



UNIVERSIDADE D
COIMBRA

Adriana Isabel Batista Cruz

**A PROBLEMÁTICA DAS LISTAS E TEMPOS DE
ESPERA PARA CIRURGIA**

O CASO DOS TEMPOS SUPERIORES A 365 DIAS NA REGIÃO CENTRO

**Relatório de Estágio no âmbito do Mestrado em Gestão, orientada pela Professora
Doutora Carlota Quintal e apresentado à Faculdade de Economia da Universidade de
Coimbra**

Outubro de 2020



FEUC FACULDADE DE ECONOMIA
UNIVERSIDADE DE COIMBRA

Adriana Isabel Batista Cruz

A problemática das listas e tempos de espera para cirurgia: o caso dos tempos superiores a 365 dias na Região Centro

*Relatório de Estágio no âmbito do Mestrado em Gestão, apresentado à
Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra para obtenção de grau
de Mestre*

Orientadora: Carlota Quintal
Supervisor Profissional: Maurício Alexandre
Entidade de Acolhimento: Administração Regional de Saúde do Centro, IP

Coimbra, 2020

Agradecimentos

Em primeiro lugar aos meus pais, por todo o apoio e força que me deram ao longo destes anos, e por todos os valores que me transmitiram.

Ao meu namorado por ter sempre acreditado nas minhas capacidades e pela compreensão.

A toda a equipa da URGA e à Administração Regional de Saúde do Centro, por me terem recebido da melhor forma e por todo o conhecimento que me transmitiram ao longo desta etapa da minha vida.

À Dra. Patrícia Antunes por toda a disponibilidade e atenção que me dedicou ao longo de todo o processo.

À Prof. Dra. Carlota Quintal por ter sido a minha orientadora e contribuir para a realização deste relatório.

A todos os que ao longo da minha vida me incentivaram a ser melhor e atingir os meus objetivos.

Resumo

O presente relatório de estágio surge no âmbito do Mestrado em Gestão na Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra (FEUC). O Estágio Curricular foi realizado na Unidade Regional de Gestão do Acesso (URGA), que faz parte do Departamento de Planeamento e Contratualização da Administração Regional de Saúde do Centro, I.P. (ARSC). O estágio teve início no dia 3 de fevereiro e término no dia 31 de julho de 2020.

As listas de espera e o tempo de espera para cirurgia têm sido uma questão muito debatida nos últimos anos e tornaram-se um dos principais focos de políticas de saúde em vários países. O principal objetivo deste relatório é analisar a lista de espera para cirurgia (LIC) dos hospitais da ARSC, para compreender quais os hospitais mais afetados pelo tempo de espera, com especial foco nos episódios que apresentam um tempo de espera superior a 365 dias. Foi feita uma análise para identificar as principais variáveis do processo clínico dos utentes que apresentam tempos de espera que ultrapassam os estipulados por lei, para entender se havia diferenças significativas entre os utentes com tempo de espera inferior a 1 ano e superior a 1 ano.

Os resultados permitem assim identificar as especialidades e os hospitais, aos quais devemos dar maior atenção na hora de aplicar medidas para reduzir os tempos de espera para cirurgia. Apesar dos hospitais serem autónomos na aplicação das medidas, a ARSC supervisiona e incentiva-os na busca de medidas de modo a que eles autonomamente as apliquem de acordo com a lei. Esta análise permitiu um melhor conhecimento das LIC dos hospitais analisados. Devido à situação pandémica e ao cancelamento da atividade cirúrgica dos hospitais do Serviço Nacional de Saúde (SNS), o trabalho realizado por alguns hospitais ficou comprometido, o que levou a um forte aumento dos tempos de espera para cirurgia.

Palavras-chave: lista de espera cirúrgica, tempo de espera para cirurgia, SIGIC, episódios cirúrgicos; especialidades cirúrgicas

Abstract

This internship report is the result of the work and research carried out during the curricular internship of the Master in Management at the Faculty of Economics of the University of Coimbra (FEUC). The Curricular Internship was held at the Regional Access Management Unit (URGA), which is part of the Planning and Contracting Department of the Regional Health Administration of the Centre Region, I.P. (ARSC). The internship started on February 3 and ended on July 31, 2020.

Waiting lists and waiting times for surgery have been intensely debated in recent years and have become a major focus of health policy in several countries. The main goal of this report is to analyse the surgery waiting list (LIC) of the ARSC hospitals, realizing which hospitals are most affected by the waiting time, with a special focus on episodes that have a waiting time longer than 365 days. An analysis was carried out to identify the main variables of the user's clinical process, that have waiting times that exceed those stipulated by law, to see if there were significant differences between users with waiting times of less than 1 year and more than 1 year.

The results acknowledge the identification of specialties and hospitals, to which we must pay greater attention when applying measures to reduce waiting times for surgery. Although hospitals are autonomous in applying the measures, ARSC supervises and encourages them to seek measures so that they can autonomously apply them by the law. From this analysis resulted a better knowledge of the LIC of the hospitals analysed. Due to the pandemic situation and the cancellation of surgical activity in the National Health System (NHS) hospitals, the work performed by some hospitals was compromised, which led to a sharp increase in waiting times for surgery.

Keywords: surgical waiting lists; surgical waiting times; SIGIC; surgical episodes; surgical specialties

Lista de Siglas e Acrónimos

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde

ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde

ARSC – Administração Regional de Saúde do Centro

DPC - Departamento de Planeamento e Contratualização

GDH – Grupo Diagnóstico Homogéneo

HD – Hospital de destino

HO – Hospital de origem

ICD-10-CM - Internacional Classification of Diseases – 10th Revision – Clinical Modifications

INE – Instituto Nacional de Estatística

LAC – Livre Acesso e Circulação

LEC - Lista de Espera para Primeira Consulta de Especialidade Hospitalar

LIC – Lista de Inscritos para Cirurgia

MGIC - Manual de gestão de Inscritos para Cirurgia

NHS - National Health Service

NT – Nota de Transferência

OCDE – Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

PECLEC - Programa Especial de Combate às Listas de Espera Cirúrgicas

PERLE – Programa Especial de Recuperação das Listas de Espera

PPMA - Promoção e Monitorização do Acesso

SIGA – Sistema Integrado de Gestão do Acesso

SIGIC - Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia

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

SNS – Serviço Nacional de Saúde

TE – Tempo de Espera

TMRG – Tempo Máximo de Resposta Garantido

UGA – Unidade de Gestão de Acesso

ULGA – Unidade Local de Gestão de Acesso

UMP – União de Misericórdias Portuguesas

URGA – Unidade Regional de Gestão de Acesso

VC – Vale Cirurgia

Lista de Gráficos

Gráfico 1: Número Total de Episódios por HD	22
Gráfico 2: Percentagem de Episódios Validados e Não Validados	23
Gráfico 3: Evolução do Número de Utentes em LIC	32
Gráfico 4: Percentagem de Utentes em LIC com $TE > 1$ em cada Hospital.....	33
Gráfico 5: Percentagem de Utentes em LIC com $TE > 1$, por especialidade, em maio de 2019	34
Gráfico 6: Percentagem de Utentes em LIC com $TE > 1$, por especialidade, em dezembro de 2019	35
Gráfico 7: Percentagem de Utentes em LIC com $TE > 1$, por especialidade e HO, em maio de 2019	36
Gráfico 8: Percentagem de Utentes em LIC com $TE > 1$, por especialidade e HO, em dezembro de 2019	37

Lista de Figuras

Figura 1: Tempos de espera no percurso do utente.....	6
Figura 2: Organograma da ARSC, I.P.	16

Lista de Tabelas

Tabela 1: TMRG para cuidados de saúde cirúrgicos programados	13
Tabela 2: Desconformidades e valor de penalização (em euros)	24
Tabela 3: Número de Episódios por extração	30
Tabela 4: Análise da variável TE por Género do Utente	41
Tabela 5: Análise da variável TE por faixa etária	41
Tabela 6: Análise da variável TE por modalidade da cirurgia	42
Tabela 7: Análise da variável TE por prioridade da cirurgia	42
Tabela 8: Análise da variável TE por indicador oncológico	42
Tabela 9: Análise da variável TE por especialidade da cirurgia	43

Sumário

Introdução	1
Capítulo 1: Enquadramento Teórico.....	3
1.1. Sistema de Saúde Português.....	4
1.2. Gestão da Lista de Espera para Cirurgia.....	5
1.3. Programas de Redução das Listas de Espera em Portugal.....	11
1.3.1. Programa SIGIC.....	12
Capítulo 2: Enquadramento do Estágio.....	15
2.1. Descrição da Entidade de Acolhimento.....	15
2.2. Descrição do Trabalho Desenvolvido.....	17
2.2.1 Processo de validação.....	17
2.2.2. Resumo dos episódios cirúrgicos validados.....	21
2.2.3. Análise dos episódios cirúrgicos.....	21
2.3. Análise Crítica do Estágio.....	24
Capítulo 3: Estudo Empírico.....	28
3.1. Descrição do problema.....	28
3.2. Metodologia.....	28
3.3. Apresentação e Discussão de Resultados.....	31
Conclusão	46
Bibliografia	48
Legislação	50
Anexos	52
Anexo 1.....	52
Anexo 2.....	54
Anexo 3.....	56

Introdução

O acesso aos cuidados de saúde pode ser definido como “a possibilidade dos cidadãos obterem cuidados de saúde apropriados às suas necessidades de modo a alcançarem ganhos em saúde” (ACSS, 2011).

Atualmente, o progresso tecnológico, o envelhecimento populacional e a maior exigência e conhecimento por parte da população têm tornado a gestão dos serviços de saúde cada vez mais importante. Um importante e contínuo desafio neste contexto tem sido os tempos de espera para cirurgia que permanecem um problema grave em diversos países. Nos países com um Serviço Nacional de Saúde, como Portugal, com cuidados de saúde tendencialmente gratuitos, as longas listas de espera são a principal condicionante no acesso aos cuidados de saúde, o que gera consequências negativas para o utente, tais como a deterioração do seu estado de saúde com um possível prolongamento do seu sofrimento.

Neste sentido, têm sido várias as medidas adotadas, ao longo dos últimos anos, para melhorar a qualidade de vida e a satisfação dos utentes e melhorar a gestão das listas de espera, em especial da lista de espera para cirurgia (LIC). A criação do Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia (SIGIC) foi uma medida que trouxe bastantes benefícios para a diminuição das listas de espera para cirurgia em Portugal. No entanto, o número de utentes que esperam para ser intervencionados tem aumentado significativamente, assim como os tempos de espera destes utentes, que ultrapassam os estabelecidos por lei.

Esta situação tem vindo a ser notada pelo Ministério da Saúde e, por conseguinte, de todas as Administrações Regionais de Saúde (ARS). Tendo em conta que a realização deste relatório teve como ponto de partida o estágio curricular realizado na Administração Regional de Saúde do Centro (ARCS) e a preocupação desta entidade em resolver o problema dos episódios que se encontram em lista de espera para cirurgia há mais de um ano, a principal motivação deste relatório foi a análise dos episódios que se encontram em lista de espera para serem intervencionados. Através dos dados facultados pela ARSC pretendemos analisar a LIC dos hospitais da região centro, em diferentes momentos, para realizar uma análise aos episódios, com especial atenção pelos episódios que apresentavam um tempo de espera superior a 365 dias. O foco principal foi a análise da evolução do tempo de espera, assim como perceber quais os hospitais e as especialidades mais afetadas por esta

situação. Foram analisadas variáveis que dizem respeito ao processo clínico do utente de modo a perceber se existiam diferenças entre os utentes com tempo de espera inferior a um ano e os utentes que esperam mais do que um ano por uma intervenção cirúrgica.

Este relatório está dividido em três capítulos. No Capítulo 1 é feita uma revisão de literatura e um enquadramento teórico ao tema. Em primeiro lugar é realizada uma breve apresentação do sistema de saúde português e uma descrição das medidas tomadas nos países da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE) que contribuíram para a redução das listas de espera para cirurgia.

O capítulo 2 inclui uma caracterização da entidade de acolhimento e a descrição das tarefas que foram realizadas ao longo do estágio, com uma análise dos episódios cirúrgicos validados. É apresentada uma análise crítica ao estágio e referido o contributo prestado à ARSC.

O capítulo 3 é dedicado ao estudo empírico, apresentando-se o enquadramento da questão em estudo, a metodologia usada para a análise dos dados, assim como os resultados obtidos e a discussão dos mesmos.

Capítulo 1: Enquadramento Teórico

A saúde é uma prioridade na vida das pessoas e por isso torna-se uma questão política, assim como um dever civilizacional, a que os governos têm de dar resposta para conseguirem responder às necessidades da população.

O aumento do conhecimento e da informação percebida pelos utentes leva a um aumento das preocupações por parte dos cidadãos, ou seja, o cidadão torna-se mais ativo e mais exigente ao longo de todo o seu processo de procura por cuidados de saúde.

O envelhecimento e o aumento da esperança média de vida da população fazem aumentar a procura por cuidados de saúde. Segundo o Pordata, em 2018, a esperança média de vida da população em Portugal era de 80,9 anos, sendo que as mulheres apresentam valores superiores aos homens. A população com idade superior a 65 anos representava 22% do total da população portuguesa, em 2019.

Este aumento do número de idosos conduz a uma maior procura por cuidados hospitalares, uma vez que a par com a longevidade surgem as doenças crónicas. Para além disso, o avanço tecnológico possibilita o surgimento de novos tratamentos à população.

Nos sistemas de saúde não é o preço que determina a quantidade de bens a consumir, como acontece nos mercados tradicionais, uma vez que este é coberto pelos governos ou apresenta preços baixos para o utente (Martin e Smith, 2003).

Um sistema de saúde baseado em financiamento público aumenta a procura pelos cuidados de saúde. Portugal apresenta um modelo Beveredgiano, assim como a Espanha, a Dinamarca ou o Reino Unido. Este modelo surgiu no Reino Unido, resultado da criação do Serviço Nacional de Saúde Britânico (NHS). O financiamento deste sistema é essencialmente através de impostos, embora existam taxas moderadoras pagas pelos utentes no ato do procedimento. Este sistema tem como principal objetivo garantir a universalidade do acesso a cuidados de saúde.

Noutros países, como a Alemanha e a França, o sistema é baseado em seguros sociais obrigatórios, e por isso é chamado de modelo Bismarckiano. Neste caso, os cidadãos contribuem diretamente com valores que são pouco significativos. Esta contribuição está relacionada com o rendimento do cidadão e é partilhada entre empregadores e empregados.

Está estruturado por um sistema de seguros sujeito a um controlo e regulamentação bastante apertada.

1.1. Sistema de Saúde Português

O Sistema de Saúde Português tem por base o Serviço Nacional de Saúde (SNS), mas é também constituído por subsistemas de saúde que estão ligados à atividade profissional, e por seguros de saúde privados.

A partir de 1974, o Sistema de Saúde foi alvo de grandes mudanças, sendo a principal a criação do SNS. O SNS surgiu em 1979, pela Lei n.º 56/79 de 15 de setembro, e permite o acesso universal e equitativo a cuidados de saúde. Este é financiado através do pagamento de impostos. As taxas moderadoras pagas pelos utentes são também um método de financiamento, no entanto apresentam um peso pouco significativo.

A população abrangida pelo SNS é aquela que reside no continente português. Segundo dados do Instituto Nacional de Estatística (INE), em 2019 eram 9 798 859 cidadãos.

Em 1990, foi instituída a Lei n.º 48/90 de 24 de agosto, intitulada Lei de Bases da Saúde. Esta permitiu atenuar as desigualdades e tinha como objetivo assegurar a equidade de acesso aos serviços de saúde. Foi também uma forma de incentivar o setor privado na gestão das entidades hospitalares. Esta lei foi entretanto revogada pela Lei n.º 95/2019 de 4 de setembro.

Ao longo dos anos, temos verificado uma melhoria nos indicadores de saúde e a aplicação de medidas para melhorar a eficácia do SNS.

Os gastos em saúde no nosso país eram muito baixos até 1970, representavam apenas 2,8% do PIB. A partir de 1995, estes gastos começaram a aumentar consideravelmente. Em 2010, a despesa total com saúde em percentagem do PIB foi de 10,4%. Esta ficou acima da média da UE, que registou gastos em saúde correspondentes a 9,8% do PIB. Com a crise económica, entre 2010 e 2014, assistimos a uma queda na despesa pública em saúde. Os programas de combate à crise trouxeram cortes significativos na área da saúde. (Simões et al., 2017)

1.2. Gestão da Lista de Espera para Cirurgia

A gestão da lista de espera é uma preocupação comum a muitos países da OCDE e por isso tem sido uma questão muito debatida.

Para Siciliani et al. (2013), as listas de espera surgem devido ao desequilíbrio entre a oferta e a procura. Existem vários fatores que levam ao aumento da lista de espera, os que mais se destacam são o aumento da esperança média de vida, o aumento dos utentes com doenças crónicas e o desenvolvimento de novas tecnologias.

Segundo Yates (1987), o número de doentes na lista de espera é importante mas o tempo de espera torna-se uma variável bastante mais importante. A lista pode apresentar um número bastante elevado de doentes mas se o tempo médio que cada doente espera for reduzido é sinal que a gestão da lista está a ser bem feita e os episódios estão a ter uma resolução rápida.

De acordo com a Portaria n.º 45/2008, de 15 de janeiro, o tempo de espera para cirurgia pode ser definido como o “número de dias de calendário que medeia entre o momento em que é proposta uma intervenção cirúrgica pelo médico especialista e a observação, o cancelamento do registo ou a saída do utente da LIC.”

As listas de espera e os tempos de espera para cirurgia estão relacionados, contudo estes podem variar de maneira diferente. Existem países em que as lista de espera têm aumentado ao longo do tempo, no entanto os tempos de espera para cirurgia mantêm-se estáveis (Hurst e Siciliani, 2003).

Segundo Reis (2014) é necessário ter em conta vários momentos de espera pelo qual o utente passa. Como é o caso da espera por observação pelo médico de família, espera pela realização dos exames solicitados pelo médico, espera pela decisão do médico sobre os tratamentos necessários e qual a especialidade mais indicada, espera pela consulta de especialidade e por fim o tempo de espera desde que entra em lista de espera até ao momento em que recebe o tratamento ou é admitido para tratamento. Como explicado na figura seguinte.

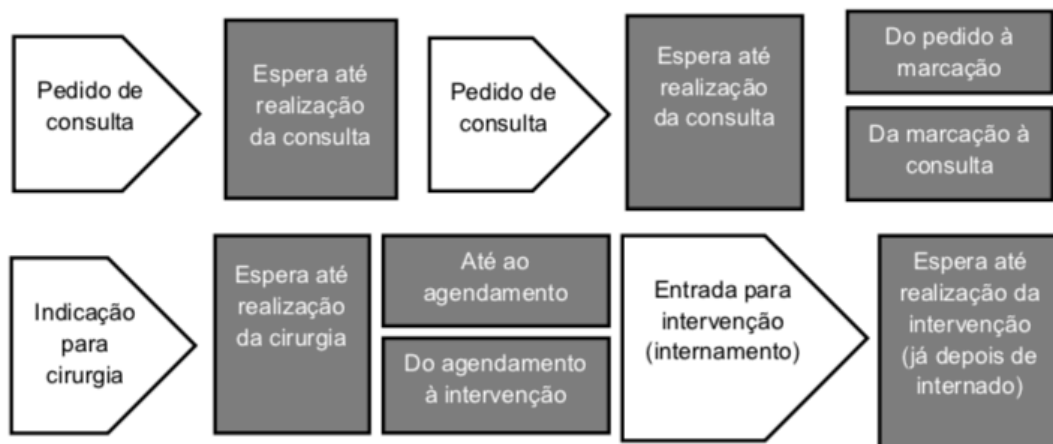


Figura 1: Tempos de espera no percurso do utente

Fonte: Reis (2014)

O governo tem uma tarefa difícil para assegurar a equidade e o acesso de todos os utentes aos cuidados de saúde. Contudo, existe uma desigualdade devido ao poder socioeconómico dos utentes. São vários os estudos que indicam que as pessoas que possuem rendimentos mais elevados têm períodos de espera mais curtos. Uma das principais razões apontadas para esta desigualdade é a participação ativa desde o início do processo e a facilidade de acesso aos prestadores hospitalares (OCDE, 2020).

Para países como os Estados Unidos, Suíça, Alemanha, França e Bélgica, em que os gastos com a saúde per capita ultrapassam a média da OCDE, os tempos de espera são reduzidos. Pelo contrário, para países como Portugal, Espanha e Itália, em que o gasto é abaixo da média da OCDE, os tempos de espera são mais elevados e por isso tornaram-se uma questão a ter em conta. (OCDE, 2013)

Contudo não podemos dizer que gastos elevados no sistema de saúde sejam garantia de tempos de espera mais reduzidos, uma vez que países como a Noruega, Dinamarca e Reino Unido, que gastam acima da média da OCDE, apresentam valores muito altos de tempos de espera. (OCDE, 2013)

Os tempos de espera tornaram-se uma questão política muito importante, principalmente em países com um sistema de saúde onde a cobertura é feita através de

receitas fiscais. Contudo, esta questão tem ganho destaque em países onde o seguro social predomina.

Ao longo do tempo foram várias as medidas estabelecidas por vários países para reduzir os tempos de espera. Estas medidas políticas podem ser do lado da oferta ou da procura, no entanto geram melhores resultados quando são usadas em conjunto.

O número de profissionais de saúde e a capacidade do hospital para realizar os procedimentos cirúrgicos são os principais determinantes do lado da oferta de tratamento. E por isso é sobretudo deste lado que as políticas incidem de modo a incentivar o aumento da capacidade e produtividade dos hospitais. Contudo é necessário ter em conta que o excesso de capacidade não pode ser “armazenado” para ser usado posteriormente (Siciliani et al, 2013). Posto isto é muito difícil combater a falta de profissionais em alguns momentos em que são mais necessários ou por outro lado, o excesso de capacidade dos hospitais noutros momentos.

A forma de pagamento dos médicos e dos restantes profissionais de saúde pode influenciar a sua produtividade, e como consequência contribui para a produtividade do hospital. Se os médicos forem pagos pelo número de intervenções que realizam têm tendência a aumentar a sua produtividade, uma vez que o número de cirurgias realizadas aumenta a sua remuneração. Pelo contrário, se os médicos forem remunerados através de um salário fixo, o aumento de produtividade não é incentivado (Hurst e Siciliani, 2003).

Posto isto, um aumento da remuneração dos médicos aliado à concessão de bónus concedidos aos médicos que alcançarem os objetivos estipulados, pode ser um bom incentivo para que estes aumentem a sua produtividade.

Uma outra medida frequentemente sugerida é a reformulação dos contratos dos profissionais de saúde. Os médicos do setor público desempenham muitas vezes funções no setor privado. São muitos os autores que defendem que esta prática do duplo emprego pode incentivar os cirurgiões a aumentar os tempos de espera no setor público para que os utentes procurem o setor privado para a realização das cirurgias (Hurst e Siciliani, 2005). Esta prática foi prevenida em Portugal com o desenho implementado pelo Programa SIGIC, explicado mais à frente neste capítulo. Este programa impede os profissionais de saúde que desempenham funções nos hospitais do SNS de atuarem como elementos de uma equipa

cirúrgica nos hospitais para os quais os utentes são transferidos ao abrigo da cativação de um Vale Cirurgia (VC) ou Nota de Transferência (NT).

Em 2002, a Irlanda criou o *National Treatment Fund* (NTPF) que tinha como finalidade contratar cuidados hospitalares no setor privado. Esta medida levou alguns hospitais públicos a atrasar tratamentos porque sabiam que os utentes depois seriam operados através deste novo programa (OCDE, 2013).

O financiamento dos hospitais é também um grande fator que influencia a produção hospitalar. Quando se trata de um financiamento baseado nas atividades realizadas, o hospital é pago por cada cirurgia ou exame que realiza. Este método de pagamento pode encorajar a administração do hospital a aumentar os seus níveis de produção. Por outro lado, um financiamento baseado num orçamento fixo não incentiva o hospital a realizar mais intervenções, uma vez que irá receber o mesmo valor qualquer que seja a sua atividade.

Um exemplo de um país que modificou a sua forma de financiamento hospitalar é a Dinamarca. Com a mudança de orçamento fixo para um financiamento baseado na produção conseguiu reduzir o tempo médio de espera em 17% e aumentou o seu volume de atividade em cerca de 13% (Hurst and Siciliani, 2005).

A Holanda é também um bom exemplo de como o financiamento baseado nas atividades pode trazer vantagens. Em 2001, mudou a forma como os hospitais eram financiados, o que gerou uma diminuição substancial do tempo de espera para cirurgia. Em 2000, para realizar uma cirurgia às cataratas ou uma substituição da anca ou do joelho, era preciso esperar em média cerca de 12 semanas. Depois de aplicada esta medida, a espera para cirurgia das cataratas foi reduzida para 5 semanas e o tempo de espera para substituição da anca e do joelho foi também reduzido para 7 semanas. (Siciliani, Borowitz e Moran, 2013). No entanto, a partir de 2013, estes números começaram a aumentar novamente, com a reintrodução do financiamento hospitalar através de um orçamento fixo.

Para além do financiamento habitual, os hospitais recebem financiamentos adicionais para aumentarem a sua produção. São muitos os países da OCDE que usam o financiamento adicional como medida política para combater as longas listas de espera. No entanto, estes não apresentam resultados favoráveis. No início pode existir uma redução das listas e do tempo de espera, no entanto estes tendem a aumentar com o passar do tempo. Uma

explicação para que isto aconteça é o facto de o financiamento adicional acontecer apenas num curto espaço temporal, atua de modo a minimizar os efeitos e não resolve os problemas estruturais das listas de espera.

Espanha foi um dos países que usou o financiamento adicional como medida para combater as listas de espera, em algumas especialidades cirúrgicas. No entanto, esta medida apresentou alguns resultados menos favoráveis. Os profissionais de saúde focaram a sua atividade para atingir as metas nos procedimentos cirúrgicos abrangidos pela medida, o que levou a um aumento dos tempos de espera das outras especialidades.

Portugal implementou vários programas com financiamento adicional para reduzir os tempos de espera, como descrito no ponto 1.3 deste capítulo.

A medida mais usada e mais trabalhada neste momento é a implementação de tempos máximos de resposta garantidos (TMRG). Estes máximos são vistos como uma garantia para o paciente. Os tempos definidos são diferentes para os vários países. Alguns optam por estipular vários momentos de tempo de espera desde que o utente procura ajuda até ao momento em que lhe são prestados todos os serviços, noutros casos o tempo de espera apenas começa a contar quando o doente é adicionado à lista, até ao momento da sua intervenção cirúrgica. Esta diversificação na forma como o tempo de espera é contabilizado torna difícil fazer comparações entre os vários países (OCDE, 2020).

Um dos primeiros países a definir máximos para o tempo de espera foi a Suécia. Numa primeira fase, este tempo foi estabelecido para 12 tipos de cirurgia e fornecia ao utente a possibilidade de ser operado noutro hospital caso o hospital onde se encontrava não conseguisse cumprir os tempos estipulados. No primeiro ano desta medida, o governo financiou os hospitais para que conseguissem pagar os custos da cirurgia no hospital para o qual o utente foi transferido e no qual realizou a cirurgia. No entanto, nos anos seguintes, este financiamento adicional não foi feito, o que levou a um novo aumento dos tempos de espera que tinham diminuído no primeiro ano.

A Finlândia introduziu tempos de espera máximos na sua legislação. Considerou um período de 3 meses para doentes urgentes e 6 meses para doentes não urgentes. Para controlar esta medida, criou uma agência reguladora com autorização para penalizar as entidades que não cumprissem as metas estipuladas. Esta medida gerou efeitos positivos do lado da oferta,

com o aumento das intervenções realizadas, e do lado da procura, com a diminuição da procura por cuidados. Esta redução foi uma consequência de uma melhor gestão realizada pelos médicos especialistas.

Em Inglaterra, a introdução dos tempos de espera máximos foi acompanhada por uma forte supervisão por parte do Ministério da Saúde. Esta medida conseguiu reduzir substancialmente os tempos de espera e praticamente eliminou os utentes em lista de espera há mais de 6 meses. Na especialidade de Ortopedia, o tempo de espera para cirurgias de substituição da anca e do joelho foi reduzido para metade. Os efeitos positivos desta medida levaram à implementação de um plano de longo prazo para reduzir os tempos de espera, com diversas ações do lado da oferta e da procura. (OCDE, 2013)

A implementação destes máximos e as medidas em torno dos mesmos tiveram sucesso em diversos países, no entanto podem ter levado a uma incorreta gestão da lista de espera que gerou alguns efeitos negativos. A principal preocupação é com o nível de prioridade dada aos utentes e à sua cirurgia, uma vez que pode ter sido incorreta.

Numa tentativa de combater a incorreta priorização dos utentes, a Noruega classificou os utentes em três grupos com base na sua condição, necessidade e gravidade. Para cada grupo eram estipulados tempos máximos nos quais o hospital tinha de dar resposta. Ultrapassado o tempo de espera garantido, o utente tinha a possibilidade de ser operado noutra hospital. No entanto, esta medida não teve muito sucesso, uma vez que os resultados não foram significativos. Uma razão apontada para o insucesso desta política foi a inexistência de sanções aplicadas às entidades hospitalares (OCDE, 2013).

A livre escolha por parte dos utentes também constitui uma medida adotada por vários países como é o caso da Noruega, da Suécia e da Inglaterra. Esta medida consiste na possibilidade dos utentes escolherem o hospital ou médico com o qual desejam realizar a intervenção. Isto pode potenciar a escolha por hospitais em que as listas de espera não sejam tão elevadas, assim como os tempos de espera, e diminuir as listas nos hospitais com maiores áreas de atuação. Em Portugal, através do Despacho nº 5911-B/2016, permitiu o Livre Acesso e Circulação (LAC) do utente dentro do SNS. A LAC permite a escolha do utente e do seu médico escolher qualquer instituição em que exista a especialidade para o qual o utente está a ser referenciado. Esta referenciação tem em conta a localização da área de residência do utente e os tempos de espera dos hospitais.

A solução não passa por ter tempos de espera nulos, mas tentar reduzi-los ao máximo e cumprir com os tempos máximos de espera estabelecidos, como lei ou apenas como orientação. Posto isto, o nível ótimo será um equilíbrio entre a procura e oferta, com uma gestão das necessidades dos utentes para que seja construída uma lista com base em prioridades (Barros, 2008). É necessária uma preocupação com os utentes e gerir da melhor forma os recursos para diminuir as listas de espera e o tempo que os doentes esperam para ser intervencionados.

1.3. Programas de Redução das Listas de Espera em Portugal

O primeiro programa para combater o problema das listas de espera foi lançado em 1995 e teve o nome de PERLE – Programa Especial de Recuperação das Listas de Espera criado através de Despacho do Ministro da Saúde de 31 de janeiro de 1995. Este programa previa a contratação de cirurgias aos hospitais privados, com o pagamento pelos hospitais do SNS. Foram selecionadas cinco patologias que apresentavam um maior impacto nas listas de espera: Varizes, histerectomia, cirurgia da próstata, artoplastia da anca e cirurgia de catarata.

Em 1999 foi criado um outro programa de Promoção e Monitorização do Acesso (PPMA). Este tentou reduzir as listas de espera, mas alargou também o seu espectro a acesso a consultas, meios complementares de diagnósticos e terapêuticas hospitalares. O objetivo era aproveitar da melhor forma a capacidade dos hospitais para aumentar a produção, e esta seria paga de forma adicional com uma linha de financiamento específico (OPSS, 2018).

Estes programas tinham em vista apenas os atos cirúrgicos que registavam maior número de utentes e tempo de espera. Em 2002 é então criado o Programa Especial de Combate às Listas de Espera Cirúrgicas (PECLEC), que estende o seu leque de ação a um número mais significativo de patologias, e através de convenções dá uma grande importância ao setor privado como prestadores de serviços de saúde (ACSS, 2011).

A implementação destes programas designadamente aqueles que recorriam a um financiamento acrescido traduziu-se no aumento da lista de espera. Segundo Barros (2008) isto deve-se a dois fatores principais, um deles é a redução da produção normal, uma vez que a produção adicional é incentivada e há um aumento da introdução de doentes em lista.

1.3.1. Programa SIGIC

Em 2004 foi criado o Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia, regulado pela Portaria n.º 45/2008, de 15 de janeiro, e inclui o sector social e privado ao abrigo de contratos de adesão com o SNS. Pretende ultrapassar as deficiências dos anteriores e fazer um melhor acompanhamento e gestão de todo o percurso do utente que aguarda para cirurgia.

Este programa é apoiado por entidades a nível regional, local e central (hospitalares e administrativas) e tem como base um sistema informático que integra todos os hospitais (setor público, privado e social) designado por Sistema Informático de Gestão da Lista de Inscritos para Cirurgia (SIGLIC).

O SIGLIC contém toda a informação do episódio do utente inscrito para cirurgia, desde a proposta cirúrgica até à conclusão do episódio, passando pela fase da realização da cirurgia, da catamnese e do processo de transferência do utente para outra unidade hospitalar.

Este programa é considerado inovador, na medida que desde a sua criação permitiu a partilha de informação entre os vários setores de atividade. Permite assim que todos os hospitais tenham acesso a todo o processo do doente tornando-se uma ferramenta bastante útil para uma melhor coordenação do processo e uma melhor eficácia (ACSS, 2011).

O processo do doente é iniciado quando este se dirige ao hospital do SNS para uma consulta de especialidade. Após esta consulta, o doente pode ser encaminhado para outra consulta de especialidade para uma nova avaliação ou pode ser feita uma proposta cirúrgica que o coloca em LIC. Se o doente estiver numa situação de urgência, a cirurgia é marcada imediatamente e não entra na lista de espera.

Concluída a proposta, o doente tem de entregar uma nota de consentimento para assim ficar inscrito em LIC no hospital de origem (HO) com um nível de prioridade indicada pelo médico.

A partir do momento que é inscrito e entra na lista de espera, começa a contar o Tempo Máximo de Resposta Garantido (TMRG). Estes tempos estão definidos pela Portaria n.º 153/2017 de 4 de maio, apresentados na tabela a seguir.

Tabela 1: TMRG para cuidados de saúde cirúrgicos programados

Nível de Prioridade	Patologia	TMRG (dias)
Normal	Geral	180
	Doença Oncológica	60
Prioritário	Geral	60
	Doença Oncológica	45
Muito Prioritário	Geral	15
	Doença Oncológica	15
Urgência Diferida	Geral	3
	Doença Oncológica	3

Fonte: elaboração própria

Quando um episódio atinge os 50% do TMRG e existe um hospital do SNS ou uma instituição que pertença à União de Misericórdias Portuguesas (UMP)¹, que apresenta disponibilidade para fazer a cirurgia, o sistema emite uma Nota de Transferência com uma lista das unidades hospitalares que são escolhidas tendo em conta a disponibilidade e o tempo de resposta, mas também a área de residência do utente.

Atingido 75% do TMRG, é emitido um Vale Cirurgia alargando o leque ao setor de hospitais sociais e privados em que o utente pode marcar a cirurgia.

Estes hospitais que são apresentados nas NT e nos VC são designados de hospitais de destino (HD).

O utente tem sempre a opção de recusar este vale e permanecer na lista de espera do hospital de origem (HO), mas para isso precisa de preencher a recusa que segue com o VC e apresentar um motivo, reencaminhando-o para as entidades competentes, as URGA.

Se o doente decidir cativar o vale e ser operado no HD, este tem o dever de chamar o doente para uma consulta pré-cirúrgica, e tem a responsabilidade pelo acompanhamento pré-operatório, cirurgia e pelos tratamentos até 60 dias após a alta, sem que seja cobrado qualquer valor ao utente.

¹ Desde 2008, para além dos hospitais do SNS, estão incluídas entidades do setor social com acordo de cooperação com uma ARS e que integram a União de Misericórdias Portuguesas, ao abrigo do acordo estabelecido entre a UMP e o Ministério da Saúde.

Após a conclusão do episódio o HD deve enviar de novo o processo ao HO para que o doente continue a ser seguido no SNS.

O doente pode sair da lista de espera por várias razões desde a desistência da cirurgia por razões pessoais, por falecimento, por recusa do vale cirurgia sem o cativar no hospital de destino ou por cativação do vale cirurgia e realização da cirurgia no hospital de destino.

Com a criação do SIGIC surgiu também a possibilidade de o utente escolher o hospital para o qual quer ser encaminhado. O utente pode escolher o hospital com base nas opções que surgem no seu NT ou VC. Estas opções dadas ao utente têm como base a área de residência e a disponibilidade do serviço de que o utente necessita. Ao analisar as suas opções, o utente pode escolher tendo em conta os critérios que são mais importantes para si. Deste modo, faz com que o cidadão tenha uma participação mais ativa em todo o processo.

Segundo Mosadeghrad (2014), o utente é influenciado por vários fatores, como é o caso das recomendações feitas pelo médico ou por pessoas que lhe são próximas; a competência e a experiência dos profissionais, assim como empatia e compreensão de todos os que estão envolvidos no processo e a reputação do hospital, que é influenciada pelas instalações e pelo ambiente da instituição.

Segundo Barros (2013), a implementação do SIGIC foi bem sucedida, uma vez que levou à redução das listas de espera para cirurgia na ordem dos 35%. Permitiu ainda a redução dos tempos de espera e uma melhoria na gestão de todo o processo do utente. Esta mudança trouxe aumentos de produtividade normal dos hospitais, assim como aumentos a nível da produção adicional nos hospitais pertencentes ao SNS. Quanto à produção contratada ao setor privado, esta também teve um aumento bastante significativo, sendo essencial para diminuir o tempo de espera dos utentes que aguardam por cirurgia e reduzir o número de utentes em lista nos hospitais públicos.

Capítulo 2: Enquadramento do Estágio

Neste capítulo é apresentada a entidade de acolhimento, assim como a Unidade em que decorreu o estágio. São descritas as principais tarefas realizadas e é feita uma análise ao processo de validação dos episódios cirúrgicos. Por fim é feita uma análise crítica ao estágio.

2.1. Descrição da Entidade de Acolhimento

A ARSC integra a administração indireta do Estado. É um instituto público, criado através do Decreto-Lei nº 222/2007 de 29 de maio, dotado de autonomia administrativa, financeira e patrimonial.

A principal missão da ARSC é garantir à população da respetiva área geográfica de intervenção o acesso à prestação de cuidados de saúde, adequando os recursos disponíveis às necessidades, e cumprir políticas e programas de saúde na sua área de intervenção, como consta na Decreto-Lei nº22/2012 de 30 de janeiro.

A área geográfica de atuação da ARSC é a Região Centro, constituída por 78 concelhos, que representam 17% do território de Portugal Continental.

A rede hospitalar desta instituição é constituída por cinco Centros Hospitalares, dois hospitais centrais especializados, um hospital distrital, dois hospitais do setor público administrativo e três hospitais integrados em duas ULS. Tem ainda no seu comando 6 Agrupamentos de Centros de Saúde - ACES (ARSC, 2019).

A ARSC é dirigida por um conselho diretivo constituído por um presidente, um vice-presidente e dois vogais.

De acordo com a Portaria nº 164/2012 de 22 de maio, alterada pela Portaria nº 214/2013 de 27 de junho, a ARSC é constituída por sete serviços centrais: departamentos: Departamento de Saúde Pública, Departamento de Planeamento e Contratualização, Departamento de Gestão e Administração Geral, Departamento de Recursos Humanos e Departamento de Instalações e Equipamentos, Gabinete Jurídico e do Cidadão, e a Divisão de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências. Detém também unidades orgânicas flexíveis e seis ACES, criados por Decreto-Lei nº 28/2008, de 22 de fevereiro.

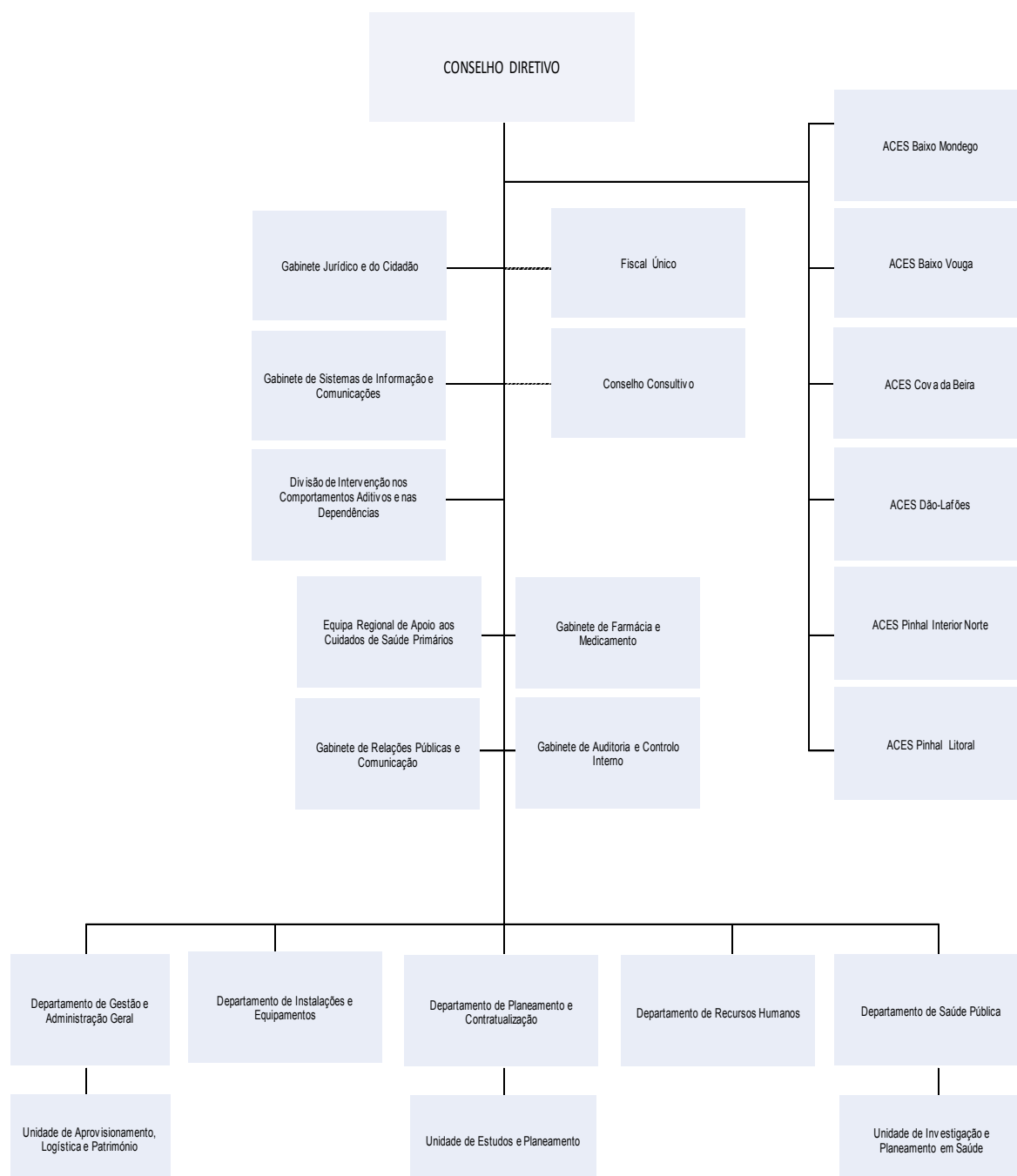


Figura 2: Organograma da ARSC, I.P.

Fonte: ARSC (2019)

Em 2007, foi criada a URGA, que até nova revisão da Lei Orgânica da ARSC ficou alocada no Departamento de Planeamento e Contratualização (DPC). O estágio curricular foi realizado na URGA.

O DPC integra 5 áreas funcionais: Cuidados Primários, Cuidados Hospitalares, Cuidados Continuados Integrados, Prestações Específicas e Unidade Regional de Gestão do Acesso. Compete a este departamento definir os critérios de contratualização de prestações

de saúde como descrito na Portaria nº164/2012 de 22 de maio. Tem sob a sua responsabilidade uma unidade orgânica flexível, Unidade de Estudos e Planeamento.

A URGA surge na sequência da criação do Sistema Integrado de Gestão do Acesso – Serviço Nacional de Saúde (SIGA SNS), regulado pela Portaria n.º 147/2017 de 27 de abril. Este sistema pretende medir e controlar o percurso do doente, implementar uma cultura de transparência de modo a promover a eficiência e a otimização e partilha dos recursos de modo a garantir a melhor resposta do SNS.

Este sistema assenta em três níveis operacionais: ao nível local com as diversas Unidades Locais de Gestão do Acesso (ULGA), criadas nas entidades de saúde hospitalar e de cuidados de saúde primários, a nível regional através das URGA, criadas nas cinco ARS, e a nível central com a Unidade de Gestão do Acesso (UGA), na Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS).

A URGA encontra-se sob a supervisão da UGA tendo o dever de reportar toda a informação que considere relevante e deve obedecer às orientações da mesma, de acordo com o artigo 17º da Portaria n.º 147/2017 de 27 de abril.

Segundo a mesma Portaria, a URGA tem diversas competências, destacando-se o controlo e monitorização das listas de espera e da prestação de cuidados de saúde, garantindo o TMRG e equidade da gestão da Lista de Inscritos para Cirurgia (LIC), e da Lista de Espera para Primeira Consulta de Especialidade Hospitalar (LEC) assim como o processo de transferência de utentes entre instituições do setor público e de outros setores protocolados com o SNS, de modo a certificar-se do cumprimento das regras e protocolos definidos, garantindo ao utente o acesso à informação e a qualidade dos cuidados de saúde prestados e intervir em relação às não conformidades registadas nas instituições da região.

2.2. Descrição do Trabalho Desenvolvido

2.2.1 Processo de validação

A base do estágio na ARSC foi a validação dos episódios cirúrgicos que são realizados em hospitais privados através da cativação, por parte do utente, do Vale Cirurgia emitido.

A análise de cada episódio é feita pela URGA, sendo que um episódio é uma sequência coerente de eventos que são organizados de forma à resolução dos problemas do utente. O episódio começa com a primeira consulta de especialidade e termina com a cirurgia ou com o cancelamento da inscrição em LIC (ACSS, 2011).

Como já referido, quando o hospital público não tem capacidade para realizar o procedimento cirúrgico, o utente pode ser operado num hospital privado ou social através da cativação de um Vale Cirurgia.

Após a realização da cirurgia no hospital de destino e a conclusão do episódio no SIGLIC, o HD gera uma proforma da nota apensa no SIGLIC e este por sua vez calcula o valor a pagar pelo episódio. O preço base a faturar tem em conta a codificação clínica ICD-10-CM (*Internacional Classification of Diseases – 10th Revision – Clinical Modifications*), e está definido na Portaria n.º 254/2018 de 7 de setembro, que alterou a Portaria n.º 207/2017, de 11 de julho. Concluído este processo, o HO tem a responsabilidade de pagar ao HD pela intervenção cirúrgica. Antes da emissão da fatura por parte do HD há uma validação feita pela URGA da ARS da região. Assim, a URGA funciona como intermediário, e também supervisor, entre os hospitais do SNS e as entidades convencionadas, que podem ser do setor social, privado ou público.

O processo de validação de cada episódio inicia-se quando é apresentada à URGA a informação enviada pelos respetivos HD. Esta informação é enviada num ficheiro *Excel* com os números dos Vales de Cirurgia (VC) dos episódios e a data de conclusão do episódio mais recente e mais antigo. A partir desta informação a URGA extrai um relatório que depois é transformado para um ficheiro *Excel* onde se encontram todas as informações relevantes para a validação do episódio. Este ficheiro é enviado para o HO para que este faça uma análise de alguns critérios, como é o caso do Grupo de Diagnóstico Homogéneo (GDH) gerado e dos códigos de diagnóstico e procedimento do episódio, para garantir que o que foi realizado é efetivamente aquilo que era pedido.

Após esta primeira validação por parte do HO, é então realizada uma análise por parte da URGA de vários critérios. Os critérios analisados são os seguintes:

- Identificação do HO e do HD;

- Número do VC e data de cativação do mesmo. A data de cativação é quando o utente aceita a transferência e cativa o VC no HD;

- Nome do utente;

- Proposta Cirúrgica e Lateralidade;

- Modalidade da cirurgia, que pode ser em ambulatório ou convencional, no caso de ser ambulatório o doente permanece menos de 24 horas no hospital. A modalidade da cirurgia não pode ser alterada sem que haja um pedido ao HO ou uma comunicação na rede a explicar o porquê da mudança. Este pedido de alteração tem de seguir as regras estipuladas na Linha Direta nº004/2019.

- Grupo de Diagnóstico Homogéneo (GDH), é um sistema de classificação de episódios cirúrgicos que agrupa doentes tendo em conta o consumo de recursos. O GDH previsional tem de ser igual ao realizado, assim como os procedimentos pedidos;

- Equipa cirúrgica completa, de acordo com as indicações do Manual de gestão de Inscritos para Cirurgia (MGIC) para cada tipo de cirurgia. O manual estabelece que cada cirurgia tem de ter um cirurgião principal, cirurgião ajudante, anestesista e enfermeiro. Em casos particulares que também estão descritos no manual podemos não ter todos estes elementos.

- Registo de cirurgia segura;

- Consulta de eventos, têm de estar registadas no SIGLIC pelo menos uma consulta pré-operatória e uma pós-operatória, assim como a data e hora de admissão, da cirurgia e da alta;

- Valor da cirurgia que tem em conta o GDH, e está estabelecido na Portaria n.º 254/2018 de 7 de setembro, que pode variar caso a cirurgia seja realizada em ambulatório ou seja convencional;

- Valor a faturar ao HO, este é o valor da cirurgia que pode ser acrescido caso sejam realizados procedimentos complexos ou exista neoplasia. E deduzido o valor das taxas moderadoras pagas pelo utente.

Juntamente com o ficheiro *Excel*, o HD tem ainda de enviar um documento PDF com alguns documentos importantes para o processo de validação, são eles:

- Vale Cirurgia;
- Ficha de Bloco Operatório;
- Relatório de Anatomia Patológica, quando aplicável;
- Comprovativo de Próteses, se aplicável;
- Comprovativo de pagamento das taxas moderadoras cobradas ao utente ou respetivo comprovativo de isenção.
- Comprovativo de Nota de Alta e Envio do Processo ao HO;
- Outras informações sobre o episódio que o HD considere importantes.

Caso a URGA não encontre erros e esteja tudo como previsto, o processo de faturação avança e o episódio é validado. É enviada tanto ao HD como ao HO, a informação para que seja emitida a fatura e o HD possa cobrar ao HO. Caso exista algum erro, é comunicado ao HD que o episódio não foi validado, solicitando o esclarecimento das dúvidas que tenham surgido e o para que este disponibilize toda a informação necessária.

O processo de faturação do episódio termina quando o HO faz o pagamento ao respetivo HD.

A URGA pode ainda aplicar desconformidades ao HD, isto acontece quando são verificadas alterações ao episódio sem que seja pedida a respetiva autorização ao HO ou exista uma comunicação do HD para o HO. Estas desconformidades podem ser de 10% ou 50% como descrito no Despacho n.º 24 110/2004. Todo o processo é feito em conjunto com o Gabinete Jurídico e do Cidadão da ARSC.

Este processo envolve o contato com várias entidades, que estão descritas nas tabelas presentes no Anexo 1. Estas entidades funcionam como HD ou HO.

2.2.2. Resumo dos episódios cirúrgicos validados

Durante o estágio curricular fiquei responsável por validar 3794 episódios, correspondendo estes a cirurgias realizadas nos anos de 2018, 2019 e 2020. Este número de episódios representa um valor potencial de 8.017.524,57€.

Os episódios podem ter dois desfechos, podem ser validados ou não validados pela URGA. Os episódios validados são enviados ao HO e ao HD para que sejam faturados. Os episódios não validados são devolvidos ao HD para que este realize as devidas correções. As razões pelas quais um episódio não seja validado podem ser diversas, conforme descrito posteriormente neste relatório.

Do total de episódios analisados, 2896 (76,33%) verificaram o cumprimento de todos os critérios estabelecidos. Estes representaram um valor de 6.130.435,72€.

Foram assinalados com erros de registo cerca de 898 episódios, que foram devolvidos ao respetivo HD para que este procedesse às respetivas correções.

Existe ainda a possibilidade do episódio apresentar uma desconformidade para com as regras do Programa SIGIC, como foi explicado anteriormente. Durante o estágio, foram enviados por mim para análise do Gabinete Jurídico da ARSC, para que fosse aplicada uma possível desconformidade, 63 episódios. O somatório dos valores da penalização dos vários episódios é de 8.276,75€. Trata-se de um valor que será deduzido ao valor a faturar pelos HD aos HO, na sequência da desconformidade aplicada.

2.2.3. Análise dos episódios cirúrgicos

Através dos episódios analisados, foi criada uma base de dados que permitiu fazer a análise de alguns pontos importantes. Do total de episódios já referido, foram selecionados os hospitais de destino com um maior número de episódios. Foram retirados da amostra os hospitais que apresentavam um número insignificante. A lista dos hospitais excluídos era constituída principalmente por entidades que pertencem a outras ARS mas que, ao abrigo de uma convenção nacional com o Ministério da Saúde, integram o Programa SIGIC em episódios cujos HO pertencem à ARSC.

A amostra contém 12 hospitais de destino e 9 hospitais de origem. Foram atribuídos números de código para os diversos hospitais para que não possam ser identificados.

Os episódios analisados são fruto da cativação de Vales Cirurgia. Estes vales permitem ao utente escolher o hospital no qual quer ser operado, dentro das possibilidades que se encontram descritas no respetivo vale. Conforme já foi referido, esta escolha é influenciada por fatores como a credibilidade dos profissionais de saúde, a distância à área de residência e pela reputação do hospital (Mosadeghrad, 2014). Deste modo, é natural que o número de episódios seja mais elevado para alguns hospitais do que para outros.

Partindo da análise do gráfico seguinte percebemos que os hospitais 3 e 12 são os que apresentam um maior número de cirurgias realizadas. Quanto aos hospitais 4, 10 e 11, apresentam um número pouco significativo.

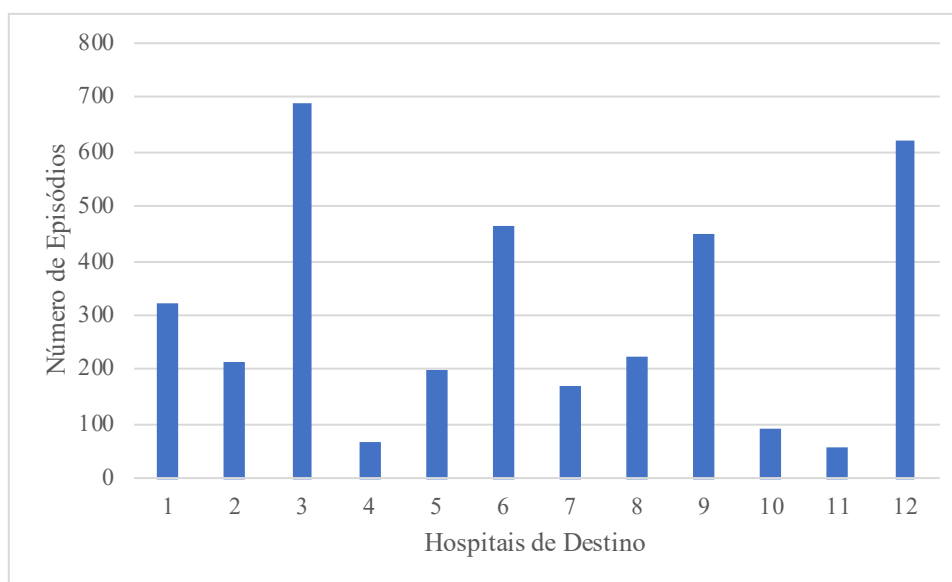


Gráfico 1: Número Total de Episódios por HD

Fonte: elaboração própria

Após uma análise dos dados, podemos verificar que alguns HD apresentam um maior número de episódios não validados do que outros (Gráfico 1), não existe uma proporcionalidade entre o número de episódios total e o número de episódios não validados. Esta desproporcionalidade deve-se ao facto de algumas entidades apostarem numa maior formação dos seus profissionais, assim como no envio atempado e coerente de toda a informação necessária. Pelo contrário, há entidades que são menos expeditas no envio da informação, contribuindo assim para o atraso no processo de validação.

Através do Gráfico 2 concluímos que o hospital 11 apresenta uma taxa de validação abaixo dos 20%, enquanto os hospitais como o 2 e o 4 apresentam uma taxa de validação a

rondar os 90%. Isto significa que a informação enviada pelo hospital 11 apresenta muitas falhas, o que impossibilita a validação do episódio.

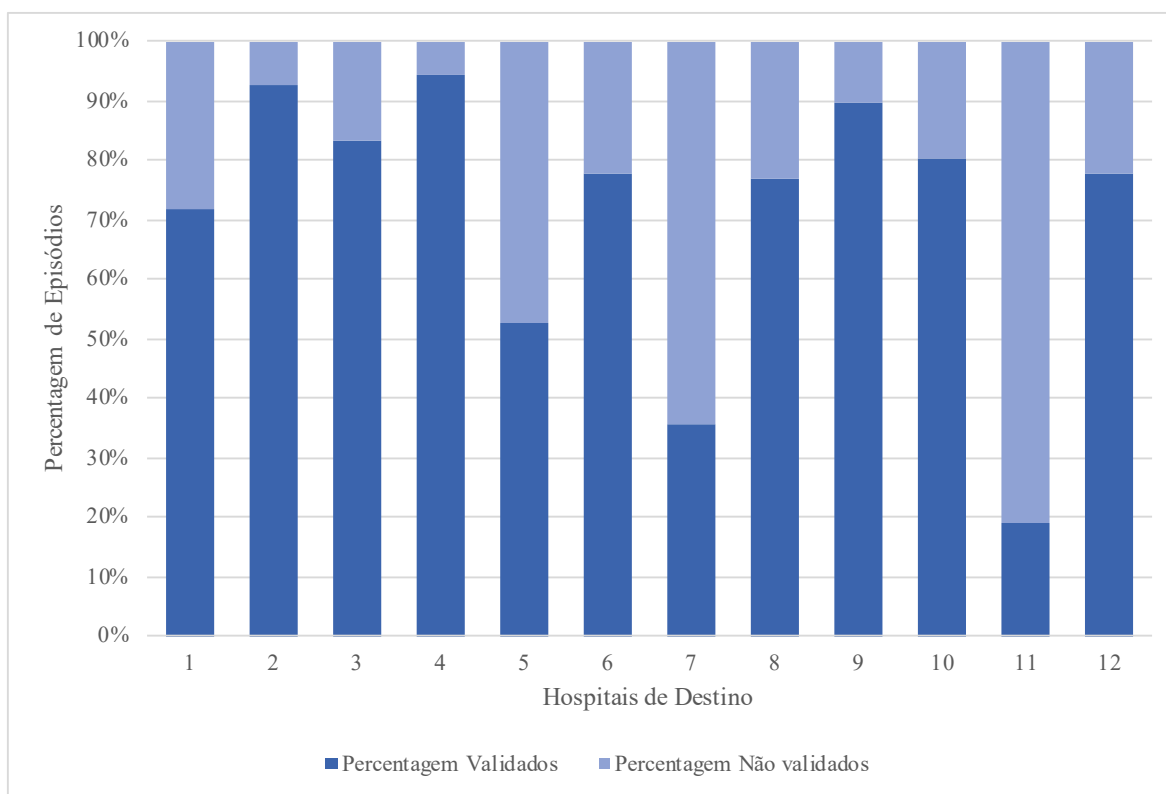


Gráfico 2: *Percentagem de Episódios Validados e Não Validados*

Fonte: elaboração própria

Esta situação por parte de alguns HD torna o processo lento, o que se traduz num atraso dos pagamentos. O HD só pode emitir a fatura ao HO, para receber o respetivo pagamento da cirurgia, depois da validação do episódio pela URGA. Quando o episódio é “não validado” por parte da URGA, o HD não pode emitir a fatura, impossibilitando-o de receber o pagamento pela cirurgia já realizada. É então crucial que o episódio seja validado e é de todo o interesse para o HD enviar toda a informação e cumprir todos os critérios para que receba o pagamento o mais rápido possível.

Os principais motivos pelos quais os episódios não são validados são: falta de comprovativo de pagamento de taxas moderadoras, falta de comprovativo de próteses, falta de envio de processo ao HO, falta de registo de cirurgia segura e de consulta pós-operatória e erros na codificação de diagnósticos e procedimentos que geram GDH diferentes.

Quanto às desconformidades encontradas acontecem sobretudo devido a alteração de modalidade da cirurgia sem cumprimento das regras estipuladas. Para que o HD possa alterar a modalidade da cirurgia, tem de realizar uma comunicação na rede através do SIGLIC a informar ou pedir autorização ao HO. Pode ainda acontecer que a comunicação seja feita após a cirurgia devido ao estado do utente. Caso não exista esta comunicação entre o HD e o HO, é aplicada uma desconformidade de 10% do valor da cirurgia. Os HD têm depois a hipótese de se explicar e apresentar razões para que não seja aplicada a desconformidade.

A percentagem de desconformidades, dos episódios analisados, foi de 1,76%. No entanto é mais elevada em alguns hospitais do que outros. Podemos verificar pela Tabela 2 que o hospital 12 é aquele que apresenta um maior valor de penalização, uma vez que apresenta o maior número de desconformidades (36). Os hospitais 2, 5, 7 e 10 não sofreram nenhuma penalização por desconformidade. Quando olhamos para a média da penalização por hospital apercebemo-nos que é mais elevada no hospital 11, embora este apresente apenas 3 desconformidades, isto deve-se ao facto de o valor para cada tipo de cirurgia ser diferente, e por isso uma cirurgia com um valor mais elevado dá origem a uma maior penalização.

Tabela 2: *Desconformidades e valor de penalização (em euros)*

Hospital	Valor de Penalização (euros)	Número de desconformidades	Média Penalização (euros)
1	124,72	2	62,36
3	484,744	3	161,581333
4	158,32	1	158,32
6	2402,33	16	150,145625
8	140,166	1	140,166
9	83,958	1	83,958
11	507,256	3	169,085333
12	4375,257	36	121,534917
Total	8276,751	63	131,377

Fonte: elaboração própria

2.3. Análise Crítica do Estágio

Ao longo do estágio foi possível perceber melhor o funcionamento do departamento e da importância que a URGA tem no setor da saúde. A URGA possui um grande volume

de trabalho e de grande responsabilidade, o processo de validação é apenas uma pequena fatia.

Foram sentidas algumas dificuldades no início do estágio, uma vez que entrei numa realidade à qual não estava habituada. Prendeu-se com o facto de nunca ter tido contacto com a área da saúde (apenas na unidade curricular de Economia da Saúde na licenciatura) e ser necessário o conhecimento de alguns termos e conceitos, e das etapas que constituem o processo de validação dos episódios cirúrgicos. No entanto isso foi imediatamente ultrapassado com a ajuda de toda a equipa.

Uma outra dificuldade sentida foi o facto de ter validado episódios através de dois métodos. Durante o estágio na ARSC houve algumas mudanças no processo de validação. Os episódios mais antigos eram validados através de um ficheiro *Excel* padronizado pela URGA e preenchido manualmente pelos diversos HD, o que permitia a existência de erros. Era necessária uma verificação de toda a informação para que esta estivesse de acordo com o que estava registado no SIGLIC. A consulta, no SIGLIC, de todos os critérios estabelecidos era demorada, uma vez que era necessário abrir várias “janelas” para ter acesso a todos os dados.

Para os episódios enviados do ano de 2020, o método usado é o descrito no ponto 2.2.1. deste capítulo. A validação é feita através do relatório extraído diretamente do SIGLIC, pela URGA.

Esta mudança trouxe várias vantagens. Em primeiro lugar permitiu acelerar o processo, tornando-o mais fácil e eficaz, uma vez que permitiu a eliminação de vários passos para consultar toda a informação e impossibilita o mau preenchimento do ficheiro por parte dos HD. Todas as informações necessárias estão contidas no ficheiro, apenas é necessário consultar o registo das consultas pré e pós-operatórias no SIGLIC.

No entanto, o processo de validação apresenta algumas limitações. Em primeiro lugar, salienta-se a falta de resposta por parte de alguns HO. Como referido anteriormente, cada HO é responsável por validar algumas informações presentes no ficheiro, contudo existem HO que não fornecem qualquer resposta ou respondem fora dos tempos estabelecidos pela URGA.

Esta transição trouxe alguma confusão para mim, uma vez que a validação era feita de duas maneiras diferentes, o que implicou uma maior concentração e gestão da minha parte.

Outro problema é o facto de cada HD possuir o seu sistema informático, o que torna muitas vezes difícil perceber os registos de consulta e o registo de cirurgia segura. Existem hospitais que não conseguem fazer estes registos no SIGLIC e os comprovativos que enviam para substituir esses registos não são iguais para todos, o que torna mais difícil o trabalho do técnico de validação. Era necessária uma uniformização destes comprovativos.

Para minimizar os danos causados por estes problemas é necessário a URGA estabelecer uma relação mais próxima com todas as entidades, com um contacto permanente, e fornecer as ferramentas necessárias para que o processo de validação seja o mais eficaz possível. A URGA tem investido na formação das várias entidades hospitalares abrangidas pelo programa SIGIC, fornecendo-lhe todas as informações necessárias.

A confiança e disponibilidade demonstrada por todos os elementos da URGA contribui para a melhoria das minhas capacidades de trabalhar em equipa e para o meu crescimento profissional. Permitiu o aprofundamento de conhecimentos e a capacidade de organização e gestão do tempo.

O processo de validação permitiu o contacto com um novo programa informático (SIGLIC) até então desconhecido. Aprofundou os meus conhecimentos do *Excel*, e permitiu explorar novas funcionalidades.

Quanto ao meu contributo pessoal disponibilizado à URGA, considero que foi bastante positivo, uma vez que possibilitou a resolução de um número substancial de episódios. Quando iniciei o meu estágio curricular, encontravam-se muitos episódios do ano 2018 e 2019 que esperavam pela validação da URGA, ou seja, havia um grande atraso na validação devido ao elevado número de cirurgias que são realizadas todos os meses. No entanto, nos meses que tive a oportunidade de trabalhar nesta equipa este atraso conseguiu ser ultrapassado.

Devido à pandemia Covid-19 que levou à declaração de estado de emergência e do confinamento, o estágio na ARSC sofreu um período de pausa em que não foi possível estar presente no local. Esta situação trouxe alguns constrangimentos e angústias, uma vez que

não sabíamos quando iria regressar ao estágio. Contudo, toda a equipa da URGA mostrou-se sempre disponível e fez o melhor para que o regresso fosse rápido e em segurança. O estágio terminaria em Junho de 2020, devido a este período de pausa, decidimos prolongar até ao dia 31 de Julho de 2020. Esta decisão foi uma decisão em conjunto com a entidade de acolhimento, de modo a que ambas as partes não saíssem prejudicadas.

Capítulo 3: Estudo Empírico

Neste capítulo é apresentado o problema que motivou a realização deste estudo, assim como a metodologia, a recolha e análise dos dados utilizados e por fim aos resultados obtidos.

3.1. Descrição do problema

Numa tentativa de melhorar a qualidade do acesso a cuidados de saúde e de reduzir as listas de espera, o Ministério da Saúde deu orientações aos hospitais para que solucionassem os episódios, em lista de espera cirúrgica, que apresentavam um Tempo de Espera (TE) superior a 1 ano (365 dias).

Esta medida foi divulgada em maio de 2019, e pretendia reduzir, até ao final do ano de 2019, o tempo que os utentes esperam por cirurgia. O foco principal eram os episódios com tempos máximos de espera muito elevado por circunstâncias várias, como é o caso da perda ou redução significativa da capacidade técnica e gestão pouco equitativa das listas de espera cirúrgicas. Esta medida tinha um carácter global, mas também era especificada por especialidade.

Como dito anteriormente, os episódios em lista de espera têm um TMRG estabelecido, mas estes tempos têm sido frequentemente ultrapassados. Devido a diversos fatores são cada vez mais os episódios que ultrapassam o TE, e apresentam valores acima dos 365 dias. É de salientar que os TMRG vão no máximo até 180 dias (conforme Tabela 1). Devido ao contexto atual da pandemia por Covid-19 esta situação agravou-se de forma considerável. Os hospitais do SNS receberam ordens do Ministério da Saúde para, durante o estado de emergência, suspender a atividade programada, dedicando os seus recursos à pandemia e a situações mais urgentes (prioritárias).

3.2. Metodologia

Para conseguirmos fazer uma comparação da situação da lista de espera foram usados dados extraídos de vários momentos no tempo.

Assim foram analisadas 5 extrações de dados da lista de espera:

- Extração 1: diz respeito à LIC a 31/12/2017, extraída a 04/01/2018, esta base de dados contém 44334 utentes;

- Extração 2: LIC a 31/12/2018, extraída a 04/01/2019, contém 49486 utentes;

- Extração 3: LIC a 31/05/2019, extraída a 04/06/2019, 50245 utentes;

- Extração 4: LIC a 31/12/2019, extraída a 06/01/2020, 50382 utentes;

- Extração 5: LIC a 31/07/2020, extraída a 04/08/2020, 49112 utentes.

Estes dados são extraídos pela URGA todos os meses e dizem respeito à região centro. Estes dados são uma “fotografia” da lista de espera no momento da extração dos mesmos, ou seja, as bases de dados são constituídas por todos os utentes que se encontram naquele momento a aguardar na lista de espera por uma cirurgia.

As várias extrações contêm dados sobre cada episódio inscrito em LIC: número do processo de origem, data de inclusão, prioridade, idade do utente, sexo, Hospital de Origem, número da LIC de origem, serviço no HO, número da LIC de destino, serviço atual, código de intervenção e sua respetiva designação, modalidade de cirurgia (convencional ou ambulatório), código da patologia, patologia, tempo de espera (em meses), estado atual do utente, data de agendamento, localidade do utente, código do grupo de extração e sua respetiva descrição, código do grupo nosológico e sua respetiva descrição e GDH.

Para fazer a análise começou-se por calcular o TE para cada utente. Este é apresentado em dias, e é resultado da diferença entre a data de inclusão em LIC e a data de extração dos dados. Seguidamente atribui-se o valor 1 a cada episódio que apresente um $TE > 1$, o que significa que o tempo de espera ultrapassa os 365 dias, e atribui-se o valor 0 aos episódios em que o tempo de espera é igual ou inferior a 365 dias.

Nas primeiras três extrações inseriu-se uma nova coluna para caracterizarmos cada episódio pela sua especialidade, uma vez que as extrações de 2020 já apresentam essa coluna. Para a criação desta coluna partiu-se da análise do serviço atual do hospital.

Procedeu-se então a uma seleção dos hospitais de origem. Do número total de hospitais, selecionaram-se os três hospitais que apresentavam episódios com tempos de

espera superiores a 365 dias. Foram atribuídas siglas a cada um deles, para impedir a sua identificação.

Após estas alterações, as bases de dados apresentavam um número de episódios mais reduzido, como é apresentado na Tabela 3.

Tabela 3: Número de Episódios por extração

Extração	Número de episódios total	Número de episódios selecionados	Percentagem de episódios selecionados
1	44334	30970	69,86%
2	49486	36452	73,66%
3	50245	37832	75,29%
4	50382	36758	72,95%
5	49112	36825	74,98%

Fonte: elaboração própria

De modo a fazer uma primeira análise foi calculado o número total de utentes, em cada momento de extração, assim como o número de utentes com tempo de espera superior a 1 ano e com tempo de espera igual ou inferior a 1 ano.

Analisou-se a evolução do número de utentes com tempo de espera superior a 1 ano, assim como a evolução dos inscritos em LIC. Determinou-se a percentagem para cada especialidade relativamente ao total de episódios e também em relação aos episódios que têm o tempo superior a 365 dias.

Numa segunda fase foi realizada uma análise a diversas variáveis ligadas ao processo clínico dos utentes. Esta análise teve por base os dados da extração feita em dezembro de 2019. Analisaram-se várias variáveis associadas ao processo clínico do utente de modo a perceber quais são os grupos mais afetados pelo tempo de espera. Foram realizados testes Qui-quadrado para perceber a relação entre as variáveis. Escolheram-se as variáveis sexo e idade, a modalidade da cirurgia, a prioridade da cirurgia, a indicação oncológica e a especialidade da cirurgia.

A variável sexo foi dividida em Feminino e Masculino. Para a variável idade foram criadas faixas etárias de modo a facilitar a análise.

A modalidade de cirurgia também foi classificada em dois tipos: Cirurgia Convencional ou Cirurgia Ambulatório.

Quanto à Prioridade foram definidos quatro níveis. O nível “Normal”, que diz respeito aos utentes com prioridade normal, “Prioritário”, “Muito Prioritário” e “Urgência Diferida”.

Considerou-se ainda a situação oncológica do utente que pode ser apresentada como “Sim” ou “Não”.

Foram também definidas várias classes para apresentar a especialidade da cirurgia. As classes criadas são denominadas: “Cir_Geral”, “Ortopedia”; “Oftalmologia”; “Neurocirurgia” e “Outras”. A classe “Outras” engloba as cirurgias de especialidade nomeadas a seguir: Cirurgia Maxilo Facial, Cirurgia Plástica e Reconstructiva, Estomatologia, Otorrinolaringologia, Cirurgia Cardiorácica, Cirurgia Pediátrica, Cirurgia Vascular, Dermatologia, Ginecologia, Transplante Hepático, Unidade de Tratamento Cirúrgico da Obesidade e Urologia. Note-se que nesta segunda parte da nossa análise, a categoria ‘Outras’ não coincide com a categoria residual “Outras Especialidades” presente nos gráficos 5 a 8.

Para a análise dos dados foi utilizada como principal ferramenta o *Excel*. Este programa permitiu a criação e modificação de bases de dados de modo a facilitar a análise de toda a informação.

3.3. Apresentação e Discussão de Resultados

Desde o início da nossa análise verificou-se um crescimento do número de utentes em LIC, no entanto este crescimento não é muito significativo. O valor mais elevado foi atingido em maio de 2019.

O número de doentes que apresentavam um tempo de espera superior a um ano aumentou até maio de 2019, mantendo-se quase estável até ao final do ano. No entanto em julho de 2020 atingiu o valor máximo. O número de utentes com tempo de espera igual ou inferior a 365 dias apresentou o seu valor mais elevado em maio de 2019, começando a decrescer a partir desse período.

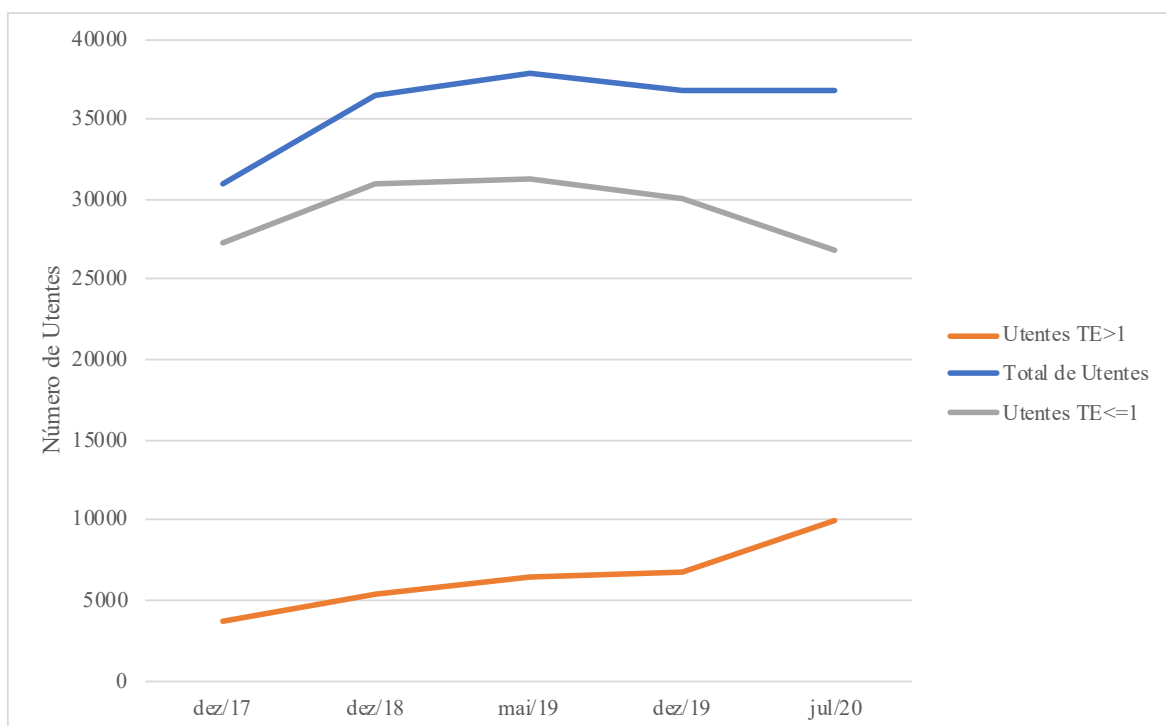


Gráfico 3: Evolução do Número de Utentes em LIC

Fonte: elaboração própria

Ao analisarmos cada HO separadamente apercebemo-nos que o Hospital com maior número de episódios em LIC é o “HO1”, no entanto aquele que apresenta uma maior percentagem de episódios com tempo de espera superior a 1 ano é o “HO2”, que ronda os 29% em dezembro de 2019. O “HO3” é o hospital que apresenta um menor número de utentes em LIC mas também é o que apresenta uma menor percentagem de utentes com TE>1, sendo que o seu valor máximo foi atingido em dezembro de 2019 e ronda os 8%.

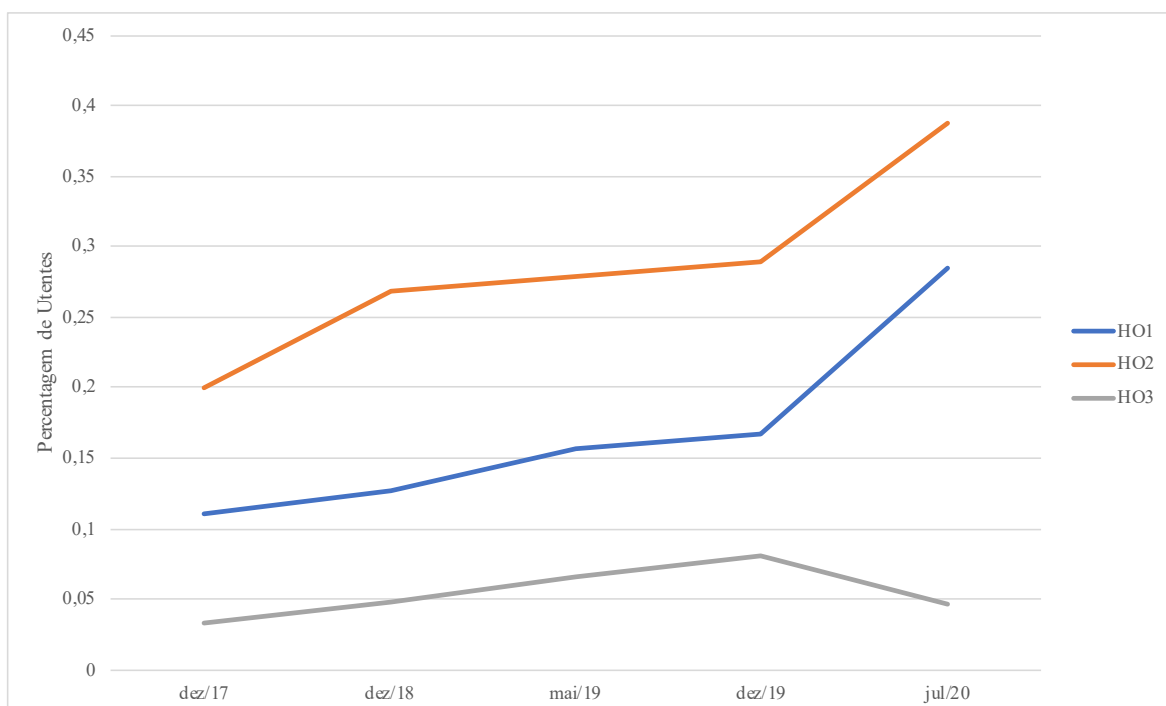


Gráfico 4: *Percentagem de Utentes em LIC com TE>1 em cada Hospital*

Fonte: elaboração própria

Como podemos ver pelos gráficos presentes no Anexo 2, quando observamos cada HO separadamente, verificamos que o número de utentes em LIC diminuiu entre maio de 2019 e dezembro de 2019, no entanto o número de utentes com tempo de espera superior a 1 ano aumentou, apesar deste aumento não ser muito significativo (1%).

Ao analisarmos a taxa de variação, do número de utentes com TE>1, entre períodos homólogos notamos que em dezembro de 2018 apresenta uma taxa de 46% enquanto que em dezembro de 2019 apresenta apenas o valor de 24%. A taxa de variação do número total de episódios, em períodos homólogos, é de 17,7% em dezembro de 2018, enquanto que em dezembro de 2019 é apenas de 0,8%.

A análise incidu sobre os dados de maio e dezembro de 2019 de modo a abarcar o período entre o anúncio pelo Ministério da Saúde da medida descrita anteriormente e o final do ano (antes portanto dos efeitos da Covid-19).

Relativamente ao número de utentes em cada especialidade, a especialidade que apresenta um maior número de utentes em lista é a Oftalmologia. Seguida da Ortopedia, Cirurgia Geral e Otorrinolaringologia.

Como podemos observar no Gráfico a seguir, ao analisarmos os valores de maio de 2019, as especialidades que apresentam um maior número de episódios com tempo de espera superior a um ano é a Ortopedia (37,22%), seguida da Oftalmologia (14,48%) e da Cirurgia Geral (17,48%).

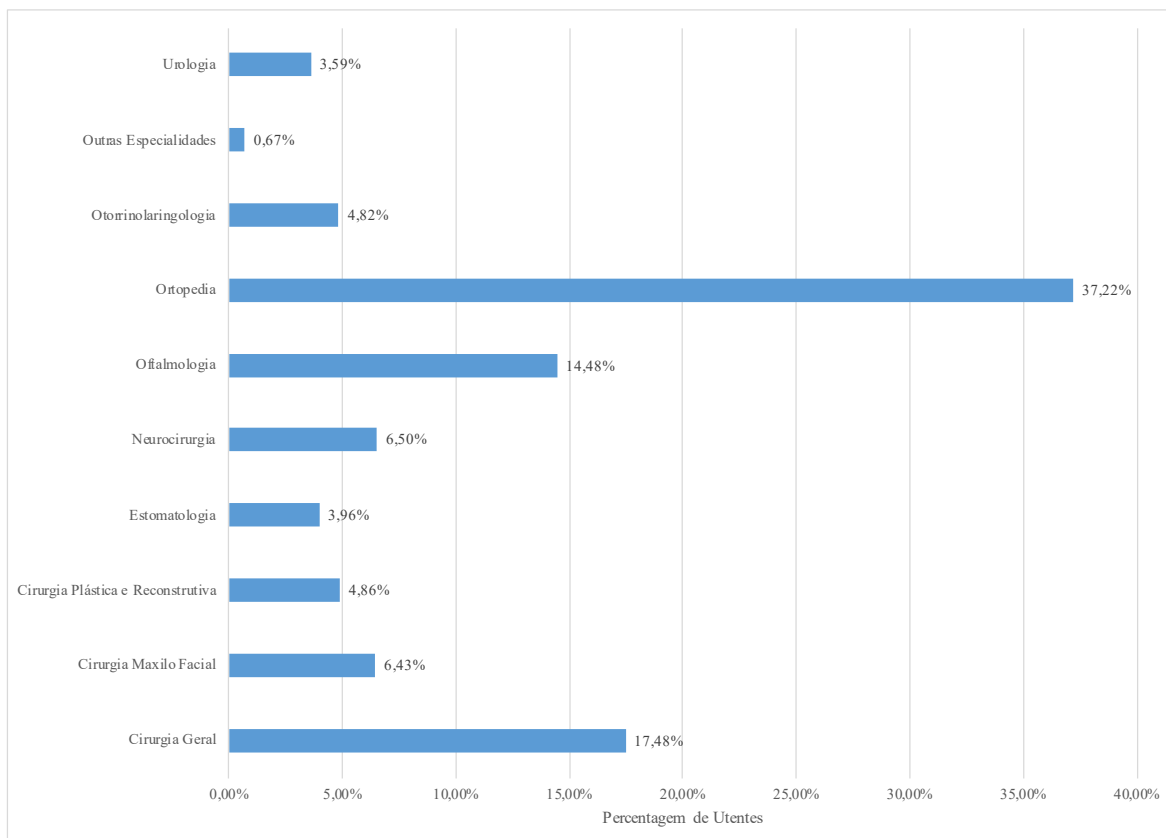


Gráfico 5: Percentagem de Utentes em LIC com $TE > 1$, por especialidade, em maio de 2019

Fonte: elaboração própria

Em dezembro de 2019 a especialidade que apresentava um maior número de utentes em LIC com um tempo de espera superior a 1 ano continuava a ser a Ortopedia, com uma percentagem de utentes superior a 33%. As especialidades de Oftalmologia (16,16%), Neurocirurgia (8,61%) e Otorrinolaringologia (7,42%), também apresentam valores bastantes significativos.

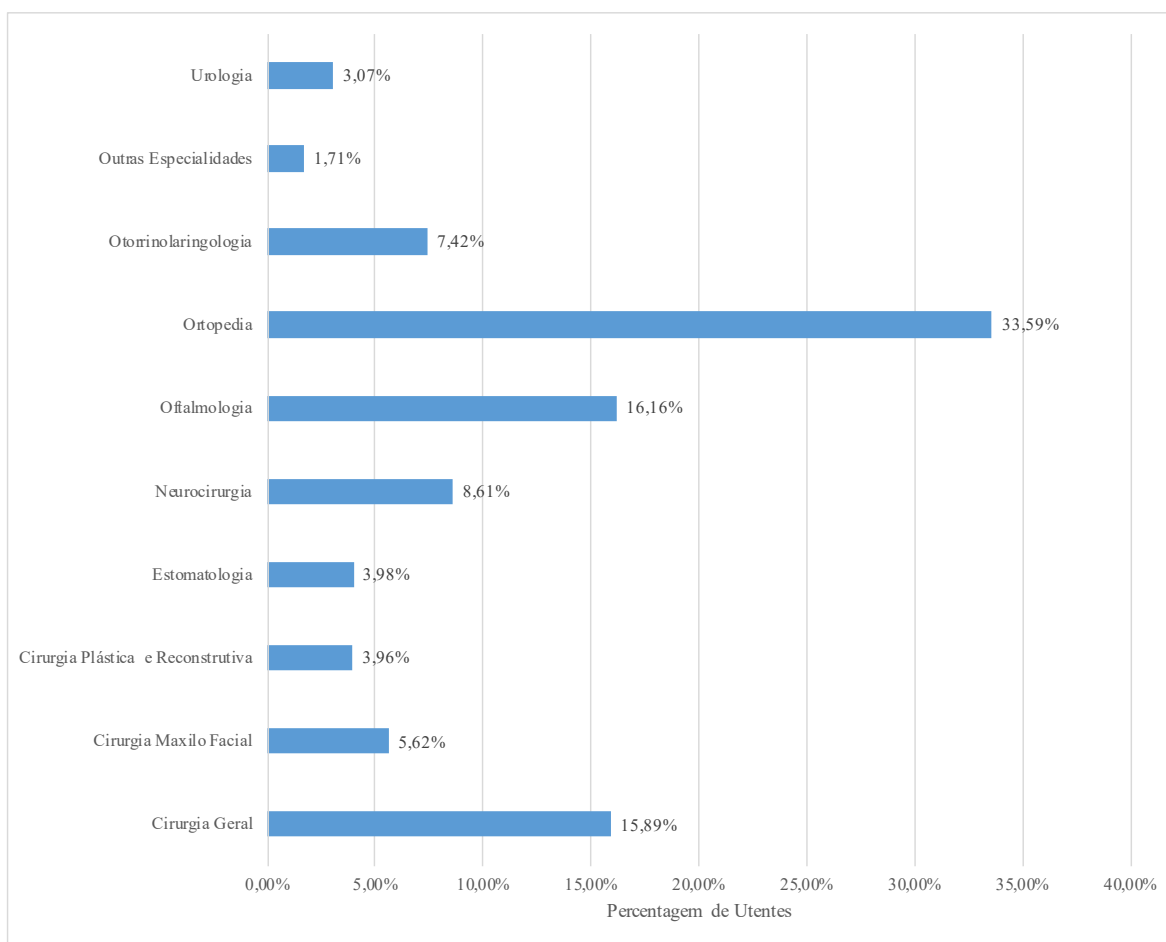


Gráfico 6: Percentagem de Utentes em LIC com $TE > 1$, por especialidade, em dezembro de 2019

Fonte: elaboração própria

Na análise feita a cada HO no mês de maio de 2019, verificamos que as especialidades que apresentam mais utentes com tempo de espera superior a 365 dias são a Oftalmologia, a Ortopedia e a Cirurgia Geral.

Para o “HO2” a especialidade mais afetada é a Ortopedia com uma percentagem de utentes a rondar os 47%. Assim como para o “HO1” que apresenta o valor de 27,12%. No caso do hospital “HO3”, a Cirurgia Geral ultrapassa os 50%, ou seja, 54,56% dos episódios com tempo de espera superior a 1 ano no “HO3” dizem respeito à especialidade de Cirurgia Geral. É de notar que a Ortopedia é também bastante afetada por tempos de espera superiores a 365 dias, uma vez que apresenta valores a rondar os 35%.

A especialidade de “Estomatologia” e “Cirurgia Plástica” apresentam valores significativos para o “HO1”, 8,67% e 10,58% respectivamente. No entanto apresentam valores muito próximos de 0 ou até mesmo 0 nos restantes HO.

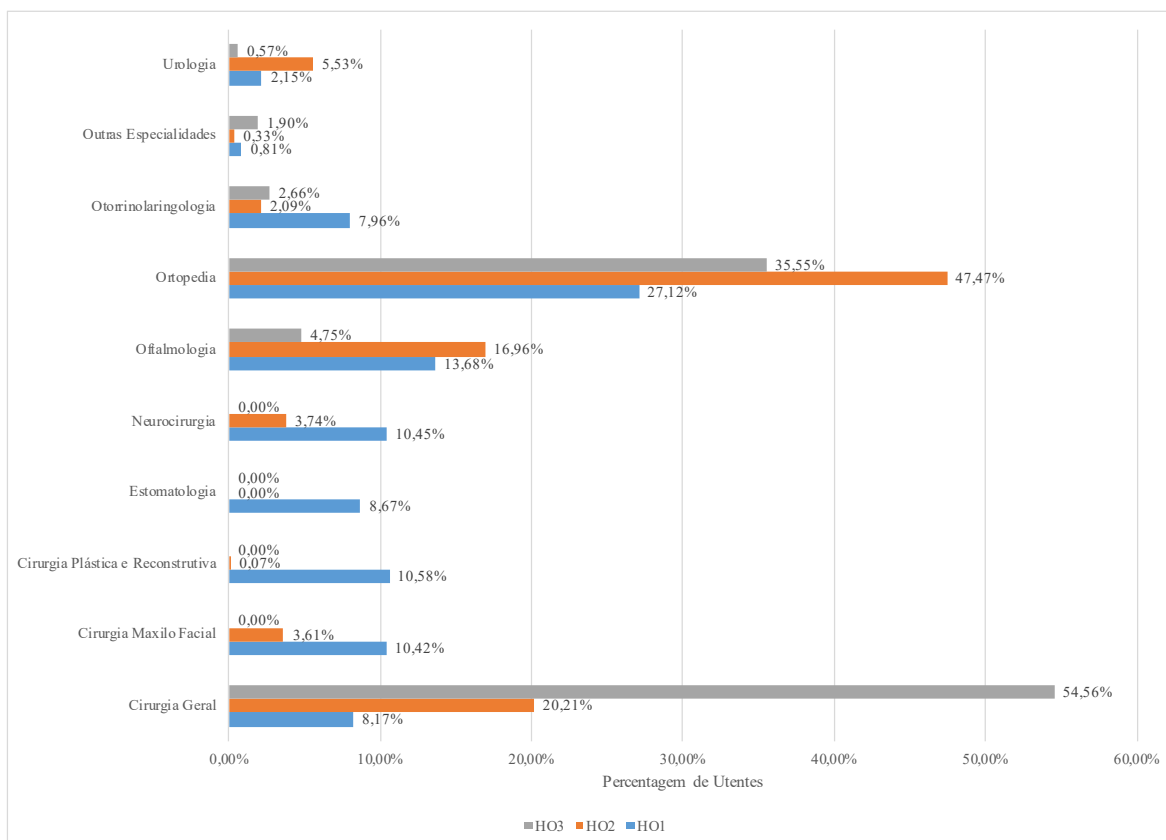


Gráfico 7: Percentagem de Utentes em LIC com TE>1, por especialidade e HO, em maio de 2019

Fonte: elaboração própria

No que respeita aos dados de dezembro de 2019, a especialidade que apresenta mais utentes em lista com tempo de espera superior a 1 ano é a ortopedia para o “HO1” (23,95%) e o “HO2” (33,39%). Para o “HO3”, a especialidade mais problemática é a cirurgia geral que continua a ultrapassar os 50%.

A especialidade de Otorrinolaringologia teve um aumento, entre maio e dezembro de 2019, no “HO3”, passou de 2,66% para 11,55%. Enquanto que a especialidade de Oftalmologia que apresentava valores perto dos 5% em maio de 2019, passou para 0% em dezembro de 2019.

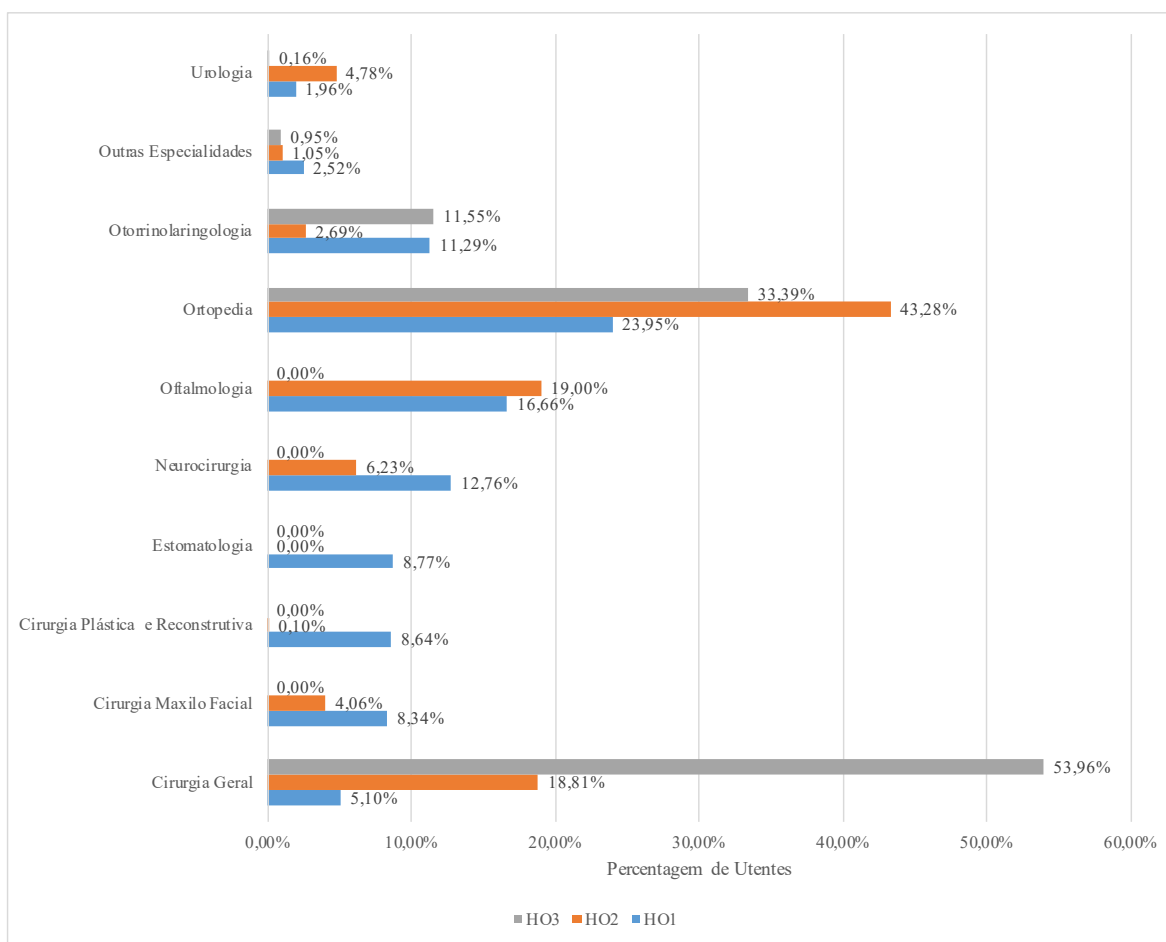


Gráfico 8: Percentagem de Utentes em LIC com TE > 1, por especialidade e HO, em dezembro de 2019

Fonte: elaboração própria

Partindo da análise das extracções feitas em maio e dezembro de 2019, foram construídas tabelas que podem se encontram no Anexo 3. Através destas tabelas conseguimos fazer algumas comparações de modo a perceber quais foram as principais mudanças no número de utentes e no tempo que estes esperam para cirurgia.

Em maio de 2019, a percentagem de utentes em lista de espera com TE > 1 ano era de 17,24%, no conjunto dos três hospitais. No final do ano, a percentagem de episódios aumentou para 18,34%, o que corresponde a 6740 utentes com um tempo de espera superior a 365 dias.

Quanto ao “HO1”, podemos verificar que o número de utentes total diminuiu cerca de 3,57%, no entanto esta diminuição foi resultado da diminuição dos utentes com TE < 1 ano, que contrariou o pequeno aumento do número de utentes em lista há mais de 1 ano

(2,69%). Esta mudança foi acompanhada por uma diminuição do máximo do tempo de espera. No entanto, a média de tempo dos utentes com $TE > 1$ é bastante elevada (616 dias). Este aumento da média resulta do aumento do número de episódios com tempos de espera mais reduzidos.

A especialidade em que o aumento do número de episódios foi mais elevado foi Neurocirurgia, que teve um aumento de perto de 12%, este aumento foi mais significativo nos utentes com tempo de espera superior a 1 ano. Este aumento foi acompanhado também pelo aumento da média e do máximo do tempo de espera. O TE (em dias), para os utentes em lista há mais de 1 ano, teve um aumento bastante significativo, passou de 1503 para 1719 dias, assim como a média que passou de 696 para 751 dias.

A Cirurgia Geral teve uma redução no número total de utentes (30%), acompanhada por um aumento da média do tempo de espera e uma diminuição do máximo, isto acontece uma vez que há uma diminuição significativa nos episódios que apresentavam valores muito altos de tempo de espera, o que faz diminuir o máximo mas aumentar a média, uma vez que o tempo de espera aumenta para os episódios que tinham um valor mais baixo. Podemos então concluir que existiu por parte do hospital uma tentativa de atender os utentes que tinham um tempo de espera mais elevado, de modo a reduzir os episódios em espera há mais de 365 dias.

A Ortopedia sofreu uma redução no número de utentes em lista com $TE > 1$ (9%), com uma redução do máximo do tempo de espera. No entanto, a média aumentou, nos episódios com $TE > 1$ e com $TE \leq 1$. Isto traduz-se num aumento dos tempos de espera nos episódios que antes apresentavam tempos mais reduzidos, ou seja, eliminaram-se os episódios que apresentavam tempo de espera mais elevado, contudo o tempo dos restantes aumentou. Esta era a especialidade que apresentava o tempo de espera mais elevado. O utente que permanecia em lista de espera há mais tempo, apresentava um tempo de espera de 1792 dias.

A especialidade de Oftalmologia sofreu algumas variações significativas. Verificou-se um aumento do número de utentes, com o respetivo aumento da média e do máximo do tempo de espera. Sendo que o máximo teve um aumento relevante, passou de 1260 dias para 1342 dias.

Para as restantes especialidades existiu uma diminuição tanto da média como do máximo do tempo de espera. O número de utentes com tempo de espera superior a 1 ano aumentou, no entanto, este aumento é pouco significativo (5,05%).

No que diz respeito ao “HO2” podemos concluir que a especialidade em que se verificou um maior aumento de utentes com TE>1 foi a Neurocirurgia, em que o número de episódios aumentou 68,14%. A este aumento associa-se um aumento do máximo do tempo de espera que passou de 928 para 1144 dias. Verificamos ainda um aumento da média do tempo de espera para cirurgia.

No caso da Ortopedia houve uma diminuição de cerca de 10% do número de utentes em lista, acompanhada por um aumento do máximo do tempo de espera, assim como da média. Este resultado mostra que embora tenha existido uma diminuição substancial no número de utentes em lista, estes esperam mais tempo pela sua cirurgia. Isto pode acontecer por diversas razões, como o facto do hospital realizar cirurgias com estatuto de “Prioritárias” ou “Muito Prioritárias”, que apresentam TE mais reduzidos, e deixar para trás as restantes cirurgias.

A Oftalmologia apresentou um aumento no número de utentes em listas com TE>1 na ordem dos 13%, com um aumento da média e do máximo do tempo de espera. O utente mais antigo da lista, apresenta um tempo de espera de 1785 dias. O TMRG para uma cirurgia com nível de prioridade “Normal” é de 180 dias, sendo assim, o tempo de espera na especialidade de Oftalmologia é cerca de 10 vezes o valor do TMRG. Esta é uma situação preocupante e que merece especial atenção, uma vez que é a especialidade que apresenta um maior número de utentes em lista.

A especialidade com mais destaque no “HO3” é a Oftalmologia. Apresentou no final de dezembro de 2019, uma lista sem episódios com tempo de espera superior a 1 ano. No final de maio tinha 25 utentes em lista com tempos de espera superiores a 500 dias e com uma média de tempo de espera superior a 450 dias. No entanto conseguiu resolver todos os episódios com tempo de espera superior a um ano, diminuindo a média do total de episódios (107 dias). Nesta especialidade o máximo do tempo de espera passou a ser de 357 dias. O foco nos utentes que esperavam há mais tempo traduziu-se no aumento do número de utentes em lista com tempo inferior a 365 dias,

A Cirurgia Geral teve um aumento bastante significativo no número de utentes com TE>1 ano, cerca de 18%. Este foi acompanhado pelo aumento do máximo do TE, mas com uma diminuição da média. Ao analisarmos a mediana verificamos que existiu uma diminuição entre maio de 2019 e dezembro de 2019, passando de 174 para 167, o que significa que 50% dos utentes em lista apresenta um tempo de espera inferior a 167 dias. O que nos permite concluir que apesar o aumento do número de episódios deveu-se sobretudo ao aumento de episódios com tempos intermédios.

Quanto à especialidade de Ortopedia, verificou-se um aumento de 12,87% dos utentes em lista com tempo de espera superior a 1 ano. O tempo de espera máximo para um utente em lista é de 1047 dias (aumento de 38 dias). A média teve um aumento significativo que se deveu ao aumento do número de utentes com tempos de espera mais elevados.

Concluimos então que o único hospital a conseguir resolver os episódios em lista com TE>1 ano foi o “HO3”, mas apenas o fez para a especialidade de Oftalmologia. Quanto ao “HO1” verificamos que reduziu o máximo de tempo de espera e conseguiu resolver alguns dos episódios com tempos de espera muito elevados, uma vez que a média diminuiu, nomeadamente para a especialidade de Cirurgia Geral. Por fim, no “HO2” assistimos a um aumento bastante significativo do máximo de tempo de espera (que ultrapassa os 200 dias) e de um aumento pouco significativo da média do tempo de espera.

Apresentam-se de seguida os resultados dos testes estatísticos realizados para analisar as diferenças entre as subamostras dos utentes com TE igual ou inferior a um ano e dos utentes com TE superior a um ano. Em dezembro de 2019, a percentagem de utentes em lista de espera cirúrgica com TE>1 era de 18,34%. Isto representa 6740 utentes.

A maioria dos doentes são do sexo feminino e representam 56% da amostra total. As mulheres representam também a maioria dos utentes tanto no grupo $TE \leq 1$ como no grupo $TE > 1$. No entanto, a proporcionalidade difere entre estes dois grupos. A proporção do sexo feminino no grupo com tempo de espera superior a 1 ano (53,86%) é inferior à sua proporção no grupo com tempo de espera igual ou inferior a 1 ano (56,52%). Visto de outra perspetiva, 17,62% das mulheres têm $TE > 1$ enquanto 19,24% dos homens têm $TE > 1$, sendo a diferença entre os sexos estatisticamente significativa (cf resultados obtidos pelo teste Qui-quadrado na tabela 3).

Tabela 4: Análise da variável TE por Género do Utente

Variável	TE≤1	TE>1	$X^2 = 15,83$	p-value<0,001
Feminino	16966	3630		
Masculino	13052	3110		

Fonte: elaboração própria

No que diz respeito à idade dos utentes podemos verificar que a faixa etária com mais utentes em lista é dos 66 aos 85 anos, que representa 42,7% da nossa amostra total. Esta faixa etária é igualmente aquela com maior representatividade no grupo TE≤1 e no grupo TE>1, no entanto, a percentagem dos utentes nesta faixa etária diminui quando se passa de TE≤1 para TE>1. Na tabela 4 são apresentadas as respetivas percentagens e o número de utentes para cada faixa etária.

Tabela 5: Análise da variável TE por faixa etária

Variável	TE≤1		TE>1		Total de Utentes	
	Número	%	Número	%	Número	%
0-25 anos	3178	10,59%	1002	14,87%	4180	11,37%
26 – 45 anos	3751	12,50%	909	13,49%	4660	12,68%
46 – 65 anos	8725	29,07%	2104	31,22%	10829	29,46%
66 – 85 anos	13127	43,73%	2557	37,94%	15684	42,67%
86 – 105 anos	1237	4,12%	168	2,49%	1405	3,82%
Total	30018	100%	6740	100%	36758	100%

Fonte: elaboração própria

O teste Qui-quadrado para esta variável apresentou valores de $X^2 = 183,0138$ e p-value<0,001. Assim, a evidência sugere a existência de diferenças na variável TE em função da idade. No grupo mais jovem (0-25 anos), 23,97% dos utentes apresentavam TE>1, seguido dos grupos 26 aos 45 e 46 aos 65 anos, ambos com cerca de 19% de utentes com TE>1. Só depois vem a faixa etária 66 aos 85 anos em que 16,3% dos utentes têm TE>1. Isto é, embora os utentes com idades entre os 66 e os 85 anos sejam a maioria dos utentes com TE>1, tal sucede porque eles são também a maioria dos utentes em espera e não por terem um risco acrescido de apresentarem um TE>1.

A modalidade da cirurgia que apresenta um maior número de utentes é Ambulatório com 19908 utentes em lista, o que representa 54,2% do total. Mas neste caso a composição do grupo TE≤1 é oposta à composição do grupo TE>1 já que a cirurgia em Ambulatório pesa apenas 28,87% nos utentes com TE>1. De facto, dos utentes à espera para cirurgia em

Ambulatório, menos de 10% apresentava um TE>1. Como era expectável, a diferença entre as duas subamostras é estatisticamente significativa (tabela 5).

Tabela 6: *Análise da variável TE por modalidade da cirurgia*

Variável	TE≤1	TE>1	$\chi^2 = 2125,734$	p-value<0,001
Ambulatório	17962	1946		
Convencional	12056	4794		
Total	30018	6740		

Fonte: elaboração própria

Quanto à prioridade da cirurgia, a maior parte das cirurgias são classificadas como “Normal” (93,7%). Esta prioridade apresenta proporções elevadas nos dois grupos de TE sendo a diferença entre os dois significativa (conforme mostra a tabela 6). Sem surpresa, a prioridade normal tem maior peso no grupo de TE>1, atingindo os 98,45% do total deste. Ainda assim, 4,52% dos utentes do nível prioritário encontravam-se à espera há mais de um ano.

Tabela 7: *Análise da variável TE por prioridade da cirurgia*

Variável	TE≤1	TE >1	$\chi^2 = 312,4575$	p-value<0,001
Normal	27823	6636		
Prioritário	2195	104		
Total	30018	6740		

Fonte: elaboração própria

Em relação ao indicador oncológico, verificamos que existe uma pequena percentagem de utentes que apresentam situação oncológica, estes utentes representam apenas 2,3% da amostra. Do número total de utentes presentes na amostra, 18,34% apresentava tempos de espera superiores a 1 ano. Sendo que no grupo TE>1, 0,17% dos utentes apresentam situação oncológica. Percebemos pela tabela 8 que existe uma diferença na nossa amostra, e é significativa (p-value<0,001).

Tabela 8: *Análise da variável TE por indicador oncológico*

Variável	TE≤1	TE>1	$\chi^2 = 169,4756$	p-value<0,001
N	29167	6728		
S	851	12		
Total	30018	6740		

Fonte: elaboração própria

No que diz respeito à especialidade da cirurgia, concluímos que as variáveis apresentam uma diferença estatisticamente significativa. O teste Qui-quadrado realizado obteve valores de $p\text{-value} < 0,001$, o que significa que há uma diferença significativa entre as variáveis na nossa amostra ($X^2 = 1517,3266$).

Tabela 9: Análise da variável TE por especialidade da cirurgia

Variável	TE≤1		TE>1	
	Número	%	Número	%
Cirurgia Geral	4548	15,15%	1071	15,89%
Neurocirurgia	1004	3,34%	580	8,61%
Oftalmologia	10369	34,54%	1089	16,16%
Ortopedia	5661	18,86%	2264	33,59%
Outras	8436	28,10%	1736	25,76%
Total	30018	100%	6740	100%

Fonte: elaboração própria

No grupo com $TE \leq 1$, a especialidade com maior peso é a Oftalmologia (34,54%) enquanto no grupo $TE > 1$ a especialidade com maior representatividade é a Ortopedia (33,59%). A especialidade Neurocirurgia, com um total de 1584 utentes, não tem um peso elevado na amostra, mas é a especialidade em que uma maior percentagem dos utentes em espera se encontra nessa situação há mais de um ano - 36,61% dos doentes de Neurocirurgia estavam à espera há mais de um ano.

Os tempos de espera já eram uma preocupação enorme no nosso país, mas a situação agravou-se com a situação pandémica que vivemos nos últimos meses e que se tem prolongado. As cirurgias em Portugal foram canceladas por um período bastante alargado, o que fez com que os tempos médios de espera nos hospitais aumentassem para níveis bastante mais elevados. Os pequenos passos alcançados entre maio e dezembro de 2019 foram completamente aniquilados.

Ao olharmos para os dados de julho de 2020, que se encontram resumidos nas tabelas apresentadas no anexo 3, podemos concluir que o número de episódios em lista, com $TE > 1$, aumentou significativamente para os hospitais HO1 e HO2. O número de episódios com um tempo de espera inferior a um ano sofreu uma diminuição (13,39% para HO1 e 4,98% para HO2). A explicação para estes resultados é o facto, de no período de confinamento, a resolução de episódios mais prioritários se manter com resolução, ou seja, os episódios com

$TE \leq 1$. No entanto, os episódios com $TE > 1$ ano sofreram uma degradação nos seus tempos de espera.

Esta redução dos episódios com tempo de espera inferior a um ano pode ser explicada devido ao facto de no período em que esteve declarado o estado de emergência e a situação de calamidade não terem existido consultas de especialidade nos hospitais, ou seja, não houve referência por parte dos médicos especialistas para que o utente pudesse entrar em lista de espera.

Durante o período de cerca de 3 meses, não foram efetuadas intervenções cirúrgicas programadas. Este é o fator principal para o aumento do número de utentes em lista com tempo de espera superior a 365 dias. Neste período os utentes que se encontravam em lista de espera não foram intervencionados, o que se traduziu num aumento do número de dias que permaneceram em lista. Assim, verificamos um aumento do máximo de tempo de espera em praticamente todas as especialidades cirúrgicas.

Uma outra razão prende-se pelo facto de os utentes terem rejeitado os Vales Cirurgia sem nenhuma justificação, ou simplesmente não terem enviado a recusa do mesmo. Esta atitude retira o utente da lista de espera do hospital.

Para o hospital HO1, a especialidade de Neurologia continua a ser a que apresenta o utente com tempo de espera mais elevado, 1930 dias. Este número ultrapassa largamente o estipulado pelos TMRG, assim como os 365 dias estipulados pelo Ministério da Saúde.

O aumento do número de utentes com tempo de espera superior a 365 dias é muito elevado na especialidade de Oftalmologia, ultrapassa os 200%.

Nas especialidades de Cirurgia Geral e Ortopedia assistimos a um aumento do número de utentes em LIC com $TE > 1$, a rondar os 50% para a Cirurgia Geral e os 40% em Ortopedia. Em ambas as especialidades, registou-se um aumento significativo da média de tempo de espera.

No que diz respeito ao HO2, a especialidade mais afetada foi a Oftalmologia. Apesar da diminuição do máximo de tempo de espera, verificamos um aumento da média de TE. Este aumento deve-se ao aumento de cerca de 106% do número de episódios com tempo de espera superior a 365 dias.

As especialidades de Cirurgia Geral e Ortopedia revelam também um aumento significativo do máximo e da média do tempo de espera.

A especialidade de Neurologia teve um aumento do número de utentes com TE>1 a rondar os 37%, no entanto o número total de episódios em lista diminuiu devido à diminuição substancial dos episódios com menos de 1 ano.

No caso do HO3, verificamos que o número de utentes em lista diminuiu, assim como o número de utentes com tempo de espera há mais de 1 ano. O hospital tinha um plano de recuperação com medidas para eliminar as cirurgias mais antigas e consequentemente reduzir o tempo de espera. Como vimos anteriormente, este plano estava a gerar efeitos positivos. Apesar da inexistência de intervenções cirúrgicas durante o período de confinamento, o HO3 conseguiu nos meses seguintes recuperar a sua atividade com uma boa execução da sua atividade cirúrgica, e continuar o bom caminho que percorria antes desta interrupção.

No que diz respeito ao número total de episódios em LIC, verificamos uma diminuição em todas as especialidades. A especialidade de Ortopedia teve a diminuição mais significativa, que se deve sobretudo a uma grande diminuição dos utentes em lista de espera há mais de 1 ano (85,31%). Quanto à Oftalmologia, o HO3 voltou a ter episódios em lista que ultrapassam os 365 dias, no entanto esse valor é pouco significativo (3 utentes).

Concluimos que existiu uma redução na média e nos máximos de tempo de espera em praticamente todas as especialidades. Destaca-se a Cirurgia Geral, em que o máximo de tempo de espera foi reduzido em mais de 450 dias. Na especialidade de Ortopedia o máximo sofreu também uma redução que ultrapassa os 300 dias. O valor apresentado em dezembro de 2019 era de 1047, passando em julho de 2020 a ser de 699 dias.

Isto revela um empenho por parte do referido hospital, que em “tempos de crise” conseguiu cumprir alguns objetivos, aplicando medidas que lhe permitiram gerar efeitos bastante positivos.

Conclusão

O estágio curricular realizado na Administração Regional de Saúde do Centro permitiu um crescimento tanto a nível pessoal como profissional. Permitiu um melhor conhecimento e interesse pela área da saúde. Forneceu a oportunidade de ter uma primeira interação com o mercado de trabalho, que era quase desconhecido até aqui. Além disso foi possível desenvolver competências que me serão bastante úteis no futuro.

Através da literatura abordada verificamos que existiram várias medidas utilizadas ao longo do tempo que manifestaram efeitos positivos, no entanto existiram outras que não conseguiram alcançar os objetivos propostos.

O presente relatório tinha como finalidade analisar os episódios em lista de espera, com especial interesse naqueles que apresentavam um tempo de espera superior a um ano. O principal objetivo era perceber quais os hospitais com mais problemas, assim como as especialidades mais afetadas. No que diz respeito aos hospitais, vimos uma tentativa por parte do HO3 em combater o problema dos tempos de espera para cirurgia. No entanto, não foram verificadas melhorias significativas nos restantes hospitais. A especialidade com maior variação foi a Oftalmologia, em particular no HO3. Quanto às restantes especialidades, houve uma diminuição do máximo do tempo de espera, o que levou também a uma diminuição da média. São pequenos passos que levam a uma maior satisfação por parte dos utentes e à melhoria da sua saúde.

A pandemia Covid-19 causou bastantes danos ao nível da produção hospitalar e da realização de intervenções cirúrgicas. Os pequenos passos conquistados nos meses anteriores ao estado de emergência foram completamente “apagados” pelo caos instalado nos últimos meses.

A situação que vivemos trouxe também alguns benefícios, como é o caso do uso de novas tecnologias que podem ser uma grande ajuda no combate aos tempos de espera primários e na facilidade de acesso aos cuidados de saúde, como é o caso da realização de teleconsultas. (OCDE, 2020). Esta pode ser uma forma de agilizar todo o processo, tornando-o mais rápido.

Este estudo pretende alertar para uma situação que já é conhecida de todos mas para a qual as medidas adotadas ainda não permitiram a resolução do problema. Este pode servir

como ponto de partida para uma análise mais aprofundada, tendo em conta a produção hospitalar, o número de blocos disponibilizados para a realização das intervenções cirúrgicas e o número de médicos disponíveis. Pode ser importante comparar os resultados obtidos com os dados a nível nacional ou regional, para perceber se diferem dos dados da região Centro, uma vez que o problema das listas de espera abrange todo o território.

Esta análise pode contribuir para futuras medidas adotadas nos hospitais para tentar minimizar os tempos de espera, tendo em conta as variáveis mais afetadas.

O bem-estar dos utentes será sempre uma variável de maior importância, assim é necessário adequar as políticas de saúde para proporcionar aos cidadãos uma melhor qualidade de vida e o acesso em tempos razoáveis aos cuidados de saúde.

Bibliografia

Antunes, P., & Ferreira, P. L. (2018). Gestão Integrada do Acesso. Meio Caminho Andado: Relatório Primavera 2018, 153-158. Obtido em março, 2020. Disponível: <http://opss.pt/wp-content/uploads/2018/06/relatorio-primavera-2018.pdf>

ARSC (2019). Plano de Atividades de 2019. Coimbra: Administração Regional de Saúde do Centro, IP.

ACSS (2011) Manual de Gestão de Inscritos para Cirurgia. Obtido em março, 2020 Disponível: <http://www.acss.min-saude.pt/2016/12/14/sistema-integrado-de-gestao-de-inscritos-para-cirurgia-sigic/>

Barros, P. (2008). As Listas de Espera para Intervenção Cirúrgica em Portugal. Instituto Português de Relações Internacionais e Segurança, Lisboa, Portugal.

Barros, P. P., Cristóvão, R., & Gomes, P. A. (2013). Portugal. In L. Siciliani, M. Borowitz, & V. Moran (Eds.), *Waiting Time Policies in the Health Sector: What Works?* (pp. 237-261). OECD Health Policy Studies: OECD Publishing. Obtido em março, 2020. Disponível: <https://doi.org/10.1787/9789264179080-en>

Hurst, J.; Siciliani, L. (2003). Tackling excessive waiting times for elective surgery: a comparison of policies in twelve OECD countries. Paris: OECD, 2003. (OECD Health Working Papers; 6). Obtido em março, 2020. Disponível: <https://www.oecd.org/els/health-systems/5162353.pdf>

Mosadeghrad, A. M. (2014). Patient choice of a hospital: implications for health policy and management. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 27(2), 152–164.

OECD (2017), “Waiting times for elective surgery”, in *Health at a Glance 2017: OECD Indicators*, OECD Publishing, Paris. Obtido em março, 2020. Disponível: https://doi.org/10.1787/health_glance-2017-28-en

OECD (2020), *Waiting Times for Health Services: Next in Line*, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, Paris. Obtido em março, 2020. Disponível: <https://doi.org/10.1787/242e3c8c-en>

Siciliani, L; Borowitz, M., Moran, V., & Dixon, H. (2013). *Measuring waiting times across OECD countries*. OECD Health Policy Studies: OECD Publishing.

Simões J, Augusto GF, Fronteira I et al. (2017) Portugal: Health system review. *Health Systems in Transition* 19(2):1–184.

Reis, P. (2014). *Tempos de espera cirúrgicos: situação em Portugal e determinantes*. Escola Nacional de Saúde Pública, Universidade Nova de Lisboa.

Yates, J. (1987). *Why are we waiting? An analysis of hospital waiting lists*. Oxford University Press, New York.

Legislação

Decreto-Lei n.º 22/2012 de 30 de janeiro. Diário da República n.º 21/2012, Série I.
Lisboa: Ministério da Saúde

Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de fevereiro. Diário da República n.º 38/2008, Série I.
Lisboa: Ministério da Saúde

Decreto-Lei n.º 222/2007 de 29 de maio. Diário da República n.º 103/2007, Série I.
Lisboa: Ministério da Saúde

Despacho n.º 24 110/2004, de 23 de novembro. Diário da República n.º 275/2004,
Série II. Lisboa: Ministério da Saúde

Despacho n.º 5911-B/2016, de 3 de maio. Diário da República n.º 85/2016, 2º
Suplemento, Série II. Lisboa: Gabinete do Secretário de Estado da Saúde

Lei n.º 56/79, de 15 de setembro. Diário da República n.º 214/1979, Série I. Lisboa:
Assembleia da República

Portaria n.º 45/2008, de 15 de janeiro. Diário da República n.º 10/2008, Série I.
Lisboa: Ministério da Saúde

Portaria n.º 147/2017, de 27 de abril. Diário da República n.º 82/2017, Série I. Lisboa:
Ministério da Saúde

Portaria n.º 153/2017, de 4 de maio. Diário da República n.º 86/2017, Série I. Lisboa:
Ministério da Saúde

Portaria n.º 164/2012 de 22 de maio. Diário da República n.º 99/2012, Série I. Lisboa:
Ministérios das Finanças e da Saúde

Portaria n.º 207/2017, de 11 de julho. Diário da República n.º 132/2017, Série I.
Lisboa: Ministério da Saúde

Portaria n.º 254/2018, de 7 de setembro. Diário da República n.º 173/2018, Série I.
Lisboa: Ministério da Saúde

Portaria n.º 214/2013, de 27 de junho. Diário da República n.º 122/2013, Série I.
Lisboa: Ministérios das Finanças e da Saúde

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

Anexos

Anexo 1

Tabela A1: Entidades que atuam como hospital de origem

Hospitais de Origem

Centro Hospitalar Baixo Vouga, EPE

Centro Hospitalar da Universidade de Coimbra

Centro Hospitalar de Leiria, EPE

Centro Hospitalar Tondela-Viseu, EPE

Centro Hospitalar Universitário Cova da Beira, EPE

Hospital Arcebispo João Crisóstomo

Hospital Distrital da Figueira da Foz

Hospital Dr. Francisco Zagalo

Instituto Português de Oncologia de Coimbra

Unidade Local de Saúde da Guarda, EPE

Unidade Local de Saúde de Castelo Branco, EPE

Fonte: elaboração própria

Tabela A2: Entidades que atuam como Hospital de destino

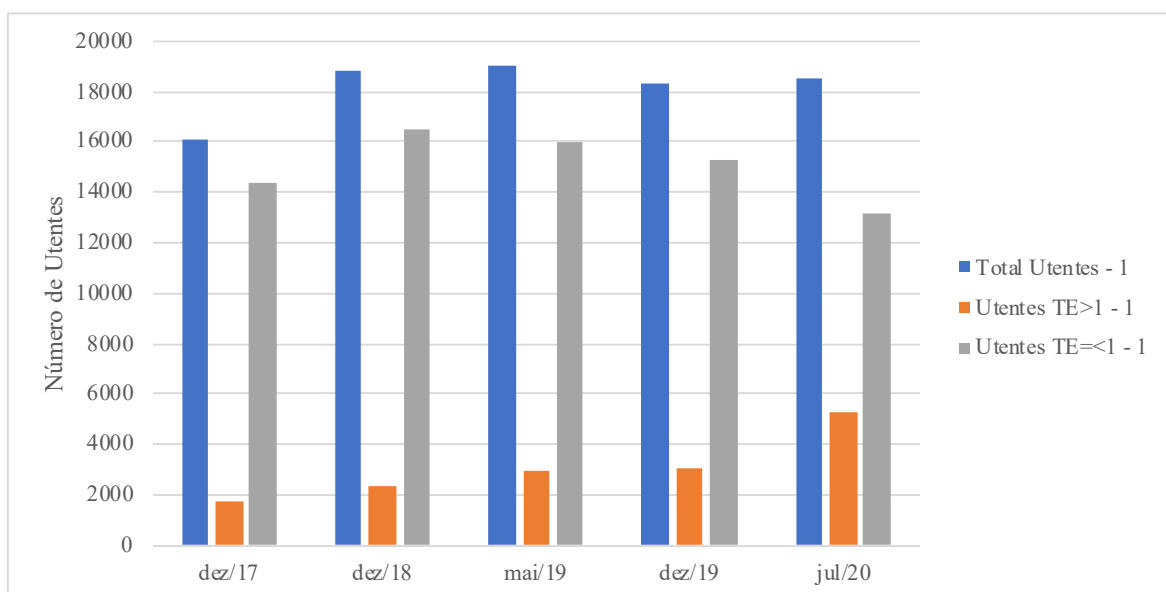
Hospitais de Destino

Casa de Repouso de Coimbra
Centro Cirúrgico de Coimbra
Centro Hospitalar S. Francisco
Clínica Montes Claros
Clínica Particular Barcelos
Clínica da Marinha Grande, LDA
Confraria Nossa Senhora da Nazaré
Fundação Aurélio Amaro Diniz
Fundação Nossa Senhora da Guia - Avelar
Hospital da Luz - Aveiro
Hospital da Luz - Coimbra
Hospital da Luz - Oiã
Hospital CUF Coimbra
Hospital CUF Viseu
Hospital José Luciano de Castro - Anadia
Hospital Misericórdia de Fão
Hospital Misericórdia de Lousada
Hospital Misericórdia de Vila Verde
Hospital da Prelada
Hospital São José - Fafe
Hospital St. Louis
SANFIL - Clínica de Santa Filomena
SOERAD Torres Vedras
Santa Casa da Misericórdia Mealhada
Santa Casa da Misericórdia Vila do Conde
Santa Casa da Misericórdia Leiria
Santa Casa da Misericórdia de Benavente
Santa Casa da Misericórdia Entroncamento - H. S. J. Baptista
Santa Casa da Misericórdia Esposende - Valentim Ribeiro
Santa Casa da Misericórdia Felgueiras - H. Agost. Ribeiro
Santa Casa da Misericórdia M. de Canaveses
Santa Casa da Misericórdia P. de Lanhoso - H. Ant. Lopes
Santa Casa da Misericórdia R. d'Ave - H. Narciso Ferreira
Venerável Ordem Terceira S. Francisco

Fonte: elaboração própria

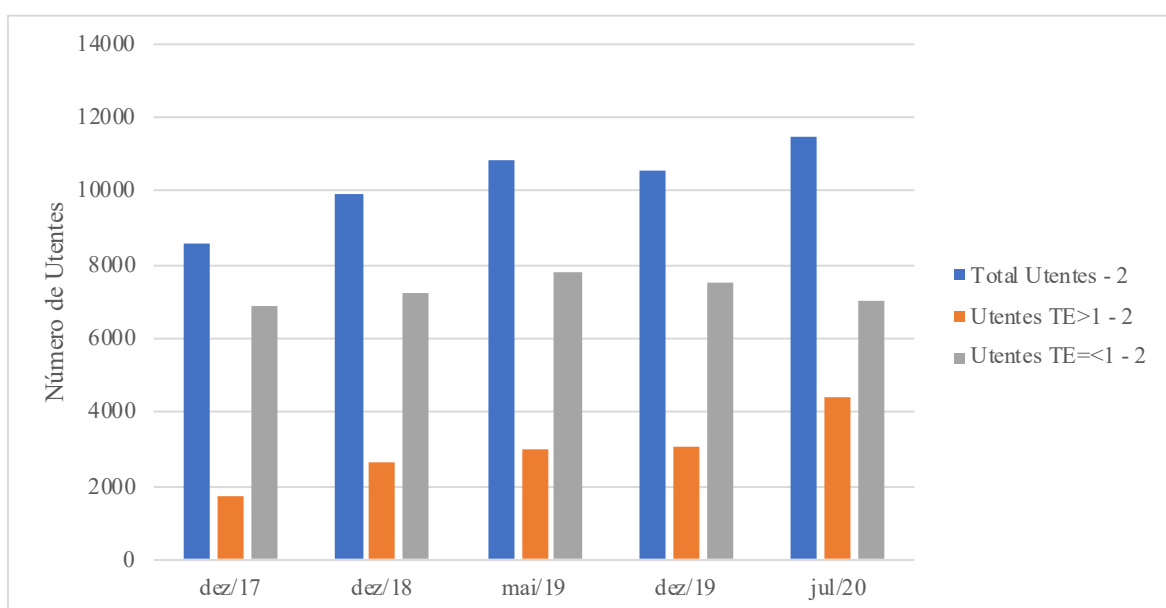
Anexo 2

Gráfico A1: Evolução do Número de Utentes em LIC no HO1



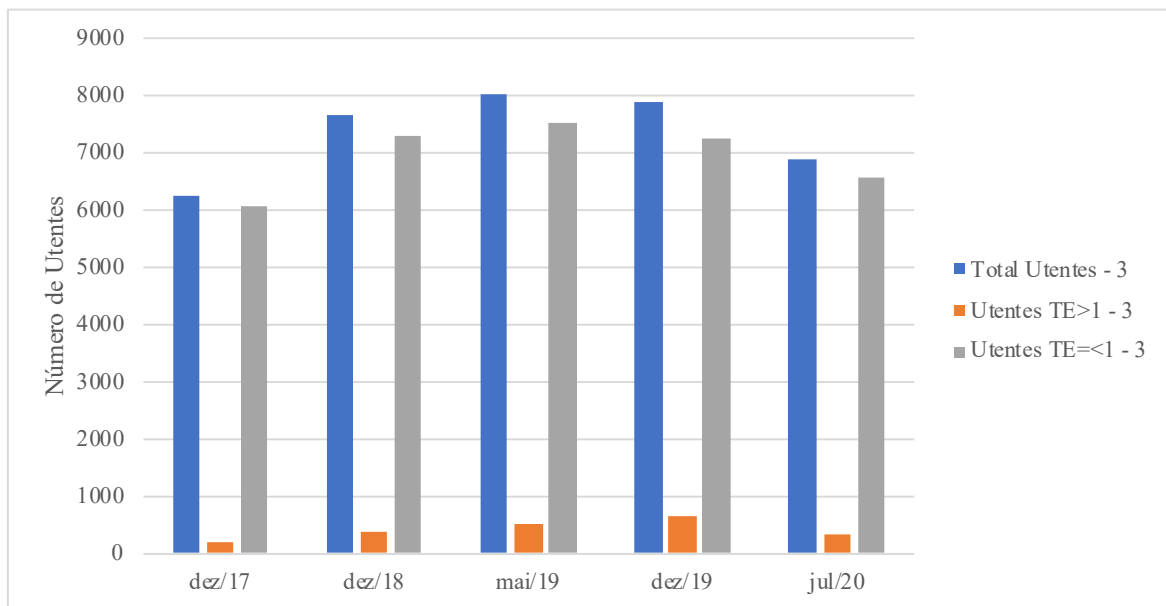
Fonte: elaboração própria

Gráfico A2: Evolução do Número de Utentes em LIC no HO2



Fonte: elaboração própria

Gráfico A3: Evolução do Número de Utentes em LIC no HO3



Fonte: elaboração própria

Anexo 3

Tabela A1: Análise do tempo de espera dos utentes em LIC, em maio de 2019

Hospital	Especialidade	Total			TE>1			TE≤1		
		NE	Média	Máximo	NE	Média	Máximo	NE	Média	Máximo
HO1	Cirurgia Geral	2781	173	1216	243	501	1216	2538	141	365
	Oftalmologia	5068	176	1260	407	540	1260	4661	144	274
	Ortopedia	3290	257	1792	807	633	1792	2483	135	365
	Neurocirurgia	1021	305	1503	311	696	1503	710	134	365
	Outras	6825	206	1555	1208	591	1555	5617	123	365
	Total	18985	207	1792	2976	599	1792	16009	134	365
HO2	Cirurgia Geral	1541	367	1218	610	681	1218	931	161	365
	Oftalmologia	3175	222	1569	512	524	1569	2663	164	365
	Ortopedia	3734	349	1512	1433	663	1512	2301	153	365
	Neurocirurgia	406	261	928	113	526	928	293	159	365
	Outras	1965	303	1924	350	781	1924	1615	153	365
	Total	10821	296	1924	3018	652	1924	7803	158	365
HO3	Cirurgia Geral	2254	200	1128	287	525	1128	1967	153	365
	Oftalmologia	2948	121	557	25	472	557	2923	118	357
	Ortopedia	1347	186	1009	187	486	1009	1160	137	365
	Neurocirurgia	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Outras	1475	124	652	27	451	652	1448	118	363
	Total	8024	155	1128	526	505	1128	7498	130	365

Fonte: elaboração própria

Tabela A2: Análise do tempo de espera dos utentes em LIC, em dezembro de 2019

Hospital	Especialidade	Total			TE>1			TE≤1		
		NE	Média	Máximo	NE	Média	Máximo	NE	Média	Máximo
HO1	Cirurgia Geral	1951	180	1047	156	477	1047	1795	154	364
	Oftalmologia	5267	221	1342	509	558	1342	4758	185	364
	Ortopedia	3189	273	1538	732	658	1538	2457	159	364
	Neurocirurgia	1142	364	1719	390	751	1719	752	163	364
	Outras	6759	183	1386	1269	591	1386	5490	148	364
	Total	18308	238	1719	3056	616	1719	15252	163	364
HO2	Cirurgia Geral	1595	352	1413	574	717	1413	1021	147	364
	Oftalmologia	3062	247	1785	580	544	1785	2482	178	364
	Ortopedia	3360	378	1686	1321	702	1686	2039	169	364
	Neurocirurgia	442	369	1144	190	585	1144	252	207	362
	Outras	2099	264	2140	387	843	2140	1712	130	364
	Total	10558	313	2140	3052	686	2140	7506	161	364
HO3	Cirurgia Geral	2073	209	1344	341	522	1344	1732	147	364
	Oftalmologia	3129	107	357	0	0	0	3129	107	357
	Ortopedia	1376	196	1047	211	519	1047	1165	138	364
	Neurocirurgia	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Outras	1313	149	690	80	439	690	1233	130	363
	Total	7891	156	1344	632	511	1344	7259	125	364

Fonte: elaboração própria

Tabela A3: Análise do tempo de espera dos utentes em LIC no HO1, em julho de 2019

Hospital	Especialidade	Total			TE>1			TE≤1		
		NE	Média	Máximo	NE	Média	Máximo	NE	Média	Máximo
HO1	Cirurgia Geral	1727	214	951	231	477	951	1496	173	365
	Oftalmologia	6016	287	1553	1673	504	1553	4343	203	365
	Ortopedia	3198	329	1673	1035	627	1673	2163	186	365
	Neurocirurgia	1153	473	1930	535	691	1930	618	198	365
	Outras	6393	288	1597	1803	598	1597	4590	166	365
	Total	18487	299	1930	5277	588	1930	13210	184	365
HO2	Cirurgia Geral	1727	427	1624	706	764	1624	1021	194	365
	Oftalmologia	3264	329	1561	1196	568	1561	2068	208	365
	Ortopedia	3736	444	1897	1755	720	1897	1982	200	365
	Neurocirurgia	409	477	1076	260	631	1076	149	208	365
	Outras	2332	323	2351	519	827	2351	1813	179	365
	Total	11468	385	2351	4436	685	2351	7132	196	365
HO3	Cirurgia Geral	1612	201	881	170	456	881	1442	170	364
	Oftalmologia	3008	123	495	3	432	495	3005	123	314
	Ortopedia	1077	161	699	31	473	699	1046	152	364
	Neurocirurgia	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Outras	1173	172	634	110	481	634	1063	140	365
	Total	6870	156	881	314	466	881	6556	141	365

Fonte: elaboração própria

Tabela A4: Taxa de variação do número de episódios entre maio e dezembro de 2019

Hospital	Especialidade	Total	TE>1	TE≤1
HO1	Cirurgia Geral	-29,85%	-35,80%	-29,28%
	Oftalmologia	3,93%	25,06%	2,08%
	Ortopedia	-3,07%	-9,29%	-1,05%
	Neurocirurgia	11,85%	25,40%	5,92%
	Outras	-0,97%	5,05%	-2,26%
	Total	-3,57%	2,69%	-4,73%
HO2	Cirurgia Geral	3,50%	-5,90%	9,67%
	Oftalmologia	-3,56%	13,28%	-6,80%
	Ortopedia	-10,02%	-7,82%	-11,39%
	Neurocirurgia	8,87%	68,14%	-13,99%
	Outras	6,82%	10,57%	6,01%
	Total	-2,43%	1,13%	-3,81%
HO3	Cirurgia Geral	-8,03%	18,82%	-11,95%
	Oftalmologia	6,14%	-100,00%	7,05%
	Ortopedia	2,15%	12,83%	0,43%
	Neurocirurgia	0%	0%	0%
	Outras	-10,98%	196,30%	-14,85%
	Total	-1,66%	20,15%	-3,19%

Fonte: elaboração própria

Tabela A5: Taxa de variação do número de episódios entre dezembro de 2019 e julho de 2020

Hospital	Especialidade	Total	TE>1	TE≤1
HO1	Cirurgia Geral	-11,48%	48,08%	-16,66%
	Oftalmologia	14,22%	228,68%	-8,72%
	Ortopedia	0,28%	41,39%	-11,97%
	Neurocirurgia	0,96%	37,18%	-17,82%
	Outras	-5,42%	42,08%	-16,39%
	Total	0,98%	72,68%	-13,39%
HO2	Cirurgia Geral	8,28%	23,00%	0,00%
	Oftalmologia	6,60%	106,21%	-16,68%
	Ortopedia	11,19%	32,85%	-2,80%
	Neurocirurgia	-7,47%	36,84%	-40,87%
	Outras	11,10%	34,11%	5,90%
	Total	8,62%	45,35%	-4,98%
HO3	Cirurgia Geral	-22,24%	-50,15%	-16,74%
	Oftalmologia	-3,87%	100%	-3,96%
	Ortopedia	-21,73%	-85,31%	-10,21%
	Neurocirurgia	0%	0%	0%
	Outras	-10,66%	37,50%	-13,79%
	Total	-12,94%	-50,32%	-9,68%

Fonte: elaboração própria