema de Informação para a Contratualização e Acompanhamento
SIGIC	_____	Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia
SNS	_____	Serviço Nacional de Saúde
ULS	_____	Unidades Locais de Saúde

## Capítulo 1 - Introdução

---

### 1.1 - Contexto

Desde o início dos anos 90, o setor convencionado tem dominado a produção de meios complementares de diagnóstico e terapêutica em Portugal, beneficiando de uma carência de planeamento por parte do Serviço Nacional de Saúde que, durante a próxima década, muito dificilmente será colmatada e equilibrada como deveria.

Tencionando contornar a ausência de meios no setor público, foram criados mecanismos de adesão de entidades do setor privado como um presumível complemento para as necessidades do SNS que, no entanto, tornou-se parte fulcral desse sistema de execução de MCDT.

Contudo, nos últimos 3 anos, a diminuição da despesa<sup>1</sup> nesta área deve-se ao aumento das taxas moderadoras por parte do Estado, traduzindo-se numa queda prolongada do peso do setor privado na faturação de MCDT. Assim, para o alcance da progressão neste contexto, o peso do setor convencionado deverá ser minorado na execução deste tipo de cuidados de saúde.

Todavia, esta minoração não poderá ser executada de uma forma abrupta quebrando os contratos de adesão vigentes, sem primeiro assegurar que os utentes do SNS se mantenham salvaguardados por serviços de saúde com o menor tempo de resposta possível, o que provavelmente aconteceria, caso não presenciássemos um período de transição, como o atual.

Por isso, em Outubro de 2013, após a publicação do Decreto-Lei n.º 139/2013, foi definido um novo rumo, pelo qual se deveria ter enveredado há mais de uma década e que representa um planeamento a médio e longo-prazo. Tal planeamento pressupõe a avaliação da capacidade instalada existente no Serviço Nacional de Saúde, quanto à produção de MCDT, e só após a finalização desta avaliação, se procederá à contratação, por via de dois modelos distintos, de entidades privadas para a realização de MCDT a encargo do SNS.

---

<sup>1</sup> Tendo em vista o cumprimento das diretrizes da comissão tripartida (CE/BCE/FMI), com o propósito de se diminuir em 10% a despesa global do SNS com as entidades convencionadas na produção de MCDT.

É inteligível que, a curto-prazo, existam desvantagens para as entidades privadas na aplicação deste modelo, tais como a diminuição do volume de utentes e a consequente queda de produção, podendo levar a uma perda de sustentabilidade financeira. No entanto e de acordo com a legislação em vigor, o setor convencionado foi criado como um complemento ao SNS, pelo que a rentabilização da capacidade instalada do mesmo, além de representar uma obrigação do Estado, pressupõe, à partida, uma diminuição do setor que a complementa conforme as necessidades do Estado e dos seus cidadãos.

A rentabilização da capacidade instalada do SNS em matéria de produção de MCDT, e a criação de um sistema de gestão para os utentes inscritos em MCDT figuram assim como um objetivo primário e prioritário nos próximos anos.

## **1.2 - Objetivo**

De forma sucinta, o presente relatório tem como principal objetivo demonstrar como foi e continua a ser executada a rentabilização da capacidade instalada do SNS por parte da Administração Regional de Saúde do Centro, IP<sup>2</sup>, antecipando-se assim às demais administrações regionais de saúde no que a essa matéria diz respeito.

Outro dos objetivos do presente relatório, não menos importante, é o de permitir o entendimento de como funciona o setor convencionado, um setor com mais de 3 décadas, que representa cerca de 500 a 600 milhões de euros anuais em encargos imputados ao Serviço Nacional de Saúde.

## **1.3 - Estrutura**

Em termos estruturais, este relatório subdivide-se em seis capítulos.

O presente capítulo representa o primeiro dos seis, em que é dada uma breve introdução ao relatório, assim como os seus objetivos e a sua estrutura.

No segundo capítulo procede-se, primeiramente, à revisão de grande parte da história do agora Serviço Nacional de Saúde, com base na bibliografia consultada para tal efeito. São explicadas as fases pelas quais passou e que tipos de cuidados hospitalares engloba. Ainda no segundo capítulo é explicado, brevemente, como funciona o financiamento do SNS, o papel da Entidade Reguladora da Saúde e o papel da Administração Central dos Sistemas de Saúde.

---

<sup>2</sup> Ao abrigo da equipa da Área Funcional de Prestações Específicas, a qual integrei, com o apoio do Departamento de Planeamento e Contratualização.

O terceiro capítulo engloba todas as definições necessárias para a compreensão dos capítulos de componente prática, tendo como função principal a instrução do leitor para assimilação das matérias seguintes.

No quarto capítulo é feito um enquadramento legal ao setor convencionado, que vai desde o seu início até ao último despacho sobre o tema, publicado a 8 de Agosto do presente ano. A introdução a toda a matéria relacionada com o setor convencionado é assim apresentada neste capítulo, que além do enquadramento legal, explora ainda questões como o tipo de contratos de adesão existentes e a inexistência de planeamento por parte do SNS para este setor.

No quinto capítulo reside a componente prática deste relatório. Usando dados retirados durante o estágio na ARS Centro, IP, com a cooperação do Departamento de Planeamento e Contratualização, foi feita uma análise exaustiva para caracterizar todo o setor convencionado na zona centro do país. Além deste setor, foi também observado o setor hospitalar, de forma a analisar a sua rendibilidade e contribuição para o setor produtor de MCDT. Por último foi realizada uma análise comparativa dos dois setores.

Para o sexto e último capítulo deste relatório, reservam-se os resultados dos protocolos efetuados pela ARS Centro em sede de contratualização, tecem-se as conclusões finais do relatório e as limitações encontradas durante a execução do mesmo. Também, e em benefício da isenção do presente relatório, é apresentada uma entrevista realizada ao Dr. Rui Veríssimo Delgado, Diretor Geral de uma entidade de saúde privada para se pronunciar acerca das medidas anteriormente referidas.

## Capítulo 2 - O Sistema de Saúde Português

---

### 2.1 - História e evolução

Desde o momento da sua formação, o Serviço Nacional de Saúde tem sofrido inúmeras influências dos contextos vividos até ao presente, tendo sido concebido dentro de três fases principais. Os conceitos religiosos, políticos e sociais pertencentes a cada época auxiliaram na concretização do SNS por forma a responder ao aparecimento de doenças e adversidades dentro deste campo.

Fazendo uma retrospectiva desde o 25 de Abril até à data de publicação do primeiro decreto referente à organização dos serviços de saúde pública em 1899 pelo Dr. Ricardo Jorge (Decreto de 28 de Dezembro) e mais tarde, em 24 de Dezembro de 1901 o Regulamento Geral dos Serviços de Saúde e Beneficência Pública, a assistência médica era praticada de forma individual, familiar e privada, sendo que apenas a assistência aos pobres era garantida pelo Estado. Só em 1903 dá entrada em vigor esta organização referida no Decreto de 28 de Dezembro de 1899. Igualmente, a maior parte das instituições hospitalares sofria a influência de conceitos religiosos, políticos e sociais do contexto vivido, que auxiliavam na resposta ao aparecimento de doenças na população.

Contudo, regras de higiene e segurança desconhecidas favoreciam o aparecimento de novas adversidades dentro do campo da saúde da pública, além das doenças já patentes na população. (Portal da Saúde, 2010) A debilidade sanitária geral suscitou uma resposta por parte do Estado com a criação de institutos específicos para a resolução de problemas de saúde pública, como a tuberculose e a saúde materna. Iniciou-se assim, em 1945, a reforma sanitária de Trigo de Negreiros de extrema importância para a melhoria da condição de higiene e segurança dentro do serviço nacional de saúde. Com o melhoramento das condições sanitárias, um ano depois, tornou-se imprescindível a organização dos serviços de prestação de cuidados de saúde até então criados, para que a base da conceção de uma rede hospitalar fosse desenvolvida. Para o efeito, a Lei n.º 2011, de 2 de Abril de 1946, permitiu esta reorganização e o início da construção de hospitais que ficaram sobre a alçada das misericórdias.

Em 1963, foram atribuídas ao Estado a organização e manutenção dos serviços de saúde que não puderam ser entregues à iniciativa privada, pela sua complexidade. Neste mesmo ano foram promulgadas as bases da política de saúde e assistência por



via da Lei n.º 2120, de 19 de Julho de 1963. Baseando-se nas políticas de saúde e assistência defendidas pela mesma, o Estado fomentou a criação de instituições particulares que as respeitassem e integrassem nos seus serviços devidamente legalizados e detentores de condições morais, financeiras e técnicas para a prestação dos fins a que se propunham.

Considerando a grande importância de todos os passos dados para a melhoria do sistema de saúde, apenas em 1971 foi criado o primeiro esboço daquilo que viria a ser o SNS, graças à reforma do sistema de saúde e assistência denominada “reforma de Gonçalves Ferreira”. Avanços de várias índoles foram alcançados com o Decreto-Lei n.º 413/71, de 27 de Setembro, como o reconhecimento do direito à saúde de todos os portugueses sem restrições, sendo este assegurado por uma política unitária de saúde da responsabilidade do Ministério da Saúde (surgido por via do Decreto-Lei n.º 41825, de 13 de Agosto de 1958) (Portal da Saúde, 2010).

Perante a grandiosidade de tais avanços, a década de 70 foi considerada de extrema importância dentro da reforma do sistema de saúde português, permitindo dentro das reestruturações feitas nos serviços a construção de centros de saúde e hospitais de distrito.

Em 1973 surge a Secretaria de Estado da Saúde, integrada no Ministério dos Assuntos Sociais que viria a ser anexado ao Ministério da Saúde pelo Decreto-Lei n.º 584/73, de 6 de Novembro. Nesta mesma época e de acordo com a Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE, 1998) em relação aos gastos públicos em 1969, Portugal revelava poucos valores em certos indicadores comparando com os países que atualmente constituem a União Europeia<sup>3</sup>.

Na segunda fase (entre 1974 e 1990) de acordo com o mesmo relatório da OCDE (1998), durante os primeiros anos da década de 80 (1981 e 1982), os gastos privados,%. Dados estes demonstram a desresponsabilização do Estado, sentida pela população portuguesa, em relação ao financiamento da saúde das famílias que, como inicialmente, passaram a suportar todos os tipos de despesas relacionados com a saúde. A base financeira altamente fragilizada e a ausência de uma gestão conveniente às especificidades da saúde eram características da forma como o sistema estava sustentado, sendo que a sua estrutura era, na sua grande maioria, administrativa.

---

<sup>3</sup> Por exemplo, no que diz respeito às despesas em saúde, Portugal gastava 1,7% do Produto Interno Bruto (PIB) e a média europeia neste campo situava-se nos 3,8% (Baganha et al, s.d., 2002).

A falta de informação sobre a qualidade e a perspicuidade dos serviços e dos interesses públicos e privados constituíram-se, igualmente, como uma agravante da situação que se fazia sentir (Sakellarides et al, 2006).

As condições políticas e sociais que permitiram a criação do Serviço Nacional de Saúde surgiram em 1974, contudo, este esboço basilar do SNS divulgava uma determinada fragilidade financeira. Continuados os avanços neste campo, em 1979 com a Lei n.º 56/79, de 15 de Setembro, foi criado o SNS como instrumento do Estado que assegurava o direito à proteção da saúde, nos termos da Constituição. Todos os cidadãos, independentemente da sua condição socioeconómica, e igualmente os estrangeiros, em regime de reciprocidade, apátridas e refugiados políticos tinham acesso garantido aos cuidados de saúde (Portal da Saúde, 2010).

Resumidamente, o SNS envolvia todos os cuidados pertencentes à área da saúde, compreendendo a sua vigilância, prevenção da doença, diagnóstico e tratamento dos doentes, assim como a reabilitação médica e social. Este acesso de cariz gratuito contemplava a criação de taxas moderadoras que permitiam a racionalização da utilização das prestações de cuidados de saúde. O SNS detém autonomia administrativa e financeira e encontra-se estruturado numa organização descentralizada e desconcentrada, incluindo órgãos centrais e locais, e possuindo serviços de prestadores de cuidados de saúde primários (centro comunitários de saúde) e de serviços prestadores de cuidados diferenciados (hospitais gerais, hospitais especializados e outras instituições especializadas).

Na década de 80, mais especificamente em 1982, o Decreto-Lei n.º 254/82, de 29 de Junho, permitiu a criação das administrações regionais de saúde (ARS), que substituem as mal sucedidas administrações distritais. No mesmo ano, a 6 de Setembro de 1982, através do Decreto-Lei n.º 357/82 foi concedido ao Serviço Nacional de Saúde autonomia administrativa e financeira, sendo que ao Departamento de Gestão Financeira dos Serviços de Saúde ficou entregue a gestão das verbas que globalmente lhes eram atribuídas. A expansão do SNS remonta à data de 1983 aquando o término dos serviços médico-sociais da Previdência e a criação da Direção-Geral dos Cuidados de Saúde Primários, pelo Decreto-Lei n.º 74-C/84, de 2 de Março.

Entre 1986 e 1988 preocupações de cariz financeiro tomaram relevância, sendo que houve a regulamentação das condições de exercício do direito de acesso ao Serviço Nacional de Saúde, que visou estabelecer a correta e racional repartição dos encargos do SNS. Neste âmbito, não haveria o objetivo da obtenção de qualquer tipo de lucro, mas a aproximação fiel entre o preço cobrado e o custo real.

A introdução da lei de gestão hospitalar demonstrou a preocupação proveniente do aumento das despesas na saúde no orçamento do Estado.

Antes dos anos 90, na 2ª Revisão Constitucional foi estabelecido que o direito à proteção da saúde seria realizado através de um serviço nacional de saúde universal e geral que, para além de ter em conta a condição socioeconómica de cada cidadão, teria a tendência a ser gratuito na sua utilização. A justiça social revelava alcançar uma posição principal dentro das condições sociais e políticas características desta segunda fase de conceção do SNS que findou no início dos anos 90.

Com os anos 90 desponta a terceira fase de formação do serviço nacional de saúde devida, na sua maioria, à introdução da Lei de Bases da Saúde<sup>4</sup> e do estatuto do SNS<sup>5</sup>, que patentearam ser peças fundamentais e caracterizadoras do sistema de saúde português<sup>6</sup>.

Contudo, neste mesmo período, os gastos públicos e privados registaram um ligeiro aumento, ainda assim pouco significativo em relação à média europeia (Baganha et al, 2002).

Em 1992, com o Decreto-Lei n.º 54/92, de 11 de Abril foi estabelecido um regime de taxas moderadoras para o acesso ao serviço de urgências, às consultas médicas e a meios complementares de diagnóstico e terapêutica. Equitativamente foram estabelecidas as situações de isenção para o acesso aos serviços anteriormente referidos. Tal pagamento parcial do custo dos serviços médicos permitiu amealhar receitas para o Serviço Nacional de Saúde, aumentando a eficiência e qualidade de todos os serviços de saúde prestados à população.

Neste mesmo ano, Portugal deparou-se com a primeira demonstração de Justiça Social em que pessoas com maiores rendimentos (que não padeciam de doenças crónicas ou de risco) pagavam uma parte dos serviços de saúde que lhes eram prestados, permitindo tal pagamento a prestação de cuidados médicos, desta vez totalmente gratuitos, aos mais carenciados e desprotegidos.

O Decreto-Lei n.º 177/92, de 13 de Agosto do mesmo ano permitiu o estabelecimento de um regime de prestação de cuidados e de assistência médica no

---

<sup>4</sup> cfr. Lei n.º 48/90, de 4 de agosto.

<sup>5</sup> cfr. Lei n.º 22/93, de 15 de janeiro.

<sup>6</sup> Nos anos 90, Portugal abandonou a última posição da tabela europeia respeitante à mortalidade infantil e à mortalidade perinatal e tomou como uma realidade o aumento da esperança média de vida dos portugueses, que alcançava nestes anos 90, os 73.6 anos em 1991, e mais tarde, os 75.2 anos em 1998.

estrangeiro aos beneficiários do Serviço Nacional de Saúde, que poderiam não ser possíveis de realizar por falta de meios técnicos e/ou humanos (Portal da Saúde, 2010).

O crescimento populacional continuava e com ele novas e crescentes exigências se faziam sentir. A população carecia de qualidade e prontidão de resposta às suas aflições e necessidades. Face à situação de exigências crescentes no sentido da resposta necessitar de estar mais próxima dos seus destinatários, surgem as regiões de saúde dirigidas por administrações com determinadas competências. Mais tarde, o Decreto-Lei n.º 335/93, de 29 de Setembro aprovou o Regulamento das Administrações Regionais de Saúde (Portal da Saúde, 2010).

Os anos 90 também revelaram ser tempos de associativismo médico e de todas as mudanças que tal facto exhibe, nomeadamente, a proposta de um sistema de saúde baseado na “medicina convencionada”, garantindo a acessibilidade a todos os portugueses facilitada pelo financiamento público na medicina privada (Sakellarides et al, 2006).

A melhoria da administração pública na área da saúde, por forma a torná-la mais flexível, inovadora e centrada no cidadão e cliente, teve lugar nesta época e ocorreu na Europa. Este ciclo importante permitiu a implementação de uma gestão de acordo com os resultados obtidos dentro do setor da saúde, tal não existia anteriormente.

Apesar dos progressos alcançados outros problemas começaram a emergir, como o acesso a consultas e a cirurgias por partes de outros utentes, ainda que feitas ampliações de vantagens no sistema de saúde para os que dele beneficiavam. Em 1995 a maioria parlamentar não foi alcançada e este novo ciclo político provocou um decréscimo de estabilidade em relação ao ciclo político anterior (1990 - 1995). A falta de reforma de alguns setores poderá ter sido a causa mais evidente para tal instabilidade (Sakellarides et al, 2006).

Ainda assim, os cidadãos mantiveram-se fiéis às suas perspetivas e crenças de melhoria neste setor, mesmo que não tendo sido considerado uma prioridade como a educação e o combate à pobreza. Dadas tais circunstâncias de exigência social, foi criado entre 1995 e 1999 um projeto de reforma intitulado “Serviço Nacional de Saúde XXI” que propunha a conceção de mecanismos de orientação e responsabilização estratégica, assim como de inovação, descentralização e flexibilidade das unidades prestadoras de serviços e cuidados de saúde<sup>7</sup>.

---

<sup>7</sup> Hospital-empresa; Centros de saúde de 3ª geração; cuidados continuados (Sakellarides et al, s.d., 2006).

Ao longo do tempo, a inversão dos papéis de financiador e fornecedor do setor público fez-se sentir devido à concentração na compra e cobertura de serviços de saúde a fornecedores privados por parte do Estado.

Este facto serviu de grande incentivo para as entidades privadas constituírem e gerirem novas unidades de saúde. Igualmente, sociedades e associações privadas começaram a fornecer os seus serviços, despontando dúvida em relação aos princípios fundamentais como o da universalidade e do acesso maioritariamente gratuito (Baganha et al, 2002).

Entre 1996 e 2001, o Governo assumiu a saúde como uma prioridade na sua legislatura, primazia feita anteriormente à educação e ao combate da pobreza. Neste período, o Decreto-Lei n.º 97/98, de 18 de Abril estabeleceu o regime de celebração das convenções a que se refere a base XLI da Lei n.º 48/90, de 24 de Agosto - Lei de Bases da Saúde (Portal da Saúde, 2010).

Até 2014, destacam-se principalmente as modificações profundas feitas na Lei de Bases da Saúde, pela Lei n.º 27/2002, de 8 Novembro, maioritariamente no que toca às diferentes tipologias de cuidados de saúde e modelos de gestão hospitalar.

## **2.2 - Tipologia de Cuidados de Saúde**

### **2.2.1 - Cuidados Primários**

O direito a um médico de família é universal a todos os cidadãos portugueses, e o primeiro contacto destes com o SNS são os centros de saúde. No entanto, a maioria dos utentes portugueses sofrem de uma certa “hospitalite”<sup>8</sup> e, por norma, recorrem diretamente aos serviços de urgência dos hospitais, movendo recursos mais dispendiosos quando poderiam ser tratados no centro de saúde, a custos inferiores (APS, 2009).

Desde 1971, ano da sua criação, os centros de saúde têm vindo a ser reformulados e em 1983 foram criados os denominados centros de saúde de “segunda geração”, que consentiram uma maior rendibilização dos recursos utilizados na prestação de cuidados de saúde.

Em 2006, oito anos depois da criação do Regime Remuneratório Experimental dos Médicos da Carreira de Clínica Geral<sup>9</sup>, foi aprovada a criação de Unidades de Saúde

---

<sup>8</sup> Termo empregue pelo Dr. Francisco Goiana da Silva para denominar o ato de procurar urgência médica para situações não-urgentes.

<sup>9</sup> Programa de adesão voluntário que tinha em vista a discriminação positiva dos médicos cujo desempenho contribuisse para uma maior acessibilidade dos utentes.

Familiar (USF), que na sua génese, constituíram um novo regime de suplementos associados à acessibilidade dos utentes e desempenho dos médicos.

A criação das USF, de acordo com dados estimados em 2009, levou a um aumento do número de portugueses com médico de família, tendo passado de 9.634.000 em 2006, para 9.827.000 no final de 2008 (APS, 2009).

### **2.2.2 - Cuidados Continuados**

Por via da lei de bases reguladora dos cuidados paliativos, temos como definição de cuidados continuados de saúde “o conjunto de intervenções sequenciais de saúde e ou de apoio social, decorrente de avaliação conjunta, centrado na recuperação global entendida como o processo terapêutico e de apoio social, ativo e contínuo, que visa promover a autonomia melhorando a funcionalidade da pessoa em situação de dependência, através da sua reabilitação, readaptação e reinserção familiar e social”.<sup>10</sup>

A Rede de Cuidados Continuados Integrados, criada através do Decreto-Lei 101/2006, de 6 de Junho, é constituída por unidades e equipas de cuidados continuados de saúde, apoio social, cuidados e ações paliativas, integrando-se no SNS e no sistema de segurança social.

Os recursos afetos a esta rede mostram-se como sendo insuficientes para dar resposta à procura em algumas regiões específicas.

Contudo, há que ter em consideração o facto de a regulamentação ser recente, bem como a rede de cuidados continuados não ter ainda atingido a sua expansão total, pelo que se deve dar tempo para que sejam tiradas conclusões efetivas do seu impacto na saúde e bem-estar dos utentes.

### **2.2.3 - Cuidados Hospitalares**

A liberdade de escolha do estabelecimento hospitalar em articulação com a rede de cuidados primários, é um dos princípios gerais na prestação de cuidados de saúde. No entanto, para existir uma rentabilização dos hospitais e do setor público de saúde, existem redes de referenciação de acordo com a especialidade.

Desde os anos 90, à imagem do setor convencionado, o setor hospitalar tem sido alvo de várias experiências com o objetivo de rentabilizar os seus serviços, combatendo o desperdício e obtendo ganhos de eficiência.

---

<sup>10</sup> cfr. alínea a) do Art.º3º do Decreto-Lei nº 101/2006, de 6 de Junho.



A primeira dessas experiências foi a concessão de gestão de um hospital público a um grupo privado, em 1995. Com esta concessão foi introduzida a separação entre funções de administração e direção técnica, dando assim uma maior clareza nas áreas de responsabilidade dos órgãos de gestão.

Um dos exemplos dessas concessões foi o Hospital Amadora-Sintra, que voltou à esfera da gestão pública em janeiro de 2009 (após extinção do contrato de gestão em 2008), transformando-se numa Entidade Pública Empresarial.

Em 2002, foi aprovado um novo regime jurídico de gestão hospitalar, que se traduziu na possibilidade dos hospitais públicos revestirem a natureza de sociedades anónimas de capitais exclusivamente públicos ou de estabelecimentos públicos. Dando seguimento a este regime, no ano de 2003, foi criada a Unidade de Missão dos Hospitais SA, dando-se a transformação de 34 hospitais públicos em 32 hospitais SA de capital somente público.

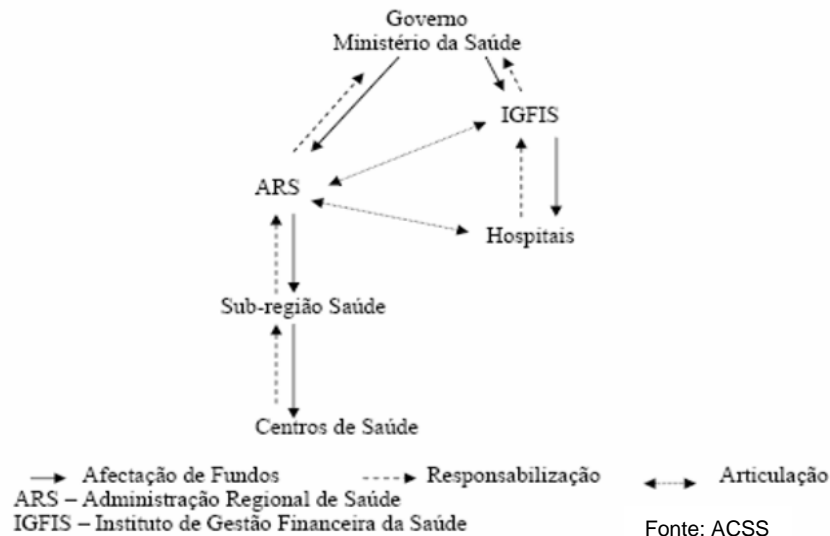
Dois anos depois, em 2005, estes hospitais SA foram transformados em EPE, como meio de modernizar os hospitais, aplicando uma gestão mais eficiente dos recursos públicos.

Se nessa altura, o objetivo era somente melhorar e garantir o acesso cirúrgico aos utentes do SNS, atualmente há também o objetivo da desaceleração da despesa pública.

Para o futuro, a missão do SNS centra-se num objetivo: permitir uma total liberdade de escolha ao utente para eleger o prestador público dos cuidados de saúde, colocando assim os hospitais ao serviço da população, aumentando a eficiência dos mesmo e melhorando a sua qualidade.

## 2.3 - O Financiamento do Serviço Nacional de Saúde

Figura 1 – Responsabilização, articulação e afetação de fundos na área da saúde



O sistema de financiamento do SNS consiste num regime complexo que engloba tanto financiamento público como privado.

Os fundos públicos atribuídos ao SNS são estabelecidos anualmente pelo Ministério das Finanças com apoio do histórico de gastos do SNS, bem como nas previsões de necessidade do Ministério da Saúde, sendo predominantemente suportado pela cobrança geral de impostos. Contudo, o financiamento privado tem proporções significativas, principalmente através do co-pagamento (que trataremos mais adiante) e pagamentos diretos pelo doente<sup>11</sup>. Por outro lado, os prémios de seguros privados e as instituições mutualistas também contribuem para o financiamento do SNS, mas no entanto, representam uma verba de financiamento bem menor.

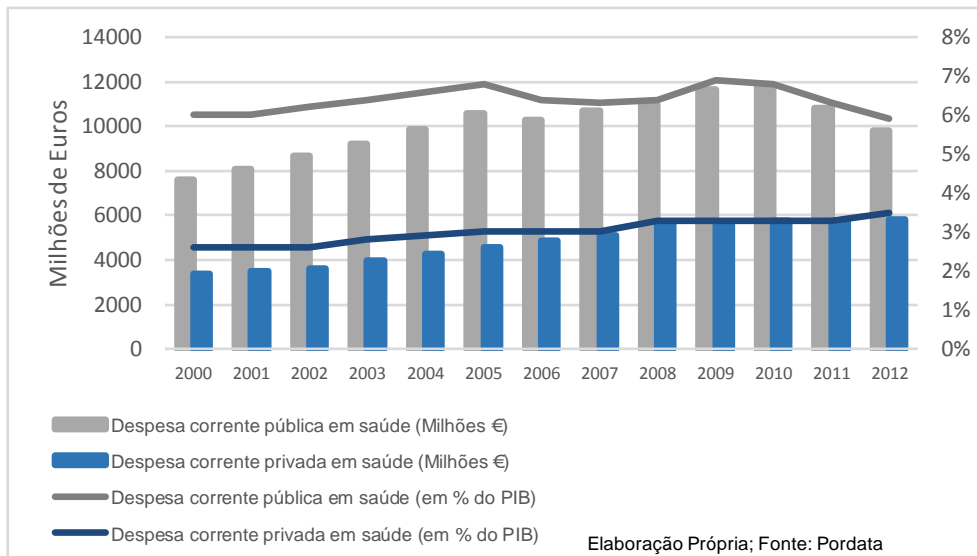
Por via interna, o Ministério da Saúde estabelece um orçamento a cada ARS, a qual tem uma população geograficamente estabelecida, sendo o cálculo deste feito por via da capitação<sup>12</sup> (60%) em junção com o histórico das despesas de anos anteriores (40%). É de referir que a importância da capitação no cálculo do orçamento tem vindo a ganhar força, evitando a atribuição de verbas inúteis, isto é, que já não têm justificação de ser adjudicadas nos anos subseqüentes.

<sup>11</sup> Em Portugal, os pagamentos diretos são estimados entre os mais elevados da UE, compreendendo cerca de 23,5% de todas as despesas de saúde em 2004 (Barros, Health System Review).

<sup>12</sup> A capitação é um sistema de remuneração onde o médico ou instituição de saúde recebem um pagamento fixo por utente inscrito na sua lista, independentemente da quantidade de serviços a prestar (Pereira, 2004).

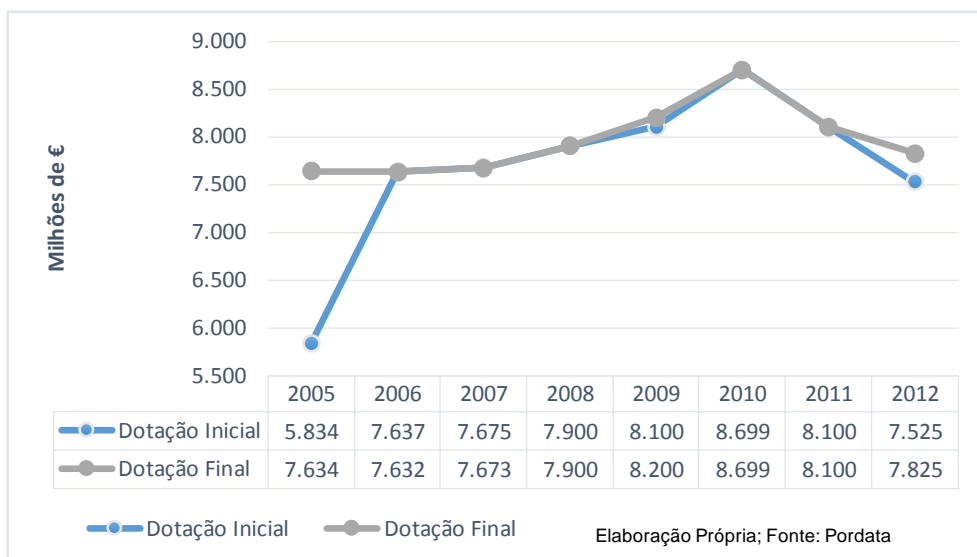
Os valores atribuídos às ARS são redirecionados para serem aplicados em cuidados de saúde primários, pois cada hospital tem um orçamento atribuído de forma central.

Figura 2 - Despesas correntes em saúde



Como é possível constatar na figura apresentada, desde 2000 até 2012, a despesa corrente pública em saúde, apesar de uma ligeira quebra em 2006, tem vindo a aumentar até 2010, altura em que desce cerca de 2 mil milhões de euros. Em consonância com a despesa corrente pública, também a despesa corrente privada aumenta, equilibrando desta forma a sustentabilidade do setor de saúde.

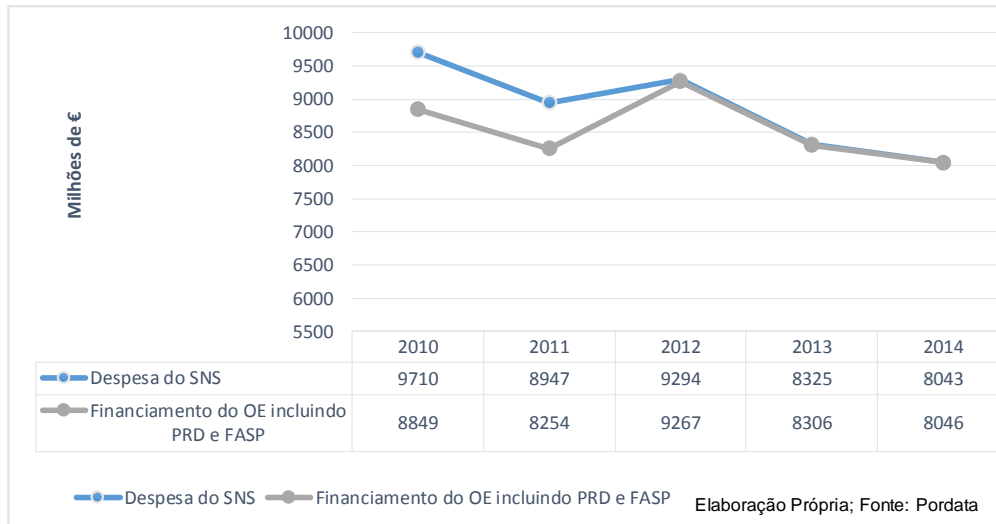
Figura 3 - Dotações iniciais e finais do SNS



O subfinanciamento inicialmente previsto para o SNS é um dos fatores que levou ao crescente aumento de despesas, apesar da contínua alocação de verbas ao mesmo.

Como se constata na figura 3 (na página anterior), o Estado prevê em alguns anos, o financiamento do SNS em valores inferiores aos do ano antecedente, um critério mais notório no ano de 2011 e 2012, fruto da contenção financeira imposta pela *Troika*<sup>13</sup>.

Figura 4 - Despesa do SNS e financiamento do OE



Com o crescendo de incumprimentos, contínuas revisões e subsequentes aprovações de suplementações orçamentais que se vão realizando ao longo do ano para tentar fazer cobro às despesas que não estão cobertas no orçamento inicial, originando a descredibilização do orçamento do SNS.

A contratualização foi o modo encontrado para controlar custos nos cuidados de saúde primários (CSP), tendo como objetivo a integração de CSP em hospitais, tentando-se eliminar falsas urgências, reduzindo assim custos, uma vez que o custo médio pago pelo SNS por uma falsa urgência a um hospital é consideravelmente superior ao pago por uma consulta em cuidados de saúde primários.

Este sistema consiste em identificar e estabelecer as necessidades de saúde das populações inseridas na área de ação geográfica estabelecida para cada ARS, sendo posteriormente celebrados acordos-programa e orçamentos para os mesmos, com os centros de saúde e ULS prestadoras.

<sup>13</sup> Desta forma, as dívidas aos fornecedores, consumíveis clínicos e empresas farmacêuticas, irão acumular-se (Barros, Health System Review).

## **2.4 – A Administração Central do Sistema de Saúde, I.P.**

A esfera de responsabilidades da ACSS engloba várias atividades, maioritariamente de coordenação, acompanhamento e planeamento.

Compete a esta: coordenar o planeamento de recursos humanos do SNS; coordenar as atividades nos domínios da regulação profissional, tais como os regimes de trabalho, o registo de profissionais e os processos de negociação coletiva; regular e dinamizar a formação profissional, desenvolvendo programas de formação.

Quanto a aspetos financeiros, o planeamento e a coordenação da gestão dos recursos financeiros afetos ao SNS, assim como os seus modelos de financiamento e posterior distribuição e aplicação são, entre outras, responsabilidades da ACSS.

A ACSS engloba assim várias tarefas, maioritariamente de gestão e execução financeira, planeamento e execução de contratos, coordenação de recursos humanos e recursos técnicos (infraestruturas tecnológicas e sistema de informação do Ministério da Saúde), análise da acessibilidade dos serviços prestados e a avaliação da satisfação de utentes (Plano Estratégico da ACSS, 2010).

## **2.5 - A Entidade Reguladora da Saúde**

Quanto ao papel da ERS, esta está designada a pronunciar-se e emitir recomendações sobre os acordos subjacentes ao regime das convenções<sup>14</sup>, e no último ano, ficou incumbida da tarefa de “reduzir em mais 10% a despesa global do SNS com entidade privadas que prestem serviços de meios complementares de diagnóstico e terapêutica”, com incidência na área de diálise e MFR, o que deixa desde já, algum espaço para a redução de despesa nas restantes. Este perentório compromisso de redução de despesa surgiu de um Memorando de Entendimento entre a República Portuguesa e a Comissão Tripartida (CE/BCE/FMI).

Posto isto, além da monitorização do setor da saúde, é do completo interesse da ERS a redução do setor convencionado em detrimento da rentabilização do setor público, por via de uma melhor utilização da sua capacidade instalada.

Também se vê como vantagem a libertação de mais recursos técnico e humanos da ERS, que agora executam a monitorização das entidades convencionados para outras tarefas.

---

<sup>14</sup> (cfr. Alínea b) do artigo 37.º do Decreto-Lei n.º1237/2009, de 27 de Maio.

## Capítulo 3 - Conceitos

---

### 3.1 - Agrupamentos de Centros de Saúde (ACeS)

Os Agrupamentos de Centros de Saúde (ACeS) têm como missão a garantia da prestação de cuidados de saúde primários à população de uma área geográfica determinada, procurando manter os princípios de equidade e solidariedade, de modo a que todos os grupos populacionais partilhem igualmente dos serviços de saúde e de bem-estar.

A ARS Centro, IP, engloba nove ACeS: Baixo Mondego, Baixo Vouga, Beira Interior Sul, Cova da Beira, Dão Lafões, Guarda, Pinhal Interior Norte, Pinhal Interior Sul e Pinhal Litoral.

### 3.2 - Taxas Moderadoras

Introduzidas no SNS em 1980<sup>15</sup>, as taxas moderadoras não são, por si só, um elemento negativo nos cuidados de saúde.

Devido ao crescimento da despesa em saúde nas últimas décadas, o governo adotou medidas de contenção de despesa e de racionalização da procura de cuidados de saúde. No entanto, estas medidas não são mais do que um reflexo do excesso de procura destes cuidados, por parte dos utentes, significando que as alterações nos preços das taxas são um reflexo do comportamento dos utentes e dos prestadores (Medici, 1995; Donaldson & Gerard, 1993).

Daí que Mossialos e Le Grand (2001) refiram que, caso fossem inexistentes as medidas de racionamento impostas pelo governo, quer os utentes quer os prestadores, não teriam qualquer incentivo para economizar no tratamento.

Segundo os mesmos autores, este co-pagamento dos cuidados de saúde impede assim a procura de cuidados desnecessários (Mossialos e Le Grand, 2001).

Segundo Pauly (2004), a taxa moderadora acarreta um risco, o de diminuir a resolubilidade do sistema, uma vez que o utente pode não saber diferenciar se necessita de cuidados de saúde ou se determinado cuidado de saúde vale o pagamento da taxa moderadora.

---

<sup>15</sup> cfr. Despacho n.º 57/80 de 29 de Dezembro.



Assim, a taxa moderadora é um co-pagamento que Pereira (1993) definiu como uma parte fixa, neste caso, do custo total de determinada prestação de saúde paga pelo utente. A lógica do co-pagamento de uma prestação de saúde prevê o apoio monetário, em parte, do seu consumidor.

### **3.3 - Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica**

De acordo com o Portal de Codificação e dos Grupos de Diagnósticos Homogêneos (GDH), MCDT é a designação genérica que engloba exames laboratoriais, imagiológicos, colheita de amostras por meios mais ou menos invasivos, e ainda atos de tratamento variados, realizados em regime ambulatorio ou em internamento hospitalar.

### **3.4 - Dimensões da qualidade em saúde**

Campos (2001) refere que os cidadãos em conjunto, reconhecem a qualidade, fazendo desta “um imperativo de cidadania”.

Apesar disto, a qualidade na saúde é, neste contexto, um parâmetro subjetivo, ou seja, não há uma definição consensual da qualidade na área da saúde nem métodos (além do QALY) para a avaliar (Nunes e Rego, 2002).

No entanto, Mezomo (2001) e Dershin (1996) apresentam um consenso quanto ao estabelecimento de qualidade na saúde usando os seguintes parâmetros:

- ▶ **Acessibilidade:**
  - Representa a facilidade com que os cuidados de saúde são acedidos pelos utentes;
- ▶ **Aceitabilidade:**
  - Compreende a avaliação, feita pelos utentes, dos cuidados de saúde;
- ▶ **Adequação:**
  - Há adequação quando as expectativas dos utentes e a realidade se identificam;
- ▶ **Competência Profissional:**
  - Representa a competência necessária, dos recursos humanos, para efetuar cuidados de saúde;
- ▶ **Disponibilidade:**
  - Representa o acesso aos cuidados de saúde em tempo útil;

- ▶ Equidade:
  - Representa a liberdade de acesso, de todos os utentes, aos cuidados de saúde;
- ▶ Efetividade:
  - Representa a relação existente entre a melhoria possível e a melhoria obtida;
- ▶ Eficiência:
  - Um dos parâmetros chave neste relatório representa a obtenção do maior nível de qualidade, utilizando o mínimo de recursos;
- ▶ Segurança:
  - A diminuição do risco (infecções, erros de medicação ou erros processuais) é fulcral para a utilização dos serviços de saúde.

### 3.5 - A eficiência e rentabilização

Segundo Paul Heyne (2008), a eficiência é “a *relação entre os fins e os meios*”, ou seja, quando se apelida uma instituição ou um processo de ineficiente, significa que poderíamos adquirir os mesmos resultados com menos meios ou preferivelmente, melhores resultados com os mesmos meios.

“Menos”, “mais” e “melhores”, neste contexto, referem-se obrigatoriamente à produção concebida. Assim, a eficiência económica é a relação entre os valores dos meios utilizados e os valores dos fins, não as quantidades físicas dos mesmos.

Palmer & Torgerson (1999) referiram que na avaliação da utilização dos recursos que estão a ser aproveitados de forma a obter o melhor valor monetário numa organização, devem-se relacionar *inputs/recursos* (equipamentos, capital, recursos humanos e custos) com *outputs* intermédios (neste caso, a produção e n.º de utentes) e *outputs* finais (por exemplo, a deteção precoce de doenças, no caso de MCD, ou o tratamento destas, no caso de MCT).

Assim, estes conceitos de rentabilização e eficiência obrigam o Estado a fazer escolhas que maximize os ganhos de saúde, dado o número de recursos alocados a este setor (Pinho, 2012).

Prosseguindo no conceito de eficiência, este faz mais sentido se tivermos em conta os seus dois principais tipos: eficiência técnica e eficiência alocativa.

Para Hollingsworth, Dawson e Maniadakis (1999) a eficiência técnica é a atribuição de responsabilidade aos *inputs* de produzir o número máximo de *outputs*. Neste caso, isso significará que a Administração Regional de Saúde é tecnicamente

eficiente se, na sua fronteira de produção, gerar o número máximo de *outputs* (produção de MCDT), tendo em conta a capacidade instalada do SNS. Já a Entidade Reguladora da Saúde certifica-se que esta eficiência não resulta numa perda de qualidade do serviço, afetando os utentes. Por último, a Administração Central de Sistema de Saúde atesta se a conjugação daquelas duas organizações, segue uma política de otimização de recursos e redução de desperdício, de acordo com as suas diretrizes.

Quanto à eficiência alocativa, para Palmer e Torgerson (1999), esta refere-se à distribuição de cuidados de saúde pela população, além da forma como estes estão a ser utilizados.

Já Hollingsworth (2008), refere-se à eficiência alocativa como o espelho da capacidade que uma organização tem para usar um nível ótimo de *inputs*, que maximize a sua receita, algo complicado de quantificar no âmbito das responsabilidades da ARS Centro, IP.

## Capítulo 4 - O Setor Convencionado

### 4.1 - Enquadramento Legal<sup>16</sup>

Figura 5 – Cronologia da legislação das convenções



O dever do Estado garantir o direito à proteção da saúde dos cidadãos está consagrado no artigo 64º da Constituição da República Portuguesa, sendo este um direito económico, social e cultural. Este dever figura-se na instituição de um serviço nacional de saúde universal disponível a todos os cidadãos, fruto da intenção de instaurar uma cobertura racional e eficiente de todo o país no que toca a unidades de saúde e recursos humanos especializados (n.º3, al. b)). De igual forma, o Estado tem o dever de “disciplinar e fiscalizar” as iniciativas privadas de saúde de forma a assegurar, nestas instituições de saúde, tanto públicas como privadas, adequados padrões de eficiência e de qualidade.

Uma das principais tarefas que resulta do direito à saúde é a criação e manutenção do Serviço Nacional de Saúde, resultante de um dever jurídico, vinculado pela CRP, em que o Estado tem como incumbência a manutenção de um serviço de saúde dirigido à generalidade dos cidadãos, que inclua todas as áreas médicas e que seja, na sua maioria, gratuito.

O SNS é, com efeito, um serviço nacional, com uma estrutura descentralizada, tanto do ponto de vista funcional como do ponto de vista territorial e com uma gestão participada, no sentido do envolvimento das organizações sociais interessadas.

No entanto, o texto constitucional não designou como monopólio o setor de prestação de cuidados de saúde, daí que os cuidados de saúde prestados a utentes do SNS possam ser efetivamente prestados por instituições privadas ou sem fins lucrativos, sendo que algumas destas instituições, poderão estar integradas no SNS numa relação de complementaridade e/ou concorrência com o setor público<sup>17</sup>.

<sup>16</sup> Com base no Parecer Jurídico relativo ao decreto-lei n.º 139/2013.

<sup>17</sup> (cfr. Acórdão do Tribunal Constitucional n.º 731/95, de 14 de Dezembro).

O conceito de “sistema de saúde” é assim mais amplo do que o próprio SNS, já que também engloba as entidades públicas e privadas que desenvolvam atividades de promoção, prevenção e tratamento na área da saúde, que é aliás, um dos preceitos da Lei de Bases da Saúde presente no nº4 da Base 1.

Prosseguindo com a Lei de Bases da Saúde, esta concebe os princípios de um sistema de saúde que coloca lado-a-lado o SNS e as entidades contratadas, sem qualquer prevalência de um sobre o outro. De facto, resultam de vários preceitos da LBS algumas regras deste sistema de saúde paritário: (i) da Base I, n.º1, é tornado claro o modelo de complementaridade paritária, deixando para trás qualquer ideia de subsidiariedade da prestação privada de cuidados de saúde face à prestação pública, quando refere que o papel do Estado e das demais entidades visa, “em conjunto”, a proteção da saúde; (ii) da Base I, n.º4, determina que os cuidados de saúde são prestados por serviços e estabelecimentos do Estado ou então, sob a fiscalização deste (caso do Setor Convencionado que é fiscalizado e monitorizado pelo Estado na figura das Administrações Regionais de Saúde e da Entidade Reguladora da Saúde); (iii) da Base II, n.º1, al f), que refere que é apoiado o progresso do setor privado de saúde, em concorrência com o setor público; (v) da Base IV, n.º2, por último, que estabelece que o direito à saúde é efetivado pelo Estado atuando através de serviços próprios e da celebração de acordos com entidades privadas para a prestação de cuidados.

A liberdade de escolha dos utentes é também salvaguardada pelo (vi) da Base XIV, dando a hipótese aos cidadãos de escolher entre os prestadores públicos ou privados do SNS.

Quanto à possibilidade de contratação pelo estado de serviços de prestados privados, esta está prevista pelo (vii) da Base XIII, cujo n.º3 coloca nas mãos do Estado a contratação desses serviços, mas sempre que tal se afigure vantajoso, de forma a elevar a eficiência do sistema de saúde e do próprio SNS.

Em suma o SNS é, juntamente com o setor convencionado, parte do sistema de saúde nacional, contribuindo para a promoção da saúde dos cidadãos.

A obrigação da rentabilização e otimização da totalidade da capacidade instalada do SNS (matéria basilar deste relatório) está prevista no n.º 2 do art.º 6º, do decreto-lei 97/98, de 18 de Abril: “o recurso aos serviços prestados através de convenção não pode pôr em causa o racional aproveitamento da capacidade instalada no setor público”.

Este aproveitamento deve ser realizado tendo sempre em mente que o setor convencionado funciona de acordo com o princípio máximo de complementaridade, reforçado no recente decreto-lei n.º 139/2013 de 9 de Outubro, respeitando a tarefa de “garantir uma racional e eficiente cobertura de todo o país em recursos humanos e unidades de saúde”, como refere o art.º 64.º/3, b), da CRP.

É óbvio que, para atingir uma taxa de eficiência perto dos 100% no que toca à capacidade instalada, o Estado não pode, depois de se ter apoiado no setor convencionado, desresponsabilizar-se por inteiro pelas opções tomadas quanto à distribuição dos meios pelo território, mas deve respeitar todos os contribuintes (que também são utentes) e assegurar-se que os fundos e financiamento públicos são usados de uma forma eficiente, promovendo a rentabilização de todo o setor público de saúde.

Retornando à Lei de Bases de Saúde, esta consagra, nos termos da Base II, n.º1, e) que “a gestão dos recursos disponíveis deve ser conduzida de forma a obter deles o maior proveito (...) e a evitar o desperdício e a utilização indevida dos serviços.

O que nos trás de volta ao artigo 16.º do Decreto-Lei n.º 139/2013, este estabeleceu um regime de transição de um ano (que viria a ser prorrogado por mais um ano pelo recente Despacho n.º 10219/2014) em que, no n.º1 do mesmo artigo 16º se refere que “os contratos de adesão relativos a convenções vigentes cessam no termo do prazo em curso, não podendo ser renovados” concedendo assim um ano às entidades competentes (Administração Central de Saúde, Administrações Regionais de Saúde e Entidade Reguladora da Saúde) para a criação de mecanismos eficientes de averiguação da capacidade instalada e contratação (e publicitação) de novos concursos que venham de encontro às necessidades dos utentes, tendo em conta a rentabilização da capacidade do setor público. De acordo com o Despacho n.º 10219/2014, torna-se óbvio o insucesso que essa implementação de um ano, prevista pelo Decreto-lei n.º 139/2013, deteve.

Assim, e tendo em conta “a complexidade, o grau de inovação e a necessidade de auscultação dos intervenientes”, será feita uma implementação faseada do novo regime, focando-se a sua introdução na área de endoscopia gastroenterológica, fazendo desta a área-piloto.



## 4.2 - Um planeamento preventivo ou reativo?

O setor convencionado surge como uma necessidade do Estado, numa fase em que o setor público de saúde não conseguia dar resposta a todas as solicitações de cuidados de saúde dos seus utentes. Este setor surge assim como uma reação à escassez de oferta do Serviço Nacional de Saúde que contudo, até aos dias que correm, nunca deixou de ser um sistema reativo, não tendo sido celebradas novas convenções desde os anos 90.

Desde o início, em que surgiu a necessidade de contratar entidades do setor privado para suprir deficiências do setor público, que se deveria ter planeado e calculado as necessidades futuras do SNS e isso só poderia ser feito de acordo com: a análise das carências futuras do SNS; a avaliação cuidada, de periodicidade anual, da capacidade instalada do setor público; a avaliação anual das mais-valias e debilidades das entidades privadas tendo em atenção os critérios de qualidade, preço, localização, volume de utentes, listas de espera e satisfação do utente.

Aplicando estas análises periódicas, seria expectável que não nos encontrássemos na situação em que estamos, pois estaríamos a proporcionar um sistema sustentado e planeado ao invés de um sistema remendado de década em década, sistema esse que se reinicia com a aplicação do decreto-lei n.º 139/2013 de 13 de Outubro, já explanado em capítulos anteriores.

## 4.3 – Contratação: qualidade *versus* quantidade

É preponderante referir que a contratação de mais prestadores do que o número atual significará a entrega, novamente, do peso da execução de MCDT ao setor privado<sup>18</sup>. Por isso, a contratação de novos prestadores, prevista para o próximo ano, terá que responder a algumas questões quanto à visão que o Estado quer seguir.

É certo que mais contratações irão corresponder a preços mais baixos e mais competitivos, mas como se verifica acarretará sempre a possibilidade da diminuição da qualidade dos cuidados prestados, assim como do investimento em novos equipamentos e recursos humanos, consequentemente obrigando a Entidade Reguladora da Saúde a ter um papel ativo na monitorização das entidades privadas. Como vantagem auxiliará numa maior cobertura geográfica serviço de saúde, permitindo aos utentes um maior leque de opções no momento de escolherem o seu prestador de cuidados de saúde, além de diminuir as listas de espera.

---

<sup>18</sup> Invalidando qualquer mudança que este novo Decreto-Lei 139/2013 pudesse suscitar.

Por outro lado, a contratação ponderada, tendo em vista os critérios descritos no início do tópico anterior, levará a uma menor necessidade do despendimento de recursos técnicos e humanos por parte da ERS pois, a qualidade estará à partida, assegurada. Também a menor proliferação de entidades privadas convencionadas levarão o utente a escolher um centro hospitalar para a realização de tais cuidados de saúde, aumentando assim a rentabilidade da capacidade instalada do setor público, gerando um maior controlo por parte da ACSS e das respetivas administrações regionais sobre a produção de MCDT e de quem pratica essa produção, levando também a que o peso do setor público face ao setor privado, no que toca a gastos do SNS, aumente para um número razoável<sup>19</sup>.

#### **4.4 – A transição para um modelo bicéfalo de contratação**

O recente Decreto-Lei prevê, no art.º 4º, n.º1, um modelo bicéfalo de contratos de adesão e de concursos públicos, o primeiro para entidades privadas que se situem em zonas pouco povoadas, que dificilmente poderão competir com as entidades que tenham um maior volume de utentes (e consequentemente um preço mais baixo a pagar ao Estado), cumprindo o dever de salvaguarda do acesso a cuidados de saúde dos utentes que residem em zonas remotas, têm poucas possibilidades de deslocação e também garantindo o mesmo direito à estabilidade financeira destas entidades privadas, que possuem um menor volume de utentes. Já o segundo é dirigido a entidades convencionadas que estejam nos polos de distribuição demográfica, em que, naturalmente, o volume de utentes (e conseqüente produção) é maior.

No entanto, este procedimento contratual é, por defeito, orientado pelas regras de mercado, tendo como critério principal o preço ao invés da qualidade a emergir na escolha das entidades privadas.

Surge aqui um dilema para o Estado, pois terá de evitar que os operadores caiam na tentação de descer os preços, de forma a ganharem o concurso, decrescendo a qualidade e o investimento, requisitos necessários à boa prestação do serviço, especialmente a longo-prazo.

Por outro lado, terá também de mobilizar mais recursos humanos e competências técnicas para a monitorização e averiguação das condições destas entidades, o que não seria necessário fazer de tal forma, a centros hospitalares e outras entidades públicas, devindo à centralização dos MCDT.

---

<sup>19</sup> De acordo com dados do DGAG da ARSC, IP, o setor público acarretou cerca de 1,25% dos gastos em MCDT externos em 2013.

Deve o Estado então, afixar preços realistas, que não comprometam a qualidade dos serviços prestados de forma a cumprir com os seus deveres constitucionais no setor da saúde.

Acresce a este dever de garantia de padrões de qualidade adequados, a garantia de continuidade e estabilidade na prestação de serviços (em que se inserem os clausulados-tipo de 1 e 5 anos, automaticamente renováveis no seu termo) e também a garantia de minimização de custos para o Estado, que deverão surgir de duas formas: a realização de exames já prevista e que é, sem dúvida, admissível, e a prevenção de lapsos que obriguem o Estado, por via da Entidade Reguladora da Saúde, à mobilização de recursos para averiguar tais situações.

## **Capítulo 5 - A produção de MCDT**

---

### **5.1 - O Setor Convencionado**

#### **5.1.1 - Introdução**

No presente capítulo é caracterizado o setor de cuidados de saúde convencionados com o SNS nas áreas de: Análises Clínicas; Cardiologia; Gastrenterologia; Medicina Física e Reabilitação; Medicina Nuclear; Pneumologia e Imunoalergologia; e Radiologia.

Esta avaliação abrange várias características do setor convencionado, desde a faturação, ao número de convencionados e a sua concentração nos diferentes ACeS, assente numa análise da evolução do setor desde o ano de 2011, principalmente ao nível de produção de cuidados de saúde.

Evidentemente, irão surgir comparações entre as áreas de MCDT, ACeS e na ARS Centro (em áreas em que há maior produção e se justifica um estudo detalhado).

Contudo, é importante referir que, devido ao limite de páginas do presente relatório, a análise não é tão detalhada quanto poderia, daí ser apresentada uma versão resumida das mesmas dos dados presentes nos quadros em anexo.

#### **5.1.2 - Metodologia da Análise ao Setor Convencionado**

Para a análise dos encargos do SNS no setor convencionado, foi solicitada a colaboração do Departamento de Planeamento e Contratualização da ARS Centro, IP. Após resposta positiva e concedido o acesso ao Sistema de Informação da ARS (SIARS), foram retirados os dados relativos a todas as entidades convencionadas, que tenham faturado MCDT à ARS Centro, IP, discriminados por: número de requisições; número de exames; valor total pago em taxas moderadoras e respetivos encargos ao SNS, relativos ao período de janeiro de 2011 a junho de 2014.

#### **5.1.3 - Panorama Geral**

O Setor Convencionado, na área da Administração Regional de Saúde do Centro, engloba 9 Agrupamentos de Centros de Saúde, em que um pertence à Unidade Local de Saúde da Guarda e outros dois (Pinhal interior Sul e Beira Interior Sul) pertencem à Unidade Local de Saúde de Castelo Branco. Estas duas ULS possuem uma autonomia maior no que toca à produção de MCDT, daí que tenham um menor

número de convenções presentes no seu território, o que representará, desde logo, uma produção menor comparativamente aos outros ACeS.

Figura 6 - Representatividade de entidades convencionadas por ACeS

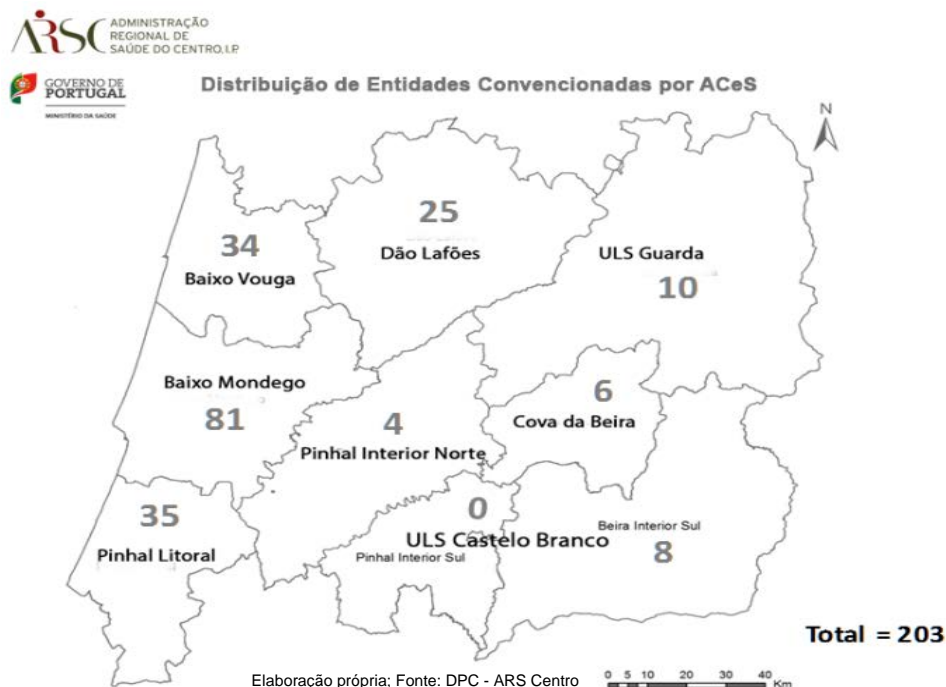


Tabela 1 - Panorama geral do setor convencionado na ARS Centro

ACeS	Nº estimado de Utentes inscritos por ACeS	Nº de Convenções	% Total de Convenções	Nº de Utentes por Convencionado
Baixo Mondego	393.175	81	40%	4.854
Baixo Vouga	387.754	34	17%	11.405
Beira Interior Sul	75.050	8	4%	9.381
Cova da Beira	83.791	6	3%	13.965
Dão Lafões	272.361	25	12%	10.894
Guarda	146.822	10	5%	14.682
Pinhal Interior Norte	129.572	4	2%	32.393
Pinhal Interior Sul	32.997	0	0%	-
Pinhal Litoral	264.302	35	17%	7.551
<b>Total</b>	<b>1.785.824</b>	<b>203</b>	<b>100%</b>	<b>13.141</b>

Elaboração própria; Fonte: DPC – ARS Centro

Como podemos verificar, pelo mapa de distribuição de convencionados<sup>20</sup> e pela tabela respetiva, de um total de 203 convenções, o ACeS de Baixo Mondego é o que

<sup>20</sup> A presente análise não engloba os acordos com as Instituições Particulares de Solidariedade Social, pelo que a presença de entidades prestadoras de MCDT será um pouco maior que a que está demonstrada.

tem uma maior concentração de convencionados na ARS Centro, com um peso de 40% no total de convencionados. Quanto ao número de utentes por convencionado, o ACeS Pinhal Interior Norte, não estando integrado em qualquer ULS, tem cerca de 32.393 utentes inscritos por convencionado, um valor muito superior à média de 13.141 utentes do total dos ACeS.

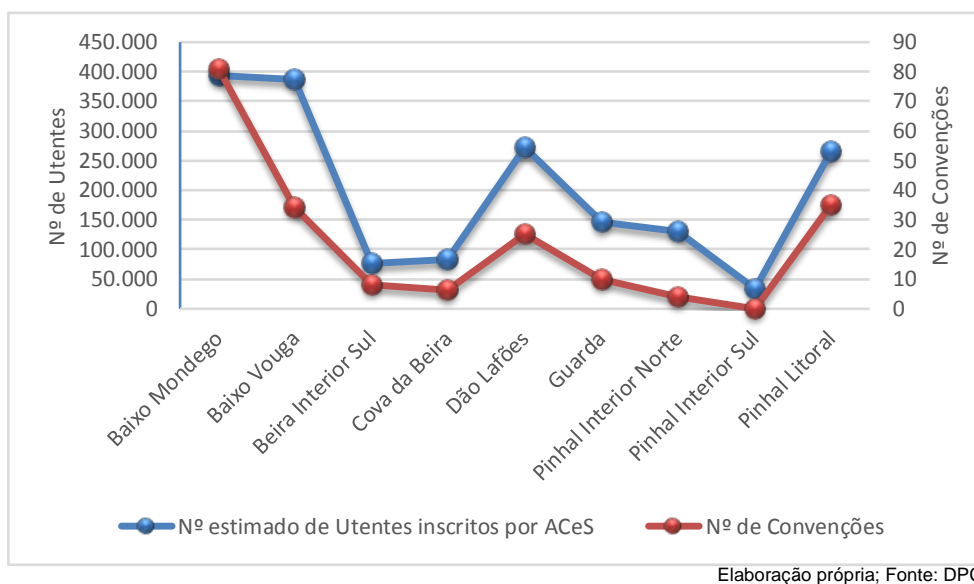
Tabela 2 - Número de convenções por ACeS

Área (MCDT)	N.º de Convenções	% Da Área (MCDT)
Análises Clínicas	57	28,1%
Anatomia Patológica	1	0,5%
Cardiologia	35	17,2%
Diálise	10	4,9%
Eletroencefalografia	2	1,0%
Gastrenterologia	23	11,3%
Especialidades Médico-Cirúrgicas	11	5,4%
Medicina Física e Reabilitação	16	7,9%
Medicina Nuclear	1	0,5%
Pneumologia e Imunoalergologia	6	3,0%
Radiologia	41	20,2%
<b>Total</b>	<b>203</b>	<b>100%</b>

Elaboração própria; Fonte: DPC

É de notar também o valor do ACeS Pinhal Interior Sul, que tem a produção de cuidados de saúde no que toca a MCDT, assegurada pela ULS de Castelo Branco, daí a ausência de entidade convencionadas. Todas (à exceção de 5) as convenções são de âmbito nacional, pelo que um utente de um ACeS não se verá impedido de efetuar os seus exames em outro ACeS, algo muito comum em utentes que residam em áreas limítrofes.

Figura 7 – Distribuição de convenções pelo número de utentes



Verifica-se que, no ACeS Baixo Vouga, existe um maior desfasamento entre o número de utentes inscritos e o número de convenções. Tendo em conta o número elevado de utentes presentes nesses ACeS (387.754, o que faz deste o 2º maior ACeS em termos populacionais) seria importante averiguar se há necessidades que não estão a ser colmatadas pelo setor público e pelo setor convencionado em MCDT nesse território.

Tabela 3 - Tempo percorrido pela população para MCDT

Tempo percorrido	População coberta	% da População coberta
Inferior a 15 minutos	1.112.568	62,30%
Entre 15 a 30 minutos	412.525	23,10%
Superior a 30 minutos	260.730	14,60%
<b>Total</b>	<b>1.785.824</b>	<b>100%</b>

Elaboração própria; Fonte: ERS

Outro parâmetro importante é a distância que o utente tem que percorrer para encontrar uma entidade convencionada. De acordo com a georreferenciação<sup>21</sup> do setor convencionado na ARS Centro, IP, foi estimado que cerca de 62% dos utentes inscritos têm acesso a MCDT se percorrerem um percurso inferior a 15 minutos, valores muito bons tendo em conta a parca presença do setor convencionado em alguns pontos da zona centro, nomeadamente no ACeS Pinhal Interior Norte.

Área (MCDT)	Nº Convenções	% da Área (MCDT)
Análises Clínicas	57	28,1%

<sup>21</sup> Disponível para todos os utentes, no site [batchgeo.com/map/arsccconvencionados](http://batchgeo.com/map/arsccconvencionados)

Anatomia Patológica	1	0,5%
Cardiologia	35	17,2%
Diálise	10	4,9%
Electroencefalografia	2	1,0%
Endoscopia Gastroenterológica	23	11,3%
Especialidades Médico-Cirúrgicas	11	5,4%
Medicina Física e Reabilitação	16	7,9%
Medicina Nuclear	1	0,5%
Pneumologia e Imunoalergologia	6	3,0%
Radiologia	41	20,2%
<b>Total</b>	<b>203</b>	<b>100%</b>

Destas 203 convenções presentes na ARS Centro, 57 representam a área de Análises Clínicas, englobando mais de 400 postos de colheita, fazendo desta a área com mais presença no setor convencionado.

As áreas de Radiologia e Cardiologia surgem logo de seguida como áreas predominantes, o que nos leva a crer que os Meios Complementares de Diagnóstico têm uma maior presença que os Meios Complementares de Terapêutica (caso da Diálise e da Medicina Física e Reabilitação, por exemplo).

## 5.2 - Produção

Caracterizado o setor, resta avaliar a produção deste no que toca a MCDT. Esta avaliação não inclui as áreas de Anatomia Patológica, Eletroencefalografia, Especialidades Médico-Cirúrgicas por serem áreas com uma produção reduzida, logo não irão trazer benefícios de maior caso se proceda à mudança da política de contratação dos seus serviços no setor privado.

Também Diálise será excluída da presente análise, pois é um meio de terapêutica que os doentes utilizam rotineiramente, o que tornaria imprudente avaliar tamanha necessidade apenas pela produção dessa área. Possivelmente dois centros de diálise por ACeS seriam suficientes para produzir as requisições de diálise existentes, mas o custo de transporte de utentes, em alguns casos, não compensaria a utilização do setor público e estaríamos assim a desviar utentes para o setor de saúde privado. Outro fator extremamente importante é o bem-estar do utente, que neste caso já não é totalmente satisfatório, pelo que gerar mudanças na rotina do seu tratamento poderia revelar-se prejudicial para o sucesso do mesmo.

Seguindo para as áreas que serão alvo de uma avaliação da sua produção, será apresentado um *overview* dos últimos 3 anos, analisando vários parâmetros, tais como: o número de requisições e exames, o custo das taxas moderadoras e o custo aplicado



ao Serviço Nacional de Saúde, entre outros. A análise será feita desagregando as áreas de MCDT por cada ACeS, pois a distribuição geográfica da produção é um dos fatores mais importantes para averiguar a eficiência do setor convencionado. Em suma, será feita uma avaliação de 2011 até junho de 2014, tornando-se esta a avaliação mais recente até à data, do setor convencionado em Portugal.

## 5.2.3 - Análise ao Setor Convencionado em 2011

### 5.2.3.1 – Por ACeS

Tabela 4 - Panorama geral das convenções em 2011, discriminado por ACeS

ARS Centro - Quadro Geral	Nº estimado de Utentes inscritos	Nº Requisições Aceites	Nº Exames Aceites	Taxas Moderadoras	Custos do SNS (MCDT)	Custo Total
Baixo Mondego	393.175	719.915	2.407.042	1.211.494,11 €	13.061.340,32 €	14.272.834,43 €
Baixo Vouga	387.754	837.750	2.866.807	1.606.181,94 €	17.235.541,44 €	18.841.723,38 €
Beira Interior Sul	75.050	106.900	394.336	172.941,24 €	1.872.891,49 €	2.045.832,73 €
Cova da Beira	83.791	122.198	443.062	186.137,80 €	2.292.917,14 €	2.479.054,94 €
Dão Lafões	272.361	490.404	1.672.657	778.338,90 €	8.517.582,47 €	9.295.921,37 €
Guarda	146.822	215.522	799.768	358.203,00 €	4.305.935,00 €	4.664.138,00 €
Pinhal Interior Norte	129.572	280.861	943.125	408.596,66 €	5.436.371,61 €	5.844.968,27 €
Pinhal Interior Sul	32.997	59.494	214.743	77.138,34 €	989.696,96 €	1.066.835,30 €
Pinhal Litoral	264.302	583.091	1.943.222	1.266.076,49 €	11.517.023,65 €	12.783.100,14 €
<b>Total</b>	<b>1.785.824</b>	<b>3.416.135</b>	<b>11.684.762</b>	<b>6.065.108,48 €</b>	<b>65.229.300,08 €</b>	<b>71.294.408,56 €</b>

Elaboração própria; Fonte: SIARS

Como podemos verificar, em 2011, o custo total do setor convencionado foi 71.2 milhões de euros, sendo que 6 milhões foram pagos pelos utentes em taxas moderadoras. Apesar do ACeS Baixo Mondego ter um maior volume de utentes, é no ACeS Baixo Vouga que se encontra uma maior quantidade de produção, com 18.8 milhões de euros empregues em MCDT, o que representa 26,4% do custo total, mais de ¼ de toda a ARS Centro. Este valor foi despendido, em grande parte (15.5 Milhões de euros), nas áreas de Análises Clínicas, Medicina Física e Reabilitação, e Radiologia. Estes montantes são também consentâneos com o número de requisições e exames aceites neste ACeS que regista um maior número que as demais ARS, apesar de não ser o ACeS com um maior volume de utentes.

Por outro lado, o ACeS Pinhal Interior Sul aceitou cerca de 59 mil requisições, um número escasso - que se justifica pela presença da ULS de Castelo Branco - produzindo cerca de 1 milhão de euros no ano de 2011, o que faz deste o ACeS menos produtivo (em MCDT) da ARS Centro, por uma margem considerável.

Tabela 5 - Panorama geral das convenções em 2011, discriminado por ACeS

ARS Centro - Quadro Geral	Nº estimado de Utentes inscritos	Requisições por Utente	Exames por Requisição	Tx. Mod. por Requisição	Custos do SNS(MCDT) por Requisição	Custo Total por Requisição	Peso da Tx. Mod. no Custo Total
Baixo Mondego	393.175	1,83	3,34	1,68 €	18,14 €	19,83 €	8,49%
Baixo Vouga	387.754	2,16	3,42	1,92 €	20,57 €	22,49 €	8,52%
Beira Interior Sul	75.050	1,42	3,69	1,62 €	17,52 €	19,14 €	8,45%
Cova da Beira	83.791	1,46	3,63	1,52 €	18,76 €	20,29 €	7,51%
Dão Lafões	272.361	1,80	3,41	1,59 €	17,37 €	18,96 €	8,37%
Guarda	146.822	1,47	3,71	1,66 €	19,98 €	21,64 €	7,68%
Pinhal Interior Norte	129.572	2,17	3,36	1,45 €	19,36 €	20,81 €	6,99%
Pinhal Interior Sul	32.997	1,80	3,61	1,30 €	16,64 €	17,93 €	7,23%
Pinhal Litoral	264.302	2,21	3,33	2,17 €	19,75 €	21,92 €	9,90%
<b>Total</b>	<b>1.785.824</b>	<b>1,91</b>	<b>3,42</b>	<b>1,78 €</b>	<b>19,09 €</b>	<b>20,87 €</b>	<b>8,51%</b>
<b>Média</b>							
		1,81	3,50	1,66 €	18,68 €	20,33 €	8,13%

Fonte: Elaboração própria

De acordo com a tabela anterior, verifica-se que o ACeS Pinhal Litoral é o que mais requisições tem por utente inscrito na sua área, ao contrário do ACeS Beira Interior Sul, integrando na ULS Castelo Branco. Quanto ao número de exames, verificamos que o ACeS Guarda (ULS Guarda) é o que tem uma maior média de exames por requisição, ao contrário do ACeS Pinhal Litoral (que curiosamente tem um maior número de requisições por utente). É também no ACeS Pinhal Litoral que a taxa moderadora por requisição é mais alta (2,17€, a média é 1,53€), sendo que a taxa moderadora mais baixa (por requisição) se pratica no ACeS Pinhal Interior Sul. É também neste ACeS que os custos do SNS em MCDT são menores, em média menos 4€ (sensivelmente) que o ACeS Baixo Vouga que também possui o maior custo total por requisição de MCDT da ARS Centro.

### 5.2.3.2 - Por Valência (MCDT)

Tabela 6 - Panorama geral das convenções em 2011, discriminado por área de MCDT

Valência	Nº estimado de Utentes inscritos	Nº de Requisições Aceites	Nº de Exames Aceites	Taxas Moderadoras	Custos do SNS (MCDT)	Custo Total
Análises Clínicas		2.229.771	9.965.892	2.624.949,40 €	32.246.542,88 €	34.871.492,28 €
Cardiologia		251.509	257.418	277.760,05 €	3.707.694,99 €	3.985.455,04 €
Gastrenterologia		61.409	68.445	196.877,78 €	2.516.759,80 €	2.713.637,58 €
MFR	1.785.824	84.751	371.931	1.029.153,65 €	9.002.288,81 €	10.031.442,46 €
Medicina Nuclear		7.292	8.243	19.866,35 €	522.720,84 €	542.587,19 €
Pneumologia e l.		7.394	18.183	28.386,65 €	296.627,83 €	325.014,48 €
Radiologia		774.009	994.650	1.888.114,60 €	16.936.664,93 €	18.824.779,53 €
<b>Total</b>		<b>3.416.135</b>	<b>11.684.762</b>	<b>6.065.108,48 €</b>	<b>65.229.300,08 €</b>	<b>71.294.408,56 €</b>

Elaboração própria; Fonte: SIARS

Quanto à produção das diversas áreas de MCDT, é relevante a produção da área de Análises Clínicas, que compõe quase 50% (€34.8M de €71.2M) da produção e custos do setor convencionado. Após esta, surge Radiologia e MFR como as áreas que

mais produzem na ARS Centro com 18.8M€ e 10M€, respetivamente. Quanto a áreas menos requisitadas e producentes, surgem Medicina Nuclear e Pneumologia. Além da quantidade de prestadores convencionados ser muito maior nas 3 áreas mais producentes, estas (Análises Clínicas e Radiologia) também funcionam como primeira medida de diagnóstico por serem pouco invasivas, frequentemente conclusivas e mais económicas, como poderemos ver na tabela seguinte.

Tabela 7 - Panorama geral das convenções em 2011, discriminado por área de MCDT

Valência	Nº estimado de Utentes inscritos	Requisições por Utente	Exames por Requisição	Tx. Mod. por Requisição	Custos do SNS por Requisição	Custo Total por Requisição	Peso da Tx. Mod. no Custo Total
Análises Clínicas		1,25	4,47	1,18 €	14,46 €	15,64 €	7,53%
Cardiologia		0,14	1,02	1,10 €	14,74 €	15,85 €	6,97%
Gastrenterologia		0,03	1,11	3,21 €	40,98 €	44,19 €	7,26%
MFR	1.785.824	0,05	4,39	12,14 €	106,22 €	118,36 €	10,26%
Medicina Nuclear		0,00	1,13	2,72 €	71,68 €	74,41 €	3,66%
Pneumologia e l.		0,00	2,46	3,84 €	40,12 €	43,96 €	8,73%
Radiologia		0,43	1,29	2,44 €	21,88 €	24,32 €	10,03%
<b>Total</b>		<b>1,91</b>	<b>3,42</b>	<b>1,78 €</b>	<b>19,09 €</b>	<b>20,87 €</b>	<b>8,51%</b>
				<b>Média</b>			
		<b>0,27</b>	<b>2,27</b>	<b>3,80 €</b>	<b>44,30 €</b>	<b>48,10 €</b>	<b>7,78%</b>

Fonte: Elaboração própria

Como referido no parágrafo anterior, as áreas de Medicina Nuclear e Pneumologia têm uma utilização escassa, ao contrário da área de Análises Clínicas, que é a mais produtiva e ao mesmo tempo a que menos custos por requisição acarreta para o SNS. É também na Cardiologia que a taxa moderadora por requisição é mais baixa, ao contrário da área de MFR que é a mais cara, globalmente, acarretando um custo de 106,22€ para o SNS e 12,14€ para o utente. Por último, é também na área de MFR, seguida de perto pela área de Radiologia, em que se paga mais taxa moderadora em relação ao custo total (pouco mais de 10%).

## 5.2.4 - Análise ao Setor Convencionado – 2012

### 5.2.4.1 - Por ACeS

Tabela 8 - Panorama geral das convenções em 2012, discriminado por ACeS

ARS Centro - Quadro Geral	Nº de Requisições Aceites	Δ anual	Taxas Moderadoras	Δ anual	Custos do SNS (MCDT)	Δ anual	Custo Total	Δ anual
Baixo Mondego	693.373	-3,8%	1.483.152,82 €	▲ 18,3%	11.202.662,24 €	▼ -16,6%	12.685.815,06 €	▼ -12,5%
Baixo Vouga	810.604	-3,3%	1.980.495,80 €	▲ 18,9%	15.122.313,21 €	▼ -14,0%	17.102.809,01 €	▼ -10,2%
Beira Interior Sul	109.895	2,7%	246.684,00 €	▲ 29,9%	1.709.762,37 €	▼ -9,5%	1.956.446,37 €	-4,6%
Cova da Beira	121.837	-0,3%	202.255,69 €	▲ 8,0%	1.889.204,42 €	▼ -21,4%	2.091.460,11 €	▼ -18,5%
Dão Lafões	464.626	▼ -5,5%	912.941,87 €	▲ 14,7%	7.271.342,92 €	▼ -17,1%	8.184.284,79 €	▼ -13,6%
Guarda	167.882	▼ -28,4%	343.039,15 €	-4,4%	2.972.981,97 €	▼ -44,8%	3.316.021,12 €	▼ -40,7%
Pinhal Interior Norte	284.430	1,3%	526.294,03 €	▲ 22,4%	5.112.371,99 €	▼ -6,3%	5.638.666,02 €	-3,7%
Pinhal Interior Sul	69.709	▲ 14,7%	108.146,19 €	▲ 28,7%	975.016,14 €	-1,5%	1.083.162,33 €	1,5%
Pinhal Litoral	527.215	▼ -10,6%	1.406.754,16 €	▲ 10,0%	8.867.764,66 €	▼ -29,9%	10.274.518,82 €	▼ -24,4%
<b>Total</b>	<b>3.249.571</b>	<b>▼ -5,1%</b>	<b>7.209.763,71 €</b>	<b>▲ 15,9%</b>	<b>55.123.419,92 €</b>	<b>▼ -18,3%</b>	<b>62.333.183,63 €</b>	<b>▼ -14,4%</b>

Elaboração própria; Fonte: SIARS

No ano de 2012 é visível uma estagnação do número de requisições aceite, com exceção do ACeS Guarda, com um decréscimo de 25% em relação ao ano anterior. Mais importante e excessivamente notória é a subida das taxas moderadoras e o aumento do seu peso no custo total (como veremos mais à frente). Em conjunto com o decréscimo nos custos pagos pelo SNS em MCDT, deduz-se facilmente que houve um acréscimo notório (entre 18% a 30% em todos os ACeS, com exceção, novamente, do ACeS Guarda) das taxas moderadoras. Quanto ao custo total, este decresceu cerca de 14,4% em relação a 2011, o que representa uma poupança na ordem dos 9 milhões de euros.

Tabela 9 - Panorama geral das convenções em 2012, discriminado por ACeS

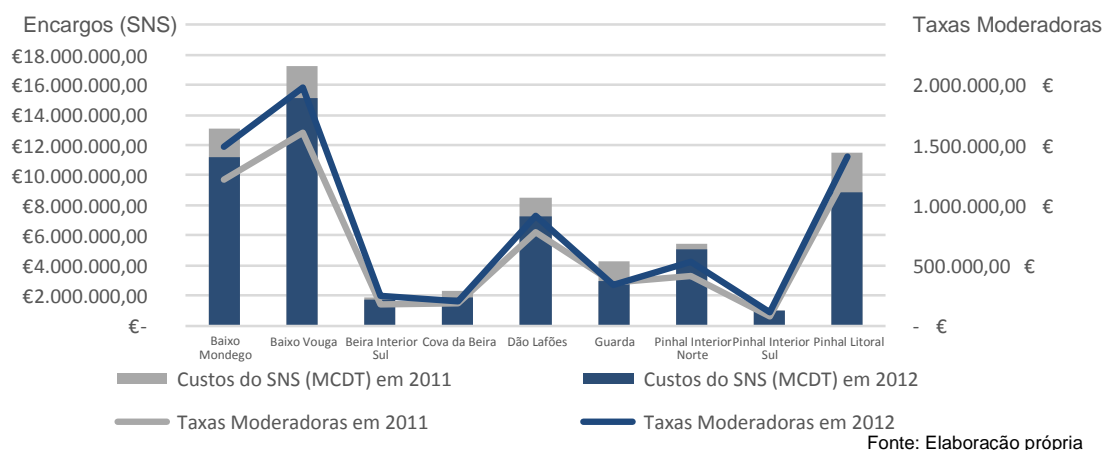
ARS Centro - Quadro Geral	Requisições por Utente	Δ anual	Tx. Mod. por Requisição	Δ anual	Custos do SNS(MCDT) por Requisição	Δ anual	Custo Total por Requisição	Δ anual	Peso da Tx. Mod. no Custo Total	Δ anual
Baixo Mondego	1,76	-3,8%	2,14 €	▲ 21,3%	16,16 €	▼ -12,3%	18,30 €	▼ -8,4%	11,7%	▲ 27,4%
Baixo Vouga	2,09	-3,3%	2,44 €	▲ 21,5%	18,66 €	▼ -10,3%	21,10 €	▼ -6,6%	11,6%	▲ 26,4%
Beira Interior Sul	1,46	2,7%	2,24 €	▲ 27,9%	15,56 €	▼ -12,6%	17,80 €	▼ -7,5%	12,6%	▲ 33,0%
Cova da Beira	1,45	-0,3%	1,66 €	▲ 8,2%	15,51 €	▼ -21,0%	17,17 €	▼ -18,2%	9,7%	▲ 22,4%
Dão Lafões	1,71	▼ -5,5%	1,96 €	▲ 19,2%	15,65 €	▼ -11,0%	17,61 €	▼ -7,6%	11,2%	▲ 24,9%
Guarda	1,14	▼ -28,4%	2,04 €	▲ 18,7%	17,71 €	▼ -12,8%	19,75 €	▼ -9,6%	10,3%	▲ 25,8%
Pinhal Interior Norte	2,20	1,3%	1,85 €	▲ 21,4%	17,97 €	▼ -7,7%	19,82 €	▼ -5,0%	9,3%	▲ 25,1%
Pinhal Interior Sul	2,11	▲ 14,7%	1,55 €	▲ 16,4%	13,99 €	▼ -18,9%	15,54 €	▼ -15,4%	10,0%	▲ 27,6%
Pinhal Litoral	1,99	▼ -10,6%	2,67 €	▲ 18,6%	16,82 €	▼ -17,4%	19,49 €	▼ -12,5%	13,7%	▲ 27,7%
<b>Total</b>	<b>1,82</b>	<b>▼ -5,1%</b>	<b>2,22 €</b>	<b>▲ 20,0%</b>	<b>16,96 €</b>	<b>▼ -12,6%</b>	<b>19,18 €</b>	<b>▼ -8,8%</b>	<b>11,57%</b>	<b>▲ 26,5%</b>
	<b>Média</b>									
	<b>1,77</b>	<b>-2,5%</b>	<b>2,06 €</b>	<b>▲ 19,7%</b>	<b>16,45 €</b>	<b>▼ -13,6%</b>	<b>18,51 €</b>	<b>▼ -9,9%</b>	<b>11,12%</b>	<b>▲ 26,9%</b>

Fonte: Elaboração própria

Visualizando o quadro acima, mais uma vez, é clara a subida das taxas moderadoras em MCDT e o decréscimo da participação do Estado na despesa dos seus utentes em MCDT. Não há dúvida de que é um mal necessário para equilibrar o financiamento da produção de cuidados de saúde em MCDT, mas um aclave médio de

26,9% no peso da taxa moderadora no custo total de MCDT não é uma subida ligeira indicando, desde já, um mau planeamento e uma certa reatividade do SNS às adversidades financeiras que atravessa.

Figura 8 - Evolução dos encargos (SNS) e respetivas taxas moderadoras



Fonte: Elaboração própria

Como se verifica, o ACeS Baixo Vouga foi o que mais produziu na zona da ARS Centro, assim como o que cobrou mais taxas moderadoras, em 2012. Verifica-se também, ao nível da região centro, que houve um decréscimo significativo nos custos suportados pelo Estado em MCDT, e um aumento das taxas moderadoras a nível global.

### 5.2.4.2 - Por Valência (MCDT)

Tabela 10 - Panorama geral das convenções em 2012, discriminado por área de MCDT

Valência	Nº de Requisições Aceites	Δ anual	Nº de Exames Aceites	Δ anual	Custos do SNS (MCDT)	Δ anual
Análises Clínicas	2.124.146	▼ -5,0%	9.217.591	▼ -8,1%	26.274.373,61 €	▼ -22,7%
Cardiologia	255.870	► 1,7%	260.979	► 1,4%	3.541.279,40 €	► -4,7%
Gastrenterologia	64.400	► 4,6%	73.776	► 7,2%	2.511.440,15 €	► -0,2%
MFR	75.123	▼ -12,8%	376.270	► 1,2%	8.394.344,05 €	▼ -7,2%
Medicina Nuclear	5.807	▼ -25,6%	7.915	► -4,1%	984.521,37 €	► 46,9%
Pneumologia e l.	7.658	► 3,4%	15.808	▼ -15,0%	242.296,96 €	▼ -22,4%
Radiologia	716.567	▼ -8,0%	899.128	▼ -10,6%	13.175.164,38 €	▼ -28,5%
<b>Total</b>	<b>3.249.571</b>	<b>▼ -5,1%</b>	<b>10.851.467</b>	<b>▼ -7,7%</b>	<b>55.123.419,92 €</b>	<b>▼ -29,3%</b>

Elaboração própria; Fonte: SIARS

Como se verifica no quadro acima, o número de requisições e exames decresceu na valência de Análises Clínicas, levando a um decréscimo de 22,7% no custo atribuído ao SNS, o que representa cerca de 6 milhões de euros. De notar também a subida de

46,9% dos custos em Medicina Nuclear, um meio de diagnóstico cada vez mais utilizado devido à possibilidade de observar processos fisiológicos de forma não invasiva.

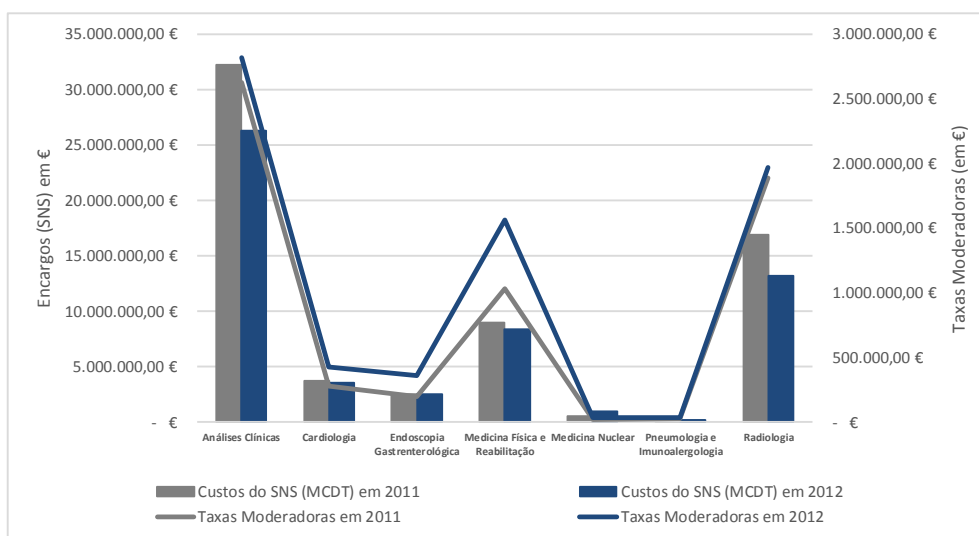
Tabela 11 - Panorama geral das convenções em 2012, discriminado por área de MCDT

Valência	Tx. Mod. por Requisição	Δ anual	Custos do SNS(MCDT) por Requisição	Δ anual	Custo Total por Requisição	Δ anual	Peso da Tx. Mod. no Custo Total	Δ anual
Análises Clínicas	1,33 €	▲ 11,4%	12,37 €	▼ -16,9%	13,70 €	▼ -14,2%	9,7%	▲ 22,4%
Cardiologia	1,68 €	▲ 34,4%	13,84 €	▼ -6,5%	15,52 €	▼ -2,1%	10,8%	▲ 35,7%
Gastroenterologia	5,54 €	▲ 42,2%	39,00 €	▼ -5,1%	44,54 €	▼ 0,8%	12,4%	▲ 41,7%
MFR	20,78 €	▲ 41,6%	111,74 €	▲ 4,9%	132,52 €	▲ 10,7%	15,7%	▲ 34,6%
Medicina Nuclear	6,53 €	▲ 58,3%	169,54 €	▲ 57,7%	176,07 €	▲ 57,7%	3,7%	▼ 1,3%
Pneumologia e l.	4,21 €	▲ 8,8%	31,64 €	▼ -26,8%	35,85 €	▼ -22,6%	11,7%	▲ 25,6%
Radiologia	2,75 €	▲ 11,2%	18,39 €	▼ -19,0%	21,13 €	▼ -15,1%	13,0%	▲ 22,8%
<b>Total</b>	<b>2,22 €</b>	<b>▲ 20,0%</b>	<b>16,96 €</b>	<b>▼ -12,6%</b>	<b>19,18 €</b>	<b>▼ -8,8%</b>	<b>11,57%</b>	<b>▲ 26,5%</b>
<b>Média</b>								
	<b>6,12 €</b>	<b>▲ 37,8%</b>	<b>56,65 €</b>	<b>▲ 21,8%</b>	<b>62,76 €</b>	<b>▲ 23,4%</b>	<b>11,02%</b>	<b>▲ 29,4%</b>

Elaboração própria; Fonte: SIARS

É também na valência de Medicina Nuclear que residem os maiores aumentos de taxas moderadoras por requisição (58,3%) e respetivos custos imputados ao SNS (57,7%), levando a que, em média, por cada requisição, esta valência embolse cerca de 176€. Por outro lado, é a valência pela qual o utente paga menos, em relação ao valor que o Estado cobre. Verifica-se também um aumento significativo, em relação às restantes valências, no que toca ao peso da taxa moderadora no custo total por requisição, tendo em média uma subida de 29,4%, empolada pelas valências de Endoscopia Gastroenterológica, Cardiologia e Medicina Física e Reabilitação. Outro dado curioso é o aumento de 37,8% (em média) das taxas moderadoras, indo de encontro ao plano reativo, abordado em capítulos anteriores.

Figura 9 - Evolução dos custos do SNS e Taxas Moderadoras



Fonte: Elaboração própria

Como se pode observar, e de acordo com os quadros demonstrados anteriormente, existe uma relação divergente entre o custo assumido pelo SNS e as taxas moderadoras pagas pelos utentes, sendo que esta divergência é particularmente superior na valência de Medicina Física e Reabilitação.

## 5.2.5 - Análise ao Setor Convencionado – 2013

### 5.2.5.1 - Por ACeS

Tabela 12 - Panorama geral das convenções em 2013, discriminado por ACeS

ARS Centro - Quadro Geral	Nº de Requisições Aceites	Δ anual	Taxas Moderadoras	Δ anual	Custos do SNS (MCDT)	Δ anual	Custo Total	Δ anual
Baixo Mondego	722.618	4,0%	1.516.463,80 €	2,2%	11.688.735,13 €	4,2%	13.205.198,93 €	3,9%
Baixo Vouga	817.135	0,8%	1.911.444,65 €	-3,6%	15.385.848,27 €	1,7%	17.297.292,92 €	1,1%
Beira Interior Sul	108.426	-1,4%	220.696,75 €	-11,8%	1.635.373,58 €	-4,5%	1.856.070,33 €	-5,4%
Cova da Beira	137.822	11,6%	227.240,62 €	11,0%	2.192.344,16 €	13,8%	2.419.584,78 €	13,6%
Dão Lafões	485.141	4,2%	860.987,85 €	-6,0%	7.716.407,34 €	5,8%	8.577.395,19 €	4,6%
Guarda	177.841	5,6%	322.354,20 €	-6,4%	3.074.126,48 €	3,3%	3.396.480,68 €	2,4%
Pinhal Interior Norte	287.776	1,2%	521.970,28 €	-0,8%	5.163.192,83 €	1,0%	5.685.163,11 €	0,8%
Pinhal Interior Sul	62.012	-12,4%	90.529,20 €	-19,5%	891.850,07 €	-9,3%	982.379,27 €	-10,3%
Pinhal Litoral	529.207	0,4%	1.336.655,35 €	-5,2%	8.786.669,71 €	-0,9%	10.123.325,06 €	-1,5%
<b>Total</b>	<b>3.327.978</b>	<b>2,4%</b>	<b>7.008.342,70 €</b>	<b>-2,9%</b>	<b>56.534.547,57 €</b>	<b>2,5%</b>	<b>63.542.890,27 €</b>	<b>1,9%</b>

Elaboração própria; Fonte: SIARS

Verifica-se que o ACeS Cova da Beira aumentou significativamente a sua produção, na ordem dos 11%, amplificando assim os encargos do SNS relativamente a MCDT, que passaram de €1.8M para €2.2M, fazendo desta a mudança mais significativa, em termos percentuais, de todos os ACeS. Também o ACeS Dão Lafões, teve uma diminuição do pagamento de taxas moderadoras na ordem dos 50.000€ enquanto os encargos imputados ao SNS subiram perto de €0.4M. Tendo em conta os anos anteriores, seria expectável haver uma tendência de subida dos encargos do Estado tendo em conta o aumento das taxas moderadoras, no entanto, isso não se verifica, devido à presença de um aumento de requisições na valência de Medicina Nuclear, o que significa exames mais caros a encargo do SNS, mas, que por outro lado, já se confirmou que são aqueles em que o utente menos contribui, por via da taxa moderadora, face ao valor total do exame. Juntando este facto a um decréscimo das restantes valências no ACeS Dão Lafões, estes resultados são inteiramente conclusivos quanto à sua veracidade.

Quanto ao ACeS Pinhal Interior Sul, o decréscimo de produção deveu-se, possivelmente, a uma maior participação da ULS Castelo Branco na produção de meios complementares de diagnóstico e terapêutica.

Tabela 13 - Panorama geral das convenções em 2013, discriminado por ACeS

## Capítulo 5 - A produção de MCDT

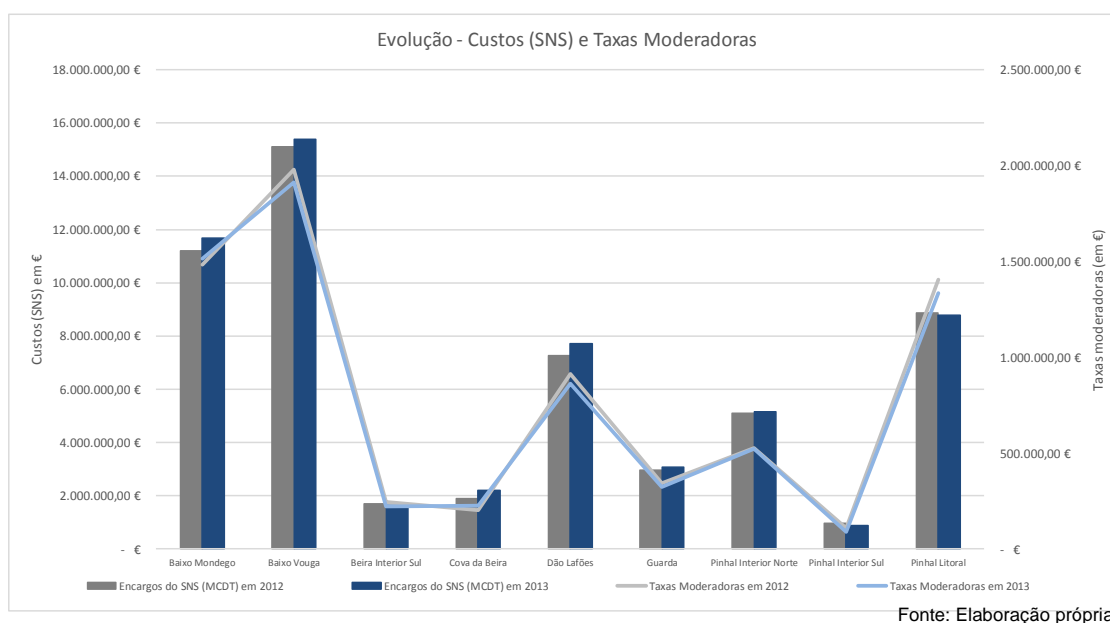
ARS Centro - Quadro Geral	Requisições por Utente	Δ anual	Tx. Mod. por Requisição	Δ anual	Custos do SNS(MCDT) por Requisição	Δ anual	Custo Total por Requisição	Δ anual	Peso da Tx. Mod. no Custo Total	Δ anual
Baixo Mondego	1,84	4,0%	2,10 €	-1,9%	16,18 €	0,1%	18,27 €	-0,1%	11,5%	-1,8%
Baixo Vouga	2,11	0,8%	2,34 €	-4,4%	18,83 €	0,9%	21,17 €	0,3%	11,1%	-4,8%
Beira Interior Sul	1,44	-1,4%	2,04 €	-10,3%	15,08 €	-3,2%	17,12 €	-4,0%	11,9%	-6,0%
Cova da Beira	1,64	11,6%	1,65 €	-0,7%	15,91 €	2,5%	17,56 €	2,2%	9,4%	-3,0%
Dão Lafões	1,78	4,2%	1,77 €	-10,7%	15,91 €	1,6%	17,68 €	0,4%	10,0%	-11,1%
Guarda	1,21	5,6%	1,81 €	-12,7%	17,29 €	-2,4%	19,10 €	-3,4%	9,5%	-9,0%
Pinhal Interior Norte	2,22	1,2%	1,81 €	-2,0%	17,94 €	-0,2%	19,76 €	-0,3%	9,2%	-1,7%
Pinhal Interior Sul	1,88	-12,4%	1,46 €	-6,3%	14,38 €	2,7%	15,84 €	1,9%	9,2%	-8,3%
Pinhal Litoral	2,00	0,4%	2,53 €	-5,6%	16,60 €	-1,3%	19,13 €	-1,9%	13,2%	-3,7%
<b>Total</b>	<b>1,86</b>	<b>2,4%</b>	<b>2,11 €</b>	<b>-5,4%</b>	<b>16,99 €</b>	<b>0,1%</b>	<b>19,09 €</b>	<b>-0,5%</b>	<b>11,03%</b>	<b>-4,9%</b>
<b>Média</b>										
	<b>1,79</b>	<b>1,3%</b>	<b>1,95 €</b>	<b>-6,0%</b>	<b>16,46 €</b>	<b>0,1%</b>	<b>18,40 €</b>	<b>-0,6%</b>	<b>10,55%</b>	<b>-5,4%</b>

Fonte: Elaboração própria

A evidente subida de 11,6% relativa ao n.º de requisições por utente no ACeS Cova da Beira revelou pouca influência nos restantes parâmetros pela qual se constrói esta avaliação. De ressaltar também que em média, uma requisição de MCDT no ACeS Baixo Vouga (que por várias vezes figurou como o ACeS mais produtivo) é quase €4,50 mais cara que no ACeS Pinhal Interior Sul, cuja ULS de Castelo Branco tem a seu encargo a rentabilização de MCDT. Verifica-se também que o ACeS Pinhal Litoral continua a ser o ACeS em que o utente contribui mais para o custo total dos exames, algo que já era expectável devido à diferença de valores que tinha para os outros ACeS nos últimos dois anos. No entanto, é também visível a estagnação dos valores (após subidas na ordem dos 35% no conjunto dos dois anos anteriores) das taxas moderadoras em 2013 e dos encargos do SNS, prevendo-se que o valor total (de encargos do SNS) de 56.5 milhões de euros seja um valor que satisfaz o Estado para o setor convencionado.



Figura 10 - Evolução dos custos do SNS e respetivas taxas moderadoras



A informação presente no gráfico evidencia a estagnação das taxas moderadoras e uma ligeira subida dos encargos do SNS em MCDT. Esta estagnação dever-se-á a um possível equilíbrio entre o valor pago em taxas moderadoras, o valor pago pelo Estado e o custo total de exame. Não se deve, no entanto, deixar de aprimorar este setor, sob pena dos seus resultados voltarem a piorar.

### 5.2.5.2 – Por Valência (MCDT)

Tabela 14 - Panorama geral das convenções em 2013, discriminado por área de MCDT

Valência	Nº de Requisições Aceites	Δ anual	Taxas Moderadoras	Δ anual	Custos do SNS (MCDT)	Δ anual	Custo Total	Δ anual
Análises Clínicas	2.167.804	2,0%	2.786.866,48 €	-1,3%	26.491.648,36 €	0,8%	29.278.514,84 €	0,6%
Cardiologia	266.333	3,9%	420.725,67 €	-2,3%	3.709.312,83 €	4,5%	4.130.038,50 €	3,8%
Gastrenterologia	61.277	-5,1%	378.277,50 €	5,6%	2.375.096,28 €	-5,7%	2.753.373,78 €	-4,2%
MFR	76.195	1,4%	1.637.733,40 €	4,7%	8.498.675,31 €	1,2%	10.136.408,71 €	1,8%
Medicina Nuclear	6.036	3,8%	56.792,00 €	33,2%	1.074.576,88 €	8,4%	1.131.368,88 €	9,6%
Pneumologia e l.	6.555	-16,8%	35.005,70 €	7,9%	223.795,02 €	-8,3%	258.800,72 €	-6,1%
Radiologia	743.778	3,7%	1.692.941,95 €	-16,3%	14.161.442,89 €	7,0%	15.854.384,84 €	4,5%
<b>Total</b>	<b>3.327.978</b>	<b>2,4%</b>	<b>7.008.342,70 €</b>	<b>-2,9%</b>	<b>56.534.547,57 €</b>	<b>2,5%</b>	<b>63.542.890,27 €</b>	<b>1,9%</b>

Elaboração própria; Fonte: SIARS

É notória a estagnação dos valores em grande parte das valências apresentadas, com a exceção de Medicina Nuclear, que apresenta um aumento de 33,2% em taxas moderadoras (que já tinha sofrido um aumento de 47,6% no ano transato). Apesar de ser uma área que não consegue ter a preponderância necessária para alterar os cálculos globais do setor convencionado da ARS Centro, trata-se de uma área que está em crescendo, tanto no n.º de requisições e exames, como no valor a cargo do SNS, sendo até a única que cresce acima dos 5% (9,6%) em termos de custo, apresentando um majoração de produção de 3,9%. Verifica-se também, em relação a

Pneumologia e Imunoalergologia, um decréscimo significativo de produção (cerca de 16,8%). Por último, é importante realçar o decréscimo das taxas moderadoras em Radiologia em conjugação com o acréscimo dos encargos do SNS, algo que se deve ter em conta para o planeamento de futuros anos, pois poderá dever-se a um favorecimento em exames específicos na valência de Radiologia que não estão devidamente taxados.

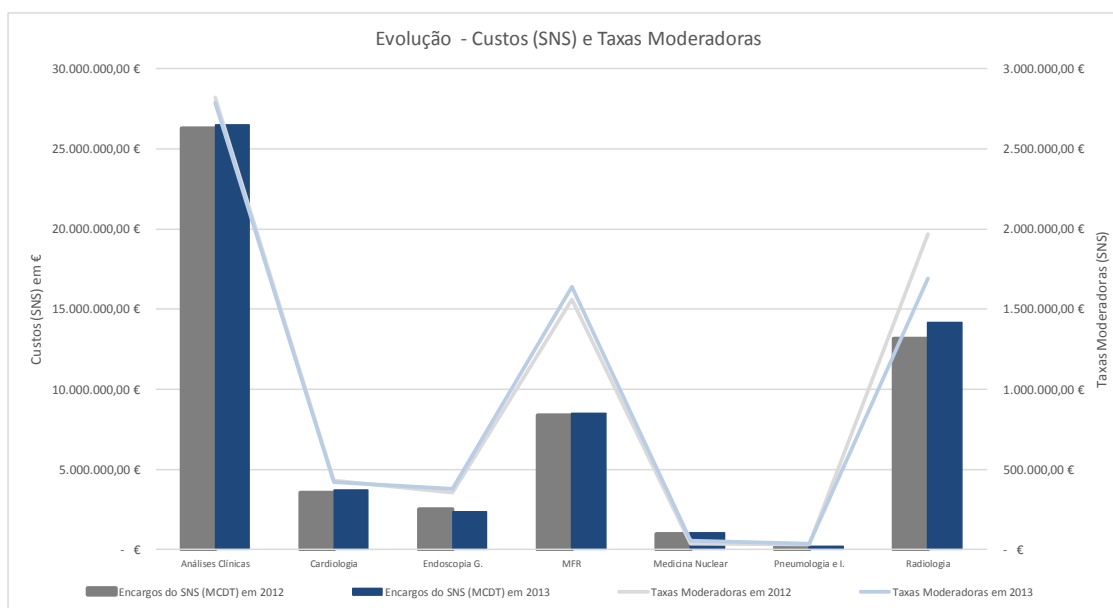
Tabela 15 - Panorama geral das convenções em 2013, discriminado por área de MCDT

ARS Centro - Quadro Geral	Tx. Mod. por Requisição	Δ anual	Custos do SNS(MCDT) por Requisição	Δ anual	Custo Total por Requisição	Δ anual	Peso da Tx. Mod. no Custo Total	Δ anual
Análises Clínicas	1,29 €	-3,4%	12,22 €	-1,2%	13,51 €	-1,4%	9,5%	-1,9%
Cardiologia	1,58 €	-6,5%	13,93 €	0,6%	15,51 €	-0,1%	10,2%	-6,4%
Gastrenterologia	6,17 €	10,2%	38,76 €	-0,6%	44,93 €	0,9%	13,7%	9,4%
MFR	21,49 €	3,3%	111,54 €	-0,2%	133,03 €	0,4%	16,2%	3,0%
Medicina Nuclear	9,41 €	30,6%	178,03 €	4,8%	187,44 €	6,1%	5,0%	26,1%
Pneumologia e l.	5,34 €	21,2%	34,14 €	7,3%	39,48 €	9,2%	13,5%	13,2%
Radiologia	2,28 €	-20,7%	19,04 €	3,4%	21,32 €	0,9%	10,7%	-21,7%
<b>Total</b>	<b>2,11 €</b>	<b>-5,4%</b>	<b>16,99 €</b>	<b>0,1%</b>	<b>19,09 €</b>	<b>-0,5%</b>	<b>11,03%</b>	<b>-4,9%</b>
<b>Média</b>								
	<b>6,79 €</b>	<b>10,0%</b>	<b>58,24 €</b>	<b>2,7%</b>	<b>65,03 €</b>	<b>3,5%</b>	<b>11,26%</b>	<b>2,2%</b>

Fonte: Elaboração própria

Nesta avaliação trienal, interessa referir que não houve mudanças significativas no que toca à posição das várias valências quanto ao volume da sua produção. Análises Clínicas é e será, até à descoberta de um novo meio complementar, a valência mais utilizada para a realização de diagnósticos, porque é veloz na sua concretização e, ao mesmo tempo, porque é a mais económica, tornando esta área uma valência com uma relação custo-benefício bastante alta. Contrariamente a Análises Clínicas, a valência de Medicina Física e Reabilitação figura como a mais dispendiosa para o utente, primariamente por se tratar de um meio complementar de terapêutica. Já a valência de Medicina Nuclear, é a que mais encargos por utente carrega para o Estado.

Figura 11 - Evolução dos custos do SNS e respetivas taxas moderadoras



Fonte: Elaboração própria

Após observação do gráfico supra, verificamos que houve um aumento geral do total das taxas moderadoras por valência, com a exceção de Radiologia. No entanto, este aumento não é acompanhado pelo total de encargos ao SNS por valência, visto que apenas a área de Radiologia (mais uma vez) supera os valores do ano transato, enquanto as restantes se mantiveram estáveis.

### 5.3 - Análise da evolução no triénio 2011-2013

Tabela 16 - Evolução no triénio 2011-2013

Ano	Requisições Aceites	Δ anual	Exames Aceites	Δ anual	Taxas Moderadoras	Δ anual	Custos (SNS)	Δ anual
2011	3.416.135	-	11.684.762	-	6.065.108,48 €	-	65.229.300,08 €	-
2012	3.249.571	▼ -5,1%	10.851.467	▼ -7,7%	7.209.763,71 €	▲ 15,9%	55.123.419,92 €	▼ -18,3%
2013	3.327.978	▲ 2,4%	10.938.674	▲ 0,8%	7.008.342,70 €	▼ -2,9%	56.534.547,57 €	▲ 2,5%
<b>Total</b>	<b>9.993.684</b>	<b>▼ -2,8%</b>	<b>33.474.903</b>	<b>▼ -6,9%</b>	<b>20.283.214,89 €</b>	<b>▲ 13,0%</b>	<b>176.887.267,57 €</b>	<b>▼ -15,8%</b>

Fonte: Elaboração própria

Constatando o quadro acima, observamos uma tendência para a diminuição do número de requisições (acompanhada claro, pelo número de exames), embora haja uma ligeira subida, cerca de 2,4% em 2013.

De notar ainda é o facto das taxas moderadoras terem papel ativo na decisão dos utentes na procura de MCDT. Esse facto é visível, de acordo com as variações ao longo destes 3 anos, em que há uma relação entre o aumento das taxas moderadoras e o número de requisições, especificamente no ano de 2012, as taxas moderadoras

aumentaram 15,9% enquanto os encargos do SNS diminuíram 18,3%. Estes aumentos levaram a que a procura de MCDT no setor convencionado se reduzisse em 5,1%.

Quanto a custos totais é visível a redução em cerca de 9 milhões de euros. Esta diminuição dever-se-á também à reorganização dos ACeS ocorrida no final do ano de 2011 e início de 2012.

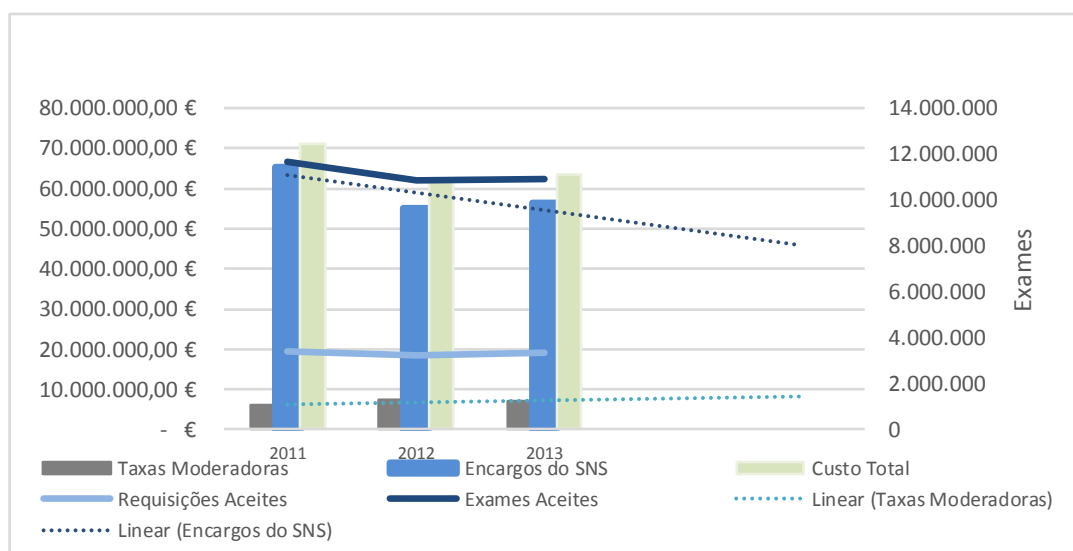
Tabela 17 - Evolução dos custos totais

Ano	Custo Total	Δ anual
2011	71.294.408,56 €	-
2012	62.333.183,63 € ▼	-14,4%
2013	63.542.890,27 € ▲	1,9%
<b>Total</b>	<b>197.170.482,46 € ▼</b>	<b>-12,5%</b>

Fonte: Elaboração própria

Ainda assim é de ressaltar os quase 200 milhões de euros saldados em 3 anos só no raio de ação da ARS Centro por parte do Estado e dos utentes, o que significa que em 15 anos, só na zona centro, serão gastos cerca de mil milhões de euros em MCDT.

Figura 12- Comparação de custos totais com n.º de exames



Fonte: Elaboração própria

Usando a previsão linear, observamos então que a tendência de descida dos encargos imputados ao SNS é tão provável quanto a subida das taxas moderadoras, deixando evidente que se irá, invariavelmente, chegar a um ponto em que a percentagem de pagamento do custo total de um exame, para o utente, será maior que os atuais 11%.

É também necessário ressaltar que, tendo em conta apenas os anos 2012 e 2013, poderemos estar diante não de uma estagnação mas sim num aumento da procura de cuidados de MCDT para os valores de 2011. Essa circunstância será verificada nos capítulos seguintes, com a análise do ano de 2014.

## 5.4 – Análise 2014

Chegando ao fim da avaliação ao setor convencionado, importa tecer algumas considerações quanto ao triénio anterior e ao que se deve esperar do ano de 2014.

De acordo com o que constatámos anteriormente, não deverá causar estranheza a verificação do aumento das taxas moderadoras e a redução dos encargos imputados ao SNS, motivada pela inércia do custo total, complementada com o recuo dos gastos por parte do Estado. Será também expectável a estagnação do número de requisições aceites e do custo total em MCDT.

No caso de se verificar tal estagnação, confirma-se a teoria de que o SNS estará apenas a confiar no aumento taxativo para sustentar este subsistema de saúde. Caso haja uma redução geral, esta pode significar que há uma melhoria de práticas, por parte dos profissionais de saúde, em conjunto com a implementação de uma boa política do Ministério da Saúde, que se deveria encontrar em melhoria contínua. Por último, caso os valores não obedeçam a qualquer tendência, estamos perante uma situação que indica alguma falta de planeamento, deixando este subsistema ao acaso.

### 5.4.1 - Por ACeS<sup>22</sup>

Tabela 18 - Panorama geral das convenções em 2014, discriminado por ACeS

ARS Centro - Quadro Geral	Nº de Requisições Aceites	Δ anual	Taxas Moderadoras	Δ anual	Custos do SNS (MCDT)	Δ anual
Baixo Mondego	769.268 ▲	6,1%	1.603.884,24 € ▲	5,5%	12.744.448,70 € ▲	8,3%
Baixo Vouga	815.342 ▬	-0,2%	1.805.695,44 € ▼	-5,9%	15.755.989,58 € ▬	2,3%
Beira Interior Sul	104.626 ▬	-3,6%	187.173,80 € ▼	-17,9%	1.495.301,44 € ▼	-9,4%
Cova da Beira	130.374 ▼	-5,7%	205.997,50 € ▼	-10,3%	2.093.476,64 € ▬	-4,7%
Dão Lafões	489.008 ▬	0,8%	785.938,64 € ▼	-9,5%	7.921.965,88 € ▬	2,6%
Guarda	200.432 ▲	11,3%	346.074,00 € ▲	6,9%	3.549.098,90 € ▲	13,4%
Pinhal Interior Norte	288.600 ▬	0,3%	498.169,80 € ▬	-4,8%	5.165.163,66 € ▬	0,0%
Pinhal Interior Sul	66.632 ▲	6,9%	85.690,80 € ▼	-5,6%	943.325,28 € ▲	5,5%
Pinhal Litoral	505.992 ▬	-4,6%	1.199.672,10 € ▼	-11,4%	8.455.848,54 € ▬	-3,9%
<b>Total</b>	<b>3.370.274</b> ▬	<b>1,3%</b>	<b>6.718.296,32 €</b> ▬	<b>-4,3%</b>	<b>58.124.618,62 €</b> ▬	<b>2,7%</b>

Elaboração própria; Fonte: SIARS

Visualizando o panorama geral de ACeS não há mudanças significativas, além do aumento de 11,3% em requisições do ACeS Guarda e da queda de produção no

<sup>22</sup> Os quadros seguintes representam uma extrapolação dos dados disponíveis em 2014, que reportam do período de janeiro a julho de 2014.

ACeS Beira Interior Sul. Verifica-se, no entanto, que a descida das taxas moderadoras (escrutinada mais à frente) se deve principalmente à queda de produção nos ACeS Pinhal Litoral, Beira Interior Sul, Baixo Vouga e Cova da Beira, em conjunto com aumentos na ordem dos 2%-3% no que toca aos encargos imputados ao SNS.

Tabela 19 - Panorama geral das convenções em 2014, discriminado por ACeS

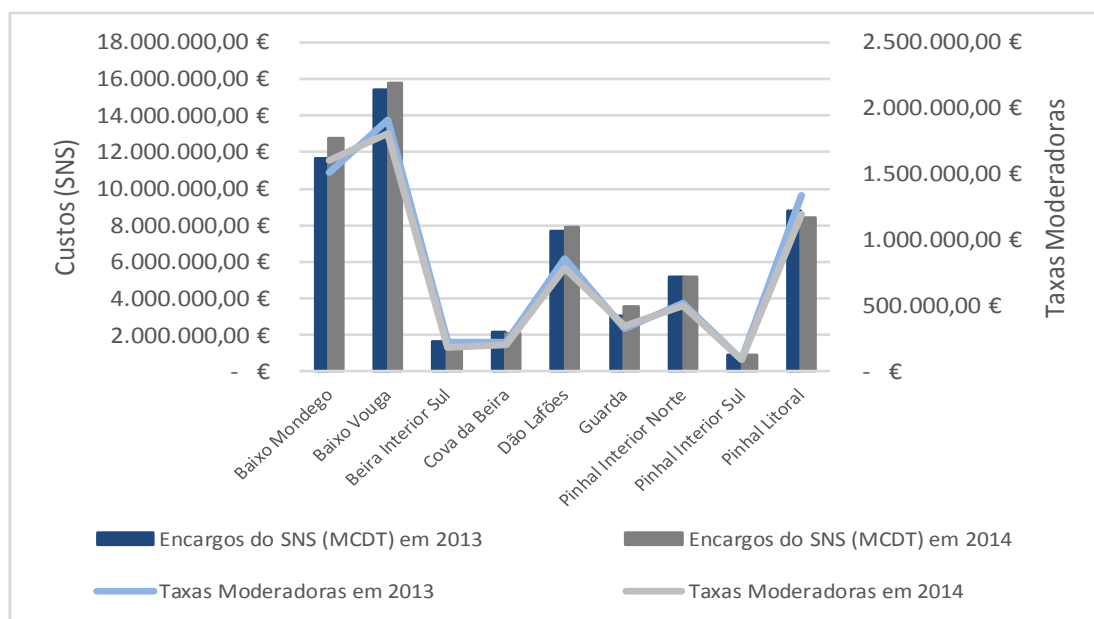
ARS Centro - Quadro Geral	Requisições por Utente	Δ anual	Tx. Mod. por Requisição	Δ anual	Custo Total por Requisição	Δ anual	Peso da Tx. Mod. no Custo Total	Δ anual
Baixo Mondego	1,96	▲ 6,1%	2,08 €	▼ -0,7%	18,65 €	▼ -2,0%	11,2%	▼ -2,7%
Baixo Vouga	2,10	▼ -0,2%	2,21 €	▼ -5,6%	21,54 €	▼ -1,7%	10,3%	▼ -7,5%
Beira Interior Sul	1,39	▼ -3,6%	1,79 €	▼ -13,8%	16,08 €	▼ -6,5%	11,1%	▼ -6,9%
Cova da Beira	1,56	▼ -5,7%	1,58 €	▼ -4,4%	17,64 €	▼ 0,5%	9,0%	▼ -4,8%
Dão Lafões	1,80	▼ 0,8%	1,61 €	▼ -10,4%	17,81 €	▼ 0,7%	9,0%	▼ -11,2%
Guarda	1,37	▲ 11,3%	1,73 €	▼ -5,0%	19,43 €	▼ 1,7%	8,9%	▼ -6,8%
Pinhal Interior Norte	2,23	▼ 0,3%	1,73 €	▼ -5,1%	19,62 €	▼ -0,7%	8,8%	▼ -4,4%
Pinhal Interior Sul	2,02	▲ 6,9%	1,29 €	▼ -13,5%	15,44 €	▼ -2,6%	8,3%	▼ -10,7%
Pinhal Litoral	1,91	▼ -4,6%	2,37 €	▼ -6,5%	19,08 €	▼ -0,2%	12,4%	▼ -6,3%
<b>Total</b>	<b>1,89</b>	<b>▼ 1,3%</b>	<b>1,99 €</b>	<b>▼ -5,6%</b>	<b>19,24 €</b>	<b>▼ 0,8%</b>	<b>10,36%</b>	<b>▼ -6,5%</b>
<b>Média</b>								
	<b>1,81</b>	<b>▼ 1,2%</b>	<b>1,82 €</b>	<b>▼ -6,9%</b>	<b>18,37 €</b>	<b>▼ -0,2%</b>	<b>9,9%</b>	<b>▼ -6,7%</b>

Fonte: Elaboração própria

Conforme quadro supra, constata-se a descida global do peso da taxa moderadora no custo total do exame, o que significa uma descida média de 6,7% na mesma taxa a nível regional. Esta inércia do valor de custo total, acompanhada da descida das taxas imputadas aos utentes, significa que o valor imputado ao estado subiu, em média 1,5% (17,25€ por requisição).

Por último, continua a confirmação de que o ACeS Baixo Vouga é o que prescreve por requisição, meios complementares de diagnóstico e terapêutica mais dispendiosos, ao invés do ACeS Pinhal Interior Sul, que se mantém como o ACeS que prescreve, em média, requisições 4€ mais baratas. Esta diferença deve-se, principalmente, à escassa produção nas valências Medicina Nuclear e MFR.

Figura 13 - Evolução dos custos do SNS e respetivas taxas moderadoras



Fonte: Elaboração Própria

### 5.4.2 - Por Valência (MCDT)<sup>23</sup>

Tabela 20 - Panorama geral das convenções em 2014, discriminado por área de MCDT

Valência	Nº de Requisições Aceites	Δ anual	Taxas Moderadoras	Δ anual	Custos do SNS (MCDT)	Δ anual	Custo Total	Δ anual
Análises Clínicas	2.198.320	▲ 1,4%	2.689.701,14 €	▼ -3,6%	27.115.871,30 €	▲ 2,3%	29.805.572,44 €	▲ 1,8%
Cardiologia	281.232	▲ 5,3%	422.838,58 €	▼ 0,5%	4.008.926,58 €	▲ 7,5%	4.431.765,16 €	▲ 6,8%
Gastroenterologia	63.334	▼ 3,2%	450.414,00 €	▲ 16,0%	2.998.596,76 €	▲ 20,8%	3.449.010,76 €	▲ 20,2%
MFR	75.086	▼ -1,5%	1.576.521,90 €	▼ -3,9%	8.277.943,58 €	▼ -2,7%	9.854.465,48 €	▼ -2,9%
Medicina Nuclear	5.696	▼ -6,0%	66.870,00 €	▲ 15,1%	1.052.112,86 €	▼ -2,1%	1.118.982,86 €	▼ -1,1%
Pneumologia e l.	8.792	▲ 25,4%	40.676,00 €	▲ 13,9%	283.469,96 €	▲ 21,1%	324.145,96 €	▲ 20,2%
Radiologia	737.814	▼ -0,8%	1.471.274,70 €	▼ -15,1%	14.387.697,58 €	▲ 1,6%	15.858.972,28 €	▼ 0,0%
<b>Total</b>	<b>3.370.274</b>	<b>▼ 1,3%</b>	<b>6.718.296,32 €</b>	<b>▼ -4,3%</b>	<b>58.124.618,62 €</b>	<b>▲ 2,7%</b>	<b>64.842.914,94 €</b>	<b>▼ 2,0%</b>

Elaboração própria; Fonte: SIARS

Observa-se em relação ao ano transato um aumento de 2% no custo total de exames, motivado pelo aumento de 1,3% no número total de requisições. É notória também, pelo terceiro ano consecutivo, a relação inversa que os custos suportados pelo SNS e o custo suportado pelos utentes possuem, o que denota uma ligeira paralisação dos preços dos exames. Por outro lado e pela primeira vez desde 2011/2012 há uma diminuição do volume das taxas moderadoras (em 4,3%) e um aumento dos encargos imputados ao Serviço Nacional de Saúde. Por último, projeta-se que o custo total irá ascender a quase €65M, mais 2% que no ano transato.

<sup>23</sup> Os quadros seguintes representam uma extrapolação dos dados disponíveis em 2014, que reportam do período de janeiro a junho de 2014.

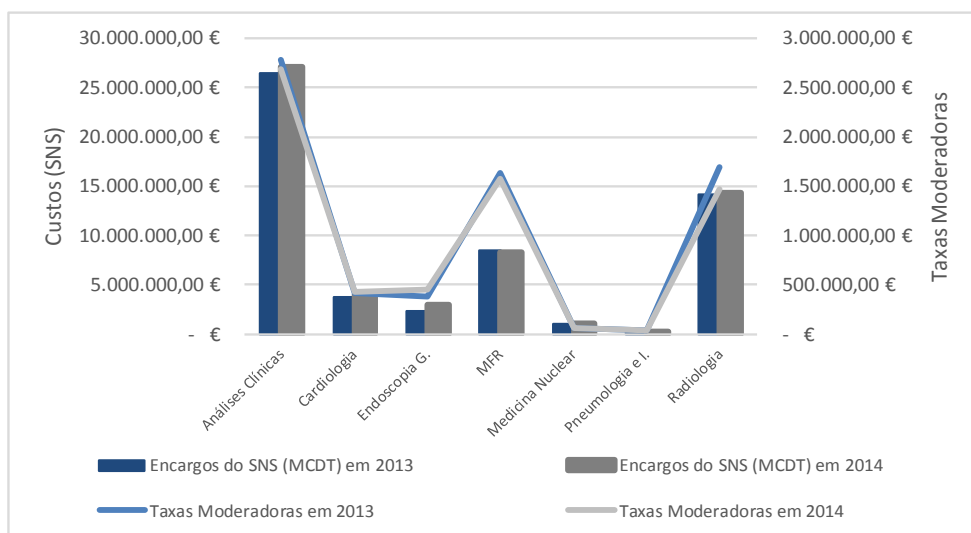
Tabela 21 - Panorama geral das convenções em 2014, discriminado por ACeS

Valência	Peso no total de requisições	Tx. Mod. por Requisição	Δ anual	Custos do SNS por Requisição	Δ anual	Peso da Tx. Mod. no Custo Total	Δ anual
Análises Clínicas	65,2%	1,22 €	▼ -5,1%	12,33 €	▬ 0,9%	9,0%	▼ -5,5%
Cardiologia	8,3%	1,50 €	▼ -5,1%	14,25 €	▬ 2,3%	9,5%	▼ -6,8%
Gastrenterologia	1,9%	7,11 €	▲ 13,2%	47,35 €	▲ 18,1%	13,1%	▼ -5,2%
MFR	2,2%	21,00 €	▬ -2,4%	110,25 €	▬ -1,2%	16,0%	▬ -1,0%
Medicina Nuclear	0,2%	11,74 €	▲ 19,9%	184,71 €	▬ 3,6%	6,0%	▲ 16,0%
Pneumologia e l.	0,3%	4,63 €	▼ -15,4%	32,24 €	▼ -5,9%	12,5%	▼ -7,8%
Radiologia	21,9%	1,99 €	▼ -14,1%	19,50 €	▬ 2,4%	9,3%	▼ -15,1%
<b>Total</b>	<b>100%</b>	<b>1,99 €</b>	<b>▼ -5,6%</b>	<b>17,25 €</b>	<b>▬ 1,5%</b>	<b>10,36%</b>	<b>▼ -6,5%</b>
<b>Média</b>							
	<b>14,3%</b>	<b>7,03 €</b>	<b>▬ 3,3%</b>	<b>60,09 €</b>	<b>▬ 3,1%</b>	<b>10,8%</b>	<b>▬ -4,5%</b>

Fonte: Elaboração Própria

Verifica-se que 87,1% do total de requisições, que representam cerca de €41.5M em custos para o SNS, advém das valências de Análises Clínicas e Radiologia, que porventura serão as áreas chave na análise à capacidade instalada do setor público. É também notório o aumento do custo total por requisição na valência de Endoscopia Gastrenterológica, assim como o aumento da taxa moderadora em Medicina Nuclear (pelo 3º ano consecutivo), que dever-se-á a novos procedimentos existentes na área ou à regularização dos preços tendo em vista o financiamento contínuo da área.

Figura 14 - Evolução dos custos do SNS e respetivas taxas moderadoras em 2014



Fonte: Elaboração própria



## 5.5 - Conclusão

Após a análise aos dados deste capítulo, temos agora um quadro suficientemente detalhado para decidir as áreas de ação nos próximos pontos. Quanto a valências, Medicina Nuclear figura-se como uma área a recuperar do setor privado (em termos de MCDT) devido aos elevados custos que carrega. Por outro lado, com o mesmo objetivo de rentabilizar a capacidade instalada, figura-se a área de Análises Clínicas, devido ao volume de requisições e facilidade de execução. Aliás, havendo capacidade instalada, não há razões para essas Análises se realizarem dias depois de passada a requisição, desde que estejam de acordo com os critérios específicos dessa área (jejum, por exemplo).

Cardiologia e Endoscopia Gastrenterológica são outras áreas em que existe capacidade instalada e em que se pode investir na produção, assim como Radiologia.

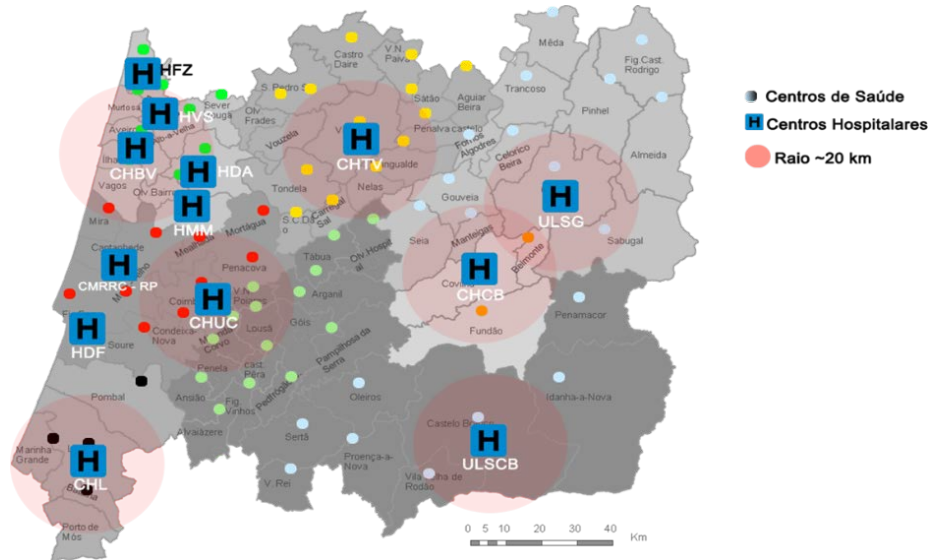
Por último, foi evidente o esforço feito pelos utentes para manter o setor convencionado, por via do aclave das taxas moderadoras (cerca de 17% de 2011 até 2014, atingindo um máximo de 11,57% do custo total por requisição em 2012).

## 5.6 - O Setor Público

Chegando ao ponto-chave do relatório, a avaliação da capacidade instalada do setor público para a execução de MCDT no setor público, é relevante apresentar os dados relativos aos Centros Hospitalares, e demais instituições públicas de saúde, no que toca à produção de MCDT. Durante esta análise, realizada em janeiro e fevereiro de 2014, serão referidos os dados alusivos aos equipamentos (ao dispor de MCDT), ao número de médicos e técnicos de diagnóstico e terapêutica (doravante, denominados por TDT). Quanto aos dados relativos ao contrato-programa, serão referenciados os valores dos encargos financeiros em produção externa de MCDT (por valência) e à proporção compósita relativa à faturação a companhias de seguros, hospitais, ARS Centro, IP, e clínicas médicas, proporção essa pertencente aos proveitos extra contrato-programa.

### 5.6.1 - Análise à Capacidade Instalada

Figura 15 - Raio de Ação dos Centros Hospitalares



Fonte: Elaboração própria

É notória a cobertura territorial da zona oeste por centros hospitalares e hospitais públicos. Mesmo na zona interior, à exceção do ACeS Pinhal Interior sul, há uma presença dessas entidades que se adequa ao número de utentes na zona. Coloca-se então uma questão: com uma presença hospitalar tão vasta, será a capacidade instalada direcionada à produção de MCDT tão minúscula, que o SNS sinta a necessidade de contratualizar tamanha produção externa?

#### 5.6.1.1 - Equipamentos, médicos e TDT disponíveis para MCDT

Esta análise apenas apresentará os Centros Hospitalares que, até à data, deram resposta positiva quanto ao aumento da realização de MCDT por via de reunião de contratualização no período de janeiro a março do presente ano.

Tabela 22 - Capacidade instalada disponível para a execução de MCDT

Instituição	CH Baixo Vouga			CH Cova da Beira			CH Tondela Viseu			HD Figueira da Foz		
	Equip.	Méd.	TDT	Equip.	Méd.	TDT	Equip.	Méd.	TDT	Equip.	Méd.	TDT
	3.276,54 €	11%		181.289,08 €	15,6%		77.755,72 €	8,3%		351,95 €	10,4%	
Análises Clínicas	*	6		*	3		*	8		*	2	
Cardiologia	*	4		*	3		7	3		1	3	
Gastrenterologia	10	2		12	4		23	6		4	2	
MFR	*	*	95	*	*	88	*	*	156	*	*	51
Medicina Nuclear	*	*		*	*		*	*		*	*	
Pneumologia e I.	5	3		5	3		7	2		3	4	
Radiologia	32	9		21	2		38	18		21	6	
<b>Total</b>	<b>47</b>	<b>24</b>		<b>38</b>	<b>15</b>		<b>75</b>	<b>37</b>		<b>29</b>	<b>17</b>	

Elaboração própria; Fonte: SICA

O quadro acima é exemplo do que foi feito no início do presente ano para a averiguação das capacidades dos Centros Hospitalares e Hospitais Distritais em aceder à produção de MCDT externos. Como se constata, em termos de equipamentos, os hospitais públicos estão bem munidos nas valências de Radiologia e Cardiologia, áreas que são compostas por exames de diagnóstico, na sua maioria, de curta duração, o que deixa margem para a realização de MCDT diariamente com um volume elevado de utentes.

Quanto a recursos humanos, há uma representação variada em termos de valências, o que dá alguma margem de manobra na requisição de mais produção relativa a requisições do SNS.

## 5.7 - Propostas dirigidas aos hospitais

Tabela 23 - Propostas dirigidas aos hospitais

Instituição	CH Baixo Vouga		CH Cova da Beira		CH Tondela Viseu		HD Figueira da Foz	
	Produção no C.P.	Acréscimo de Prod.Proposta	Produção no C.P.	Acréscimo de Prod.Proposta	Produção no C.P.	Acréscimo de Prod.Proposta	Produção no C.P.	Acréscimo de Prod.Proposta
Faturação	3.276,54 €	↑ 44.479,94 €	181.289,08 €	↑ 315.000,00 €	77.755,72 €	↑ 100.000,00 €	351,95 €	↑ 16.606,99 €
Análises Clínicas	886.038	4.931	807.369	34.922	1.453.028	11.086	473.083	5.033
Cardiologia	25.670	1.973	24.584	13.969	42.831	4.435	61.118	2.013
Gastrenterologia	4.903	1.369	4.950	9.698	9.593	3.079	2.986	1.398
Medicina Nuclear	*	462	*	3.275	205.980	1.040	*	472
Pneumologia e I.	6.096	3.055	31.247	21.635	*	6.868	*	3.118
Radiologia	157.656	2.436	86.649	17.251	216.706	5.476	61.118	2.486

Fonte: Elaboração própria

As propostas dirigidas aos hospitais tiveram como ponto principal a produção realizada em âmbito de contrato-programa em MCDT (internos) e o acréscimo estimado de produção requerida em MCDT externos (total por valência). Foi também decidido que a quantia a solicitar por entidade seria uma fatia dos encargos totais de prestação de serviços em MCDT (a rubrica engloba seguros e outros subsistemas de saúde para os quais os centros hospitalares prestam estes serviços) tendo em conta a parcela do ano anterior.

Foram, então, definidos 3 intervalos para a realização da proposta para 2014, tendo em conta a percentagem dos encargos atribuídos ao SNS, do total da rubrica 71261. Esses acréscimos nas percentagens acima referidas foram estabelecidas de acordo com o quadro à direita.

Tabela 24 – Percentagens da rubrica.

% da Rubrica em 2013	Proposta para 2014
<15%	15%
> 15% até 90%	100%
>90%	200%

Fonte: Elaboração própria

De uma forma simples: 15% seria a meta para os Centros Hospitalares que tinham tido uma prestação abaixo dessa percentagem no que toca à produção de MCDT (externos) a cargo do SNS; 100% seria a meta para os centros hospitalares que produziram acima de 15% e abaixo de 90%; 200% para os restantes.

### 5.7.1 - Proposta de Intervenção e Monitorização

Acompanhando esta proposta de aumento de produção, seguiu também uma proposta de intervenção, enquadrada legalmente, Despacho n.º3/89 (que regula a celebração de acordos entre as Administrações Regionais de Saúde e os estabelecimentos hospitalares no âmbito dos meios complementares de diagnóstico e terapêutica) com o seguinte plano de ação:

- 1) Solicitar informação relativa à taxa de utilização dos equipamentos;
- 2) Pedir feedback de situações que possam inviabilizar o aumento de produção externa de MCDT;
- 3) Promover reunião com os potenciais intervenientes no protocolo;
- 4) Formulação de Protocolo com ACES ou outras entidades SNS;
- 5) Divulgar protocolo de cooperação no *website* da ARSC e no ACES;
- 6) Sugerir utilização de postos de colheita para a recolha de amostras para análises clínicas;
- 7) Solicitar reporte trimestral do n.º de requisições de MCDT aceites, volume de faturação correspondente e taxa de utilização dos equipamentos/serviços.

Este plano de ação tem como objetivo regular e monitorizar se os recursos técnicos estão a ser utilizados de uma forma eficiente. No caso de isso não acontecer, será pedido o *feedback* de situações que possam estar a inviabilizar tal rentabilização. Já a promoção de reuniões frequentes com os potenciais intervenientes no protocolo, será uma maneira de angariar mais produção no setor público, que serão fulcrais para uma maior presença do setor público na produção de MCDT.

A divulgação dos protocolos de cooperação no *website* da ARS Centro, IP, e nos ACeS respetivos, será sempre um cumprir com a lei, de forma a dar aos utentes a informação de que podem realizar os seus exames, dentro dos centros hospitalares. Passando para a sugestão da utilização de postos de colheita para a recolha de análises clínicas, essa é uma responsabilidade do médico que passa a requisição.

Por último, a solicitação do reporte trimestral dos dados acima mencionados entram no objetivo do 1º ponto, ou seja, auxiliarão a monitorização da produção de MCDT, devido à falta de um sistema que conceda esses dados atualizados ao mês, ao contrário das entidades convencionadas que são monitorizadas pelo Sistema de Informação das ARS, anteriormente falado.

Chegando ao final deste ponto, verificamos que o estabelecimento de protocolos para a rentabilização da capacidade instalada do setor público, terá como resultado o aumento em 476 mil euros, a que acrescem 800 mil (por via de outro protocolo para a valência de MFR com o ACeS Cova da Beira) do peso do setor público. Este aumento total de 1.2 milhões de euros representará o maior peso que o setor público, na ARS Centro, alguma vez teve no setor convencionado.

Tabela 25 – Representação do aumento da proposta

Instituição	Total	
	Faturação	↑ 476.086,93 €
	262.673,29 €	↑ 476.086,93 €
	Produção no C.P.	Acréscimo de Prod.Proposta
Análises Clínicas	3.619.518	55.972
Cardiologia	154.203	22.390
Gastrenterologia	22.432	15.544
Medicina Nuclear	205.980	5.249
Pneumologia e I.	37.343	34.676
Radiologia	522.129	27.649

Fonte: Elaboração própria

## 5.8 – Setor Privado versus Setor Público

### 5.8.1 - Em 2013

Já foi mostrada e argumentada anteriormente neste relatório a fraca prestação do setor público na produção de meios complementares de diagnóstico e terapêutica, mas ainda não tinha sido realizada uma comparação direta, sustentada em valores reais, usando os encargos do SNS tanto no setor público como no setor privado.

Tabela 26 - Valores dos subcontratos da ARS Centro, IP entre 2011 e 2012

SUBCONTRATOS	Balancete 31.12.2011		Balancete 31.12.2012		Δ anual	
	Privado	Público	Privado	Δ anual	Público	Δ anual
<b>MCDT</b>						
Análises Clínicas	32.246.542,88 €	283.629,28 €	26.274.373,61 € ▼ -22,7%		379.779,40 € ▲ 25,3%	
Cardiologia	3.707.694,99 €	71.066,37 €	3.541.279,40 € ▼ -4,7%		35.538,60 € ▼ -100,0%	
Endoscopia G.	2.516.759,80 €	18.678,36 €	2.511.440,15 € ▼ -0,2%		18.661,64 € ▼ -0,1%	
MFR	9.002.288,81 €	12.500,21 €	8.394.344,05 € ▼ -7,2%		134,66 € ▼ -9182,8%	
Medicina nuclear	522.720,84 €	- €	984.521,37 € ▲ 46,9%		- € -%	
Pneumologia e I.	296.627,83 €	11.184,10 €	242.296,96 € ▼ -22,4%		4.347,55 € ▼ -157,3%	
Radiologia	16.936.664,93 €	624.307,18 €	13.175.164,38 € ▼ -28,5%		151.462,03 € ▼ -312,2%	
<b>Total<sup>1</sup></b>	<b>65.229.300,08 €</b>	<b>1.021.365,50 €</b>	<b>55.123.419,92 € ▼ -18,3%</b>		<b>589.923,88 € ▼ -73,1%</b>	
<b>Total<sup>2</sup> (priv. + púb.)</b>		<b>66.250.665,58 €</b>			<b>55.713.343,80 € ▼ -18,9%</b>	
<b>Peso do sector público (Pub/Total)</b>		<b>1,542%</b>			<b>1,059% ▼ -45,6%</b>	

Elaboração própria; Fonte: DGAG, ARS Centro IP

Desde logo salta à vista a parca contribuição do setor público para a realização de exames MCDT, que em 2011 realizou cerca de 1 milhão de euros, passando para pouco mais de metade (590 mil euros) em 2012, sofrendo assim um decréscimo de 73,1%, que tem termos de peso do setor público na realização de MCDT se traduz na redução de 45,6%. Aliás, enquanto o setor privado decresce ao ritmo da soma dos encargos ou seja, tem um decréscimo 18,3%, equiparável ao decréscimo de 18,9% dos encargos do SNS, enquanto o setor público, em termos percentuais, decresce cerca de 55% mais.

Em relação às valências é notório o desinvestimento por parte do setor público na valência de Medicina Física e Reabilitação (decréscimo de 9182,8%, passando de 12.500€ para 134,66€), mas é na valência de Radiologia que reside a responsabilidade da queda de abrupta do peso do setor público na realização de MCDT que sofreu um decréscimo próximo dos 500 mil euros.

Tabela 27 - Evolução dos valores dos subcontratos da ARS Centro, IP entre 2012 e 2013

SUBCONTRATOS	Balancete 31.12.2012		Balancete 31.12.2013			
	Privado	Público	Privado	Δ anual	Público	Δ anual
<b>MCDT</b>						
Análises Clínicas	26.274.373,61 €	379.779,40 €	26.491.648,36 €	0,8%	371.967,70 €	-2,1%
Cardiologia	3.541.279,40 €	35.538,60 €	3.709.312,83 €	4,5%	41.150,44 €	13,6%
Gastroenterologia	2.511.440,15 €	18.661,64 €	2.375.096,28 €	-5,7%	2.971,61 €	-528,0%
MFR	8.394.344,05 €	134,66 €	8.498.675,31 €	1,2%	- €	-%
Medicina nuclear	984.521,37 €	- €	1.074.576,88 €	8,4%	- €	-%
Pneumologia e l.	242.296,96 €	4.347,55 €	223.795,02 €	-8,3%	5.192,34 €	16,3%
Radiologia	13.175.164,38 €	151.462,03 €	14.161.442,89 €	7,0%	296.051,77 €	48,8%
<b>Total<sup>1</sup></b>	<b>55.123.419,92 €</b>	<b>589.923,88 €</b>	<b>56.534.547,57 €</b>	<b>2,5%</b>	<b>717.333,86 €</b>	<b>17,8%</b>
<b>Total<sup>2</sup> (priv. + púb.)</b>		<b>55.713.343,80 €</b>			<b>57.251.881,43 €</b>	<b>2,7%</b>
<b>Peso do sector público (Pub/Total)</b>		<b>1,059%</b>			<b>1,253%</b>	<b>15,5%</b>

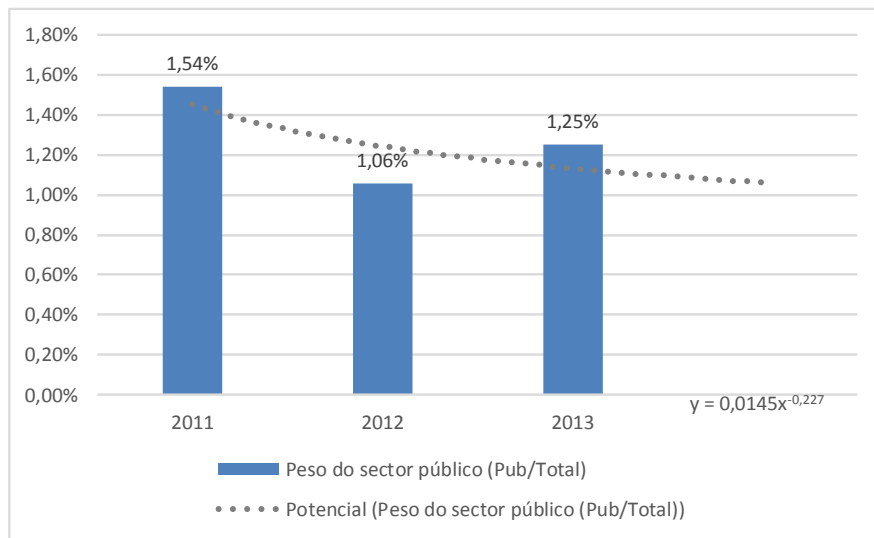
Elaboração própria; Fonte: DGAG, ARS Centro IP

Passando à análise sobre o período 2012-2013 é, desde já, visível o aumento (de 15,5%) do peso do setor público, em relação ao ano de 2012. Este aumento deve-se em grande parte ao incremento da produção de MCDT na valência de Radiologia, que subiu em relação ao ano de 2012, 48,8%. Por outro lado, os encargos atribuídos a Endoscopia Gastroenterológica decresceram cerca de 528%, à volta de 16 mil euros.

Em suma, é notório que o decréscimo de produção numa valência é sinónima de uma descida muito maior no setor público do que no setor privado, vide os casos de Radiologia e Endoscopia Gastroenterológica.

No entanto, existem 3 possibilidades de crescimento rápido quanto ao peso que o setor público suporta neste subsistema: Medicina Física e Reabilitação, por já ter demonstrado, em 2011, capacidade para se executar no setor público; Medicina Nuclear, que apesar de não ter sido realizada em qualquer um dos anos, é a área que mais rendimento tem por requisição; por último, Radiologia, por ser uma área que decresceu bastante desde 2011, dever-se-ia recuperar o terreno perdido.

Figura 16 - Evolução do peso do setor público na realização de MCDT



Fonte: Elaboração própria

Por fim verificamos, por meio da linha potencial que, no caso de pouco ser feito para mudar a tendência da contratação no setor convencionado, este enfrentará um período de estagnação, por volta dos 1,1 pontos percentuais no que toca ao peso do setor público na execução de MCDT.

## Capítulo 6 – Conclusão e Notas Finais

### 6.1 - Comparação entre a execução e a não execução dos protocolos propostos em 2014

Quase no término, resta comparar os resultados da proposta do presente relatório com as estimativas previstas caso não fosse protocolada qualquer execução extra de MCDT.

Tabela 28 - Valores subcontratados previstos para 2014 sem a realização dos protocolos

SUBCONTRATOS	Balancete 31.12.2013 (*)		Balancete 31.12.2014 (estimado) Sem realização de protocolos			
	Privado	Público	Privado	Δ anual	Público	Δ anual
Total	56.534.547,57 €	717.333,86 €	57.473.660,62 €	1,6%	650.958,00 €	-10,2%
Total (priv. + púb.)	57.251.881,43 €		58.124.618,62 € 1,5%			
Peso do sector público (Pub/Total)	1,253%		1,120% -11,9%			

Fonte: Elaboração própria

Na tabela supra, estão presentes os resultados de dois balancetes, o primeiro, referente a 2013, já analisado, e o segundo, atualizado às estimativas do setor privado e do setor público. Como se verifica, é estimado que o peso do setor público desça cerca de 11,9% em relação ao ano transato, apesar de os custos totais com os encargos do SNS aumentarem em 1,5% que, na sua totalidade, são suportados pelo setor privado.

Tabela 29 - Valores subcontratados previstos para 2014 incluindo a realização dos protocolos

SUBCONTRATOS	Balancete 31.12.2013 (*)		Balancete 31.12.2014 (estimado) Com realização de protocolos			
	Privado	Público	Privado	Δ anual	Público	Δ anual
Total	56.534.547,57 €	717.333,86 €	56.197.573,69 €	-2,3%	1.927.044,93 €	66,2%
Total (priv. + púb.)	57.251.881,43 €		58.124.618,62 € 1,5%			
Peso do sector público (Pub/Total)	1,253%		3,315% 66,2%			

Fonte: Elaboração própria

Por último e concluindo este capítulo de análise, resta expor os efeitos das medidas apresentadas neste relatório.

A 31 de Dezembro de 2014, estima-se que a produção de MCDT em setor público atinja um nível inédito, de 3,315% (quase €2M), representando uma majoração de 66,2% em relação à produção do setor público no ano anterior.



## 6.2 - Notas finais

Ao longo dos últimos 30 anos de história do SNS, foram evidentes os esforços, nas mais variadas áreas, para a rentabilização de todos os recursos, técnicos e humanos. No entanto, o setor convencionado de índole privada foi crescendo até se tornar um setor preponderante nos equilíbrios de produção de MCDT, convertendo-se assim numa das bases em que assenta o atual Serviço Nacional de Saúde.

Por esse motivo, o reposicionamento do setor público nesta matéria apresenta-se como uma tarefa de uma complexidade colossal, em que se corre o risco de afetar os utentes do SNS durante o reposicionamento de ambos os setores, o que deveria significar o estabelecimento do setor público como o principal produtor de MCDT tendo o setor privado em regime de complementaridade, como advoga a lei.

Após a análise de todos os dados descritos em capítulos anteriores há, assim, várias conclusões a tirar sobre o setor convencionado.

Quanto a matérias de planeamento e contratação, é notório que o setor convencionado padece de uma falta de planeamento, o que não é de todo anormal, visto que se trata de um setor com 3 décadas feito para dar resposta a um contexto epidemiológico diferente do atual e constantemente adaptado ao longo dos anos. Esta particularidade tem feito deste um setor reativo que, eventualmente, irá necessitar de uma nova reforma.

A queda das convenções vigentes, prevista pelo Decreto-Lei n.º 139/2013, só será benéfica se a contratação (apesar de se apoiar em dois modelos) tiver em conta critérios como: qualidade do serviço prestado, preço, localização, volume possível de utentes por dia, histórico de listas de espera, histórico da satisfação do utente e histórico de recomendações.

No entanto, esta contratação só deveria ser executada após a avaliação de toda a capacidade instalada do setor público, de acordo com os 4 primeiros critérios somando os critérios expostos e utilizados no capítulo IV do presente relatório.

Deve-se também, no futuro, conjugar um planeamento sólido de aquisição de entidades privadas que executem MCDT para o SNS, com contratações cirúrgicas para colmatar falhas de presença de cuidados de saúde em zonas sem acesso a tais cuidados, ou seja, numa primeira fase seria obrigatório e sensato executar o planeamento previsto, e só depois, no caso de se verificar uma falha de cobertura

territorial, avançar para a contratação de entidades prestadoras que cobrissem essa falha territorial.

Outra das situações expostas neste relatório prende-se com o facto de as convenções serem permutáveis com a venda da entidade que a detém. Deverá no futuro, existir um mecanismo que impeça a compra de convenções<sup>24</sup> de um prestador, por outra entidade, levando assim a que a convenção seja terminada.

Quanto ao tema fulcral deste relatório, a produção da capacidade instalada, conclui-se, após a análise dos protocolos propostos e resposta positiva por parte dos Centros Hospitalares (que levou a um acréscimo de 2,2% do peso do setor público no setor convencionado, sem qualquer incremento de equipamentos ou recursos humanos), que a capacidade instalada, no que toca à execução de MCDT, está subaproveitada.

Este subaproveitamento tem sido consentido, quando, como se constatou no 5º capítulo, poderia ter sido dinamizado e combatido por via de protocolos, sem a ação de qualquer decreto-lei. Esta dinamização, pioneira na zona da ARSC, IP, mostra que outras administrações regionais de saúde poderiam e deveriam ter seguido o mesmo caminho, tentando rentabilizar a capacidade instalada de MCDT, sem necessitarem de aguardar pela aplicação do Decreto-Lei n.º 139/2013.

### **6.3 - Limitações**

Durante a elaboração do presente relatório, a limitação de páginas impostas foi o maior obstáculo encontrado. Seria benéfico, tanto para o autor (de forma a apresentar um maior suporte) como para o leitor (para compreender todas as peripécias do setor), um detalhe ainda maior sobre o setor convencionado e sobre a capacidade instalada.

Outra das limitações, não menos importante, foi a falta de informação sobre as restantes ARS, a respetiva capacidade instalada do setor público e a produção do setor privado, que serviria como comparação.

Por último, os acordos com IPSS para a realização de MCDT, semelhantes a convenções, não foram incluídos devido ao limite de páginas. A inclusão destes arrastaria um novo enquadramento legal e a dissertação sobre a forma de

---

<sup>24</sup> Uma medida recorrente nos últimos anos, que é executada sem o controlo devido por parte das ARS e da ERS.

processamento desses contratos de adesão, fazendo desta, no número de páginas limite, uma tarefa impossível.

#### **6.4 - Diretrizes para futuros trabalhos**

Enquanto o modelo de avaliação do setor convencionado privado se apresenta como deveria ser, o modelo do setor público (análise de equipamentos, n.º de médicos e TDT) deveria ser otimizado. No entanto, e tendo em conta o sistema com que cada setor funciona (SICA para o setor público, SIARS para o setor privado), tal não será possível num futuro próximo, a não ser que o SIARS integre a capacidade instalada produtora de MCDT do setor público.

Torna-se ainda fulcral, no tratamento deste tema, a constante atualização em matéria legal visto que, a curto-prazo, será um tema bastante volátil, com publicação de nova legislação, enquanto se toma juízos baseados em legislação anterior, como foi o caso da publicação do Despacho n.º 10219/2014, de 8 de Agosto.

## 6.5 - No futuro – Um Sistema Integrado de Gestão para o setor convencionado?

A ideia<sup>25</sup> de aplicar um sistema semelhante ao SIGIC para o setor convencionado, no que toca à execução de MCDT, representa talvez o futuro da rentabilização da capacidade instalada, e não poderia deixar de ser referida neste relatório.

O sistema consistiria na junção das vantagens do SIGIC com a Triagem de Manchester, ou seja, o setor público seria durante um período de tempo pré-determinado o único responsável pela execução de MCDT e, só após esse período, o utente seria livre de escolher um prestador privado. Esse tempo pré-determinado seria dado de acordo com a seguinte figura:

Figura 17 - Tempos de espera para a execução de MCDT no setor público

<b>Categoria</b>	<b>Tempo de espera para a execução de MCDT no sector público</b>
<b>Emergência</b>	<b>1 dia</b>
<b>Muito Urgente</b>	<b>3 dias</b>
<b>Urgente</b>	<b>5 dias</b>
<b>Pouco Urgente</b>	<b>10 dias</b>
<b>Não Urgente</b>	<b>14 dias</b>



Elaboração própria; Fonte: chlp.pt

A atribuição da urgência dada a cada utente seria assim decidida pelos profissionais de saúde, neste caso médicos de família, ao contrário do que acontece atualmente, em que o utente decide sobre a urgência do seu próprio caso, levando assim a que casos mais urgentes pudessem ser tratados com mais celeridade.

Um sistema desta índole seria assim benéfico para o setor público hospitalar sem prejudicar os seus utentes pois o tempo de espera permitiria ao Estado assegurar mais produção e conseqüentemente menos encargos para o setor privado.

Quanto à aplicação deste sistema, esta teria custos mínimos pois para a sua implementação seria apenas necessário juntar à requisição médica a vinheta de cor correspondente à urgência do caso em concreto.

<sup>25</sup> Originalmente pensada pelo Dr. Maurício Alexandre (Diretor do Departamento de Planeamento e Contratualização da ARSCentro, IP) e aqui desenvolvida pelo autor deste relatório.

## 6.6 – Entrevista ao Dr. Rui Delgado

A bem da isenção do presente relatório, foi solicitada uma entrevista ao Dr. Rui Veríssimo Delgado, Diretor Geral da Clínica do Sítio. Esta clínica, situada em Nazaré (distrito de Leiria), é uma entidade privada que pratica cerca de 20 valências, sendo Análises Clínicas<sup>26</sup> a única em regime de convenção com o SNS (por via da Euromedic Portugal), como posto de colheita.

Aceite o convite, procedeu-se então à entrevista que esclareceu em grande parte a visão e intenção de uma entidade privada de saúde no que diz respeito ao setor convencionado:

- **Que desvantagens teria a clínica, no imediato, se se procedesse à resolução da convenção de Análises Clínicas?**

*“No caso de resolução imediata da convenção de Análises Clínicas, os efeitos negativos em termos de produção e faturação não englobariam só esta área mas também, a longo-prazo, a área de Cardiologia (cujo exame HOLTER é executado juntamente com as análises, em grande parte dos casos), dado que os utentes têm como preferência executar todas as requisições na mesma entidade, por ser geralmente mais célere e económico.”*

- **De que vantagens beneficiaria a clínica, no imediato, se celebrasse uma nova convenção com o SNS?**

*“Uma das valências que encontraríamos benefícios em celebrar convenção com o SNS, tanto para a clínica como para os utentes, seria Cardiologia. As vantagens seriam o inverso das desvantagens que falei anteriormente, ou seja, haveriam mais utentes a servir-se dos cuidados de saúde que a clínica produz e a faturação da clínica aumentaria exponencialmente, o que auxiliaria no investimento contínuo da mesma.*

*Devo dizer que a utilização dos serviços de saúde desta clínica, no que toca à interpretação de exames de Cardiologia, suprem a inaptidão do setor público e convencionado da nossa área geográfica, pelo que a atribuição de uma possível convenção à clínica seria vista como uma valorização do trabalho que tem vindo a ser executado.”*

---

<sup>26</sup> Representa a 5% a 7% da faturação total da clínica.

- **Como Diretor de uma entidade privada de saúde, como vê a rentabilização da capacidade instalada do setor público, em MCDT?**

*“Na perspetiva de Diretor, há alguns fatores a ter em conta quando se fala da rentabilização da capacidade instalada do setor público: O setor público não tem, neste momento, a capacidade necessária para fazer face a todas as requisições de saúde e mesmo que a tivesse, não tem a distribuição geográfica necessária para cobrir todas as áreas populacionais. Coloca-se então a questão do transporte e se o pagamento deste, por parte do SNS, compensaria a não atribuição de verbas a entidades convencionadas para realizar os seus serviços.”*

- **E como utente/contribuinte?**

*“Como utente e contribuente do Estado e da Segurança Social, é óbvio que gostaria de ver o valor que pago todos os meses aplicado a fundo num serviço público de saúde, ou então que me seja dada a escolha de não contribuir e poder contratar um seguro de saúde como acontece nos Estados Unidos da América.*

*Como Diretor Geral de clínica e como Utente há valores sociais e morais muito presentes, que não consigo dissociar. A clínica existe graças ao investimento contínuo na mesma e de quem usufrui dela e, apesar de ser privada, é vista pelo concelho como um bem público, devido às parcerias que celebramos com grupos desportivos e outras coletividades do concelho.*

*Além disso, desde 2013 que a clínica tem um médico de clínica geral sempre presente, a um custo muito reduzido (do qual a clínica tira pouco partido), ao ponto dos utentes preferirem o serviço que prestamos ao Serviço de Atendimento Permanente e mesmo ao Centro de Saúde da Nazaré, entidades públicas do setor de saúde que têm deficiências relevantes nos seus serviços de atendimento geral.*

*É relevante notar que o concelho da Nazaré tem 15.000 habitantes de Inverno mas em época de Verão tem cerca de 100.000 e a Clínica do Sítio é que assume as necessidades de saúde no concelho, dada a insuficiência do setor público.”*

- **Como veria a aplicação de um Sistema Integrado de Gestão para a execução de MCDT?**

*“Seria uma excelente medida do SNS para a gestão do setor convencionado e para a rentabilização da sua capacidade instalada, se articulada com uma distribuição geográfica eficaz dos serviços de saúde.”*

- **Algumas notas finais?**

*“O maior obstáculo ao bom-funcionamento do setor convencionado prende-se no facto das entidades deste setor não assumirem a mesma responsabilidade para utentes de subsistemas diferentes, ou seja, dão primazia a utentes que pertençam a subsistemas cujo custo total seja maior e, principalmente, a utentes que paguem a execução de um exame do seu próprio bolso.”*

## Bibliografia

- Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS), (2013), *Contrato-Programa 2013 – Metodologia para a definição de preços e fixação de objetivos*. Lisboa: ACSS.
- Administração Regional de Saúde do Centro (ARS Centro), (2012), *Relatório de Atividades de 2012*. Coimbra: ARSCentro.
- Administração Regional de Saúde do Centro (ARS Centro), (2013), *Plano de Atividades de 2013*. Coimbra: ARS Centro.
- BAGANHA, M.I.; Ribeiro, J.S.; PIRES, S. (2002) O setor da saúde em Portugal: funcionamento do sistema e caracterização sócio-profissional.
- BARROS, P. (1999). *Eficiência e modo de pagamento aos hospitais. Livro de homenagem a Augusto Mantas*. Lisboa: Associação Portuguesa de Economia da Saúde.
- BARROS, P. (2009), *Economia da Saúde – Conceitos e Comportamentos – 2.<sup>a</sup> Edição Revista*, Coimbra, Edições Almedina.
- BARROS, P. (2009). *Economia da saúde: Conceitos e comportamentos*. Coimbra: Edições Almedina.
- BARROS, P. (2013). *Pela sua saúde*. Fundação Francisco Manuel dos Santos. Lisboa: Relógio d'água editores.
- BARROS, P., (s.d), *As políticas de saúde em Portugal nos últimos 25 anos: evolução da prestação na década 1987-1996*.
- BARROS, P.; MACHADO, S., & JORGE, S. (2011) *Health System Review Vol. 13, N.º 4*.
- BARROS, P.; PEREIRA, J., & SIMÕES, J. (2007). *A sustentabilidade financeira do Serviço Nacional de Saúde*. Ministério da Saúde.
- CAMPOS, A.C., (2001) *A batalha da qualidade - Qualidade em Saúde*, n.º5.
- Departamento de Gestão e Administração Geral da Administração Regional de Saúde do Centro, (2013), *Relatório de Gestão a Outubro de 2013*, Coimbra: ARS Centro.



- DERSHIN H., (1996), *Dimensions of quality: a framework for quality management in healthcare.*
- DONALDSON, C. & GERARD, K. (1993) *Economics of health care financing—the visible hand .*
- Entidade Reguladora da Saúde (2013), *Acesso, Concorrência E Qualidade No Setor Convencionado Com O SNS.*
- FERNANDES, J.; FERNANDES, A.C.; BARROS, P.P. (2011) *Três Olhares Sobre o Futuro da Saúde em Portugal.*
- FERREIRA, A.; TEIXEIRA, M. (2011). *Evolução recente da situação económico-financeira do serviço nacional de saúde – enquadramento do atual contexto*, Ministério da Saúde.
- FERREIRA, E.; OLIVEIRA, A.; FERRO, M. (2013) *Parecer Jurídico relativo ao decreto-lei n.º 139/2013, de 9 de Outubro.*
- FERREIRA, Ana, et al. (2007) *A Sustentabilidade Financeira do Serviço Nacional de Saúde – Relatório da Comissão para a Sustentabilidade do Financiamento do SNS*, Ministério da Saúde.
- FRANGO, D. (2012); *Contratualização Hospitalar: o caso do acompanhamento aos hospitais sociais*, Relatório de Estágio, Coimbra.
- HEYNE, P. (2008) "Efficiency." *The Concise Encyclopedia of Economics.*
- HOLLINGSWORTH, B. (2008). *The measurement of efficiency and productivity of health care delivery.*
- HOLLINGSWORTH, B., DAWSON, P. J., & MANIADAKIS, N. (1999). *Efficiency measurement of healthcare: a review of non-parametric methods and applications.* 161-172.
- MEDICI, A. C., (1995), *Aspetos Teóricos e Conceituais do Financiamento das Políticas de Saúde.*
- MEZMO, J. C. (2001) *Gestão da Qualidade na Saúde: Princípios Básicos.*
- MOSSIALOS, E.; LE GRAND, J.: (2001) *The European Union: Cost Containment Measure In Health Care and Cost Containment in the European Union.*

NUNES, R. & REGO, G. (2002). *Prioridades na saúde*.

PALMER, S., & TORGERSON, D. J. (1999). *Definitions of efficiency*.

PAULY, M. V., (2004), *Medicare Drugs Coverage and Moral Hazard*. *Health Affairs*, vol. 23, n.º1, 2004: pp. 13-22.

PEREIRA, J. (2004) *Economia da Saúde um glossário de termos e conceitos*. Lisboa: Associação Portuguesa de Economia da Saúde.

PINHO, J. (2012). *Cheque-dentista: uma análise de eficiência para Portugal*. Universidade de Aveiro.

SAKELLARIDES, C., et al., (2005), *O Futuro do Sistema de Saúde Português – Saúde 2015*. Escola Nacional de Saúde Pública. Universidade Nova de Lisboa.

### **Diplomas Legais:**

Constituição da República Portuguesa

Lei de Bases da Saúde – Lei n.º 48/90 de 24 de Agosto

Decreto-Lei n.º 97/98, de 18 de Abril

Decreto-Lei n.º 139/2013, de 9 de Outubro

Despacho n.º 10219/2014, de 29 de Julho

### **Outras fontes:**

ARS Centro, IP: [www.arscentro.min-saude.pt](http://www.arscentro.min-saude.pt)

Base de Dados Portugal Contemporâneo - [www.pordata.pt](http://www.pordata.pt)

Instituto Nacional de Estatística – [www.ine.pt](http://www.ine.pt)

Monitorização do Serviço Nacional de Saúde – [benchmarking.acss.min-saude.pt](http://benchmarking.acss.min-saude.pt)

Portal da Saúde – [www.portaldasaude.pt](http://www.portaldasaude.pt)

The Organisation for Economic Co-operation and Development - [www.oecd.org](http://www.oecd.org)

---

## **Anexos**

---

*Anexo 1 - Caracterização da entidade - ARS Centro, IP*

*Anexo 2 - Organograma da ARS Centro, IP*

*Anexo 3 - Atividades desenvolvidas durante o Estágio na ARS Centro, IP*

*Anexo 4 - Exemplo de ficha entregue em reunião de contratualização - frente*

*Anexo 5 - Exemplo de ficha entregue em reunião de contratualização - verso*

*Anexo 6 - Exemplo: rubrica 71261*

*Anexo 7 - Exemplo da Georreferenciação*

*Anexo 8 - Dados detalhados de 2011*

*Anexo 9 - Dados detalhados de 2012*

*Anexo 10 - Dados detalhados de 2013*

*Anexo 11 - Dados detalhados de 2014*

*Anexo 12 - Calendarização do Relatório*

*Anexo 1 - Caracterização da entidade - ARS Centro, IP*

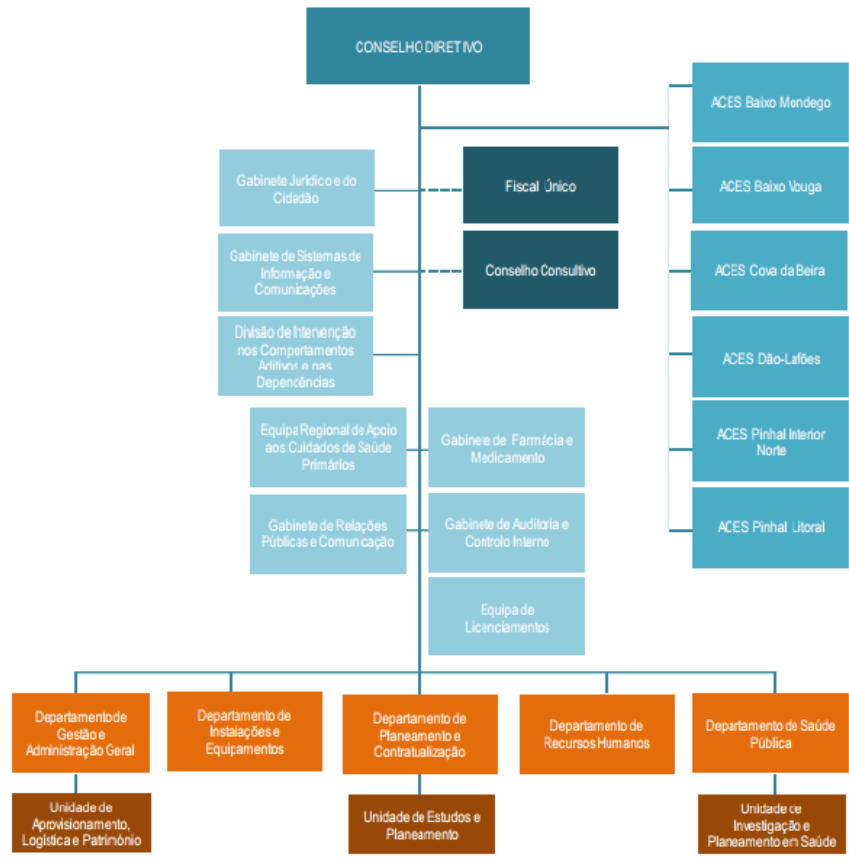
A Administração Regional de Saúde do Centro, IP é uma pessoa coletiva de direito público, integrada na administração indireta do Estado, dotada de personalidade jurídica, autonomia administrativa, financeira e patrimonial que tem como missão a garantia de acesso a cuidados de saúde de qualidade adequando os recursos disponíveis às necessidades identificadas, articulando estas com as diretivas da ACSS e da ERS, fazendo cumprir o Plano Nacional de Saúde na região centro.

A área de atuação atinge os 23 274 km<sup>2</sup>, conforme o mapa em anexo, 77 concelhos e cerca de 1.737.216 residentes.

A ARS Centro, IP, subdivide-se assim em 9 ACeS (Agrupamentos de Centros de Saúde), 3 dos quais geridos por duas ULS (Unidade Locais de Saúde).

Quanto aos cuidados hospitalares, a ARSC, IP é constituída por cinco Centros Hospitalares, dois Hospitais Centrais Especializados, um Hospital Distrital, três Hospitais de Nível 1 (SPA) e três Hospitais integrados em duas Unidades Locais de Saúde, conforme demonstrado no mapa em anexo.

Anexo 2 - Organograma da ARS Centro, IP



*Anexo 3 - Atividades desenvolvidas durante o Estágio na ARS Centro, IP*

- Levantamento das Fichas Técnicas de todas as entidades privadas ou do setor social convencionadas com a ARSC,IP;
- Pedido de atualização das Fichas Técnicas aos às entidades convencionadas;
- Tratamento da informação recolhida e construção de um novo modelo de publicitação das entidades na página *web* da ARSC, IP;
- Elaboração de uma análise custo-benefício do rastreio de Retinopatia Diabética para a execução de um protocolo com a AIBILI (Associação para Investigação Biomédica e Inovação em Luz e Imagem);
- Revisão dos Acordos com Hospitais nas áreas de Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica;
- Elaboração formal de uma proposta para a discussão do aumento de atos de Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica nos hospitais do SNS;
- Colaboração no processo de negociações de entrega da gestão do Hospital de Anadia à União das Misericórdias;
- Atualização da Base de Dados das convenções e acordos respetivos às valências de MFR, Radiologia, Análises Clínicas, Eletroencefalografia, Gastrenterologia, Cardiologia, Neurofisiologia, Anatomia Patológica;
- Georreferenciação das entidades convencionadas ([www.batchgeo.com/map/arscconvencionados](http://www.batchgeo.com/map/arscconvencionados));
- Levantamento de faturação relativa ao SIGIC;
- Conceção de relatórios relativos à capacidade instalada hospitalar;
- Criação de uma base de dados das fichas técnicas das entidades convencionadas;
- Conceção de um sistema de monitorização de expediente;
- Criação de um sistema de avaliação de colaboradores;
- Participação no relatório do DPC, relativamente às Área Funcional de Prestações Específicas;
- Colaboração em relatório requeridos pela ACSS, relativo às entidades convencionadas;
- Colaboração em relatório requerido pelo IGAS, relativo à capacidade instalada e entidade prestadoras de MCDT;
- Preparação de documentos de suporte.

Anexo 4 - Exemplo de ficha entregue em reunião de contratualização - frente

Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE

CCF	✓	
Facturação pendente	✓	36,80 €
Protocolos	✓	2 Protocolos com a ARS Centro, IP para as áreas de Análises Clínicas e Anatomia Patológica
Proporção proventos extra-CP (Indicador C.4) <sup>1</sup>	2012	12,75%
	2013	15,00%
	Meta 2014 (ACSS)	10,00%



1. Proporção composta relativa à facturação a companhias de Seguros, Hospitais, ARSC, Laboratórios e Clínicas médicas.

Áreas	Produção externa de MCDTs		Proposta 2014	
	2012	2013	Aumento da Facturação proposta ARSC <sup>2</sup>	Aumento de Produção Proposta <sup>3</sup>
Análises Clínicas	- €	36,80 €	335.576,18 €	37.204
Anatomia Patológica	- €	- €		2.496
Radiologia	- 605,92 €	- €		18.378
Cardiologia	- €	- €		14.881
Electroencefalografia	- €	- €		7.134
Medicina nuclear	- €	- €		3.489
Gastrenterologia	- €	- €		10.332
Pneumologia e Imunoalergologia	- €	- €		23.048
Otorrinolaringologia	- €	- €		28.247
Neurofisiologia	- €	- €		7.040
<b>Total</b>	<b>- 605,92 €</b>	<b>36,80 €</b>		

2. Valor proposto correspondente a 15% do valor proposto pela ACSS, em proventos extra contrato-programa (conta 712261).

Fonte: DGAG; SICGA

3. Número estimado de exames a realizar para perfazer o total de facturação proposta privilegiando as diferentes áreas.

Áreas	Capacidade Instalada em 2013		
	Equipamentos	Médicos <sup>4</sup>	Produção <sup>5</sup>
Análises Clínicas	*	21	6.071.632
Anatomia Patológica	*	16	106.390
Radiologia	119	48	593.383
Cardiologia	9	38	150.378
Electroencefalografia	*	*	*
Medicina nuclear	8	6	438.033
Gastrenterologia	32	30	21.877
Pneumologia e Imunoalergologia	22	24	61.876
Otorrinolaringologia	*	14	*
Neurofisiologia	14	*	*

4. Acrescem 145 enfermeiros e 488 Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica.

Fonte: SICGA

5. Produção CP.

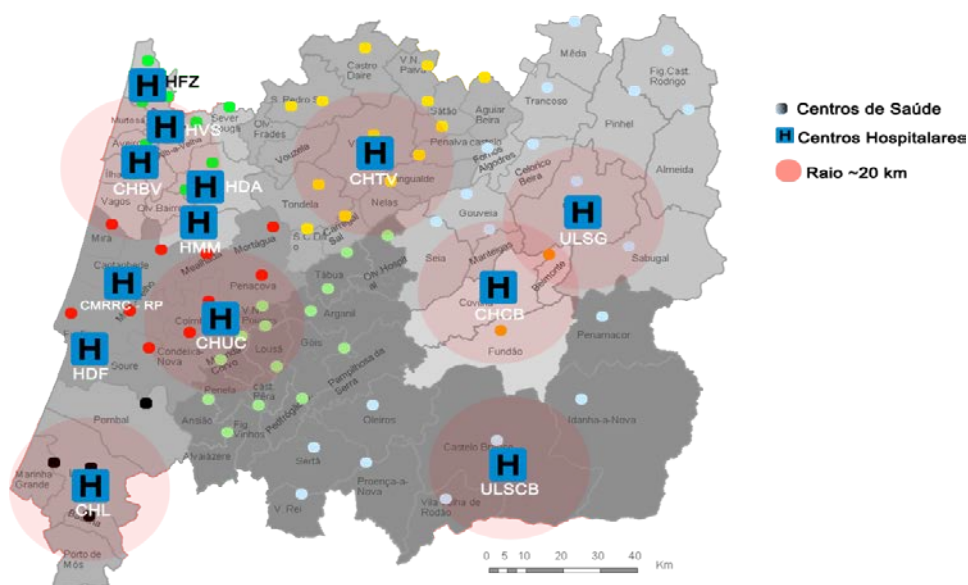
\* - Dados não disponíveis.

Proposta de Intervenção

Enquadramento legal: Despacho n.º 3/89 (Regula a celebração de acordos entre as Administrações Regionais de Saúde e os estabelecimentos hospitalares no âmbito dos meios complementares de diagnóstico e terapêutica.

- 1) Solicitar informação reativa à taxa de utilização dos equipamentos;
- 2) Pedir feedback de situações que possam inviabilizar o aumento de produção externa de MCDT;
- 3) Promover reunião com os potenciais intervenientes no protocolo;
- 4) Formulação de Protocolo com ACES ou outras entidades SNS;
- 5) Divulgar protocolo de cooperação no site da ARSC e no ACES;
- 6) Sugerir utilização de postos de colheita para a recolha de amostras para análises clínicas;
- 7) Solicitar reporte trimestral do n.º de requisições de MCDT aceites, volume de facturação correspondente e taxa de utilização dos equipamentos/serviços.

### Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE



Nº de Utentes inscritos por ACES em 2013	
Baixo Vouga	387.754
Beira Interior Sul	75.050
Cova da Beira	83.791
Baixo Mondego	393.175
Pinhal Interior Norte	129.572
Pinhal Interior Sul	32.997
Pinhal Litoral	264.302
Dão Lafões	272.361
Guarda	146.822
<b>Totais</b>	<b>1.785.824</b>

Fonte: DPC-APPE.

Nº de convenções e acordos por ACES			
ACES	Convenções	Acordos	Totais
Baixo Vouga	34	5	39
Baixo Mondego	74	9	83
Dão Lafões	22	4	26
Cova da Beira	6	1	7
Pinhal Interior Norte	6	10	16
Pinhal Litoral	30	5	35
ULS Guarda	10	1	11
Beira Interior Sul(ULSCB)	6	1	7
Pinhal Interior Sul(ULSCB)	0	0	0
<b>Totais</b>	<b>188</b>	<b>36</b>	<b>224</b>

Fonte: DPC-APPE; SIARS.

ACeS	Totais	
	Nº Requisições Aceite	SNS (MCDT)
Baixo Mondego	711.264	10.112.923,70 €

Fonte: SIARS.



Anexo 6 - Exemplo: rubrica 71261

Instituições	Contratualização			
Scenario	Dezembro 2013			
Time	Fecho (Ano N-2)	Estimado (Ano N-1)	Acumulado (Ano N)	Acréscimo % Ano N/ Ano N-1
<b>71-Vendas e prestações de serviços</b>				
<b>711-Vendas</b>				
<b>712-Prestações de serviços</b>		<b>359.798.413,00</b>	<b>365.033.962,00</b>	<b>1,46%</b>
7121-Internamento		190.064.670,00	198.893.280,00	4,65%
7122-Consulta		59.425.417,00	58.691.706,00	-1,23%
7123-Urgência/SAP		30.342.887,00	28.434.147,00	-6,29%
7124-Quartos particulares				
7125-Hospital de dia		15.329.139,00	20.352.853,00	32,77%
7126-Meios compl. de diagnóstico e terapêutica		1.508.159,00	3.146.606,00	108,64%
71261-Meios complementares diagnóstico		1.432.742,00	2.212.778,00	54,44%
71262-Meios complementares terapêutica		75.417,00	933.828,00	1138,22%
7127-Taxas moderadoras		5.012.393,00	5.054.148,00	0,83%
7128-Outras Prestações de Serviços de Saúde		56.243.498,00	48.425.055,00	-13,90%
71281-Serviço domiciliário		227.862,00	259.600,00	13,93%
71282-GDH de Ambulatório		41.725.508,00	20.496.727,00	-50,88%
71283-Programas verticais		40.598,00	10.601.528,00	26013,42%
71284-Plano de convergência		14.080.000,00	17.007.200,00	20,79%
71285-Valor Capitulacional (valor a facturar pelas ULS)				
71289-Outras prestações serviços de saúde		169.530,00	60.000,00	-64,61%
7129-Outras prestações de serviços		1.872.250,00	2.036.167,00	8,76%



Anexo 8 - Dados detalhados de 2011

Baixo Mondego	Nº estimado de Utentes inscritos por ACeS	Soma de Nº Requisições Aceite 2011	Soma de Nº Exames Aceite 2011	Soma de Tx. Mod aceite Euros 2011	Soma de SNS (MCDT) 2011
Análises Clínicas		470.430	2.037.700	495.167,07 €	6.377.864,79 €
Cardiologia		57.967	59.630	60.048,10 €	835.238,13 €
Endoscopia G.		11.941	13.281	33.996,92 €	500.453,09 €
MFR	393.175	22.603	93.870	271.499,62 €	1.933.310,22 €
Medicina Nuclear		2.181	2.476	5.352,40 €	163.934,91 €
Pneumologia e I.		1.516	3.074	4.823,05 €	51.076,29 €
Radiologia		153.277	197.011	340.606,95 €	3.199.462,89 €
<b>Total</b>		<b>719.915</b>	<b>2.407.042</b>	<b>1.211.494,11 €</b>	<b>13.061.340,32 €</b>

Baixo Vouga	Nº estimado de Utentes inscritos por ACeS	Soma de Nº Requisições Aceite 2011	Soma de Nº Exames Aceite 2011	Soma de Tx. Mod aceite Euros 2011	Soma de SNS (MCDT) 2011
Análises Clínicas		546.666	2415442	678.740	7.705.763
Cardiologia		56.760	58401	71.515	855.941
Endoscopia G.		14.181	16020	47.930	587.062
MFR	387.754	29.907	138039	330.461	3.968.668
Medicina Nuclear		1.340	1573	3.841	114.273
Pneumologia e I.		1.946	5745	10.474	94.967
Radiologia		186.950	231587	463.221	3.908.868
<b>Total</b>		<b>837.750</b>	<b>2866807</b>	<b>1.606.182</b>	<b>17.235.541</b>

Beira Interior Sul	Nº estimado de Utentes inscritos por ACeS	Soma de Nº Requisições Aceite 2011	Soma de Nº Exames Aceite 2011	Soma de Tx. Mod aceite Euros 2011	Soma de SNS (MCDT) 2011
Análises Clínicas		74.962	347.764	93.512,78 €	1.118.211,12 €
Cardiologia		8.538	8.556	8.645,50 €	123.585,97 €
Endoscopia G.		1.742	1.745	5.334,80 €	68.054,55 €
MFR	75.050	1.873	8.839	27.590,96 €	247.554,36 €
Medicina Nuclear		82	92	301,20 €	3.509,99 €
Pneumologia e I.		397	1.186	1.957,30 €	20.536,54 €
Radiologia		19.306	26.154	35.598,70 €	291.438,96 €
<b>Total</b>		<b>106.900</b>	<b>394.336</b>	<b>172.941,24 €</b>	<b>1.872.891,49 €</b>

Cova da Beira	Nº estimado de Utentes inscritos por ACeS	Soma de Nº Requisições Aceite 2011	Soma de Nº Exames Aceite 2011	Soma de Tx. Mod aceite Euros 2011	Soma de SNS (MCDT) 2011
Análises Clínicas		81.128	388.082	91.199,81 €	1.287.454,91 €
Cardiologia		6.729	6.747	4.908,05 €	70.802,96 €
Endoscopia G.		3.144	3.339	8.849,65 €	121.313,77 €
MFR	83.791	984	3.717	12.333,24 €	128.068,16 €
Medicina Nuclear		177	190	426,60 €	11.001,99 €
Pneumologia e I.		1.140	2.265	2.462,30 €	33.504,92 €
Radiologia		28.896	38.722	65.958,15 €	640.770,43 €
<b>Total</b>		<b>122.198</b>	<b>443.062</b>	<b>186.137,80 €</b>	<b>2.292.917,14 €</b>

Dão Lafões	Nº estimado de Utentes inscritos por ACeS	Soma de Nº Requisições Aceite 2011	Soma de Nº Exames Aceite 2011	Soma de Tx. Mod aceite Euros 2011	Soma de SNS (MCDT) 2011
Análises Clínicas		332.139	1.482.782	414.696,23 €	5.019.891,47 €
Cardiologia		38.731	39.202	40.854,65 €	576.922,26 €
Endoscopia G.		7.835	8.367	26.166,01 €	312.169,76 €
MFR	272.361	706	2.749	13.354,11 €	55.213,89 €
Medicina Nuclear		593	668	1.761,20 €	39.629,76 €
Pneumologia e I.		1.193	2.882	3.870,95 €	44.255,27 €
Radiologia		109.207	136.007	277.635,75 €	2.469.500,06 €
<b>Total</b>		<b>490.404</b>	<b>1.672.657</b>	<b>778.338,90 €</b>	<b>8.517.582,47 €</b>

Guarda	Nº estimado de Utentes inscritos por ACeS	Soma de Nº Requisições Aceite 2011	Soma de Nº Exames Aceite 2011	Soma de Tx. Mod aceite Euros 2011	Soma de SNS (MCDT) 2011
Análises Clínicas		149.332	704.784	163.004,66 €	2.341.818,45 €
Cardiologia		8.538	8.785	6.233,50 €	102.896,51 €
Endoscopia G.		5.855	6.745	18.984,98 €	237.386,21 €
MFR	146.822	3.656	14.092	35.214,86 €	283.157,62 €
Medicina Nuclear		472	562	1.423,10 €	26.202,78 €
Pneumologia e I.		78	182	301,85 €	2.769,40 €
Radiologia		47.591	64.618	133.040,05 €	1.311.704,03 €
<b>Total</b>		<b>215.522</b>	<b>799.768</b>	<b>358.203,00 €</b>	<b>4.305.935,00 €</b>

Pinhal Interior Norte	Nº estimado de Utentes inscritos por ACeS	Soma de Nº Requisições Aceite 2011	Soma de Nº Exames Aceite 2011	Soma de Tx. Mod aceite Euros 2011	Soma de SNS (MCDT) 2011
Análises Clínicas		180.065	791.414	158.148,84 €	2.504.553,55 €
Cardiologia		26.491	27.090	24.459,00 €	440.651,75 €
Endoscopia G.		5.345	5.983	14.393,31 €	217.815,87 €
MFR	129.572	8.941	39.009	92.587,31 €	891.166,64 €
Medicina Nuclear		990	1.081	2.077,75 €	69.816,84 €
Pneumologia e I.		492	1.291	1.654,50 €	22.962,13 €
Radiologia		58.537	77.257	115.275,95 €	1.289.404,83 €
<b>Total</b>		<b>280.861</b>	<b>943.125</b>	<b>408.596,66 €</b>	<b>5.436.371,61 €</b>

Pinhal Interior Sul	Nº estimado de Utentes inscritos por ACeS	Soma de Nº Requisições Aceite 2011	Soma de Nº Exames Aceite 2011	Soma de Tx. Mod aceite Euros 2011	Soma de SNS (MCDT) 2011
Análises Clínicas		40.927	190.769	43.013,65 €	578.091,23 €
Cardiologia		6.251	6.332	5.666,50 €	82.455,38 €
Endoscopia G.		915	925	2.675,95 €	35.595,01 €
MFR	32.997	554	2.326	3.036,59 €	72.857,43 €
Medicina Nuclear		106	115	319,10 €	5.686,87 €
Pneumologia e I.		144	439	711,50 €	7.646,11 €
Radiologia		10.597	13.837	21.715,05 €	207.364,93 €
<b>Total</b>		<b>59.494</b>	<b>214.743</b>	<b>77.138,34 €</b>	<b>989.696,96 €</b>

Pinhal Litoral	Nº estimado de Utentes inscritos por ACeS	Soma de Nº Requisições Aceite 2011	Soma de Nº Exames Aceite 2011	Soma de Tx. Mod aceite Euros 2011	Soma de SNS (MCDT) 2011
Análises Clínicas		354.122	1.607.155	487.466,54 €	5.312.894,08 €
Cardiologia		41.504	42.675	55.429,30 €	619.201,25 €
Endoscopia G.		10.451	12.040	38.546,25 €	436.909,54 €
MFR	264.302	15.527	69.290	243.075,90 €	1.422.292,63 €
Medicina Nuclear		1.351	1.486	4.364,25 €	88.664,89 €
Pneumologia e I.		488	1.119	2.131,50 €	18.910,54 €
Radiologia		159.648	209.457	435.062,75 €	3.618.150,72 €
<b>Total</b>		<b>583.091</b>	<b>1.943.222</b>	<b>1.266.076,49 €</b>	<b>11.517.023,65 €</b>

<b>Total Geral</b>	<b>1785824</b>	<b>3.416.135</b>	<b>11.684.762</b>	<b>6.065.108,48 €</b>	<b>65.229.300,08 €</b>
--------------------	----------------	------------------	-------------------	-----------------------	------------------------

Anexo 9 - Dados detalhados de 2012

Baixo Mondego	Nº de estimado de Utentes inscritos por ACeS	Nº de Requisições Aceite 2012	Nº de Exames Aceite 2012	Tx. Mod aceite Euros 2012	SNS (MCDT) 2012
Análises Clínicas		454.767	1.924.716	567.735,37 €	5.361.007,76 €
Cardiologia		61.595	63.053	101.667,60 €	828.142,78 €
Endoscopia G.		13.239	15.473	67.929,60 €	533.236,05 €
MFR	393.175	15.245	78.571	332.887,20 €	1.547.675,40 €
Medicina Nuclear		1.662	2.284	10.555,10 €	289.415,11 €
Pneumologia e I.		1.486	2.800	5.411,75 €	42.770,02 €
Radiologia		145.379	183.121	396.966,20 €	2.600.415,12 €
<b>Total</b>		<b>693.373</b>	<b>2.270.018</b>	<b>1.483.152,82 €</b>	<b>11.202.662,24 €</b>

Baixo Vouga	Nº de estimado de Utentes inscritos por ACeS	Nº de Requisições Aceite 2012	Nº de Exames Aceite 2012	Tx. Mod aceite Euros 2012	SNS (MCDT) 2012
Análises Clínicas		534.088	2.297.135	737.947,83 €	6.590.879,33 €
Cardiologia		60.174	61.661	109.420,50 €	824.747,16 €
Endoscopia G.		15.234	17.702	90.805,91 €	595.358,40 €
MFR	387.754	29.971	149.253	554.349,48 €	3.830.232,99 €
Medicina Nuclear		930	1.441	8.077,80 €	206.466,60 €
Pneumologia e I.		2.249	6.290	14.676,65 €	101.765,29 €
Radiologia		167.958	203.225	465.217,63 €	2.972.863,44 €
<b>Total</b>		<b>810.604</b>	<b>2.736.707</b>	<b>1.980.495,80 €</b>	<b>15.122.313,21 €</b>

Beira Interior Sul	Nº de estimado de Utentes inscritos por ACeS	Nº de Requisições Aceite 2012	Nº de Exames Aceite 2012	Tx. Mod aceite Euros 2012	SNS (MCDT) 2012
Análises Clínicas		75.148	343.651	116.833,90 €	970.248,39 €
Cardiologia		9.736	9.763	16.775,70 €	127.986,34 €
Endoscopia G.		1.696	1.712	9.647,20 €	63.312,57 €
MFR	75.050	2.033	9.934	51.517,35 €	263.156,04 €
Medicina Nuclear		91	107	630,60 €	9.899,50 €
Pneumologia e I.		373	443	764,40 €	7.189,45 €
Radiologia		20.818	27.355	50.514,85 €	267.970,08 €
<b>Total</b>		<b>109.895</b>	<b>392.965</b>	<b>246.684,00 €</b>	<b>1.709.762,37 €</b>

Cova da Beira	Nº de estimado de Utentes inscritos por ACeS	Nº de Requisições Aceite 2012	Nº de Exames Aceite 2012	Tx. Mod aceite Euros 2012	SNS (MCDT) 2012
Análises Clínicas		85.115	399.483	107.239,74 €	1.128.385,82 €
Cardiologia		6.340	6.393	7.470,80 €	67.127,64 €
Endoscopia G.		2.857	3.316	13.859,05 €	106.329,60 €
MFR	83.791	646	3.165	14.734,35 €	95.483,00 €
Medicina Nuclear		232	257	879,60 €	17.669,40 €
Pneumologia e I.		896	1.597	2.467,60 €	23.134,89 €
Radiologia		25.751	34.437	55.604,55 €	451.074,07 €
<b>Total</b>		<b>121.837</b>	<b>448.648</b>	<b>202.255,69 €</b>	<b>1.889.204,42 €</b>

Dão Lafões	Nº de estimado de Utentes inscritos por ACeS	Nº de Requisições Aceite 2012	Nº de Exames Aceite 2012	Tx. Mod aceite Euros 2012	SNS (MCDT) 2012
Análises Clínicas		314.422	1.372.026	432.848,06 €	4.094.891,24 €
Cardiologia		37.295	37.641	57.533,40 €	546.550,47 €
Endoscopia G.		9.610	10.273	48.524,85 €	371.385,14 €
MFR	272.361	2.286	12.627	92.758,81 €	211.450,00 €
Medicina Nuclear		573	720	3.404,10 €	82.551,80 €
Pneumologia e I.		1.593	2.452	4.538,70 €	32.030,49 €
Radiologia		98.847	120.618	273.333,95 €	1.932.483,78 €
<b>Total</b>		<b>464.626</b>	<b>1.556.357</b>	<b>912.941,87 €</b>	<b>7.271.342,92 €</b>

<b>Guarda</b>	<b>Nº de estimado de Utentes inscritos por ACeS</b>	<b>Nº de Requisições Aceite 2012</b>	<b>Nº de Exames Aceite 2012</b>	<b>Tx. Mod aceite Euros 2012</b>	<b>SNS (MCDT) 2012</b>
Análises Clínicas		106.740	486.683	131.737,15 €	1.353.485,36 €
Cardiologia		6.460	6.689	8.322,30 €	81.063,35 €
Endoscopia G.		5.971	7.244	32.245,90 €	235.499,60 €
MFR	146.822	2.031	9.551	37.202,20 €	198.503,93 €
Medicina Nuclear		517	663	3.230,00 €	74.051,32 €
Pneumologia e I.		80	107	162,50 €	1.289,88 €
Radiologia		46.083	61.516	130.139,10 €	1.029.088,53 €
<b>Total</b>		<b>167.882</b>	<b>572.453</b>	<b>343.039,15 €</b>	<b>2.972.981,97 €</b>

<b>Pinhal Interior Norte</b>	<b>Nº de estimado de Utentes inscritos por ACeS</b>	<b>Nº de Requisições Aceite 2012</b>	<b>Nº de Exames Aceite 2012</b>	<b>Tx. Mod aceite Euros 2012</b>	<b>SNS (MCDT) 2012</b>
Análises Clínicas		182.376	779.241	178.819,09 €	2.231.990,10 €
Cardiologia		27.426	27.876	38.682,10 €	431.380,65 €
Endoscopia G.		5.682	6.604	26.324,28 €	225.100,34 €
MFR	129.572	8.405	42.842	143.910,61 €	925.988,79 €
Medicina Nuclear		916	1.280	4.762,40 €	163.906,62 €
Pneumologia e I.		561	1.252	2.275,70 €	20.150,27 €
Radiologia		59.064	75.100	131.519,85 €	1.113.855,22 €
<b>Total</b>		<b>284.430</b>	<b>934.195</b>	<b>526.294,03 €</b>	<b>5.112.371,99 €</b>

<b>Pinhal Interior Sul</b>	<b>Nº de estimado de Utentes inscritos por ACeS</b>	<b>Nº de Requisições Aceite 2012</b>	<b>Nº de Exames Aceite 2012</b>	<b>Tx. Mod aceite Euros 2012</b>	<b>SNS (MCDT) 2012</b>
Análises Clínicas		47.346	218.018	57.279,39 €	591.809,17 €
Cardiologia		7.242	7.345	10.504,00 €	92.706,81 €
Endoscopia G.		1.154	1.189	6.077,60 €	43.214,98 €
MFR	32.997	264	1.153	3.584,75 €	33.451,39 €
Medicina Nuclear		74	81	333,50 €	6.224,11 €
Pneumologia e I.		129	211	392,50 €	3.500,48 €
Radiologia		13.500	17.955	29.974,45 €	204.109,20 €
<b>Total</b>		<b>69.709</b>	<b>245.952</b>	<b>108.146,19 €</b>	<b>975.016,14 €</b>

<b>Pinhal Litoral</b>	<b>Nº de estimado de Utentes inscritos por ACeS</b>	<b>Nº de Requisições Aceite 2012</b>	<b>Nº de Exames Aceite 2012</b>	<b>Tx. Mod aceite Euros 2012</b>	<b>SNS (MCDT) 2012</b>
Análises Clínicas		324.144	1.396.638	492.184,11 €	3.951.676,44 €
Cardiologia		39.602	40.558	80.206,50 €	541.574,20 €
Endoscopia G.		8.957	10.263	61.578,70 €	338.003,47 €
MFR	264.302	14.242	69.174	329.954,75 €	1.288.402,51 €
Medicina Nuclear		812	1.082	6.050,00 €	134.336,91 €
Pneumologia e I.		291	656	1.556,35 €	10.466,19 €
Radiologia		139.167	175.801	435.223,75 €	2.603.304,94 €
<b>Total</b>		<b>527.215</b>	<b>1.694.172</b>	<b>1.406.754,16 €</b>	<b>8.867.764,66 €</b>

<b>Total Geral</b>	<b>1785824</b>	<b>3.249.571</b>	<b>10.851.467</b>	<b>7.209.763,71 €</b>	<b>55.123.419,92 €</b>
--------------------	----------------	------------------	-------------------	-----------------------	------------------------

Anexo 10 - Dados detalhados de 2013

Baixo Mondego	Nº estimado de Utentes inscritos por ACeS	Soma de Nº Requisições Aceite 2013	Soma de Nº Exames Aceite 2013	Soma de Tx. Mod aceite Euros 2013	Soma de SNS (MCDT) 2013
Análises Clínicas		474.366	1.970.176	590.365,90 €	5.437.321,83 €
Cardiologia		66.026	67.411	103.254,20 €	877.135,07 €
Endoscopia G.		12.753	15.266	76.099,50 €	503.466,56 €
MFR	393.175	16.649	89.125	376.478,65 €	1.718.883,93 €
Medicina Nuclear		1.760	2.579	17.330,00 €	337.944,88 €
Pneumologia e I.		1.461	2.636	6.171,60 €	40.106,35 €
Radiologia		149.603	187.304	346.763,95 €	2.773.876,51 €
<b>Total</b>		<b>722.618</b>	<b>2.334.497</b>	<b>1.516.463,80 €</b>	<b>11.688.735,13 €</b>

Baixo Vouga	Nº estimado de Utentes inscritos por ACeS	Soma de Nº Requisições Aceite 2013	Soma de Nº Exames Aceite 2013	Soma de Tx. Mod aceite Euros 2013	Soma de SNS (MCDT) 2013
Análises Clínicas		533.496	2.260.371	705.418,60 €	6.517.632,83 €
Cardiologia		60.979	62.514	107.653,37 €	903.863,21 €
Endoscopia G.		14.638	17.135	99.699,50 €	571.276,12 €
MFR	387.754	29.669	154.484	561.607,75 €	3.774.511,58 €
Medicina Nuclear		972	1.495	11.405,50 €	207.240,93 €
Pneumologia e I.		2.073	6.176	17.116,10 €	102.454,81 €
Radiologia		175.308	211.496	408.543,83 €	3.308.868,79 €
<b>Total</b>		<b>817.135</b>	<b>2.713.671</b>	<b>1.911.444,65 €</b>	<b>15.385.848,27 €</b>

Beira Interior Sul	Nº estimado de Utentes inscritos por ACeS	Soma de Nº Requisições Aceite 2013	Soma de Nº Exames Aceite 2013	Soma de Tx. Mod aceite Euros 2013	Soma de SNS (MCDT) 2013
Análises Clínicas		75.872	342.354	115.758,50 €	964.791,08 €
Cardiologia		9.373	9.392	14.509,30 €	117.865,61 €
Endoscopia G.		1.723	1.753	10.782,00 €	64.150,86 €
MFR	75.050	1.654	8.029	42.632,60 €	216.937,79 €
Medicina Nuclear		55	65	435,00 €	5.307,15 €
Pneumologia e I.		407	501	1.126,00 €	8.162,88 €
Radiologia		19.342	24.852	35.453,35 €	258.158,21 €
<b>Total</b>		<b>108.426</b>	<b>386.946</b>	<b>220.696,75 €</b>	<b>1.635.373,58 €</b>

Cova da Beira	Nº estimado de Utentes inscritos por ACeS	Soma de Nº Requisições Aceite 2013	Soma de Nº Exames Aceite 2013	Soma de Tx. Mod aceite Euros 2013	Soma de SNS (MCDT) 2013
Análises Clínicas		91.328	421.406	113.490,29 €	1.207.618,98 €
Cardiologia		7.872	7.942	8.289,50 €	82.343,44 €
Endoscopia G.		3.506	4.112	18.560,00 €	131.341,63 €
MFR	83.791	878	4.220	20.876,55 €	126.673,77 €
Medicina Nuclear		416	446	1.332,00 €	20.706,65 €
Pneumologia e I.		167	314	699,50 €	5.403,51 €
Radiologia		33.655	44.585	63.992,78 €	618.256,18 €
<b>Total</b>		<b>137.822</b>	<b>483.025</b>	<b>227.240,62 €</b>	<b>2.192.344,16 €</b>

Dão Lafões	Nº estimado de Utentes inscritos por ACeS	Soma de Nº Requisições Aceite 2013	Soma de Nº Exames Aceite 2013	Soma de Tx. Mod aceite Euros 2013	Soma de SNS (MCDT) 2013
Análises Clínicas		325.699	1.386.633	404.019,60 €	4.217.465,83 €
Cardiologia		37.351	37.671	52.985,50 €	540.824,77 €
Endoscopia G.		8.552	9.163	45.720,00 €	330.613,55 €
MFR	272.361	3.742	21.347	118.609,80 €	389.491,11 €
Medicina Nuclear		652	907	5.664,50 €	114.262,15 €
Pneumologia e I.		1.387	2.272	4.756,00 €	31.584,73 €
Radiologia		107.758	131.202	229.232,45 €	2.092.165,20 €
<b>Total</b>		<b>485.141</b>	<b>1.589.195</b>	<b>860.987,85 €</b>	<b>7.716.407,34 €</b>

Guarda	Nº estimado de Utentes inscritos por ACeS	Soma de Nº Requisições Aceite 2013	Soma de Nº Exames Aceite 2013	Soma de Tx. Mod aceite Euros 2013	Soma de SNS (MCDT) 2013
Análises Clínicas		116.429	514.431	141.381,60 €	1.443.441,19 €
Cardiologia		8.555	8.902	10.112,40 €	108.722,81 €
Endoscopia G.		4.947	6.073	28.691,50 €	197.164,43 €
MFR	146.822	1.944	9.844	33.256,70 €	195.591,10 €
Medicina Nuclear		387	542	2.967,00 €	68.029,39 €
Pneumologia e I.		61	93	163,00 €	1.600,21 €
Radiologia		45.518	60.449	105.782,00 €	1.059.577,35 €
<b>Total</b>		<b>177.841</b>	<b>600.334</b>	<b>322.354,20 €</b>	<b>3.074.126,48 €</b>

Pinhal Interior Norte	Nº estimado de Utentes inscritos por ACeS	Soma de Nº Requisições Aceite 2013	Soma de Nº Exames Aceite 2013	Soma de Tx. Mod aceite Euros 2013	Soma de SNS (MCDT) 2013
Análises Clínicas		182.010	772.055	177.074,93 €	2.219.589,45 €
Cardiologia		29.070	29.522	38.787,60 €	440.568,89 €
Endoscopia G.		5.452	6.464	28.516,50 €	213.196,00 €
MFR	129.572	8.402	44.886	152.166,40 €	904.009,49 €
Medicina Nuclear		900	1.300	6.820,00 €	169.303,32 €
Pneumologia e I.		480	1.024	1.979,00 €	16.462,56 €
Radiologia		61.462	78.976	116.625,85 €	1.200.063,12 €
<b>Total</b>		<b>287.776</b>	<b>934.227</b>	<b>521.970,28 €</b>	<b>5.163.192,83 €</b>

Pinhal Interior Sul	Nº estimado de Utentes inscritos por ACeS	Soma de Nº Requisições Aceite 2013	Soma de Nº Exames Aceite 2013	Soma de Tx. Mod aceite Euros 2013	Soma de SNS (MCDT) 2013
Análises Clínicas		42.389	191.992	49.976,65 €	529.538,56 €
Cardiologia		6.668	6.799	8.308,50 €	82.516,23 €
Endoscopia G.		1.001	1.028	4.977,00 €	37.694,43 €
MFR	32.997	414	1.711	7.033,20 €	53.745,36 €
Medicina Nuclear		67	80	353,00 €	7.165,51 €
Pneumologia e I.		170	301	664,50 €	5.134,75 €
Radiologia		11.303	15.136	19.216,35 €	176.055,23 €
<b>Total</b>		<b>62.012</b>	<b>217.047</b>	<b>90.529,20 €</b>	<b>891.850,07 €</b>

Pinhal Litoral	Nº estimado de Utentes inscritos por ACeS	Soma de Nº Requisições Aceite 2013	Soma de Nº Exames Aceite 2013	Soma de Tx. Mod aceite Euros 2013	Soma de SNS (MCDT) 2013
Análises Clínicas		326.215	1.386.522	489.380,41 €	3.954.248,61 €
Cardiologia		40.439	41.424	76.825,30 €	555.472,80 €
Endoscopia G.		8.705	9.927	65.231,50 €	326.192,70 €
MFR	264.302	12.843	63.623	325.071,75 €	1.118.831,18 €
Medicina Nuclear		827	1.160	10.485,00 €	144.616,90 €
Pneumologia e I.		349	819	2.330,00 €	12.885,22 €
Radiologia		139.829	176.257	367.331,39 €	2.674.422,30 €
<b>Total</b>		<b>529.207</b>	<b>1.679.732</b>	<b>1.336.655,35 €</b>	<b>8.786.669,71 €</b>

<b>Total Geral</b>	<b>1785824</b>	<b>3.327.978</b>	<b>10.938.674</b>	<b>7.008.342,70 €</b>	<b>56.534.547,57 €</b>
--------------------	----------------	------------------	-------------------	-----------------------	------------------------



Anexo 11 - Dados detalhados de 2014

Baixo Mondego	Soma de Nº Requisições Aceites	Soma de Nº Exames Aceites	Soma de Tx. Mod. Aceites	Soma de Custos do SNS (MCDT)
Análises Clínicas	249.143	1.032.426	295.132,50 €	2.894.063,82 €
Cardiologia	37.218	37.936	55.953,37 €	516.019,66 €
Endoscopia G.	6.863	9.139	48.928,00 €	328.980,78 €
MFR	9.805	51.393	224.422,10 €	949.476,88 €
Medicina Nuclear	830	1.226	10.491,50 €	159.580,37 €
Pneumologia e l.	999	1.790	3.967,40 €	28.179,03 €
Radiologia	79.776	98.943	163.047,25 €	1.495.923,81 €
<b>Total</b>	<b>384.634</b>	<b>1.232.853</b>	<b>801.942,12 €</b>	<b>6.372.224,35 €</b>

Baixo Vouga	Soma de Nº Requisições Aceite 2014	Soma de Nº Exames Aceite 2014	Soma de Tx. Mod. aceite Euros 2014	Soma de SNS (MCDT) 2014
Análises Clínicas	263.783	1.119.490	332.704,25 €	3.287.746,65 €
Cardiologia	32.191	32.983	53.140,72 €	487.981,26 €
Endoscopia G.	7.525	9.830	61.236,00 €	372.434,98 €
MFR	14.218	73.765	259.862,55 €	1.830.071,16 €
Medicina Nuclear	500	793	7.270,00 €	112.576,55 €
Pneumologia e l.	1.104	3.115	7.378,90 €	52.959,40 €
Radiologia	88.350	106.987	181.255,30 €	1.734.224,79 €
<b>Total</b>	<b>407.671</b>	<b>1.346.963</b>	<b>902.847,72 €</b>	<b>7.877.994,79 €</b>

Beira Interior Sul	Soma de Nº Requisições Aceite 2014	Soma de Nº Exames Aceite 2014	Soma de Tx. Mod. aceite Euros 2014	Soma de SNS (MCDT) 2014
Análises Clínicas	37.574	168.546	53.317,30 €	473.163,22 €
Cardiologia	4.594	4.612	6.705,20 €	56.862,82 €
Endoscopia G.	810	1.314	5.643,00 €	34.169,36 €
MFR	529	2.563	14.023,10 €	58.950,77 €
Medicina Nuclear	21	28	199,00 €	3.250,11 €
Pneumologia e l.	200	255	542,00 €	4.249,57 €
Radiologia	8.585	10.813	13.157,30 €	117.004,87 €
<b>Total</b>	<b>52.313</b>	<b>188.131</b>	<b>93.586,90 €</b>	<b>747.650,72 €</b>

Cova da Beira	Soma de Nº Requisições Aceite 2014	Soma de Nº Exames Aceite 2014	Soma de Tx. Mod. aceite Euros 2014	Soma de SNS (MCDT) 2014
Análises Clínicas	44.193	205.244	54.578,65 €	589.707,96 €
Cardiologia	4.491	4.529	4.837,20 €	50.960,64 €
Endoscopia G.	1.838	2.375	10.790,00 €	75.469,12 €
MFR	405	1.957	8.576,40 €	58.039,09 €
Medicina Nuclear	128	133	311,00 €	5.628,48 €
Pneumologia e l.	78	112	238,50 €	1.900,07 €
Radiologia	14.054	18.583	23.667,00 €	265.032,96 €
<b>Total</b>	<b>65.187</b>	<b>232.933</b>	<b>102.998,75 €</b>	<b>1.046.738,32 €</b>

Dão Lafões	Soma de Nº Requisições Aceite 2014	Soma de Nº Exames Aceite 2014	Soma de Tx. Mod. aceite Euros 2014	Soma de SNS (MCDT) 2014
Análises Clínicas	165.845	702.580	192.612,47 €	2.151.152,18 €
Cardiologia	19.211	19.401	24.562,60 €	275.050,98 €
Endoscopia G.	4.298	6.325	26.784,00 €	225.073,75 €
MFR	1.636	9.244	44.487,20 €	203.396,73 €
Medicina Nuclear	282	385	2.796,50 €	47.096,00 €
Pneumologia e l.	1.341	2.222	5.014,60 €	31.165,54 €
Radiologia	51.891	63.109	96.711,95 €	1.028.047,76 €
<b>Total</b>	<b>244.504</b>	<b>803.266</b>	<b>392.969,32 €</b>	<b>3.960.982,94 €</b>

<b>Guarda</b>	<b>Soma de Nº Requisições Aceite 2014</b>	<b>Soma de Nº Exames Aceite 2014</b>	<b>Soma de Tx. Mod aceite Euros 2014</b>	<b>Soma de SNS (MCDT) 2014</b>
Análises Clínicas	65.102	289.189	79.291,00 €	823.731,18 €
Cardiologia	4.718	4.866	5.177,40 €	57.410,45 €
Endoscopia G.	2.993	5.726	19.110,00 €	139.101,04 €
MFR	831	4.189	12.332,40 €	83.706,76 €
Medicina Nuclear	251	356	2.373,00 €	44.359,51 €
Pneumologia e I.	128	208	324,00 €	3.678,96 €
Radiologia	26.193	34.879	54.429,20 €	622.561,55 €
<b>Total</b>	<b>100.216</b>	<b>339.413</b>	<b>173.037,00 €</b>	<b>1.774.549,45 €</b>

<b>Pinhal Interior Norte</b>	<b>Soma de Nº Requisições Aceite 2014</b>	<b>Soma de Nº Exames Aceite 2014</b>	<b>Soma de Tx. Mod aceite Euros 2014</b>	<b>Soma de SNS (MCDT) 2014</b>
Análises Clínicas	93.108	393.416	86.393,85 €	1.142.853,67 €
Cardiologia	13.628	13.887	18.778,00 €	220.238,09 €
Endoscopia G.	2.539	3.316	16.098,00 €	118.328,65 €
MFR	3.957	21.016	72.947,70 €	421.286,76 €
Medicina Nuclear	397	565	4.333,00 €	71.300,16 €
Pneumologia e I.	312	633	1.384,10 €	10.359,42 €
Radiologia	30.359	39.381	49.150,25 €	598.215,08 €
<b>Total</b>	<b>144.300</b>	<b>472.214</b>	<b>249.084,90 €</b>	<b>2.582.581,83 €</b>

<b>Pinhal Interior Sul</b>	<b>Soma de Nº Requisições Aceite 2014</b>	<b>Soma de Nº Exames Aceite 2014</b>	<b>Soma de Tx. Mod aceite Euros 2014</b>	<b>Soma de SNS (MCDT) 2014</b>
Análises Clínicas	23.601	107.578	26.483,80 €	297.403,64 €
Cardiologia	3.502	3.576	3.987,80 €	45.140,94 €
Endoscopia G.	454	704	2.348,00 €	19.923,36 €
MFR	163	701	1.812,25 €	14.439,61 €
Medicina Nuclear	23	28	247,50 €	2.414,33 €
Pneumologia e I.	72	134	244,00 €	2.287,18 €
Radiologia	5.501	6.989	7.722,05 €	90.053,58 €
<b>Total</b>	<b>33.316</b>	<b>119.710</b>	<b>42.845,40 €</b>	<b>471.662,64 €</b>

<b>Pinhal Litoral</b>	<b>Soma de Nº Requisições Aceite 2014</b>	<b>Soma de Nº Exames Aceite 2014</b>	<b>Soma de Tx. Mod aceite Euros 2014</b>	<b>Soma de SNS (MCDT) 2014</b>
Análises Clínicas	156.811	667.010	224.336,75 €	1.898.113,33 €
Cardiologia	21.063	21.534	38.277,00 €	294.798,45 €
Endoscopia G.	4.347	5.070	34.270,00 €	185.817,34 €
MFR	5.999	29.516	149.797,25 €	519.604,03 €
Medicina Nuclear	416	610	5.413,50 €	79.850,92 €
Pneumologia e I.	162	434	1.244,50 €	6.955,81 €
Radiologia	64.198	81.081	146.497,05 €	1.242.784,39 €
<b>Total</b>	<b>252.996</b>	<b>805.255</b>	<b>599.836,05 €</b>	<b>4.227.924,27 €</b>

<b>Total Geral</b>	<b>1.685.137</b>	<b>5.540.738</b>	<b>3.359.148,16 €</b>	<b>29.062.309,31 €</b>
--------------------	------------------	------------------	-----------------------	------------------------

