

# RELATÓRIO FINAL

ESTUDO DE AVALIAÇÃO DE PRIORIDADES DE INVESTIMENTO COM O OBJECTIVO DE APOIAR O PROCESSO DE DECISÃO, AO NÍVEL POLÍTICO, QUANTO À SEQUÊNCIA ESTRATÉGICA DE IMPLEMENTAÇÃO DOS HOSPITAIS INSERIDOS NA 2ª VAGA DO PROGRAMA DE PARCERIAS PARA O SECTOR HOSPITALAR

FEVEREIRO DE 2006

# Índice

<b>1. SUMÁRIO EXECUTIVO</b>	<b>4</b>
<b>2. ENQUADRAMENTO DO ESTUDO</b>	<b>14</b>
<b>3. PARTE GERAL E PARTE ESPECÍFICA DO ESTUDO – OBJECTIVOS E METODOLOGIA</b>	<b>16</b>
<b>4. DESENVOLVIMENTO DA PARTE ESPECÍFICA - OPÇÕES ESTRATÉGICAS PARA CADA UNIDADE HOSPITALAR</b>	<b>19</b>
4.1. INTRODUÇÃO .....	19
4.2. IDENTIFICAÇÃO DAS OPÇÕES ESTRATÉGICAS .....	19
4.3. CRITÉRIOS PARA A SELECÇÃO DAS OPÇÕES .....	22
4.4. AVALIAÇÃO DAS OPÇÕES ESTRATÉGICAS.....	22
4.4.1. HOSPITAL PÓVOA DE VARZIM/ VILA DO CONDE	22
4.4.2. HOSPITAL DE VILA NOVA DE GAIA	24
4.4.3. HOSPITAL DE TODOS OS SANTOS	26
4.4.4. HOSPITAL DA MARGEM SUL DO TEJO	27
4.4.5. HOSPITAL DE ÉVORA	29
4.4.6. HOSPITAL DE FARO	30
4.5. SELECÇÃO DA OPÇÃO INDICATIVA .....	32
<b>5. DESENVOLVIMENTO DA PARTE GERAL - HIERARQUIZAÇÃO DAS UNIDADES HOSPITALARES</b>	<b>33</b>
5.1. METODOLOGIA, CRITÉRIOS E PONDERADORES.....	33
5.1.1. INTRODUÇÃO	33
5.1.2. EXPLICITAÇÃO DOS CRITÉRIOS E SUB-CRITÉRIOS UTILIZADOS E FORMA DE CÁLCULO.	34
5.1.3. OS RESTANTES INDICADORES	42
5.2. CONCLUSÕES SOBRE AS PRIORIDADES DE INVESTIMENTO .....	43
<b>6. RECOMENDAÇÕES</b>	<b>48</b>
<b>7. FICHAS TÉCNICAS</b>	<b>51</b>
7.1. FICHAS TÉCNICAS DOS HOSPITAIS ACTUAIS .....	51
7.1.1. HOSPITAL PÓVOA DO VARZIM/VILA DO CONDE	51

7.1.2. HOSPITAL DE VILA NOVA DE GAIA	52
7.1.3. HOSPITAL DA MARGEM SUL DO TEJO	53
7.1.4. HOSPITAL DE ÉVORA	54
7.1.5. HOSPITAL DE FARO	55
<b>7.2. FICHAS TÉCNICAS DOS FUTUROS HOSPITAIS .....</b>	<b>56</b>
7.2.1. HOSPITAL PÓVOA DO VARZIM/VILA DO CONDE	56
7.2.2. HOSPITAL DE VILA NOVA DE GAIA	56
7.2.3. HOSPITAL DE TODOS OS SANTOS	56
7.2.4. HOSPITAL DA MARGEM SUL DO TEJO	57
7.2.5. HOSPITAL DE ÉVORA	57
7.2.6. HOSPITAL DE FARO	57
ÍNDICE DE QUADROS E FIGURAS	58
<b>ANEXO 1 – QUADROS COM DETALHE DO CÁLCULO DAS NECESSIDADES NÃO SATISFEITAS ACTUAIS</b>	<b>60</b>
<b>ANEXO 2 – QUADROS COM DETALHE DO CÁLCULO DAS NECESSIDADES NÃO SATISFEITAS FUTURAS</b>	<b>68</b>
<b>ANEXO 3 – QUADROS COM DETALHE DO CÁLCULO DOS FACTORES DE CUSTO/INEFICIÊNCIA E DE QUALIDADE NA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS DE SAÚDE</b>	<b>72</b>
<b>ANEXO 4 – QUADRO RESUMO DE CARACTERIZAÇÃO DAS INFRA-ESTRUTURAS HOSPITALARES (FONTE: DGIES)</b>	<b>74</b>

## 1. Sumário executivo

A prestação de serviços de consultoria solicitada à EGP – Escola de Gestão do Porto (Unidade Orgânica da Universidade do Porto) pela Estrutura de Missão Parcerias.Saúde consistiu na realização de um Estudo de Prioridades de Investimento com o objectivo de apoiar o processo de decisão, ao nível político, quanto à sequência estratégica de implementação dos hospitais inseridos na 2ª vaga do Programa de Parcerias para o sector hospitalar.

Os Hospitais, indicados pela Unidade de Missão Parcerias.Saúde, sobre os quais a EGP concentrou o seu trabalho são os seguintes (de Norte para Sul):

- Novo Hospital de Vila do Conde/Póvoa de Varzim (em substituição do Centro Hospitalar Póvoa de Varzim/Vila do Conde)
- Novo Hospital de Vila Nova de Gaia (em substituição do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia)
- Novo Hospital Oriental de Lisboa (Hospital de Todos os Santos)
- Novo Hospital da Margem Sul do Tejo (localização a definir)
- Novo Hospital de Évora (em substituição do Hospital do Espírito Santo)
- Novo Hospital do Algarve (em substituição do Hospital Distrital de Faro).

A EGP constituiu para a realização deste trabalho uma equipa técnica de seis elementos:

- Daniel Bessa
- Luís Alvim
- José Couto
- Ana Simões
- João Magalhães
- Renata Blanc

Para além da disponibilidade de tempo sempre exigida, a constituição da equipa técnica privilegiou considerações de senioridade em matéria de conhecimento e contacto com a Administração Pública Portuguesa (Daniel Bessa, José Luís Alvim, José Couto), experiência e conhecimento na área da saúde, sobretudo no que se refere ao funcionamento da Administração Pública Portuguesa do sector (José Luís Alvim, Ana Cristina Simões), experiência de banca de investimentos (José Luís Alvim), experiência de trabalho em comum em vários projectos de consultoria (Daniel Bessa, José Luís Alvim, José Couto, João Magalhães, Renata Blanc) e um profundo conhecimento de métodos estatísticos aplicados à gestão, nomeadamente da análise multicritério (Ana Cristina Simões e João Magalhães).

O trabalho foi executado pela EGP em estreita colaboração com um conjunto de entidades e serviços que integram o Ministério da Saúde, onde encontramos não apenas informação mas também, há que reconhecê-lo, sensibilidade ao problema, muita experiência e conhecimento.

Nesta interacção, que consideramos essencial para o sucesso do trabalho, destacamos a excelente colaboração das seguintes entidades:

- Parcerias.Saúde, Estrutura de Missão que, no âmbito do Ministério da Saúde, tem vindo a ocupar-se das soluções de financiamento e de gestão conhecidas sob a designação de Parcerias Público-Privadas (PPP);
- Direcção-Geral de Saúde (DGS), portadora de uma visão estratégica da evolução do sistema de saúde e que colaborou activamente com a EGP, com particular incidência na área do planeamento;
- Instituto de Gestão Informática e Financeira (IGIF), que disponibilizou vasta informação sobre a actividade dos hospitais, em todas as componentes consideradas importantes para a realização do trabalho;
- Direcção-Geral das Instalações e Equipamentos de Saúde (DGIES), que nos forneceu informação pormenorizada sobre o estado das instalações e equipamentos actualmente existentes, permitindo identificar e quantificar as principais necessidades de investimento e manutenção;
- Administrações Regionais de Saúde das áreas a que respeitam os seis hospitais em estudo (Norte, Lisboa e Vale do Tejo, Alentejo e Algarve), as quais, dotadas de um conhecimento específico decorrente da sua implantação regional e conseqüente maior proximidade aos problemas, contribuíram para um maior nível de concretização deste trabalho;
- Os Hospitais a quem solicitámos e nos disponibilizaram informação mais pormenorizada, sobre as suas condições de funcionamento em concreto, e que nos permitiram um conhecimento mais específico da realidade próxima das populações abrangidas.

Consideramos também importante a colaboração da equipa do Banco BPI que tem acompanhado a Estrutura de Missão Parcerias.Saúde nos aspectos de planeamento e de financiamento das novas unidades a concurso em regime PPP, e que sempre respondeu às nossas solicitações, nomeadamente na concepção da metodologia associada à determinação do sobrecusto.

Permita-se-nos que agradeçamos, por último a colaboração dos membros do Gabinete do Senhor Ministro da Saúde encarregues do acompanhamento do trabalho.

O trabalho foi estruturado considerando duas grandes áreas: uma **Parte Geral** e uma **Parte Específica**.

O ponto de partida da nossa proposta metodológica assentou no reconhecimento da natureza radicalmente diferente das Partes Geral e Específica do trabalho, ainda que concorrendo ambas para um único objectivo: hierarquizar o grau de prioridade da construção de um conjunto de seis novos estabelecimentos hospitalares, cada um dos

quais terá de ser identificado no que se refere às suas características fundamentais.

A **Parte Específica** teve por objectivo a análise aprofundada das diversas Opções Estratégicas que se oferecem para cada uma das novas unidades hospitalares a construir, com consequente justificação da **Opção indicativa** em cada caso e caracterização, com o grau de pormenorização possível, desta nova unidade hospitalar, na **Opção indicativa** (localização, área de influência, população abrangida, dimensão, perfil assistencial, inserção na rede hospitalar actual e nas redes de referência, entre outros aspectos).

A análise das Opções Estratégicas possíveis para cada unidade hospitalar considerou sempre, no mínimo:

- Possibilidade de continuação da actividade das unidades hospitalares existentes (no caso dos hospitais de substituição) ou do *status quo* prevalecente na área de influência de cada um dos seis novos hospitais considerados;
- Possibilidade de progressão por melhoria do serviço prestado pelas unidades hospitalares existentes, mediante realização de investimentos de menor montante seja em conservação seja em redimensionamento e reapetrechamento;
- Construção de uma nova unidade de raiz, com variantes adequadas em matéria de localização, área de influência, dimensão e carteira assistencial.
- Para cada uma das opções estratégicas foram identificadas as vantagens e desvantagens, tomando como referência um conjunto de critérios comuns de forma a poder aplicar-se uma análise comparativa das diversas opções e a extraírem-se as necessárias conclusões.

Os critérios comuns utilizados nessa avaliação foram os seguintes:

- Impacto sobre necessidades não satisfeitas actuais e futuras;
- Impacto no sobrecusto;
- Efeitos na qualidade dos serviços prestados;
- Acessibilidade e centralidade, considerando a respectiva área de influência;
- Características do terreno, infra-estruturas e condições ambientais;
- Contributo para a racionalização da rede hospitalar e de outras infra-estruturas de saúde;
- Condições para uma melhor definição das áreas de influência das unidades hospitalares da cada Região.

Face à especificidade de algumas opções, foram considerados pontualmente outros critérios adicionais (exemplo: encaixe financeiro com a eventual alienação dos terrenos e instalações dos hospitais a substituir, caso pertençam ao Estado).

A aplicação prática da metodologia atrás referida foi acompanhada por um intenso

“trabalho de campo” traduzido nas seguintes acções:

- Reuniões com todas as Administrações Regionais de Saúde envolvidas;
- Visita a todos os hospitais envolvidos no estudo e reuniões com os respectivos Conselhos de Administração;
- Visitas aos locais previstos para a instalação dos novos Hospitais;
- Reuniões com as Câmaras Municipais.

Após identificação, avaliação e selecção - com base nos critérios atrás referidos - das diversas opções estratégicas relativas a cada hospital, passaram à fase de hierarquização geral as seguintes oportunidades de investimento:

UNIDADE HOSPITALAR	DESCRIÇÃO DA OPÇÃO INDICATIVA
CH PÓVOA   VILA DO CONDE	Construir um novo hospital de raiz, em terreno já designado para o efeito, com dimensão sensivelmente idêntica à actual, 140 camas, mantendo como área de influência os concelhos da Póvoa de Varzim e de Vila do Conde, e apenas as valências básicas. Esta unidade seria devidamente articulada com os hospitais mais próximos, nomeadamente da área metropolitana do Porto.
CH VILA NOVA DE GAIA	Construir de raiz um novo hospital central, com cerca de 550 camas, localizado nos terrenos onde hoje se encontra o Hospital Eduardo Santos Silva. Área de influência de primeira linha: concelho de Vila Nova de Gaia. Hospital "tampão" para a margem sul do rio Douro.
HOSPITAL DE TODOS OS SANTOS	Construir de raiz um novo hospital central, com cerca de 600 camas, localizado em terreno já designado para o efeito na zona oriental de Lisboa. Esta opção implicaria dar por terminada a utilização dos Hospitais de S. José, Capuchos/Desterro e Sta Marta.
HOSPITAL MARGEM SUL DO TEJO	Expandir e valorizar o Hospital Garcia de Orta com aproximadamente mais 150 camas. Área de influência de primeira linha: concelhos de Almada, Seixal e Sesimbra.
HOSPITAL DE ÉVORA	Construir um novo hospital de raiz, com dimensão sensivelmente idêntica à dos dois hospitais actualmente existentes. Assumiria na rede de referência o papel de "Hospital Central do Alentejo" em articulação com o Centro Hospitalar do Baixo Alentejo (Beja), Hospital de Portalegre e Hospital de Elvas.
HOSPITAL DE FARO	Construir um novo hospital de raiz, com cerca de 550 camas, em terreno já designado para o efeito. Assumiria as características de "Hospital Central do Algarve".

**Quadro 1 - Opções indicativas**

O objectivo fundamental da **Parte Geral** consistiu em priorizar as seis unidades hospitalares em estudo, nomeadamente no que se refere à urgência da sua construção, com consequentes implicações em termos de calendário de execução do respectivo projecto de investimento.

Partindo do elenco de hospitais referido no quadro anterior, o resultado final foi obtido na sequência da aplicação de uma metodologia de decisão de tipo multicritério tendo sido considerados os seguintes critérios (e sub-critérios), e correspondentes ponderadores:

CRITÉRIO	Peso Relativo Final
<b>C1 - Necessidades não satisfeitas</b>	<b>40,0%</b>
Necessidades não satisfeitas actuais	15,0%
Necessidades não satisfeitas futuras	15,0%
Insuficiências críticas	10,0%
<b>C2 - Grau de definição do projecto hospitalar</b>	<b>12,5%</b>
Disponibilidade dos terrenos	5,0%
Garantia de acessibilidades	5,0%
Garantia de infraestruturaração e acesso a redes	2,5%
<b>C3 - Factores de custo/ineficiência e de falta de qualidade nos cuidados de saúde prestados</b>	<b>25,0%</b>
<b>Sobrecusto</b>	<b>10,0%</b>
Sobrecusto de exploração actual (custo de funcionamento)	5,0%
Custos de investimento indispensáveis e justificados	5,0%
<b>Insuficiências de qualidade na prestação de serviços</b>	<b>15,0%</b>
Tempo médio de espera em lista de espera (Consulta)	1,1%
Média do número de pessoas em lista de espera (Consulta)	1,1%
Tempo médio de espera em lista de espera (Cirurgia)	1,1%
Média do número de pessoas em lista de espera (Cirurgia)	1,1%
Qualidade das infraestruturas: adequadas/inadequadas	2,1%
Taxas de reinternamento	2,1%
% de internamento por infecções nosocomiais	2,1%
% de cirurgias em ambulatório	2,1%
Taxa de mortalidade geral	2,1%
<b>C4 - Contributo para a racionalização da rede de estabelecimentos hospitalares existente e para a melhoria global dos cuidados de saúde prestados por esta rede de estabelecimentos</b>	<b>15,0%</b>
<b>C5 - Contributo para a competitividade/desenvolvimento da região ou de sectores da economia portuguesa particularmente relevantes</b>	<b>7,5%</b>
	<b>100,0%</b>

## Quadro 2 - Critérios e ponderadores utilizados

Os critérios e sub-critérios utilizados e respectivos ponderadores resultaram de uma proposta fundamentada da EGP, posteriormente reajustada, ainda que ligeiramente, na sequência de um workshop realizado em 4 de Outubro de 2005 e que envolveu as seguintes entidades: DGS, IGIF, DGIES, as ARS's (Norte, Lisboa e Vale do Tejo, Alentejo e Algarve), EMPS, Assessoria do Sr. Ministro da Saúde e Banco BPI.

Pretendeu-se, sempre que possível, que em relação aos diversos critérios, o valor a considerar resultasse de uma análise de índole estritamente quantitativa e objectiva.

Foi o que aconteceu com a quantificação das necessidades não satisfeitas actuais e futuras, com a determinação do sobrecusto/ineficiência e da falta de qualidade nos serviços actualmente prestados. Estes factores agregados assumem um peso relativo

de 55%.

No que se refere à pontuação dos restantes critérios, de natureza qualitativa, foi constituído um painel de especialistas composto por um representante de cada uma das seguintes entidades: DGS, IGIF, DGIES, ARS Norte, ARS LVT, ARS Alentejo e ARS Algarve

Com o procedimento atrás referido, a EGP teve como preocupação assegurar em todo este processo de hierarquização: o rigor, a objectividade, mas também o contributo de profissionais que vivem e conhecem o sector.

Definidos os critérios e sub-critérios e a forma de os determinar (através de processo calculatório directo ou por contributo do painel), os respectivos ponderadores, e cada uma das opções consideradas como preferidas para cada unidade, estavam criadas todas as condições para a hierarquização das unidades hospitalares.

Com o objectivo de assegurar a possibilidade de ensaiar as alternativas consideradas como tecnicamente adequadas e viáveis e medir o seu impacto no “ranking” recorreu-se à utilização de **um simulador**, com as seguintes características calculatórias:

Para cada critério o processo de cálculo consistiu na transformação dos valores absolutos obtidos, recorrendo a uma extrapolação linear simples, em valores numa escala harmonizada de zero a cem. Estes valores foram posteriormente ponderados pelos pesos definidos para cada critério, de forma a obter a pontuação final que permite estabelecer o ranking de hierarquização.

Todo este processo, com a colaboração das entidades atrás referidas, mas sob total responsabilidade da EGP, conduziu à seguinte hierarquização de prioridades de investimento:

Hospital	Ranking
Hospital de Todos os Santos	69,58
Hospital de Faro	62,22
Hospital da Margem Sul do Tejo	53,85
Hospital de Évora	49,18
Hospital de Vila Nova de Gaia	35,64
Hospital da Póvoa de Varzim/Vila do Conde	13,31

**Quadro 3 - Resultado final**

Se é certo que os resultados de um processo desta natureza (hierarquização, em termos de prioridade, da construção de um conjunto de equipamentos de utilização colectiva, por maioria de razão na área da saúde) são sempre discutíveis, não é menos verdade que nos sentimos francamente confortáveis com os resultados a que chegamos.

Os critérios foram definidos e validados (num workshop com os serviços do Ministério da Saúde mais qualificados e mais directamente envolvidos) antes de começarem a ser aplicados – antes de conhecermos, portanto, os resultados a que conduziriam. O mesmo se diga dos respectivos ponderadores ou pesos relativos.

Numa análise multicritério não seria de esperar que nenhum Hospital revelasse idêntico grau de prioridade em todos os critérios. Por isso se recorre a este tipo de análise.

Em termos de necessidades não satisfeitas, a prioridade teria de ser concedida à Margem Sul do Rio Tejo: parece ser um dos locais do País onde há maior défice de camas, no momento actual. Segue-se a zona oriental de Lisboa, onde virá a situar-se o Hospital de Todos os Santos.

No que se refere a um aspecto particular das necessidades de saúde não satisfeitas, não revelado pelos indicadores de índole mais quantitativa, a existência de insuficiências críticas no serviço prestado actualmente às populações, avultam as situações de Évora e de Faro.

Quando se pondera o grau de definição do projecto hospitalar, avultam as posições dos novos Hospitais de Vila Nova de Gaia (na solução que veio a ser escolhida), de Faro e de Évora, embora haja a referir, quanto a este, alguma indefinição e atraso no que se refere à garantia de disponibilidade de infra-estruturas.

Em matéria de sobrecusto originado pela situação actualmente existente, a prioridade vai, por inteiro, para o novo Hospital de Todos os Santos, na Zona Oriental de Lisboa, reflectindo este o sobrecusto dos hospitais que vai substituir. Aproxima-se-lhe, em matéria de custos de manutenção e conservação, o Hospital de Vila Nova de Gaia, e segue-se-lhe, em matéria de custos de funcionamento ou de exploração, já a grande distância, o Hospital Garcia de Orta, na Margem Sul do Rio Tejo.

Aferida por vários indicadores, a qualidade conduziu a conclusões nem sempre convergentes. As situações globalmente mais difíceis, e que parecem reclamar intervenções mais urgentes verificam-se na margem sul do rio Tejo (Hospital Garcia de Orta) e em Évora, embora surjam maus resultados pontuais em quase todas as unidades hospitalares consideradas.

Em matéria de contributo para a racionalização da rede de equipamentos hospitalares, a vantagem pende, de forma decisiva para o novo Hospital de Todos os Santos, em Lisboa. Seguem-se, a razoável distância, os novos Hospitais de Évora e de Faro.

Em matéria de contributo para a competitividade das regiões em que se encontram instalados, ou para a competitividade de sectores relevantes dessas economias regionais, a vantagem pende para o novo Hospital do Algarve, seguido, a razoável distância, pelo novo Hospital do Alentejo, sendo praticamente irrelevante em todos os outros – um reflexo da importância do turismo na economia portuguesa e de, nessa matéria e nas condições que hoje prevalecem, terem de ser comunicadas, e efectivamente praticadas, condições de prestação de cuidados de saúde irrepreensíveis.

O novo Hospital de Todos os Santos, na Zona Oriental de Lisboa, apresenta-se como o de primeira prioridade, porque “vence”, por vezes a enorme distância dos demais, num conjunto de critérios tão importantes como o sobrecusto, seja de funcionamento seja de manutenção e de conservação, como as necessidades não satisfeitas, sobretudo nos prazos mais curtos, e pelo enorme contributo de que se revestirá para a racionalização da rede de equipamentos hospitalares do nosso País – a começar pelo facto de poder e dever ser assumido como exemplo.

O novo Hospital da Póvoa do Varzim - Vila do Conde surge classificado em último lugar, entre os seis Hospitais analisados, porque não chegou a ser referido como prioritário em nenhum dos critérios atrás apresentados. Não é razão para que não seja construído, dando um contributo relevante para a melhoria dos cuidados de saúde na sua área geográfica, tanto maior quanto melhor aparecer integrado na oferta hospitalar da Área Metropolitana do Porto.

Com 45% do poder de decisão atribuído a um painel de sete entidades, cuja opinião a equipa da EGP poderia chegar a acolher integralmente, como foi o caso, com excepção da pontuação atribuída ao Hospital da Margem Sul do Tejo no que se refere ao grau de definição do projecto hospitalar, pelo facto de este ter conhecido uma evolução inteiramente esclarecedora já depois da recolha das opiniões dos membros do painel. Para não convocar de novo o painel, numa fase do trabalho em que a sua opinião já não seria tão “cega” no que se refere à prioridade dos vários projectos em análise, a equipa da EGP utilizou a prerrogativa de, em relação a este único item, ser ela própria a pontuar.

Poderia reexaminar-se pelo grau de objectividade do exercício. Não foi, felizmente, o caso, confortando-nos o facto de o resultado ser rigorosamente o mesmo (com pequenas diferenças de pontuação quantitativa, irrelevantes para efeitos de ordenamento de prioridades) quando tomámos, para cada Hospital, em relação a cada um dos factores analisados:

- a média simples das respostas dadas pelas sete entidades que constituíram o painel;
- a mesma média, mas retirando agora as duas respostas extremas, a mais e a menos elevada;
- ainda a mesma média, mas retirando, das sete respostas, a que mais contribuía para aumentar o respectivo grau de dispersão.

Concluimos com um conjunto de recomendações, como nos é exigido pelo Caderno de Encargos. São as seguintes:

1. Em quatro dos seis casos (Vila Nova de Gaia, Lisboa, Évora e Faro) os Hospitais analisados foram-nos propostos como Hospitais de substituição. É indispensável que o sejam de facto, sob pena de saírem defraudados os pressupostos seja do nosso trabalho seja da nossa recomendação. Se a questão não se põe, de facto, em Vila Nova de Gaia (porque se vai fazer um novo Hospital no mesmo espaço físico ocupado pelo actualmente existente), nem parece pôr-se em Évora (porque, até ao momento, ninguém reivindicou um Hospital novo e a manutenção do actualmente existente), há sérias razões para reexaminar que (por razões muito diferentes) a questão venha a pôr-se de forma diferente tanto em Lisboa como em Faro.

Tentando ser o mais claros possível: se não é para substituir as unidades actualmente existentes, tal como considerado no nosso trabalho, os novos Hospitais Centrais de Lisboa e do Algarve não se justificam.

2. Num caso pelo menos, a evolução demográfica poderá revelar-se tão adversa que chegue a condicionar, se não a prioridade que lhe foi atribuída, pelo menos a dimensão da nova unidade hospitalar a construir. É sobretudo o caso do novo Hospital

Central na Zona Oriental de Lisboa.

As projecções demográficas mais negativas conduziam a uma perda populacional de quase 50% nos próximos trinta anos. Mesmo conscientes de que estas previsões não fazem mais do que extrapolar tendências de evolução passadas, com elevado grau de fundamentação, e de rigor, tomámos a iniciativa de pedir uma previsão menos pessimista, em que, mesmo assim, se aponta para uma perda populacional nas freguesias abrangidas da ordem dos 33%, nos próximos trinta anos. É por isso que o novo Hospital de Todos os Santos, em Lisboa, surge pontuado em 2ª lugar, em termos de necessidades não satisfeitas, quando se considera a população actual, surgindo apenas em 3º lugar quando se considera a população estimada a prazos de quinze e trinta anos. Estes factos sugerem a necessidade de uma ponderação particularmente criteriosa da sua dimensão.

3. O mesmo se diga do novo Hospital de Évora. Salvo melhor opinião, a melhor solução passará mais pela sua qualificação e intensificação tecnológica do que por qualquer aumento do número de camas - matéria em que poderá admitir-se, mesmo, uma ligeira redução. Em consonância com este propósito de qualificação, que nos leva a propor o estatuto de Hospital Central do Alentejo, recomenda-se um cumprimento mais apertado das orientações já em vigor no que se refere aos serviços a prestar, e à complementaridade que deveria existir entre os três Hospitais distritais do Alentejo.

4. A decisão mais difícil de tomar foi a que respeita à solução a dar à necessidade de incremento da oferta de cuidados hospitalares na Margem Sul do Rio Tejo. Evidenciada a necessidade, sobretudo em termos de necessidades não satisfeitas, tornava-se necessário definir a melhor solução – sendo que, a este respeito, a equipa da EGP responsável pelo estudo sempre manifestou preferência pela expansão do Hospital Garcia de Orta, em Almada, em detrimento da construção de um novo e pequeno hospital de raiz, muito provavelmente no Seixal.

A razão desta preferência encontra-se em considerações de custo e de racionalidade e eficiência da rede hospitalar, sob pena de repetirmos na Margem Sul do Rio Tejo exemplos que ficam como expoentes de irracionalidade e de desperdício hoje observáveis em outras zonas do País – mesmo considerando, como se nos tornou patente, as dificuldades de circulação na região, e a falta de coincidência entre distâncias medidas em quilómetros e em tempo necessário para os percorrer, sobretudo em horas de maior congestionamento.

A opção enunciada, no sentido de expandir a oferta do Hospital Garcia de Orta, em Almada, só foi tomada depois de confirmado que a expansão recomendada é efectivamente possível, sob todos os pontos de vista – das condições relacionadas com a natureza do espaço físico à confirmação da efectiva possibilidade de redimensionamento do *plateau* técnico, e não apenas do número de camas.

Salvo melhor opinião, a solução preconizada exige a suspensão imediata de todas as intervenções planeadas para o Hospital Garcia de Orta, sob pena de se multiplicarem factores de inconsistência na sua configuração e programa, de sobrecusto no seu funcionamento, e de falta de qualidade nos serviços prestados.

Salvo melhor opinião, ainda, justifica-se uma chamada de atenção para a situação da oferta hospitalar no Distrito de Setúbal, onde a insuficiência do número de camas coexiste com unidades hospitalares com baixíssimas taxas de ocupação – como é

nomeadamente o caso do Hospital do Montijo.

5. De forma pontual, a equipa responsável pelo estudo foi confrontada com a observação de que a nova unidade hospitalar poderia ser construída em local diferente do que tem vindo a ser equacionado pelos serviços centrais do Ministério da Saúde e pela generalidade dos intervenientes envolvidos no exercício. É o caso de Évora, em que a Câmara Municipal continua a sustentar a existência de uma alternativa de localização preferível – em relação à qual deveria solicitar-se parecer da DGIES (mesmo admitindo-se que já haja parecer emitido, dando-se uma segunda oportunidade de avaliação dos argumentos em sentido contrário e fazendo-se um esforço adicional no sentido de fazer prevalecer uma decisão que reúna o maior consenso possível).

6. Ainda em matéria de terrenos, recomenda-se que, mesmo em situação de Parceria Público Privada, os terrenos sejam adquiridos pelo Estado Português – por razões de custo, em relação às quais se admite que o Estado dispõe de instrumentos que não estarão ao alcance das entidades privadas interessadas. É, por exemplo, o caso do novo Hospital de Póvoa de Varzim/Vila do Conde, em que a solução de aquisição dos terrenos pelo Estado Português se afigura altamente recomendável.

7. Salvo melhor opinião, existem hoje condições para, em várias zonas do País, a rede de referenciação passar a fazer-se por freguesia e não por concelho. Veja-se, a título de exemplo, o caso da Área Metropolitana do Porto, em que nada justifica que as freguesias da parte Sul do concelho de Vila do Conde não referenciem ao Hospital de Pedro Hispano, em Matosinhos, a um tempo mais próximo e mais diferenciado que o Hospital concelho.

8. A ordem de prioridade apresentada pondera factores diversos, os mais importantes dos quais se prendem com a suficiência e qualidade do serviço que tem de ser prestado às populações, com o custo a que esse serviço tem de ser prestado e com a racionalidade global da rede de equipamentos hospitalares do País. A existência, ou não, de condições de viabilidade física para um avanço imediato dos projectos (da disponibilidade de terrenos à qualidade das acessibilidades e à garantia de infra-estruturas adequadas) ponderou muito moderadamente – sob pena de corrermos o risco de tornarmos prioritários projectos que dispõem de todas as condições de realização imediata, por menos necessários que se revelem.

A verificação da necessidade de todos estes projectos, pode abrir espaço para um ordenamento da execução porventura diferente do que resulta da sua importância e prioridade relativas – caso em que se tornará impossível deixar de reparar que é em Faro e em Vila Nova de Gaia que se encontram reunidas as condições físicas de avanço mais imediato dos processos de construção das novas unidades hospitalares.

## 2. Enquadramento do estudo

A prestação de serviços de consultoria solicitada à EGP – Escola de Gestão do Porto (Unidade Orgânica da Universidade do Porto) pela Estrutura de Missão Parcerias.Saúde consistiu na realização de um Estudo de Prioridades de Investimento com o objectivo de apoiar o processo de decisão, ao nível político, quanto à sequência estratégica de implementação dos hospitais inseridos na 2ª vaga do Programa de Parcerias para o sector hospitalar.

Os Hospitais, indicados pela Unidade de Missão Parcerias.Saúde, sobre os quais a EGP concentrou o seu trabalho são os seguintes (de Norte para Sul):

- Novo Hospital de Vila do Conde/Póvoa de Varzim (em substituição do Centro Hospitalar Póvoa de Varzim/Vila do Conde)
- Novo Hospital de Vila Nova de Gaia (em substituição do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia)
- Novo Hospital Oriental de Lisboa (Hospital de Todos os Santos)
- Novo Hospital da Margem Sul do Tejo (localização a definir)
- Novo Hospital de Évora (em substituição do Hospital do Espírito Santo)
- Novo Hospital do Algarve (em substituição do Hospital Distrital de Faro).

O trabalho foi executado pela EGP em estreita colaboração com um conjunto de entidades e serviços que integram o Ministério da Saúde, onde encontramos não apenas informação mas também, sensibilidade ao problema, muita experiência e conhecimento.

Nesta interacção, que consideramos essencial para o sucesso do trabalho, destacamos a excelente colaboração das seguintes entidades:

- Parcerias.Saúde, Estrutura de Missão (EMPS);
- Direcção-Geral de Saúde (DGS);
- Instituto de Gestão Informática e Financeira (IGIF);
- Direcção-Geral das Instalações e Equipamentos de Saúde (DGIES);
- Administrações Regionais de Saúde das áreas a que respeitam os seis hospitais em estudo (Norte, Lisboa e Vale do Tejo, Alentejo e Algarve);
- Hospitais directa ou indirectamente envolvidos neste processo de priorização, nomeadamente os Hospitais da Póvoa/Vila do Conde, Vila Nova de Gaia, Garcia de Orta, Évora e Faro.

Permita-se-nos que agradeçamos, por último, a colaboração da equipa do Banco BPI que tem acompanhado a Estrutura de Missão Parcerias.Saúde e dos membros do

Gabinete do Senhor Ministro da Saúde encarregues do acompanhamento do trabalho.

O trabalho está estruturado duas grandes áreas: uma **Parte Geral** e uma **Parte Específica**.

A **Parte Geral** do Estudo respeitou, em simultâneo, às seis novas unidades hospitalares atrás referidas.

A **Parte Específica** incidiu sobre cada um dos seis projectos hospitalares atrás referidos, em relação a cada um dos quais se efectuou uma caracterização em moldes tecnicamente adequados, traduzida na correspondente “ficha técnica”.

O ponto de partida da nossa proposta metodológica assentou no reconhecimento da natureza radicalmente diferente das Partes Geral e Específica do trabalho, ainda que concorrendo ambas para um único objectivo: hierarquizar o grau de prioridade da construção de um conjunto de seis novos estabelecimentos hospitalares, cada um dos quais terá de ser identificado no que se refere às suas características fundamentais.

### 3. Parte geral e parte específica do estudo – objectivos e metodologia

A **Parte Geral** tem os seguintes objectivos:

- Estabelecer a priorização das unidades hospitalares de acordo com uma metodologia de decisão tipo multicritério – que reflecte os critérios e sub-critérios relevantes a utilizar e os respectivos ponderadores;
- Formular as observações e recomendações apropriadas.

A **hierarquização** das unidades hospitalares referidas foi efectuada atendendo, aos seguintes critérios:



Figura 1 – Critérios de hierarquização

A metodologia adoptada, conforme sequência abaixo, consistiu em aplicar uma análise multicritério tendo por base os critérios atrás referidos, aos quais foi atribuída uma ponderação (ver Quadro 4) para reflectir a respectiva importância relativa.

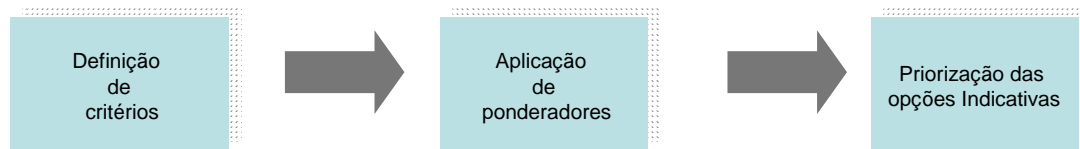


Figura 2 – Metodologia Parte Geral

Esta análise multicritério foi aplicada às seis **opções indicativas** nos seis hospitais considerados. Em relação a cada uma destas seis opções (ou destes seis hospitais,

nestas opções), cada um dos critérios e sub-critérios enunciados foi avaliado numa escala de zero a cem, por ordem crescente de importância, procedendo-se, no final, ao apuramento de um resultado global, por utilização dos ponderadores enunciados.

Em relação a cada um dos sub-critérios, o hospital em que se impuseram considerações de menor urgência de construção foi avaliado com zero, e aquele em que a urgência se revelou mais elevada, com conseqüente maior probabilidade, foi avaliado com cem – ou seja, em todos os critérios considerados, a escala de variação foi aplicada com a máxima amplitude admitida (pelo menos no que se refere às situações extremas, sendo as situações intermédias avaliadas dentro da mesma escala).

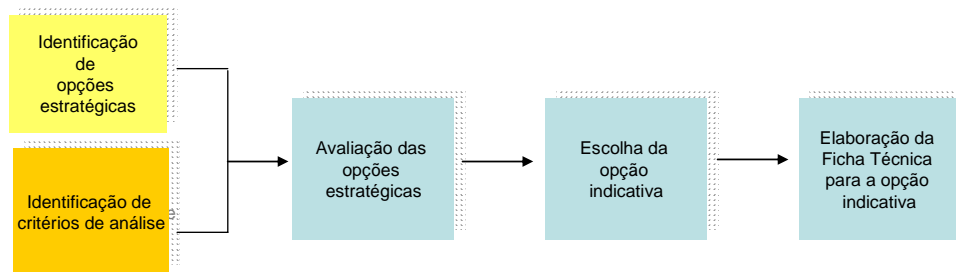
Pretendeu-se que em relação aos critérios relacionados com a existência de necessidades de saúde não satisfeitas e aos critérios relacionados com considerações de custo/ineficiência e de falta de qualidade dos serviços actualmente prestados, o resultado decorresse de uma análise de índole estritamente quantitativa, sem margem para qualquer discricionariedade.

No que se refere aos restantes critérios, foi utilizado um painel de especialistas. Foi-lhes solicitado que pontuassem os seis hospitais nas condições atrás enunciadas.

O painel de especialistas foi composto por um representante de cada uma das seguintes entidades: DGS, IGIF, DGIES, ARS Norte, ARS LVT, ARS Alentejo e ARS Algarve.

Com o procedimento atrás referido, a EGP teve como preocupação assegurar em todo este processo de hierarquização: o rigor, a objectividade, mas também o contributo de profissionais que vivem e conhecem o sector.

A **Parte Específica** tem por objectivo a análise aprofundada das diversas Opções Estratégicas que se oferecem para cada uma das novas unidades hospitalares a construir, com conseqüente justificação da **Opção indicativa** em cada caso e caracterização, com o grau de pormenorização possível, desta nova unidade hospitalar, na **Opção indicativa** (localização, área de influência, população abrangida, dimensão, perfil assistencial, inserção na rede hospitalar actual e nas redes de referência, entre outros aspectos).



**Figura 3 – Metodologia Parte Específica**

A aplicação prática da metodologia atrás referida foi acompanhada por um intenso “trabalho de campo” traduzido nas seguintes acções:

- Reuniões com todas as Administrações Regionais de Saúde envolvidas;

- Visita a todos os hospitais envolvidos no estudo e reuniões com os respectivos Conselhos de Administração;
- Visitas aos locais previstos para a instalação dos novos Hospitais;
- Reuniões com as Câmaras Municipais.

## **4. Desenvolvimento da Parte Específica - Opções estratégicas para cada unidade hospitalar**

### **4.1. Introdução**

#### **Opção zero**

Em todas as situações foi considerada uma opção zero, que mereceu especial atenção nos quatro hospitais de substituição (Vila do Conde/Póvoa de Varzim, Gaia, Évora e Faro)

Esta opção não significa “manter tudo como está actualmente”. Neste contexto foram formuladas à DGIES e adequadamente respondidas (conforme dossier enviado pela DGIES à EGP) as seguintes questões (para cada um daqueles quatro hospitais):

- A) É possível mantê-los em actividade, nos próximos dez anos, com níveis de satisfação aceitáveis?
- B) Para que isso seja possível, qual a magnitude das obras e outros investimentos (nomeadamente equipamentos) necessários? Qual a dimensão do investimento?
- C) Nesta hipótese (de prolongamento da exploração, com eventuais investimentos de conservação e modernização, a "custos controlados"), haverá algum défice grave no serviço a prestar às populações da área de influência da unidade hospitalar? Qual ou quais?

#### **Restantes opções**

Para cada um dos casos concretos, as diversas opções correspondem à interpretação pela EGP dos resultados das reuniões efectuadas com diversas entidades, nomeadamente com a DGS, as ARS's, a Administração dos Hospitais, as Câmaras Municipais mas também da sua própria opinião suportada em informação quantitativa (distribuição da população, projecções demográficas e dados de saúde (do IGIF)) e qualitativa (contexto estratégico do sector da saúde e do SNS e opções de planeamento).

Teve-se a preocupação de elencar apenas “opções realistas” e conseqüentemente um número limitado de opções para cada situação.

### **4.2. Identificação das opções estratégicas**

#### **HOSPITAL PÓVOA DE VARZIM/VILA DO CONDE**

#### **Opção zero**

Manter a situação existente: centro hospitalar de nível 1, com dois hospitais, com um total de 143 camas (lotação praticada em 2004) tendo por área de influência os concelhos de Póvoa de Varzim e Vila do Conde.

### **Opção um**

Construir um novo hospital de raiz, em terreno já designado para o efeito, com dimensão e programa sensivelmente idênticos aos verificados nos dois hospitais actualmente existentes, mantendo a área de influência.

### **Opção dois**

Idêntica à opção um integrando apenas as valências básicas. Esta unidade seria devidamente articulada com os hospitais mais próximos, nomeadamente da área metropolitana do Porto.

## **HOSPITAL DE VILA NOVA DE GAIA**

### **Opção zero**

Manter a situação existente: centro hospitalar (dois hospitais) com um total de 517 camas (lotação praticada em 2004), tendo por área de influência de primeira linha o concelho de Vila Nova de Gaia.

### **Opção um**

Construir de raiz um novo hospital central, com cerca de 550 camas, localizado nos terrenos onde hoje se encontra o Hospital Eduardo Santos Silva. Área de influência de primeira linha: concelho de Vila Nova de Gaia. Hospital “tampão” para a margem sul do rio Douro.

### **Opção dois**

Construir de raiz um novo hospital, com cerca de 550 camas, localizado em terreno ainda não identificado na zona norte de Vila Nova de Gaia (o mais próximo possível da Ponte do Freixo). Área de influência: concelho de Vila Nova de Gaia, com alargamento assumido à margem norte do Rio Douro: Gondomar.

### **Opção três**

Construir de raiz um novo hospital central com cerca de 550 camas localizado em terreno já identificado na zona sul do concelho de Vila Nova de Gaia (em Pedroso). Área de influência de primeira linha: concelho de Vila Nova de Gaia.

## **HOSPITAL DE TODOS OS SANTOS**

### **Opção zero**

Manter a situação existente (mas tendo ainda em atenção que vão ser criados novos Hospitais, nomeadamente o Hospital de Loures e o Hospital de Vila Franca de Xira).

### **Opção um**

Construir de raiz um novo hospital central, com cerca de 600 camas, localizado em terreno já designado para o efeito na zona oriental de Lisboa. Esta opção implicaria dar por terminada a utilização dos Hospitais de São José, Capuchos/Desterro e Sta Marta.

Relativamente à área de influência de primeira linha foram consideradas as freguesias de Lisboa Oriental definidas pela DGS: Alto do Pina, Anjos, Beato, Castelo, Encarnação, Graça, Lapa, Madalena, Mártires, Marvila, Mercês, Pena, Penha de França, Sacramento, Santa Catarina, Santa Engrácia, Santa Justa, Santa Maria dos Olivais, Santo Estêvão, São Cristóvão e São Lourenço, São João, São Jorge de Arroios, São José, São Miguel, São Nicolau, São Vicente de Fora, Sé, Socorro.

Relativamente à área de influência de segunda linha foram considerados a região do Algarve, a região do Alentejo, o distrito de Santarém e os concelhos de Azambuja, Alenquer, Arruda dos Vinhos e Vila Franca de Xira, do distrito de Lisboa.

## **HOSPITAL DA MARGEM SUL DO TEJO**

### **Opção zero**

Manter a oferta hospitalar actualmente existente.

### **Opção um**

Construir de raiz um novo hospital com cerca de 150 camas, localizado em terreno a identificar no concelho do Seixal (provavelmente no Fogueteiro) em perfeita articulação com o Hospital Garcia de Orta e permitindo a valorização do Garcia de Orta. Teria por área de influência o concelho do Seixal.

### **Opções dois**

Expandir e valorizar o Hospital Garcia de Orta com aproximadamente mais 150 camas. Área de influência de primeira linha: concelhos de Almada, Seixal e Sesimbra.

## **HOSPITAL DE ÉVORA**

### **Opção zero**

Manter a situação existente: hospital distrital, com 384 camas (lotação praticada em 2004), tendo por área de influência o distrito de Évora.

### **Opção um**

Construir um novo hospital de raiz, com dimensão sensivelmente idêntica às dos dois hospitais actualmente existentes. Assumiria na rede de referência o papel de “Hospital Central do Alentejo” em articulação com o Centro Hospitalar do Baixo Alentejo (Beja), Hospital de Portalegre e Hospital de Elvas.

## **HOSPITAL DE FARO**

### **Opção zero**

Manter a situação existente: hospital distrital, com 486 camas, tendo por área de influência o Sotavento algarvio.

### **Opção um**

Construir um novo hospital de raiz, com cerca de 550 camas, em terreno já designado

para o efeito. Assumiria as características de “Hospital Central do Algarve”.

### **Opção dois**

Idêntica à opção um, mas com manutenção de alguns serviços nas instalações do hospital actual.

## **4.3. Critérios para a selecção das opções**

Para cada uma das opções foram identificadas as vantagens e desvantagens, tomando como referência um conjunto de critérios comuns de forma a poder aplicar-se uma análise comparativa das diversas opções e a extraírem-se as respectivas conclusões.

Os critérios utilizados foram os seguintes:

- Impacto sobre necessidades não satisfeitas actuais e futuras;
- Impacto no sobrecusto;
- Efeitos na qualidade dos serviços prestados;
- Acessibilidade e centralidade, considerando a respectiva área de influência;
- Características do terreno, infra-estruturas e condições ambientais;
- Contributo para a racionalização da rede hospitalar e de outras infra-estruturas de saúde;
- Condições para uma melhor redefinição das áreas de influência das unidades hospitalares da cada Região.

Face à especificidade de algumas opções foram considerados pontualmente outros critérios adicionais (exemplo: encaixe financeiro com a eventual alienação das actuais instalações - caso pertençam ao Estado -, dos hospitais a substituir).

## **4.4. Avaliação das opções estratégicas**

Neste ponto são apresentadas as diversas opções para cada hospital, bem como as vantagens e desvantagens inerentes e que serviram de base à decisão tomada quanto à opção a considerar para a hierarquização final.

### **4.4.1. Hospital Póvoa de Varzim / Vila do Conde**

#### **Opção zero**

Manter a situação existente: centro hospitalar, com dois hospitais, com um total de 143 camas (lotação praticada em 2004), tendo por área de influência os concelhos de Póvoa de Varzim e Vila do Conde.

Vantagens	Desvantagens
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪Dispensa do custo de investimento com a nova unidade</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪Manutenção das necessidades não satisfeitas</li> <li>▪Manutenção do sobrecusto</li> <li>▪Manutenção das insuficiências qualitativas na prestação de serviços</li> <li>▪Deficiente acessibilidade das actuais instalações</li> <li>▪Deficiente articulação com a rede de referenciação</li> <li>▪Investimentos de substituição e custos de manutenção elevados</li> </ul>

**Figura 4 - Hospital Póvoa / Vila do Conde: opção 0 - vantagens e desvantagens**

### Opção um

Construir um novo hospital de raiz, em terreno já designado para o efeito, com dimensão e programa sensivelmente idênticos aos verificados nos dois hospitais actualmente existentes, mantendo a área de influência.

Vantagens	Desvantagens
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪Eliminação das necessidades não satisfeitas</li> <li>▪Redução do sobrecusto</li> <li>▪Redução das insuficiências de qualidade na prestação de serviços</li> <li>▪Melhores acessibilidades e maior centralidade da nova unidade</li> <li>▪Terreno com dimensão adequada, bem localizado, boas condições ambientais e com infra-estruturas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪Custo do investimento do novo hospital que não pode ser compensado pela libertação das instalações das actuais unidades que pertencem à Santa Casa da Misericórdia de Póvoa do Varzim e à Santa Casa da Misericórdia de Vila do Conde</li> <li>▪Reduzida contribuição para a racionalização do SNS</li> </ul>

**Figura 5 - Hospital Póvoa / Vila do Conde: opção 1 - vantagens e desvantagens**

### Opção dois

Idêntica à opção um integrando apenas as valências básicas. Esta unidade seria devidamente articulada com os hospitais mais próximos, nomeadamente da área metropolitana do Porto.

Vantagens	Desvantagens
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Eliminação das necessidades não satisfeitas</li> <li>▪ Eliminação do sobrecusto</li> <li>▪ Redução das insuficiências de qualidade na prestação de serviços</li> <li>▪ Melhores acessibilidades e maior centralidade da nova unidade</li> <li>▪ Terreno com dimensão adequada, bem localizado, boas condições ambientais e com infra-estruturas</li> <li>▪ Contributo muito positivo para a racionalização da rede hospitalar e de outras infra-estruturas de saúde</li> <li>▪ Criação de condições para uma melhor definição das áreas de influência das unidades hospitalares da Região</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Custo do investimento do novo hospitalar que não pode ser compensado pela libertação das instalações das actuais unidades que pertencem à Santa Casa da Misericórdia de Póvoa do Varzim e à Santa Casa da Misericórdia de Vila do Conde</li> </ul>

Figura 6 - Hospital Póvoa / Vila do Conde: opção 2 - vantagens e desvantagens

#### 4.4.2. Hospital de Vila Nova de Gaia

##### Opção zero

Manter a situação existente: centro hospitalar (2 hospitais) com um total de 517 camas (lotação praticada em 2004), tendo por área de influência de primeira linha o concelho de Vila Nova de Gaia.

Vantagens	Desvantagens
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Dispensa do custo de investimento com a nova unidade</li> <li>▪ Centralidade e boa acessibilidade do hospital actualmente existente</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Manutenção das necessidades não satisfeitas</li> <li>▪ Manutenção do sobrecusto</li> <li>▪ Manutenção das insuficiências qualitativas na prestação de serviços</li> <li>▪ Investimentos de substituição e custos de manutenção muito elevados</li> </ul>

Figura 7 – CHVNG: opção 0 – vantagens e desvantagens

##### Opção um

Construir de raiz um novo hospital central, com cerca de 550 camas, localizado nos terrenos onde hoje se encontra o Hospital Eduardo Santos Silva. Área de influência de primeira linha: concelho de Vila Nova de Gaia. Hospital “tampão” para a margem sul

do rio Douro.

Vantagens	Desvantagens
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Eliminação das necessidades não satisfeitas</li> <li>▪ Eliminação do sobrecusto</li> <li>▪ Redução das insuficiências de qualidade na prestação de serviços</li> <li>▪ Boas acessibilidades e adequada centralidade da unidade hospitalar</li> <li>▪ Terreno com dimensão adequada, bem localizado, excelentes condições ambientais e ecológicas e com infra-estruturas</li> <li>▪ Contributo significativo para a racionalização da rede hospitalar e de outras infra-estruturas de saúde</li> <li>▪ Condições para uma melhor definição das áreas de influência das unidades hospitalares da Região</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Custo do investimento da nova unidade</li> <li>▪ Perturbação do normal funcionamento do actual hospital durante a construção da nova unidade</li> </ul>

**Figura 8 - CHVNG: opção 1 - vantagens e desvantagens**

### Opção dois

Construir de raiz um novo hospital central, com cerca de 550 camas, localizado em terreno ainda não identificado na zona norte de Vila Nova de Gaia (o mais próximo possível da Ponte do Freixo). Área de influência de primeira linha: concelho de Vila Nova de Gaia, com alargamento assumido ao concelho de Gondomar.

Vantagens	Desvantagens
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Eliminação das necessidades não satisfeitas</li> <li>▪ Eliminação do sobrecusto</li> <li>▪ Redução das insuficiências de qualidade na prestação de serviços</li> <li>▪ Boas acessibilidades e adequada centralidade da unidade hospitalar para uma parte da População de Gondomar</li> <li>▪ Contributo positivo para a racionalização da rede hospitalar e de outras infra-estruturas de saúde</li> <li>▪ Condições para uma melhor definição das áreas de influência das unidades hospitalares da Região</li> <li>▪ Encaixe financeiro, pelo Estado, decorrente da alienação do património do hospital actual</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Custo do investimento da nova unidade</li> <li>▪ Deficiente acessibilidade e reduzida centralidade para a maioria da população de Vila Nova de Gaia</li> <li>▪ Zona com deficientes condições ambientais para uma unidade hospitalar</li> </ul>

**Figura 9 - CHVNG: opção 2 - vantagens e desvantagens**

### Opção três

Construir de raiz um novo hospital central com cerca de 550 camas localizado em terreno já identificado na zona sul do concelho de Vila Nova de Gaia (em Pedroso). Área de influência de primeira linha: concelho de Vila Nova de Gaia.

Vantagens	Desvantagens
<ul style="list-style-type: none"><li>▪Eliminação das necessidades não satisfeitas</li><li>▪Eliminação do sobrecusto</li><li>▪Redução das insuficiências de qualidade na prestação de serviços</li><li>▪Terreno com dimensão adequada, boas condições ambientais e com infra-estruturas</li><li>▪Maior centralidade por alargamento a sul da área de influência de 2ª linha (concelhos a norte do Distrito de Aveiro)</li><li>▪Encaixe financeiro, pelo Estado, decorrente da alienação do património do hospital actual</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪Custo do investimento da nova unidade</li><li>▪Acessibilidade deficiente e reduzida centralidade para a população de Vila Nova de Gaia</li><li>▪Deficiente contributo para a racionalização da rede hospitalar e de outras infra-estruturas de saúde</li></ul>

Figura 10 - CHVNG: opção 3 - vantagens e desvantagens

### 4.4.3. Hospital de Todos os Santos

#### Opção zero

Manter a situação existente (mas não deixando de ter em atenção que vão ser criados novos Hospitais, nomeadamente o Hospital de Loures e o Hospital de Vila Franca de Xira).

Vantagens	Desvantagens
<ul style="list-style-type: none"><li>▪Dispensa do custo de investimento com a nova unidade</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪Manutenção das necessidades não satisfeitas</li><li>▪Manutenção do sobrecusto</li><li>▪Manutenção das insuficiências qualitativas na prestação de serviços</li><li>▪Deficientes acessibilidades e inadequabilidades (dimensão e conservação) dos hospitais a substituir (Capuchos/Desterro, S. José e Sta. Marta)</li><li>▪Dificuldade em implementar um planeamento eficaz com a estrutura da oferta hospitalar existente</li><li>▪Investimentos de substituição e custos de manutenção muito elevados</li></ul>

Figura 11 - Hospital de Todos os Santos: opção zero - vantagens e desvantagens

## Opção um

Construir de raiz um novo hospital central, com cerca de 600 camas, localizado em terreno já designado para o efeito na zona oriental de Lisboa. Esta opção implicaria dar por terminada a utilização dos Hospitais de São José, Capuchos/Desterro e Sta Marta.

Relativamente à área de influência de primeira linha foram consideradas as freguesias de Lisboa Oriental definidas pela DGS: Alto do Pina, Anjos, Beato, Castelo, Encarnação, Graça, Lapa, Madalena, Mártires, Marvila, Mercês, Pena, Penha de França, Sacramento, Santa Catarina, Santa Engrácia, Santa Justa, Santa Maria dos Olivais, Santo Estêvão, São Cristóvão e São Lourenço, São João, São Jorge de Arroios, São José, São Miguel, São Nicolau, São Vicente de Fora, Sé, Socorro.

Relativamente à área de influência de segunda linha foram considerados a região do Algarve, a região do Alentejo, o distrito de Santarém e os concelhos de Azambuja, Alenquer, Arruda dos Vinhos e Vila Franca de Xira, do distrito de Lisboa.

Vantagens	Desvantagens
<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Eliminação das necessidades não satisfeitas</li><li>▪ Eliminação do sobrecusto</li><li>▪ Redução das insuficiências de qualidade na prestação de serviços</li><li>▪ Melhores acessibilidades e boa centralidade da nova unidade</li><li>▪ Terreno com dimensão adequada, bem localizado, boas condições ambientais e com infra-estruturas</li><li>▪ Contributo excepcional para a racionalização da rede hospitalar e de outras infra-estruturas de saúde</li><li>▪ Criação de condições para uma melhor definição das áreas de influência das unidades hospitalares da Região</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Custo do investimento com a nova unidade compensado parcialmente pela libertação de activos no centro da cidade de Lisboa</li></ul>

Figura 12 - Hospital de Todos os Santos: opção um - vantagens e desvantagens

### 4.4.4. Hospital da Margem Sul do Tejo

#### Opção zero

Manter a oferta hospitalar actualmente existente.

Vantagens	Desvantagens
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪Dispensa do custo do investimento com a expansão do Garcia de Orta ou com a nova unidade</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪Manutenção das necessidades não satisfeitas de nível elevado dado tratar-se de uma área com grande crescimento populacional</li> <li>▪Manutenção do sobrecusto</li> <li>▪Manutenção das insuficiências qualitativas na prestação de serviços</li> <li>▪Dificuldade em implementar um planeamento eficaz com a estrutura da oferta hospitalar existente</li> </ul>

Figura 13 - Hospital da Margem Sul do Tejo: opção zero - vantagens e desvantagens

### Opção um

Construir de raiz um novo hospital com cerca de 150 camas, localizado em terreno a identificar no concelho do Seixal (provavelmente no Fogueteiro) em perfeita articulação com o Hospital Garcia de Orta e permitindo a valorização do Garcia de Orta. Teria por área de influência o concelho do Seixal.

Vantagens	Desvantagens
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪Eliminação das necessidades não satisfeitas</li> <li>▪Eliminação do sobrecusto</li> <li>▪Implantação num dos concelhos do país com elevada população e maior crescimento demográfico (151.276 habitantes e com um elevado crescimento nos próximos 30 anos)</li> <li>▪Contributo positivo para a racionalização da rede hospitalar e de outras infra-estruturas de saúde</li> <li>▪Criação de condições para uma melhor definição das áreas de influência das unidades hospitalares da Região (reduzindo, nomeadamente, o acesso da população do concelho de Sesimbra ao hospital Garcia de Orta, em Almada)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪Custo do investimento na nova unidade</li> </ul>

Figura 14 - Hospital da Margem Sul do Tejo: opção 1 - vantagens e desvantagens

### Opções dois

Expandir e valorizar o Hospital Garcia de Orta com aproximadamente mais 150 camas. Área de influência de primeira linha: concelhos de Almada, Seixal e Sesimbra.

Vantagens	Desvantagens
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪Eliminação das necessidades não satisfeitas</li> <li>▪Eliminação do sobrecusto</li> <li>▪Redução das insuficiências de qualidade na prestação de serviços</li> <li>▪Boa localizado, boas condições ambientais e com infra-estruturas</li> <li>▪Contributo muito positivo para a racionalização da rede hospitalar e de outras infra-estruturas de saúde</li> <li>▪Menores custos de investimento quando comparados com a Opção um</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪Custo do investimento na expansão do Garcia de Orta</li> <li>▪Acessibilidades não inteiramente satisfatórias para uma parte da população</li> </ul>

Figura 15 - Hospital da Margem Sul do Tejo: opção 2 - vantagens e desvantagens

#### 4.4.5. Hospital de Évora

##### Opção zero

Manter a situação existente: hospital distrital, com 384 camas (lotação praticada em 2004), tendo por área de influência o distrito de Évora.

Vantagens	Desvantagens
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪Dispensa do custo do investimento na nova unidade</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪Manutenção das necessidades não satisfeitas</li> <li>▪Manutenção do sobrecusto</li> <li>▪Manutenção das insuficiências qualitativas na prestação de serviços</li> <li>▪Deficiente acessibilidade das actuais instalações e baixo grau de adequação para a actividade hospitalar</li> <li>▪Deficiente articulação com a rede hospitalar e outras infra-estruturas do Alentejo</li> <li>▪Investimentos e custos de manutenção muito elevados</li> </ul>

Figura 16 - Hospital de Évora: opção 0 - vantagens e desvantagens

##### Opção um

Construir um novo hospital de raiz, com dimensão sensivelmente idêntica às dos dois hospitais actualmente existentes. Assumiria na rede de referência o papel de “Hospital Central do Alentejo” em articulação com o Centro Hospitalar do Baixo

Alentejo (Beja), Hospital de Portalegre e Hospital de Elvas.

Vantagens	Desvantagens
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪Eliminação das necessidades não satisfeitas</li> <li>▪Eliminação do sobrecusto</li> <li>▪Redução das insuficiências de qualidade na prestação de serviços</li> <li>▪Boas acessibilidades</li> <li>▪Terreno com dimensão adequada, bem localizado, boas condições ambientais</li> <li>▪Contributo muito positivo para a racionalização da rede hospitalar e de outras infra-estruturas de saúde do Alentejo</li> <li>▪Criação de condições para uma melhor definição das áreas de influência das unidades hospitalares da Região</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪Custo do investimento da nova unidade parcialmente compensado pela libertação da parte das actuais instalações, que pertencem ao Estado</li> <li>▪Terreno sem infra-estruturas</li> </ul>

Figura 17 - Hospital de Évora: opção um - vantagens e desvantagens

#### 4.4.6. Hospital de Faro

##### Opção zero

Manter a situação existente: hospital distrital, com 486 camas (lotação praticada em 2004), tendo por área de influência o Sotavento algarvio.

Vantagens	Desvantagens
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪Dispensa do custo do investimento da nova unidade</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪Manutenção das necessidades não satisfeitas</li> <li>▪Manutenção do sobrecusto</li> <li>▪Manutenção das insuficiências qualitativas na prestação de serviços</li> <li>▪Deficiente articulação com a rede hospitalar e outras infra-estruturas do Algarve</li> <li>▪Investimentos e custos de manutenção elevados</li> <li>▪Insuficiência qualitativa e quantitativa ocasionando situações de ruptura na época alta de turismo</li> </ul>

Figura 18 – Hospital de Faro: opção zero - vantagens e desvantagens

##### Opção um

Construir um novo hospital de raiz, com cerca de 550 camas, em terreno já designado para o efeito. Assumiria as características de Hospital Central do Algarve.

Vantagens	Desvantagens
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Eliminação das necessidades não satisfeitas</li> <li>▪ Eliminação do sobrecusto</li> <li>▪ Redução das insuficiências de qualidade na prestação de serviços</li> <li>▪ Boas acessibilidades</li> <li>▪ Terreno com dimensão adequada, com infra-estruturas, bem localizado e com boas condições ambientais</li> <li>▪ Contributo muito positivo para a racionalização da rede hospitalar e de outras infra-estruturas de saúde do Algarve</li> <li>▪ Criação de condições para uma melhor definição das áreas de influência das unidades hospitalares da Região</li> <li>▪ Contributo significativo para a melhoria da competitividade da principal actividade económica da região</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Custo do investimento com a nova unidade, parcialmente compensado com a libertação das instalações da actual unidade</li> </ul>

**Figura 19 - Hospital de Faro: opção um - vantagens e desvantagens**

### Opção dois

Idêntica à opção um, mas com manutenção de alguns serviços nas instalações do hospital actual.

Vantagens	Desvantagens
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Eliminação das necessidades não satisfeitas</li> <li>▪ Redução do sobrecusto</li> <li>▪ Redução das insuficiências de qualidade na prestação de serviços</li> <li>▪ Boa acessibilidades</li> <li>▪ Terreno com dimensão adequada, com infra-estruturas, bem localizado e com boas condições ambientais</li> <li>▪ Contributo muito positivo para a racionalização da rede hospitalar e de outras infra-estruturas de saúde do Algarve</li> <li>▪ Criação de condições para uma melhor redefinição das áreas de influência das unidades hospitalares da Região</li> <li>▪ Contributo significativo para a melhoria da competitividade da principal actividade económica da região</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Custo do investimento com a nova unidade, não compensado com a libertação das instalações da actual unidade</li> <li>▪ Ausência de justificação técnica para a manutenção das actuais instalações no contexto da construção de uma nova unidade com o perfil assistencial previsto</li> </ul>

**Figura 20 - Hospital de Faro: opção dois - vantagens e desvantagens**

## 4.5. SELECÇÃO DA OPÇÃO INDICATIVA

UNIDADE HOSPITALAR	DESCRIÇÃO DA OPÇÃO INDICATIVA
CH PÓVOA   VILA DO CONDE	Construir um novo hospital de raiz, em terreno já designado para o efeito, com dimensão sensivelmente idêntica à actual, 140 camas, mantendo como área de influência os concelhos da Póvoa de Varzim e de Vila do Conde, e apenas as valências básicas. Esta unidade seria devidamente articulada com os hospitais mais próximos, nomeadamente da área metropolitana do Porto.
CH VILA NOVA DE GAIA	Construir de raiz um novo hospital central, com cerca de 550 camas, localizado nos terrenos onde hoje se encontra o Hospital Eduardo Santos Silva. Área de influência de primeira linha: concelho de Vila Nova de Gaia. Hospital "tampão" para a margem sul do rio Douro.
HOSPITAL DE TODOS OS SANTOS	Construir de raiz um novo hospital central, com cerca de 600 camas, localizado em terreno já designado para o efeito na zona oriental de Lisboa. Esta opção implicaria dar por terminada a utilização dos Hospitais de S. José, Capuchos/Desterro e Sta Marta.
HOSPITAL MARGEM SUL DO TEJO	Expandir e valorizar o Hospital Garcia de Orta com aproximadamente mais 150 camas. Área de influência de primeira linha: concelhos de Almada, Seixal e Sesimbra.
HOSPITAL DE ÉVORA	Construir um novo hospital de raiz, com dimensão sensivelmente idêntica à dos dois hospitais actualmente existentes. Assumiria na rede de referência o papel de "Hospital Central do Alentejo" em articulação com o Centro Hospitalar do Baixo Alentejo (Beja), Hospital de Portalegre e Hospital de Elvas.
HOSPITAL DE FARO	Construir um novo hospital de raiz, com cerca de 550 camas, em terreno já designado para o efeito. Assumiria as características de "Hospital Central do Algarve".

Figura 21 - Opção indicativa para cada unidade hospitalar

## 5. Desenvolvimento da Parte Geral - Hierarquização das unidades hospitalares

### 5.1. Metodologia, critérios e ponderadores

#### 5.1.1. Introdução

A **hierarquização** das unidades hospitalares em estudo foi efectuada a partir de critérios definidos pela equipa da EGP. Estes critérios têm natureza quantitativa e qualitativa, sendo os primeiros trabalhados a partir de Bases de Dados e os segundos baseados na opinião de um painel de peritos.

Os critérios definidos foram apresentados e analisados num Workshop no qual participaram os responsáveis pelas ARS's, Assessoria do Sr. Ministro da Saúde, DGIES, IGIF, Banco BPI e Parcerias.Saúde. Posteriormente recolheram-se os contributos escritos dos participantes na referida sessão de trabalho em termos de opinião quanto ao peso de cada um dos critérios. Desse contributo resultaram os pesos definitivos de cada um dos critérios, que traduzem pequenas diferenças face à proposta da EGP.

Os critérios utilizados, respectiva ponderação, fonte de informação e metodologia específica de cálculo, são apresentados no quadro seguinte:

CRITÉRIO	Peso Relativo Final
<b>C1 - Necessidades não satisfeitas</b>	<b>40,0%</b>
Necessidades não satisfeitas actuais	15,0%
Necessidades não satisfeitas futuras	15,0%
Insuficiências críticas	10,0%
<b>C2 - Grau de definição do projecto hospitalar</b>	<b>12,5%</b>
Disponibilidade dos terrenos	5,0%
Garantia de acessibilidades	5,0%
Garantia de infraestruturização e acesso a redes	2,5%
<b>C3 - Factores de custo/ineficiência e de falta de qualidade nos cuidados de saúde prestados</b>	<b>25,0%</b>
Sobrecusto	<b>10,0%</b>
Sobrecusto de exploração actual (custo de funcionamento)	5,0%
Custos de investimento indispensáveis e justificados	5,0%
Insuficiências de qualidade na prestação de serviços	<b>15,0%</b>
Tempo médio de espera em lista de espera (Consulta)	1,1%
Média do número de pessoas em lista de espera (Consulta)	1,1%
Tempo médio de espera em lista de espera (Cirurgia)	1,1%
Média do número de pessoas em lista de espera (Cirurgia)	1,1%
Qualidade das infraestruturas: adequadas/inadequadas	2,1%
Taxas de reinternamento	2,1%
% de internamento por infecções nosocomiais	2,1%
% de cirurgias em ambulatório	2,1%
Taxa de mortalidade geral	2,1%
<b>C4 - Contributo para a racionalização da rede de estabelecimentos hospitalares existente e para a melhoria global dos cuidados de saúde prestados por esta rede de estabelecimentos</b>	<b>15,0%</b>
<b>C5 - Contributo para a competitividade/desenvolvimento da região ou de sectores da economia portuguesa particularmente relevantes</b>	<b>7,5%</b>
	<b>100,0%</b>

**Quadro 4 – Critérios e pesos associados.**

### **5.1.2. Explicitação dos Critérios e sub-critérios utilizados e forma de cálculo.**

#### **Necessidades não satisfeitas actuais**

As necessidades não satisfeitas foram determinadas pela diferença entre a procura e a oferta hospitalar, medidas pelo número de dias de internamento.

Como fonte de informação foi utilizada a base de dados do IGIF para o ano de 2004, contendo informação do número de dias de internamento, por GDH, unidade hospitalar, distrito, concelho e freguesia de origem.

### Procura de cuidados hospitalares nos hospitais de substituição

Foi considerada procura de cada unidade hospitalar em estudo o número de dias de internamento procurados pela população dos concelhos da área de influência directa e de segunda linha, para o ano de 2004, para os GDH's que, de acordo com a Direcção Geral de Saúde (DGS), deveriam ser tratados no respectivo hospital.

Como primeira linha foram considerados os concelhos cuja procura de cuidados hospitalares se dirigia em primeiro lugar à unidade hospitalar em causa. Como segunda linha foram considerados os concelhos devidos, de acordo com a rede de referência hospitalar e com informação recolhida junto da DGS.

### Procura de cuidados hospitalares no Hospital da Margem Sul do Tejo

Relativamente à Margem Sul do Tejo considerou-se como procura de primeira linha os dias de internamento gerados pela população dos concelhos de Almada, Seixal e Sesimbra, primeira linha do Hospital Garcia de Orta, para os GDH's tratados neste hospital. Adicionalmente, considerou-se como procura de segunda linha os dias de internamento gerados pela população dos restantes concelhos do distrito de Setúbal, para os GDH's não existentes nos hospitais em relação aos quais esses concelhos representam a primeira linha, mas existentes no Hospital Garcia de Orta.

### Procura de cuidados hospitalares no Hospital de Todos os Santos (HTS)

Para o Hospital de Todos os Santos foi considerada procura de primeira linha o número de dias de internamento gerados pela população das freguesias mais orientais do concelho de Lisboa, de acordo com especificação da DGS: Alto do Pina, Anjos, Beato, Castelo, Encarnação, Graça, Lapa, Madalena, Mártires, Marvila, Mercês, Pena, Penha de França, Sacramento, Santa Catarina, Santa Engrácia, Santa Justa, Santa Maria dos Olivais, Santo Estêvão, São Cristóvão e São Lourenço, São João, São Jorge de Arroios, São José, São Miguel, São Nicolau, São Vicente de Fora, Sé, Socorro.

Como procura de segunda linha considerou-se, por recomendação da DGS, o número de dias de internamento para GDH's não tratados nas unidades hospitalares da região do Algarve, região do Alentejo, distrito de Santarém e concelhos de Azambuja, Alenquer, Arruda dos Vinhos e Vila Franca de Xira.

### Oferta de cuidados hospitalares nos hospitais de substituição

A oferta foi calculada, em dias de internamento, tendo em consideração o número de camas de cada hospital e uma taxa de ocupação média de referência de 80%, de acordo com indicação da DGS.

$$\text{Oferta} = \text{Lotação praticada (2004)} \times \text{Taxa de ocupação de referência (80\%)} \times 365 \text{ dias}$$

### Oferta de cuidados hospitalares para o Hospital da Margem Sul do Tejo

Considerou-se a mesma fórmula de cálculo da oferta para os hospitais de substituição, considerando-se a lotação praticada em 2004 no Hospital Garcia de Orta, por ser este o último hospital de referência do distrito de Setúbal.

## Oferta de cuidados hospitalares para o Hospital de Todos os Santos

Na determinação da oferta para o Hospital de Todos os Santos (HTS) considerou-se, para o cálculo do número de camas, os hospitais não especializados do concelho de Lisboa que, segundo as últimas orientações da DGS, irão ser substituídos numa primeira fase, a saber: Hospital dos Capuchos/Desterro, Hospital S. José e Hospital Sta. Marta.

Dado que as camas existentes nestes hospitais não são utilizadas para satisfazer apenas a população das freguesias orientais do concelho de Lisboa (primeira linha do HTS), determinou-se a percentagem de utilização dos hospitais acima referidos pela população destas freguesias.

Assim, calculou-se o rácio entre o número de dias de internamento gerado por estas freguesias nestes hospitais e o número total de dias de internamento do hospital.

Esta percentagem foi aplicada à lotação praticada pelo hospital e a soma resultante desses valores representa o número de camas utilizado na oferta do hospital de Todos os Santos.

A este número acresce o número de camas, determinado do mesmo modo, para a segunda linha: região do Algarve, região do Alentejo, distrito de Santarém e concelhos de Azambuja, Alenquer, Arruda e Vila Franca de Xira.

### **Necessidades Não Satisfeitas Futuras**

À semelhança das necessidades não satisfeitas actuais, as necessidades não satisfeitas futuras foram determinadas pela diferença entre a procura e a oferta hospitalar, medidas pelo número de dias de internamento.

O cálculo das necessidades não satisfeitas futuras é feito para os anos de 2021 (a 15 anos) e 2036 (a 30 anos).

Utilizou-se a base de dados de GDH do IGIF para os anos de 2002, 2003 e 2004.

### **Procura**

Para a determinação da procura futura foi necessário utilizar projecções demográficas para as áreas de influência dos hospitais em estudo, para os anos já referidos e por grupo etário. Assim, foram solicitadas para este efeito específicas projecções demográficas ao especialista Dr. Custódio Cónim, habitual fornecedor deste tipo de informação.

### Procura de cuidados hospitalares nos hospitais de substituição

A metodologia utilizada para o cálculo da procura futura consistiu no seguinte:

- Cálculo da média (2002, 2003 e 2004) do número de casos de internamento por GDH e para os três grupos etários definidos: Jovens (0-14 anos); Adultos (15-64 anos) e Idosos (65 anos e mais).
- A partir das projecções demográficas calcularam-se as taxas de crescimento

demográfico por grupo etário.

- Assumiu-se que o padrão de procura nos próximos anos, por grupo etário, se iria manter, e seria igual à média dos 3 últimos anos, excepto para os GDH cirúrgicos realizáveis em ambulatório (Portaria no. 132/2003 de 5 de Fevereiro de 2003).
- Para estes GDH, considerou-se que a 15 e a 30 anos estes seriam realizados, totalmente, em ambulatório.
- Aplicou-se a taxa de crescimento demográfico a essa média e desta forma estabeleceu-se a procura de cuidados hospitalares nos anos referidos.
- Para transformar o número de casos em dias de internamento, multiplicou-se o número de casos pela demora média do hospital. Utilizou-se a média da demora média das publicações do IGIF para os anos 2002, 2003 e 2004.

#### Procura de cuidados hospitalares no hospital da Margem Sul do Tejo

À semelhança das necessidades não satisfeitas actuais, considerou-se que a procura seria o número de casos gerados pela população dos concelhos de Almada, Seixal e Sesimbra, primeira linha do Hospital Garcia de Orta, para os GDH's tratados neste hospital. Adicionalmente, considerou-se como procura de segunda linha o número de casos gerados pela população dos restantes concelhos do distrito de Setúbal, para os GDH's não existentes nos hospitais em relação aos quais esses concelhos representam a primeira linha, mas existentes no Hospital Garcia de Orta.

O número de casos para o cálculo da procura futura foi determinado de modo semelhante ao dos hospitais de substituição.

#### Procura de cuidados hospitalares no hospital de Todos os Santos

À semelhança das necessidades não satisfeitas actuais, considerou-se que a procura deste hospital seria determinada a partir do número de casos gerados pela população das freguesias orientais do concelho de Lisboa anteriormente referidas (primeira linha), a região do Alentejo, a região do Algarve, distrito de Santarém e concelhos de Azambuja, Alenquer, Arruda e Vila Franca de Xira (segunda linha).

O número de casos para o cálculo da procura futura foi feito de modo semelhante ao dos hospitais de substituição.

### **Oferta**

#### Oferta de cuidados hospitalares nos hospitais de substituição

Foi utilizada a mesma metodologia já apresentada para as necessidades não satisfeitas actuais, tendo, no entanto, sido utilizada a média simples da lotação praticada pelos hospitais (2002, 2003 e 2004).

Assim, a oferta destes hospitais, em dias de internamento, é obtida do seguinte modo:

*Oferta* = Média simples da lotação praticada (2002, 2003 e 2004) × Taxa de ocupação (80%) × 365 dias

## Insuficiências críticas

O resultado deste critério (que pretende aferir a existência de insuficiências críticas de prestação de cuidados de saúde pelas unidades hospitalares existentes, não reveladas pela análise não quantitativa anterior) foi obtido pelo contributo do painel de especialistas.

## Factores de custo/ineficiência e de falta de qualidade nos cuidados de saúde

### Sobrecusto de exploração actual (custo de funcionamento)

Para cada um dos hospitais foi calculado o sobrecusto unitário como sendo a diferença entre o índice de custo operacional unitário médio do hospital e o índice de custo operacional unitário médio dos hospitais de referência<sup>1</sup> (base 100). O sobrecusto unitário foi multiplicado pelo número de doentes saídos de cada unidade hospitalar, apurando assim o indicador de sobrecusto do referido hospital.

#### Calculo do Custo Operacional Unitário (por Doente Saído – DS)

Calculou-se o custo operacional unitário:

$$C.O.U = \frac{(C.o. Internamento + \sum_i C.o. _i + C.o. Hosp.Dia)}{Doentes Saídos}$$

•

- Custo operacional do Internamento:

$$C.O. Internamento = (CMVMC + FSE + Custos c/ Pessoal) \times \left[ \frac{Custos Internamento}{Custos Totais} \right] \times \frac{1}{Case Mix}$$

- Custo operacional da Consulta Externa e da Urgência:

$$C.O. _i = (CMVMC + FSE + Custos c/ Pessoal) \times \left[ \frac{Custo_i}{Custos Totais} \right] \times \left[ \frac{\frac{Prod_i}{Prod Internamento}}{\frac{Prod_i}{Prod Internamento}} \right]$$

- Custo operacional do Hospital de Dia:

$$C.O. Hosp.Dia = (CMVMC + FSE + Custos c/ Pessoal) \times \left[ \frac{Custos Hosp. Dia}{Custos Totais} \right]$$

<sup>1</sup> Hospitais de referência - Pool de Hospitais Centrais não especializados e não universitários e ainda alguns Hospitais Distritais considerados comparáveis

$$\frac{\text{Prod}_i}{\text{Prod}_{\text{Internamento}}} \text{ Média calculada para os hospitais de referência}$$

i: tipo de actividade: Urgência e Consulta externa  
 Prod. Internamento: Produção de internamento em termos de Doentes Saídos  
 Prod. Consulta externa: Número de consultas  
 Prod. Urgência: Número de doentes atendidos em urgência  
 Custos Totais: Custos totais, directos e indirectos, das actividades de internamento, urgência, consulta externa e hospital de dia

O peso de cada um dos tipos de actividade (internamento, consulta externa, hospital de dia e urgência) foi apurado a partir dos dados disponíveis no IGIF e calculado dividindo os custos totais de cada um dos tipos de actividade pelo total de custos das quatro actividades. Foram retirados a estes custos as amortizações por se considerar não ser uniforme o seu tratamento contabilístico.

### Cálculo do C.O.U. do Hospital de Todos os Santos

Considerou-se como C.O.U. do Hospital de Todos os Santos:

$$C.O.U.H.Todos\ os\ Santos = \frac{C.o.total\ Hospital\ S.\ José + C.o.total\ Hospital\ Sta\ Marta + C.o.total\ Hosp.\ Capuchos/Desterro}{DS\ Hosp.\ S.H.José + DS\ Hosp.\ Sta\ Marta + DS\ Hosp.\ Capuchos/Desterro}$$

### Cálculo do C.O.U do Novo Hospital da Margem Sul do rio Tejo

Considerou-se como custo operacional unitário (C.O.U) para esta unidade o custo operacional unitário do Hospital Garcia de Orta por ser este o hospital em análise na margem sul do rio Tejo.

### Cálculo do Índice de Sobrecusto para os Hospitais de Substituição

Apurou-se o C.O.U. médio através do cálculo da média simples dos C.O.U. para os anos disponíveis (2002, 2003 e 2004) para cada unidade hospitalar em estudo.

Como índice de base 100 foi considerada a média do C.O.U. médio dos hospitais centrais não especializados e não universitários e ainda de alguns hospitais distritais<sup>2</sup> comparáveis. Esta “pool” de hospitais foi designada de Hospitais de referência.

### Cálculo do Sobrecusto:

Sobrecusto unitário = Índice de Sobrecusto - Índice Base 100

Sobrecusto = Sobrecusto unitário x Média de DS (2002,2003,2004)

---

<sup>2</sup> Por indicação da DGS

## **Custos de Investimento Indispensáveis e justificáveis**

Este critério considerou o custo médio anual, em cada um dos próximos dez anos, relativo aos custos de investimento em manutenção de instalações e substituição de equipamentos que, de acordo com informação prestada pela DGIES, serão indispensáveis nos mesmos dez anos.

A informação relativa ao Centro Hospitalar de Póvoa de Varzim/Vila do Conde, ao Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia, ao Hospital do Espírito Santo, em Évora, e ao Hospital Distrital de Faro foi transmitida pela DGIES, de forma quantitativa precisa.

No que se refere ao Hospital de Todos os Santos, em Lisboa, e ao Hospital Garcia de Orta, em Almada, a equipa da EGP admitiu (opção validada pela DGIES) que não seriam, respectivamente, inferior ao maior dos outros quatro (isto é, o montante de investimento de conservação e substituição nos Hospitais da cidade de Lisboa a substituir pelo Hospital de Todos os Santos não será seguramente inferior ao do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia) e superior ao menor dos outros quatro (isto é, o montante de investimento de conservação e substituição no Hospital Garcia de Orta, em Almada não, será seguramente superior ao do Hospital Distrital de Faro).

Esta solução funciona como um *second best* que, permitindo reconhecer e ponderar adequadamente os elevados custos de investimento de substituição que seriam ocasionados pela continuação em actividade de alguns dos mais antigos hospitais de cidade de Lisboa (mesmo que conhecidos com menos precisão), não interfere com a pontuação obtida neste critério pelos quatro Hospitais para que se dispõe de informação precisa em relação a este custo de investimento. No que se refere ao Hospital Garcia de Orta, em Almada, é colocado em situação idêntica à do Hospital Distrital de Faro, solução que se justifica pela relativa juventude das duas unidades hospitalares, nas suas configurações actuais (o Hospital Garcia de Orta, em Almada, é a mais nova das unidades hospitalares equacionadas neste trabalho).

## **Indicadores de qualidade**

### **Lista de Espera**

#### **Lista de Espera para consulta externa**

Para o cálculo dos indicadores de lista de espera de consulta externa foram utilizados os dados do IGIF para 2002, 2003 e 2004.

#### Média do tempo médio em lista de espera – consulta externa

A média do tempo médio em lista de espera foi determinada de acordo com o seguinte método:

No caso dos Hospitais de Substituição (Hospital de Évora, Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia, Centro Hospitalar de Póvoa e Vila do Conde e Hospital de Faro) pelo cálculo da média simples do tempo médio de espera para uma consulta no hospital em causa (2002, 2003 e 2004).

Para o Novo Hospital da Margem Sul do Tejo foi calculada a média do tempo médio de espera (2002, 2003 e 2004) para uma consulta no Hospital Garcia de Orta.

Para o Hospital de Todos os Santos foi calculada a média ponderada do tempo médio de espera (2002, 2003 e 2004) para uma consulta dos hospitais a serem substituídos (Hospital dos Capuchos/Desterro, Hospital S. José e Hospital de Santa Marta). Como ponderador utilizou-se o peso assumido pelo número de consultas de cada um destes hospitais no total das consultas do conjunto dos mesmos.

#### Número de pessoas em lista de espera - consulta externa

O número de pessoas em lista de espera foi apurado de acordo com o seguinte método:

No caso do Hospital de Évora, Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia, Centro Hospitalar de Póvoa e Vila do Conde e para o Hospital de Faro pela média simples do número de pessoas em espera para consulta externa, nos anos de 2002, 2003 e 2004.

Para o Novo Hospital da Margem Sul do Tejo considerou-se a média simples do número de pessoas em lista de espera no Hospital Garcia de Orta.

Para o Hospital de Todos os Santos considerou-se a soma da média simples do número de pessoas em lista de espera nos hospitais a serem substituídos (Hospital dos Capuchos/ Desterro, Hospital S. José e Hospital de Santa Marta).

#### **Lista de Espera para cirurgia**

Para o cálculo dos indicadores de lista de espera de cirurgia foram utilizados os dados mais recentes (à data do estudo) do SIGIC para as áreas em estudo.

#### Tempo de espera em lista de espera – cirurgia

Para determinar o número de pessoas em lista, considerou-se a soma do número de pessoas em lista de espera para as seguintes cirurgias: Hérnias, Varizes, Cataratas, Artrose da Anca, Artrose do Joelho. Foram seleccionadas estas cirurgias por terem sido consideradas, pela DGS, como as mais representativas.

#### Número de pessoas em lista de espera – cirurgia

Para determinar o tempo médio em lista de espera, considerou-se o tempo médio para as mesmas cirurgias, ponderado pelo número de pessoas em espera.

#### **Taxas de reinternamento**

As taxas de reinternamento foram calculadas, tendo por base dados fornecidos pelo IGIF (dados de 2004). Para tal determinou-se o rácio entre o número de reinternamentos<sup>3</sup> e o número total de doentes internados:

No caso do Hospital de Évora, Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia, Centro Hospitalar de Póvoa do Varzim e Vila do Conde e para o Hospital de Faro foi apurado o rácio relativo à respectiva unidade hospitalar.

---

<sup>3</sup> Doentes reinternados, pelo mesmo GDC (Grandes Categorias de Diagnóstico) nos oitos dias subsequentes ao internamento

Para o Hospital da Margem Sul do Tejo considerou-se a taxa de reinternamento do Hospital Garcia de Orta.

Para o Hospital de Todos os Santos considerou-se as taxas de reinternamentos de cada um dos hospitais a ser substituído (Hospital dos Capuchos/Desterro, Hospital S. José e Hospital de Santa Marta), as quais foram ponderadas pelo peso relativo de cada uma destas unidades hospitalares no total de doentes saídos do conjunto destas instituições.

### **Percentagem de internamentos por infecções nosocomiais”, “Percentagem de cirurgias em ambulatório” e “Taxas de mortalidade**

Para os indicadores “Percentagem de internamentos por infecções nosocomiais”, “Percentagem de cirurgias em ambulatório” e “Taxas de mortalidade<sup>4</sup> foi utilizada a mesma metodologia.

### **Qualidade das Infra-estruturas**

Este critério foi avaliado com base no relatório da DGIES.

### **5.1.3. Os restantes indicadores**

#### **Grau de definição do projecto hospitalar**

Determinado com base na pontuação atribuída às opções indicativas para os seis hospitais (ver figura 21) pelos membros do painel de especialistas, composto por um representante de cada uma das seguintes entidades do Ministério da Saúde: DGS, DGIES, IGIF, ARS Norte, ARS LVT, ARS Alentejo e ARS Algarve.

Com excepção da pontuação atribuída ao Hospital da Margem Sul do Tejo, pelo facto de este ter conhecido uma evolução inteiramente esclarecedora já depois da recolha das opiniões dos membros do painel. Para não convocar de novo o painel, numa fase do trabalho em que a sua opinião já não seria tão “cega” no que se refere à prioridade dos vários projectos em análise, a equipa da EGP utilizou a prerrogativa de, em relação a este único item, ser ela própria a pontuar.

#### **Contributo para a racionalização da rede de estabelecimentos hospitalares existente e para a melhoria global dos cuidados de saúde prestados por esta rede de estabelecimentos**

Determinado com base na pontuação atribuída às opções indicativas para os seis hospitais (ver figura 21) pelos membros do painel de especialistas, composto por um representante de cada uma das seguintes entidades do Ministério da Saúde: DGS, DGIES, IGIF, ARS Norte, ARS LVT, ARS Alentejo e ARS Algarve.

---

<sup>4</sup> Rácio entre o número de óbitos e o número total de doentes internados

## **Contributo para a competitividade da região ou sectores da economia portuguesa particularmente relevantes**

Determinado com base na pontuação atribuída às opções indicativas para os seis hospitais (ver figura 21) pelos membros do painel de especialistas, composto por um representante de cada uma das seguintes entidades do Ministério da Saúde: DGS, DGIES, IGIF, ARS Norte, ARS LVT, ARS Alentejo e ARS Algarve.

### **5.2. Conclusões sobre as prioridades de investimento**

Pela aplicação dos critérios e metodologia anteriormente descrita procedeu-se ao *ranking* dos hospitais. O quadro abaixo apresentado resume a classificação de cada hospital à luz de cada um dos referidos critérios:

Critério	Ponderador	Hospital de Évora	Hospital de Gaia	Hospital de Todos os Santos	Hospital de Póvoa - Vila do Conde	Hospital da Margem Sul	Hospital de Faro
<b>C1- Necessidades Não Satisfeitas</b>	<b>40,0%</b>						
No momento actual	15,0%	20.095,000	5.066,000	73.661,000	16.801,000	78.030,000	36.416,000
A prazo de 15 anos	10,0%	0,000	0,000	44.026,223	4.335,767	46.631,678	60.314,160
A prazo de 30 anos	5,0%	0,000	17.273,694	38.336,377	9.313,951	62.426,530	75.507,356
Insuficiências críticas	10,0%	72.917	52.083	52.083	33.333	57.500	68.333
<b>C2- Grau de definição do projecto hospitalar</b>	<b>12,5%</b>						
Disponibilidade dos terrenos	5,0%	90,000	98,571	53,571	47,143	98,571	97,143
Garantia de acessibilidades	5,0%	98,571	95,714	95,714	97,857	75,000	98,571
Garantia de infra-estruturação e acesso a redes	2,5%	92,857	98,571	94,286	92,143	98,571	95,714
<b>C3- Factores de custo/ineficiência e de falta qualidade nos cuidados de saúde prestados</b>	<b>25,0%</b>						
Sobrecusto da exploração actual	5,0%	252,108	100,480	794,753	29,177	256,608	97,948
Custos de investimento indispensáveis e justificados	5,0%	1.050,000	3.023,855	3.023,855	457,390	279,400	279,400
Insuficiências de qualidade na prestação de serviços	15,0%						
Tempo médio de espera em lista de espera (Consulta)	1,1%	35,16	22,86	20,81	30,82	46,21	22,40
Média do número de pessoas em lista de espera (Consulta)	1,1%	7.972,30	4.658,00	125,70	147,00	167,40	5.392,10
Tempo médio de espera em lista de espera (Cirurgia)	1,1%	8,33	4,77	11,93	5,91	13,12	8,89
Média do número de pessoas em lista de espera (Cirurgia)	1,1%	1.015,00	1.239,00	4.836,00	410,00	2.259,00	2.157,00
Qualidade das infra-estruturas	2,1%	2,10	1,30	1,30	1,20	2,40	2,40
Taxas de reinternamento	2,1%	0,82%	1,48%	1,16%	0,61%	1,00%	0,73%
% de internamento por infeções nosocomiais	2,1%	0,56%	0,26%	0,55%	0,35%	0,53%	0,31%
% de cirurgias de ambulatório	2,1%	88,40%	82,41%	86,10%	73,40%	75,60%	93,75%
Taxa de mortalidade geral	2,1%	4,50%	3,30%	3,70%	4,00%	4,20%	4,70%
<b>C4- Contributo para a racionalização da rede de estabelecimentos hospitalares existente e para a melhoria global dos cuidados de saúde prestados por esta rede de estabelecimentos</b>	<b>15,0%</b>						
		69	53	86	33	48	54
<b>C5- Contributo para a competitividade da região ou de sectores da economia portuguesa particularmente relevantes</b>	<b>7,5%</b>						
		55	26	27	21	26	77

Quadro 5 - Resultado final

Nota: Ver em anexo a fundamentação dos valores apresentados:

- Necessidades não satisfeitas actuais (Anexo 1)
- Necessidades não satisfeitas futuras (Anexo 2)
- Factores de custo/ineficiência e de qualidade nos cuidados de saúde (Anexo 3)

O quadro acima serviu de apoio ao estabelecimento do *ranking* dos hospitais em estudo:

Hospital	Ranking
Hospital de Todos os Santos	69,58
Hospital de Faro	62,22
Hospital da Margem Sul do Tejo	53,85
Hospital de Évora	49,18
Hospital de Vila Nova de Gaia	35,64
Hospital da Póvoa de Varzim/Vila do Conde	13,31

**Quadro 6 - Hierarquização dos hospitais em estudo**

Se é certo que os resultados de um processo desta natureza (hierarquização, em termos de prioridade, da construção de um conjunto de equipamentos de utilização colectiva, por maioria de razão na área da saúde) são sempre discutíveis, não é menos verdade que nos sentimos francamente confortáveis com os resultados a que chegamos.

Os critérios foram definidos e validados (num workshop com os serviços do Ministério da Saúde mais qualificados e mais directamente envolvidos) antes de começarem a ser aplicados – antes de conhecermos, portanto, os resultados a que conduziriam. O mesmo se diga dos respectivos ponderadores ou pesos relativos.

Numa análise multicritério não seria de esperar que nenhum Hospital revelasse idêntico grau de prioridade em todos os critérios. Por isso se recorre a este tipo de análise.

Em termos de necessidades não satisfeitas, a prioridade teria de ser concedida à Margem Sul do Rio Tejo: parece ser um dos locais do País onde há maior défice de camas, no momento actual. Segue-se a zona oriental de Lisboa, onde virá a situar-se o Hospital de Todos os Santos.

No que se refere a um aspecto particular das necessidades de saúde não satisfeitas, não revelado pelos indicadores de índole mais quantitativa, a existência de insuficiências críticas no serviço prestado actualmente às populações, avultam as situações de Évora e de Faro.

Quando se pondera o grau de definição do projecto hospitalar, avultam as posições dos novos Hospitais de Vila Nova de Gaia (na solução que veio a ser escolhida), de Faro e de Évora, embora haja a referir, quanto a este, alguma indefinição no que se refere à garantia de disponibilidade de infra-estruturas.

Em matéria de sobrecusto originado pela situação actualmente existente, a prioridade vai, por inteiro, para o novo Hospital de Todos os Santos, na Zona Oriental de Lisboa, reflectindo este o sobrecusto dos hospitais que vai substituir. Aproxima-se-lhe, em matéria de custos de manutenção e conservação, o Hospital de Vila Nova de Gaia, e segue-se-lhe, em matéria de custos de funcionamento ou de exploração, já a grande distância, o Hospital Garcia de Orta, na Margem Sul do Rio Tejo.

Aferida por vários indicadores, a qualidade conduziu a conclusões nem sempre convergentes. As situações globalmente mais difíceis, e que parecem reclamar intervenções mais urgentes verificam-se na margem sul do rio Tejo (Hospital Garcia de Orta) e em Évora, embora surjam maus resultados pontuais em quase todas as unidades hospitalares consideradas.

Em matéria de contributo para a racionalização da rede de equipamentos hospitalares, a vantagem pende, de forma decisiva para o novo Hospital de Todos os Santos, em Lisboa. Seguem-se, a razoável distância, os novos Hospitais de Évora e de Faro.

Em matéria de contributo para a competitividade das regiões em que se encontram instalados, ou para a competitividade de sectores relevantes dessas economias regionais, a vantagem pende para o novo Hospital do Algarve, seguido, a razoável distância, pelo novo Hospital do Alentejo, sendo praticamente irrelevante em todos os outros – um reflexo da importância do turismo na economia portuguesa e de, nessa matéria e nas condições que hoje prevalecem, terem de ser comunicadas, e efectivamente praticadas, condições de prestação de cuidados de saúde irrepreensíveis.

O novo Hospital de Todos os Santos, na Zona Oriental de Lisboa, apresenta-se como o de primeira prioridade, porque “vence”, por vezes a enorme distância dos demais, num conjunto de critérios tão importantes como o sobrecusto, seja de funcionamento seja de manutenção e de conservação, como as necessidades não satisfeitas, sobretudo nos prazos mais curtos, e pelo enorme contributo de que se revestirá para a racionalização da rede de equipamentos hospitalares do nosso País – a começar pelo facto de poder e dever ser assumido como exemplo.

O novo Hospital da Póvoa do Varzim - Vila do Conde surge classificado em último lugar, entre os seis Hospitais analisados, porque não chegou a ser referido como prioritário em nenhum dos critérios atrás apresentados. Não é razão para que não seja construído, dando um contributo relevante para a melhoria dos cuidados de saúde na sua área geográfica, tanto maior quanto melhor aparecer integrado na oferta hospitalar da Área Metropolitana do Porto.

Com 45% do poder de decisão atribuído a um painel de sete entidades, cuja opinião a equipa da EGP poderia chegar a acolher integralmente, como foi o caso, com excepção da pontuação atribuída ao Hospital da Margem Sul do Tejo no que se refere ao grau de definição do projecto hospitalar, pelo facto de este ter conhecido uma evolução inteiramente esclarecedora já depois da recolha das opiniões dos membros do painel. Para não convocar de novo o painel, numa fase do trabalho em que a sua opinião já não seria tão “cega” no que se refere à prioridade dos vários projectos em análise, a equipa da EGP utilizou a prerrogativa de, em relação a este único item, ser ela própria a pontuar.

Podia rezear-se pelo grau de objectividade do exercício. Não foi, felizmente, o caso, confortando-nos o facto de o resultado ser rigorosamente o mesmo (com pequenas

diferenças de pontuação quantitativa, irrelevantes para efeitos de ordenamento de prioridades) quando tomámos, para cada Hospital, em relação a cada um dos factores analisados:

- a média simples das respostas dadas pelas sete entidades que constituíram o painel;
- a mesma média, mas retirando agora as duas respostas extremas, a mais e a menos elevada;
- ainda a mesma média, mas retirando, das sete respostas, a que mais contribuía para aumentar o respectivo grau de dispersão.

## 6. Recomendações

Concluimos com um conjunto de recomendações, como nos é exigido pelo Caderno de Encargos. São as seguintes:

1. Em quatro dos seis casos (Vila Nova de Gaia, Lisboa, Évora e Faro) os Hospitais analisados foram-nos propostos como Hospitais de substituição. É indispensável que o sejam de facto, sob pena de saírem defraudados os pressupostos seja do nosso trabalho seja da nossa recomendação. Se a questão não se põe, de facto, em Vila Nova de Gaia (porque se vai fazer um novo Hospital no mesmo espaço físico ocupado pelo actualmente existente), nem parece pôr-se em Évora (porque, até ao momento, ninguém reivindicou um Hospital novo e a manutenção do actualmente existente), há sérias razões para reear que (por razões muito diferentes) a questão venha a pôr-se de forma diferente tanto em Lisboa como em Faro.

Tentando ser o mais claros possível: se não é para substituir as unidades actualmente existentes, tal como considerado no nosso trabalho, os novos Hospitais Centrais de Lisboa e do Algarve não se justificam.

2. Num caso pelo menos, a evolução demográfica poderá revelar-se tão adversa que chegue a condicionar, se não a prioridade que lhe foi atribuída, pelo menos a dimensão da nova unidade hospitalar a construir. É sobretudo o caso do novo Hospital Central na Zona Oriental de Lisboa.

As projecções demográficas mais negativas conduzem a uma perda populacional de quase 50% nos próximos trinta anos. Mesmo conscientes de que estas previsões não fazem mais do que extrapolar tendências de evolução passadas, com elevado grau de fundamentação, e de rigor, tomámos a iniciativa de pedir uma previsão menos pessimista, em que, mesmo assim, se aponta para uma perda populacional nas freguesias abrangidas da ordem dos 33%, nos próximos trinta anos. É por isso que o novo Hospital de Todos os Santos, em Lisboa, surge pontuado em 2ª lugar, em termos de necessidades não satisfeitas, quando se considera a população actual, surgindo apenas em 3º lugar quando se considera a população estimada a prazos de quinze e trinta anos. Estes factos sugerem a necessidade de uma ponderação particularmente criteriosa da sua dimensão.

3. O mesmo se diga do novo Hospital de Évora. Salvo melhor opinião, a melhor solução passará mais pela sua qualificação e intensificação tecnológica do que por qualquer aumento do número de camas - matéria em que poderá admitir-se, mesmo, uma ligeira redução. Em consonância com este propósito de qualificação, que nos leva a propor o estatuto de Hospital Central do Alentejo, recomenda-se um cumprimento mais apertado das orientações já em vigor no que se refere aos serviços a prestar, e à complementaridade que deveria existir entre os três Hospitais distritais do Alentejo.

4. A decisão mais difícil de tomar foi a que respeita à solução a dar à necessidade de incremento da oferta de cuidados hospitalares na Margem Sul do Rio Tejo. Evidenciada a necessidade, sobretudo em termos de necessidades não satisfeitas, tornava-se necessário definir a melhor solução – sendo que, a este respeito, a equipa da EGP responsável pelo estudo sempre manifestou preferência pela expansão do Hospital Garcia de Orta, em Almada, em detrimento da construção de um novo e pequeno hospital de raiz, muito provavelmente no Seixal.

A razão desta preferência encontra-se em considerações de custo e de racionalidade

e eficiência da rede hospitalar, sob pena de repetirmos na Margem Sul do Rio Tejo exemplos que ficam como expoentes de irracionalidade e de desperdício hoje observáveis em outras zonas do País – mesmo considerando, como se nos tornou patente, as dificuldades de circulação na região, e a falta de coincidência entre distâncias medidas em quilómetros e em tempo necessário para os percorrer, sobretudo em horas de maior congestionamento.

A opção enunciada, no sentido de expandir a oferta do Hospital Garcia de Orta, em Almada, só foi tomada depois de confirmado que a expansão recomendada é efectivamente possível, sob todos os pontos de vista – das condições relacionadas com a natureza do espaço físico à confirmação da efectiva possibilidade de redimensionamento do *plateau* técnico, e não apenas do número de camas.

Salvo melhor opinião, a solução preconizada exige a suspensão imediata de todas as intervenções planeadas para o Hospital Garcia de Orta, sob pena de se multiplicarem factores de inconsistência na sua configuração e programa, de sobrecusto no seu funcionamento, e de falta de qualidade nos serviços prestados.

Salvo melhor opinião, ainda, justifica-se uma chamada de atenção para a situação da oferta hospitalar no Distrito de Setúbal, onde a insuficiência do número de camas coexiste com unidades hospitalares com baixíssimas taxas de ocupação – como é nomeadamente o caso do Hospital do Montijo.

5. De forma pontual, a equipa responsável pelo estudo foi confrontada com a observação de que a nova unidade hospitalar poderia ser construída em local diferente do que tem vindo a ser equacionado pelos serviços centrais do Ministério da Saúde e pela generalidade dos intervenientes envolvidos no exercício. É o caso de Évora, em que a Câmara Municipal continua a sustentar a existência de uma alternativa de localização preferível – em relação à qual deveria solicitar-se parecer da DGIES (mesmo admitindo-se que já haja parecer emitido, dando-se uma segunda oportunidade de avaliação dos argumentos em sentido contrário e fazendo-se um esforço adicional no sentido de fazer prevalecer uma decisão que reúna o maior consenso possível).

6. Ainda em matéria de terrenos, recomenda-se que, mesmo em situação de Parceria Público Privada, os terrenos sejam adquiridos pelo Estado Português – por razões de custo, em relação às quais se admite que o Estado dispõe de instrumentos que não estarão ao alcance das entidades privadas interessadas. É, por exemplo, o caso do novo Hospital de Póvoa de Varzim/Vila do Conde, em que a solução de aquisição dos terrenos pelo Estado Português se afigura altamente recomendável.

7. Salvo melhor opinião, existem hoje condições para, em várias zonas do País, a rede de referenciação passar a fazer-se por freguesia e não por concelho. Veja-se, a título de exemplo, o caso da Área Metropolitana do Porto, em que nada justifica que as freguesias da parte Sul do concelho de Vila do Conde não referenciem ao Hospital de Pedro Hispano, em Matosinhos, a um tempo mais próximo e mais diferenciado que o Hospital concelho.

8. A ordem de prioridade apresentada pondera factores diversos, os mais importantes dos quais se prendem com a suficiência e qualidade do serviço que tem de ser prestado às populações, com o custo a que esse serviço tem de ser prestado e com a racionalidade global da rede de equipamentos hospitalares do País. A existência, ou não, de condições de viabilidade física para um avanço imediato dos projectos (da

disponibilidade de terrenos à qualidade das acessibilidades e à garantia de infra-estruturas adequadas) ponderou muito moderadamente – sob pena de correremos o risco de tornarmos prioritários projectos que dispõem de todas as condições de realização imediata, por menos necessários que se revelem.

A verificação da necessidade de todos estes projectos, pode abrir espaço para um ordenamento da execução porventura diferente do que resulta da sua importância e prioridade relativas – caso em que se tornará impossível deixar de reparar que é em Faro e em Vila Nova de Gaia que se encontram reunidas as condições físicas de avanço mais imediato dos processos de construção das novas unidades hospitalares.

## 7. Fichas Técnicas

### 7.1. Fichas técnicas dos hospitais actuais

#### 7.1.1. Hospital Póvoa do Varzim/Vila do Conde

Ficha Técnica Actual	
<b>Caracterização geral</b>	
<b>Nome do Hospital:</b>	<b>Centro Hospitalar Póvoa de Varzim- Vila do Conde</b>
Localização:	Cidade da Póvoa do Varzim e cidade Vila do Conde
Ano de construção:	1755 (Edifício principal da Póvoa do Varzim) 1913 (Edifício principal de Vila do Conde )
Inserção na rede hospitalar:	Hospital de Nivel 1
Inserção na rede de referenciação:	Referência para o Hospital de S. João
Caracterização das infraestruturas:	Ver anexo
Número de camas (Lotação praticada):	143
Case mix:	0.81
Perfil assistencial (Internamento): Cirurgia Geral, Ginecologia/Obstetria, Medicina Interna, Ortopedia, Pediatria e Neonatologia	
<b>Produção hospitalar</b>	
Número de doentes saídos:	7.058
Demora média (dias):	5,4
Taxa de ocupação:	74,90%
Número de consultas (ano de 2004):	56.811
Número de consultas por dia útil:	227
Número de consultas por hora:	38
Número de episódios de urgência	111.631
Número de sessões de hospital de dia	---
<b>Área de influência</b>	
Área de influência de primeira linha:	Póvoa do Varzim, Vila do Conde
<b>Dados populacionais</b>	
População abrangida:	141 469
Repartição da população por grupo etário:	25 577 Jovens; 99 312 Adultos; 16 580 Idosos
Projeção da repartição da população por grupo etário a 15 anos (2021):	24 229 Jovens; 107 131 Adultos; 25 264 Idosos
Projeção da repartição da população por grupo etário a 30 anos (2036):	21 407 Jovens; 104 490 Adultos; 36 401 Idosos
Grandes Categorias de Diagnóstico actuais, por grupo etário (1):	
<b>Grupo Etário Jovens</b>	
<b>Grande Categoria de Diagnósticos</b>	<b>Total DI</b> %
Recém-nascido e Lactentes com Afeções do Período Perinata	6.574 55%
Doenças e Perturbações do Aparelho respiratório	1.149 10%
Doenças e Perturbações do Aparelho digestivo	644 5%
Doenças e Perturbações do Rim e do aparelho urinário	608 5%
Doenças e Perturbações do Ouvido, Nariz, Boca e garganta	516 4%
<b>Grupo Etário Adultos</b>	
<b>Grande Categoria de Diagnósticos</b>	<b>Total DI</b> %
Gravidez, Parto e Puerpério	6.047 16%
Doenças e Perturbações do Sistema Músculo-esquelético e Tecido Conjuntivo	4.284 11%
Doenças e Perturbações do Aparelho digestivo	3.153 8%
Doenças e Perturbações do Sistema Hepatobiliar e Pâncreas	2.755 7%
Doenças e Perturbações do Aparelho respiratório	2.736 7%
<b>Grupo Etário Idosos</b>	
<b>Grande Categoria de Diagnósticos</b>	<b>Total DI</b> %
Doenças e Perturbações do Aparelho respiratório	6.225 20%
Doenças e Perturbações do Aparelho circulatório	4.575 15%
Doenças e Perturbações do Sistema Músculo-esquelético e Tecido Conjuntivo	3.775 12%
Doenças e Perturbações do Aparelho digestivo	3.610 12%
Doenças e Perturbações do Sistema Nervoso	3.174 10%
Fonte: ARS Norte, DGIES; IGIF; DGS; Projeções Custódio Cónim Ano de Referência: 2004 (1) Jovens: 0-14; Adultos: 14-64; Idosos: 65 e mais anos	

## 7.1.2. Hospital de Vila Nova de Gaia

Ficha Técnica Actual	
<b>Caracterização geral</b>	
<b>Nome do Hospital:</b>	<b>Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia</b>
<b>Localização:</b>	Vila Nova de Gaia
<b>Ano de construção:</b>	1947 (Hospital Eduardo Santos Silva) 1966 (Hospital "Comendador Moreira de Barros")
<b>Inserção na rede hospitalar:</b>	Hospital Central
<b>Inserção na rede de referenciação:</b>	Referencia de: Hospital Santa Maria da Feira Referencia para: H.S. António; H.S. João; H. Maria Pia
<b>Caracterização das infraestruturas:</b>	Ver anexo
<b>Número de camas (Lotação praticada):</b>	517
<b>Case mix:</b>	1,12
<b>Perfil assistencial (Internamento):</b> Cirurgia Vasculuar, Cardiologia, Cirurgia Cardiorácica, Cirurgia Geral, Cirurgia Pediátrica, Cirurgia Plástica, Gastrenterologia, Ginecologia, Medicina Interna, Nefrologia, Neonatologia, Neurocirurgia, Obstetrícia, Oftalmologia, Ortopedia, Otorrinolaringologia, Pediatria, Pneumologia, Psiquiatria (agudos) e Urologia	
<b>Produção hospitalar</b>	
Número de doentes saídos:	19 432
Demora média:	7,2
Taxa de ocupação:	75,8%
Número de consultas (ano de 2004):	284 276
Número de consultas por dia útil:	1 137
Número de episódios de urgência	181 000
Número de sessões de hospital de dia	28 806
<b>Área de influência</b>	
<b>Área de influência de primeira linha:</b>	Vila Nova de Gaia
<b>Dados populacionais</b>	
População abrangida:	297 514 indivíduos
Repartição da população por grupo etário:	49 222 Jovens; 205 180 Adultos; 34.347 Idosos
Projeção da repartição da população por grupo etário a 15 anos (2021):	49 208 Jovens; 224 033 Adultos; 57 784 Idosos
Projeção da repartição da população por grupo etário a 30 anos (2036):	48 607 Jovens; 217 284 Adultos; 81.589 Idosos
Grandes Categorias de Diagnóstico actuais, por grupo etário (1):	
<b>Grupo Etário Jovens</b>	
<b>Grande Categoria de Diagnósticos</b>	<b>Total DI</b> <b>%</b>
Recém-nascido e Lactentes com Afeções do Período Perinata	11.294    54%
Doenças e Perturbações do Aparelho respiratório	1.940    9%
Doenças e Perturbações do Aparelho digestivo	1.507    7%
Doenças e Perturbações do Ouvido, Nariz, Boca e garganta	1.362    7%
Doenças e Perturbações do Sistema Músculo-esquelético e Tecido Conjuntivo	882    4%
<b>Grupo Etário Adultos</b>	
<b>Grande Categoria de Diagnósticos</b>	<b>Total DI</b> <b>%</b>
Gravidez, Parto e Puerpério	11.910    16%
Doenças e Perturbações do Sistema Músculo-esquelético e Tecido Conjuntivo	6.064    8%
Doenças e Perturbações do Aparelho digestivo	5.954    8%
Doenças e Perturbações Mentais	5.673    8%
Doenças e Perturbações do Aparelho respiratório	5.265    7%
<b>Grupo Etário Idosos</b>	
<b>Grande Categoria de Diagnósticos</b>	<b>Total DI</b> <b>%</b>
Doenças e Perturbações do Aparelho respiratório	13.554    23%
Doenças e Perturbações do Aparelho digestivo	7.607    13%
Doenças e Perturbações do Aparelho circulatório	7.021    12%
Doenças e Perturbações do Sistema Nervoso	6.339    11%
Doenças e Perturbações do Sistema Músculo-esquelético e Tecido Conjuntivo	6.209    11%
Fonte: CHVNG, DGIES; IGIF; DGS; Projeções Custódio Cónim Ano de Referência: 2004 (1) Jovens: 0-14; Adultos: 14-64; Idosos: 65 e mais anos	

### 7.1.3. Hospital da Margem Sul do Tejo

Ficha Técnica Actual		
<b>Caracterização geral</b>		
<b>Nome do Hospital:</b>	<b>Hospital Garcia de Orta</b>	
Localização:	Pragal, Almada	
Ano de construção:	1991 (ano de início de funcionamento)	
Inserção na rede hospitalar:	Hospital Central	
Inserção na rede de referênciação:	Referência do: Hospital do Barreiro e Hospital de Setúbal Referência para: Hospitais Centrais de Lisboa; IPO Lisboa Hospital de Santa Marta	
Número de camas (lotação praticada):	482	
Case mix:	1,07	
Perfil assistencial (Internamento):		
Cardiologia, Cardiologia de Intervenção, Cirurgia Cárdio Torácica, Cirurgia Geral, Cirurgia Maxilo Facial, Cirurgia Pediátrica, Cirurgia Plástica e Reconstructiva, cirurgia Vascular, Dermatologia, Endocrinologia, Estomatologia, Gastroenterologia, Ginecologia / Obstetrícia, Hematologia, Infecçiology, Medicina Física e de Reabilitação, Medicina Interna, Nefrologia, Neonatologia, Neurocirurgia, Neurologia, Oftalmologia, Oncologia, Ortopedia, Otorrino, Pediatria, Pneumologia, Psiquiatria, Reumatologia, Urologia		
<b>Produção hospitalar</b>		
Número de doentes saídos:	19 871	
Demora média:	6,90	
Taxa de ocupação:	79,3%	
Número de consultas (ano de 2004):	198 712	
Número de consultas por dia útil:	795	
Número de episódios de urgência	154 638	
Número de sessões de hospital de dia	29 484	
<b>Área de influência</b>		
Área de influência de primeira linha:	Almada; Seixal e Sesimbra	
População abrangida (2004):	359 643 indivíduos	
Repartição da população por grupo etário:	57 177 Jovens, 250 738 Adultos, 51 728 Idosos	
Projeção da repartição da população por grupo etário a 15 anos (2021):	66 370 Jovens, 261 899 Adultos, 77 743 Idosos	
Projeção da repartição da população por grupo etário a 30 anos (2036):	69 588 Jovens, 272 415 Adultos, 92 951 Idosos	
Grandes Categorias de Diagnóstico actuais, por grupo etário (1):		
<b>Grupo Etário Jovens</b>		
Grande Categoria de Diagnósticos	Total DI	%
Recém-nascido e Lactentes com Afecções do Período Perinata	13.146	66%
Doenças e Perturbações do Aparelho respiratório	1.488	7%
Doenças e Perturbações do Aparelho digestivo	894	4%
Doenças e Perturbações do Sistema Nervoso	667	3%
Doenças e Perturbações do Sistema Músculo-esquelético e Tecido Conjuntivo	605	3%
<b>Grupo Etário Adultos</b>		
Grande Categoria de Diagnósticos	Total DI	%
Gravidez, Parto e Puerpério	15.279	17%
Doenças e Perturbações do Sistema Nervoso	7.633	9%
Doenças e Perturbações do Sistema Músculo-esquelético e Tecido Conjuntivo	7.295	8%
Doenças e Perturbações do Aparelho respiratório	7.055	8%
Doenças e Perturbações do Aparelho circulatório	7.010	8%
<b>Grupo Etário Idosos</b>		
Grande Categoria de Diagnósticos	Total DI	%
Doenças e Perturbações do Aparelho circulatório	12.569	17%
Doenças e Perturbações do Aparelho respiratório	10.741	15%
Doenças e Perturbações do Sistema Nervoso	9.450	13%
Doenças e Perturbações do Aparelho digestivo	7.193	10%
Doenças e Perturbações do Sistema Músculo-esquelético e Tecido Conjuntivo	7.059	10%
Fonte: DGIES; IGIF; DGS; Projeções Custódio Cónim		
Ano de Referência: 2004		
(1) Jovens: 0-14; Adultos: 14-64; Idosos: 65 e mais anos		

## 7.1.4. Hospital de Évora

Ficha Técnica Actual		
<b>Caracterização geral</b>		
<b>Nome do Hospital:</b>	<b>Hospital do Espírito Santo de Évora</b>	
<b>Localização:</b>	Cidade de Évora; Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental está localizado em edifícios autónomos	
<b>Ano de construção:</b>	3 edifícios com datas muito distintas de construção: 1475; 1975; 1998	
<b>Inserção na rede hospitalar:</b>	Hospital Distrital	
<b>Inserção na rede de referência:</b>	Referência do C.H.Beja e Hospital de Portalegre Referência para O.H.Garcia de Orta,HCL/S. José e D.Estefânia	
<b>Caracterização das infraestruturas:</b>	Ver Anexo	
<b>Número de camas ( Lotação praticada):</b>	384	
<b>Case mix:</b>	0,94	
<b>Perfil assistencial (Internamento):</b>		
Cardiologia, Cirurgia Geral, Cirurgia Plástica e Reconstructiva, Cirurgia Vasculuar, Dermatologia, Estomatologia, Gastrenterologia, Ginecologia / Obstetrícia, Infecçiology, Medicina Interna, Nefrologia, Neonatologia, Neurologia, Oftalmologia, Ortopedia, Otorrino, Pediatria, Pneumologia, Psiquiatria e Urologia		
<b>Produção hospitalar</b>		
Número de doentes saídos:	11 985	
Demora média:	8,3	
Taxa de ocupação:	72%	
Número de consultas (ano de 2004):	129 198	
Número de consultas por dia útil:	517	
Número de consultas por hora:	86	
Número de episódios de urgência	60 361	
Número de sessões de hospital de dia	17 717	
<b>Área de influência</b>		
<b>Área de influência de primeira linha:</b>	Alandroal, Arraiolos,Borba, Estremoz, Évora, Montemor-o-Novo Mora, Mourão,Portel, Redondo,Reguengos de Monsaraz, Vendas Novas, Viana do Alentejo, Vila Viçosa	
<b>Dados populacionais</b>		
<b>População abrangida:</b>	172 089 indivíduos	
<b>Repartição da população por grupo etário:</b>	23 492 Jovens; 109 112 Adultos; 39 485 Idosos	
<b>Projeção da repartição da população por grupo etário a 15 anos (2021):</b>	20 317 Jovens; 104 088 Adultos; 37 435 Idosos	
<b>Projeção da repartição da população por grupo etário a 30 anos (2036):</b>	16 212 Jovens; 93 287 Adultos; 40 996 Idosos	
<b>Grandes Categorias de Diagnóstico actuais, por grupo etário (1):</b>		
<b>Grupo Etário Jovens</b>		
<b>Grande Categoria de Diagnósticos</b>	<b>Total</b> <b>DI</b> <b>%</b>	
Recém-nascido e Lactentes com Afecções do Período Perinata	6.187	53%
Doenças e Perturbações do Aparelho respiratório	1.257	11%
Doenças e Perturbações do Aparelho digestivo	815	7%
Doenças e Perturbações do Rim e do aparelho urinário	436	4%
Doenças e Perturbações do Sistema Músculo-esquelético e Tecido Conjuntivo	415	4%
<b>Grupo Etário Adultos</b>		
<b>Grande Categoria de Diagnósticos</b>	<b>Total</b> <b>DI</b> <b>%</b>	
Doenças e Perturbações Mentais	8.152	14%
Gravidez, Parto e Puerpério	6.649	12%
Doenças e Perturbações do Sistema Músculo-esquelético e Tecido Conjuntivo	5.692	10%
Uso de Álcool/Droga e Perturbações Mentais Orgânicas induzidas por álcool ou droga	4.829	8%
Doenças e Perturbações do Aparelho digestivo	4.810	8%
<b>Grupo Etário Idosos</b>		
<b>Grande Categoria de Diagnósticos</b>	<b>Total</b> <b>DI</b> <b>%</b>	
Doenças e Perturbações do Aparelho circulatório	10.864	18%
Doenças e Perturbações do Aparelho digestivo	8.192	13%
Doenças e Perturbações do Sistema Músculo-esquelético e Tecido Conjuntivo	7.594	12%
Doenças e Perturbações do Aparelho respiratório	6.942	11%
Doenças e Perturbações do Sistema Nervoso	6.057	10%
Fonte: DGIES; IGIF; DGS; Projeções Custódio Cónim		
Ano de Referência: 2004		
(1) Jovens: 0-14; Adultos: 14-64; Idosos: 65 e mais anos		

## 7.1.5. Hospital de Faro

Ficha Técnica Actual		
<b>Caracterização geral</b>		
<b>Nome do Hospital:</b>	<b>Hospital Distrital de Faro</b>	
Localização:	Cidade de Faro	
Ano de construção:	1979 ( Edifício Principal)	
Inserção na rede hospitalar:	Hospital Distrital	
Inserção na rede de referência:	Referência do Hospital do Barlavento Algarvio Referencia para: Hospital Garcia de Orta, H.C.L/S. José e D.Estefânia e H.S.Marta.	
Caracterização das infraestruturas:	Ver anexo	
Número de camas ( Lotação praticada ):	486	
Case mix:	0,95	
Perfil assistencial: Cardiologia, Cirurgia Geral, Cirurgia Plástica e Reconstructiva, Dermatologia, Estomatologia, Gastrenterologia, Ginecologia / Obstetrícia, Infecção, Medicina Física e de Reabilitação, Medicina Interna, Nefrologia, Neonatologia, Neurocirurgia, Neurologia, Oftalmologia, Oncologia, Ortopedia, Otorrino, Pediatria, Pneumologia, Psiquiatria, Urologia		
<b>Produção hospitalar</b>		
Número de doentes saídos:	19.201	
Demora média ( dias ):	7,7	
Taxa de ocupação:	84%	
Número de consultas (ano de 2004):	157.865	
Número de consultas por dia útil:	631	
Número de consultas por hora:	105	
Número de episódios de urgência	126.554	
Número de sessões de hospital de dia	13.616	
<b>Área de influência</b>		
Área de influência de primeira linha:	Albufeira, Alcoutim, Castro Marim, Faro, Loulé, Olhão S. Brás de Alportel, Tavira, Vila Real de Santo António	
<b>Dados populacionais</b>		
População abrangida:	257 507 indivíduos	
Repartição da população por grupo etário:	38 267 Jovens; 172 978 Adultos; 46 262 Idosos	
Projeção da repartição da população por grupo etário a 15 anos (2021):	42 379 Jovens; 185 099 Adultos; 53 819 Idosos	
Projeção da repartição da população por grupo etário a 30 anos (2036):	40 008 Jovens; 190 747 Adultos; 65 364 Idosos	
Grandes Categorias de Diagnóstico actuais, por grupo etário (1):		
<b>Grupo Etário Jovens</b>		
<b>Grande Categoria de Diagnósticos</b>	<b>Total DI</b>	<b>%</b>
Recém-nascido e Lactentes com Afeções do Período Perinata	13.099	53%
Doenças e Perturbações do Sistema Músculo-esquelético e Tecido Conj. e	1.806	7%
Doenças e Perturbações do Aparelho respiratório	1.763	7%
Infecções pelo vírus da Imunodeficiência Humana	1.288	5%
Doenças e Perturbações do Aparelho digestivo	961	4%
<b>Grupo Etário Adultos</b>		
<b>Grande Categoria de Diagnósticos</b>	<b>Total DI</b>	<b>%</b>
Gravidez, Parto e Puerpério	13.242	15%
Doenças e Perturbações do Sistema Músculo-esquelético e Tecido Conj. e	9.586	11%
Doenças e Perturbações Mentais	8.553	10%
Doenças e Perturbações do Sistema Nervoso	8.430	10%
Doenças e Perturbações do Aparelho digestivo	5.299	6%
<b>Grupo Etário Idosos</b>		
<b>Grande Categoria de Diagnósticos</b>	<b>Total DI</b>	<b>%</b>
Doenças e Perturbações do Sistema Músculo-esquelético e Tecido Conj. e	11.216	17%
Doenças e Perturbações do Aparelho respiratório	9.785	15%
Doenças e Perturbações do Aparelho circulatório	8.905	14%
Doenças e Perturbações do Sistema Nervoso	7.723	12%
Doenças e Perturbações do Aparelho digestivo	6.261	10%
Fonte: DGIES; IGIF; DGS; Projeções Custódio Cónim Ano de Referência: 2004 (1) Jovens: 0-14; Adultos: 14-64; Idosos: 65 e mais anos		

Em anexo (anexo 4) é apresentada a caracterização das infra-estruturas, fornecidas pela DGIES.

## 7.2. Fichas técnicas dos futuros hospitais

### 7.2.1. Hospital Póvoa do Varzim/Vila do Conde

Ficha técnica futura	
Caracterização geral	
<b>Nome do Hospital:</b>	<b>Hospital Póvoa do Varzim e Vila do Conde</b>
Localização:	Terreno na periferia das duas cidades, ocupando duas freguesias dos dois concelhos
Inserção na rede hospitalar:	Hospital N1
Inserção na rede de referência:	Hospital concelho
Número de camas (aproximado)	140
Perfil assistencial:	Medicina Interna, Cirurgia Geral, Otorrino, Psiquiatria
Área de influência	
Área de influência de primeira linha:	Concelhos de Póvoa de Varzim e Vila do Conde

### 7.2.2. Hospital de Vila Nova de Gaia

Ficha técnica futura	
Caracterização geral	
<b>Nome do Hospital:</b>	<b>Hospital Central de Gaia</b>
Localização:	Monte da Virgem (Mafamude, concelho de Vila Nova de Gaia)
Inserção na rede hospitalar:	Hospital Central
Inserção na rede de referência:	Hospital de referência dos concelhos norte do distrito de Aveiro
Número de camas (aproximado):	550
Perfil assistencial:	Cardiologia; Cirurgia Cárdio Torácica; Cirurgia Geral; Cirurgia Maxilo Facial; Cirurgia Pediátrica; Cirurgia Plástica e Reconstructiva; Cirurgia Vascular; Cuidados Intensivos; Gastroenterologia; Ginecologia / Obstetrícia; Hematologia; Infecção; Med. Física e de Reabilitação; Medicina Interna; Nefrologia/Neonatologia; Neonatologia (RN); Neurocirurgia; Neurologia; Oftalmologia; Oncologia; Ortopedia; Otorrino; Pediatria; Pneumologia; Psiquiatria; Urologia
Área de influência	
Área de influência de primeira linha:	Concelho de Vila Nova de Gaia

### 7.2.3. Hospital de Todos os Santos

Ficha Técnica Futura	
Caracterização geral	
<b>Nome do Hospital:</b>	<b>Hospital Todos os Santos</b>
Localização:	Avenida João Paulo II, Lisboa
Inserção na rede hospitalar:	Hospital Central
Inserção na rede de referência:	Hospital de referência para a região do Alentejo e Algarve, concelhos da AI do Hospital de Vila Franca de Xira e Distrito de Santarém
Número de camas (aproximado)	600
Perfil assistencial:	Cardiologia; Cardiologia (UCIC); Cardiologia de Intervenção; Cirurgia Cárdio Torácica; Cirurgia Geral; Cirurgia Maxilo Facial, Cirurgia Pediátrica; Cirurgia Plástica e Reconstructiva; Cirurgia Vascular; Cuidados Intensivos; Dermatologia; Endocrinologia; Estomatologia; Gastroenterologia; Ginecologia / Obstetrícia; Hematologia; Infecção; Med. Física e de Reabilitação; Medicina Interna; Nefrologia; Neonatologia; Neonatologia (RN); Neurocirurgia; Neurologia; Oftalmologia; Oncologia; Ortopedia; Otorrino; Pediatria; Pneumologia; Psiquiatria; Reumatologia; Urologia
Área de influência	
Área de influência de primeira linha:	Alto do Pina, Anjos, Beato, Castelo, Encarnação, Graça, Lapa, Madalena, Mártires, Marvila, Mercês, Pena, Penha de França, Sacramento, Santa Catarina, Santa Engrácia, Santa Justa, Santa Maria dos Olivais, Santo Estêvão, São Cristóvão e São Lourenço, São João, São Jorge de Arroios, São José, São Miguel, São Nicolau, São Vicente de Fora, Sé, Socorro.

## 7.2.4. Hospital da Margem Sul do Tejo

Ficha Técnica Futura	
<b>Caracterização geral</b>	
<b>Nome do Hospital:</b>	<b>Hospital Garcia de Orta</b>
Localização:	Actual
Inserção na rede hospitalar:	Hospital Central
Inserção na rede de referência:	Hospital de referência do Distrito de Setúbal
Número de camas (aproximado)	650
Perfil assistencial: Cardiologia, Cardiologia (UCIC), Cardiologia de Intervenção, Cirurgia Cárdio Torácica, Cirurgia Geral, Cirurgia Maxilo Facial, Cirurgia Pediátrica, Cirurgia Plástica e Reconstructiva, cirurgia Vascul. cuidados Intensivos, Dermatologia, Endocrinologia, Estomatologia, Gastroenterologia, Ginecologia / Obstetria, Hematologia, Infecçologia, Medicina Física e de Reabilitação, Medicina Interna, Nefrologia, Neonatologia, Neonatologia (RN), Neurocirurgia, Neurologia, Oftalmologia, Oncologia, Ortopedia, Otorrino, Pediatria, Pneumologia, Psiquiatria, Reumatologia, Urologia	
<b>Área de influência</b>	
Área de influência de primeira linha:	Almada, Seixal e Sesimbra

## 7.2.5. Hospital de Évora

Ficha Técnica Futura	
<b>Caracterização geral</b>	
<b>Nome do Hospital:</b>	<b>Hospital Central de Évora</b>
Localização:	Periferia da cidade de Évora
Inserção na rede hospitalar:	Hospital Central
Inserção na rede de referência:	Hospital de referência da região do Alentejo
Número de camas (aproximado)	370
Perfil assistencial: Cardiologia; Cardiologia (UCIC); Cardiologia de Intervenção; Cirurgia Geral; Cirurgia Pediátrica; Cirurgia Plástica e Reconstructiva; Cirurgia Vascul; Cuidados Intensivos; Dermatologia; Endocrinologia; Estomatologia; Gastroenterologia; Ginecologia / Obstetria; Hematologia; Infecçologia; Med. Física e de Reabilitação; Medicina Interna; Nefrologia; Neonatologia; Neonatologia (RN); Neurocirurgia; Neurologia; Oftalmologia; Oncologia; Ortopedia; Otorrino; Pediatria; Pneumologia; Psiquiatria; Reumatologia; Urologia	
Área de influência de primeira linha:	Distrito de Évora

## 7.2.6. Hospital de Faro

Ficha Técnica Futura	
<b>Caracterização geral</b>	
<b>Nome do Hospital:</b>	<b>Hospital Central de Faro</b>
Localização:	Parque das cidades, limite dos concelhos de Faro e Loulé
Inserção na rede hospitalar:	Hospital Central
Inserção na rede de referência:	Hospital de referência da região do Algarve
Número de camas (aproximado)	550
Perfil assistencial: Cardiologia; Cardiologia (UCIC); Cardiologia de Intervenção; Cirurgia Geral; Cirurgia Pediátrica; Cirurgia Plástica e Reconstructiva; Cirurgia Vascul; Cuidados Intensivos; Dermatologia; Endocrinologia; Estomatologia; Gastroenterologia; Ginecologia / Obstetria; Hematologia; Infecçologia; Med. Física e de Reabilitação; Medicina Interna; Nefrologia; Neonatologia; Neonatologia (RN); Neurocirurgia; Neurologia; Oftalmologia; Oncologia; Ortopedia; Otorrino; Pediatria; Pneumologia; Psiquiatria; Reumatologia; Urologia	
Área de influência de primeira linha:	Sotavento Algarvio

## Índice de quadros e figuras

Quadro 1 - Opções indicativas	7
Quadro 2 - Critérios e ponderadores utilizados	8
Quadro 3 - Resultado final	9
Figura 1 – Critérios de hierarquização	16
Figura 2 – Metodologia Parte Geral	16
Figura 3 – Metodologia Parte Específica	17
Figura 4 - Hospital Póvoa / Vila do Conde: opção 0 - vantagens e desvantagens	23
Figura 5 - Hospital Póvoa / Vila do Conde: opção 1 - vantagens e desvantagens	23
Figura 6 - Hospital Póvoa / Vila do Conde: opção 2 - vantagens e desvantagens	24
Figura 7 – CHVNG: opção 0 – vantagens e desvantagens	24
Figura 8 - CHVNG: opção 1 - vantagens e desvantagens	25
Figura 9 - CHVNG: opção 2 - vantagens e desvantagens	25
Figura 10 - CHVNG: opção 3 - vantagens e desvantagens	26
Figura 11 - Hospital de Todos os Santos: opção zero - vantagens e desvantagens	26
Figura 12 - Hospital de Todos os Santos: opção um - vantagens e desvantagens	27
Figura 13 - Hospital da Margem Sul do Tejo: opção zero - vantagens e desvantagens	28
Figura 14 - Hospital da Margem Sul do Tejo: opção 1 - vantagens e desvantagens	28
Figura 15 - Hospital da Margem Sul do Tejo: opção 2 - vantagens e desvantagens	29
Figura 16 - Hospital de Évora: opção 0 - vantagens e desvantagens	29
Figura 17 - Hospital de Évora: opção um - vantagens e desvantagens	30
Figura 18 – Hospital de Faro: opção zero - vantagens e desvantagens	30
Figura 19 - Hospital de Faro: opção um - vantagens e desvantagens	31
Figura 20 - Hospital de Faro: opção dois - vantagens e desvantagens	31
Figura 21 - Opção indicativa para cada unidade hospitalar	32
Quadro 4 – Critérios e pesos associados.	34
Quadro 5 - Resultado finalNota: Ver em anexo a fundamentação dos valores	

apresentados:	44
Nota: Ver em anexo a fundamentação dos valores apresentados:	45
Quadro 6 - Hierarquização dos hospitais em estudo	45

## **ANEXO 1 – Quadros com detalhe do cálculo das necessidades não satisfeitas actuais**

## Cálculo das Necessidades Não Satisfeitas Actuais por Hospital

### Hospital de Póvoa Vila do Conde

#### Apuramento das necessidades não satisfeitas actuais

##### Cálculo da Procura

Numero de dias de internamento da AI - 1ª Linha	58.557
Numero de dias de internamento da AI - 2ª Linha	0
Procura total do hospital	<u>58.557</u>

##### Cálculo da Oferta

Número de camas	143
Taxa de ocupação média	80%
Oferta (365 dias)	<u>41.756</u>

Necessidades não satisfeitas actuais	<u>16.801</u>
--------------------------------------	---------------

Considerou-se como área de influência do Centro Hospitalar de Póvoa/ Vila do Conde os concelhos de Póvoa do Varzim e Vila do Conde.

CONCELHO	HOSPITAL	DI	% DI (1)
Póvoa do Varzim	Varzim	20.338	64%
Vila do Conde	Varzim	19.734	54%

(1) Peso dos Dias de Internamento (DI) gerados no concelho e tratados no C.H. Póvoa/Vila do Conde no total de DI gerados no concelho

### Hospital de Vila Nova de Gaia

#### Apuramento das necessidades não satisfeitas actuais

##### Cálculo da Procura

Numero de dias de internamento da AI - 1ª Linha	150.332
Numero de dias de internamento da AI - 2ª Linha	5.698
Procura total do hospital	<u>156.030</u>

##### Cálculo da Oferta

Número de camas	517
Taxa de ocupação média	80%
Oferta (365 dias)	<u>150.964</u>

Necessidades não satisfeitas actuais	<u>5.066</u>
--------------------------------------	--------------

Cerca de 70% da população do concelho de Vila Nova de Gaia é tratada no Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia. Este concelho é considerado a primeira linha daquele hospital.

Como segunda linha consideraram-se todos os GDH's gerados nos concelhos de Espinho, Oliveira de Azeméis, São João da Madeira, Ovar, Feira, Arouca e Vale de Cambra não existentes nos hospitais de primeira linha destes distritos e existentes no

Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia.

## Hospital de Todos os Santos

### Apuramento das necessidades não satisfeitas actuais

#### Cálculo da Procura

Numero de dias de internamento da AI (1ª Linha)	211.386
Numero de dias de internamento da AI (2ªLinha - Évora)	6.859
Numero de dias de internamento da AI (2ªLinha - Faro)	2.963
Numero de dias de internamento da AI (2ªLinha - AI HVFX)	8.454
Numero de dias de internamento da AI (2ªLinha - Distrito de Santarém)	8.395
Procura total do hospital	<b>238.057</b>

#### Cálculo da Oferta

Número de camas	563
Taxa de ocupação média	80%
Oferta (365 dias)	<b>164.396</b>

Necessidades não satisfeitas actuais	<b>73.661</b>
--------------------------------------	---------------

Considerou-se como área de influência de primeira linha as seguintes freguesias mais orientais de Lisboa: Alto do Pina, Anjos, Beato, Castelo, Encarnação, Graça, Lapa, Madalena, Mártires, Marvila, Mercês, Pena, Penha de França, Sacramento, Santa Catarina, Santa Engrácia, Santa Justa, Santa Maria dos Olivais, Santo Estêvão, São Cristóvão e São Lourenço, São João, São Jorge de Arroios, São José, São Miguel, São Nicolau, São Vicente de Fora, Sé, Socorro.

% da procura gerada nas freguesias da área de influência de primeira linha, por Hospital

HOSPITAL	TOTAL DI	% DI
Capuchos	63.336	30%
S. José	52.940	25%
Curry	28.302	13%
Marta	15.302	7%
Estefania	12.945	6%
Sta. Maria	12.157	6%
MAC	10.166	5%
Pulido	4.256	2%
Vedras	2.332	1%
Xavier	2.315	1%
Egas	1.845	1%
Santa Cruz	1.262	1%
Outros	4.228	2%

Como procura de segunda linha considerou-se o número de dias de internamento para GDH's não tratados nas unidades hospitalares da região do Algarve, região do Alentejo, distrito de Santarém e concelhos de Azambuja, Alenquer, Arruda dos Vinhos e Vila Franca de Xira.

## Hospital da Margem Sul

### Apuramento das necessidades não satisfeitas actuais

#### Cálculo da Procura

Numero de dias de internamento da AI - 1ª linha	179.929
Numero de dias de internamento da AI -2ª linha	38.845
Procura total do hospital	218.774

#### Cálculo da Oferta

Número de camas	482
Taxa de ocupação média	80%
Oferta (365 dias)	140.744

Necessidades não satisfeitas actuais	78.030
--------------------------------------	--------

Foram considerados como primeira linha do novo Hospital da Margem Sul os concelhos de Almada, Seixal e Sesimbra. Como segunda linha consideraram-se os restantes concelhos do distrito de Setúbal.

Os quadros abaixo apresentados serviram de suporte à validação da primeira e segunda linha, respectivamente.

CONCELHO	HOSPITAL	DI	% DI (1)
Almada	Almada	76.179	83%
Seixal	Almada	52.751	80%
Sesimbra	Almada	14.924	66%

(1) Peso dos Dias de Internamento (DI) gerados no concelho e tratados no Hospital Garcia de Orta no total dos DI gerados no concelho

CONCELHO	HOSPITAL	DI	% DI (2)
Alcochete	Montijo	4.176	45%
Alcácer do Sal	Setubal	5.556	66%
Barreiro	Barreiro	48.731	80%
Grândola	Setubal	6.916	68%
Moita	Barreiro	35.777	77%
Montijo	Barreiro	8.723	29%
Montijo	Montijo	13.986	46%
Palmela	Setubal	22.729	61%
Seixal	Almada	52.751	80%
Setubal	Setubal	63.949	72%
Sines	Cacém	1.039	15%
Sines	Setubal	3.250	47%

(2) Peso dos Dias de Internamento (DI) gerados no concelho e tratados no Hospital referido no total de DI gerados no concelho

## Hospital de Évora

### Apuramento das necessidades não satisfeitas actuais

#### Cálculo da Procura

Numero de dias de internamento da AI (1ª Linha) Ajustada	126.926
Numero de dias de internamento da AI (2ªLinha) Ajustada	5.297
Procura total do hospital	<u>132.223</u>

#### Cálculo da Oferta

Número de camas	384
Taxa de ocupação média	80%
Oferta (365 dias)	<u>112.128</u>
Necessidades não satisfeitas	<u>20.095</u>

A área de influência de primeira linha é composta pelos concelhos de Évora, Alandroal, Arraiolos, Borba, Estremoz, Montemor-o-Novo, Mora, Portel, Redondo, Reguengos de Monsaraz, Vendas Novas, Viana do Alentejo e Vila Viçosa. No quadro abaixo apresentado verifica-se que o Hospital de Évora é o principal hospital de destino dos concelhos considerados como primeira linha.

CONCELHO	HOSPITAL	DI	% DI (1)
Évora	Évora	43.221	88,5%
Alandroal	Évora	2.955	61,4%
Arraiolos	Évora	4.237	84,2%
Borba	Évora	3.051	51,3%
Estremoz	Évora	7.110	67,3%
Montemor-o-Novo	Évora	9.832	80,1%
Mora	Évora	3.276	83,6%
Portel	Évora	4.458	91,0%
Redondo	Évora	4.746	87,5%
Reguengos de Monsaraz	Évora	7.515	89,3%
Vendas Novas	Évora	5.167	71,0%
Viana do Alentejo	Évora	4.153	90,9%
Vila Viçosa	Évora	2.787	47,5%

(1) Peso dos Dias de Internamento (DI) gerados no concelho e tratados no Hospital de Évora no total de DI gerados no concelho

Área de influência de segunda linha: todos os GDH's gerados nos distritos de Beja e Portalegre, não existentes nos hospitais de primeira linha destes distritos e existentes no Hospital de Évora.

## Hospital de Faro

### Apuramento das necessidades não satisfeitas actuais

#### Cálculo

Numero de dias de internamento da AI - 1ª Linha	175.686
Numero de dias de internamento da AI - 2ª Linha	<u>2.642</u>
Procura total do hospital	<u>178.328</u>

#### Cálculo da Oferta

Número de camas	486
Taxa de ocupação média	<u>80%</u>
Oferta (365 dias)	<u>141.912</u>
Necessidades não satisfeitas actuais	<u>36.416</u>

A área de influência do Hospital de Faro encontra-se validada no quadro abaixo apresentado. Foi considerada área de influência de primeira linha os concelhos de Albufeira, Alcoutim, Castro Marim, Faro, Loulé, Olhão, São Brás de Alportel, Tavira e Vila Real de Santo António.

A área de influência de segunda linha é constituída pelos concelhos de Lagoa, Monchique, Portimão, Silves, Aljezur, Lagos e Vila do Bispo.

Concelho	Hospital	DI	% DI (1)
<b>Área de influência de primeira linha</b>			
Albufeira	Faro	16.286	79%
Alcoutim	Faro	2.227	92%
Castro Marim	Faro	3.327	84%
Faro	Faro	39.892	86%
Loulé	Faro	35.319	89%
Olhão	Faro	26.840	91%
São Brás de Alportel	Faro	6.710	90%
Tavira	Faro	13.606	86%
V.R Santo António	Faro	9.860	86%
<b>Área de influência de segunda linha</b>			
Lagoa	Portimão	12.299	85%
Monchique	Portimão	4.163	85%
Portimão	Portimão	34.399	87%
Silves	Portimão	19.508	78%
Aljezur	Lagos	2.539	48%
Aljezur	Portimão	1.664	32%
Lagos	Lagos	12.978	54%
Lagos	Portimão	8.256	34%
Vila do Bispo	Lagos	2.656	56%
Vila do Bispo	Portimão	1.353	29%

(1) % de DI no Hospital relativamente ao total de DI gerados no concelho

## **ANEXO 2 – Quadros com detalhe do cálculo das necessidades não satisfeitas futuras**

## Cálculo das Necessidades Não Satisfeitas Futuras por Hospital

### Hospital de Póvoa Vila do Conde

#### Apuramento das necessidades não satisfeitas futuras

<u>Cálculo da Procura</u>	2021	2036
Numero de casos de internamento da AI	8.538	9.449
Demora Média	5,47	5,47
Numero de dias de internamento da AI 1.ª Linha	46.676	51.654
<u>Cálculo da Oferta</u>		
Média do número de camas (2002/2003/2004)	145,00	145,00
Taxa de ocupação média	80%	80%
Oferta (365 dias)	42.340	42.340
Necessidades não satisfeitas futuras	4.336	9.314

### Hospital de Vila Nova de Gaia

#### Apuramento das necessidades não satisfeitas futuras

<u>Cálculo da Procura</u>	2021	2036
Numero de casos de internamento da AI - 1ª Linha	21.348	23.933
Numero de casos de internamento da AI - 2ª Linha	304	360
Total de casos de internamento	21.651	24.294
Demora média	7,03	7,03
Procura total (dias de internamento)	152.282	170.866
<u>Cálculo da Oferta</u>		
Número de camas	526	526
Taxa de ocupação média	80%	80%
Oferta (365 dias)	153.592	153.592
Necessidades não satisfeitas futuras	-1.310	17.274

## Hospital de Todos os Santos

### Apuramento das necessidades não satisfeitas futuras

<u>Cálculo da Procura</u>	2021	2036
Numero de casos de internamento da AI (1ª Linha)	18.555,58	15.955
Numero de casos de internamento da AI (2ª Linha - Évora)	224	189
Numero de casos de internamento da AI (2ªLinha - Faro)	93	100
Numero de casos de internamento da AI (2ªLinha - Vila Franca de Xira)	2.466	2.627
Numero de casos de internamento da AI (2ªLinha - Santarém)	397	386
Total de casos de internamento	21.736	21.176
Demora Média	10,17	10,17
Procura total do hospital	220.978	215.288
<u>Cálculo da Oferta</u>		
Número de camas	606	606
Taxa de ocupação média	80%	80%
Oferta (365 dias)	176.952	176.952
Necessidades não satisfeitas futuras	44.026	38.336

## Hospital da Margem Sul

### Apuramento das necessidades não satisfeitas futuras

<u>Cálculo da Procura</u>	2021	2036
Numero de casos de internamento da AI - 1ª linha	24.434	26.714
Numero de casos de internamento da AI -2ª linha	2.680	2.689
Total de casos de internamento	27.114	29.403
Média Demora Média	6,9	6,9
Procura total do hospital	187.084	202.879
<u>Cálculo da Oferta</u>		
Número de camas	481	481
Taxa de ocupação média	0,8	0,8
Oferta (365 dias)	140.452	140.452
Necessidades não satisfeitas futuras	46.632	62.427

## Hospital de Évora

### Apuramento das necessidades não satisfeitas futuras

<u>Cálculo da Procura</u>	2021	2036
Numero de casos de internamento da AI - 1ª Linha	11.706	11.224
Numero de casos de internamento da AI - 2ª Linha	171	184
Total de casos de internamento	11.876	11.409
Demora média	8,6	8,6
Procura total do hospital	102.137	98.114
<u>Cálculo da Oferta</u>		
Número de camas	382	382
Taxa de ocupação média	80%	80%
Oferta (365 dias)	111.544	111.544
Necessidades não satisfeitas futuras	-9.407	-13.430

## Hospital de Faro

### Apuramento das necessidades não satisfeitas futuras

<u>Cálculo da Procura</u>	2021	2036
Numero de casos de internamento da AI (1ª Linha)	25.280	27.143
Numero de casos de internamento da AI (2ªLinha)	70	83
Total de casos de internamento	25.351	27.226
Demora média	8,10	8,10
Procura total do hospital	205.341	220.534
<u>Cálculo da Oferta</u>		
Número de camas	497	497
Taxa de ocupação média	80%	80%
Oferta (365 dias)	145.027	145.027
Necessidades não satisfeitas futuras	60.314	75.507

## Quadro resumo de dados populacionais históricos e projectados

	Dados demográficos				
	1981 <sup>(1)</sup>	1991 <sup>(1)</sup>	2001 <sup>(1)</sup>	2021 <sup>(2)</sup>	2036 <sup>(2)</sup>
Póvoa/Vila do Conde	118.650	119.624	137.861	156.624	162.298
Vila Nova de Gaia	226.331	248.565	288.749	331,025	347,480
Lisboa	807.937	663.394	564.657	473,833	405,766
Península de Setúbal	584.648	640.493	714.589	793,638	824,076
Alentejo <sup>(3)</sup>	482.139	450.843	435.777	393,223	359,663
Algarve	323.534	341.404	395.218	435.714	459.741

<sup>(1)</sup> Fonte: INE

<sup>(2)</sup> Fonte: Custódio Cónim

<sup>(3)</sup> Alto Alentejo; Alentejo Central; Baixo Alentejo

## **ANEXO 3 – Quadros com detalhe do cálculo dos factores de custo/ineficiência e de qualidade na prestação de cuidados de saúde**

## Quadro resumo do apuramento do sobrecusto de exploração actual

	MÉDIA 02-04				
	Média C.o.u DS	Índice Sobrecusto	Sobrecusto	Média DS	Sobrecusto Total
HOSPITAL DE FARO	4.901,67	105,29	5,29	18.514,33	97.947,96
HOSPITAL DE ÉVORA	5.638,59	121,12	21,12	11.937,00	252.107,58
C.H. VILA NOVA DE GAIA	4.886,67	104,97	4,97	20.225,33	100.480,33
HOSPITAL GARCIA DE ORTA	5.181,54	111,30	11,30	22.704,67	256.607,83
HOSPITAL TODOS OS SANTOS (MÉDIA)	5.776,31	124,08	24,08	33.007,33	794.752,90
CH PÓVOA/VILA DO CONDE	3.388,55	104,07	4,07	7.162,33	29.177,49

INDICE BASE 100 EXCEPTO HOSPITAL PÓVOA/VILA DO CONDE		INDICE BASE 100 PARA CH PÓVOA	
C.H. Oriental de Lisboa	5.776,31	Póvoa	3.388,55
CH Vila Nova de Gaia	4.886,67	Amarante	3.297,11
H. Viseu	3.295,48	Sto Tirso	3.235,89
H. Garcia de Orta	5.181,54	Lamego	3.102,11
H. Évora	5.638,59	Média (Índice base 100)	3.255,91
H. Faro	4.901,67		
H. Vila Real	3.558,27		
H. S. Marcos-Braga	4.004,54		
Média (Índice base 100)	4.655,38		

Nota: Foram utilizados como pool para o cálculo do indicador Base 100 todos os hospitais centrais não especializados e não universitários e os hospitais centrais considerados comparáveis.

## Quadro resumo de custos indispensáveis e justificados (1):

	Hospital					
	C.H. Vila Nova de Gaia	C.H. Póvoa/Vila do Conde	H. Faro	H. Évora	H. Margem Sul	H. Todos os Santos
Custos indispensáveis e justificados						
Valor a 10 anos	30.238.550	4.573.900	2.794.000	10.500.000	2.794.000	30.238.550
Valor Anual	3.023.855	457.390	279.400	1.050.000	279.400	3.023.855

Dados de acordo com relatório da DGIES para Póvoa/Vila do Conde, Gaia, Évora e Faro. Relativamente à Margem Sul e Todos os Santos a equipa da EGP, após recolha da opinião de especialistas, considerou que no mínimo os valores eram idênticos aos de Faro e Gaia, respectivamente.

## Quadro resumo de indicadores de qualidade apurados

Identificação do hospital	H. Évora	H. Gaia	H. Todos os Santos	H. Póvoa-Vila do Conde	H. Margem Sul	H. Faro
<b>C3 - Insuficiências de qualidade na prestação de serviços</b>						
Tempo médio de espera em lista de espera (Consulta)	35,16	22,86	20,81	30,82	46,21	22,40
Média do número de pessoas em lista de espera (Consulta)	7.972,30	4.658,00	125,70	147,00	167,40	5.392,10
Tempo médio de espera em lista de espera (Cirurgia)	8,33	4,77	11,93	5,91	13,12	8,89
Média do número de pessoas em lista de espera (Cirurgia)	1.015,00	1.239,00	4.836,00	410,00	2.259,00	2.157,00
Qualidade das infraestruturas: adequadas/inadequadas	2,1	1,3	1,3	1,2	2,4	2,4
Taxas de re-internamento	0,8%	1,5%	1,2%	0,6%	1,0%	0,7%
% de internamento por infeções nosocomiais	0,6%	0,3%	0,6%	0,4%	0,5%	0,3%
1 - % de cirurgias em ambulatório	88,4%	82,4%	86,1%	73,4%	75,6%	93,8%
Taxa de mortalidade geral (face ao total de internamentos)	4,5%	3,3%	3,7%	4,0%	4,2%	4,7%

## **ANEXO 4 – Quadro resumo de caracterização das infra-estruturas hospitalares (Fonte: DGIES)**

**CENTRO HOSPITALAR PÓVOA DE VARZIM/ VILA DO CONDE**

HOSPITAL/ EDIFÍCIO	ÁREA BRUTA		ESTADO GERAL DE CONSERVAÇÃO			
	(m2)	(%)	ESTRUTURA	COBERTURA	FACHADAS	INTERIOR
			35%	5%	25%	35%
<b>1- CONSTRUÇÃO CIVIL</b>	<b>9641</b>					
<b>UNIDADE PÓVOA DE VARZIM</b>	<b>7065</b>	<b>100%</b>				
Edifício A	5035	71%	1	1	2	1
Edifício B	946	13%	4	4	2	3
Edifício C	168	2%	3	2	2	1
Edifício D	916	13%	1	1	1	1
<b>UNIDADE VILA DO CONDE</b>	<b>2576</b>	<b>100%</b>				
Edifício A	2106	82%	1	1	1	1
Edifício B	320	12%	4	4	1	1
Edifício C	150	6%	1	1	1	1

Legenda: 0 – Ruína 1 – Mau 2 – Médio 3 – Satisfatório 4-Bom

HOSPITAL/ EDIFÍCIO	ÁREA BRUTA (m2)		ESTADO GERAL DE CONSERVAÇÃO			
	(m2)	%	PT	G.EMERG	ELEVADORES	REDES DISTRIB.
			10%	10%	10%	70%
<b>2- INSTALAÇÕES E EQUIP. ELECTRICOS</b>						
<b>UNIDADE PÓVOA DE VARZIM</b>	<b>7065</b>	<b>100%</b>				
Edifício A	5035	71%	0	0	4	1
Edifício B	946	13%	0	0	4	2
Edifício C	168	2%	4	2	0	1
Edifício D	916	13%	0	0	0	1
<b>UNIDADE VILA DO CONDE</b>	<b>2576</b>	<b>100%</b>				
Edifício A	2106	82%	4	2	4	1
Edifício B	320	12%	0	0	0	3
Edifício C	150	6%	0	0	0	1

HOSPITAL/ EDIFÍCIO	ÁREA BRUTA (m2)		ESTADO GERAL DE CONSERVAÇÃO			
	(m2)	%	AVAC	GASES MEDICINAIS	GÁS COMBUSTIVEL	
			89%	10%	1%	
<b>3 - INSTALAÇÕES E EQUIP. MECANICOS</b>						
<b>UNIDADE PÓVOA DE VARZIM</b>	<b>7065</b>	<b>100%</b>				
Edifício A	5035	71%	1	2	3	
Edifício B	946	13%	0	0	0	
Edifício C	168	2%	0	0	0	
Edifício D	916	13%	0	0	0	
<b>UNIDADE VILA DO CONDE</b>	<b>2576</b>	<b>100%</b>				
Edifício A	2106	82%	1	2	2	
Edifício B	320	12%	1	2	0	
Edifício C	150	6%				

HOSPITAL/ EDIFÍCIO	ÁREA BRUTA		ESTADO DE CONSERVAÇÃO DAS INST. E EQUIP. DE ÁGUAS E ESGOTOS			
	(m2)	(%)	R.ÁGUAS F. Q e S	R. ÁGUAS RESIDUAIS	R. PLUVIAIS	E. SANITÁRIO
			40%	30%	20%	10%
<b>4 - INSTAL. E EQUIP. ÁGUAS E ESGOTOS</b>						
<b>UNIDADE PÓVOA DE VARZIM</b>	<b>7065</b>	<b>100%</b>				
Edifício A	5035	71%	1	1	3	1
Edifício B	946	13%	3	3	3	3
Edifício C	168	2%	1	3	3	1
Edifício D	916	13%	0	0	3	0
<b>UNIDADE VILA DO CONDE</b>	<b>2576</b>	<b>100%</b>				
Edifício A	2106	82%	1	1	1	1
Edifício B	320	12%	3	3	3	3
Edifício C	150	6%				

Legenda: 0 – Inoperacional

- 1 – Operacional com riscos de segurança
- 2 – Operacional com limitações e sem riscos
- 3 – Operacional sem limitações mas fraco rendimento
- 4 – Bom sem limitações, bom rendimento e reservas

**CENTRO HOSPITALAR VILA NOVA DE GAIA**

HOSPITAL/ EDIFÍCIO	ÁREA BRUTA		ESTADO GERAL DE CONSERVAÇÃO			
	(m <sup>2</sup> )	(%)	ESTRUTURA	COBERTURA	FACHADAS	INTERIOR
			35%	5%	25%	35%
<b>1- CONSTRUÇÃO CIVIL</b>						
UNIDADE 1 - HOSPITAL EDUARDO SANTOS SILVA	<b>32108</b>	<b>100%</b>				
Edifício: Pavilhão Central	13504	42%	3	2	1	2
Edifício: Pavilhão Feminino	6091	19%	3	2	1	1
Edifício: Pavilhão Masculino	3727	12%	3	2	1	1
Edifício: Pavilhão Satélite	7127	22%	2	1	1	1
Edifício: Pavilhão Psiquiatria	1179	4%	3	2	2	2
Edifício: Pavilhão Imunohemoterapia	480	1%	3	3	3	3
UNIDADE 2 - H. COMENDADOR MANUEL MOREIRA DE BARROS	<b>8371</b>	<b>100%</b>	3	2	2	2

Legenda: 0 – Ruína 1 – Mau 2 – Médio 3 – Satisfatório 4-Bom

HOSPITAL/ EDIFÍCIO	ÁREA BRUTA (m <sup>2</sup> )		ESTADO GERAL DE CONSERVAÇÃO			
	(m <sup>2</sup> )	%	PT	G. EMERG	ELEVADORES	REDES DISTRIB.
			10%	10%	10%	70%
<b>2- INSTALAÇÕES E EQUIP. ELÉTRICOS</b>						
UNIDADE 1 - HOSPITAL EDUARDO SANTOS SILVA - Unidade 1	<b>32108</b>	<b>100%</b>				
Edifício: Pavilhão Central	13504	42%	1	1	3	1
Edifício: Pavilhão Feminino	6091	19%	0	0	3	1
Edifício: Pavilhão Masculino	3727	12%	0	0	3	1
Edifício: Pavilhão Satélite	7127	22%	0	0	3	1
Edifício: Pavilhão Psiquiatria	1179	4%	0	0	3	2
Edifício: Pavilhão Imunohemoterapia	480	1%	0	0	0	2
UNIDADE 2 - H. COMENDADOR MANUEL MOREIRA DE BARROS	<b>8371</b>	<b>100%</b>	0	1	2	1

HOSPITAL/ EDIFÍCIO	ÁREA BRUTA (m <sup>2</sup> )		ESTADO GERAL DE CONSERVAÇÃO		
	(m <sup>2</sup> )	%	AVAC	GASES MEDICINAIS	GÁS COMBUSTÍVEL
			89%	10%	1%
<b>3 - INSTALAÇÕES E EQUIP. MECÂNICOS</b>					
UNIDADE 1 - HOSPITAL EDUARDO SANTOS SILVA	<b>32108</b>	<b>100%</b>			
Edifício: Pavilhão Central	13504	42%	1	2	2
Edifício: Pavilhão Feminino	6091	19%	1	2	2
Edifício: Pavilhão Masculino	3727	12%	0	2	2
Edifício: Pavilhão Satélite	7127	22%	1	2	2
Edifício: Pavilhão Psiquiatria	1179	4%	2	2	2
Edifício: Pavilhão Imunohemoterapia	480	1%	2	0	0
UNIDADE 2 - H. MANUEL MOREIRA DE BARROS	<b>8371</b>	<b>100%</b>	1	2	0

HOSPITAL/ EDIFÍCIO	ÁREA BRUTA		ESTADO DE CONSERVAÇÃO DAS INST. E EQUIP. DE ÁGUAS E ESGOTOS			
	(m <sup>2</sup> )	(%)	R. ÁGUAS F. Q e SI	R. ÁGUAS RESIDUAIS	R. PLUVIAIS	E. SANITÁRIO
			40%	30%	20%	10%
<b>4 - INSTAL. E EQUIP. ÁGUAS E ESGOTOS</b>						
UNIDADE 1 - HOSPITAL EDUARDO SANTOS SILVA	<b>32108</b>	<b>100%</b>				
Edifício: Pavilhão Central	13504	42%	1	1	2	1
Edifício: Pavilhão Feminino	6091	19%	1	1	2	1
Edifício: Pavilhão Masculino	3727	12%	1	1	2	1
Edifício: Pavilhão Satélite	7127	22%	1	1	1	1
Edifício: Pavilhão Psiquiatria	1179	4%	2	1	2	2
Edifício: Pavilhão Imunohemoterapia	480	1%	3	3	3	3
UNIDADE 2 - H. COMENDADOR MANUEL MOREIRA DE BARROS	<b>8371</b>	<b>100%</b>	1	1	2	1

Legenda:  
 0 – Inoperacional  
 1 – Operacional com riscos de segurança  
 2 – Operacional com limitações e sem riscos  
 3 – Operacional sem limitações mas fraco rendimento  
 4 – Bom sem limitações, bom rendimento e reservas

HOSPITAL DISTRITAL DE ÉVORA						
HOSPITAL/ EDIFÍCIO	ÁREA BRUTA		ESTADO DE CONSERVAÇÃO DAS INST. E EQUIP. DE ÁGUAS E ESGOTOS			
	(m <sup>2</sup> )	(%)	R. ÁGUAS F. Q e SI	R. ÁGUAS RESIDUAIS	R. PLUVIAIS	E. SANITÁRIO
			40%	30%	20%	10%
<b>1- CONSTRUÇÃO CIVIL</b>						
HOSPITAL DISTRITAL DE ÉVORA	<b>41766</b>	<b>100%</b>				
Hospital do Espírito Santo	22660	54%	1	1	1	1
Hospital do Patrocínio	16204	39%	3	3	3	4
Hosp. do Espírito Santo - Edifício dos Canaviais	1890	5%	2	2	2	2
Hosp. do Espírito Santo - Edif. Manuel Olival	1012	2%	2	2	2	2

Legenda: 0 – Ruína 1 – Mau 2 – Médio 3 – Satisfatório 4-Bom

HOSPITAL/ EDIFÍCIO	ÁREA BRUTA (m <sup>2</sup> )		ESTADO GERAL DE CONSERVAÇÃO			
	(m <sup>2</sup> )	%	PT	G. EMERG	ELEVADORES	REDES DISTRIB.
			10%	10%	10%	70%
<b>2- INSTALAÇÕES E EQUIP. ELÉTRICOS</b>						
HOSPITAL DISTRITAL DE ÉVORA	<b>41766</b>	<b>100%</b>				
Hospital do Espírito Santo	22660	54%	1	3	2	1
Hospital do Patrocínio	16204	39%	1	2	3	3
Hosp. do Espírito Santo - Edifício dos Canaviais	1890	5%	0	0	0	1
Hosp. do Espírito Santo - Edif. Manuel Olival	1012	2%	0	0	0	1

HOSPITAL/ EDIFÍCIO	ÁREA BRUTA (m <sup>2</sup> )		ESTADO GERAL DE CONSERVAÇÃO			
	(m <sup>2</sup> )	%	AVAC	GASES MEDICINAIS	GÁS COMBUSTIVEL	
			89%	10%	1%	
<b>3 - INSTALAÇÕES E EQUIP. MECÂNICOS</b>						
HOSPITAL DISTRITAL DE ÉVORA	<b>41766</b>	<b>100%</b>				
Hospital do Espírito Santo	22660	54%	2	4	4	
Hospital do Patrocínio	16204	39%	4	4	4	
Hosp. do Espírito Santo - Edifício dos Canaviais	1890	5%	1	2	4	
Hosp. do Espírito Santo - Edif. Manuel Olival	1012	2%	1	0	0	

HOSPITAL/ EDIFÍCIO	ÁREA BRUTA		ESTADO DE CONSERVAÇÃO DAS INST. E EQUIP. DE ÁGUAS E ESGOTOS			
	(m <sup>2</sup> )	(%)	R. ÁGUAS F. Q e SI	R. ÁGUAS RESIDUAIS	R. PLUVIAIS	E. SANITÁRIO
			40%	30%	20%	10%
<b>4 - INSTAL. E EQUIP. ÁGUAS E ESGOTOS</b>						
HOSPITAL DISTRITAL DE ÉVORA	<b>41766</b>	<b>100%</b>				
Hospital do Espírito Santo	22660	54%	1	1	1	1
Hospital do Patrocínio	16204	39%	3	3	3	4
Hosp. do Espírito Santo - Edifício dos Canaviais	1890	5%	2	2	2	2
Hosp. do Espírito Santo - Edif. Manuel Olival	1012	2%	2	2	2	2

Legenda:  
0 – Inoperacional  
1 – Operacional com riscos de segurança  
2 – Operacional com limitações e sem riscos  
3 – Operacional sem limitações mas fraco rendimento  
4 – Bom sem limitações, bom rendimento e reservas

HOSPITAL DISTRITAL DE FARO						
HOSPITAL/ EDIFÍCIO	ÁREA BRUTA		ESTADO GERAL DE CONSERVAÇÃO			
	(m2)	(%)	ESTRUTURA	COBERTURA	FACHADAS	INTERIOR
			35%	5%	25%	35%
<b>1- CONSTRUÇÃO CIVIL</b>						
HOSPITAL DISTRITAL DE FARO	<b>38248</b>	<b>100%</b>				
Edifício: Principal	25104	66%	3	3	2	2
Edifício: Administrativo	1143	3%	1	3	2	3
Edifício: Expediente	371	1%	3	3	3	3
Edifício: Oficinas	1158	3%	3	3	3	4
Edifício: Ambulatório	10100	26%	4	3	3	4
Edifício: PT/G.Emergên	372	1%	4	3	3	4

Legenda: 0 – Ruína 1 – Mau 2 – Médio 3 – Satisfatório 4-Bom

HOSPITAL/ EDIFÍCIO	ÁREA BRUTA (m2)		ESTADO GERAL DE CONSERVAÇÃO			
	(m2)	%	PT	G.EMERG	ELEVADORES	REDES DISTRIB.
			10%	10%	10%	70%
<b>2- INSTALAÇÕES E EQUIP. ELÉTRICOS</b>						
HOSPITAL DISTRITAL DE FARO	<b>38248</b>	<b>100%</b>				
Edifício: Principal	25104	66%	0	0	4	1
Edifício: Administrativo	1143	3%	0	0	0	2
Edifício: Expediente	371	1%	0	0	0	2
Edifício: Oficinas	1158	3%	0	0	0	1
Edifício: Ambulatório	10100	26%	0	0	4	4
Edifício: PT/G.Emergên	372	1%	4	4	0	0

HOSPITAL/ EDIFÍCIO	ÁREA BRUTA (m2)		ESTADO GERAL DE CONSERVAÇÃO		
	(m2)	%	AVAC	GASES MEDICINAIS	GÁS COMBUSTÍVEL
			89%	10%	1%
<b>3 - INSTALAÇÕES E EQUIP. MECÂNICOS</b>					
HOSPITAL DISTRITAL DE FARO	<b>38248</b>	<b>100%</b>			
Edifício: Principal	25104	66%	3	2	4
Edifício: Administrativo	1143	3%	0	0	0
Edifício: Expediente	371	1%	0	0	0
Edifício: Oficinas	1158	3%	0	0	0
Edifício: Ambulatório	10100	26%	2	0	4
Edifício: PT/G.Emergên	372	1%	0	0	0

HOSPITAL/ EDIFÍCIO	ÁREA BRUTA		ESTADO DE CONSERVAÇÃO DAS INST. E EQUIP. DE ÁGUAS E ESGOTOS			
	(m2)	(%)	R.ÁGUAS F. Q e SI	R. ÁGUAS RESIDUAIS	R. PLUVIAIS	E. SANITÁRIO
			40%	30%	20%	10%
<b>4 - INSTAL. E EQUIP. ÁGUAS E ESGOTOS</b>						
HOSPITAL DISTRITAL DE FARO	<b>38248</b>	<b>100%</b>				
Edifício: Principal	25104	66%	1	2	3	3
Edifício: Administrativo	1143	3%	3	3	3	2
Edifício: Expediente	371	1%	3	3	3	3
Edifício: Oficinas	1158	3%	3	3	3	3
Edifício: Ambulatório	10100	26%	4	4	4	4
Edifício: PT/G.Emergên	372	1%	-	-	-	-

Legenda:

0 – Inoperacional

1 – Operacional com riscos de segurança

2 – Operacional com limitações e sem riscos

3 – Operacional sem limitações mas fraco rendimento

4 – Bom sem limitações, bom rendimento e reservas