



Elisabete da
Conceição Gandrita
Giroto

Plano de Negócios para a Integração Vertical de Cuidados de Saúde

Outubro de 2023

Elisabete da
Conceição Gandrita
Giroto

Plano de Negócios para a Integração Vertical de Cuidados de Saúde

JÚRI

Presidente: Prof.^a Coordenadora, Doutora Sandra Cristina
Dias Nunes, Instituto Politécnico de Setúbal

Orientador: Prof.^a Adjunta, Doutora Maria Dulce da Costa
Matos e Coelho, Instituto Politécnico de Setúbal

Vogal Arguente: Prof. Adjunto Agostinho Manuel de Inácio
Bucha, Instituto Politécnico de Setúbal

Outubro de 2023

Agradecimentos

Às minhas orientadoras, Professora Doutora Ana Rolo e Professora Doutora Dulce Matos, por toda a disponibilidade, opiniões, recomendações e incentivo para a realização desta dissertação com o rigor necessário.

Ao João que me desafiou e desde o início fez parte integrante desta aventura repleta de esforço e resiliência, vivenciando todo o tipo de momentos estando sempre ao meu lado resignado, estendendo-me a mão sempre que necessário e ao mesmo tempo empurrando-me com muito amor e carinho para alcance dos nossos objetivos.

Nossos objetivos, porque é assim que funcionamos e foi assim que tudo começou, sou profundamente grata por acreditares em mim e teres persistido para aceitar e viver mais este desafio.

Com o João formaram equipa a minha amada filha Joana, a quem retirei muitas horas e dias dedicados ao mestrado, a minha mãe Vitalina e o meu pai João, tendo a sua disponibilidade sido imprescindível para que tudo acontecesse. É esta equipa a minha força, motivação e disciplina e a eles sou eternamente grata por todo amor sempre demonstrado, apoio incondicional e acima de tudo paciência perante as minhas ausências e carrossel emocional vivido neste período.

Sou grata às minhas irmãs Patrícia e Inês, que são o “apêndice” da equipa supracitada, sempre ao meu lado demonstrando o orgulho que têm na mana mais velha... Tal como a minha comadre Tininha. Agradeço aos meus enteados Pedro e Beatriz, pela condescendência e apoio.

A todos os meus familiares e amigos que me acompanharam, Muito Obrigada! E aqui um especial agradecimento para os meus colegas Pedro, Rufino e Vera, que ao longo desta agitada jornada me transmitiram força e encorajamento.

“O êxito da vida não se mede pelo caminho que você conquistou, mas sim pelas dificuldades que superou no caminho”

Abraham Lincoln

“Uma vida sem desafios não vale a pena ser vivida.”

Sócrates

Que venha o próximo desafio!

Resumo

O Serviço Nacional de Saúde (SNS) desempenha um papel estruturante junto da população em termos de criação de valor imaterial proporcionado pelo bem-estar físico, psíquico e social disponibilizado à população, decorrente da competente intervenção dos cuidados de saúde primários e cuidados hospitalares, tendo em conta a necessidade de mitigar os inúmeros desafios que se colocam perante os cidadãos, comunidade e organizações de prestação de cuidados de saúde.

A conceção tradicional da organização dos cuidados de saúde, assente numa governação que valoriza a autonomia dos níveis primário e hospitalar, com princípios de coordenação voluntária e referenciação burocratizada, desvinculados das reais necessidades dos utentes e inflexíveis nas suas próprias estruturas, tem vindo a ceder diante da evidência demonstrada por modelos que priorizam uma governação sustentada na garantia do *continuum* dos cuidados de saúde ao longo do ciclo de vida dos cidadãos. Esses modelos enfatizam uma abordagem personalizada, centrada no utente e nas suas necessidades, preocupada com a observação e a mensuração de resultados em saúde.

As Unidade Locais de Saúde resultam da integração vertical dos cuidados de saúde a todos os níveis, com o intuito de assegurar a promoção da saúde e prevenção da doença no ciclo de vida das pessoas, integrando as determinantes em saúde e assegurando de forma equitativa e atempada o acesso a cuidados de saúde.

Pretende-se assim, definir a reorganização da arquitetura orgânica das instituições do SNS envolvidas, que passam a assumir resposta assistencial ao nível dos cuidados de saúde primários e cuidados hospitalares de forma integrada.

Mediante a integração vertical de cuidados de saúde, são perspetivadas vantagens neste contexto face à anterior segregação, numa dinâmica de sustentabilidade, eficiência, eficácia e melhoria da coordenação entre os diferentes níveis de cuidados de saúde e uma utilização mais eficiente dos recursos disponíveis, possibilitando maximizar a resposta às necessidades das populações e gerar ganhos clínicos, através da melhoria da qualidade dos cuidados prestados, promovendo ganhos em saúde, prevenção de doenças e acompanhamento e proximidade dos utentes, nas diferentes fases dos seus ciclos de vida.

Palavras – Chave: Cuidados de Saúde; Integração; Unidade Local de Saúde.

Abstract

The National Health Service (NHS) plays a structuring role with the population in terms of creating immaterial value provided by the physical, psychological and social well-being made available to the population, resulting from the competent intervention of primary health care and hospital care, taking into account the need to mitigate the numerous challenges that face citizens, community and health care organizations.

The traditional conception of the organization of health care, based on a governance that values the autonomy of the primary and hospital levels, with principles of voluntary coordination and bureaucratized referencing, detached from the real needs of users and inflexible in their own structures, has been yielding to the evidence demonstrated by models that prioritize a governance sustained in the guarantee of the continuum of health care throughout the life cycle of citizens. These models emphasize a personalized approach, centered on the user and their needs, concerned with the observation and measurement of health outcomes.

Local Health Units result from the vertical integration of health care at all levels, in order to ensure health promotion and disease prevention in people's life cycle, integrating health determinants and ensuring equitable and timely access to health care.

Thus, it is intended to define the reorganization of the organic architecture of the NHS institutions involved, which start to assume a care response at the level of primary health care and hospital care in an integrated way.

Through vertical integration of health care, advantages are envisaged in this context versus the existing segregation, in a dynamic of sustainability efficiency, effectiveness and improved coordination between the different levels of health care and a more efficient use of available resources, making it possible to maximize the response to the needs of populations and generate clinical gains, through the improvement of the quality of care provided, promoting gains in health, disease prevention and monitoring and proximity of users in the different phases of their life cycles.

Keywords: Health Care; Integration; Local Health Unit.

Índice Geral

Agradecimentos.....	III
Resumo	IV
Abstract	V
Índice de Tabelas	VIII
Índice de Gráficos	IX
Índice de Anexos	X
Índice de Apêndices	XI
Lista de Abreviaturas (Siglas e Acrónimos)	XII
Glossário	XIV
Introdução.....	1
1. Revisão de Literatura.....	4
1.1. O Serviço Nacional de Saúde em Portugal	6
1.2. Gestão Estratégica em Saúde	8
1.3. Governança em Saúde	10
1.4. Enquadramento Conceptual da Integração de Cuidados de Saúde	12
1.4.1. Princípios da Integração de Cuidados.....	14
1.4.2. Taxonomia da Integração de Cuidados.....	14
1.4.3. Modelos de Integração de Cuidados	18
1.5. Integração de Cuidados de Saúde em Portugal.....	19
1.5.1. Cuidados Primários.....	20
1.5.2. Cuidados Hospitalares.....	22
1.5.3. Cuidados Continuados.....	22
1.5.4. Unidade Local de Saúde (ULS)	23
2. Metodologia.....	24
3. Plano de Negócios.....	27
3.1. Sumário Executivo	27
3.2. Enquadramento da ULS	29
3.3. Caracterização das Instituições a Integrar a ULS	35
3.3.1. Agrupamento de Centros de Saúde (ACeS)	35
3.3.2. Unidade Hospitalar, E.P.E.	39
3.4. Posicionamento Estratégico da ULS	43
3.4.1. Eixos Estratégicos, Ações e Medidas.....	48
3.5. Projeções Económico-Financeiras	48
3.5.1. Evolução dos Rendimentos e Gastos.....	49
3.5.2. Demonstração de Resultados e Evolução do EBITDA e dos Resultados	53
3.5.3. Indicadores de Viabilidade Económico Financeira na ULS	56
3.6. Plano de Investimentos.....	56
Conclusões.....	57
Limitações e Investigações Futuras	59
Referências Bibliográficas	61
Anexos.....	70
Apêndices.....	72

Índice de Figuras

Figura 1: Conceitos de Governance.....	11
Figura 2: Elementos da Integração de Cuidados.....	13
Figura 3: Rainbow Model of Integrated Care (RMIC).....	15
Figura 4: Níveis de Integração	16
Figura 5: Exemplo de Integração Horizontal	16
Figura 6: Exemplo de Integração Vertical	17
Figura 7: Resumo das Dimensões da Integração de Cuidados	18
Figura 8: Exemplos de Modelos de Integração de Cuidados	19
Figura 9: Sistema de Cuidados de Saúde	20
Figura 10: Estrutura Orgânica dos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACeS)	21

Índice de Tabelas

Tabela 1: Conceito de Integração de cuidados de saúde e Integração de cuidados	13
Tabela 2: Taxonomia da Integração de Cuidados do RMIC	15
Tabela 3: Evolução da População Residente	29
Tabela 4: Nível de Escolaridade Completo Mais Elevado (%)	32
Tabela 5: Inscritos (%) por Diagnóstico Ativo de Maior Prevalência	32
Tabela 6: Evolução da Taxa Bruta de Mortalidade (/1000 habitantes)	33
Tabela 7: Proporção de inscritos – Neoplasias.....	34
Tabela 8: Recursos Humanos por Grupo Profissional ACeS	36
Tabela 9: Áreas Assistenciais do ACeS.....	36
Tabela 10: Total de Inscritos Ativos no ACeS.....	37
Tabela 11: Consultas Realizadas no ACeS	37
Tabela 12: Atividade assistencial das ECCI do ACeS	37
Tabela 13: Evolução de Recursos Humanos da UH.....	40
Tabela 14: Indicadores de Atividade de Internamento UH	40
Tabela 15: Indicadores de Atividade de Ambulatório	41
Tabela 16: Evolução de Atividade de Consulta Externa.....	41
Tabela 17: Evolução da Atividade da Urgência	41
Tabela 18: Evolução da atividade do Hospital de Dia	42
Tabela 19: Projeção da evolução dos Rendimentos no Cenário NÃO ULS	49
Tabela 20: Projeção da evolução dos Rendimentos Variação Não ULS para ULS	50
Tabela 21: Projeção da evolução dos Rendimentos no Cenário ULS	50
Tabela 22: Projeção da evolução de Gastos Cenário NÃO ULS.....	51
Tabela 23: Projeção da evolução dos Gastos Variação Não ULS para ULS	52
Tabela 24: Projeção da evolução dos Gastos Cenário ULS.....	52
Tabela 25: Demonstração de Resultados ULS.....	54
Tabela 26: Projeção da Evolução do EBITDA e dos Resultados	55
Tabela 27: Evolução de Investimentos	56

Índice de Gráficos

Gráfico 1: Indicadores Demográficos	29
Gráfico 2: Indicadores de Fertilidade e Renovação da População	30
Gráfico 3: Ganho Médio Mensal (€)	30
Gráfico 4: Taxa de Desemprego	31
Gráfico 5: Beneficiários do RMG e RSI em % da população residente	31
Gráfico 6: Taxa Pensões da SS e CGA no Total da População Residente com >15 anos.....	31
Gráfico 7: DNO na AID da ULS.....	33
Gráfico 8: Proporção de Inscritos por Diagnóstico Ativo	33
Gráfico 9: Taxa de Mortalidade por Grandes Grupos de Causas de Morte	34
Gráfico 10: Evolução dos Rendimentos no Cenário ULS	51
Gráfico 11: Evolução dos Gastos no Cenário ULS	53
Gráfico 12: Demonstração de Resultados ULS	55

Índice de Anexos

Anexo 1: Princípios da Integração de Cuidados	70
Anexo 2: Principais Instituições e Unidades de Saúde do SNS com Foco nos CSP	71

Índice de Apêndices

Apêndice 1: Análise da Envolvente Interna e Externa (SWOT) da ULS.....	72
Apêndice 2: Organograma ACeS.....	74
Apêndice 3: Organograma Unidade Hospitalar, E.P.E.	75
Apêndice 4: Definição dos Eixos Estratégicos da ULS	76
Apêndice 5: Eixos estratégicos, ações e medidas	77
Apêndice 6: Implementação das medidas para ULS	78
Apêndice 7: Demonstração de Resultados – Cenário ULS ano N+4 a N+10	88
Apêndice 8: Demonstração de Resultados – Cenário ULS ano N+4 a N+10	89
Apêndice 9: Indicadores de viabilidade económico-financeira da ULS	95
Apêndice 10: Plano de Investimentos da ULS	96

Lista de Abreviaturas (Siglas e Acrónimos)

ACeS – Agrupamento de Centros de Saúde
ACSS - Administração Central do Sistema de Saúde, I.P.
AID – Área de Influência Direta
APAH - Associação Portuguesa de Administradores Hospitalares
ARS - Administração Regional de Saúde
CGA – Caixa Geral de Aposentações
CH – Centro Hospitalar
COVID-19 - Doença Provocada pelo Coronavírus SARS-COV-2
CP - Cuidados Paliativos
CPCJ - Comissões de Proteção de Crianças e Jovens
CRI - Centro de Responsabilidade Integrada
CSP – Cuidados de Saúde Primários
DGS – Direção Geral de Saúde
DNO - Doenças de Notificação Obrigatória
DPOC - Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica
EBITDA - *Earnings Before Interest, Taxes, Depreciation and Amortization*
EPE - Hospitais Entidades Públicas Empresariais
ERS – Entidade Reguladora da Saúde
ETC - Equivalente a Tempo Completo
GDH – Grupo Diagnóstico Homogéneo
HIV – Vírus da Imunodeficiência Humana
ICC - Insuficiência Cardíaca Crónica
IPSS - Instituições Particulares de Solidariedade Social
MCDT - Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica
NUTS II – Nomenclatura das Unidades Territoriais para Fins Estatísticos
OCDE ou OECD – Organização para a Cooperação e o Desenvolvimento Económicos
ODS - Objetivos de Desenvolvimento Sustentável
OMS ou WHO – Organização Mundial da Saúde
OPSS - Observatório Português dos Sistemas de Saúde
PLS – Plano Local de Saúde
PNS - Plano Nacional de Saúde
PPP - Hospitais em Regime de Parcerias Público-Privadas
PRI - Período de Recuperação do Investimento
PTCO - Programa de Tratamento Cirúrgico da Obesidade
RMG - Rendimento Mínimo Garantido
RMIC - *Rainbow Model of Integrated Care*
RNCCI - Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados
RNCP - Rede Nacional de Cuidados Paliativos
RSI - Rendimento Social de Inserção
SA - Hospitais Sociedade Anónima

SNS – Serviço Nacional de Saúde
SPA - Hospitais Integrados no Setor Público Administrativo
SS – Segurança Social
SU – Serviço de Urgência
TIR – Taxa Interna de Rentabilidade
TSDT - Técnico Superior de Diagnóstico e Terapêutica
UCC - Unidades de Cuidado nas Comunidades
UCSP - Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados
UE - União Europeia
UH - Unidade Hospitalar
ULS – Unidade Local de Saúde
URAP - Unidades de Recursos Assistenciais Partilhados
USF - Unidades de Saúde Familiar
USP - Unidades de Saúde Pública
VAL - Valor Atualizado Líquido

Glossário

Burnout - Estado de exaustão física, emocional e mental resultante de stress crónico ou prolongado relacionado ao trabalho. Caracteriza-se por uma sensação de esgotamento persistente e desgaste emocional, podendo levar a impactos significativos na saúde física e mental da pessoa.

Business Intelligence – Processo de recolha, análise, integração, apresentação e partilha de dados e informações relevantes para tomada de decisões estratégicas e operacionais numa organização.

Cash-flows ou fluxos de caixa - movimentos de dinheiro que entram e saem de uma empresa, projeto ou investimento durante um determinado período. É uma medida essencial para avaliar a saúde financeira e a viabilidade de um negócio, bem como para tomar decisões estratégicas de investimento ou financiamento.

Continuum - Palavra em inglês, adotada em várias áreas do conhecimento. Traduz-se numa sequência contínua e infinita de eventos, estados, valores ou elementos que não têm interrupções ou descontinuidades.

Governance – Conjunto de princípios, práticas, políticas e processos pelos quais uma organização é administrada e controlada de forma a garantir a promoção de eficiência, eficácia, ética e responsabilização na tomada de decisões.

Inputs - Palavra em inglês que, em português, pode ser traduzida como "entradas". Dependendo do contexto, genericamente *inputs* são elementos fundamentais para o funcionamento ou execução bem-sucedida de uma variedade de processos e sistemas, e a sua qualidade e eficiência podem impactar diretamente os resultados obtidos.

New Public Management - Abordagem de gestão pública que surgiu nas décadas de 1980 e 1990, com o objetivo de reformar e modernizar as organizações governamentais, tornando-as mais eficientes, responsáveis e orientadas para resultados. Esta abordagem pretende aplicar práticas e princípios do setor privado à gestão do setor público, com o propósito de melhorar a prestação de serviços públicos e o uso de recursos.

Nomenclatura das Unidades Territoriais para Fins Estatísticos - é um sistema hierárquico de classificação das unidades territoriais utilizadas para fins estatísticos na União Europeia (UE), desenvolvido pela Eurostat, a agência estatística da UE, e é amplamente utilizado para fins de recolha, compilação e disseminação de dados estatísticos regionais e subnacionais dentro dos países membros da UE.

Open mind - Expressão em inglês que se refere a uma atitude mental aberta e recetiva em relação a novas ideias, perspetivas, informações ou experiências.

Outputs - Palavra em inglês que, em português, pode ser traduzida como "saídas" ou "resultados". Os *outputs* são o que se espera obter como resultado de um processo ou atividade, e a sua qualidade e

eficácia podem ser fundamentais para a avaliação do sucesso de uma ação ou projeto. A análise dos *outputs* também pode ser usada para aprimorar os processos e a tomada de decisões futuras.

Per capita - Expressão em latim que significa "por cabeça" ou "por pessoa". É usada para indicar que uma quantidade ou valor está sendo calculado ou expresso em relação a cada indivíduo dentro de um grupo ou população.

Road map - Expressão em inglês que pode ser traduzida como "mapa de estradas" ou "plano de ação". No contexto empresarial, tecnológico ou de projetos, *road map* refere-se a um plano detalhado que delineia os principais objetivos, atividades e prazos a serem alcançados para obtenção de um objetivo ou resultado específico.

Stakeholders - Pessoas, grupos ou organizações detentoras de interesse ou influência capazes de afetar direta ou indiretamente as atividades, decisões e resultados de uma empresa, projeto, organização ou iniciativa. Possuem um papel significativo na gestão e sucesso de uma entidade, uma vez que as suas expetativas, necessidades e preocupações devem ser consideradas na tomada de decisões e na implementação de ações. Os *stakeholders* podem ser internos ou externos à organização, e é essencial estabelecer uma comunicação e relacionamento eficazes com eles.

Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats – Características comumente associadas à análise SWOT, ferramenta de planeamento estratégico utilizada por organizações para análise e avaliação do seu posicionamento em determinado contexto. Esta análise permite identificar os pontos fortes (*Strengths*) e fracos (*Weaknesses*) internos da organização e as oportunidades (*Opportunities*) e ameaças (*Threats*).

Taskforce – Equipa ou grupo temporário e especializado, criado para desempenho de tarefas específicas.

Turnaround-Plan ou Plano de Recuperação - Estratégia ou conjunto de ações desenvolvidas para reverter determinada situação.

Versus – Preposição latina que significa "contra" ou "em oposição a".

Introdução

O direito universal à proteção da saúde constitui, desde a criação do Serviço Nacional de Saúde, um direito fundamental afirmado pela Constituição da República de 1976.

Inserido num contexto Pós-Revolução de Abril, promotor da Constituição de 1976, o surgimento do SNS apresentou à população uma resposta às necessidades da altura, um país jovem, onde a oferta dos serviços de saúde aos cidadãos era escassa e sem resposta atempada aos episódios comuns da doença aguda existia, como menciona Sakellarides (2020).

De acordo com os últimos Censos, de 2021, em Portugal a “esperança de vida à nascença” é superior à média da União Europeia (UE): 81,5 anos comparativamente com 81 anos. Contudo os “anos de vida saudável aos 65 anos” em Portugal são 7,8 anos e a média da UE é de 9,8 anos.

Os autores, Miranda da Cruz et al.,(2022), afirmam que passadas quatro décadas, a evolução da medicina, da ciência e da tecnologia, têm sido acompanhadas pela transformação na procura de cuidados de saúde, sob efeito dos variados determinantes de ordem epidemiológica, social, educativa e demográfica.

Atualmente, identifica-se como emergente uma reforma generalizada ao nível da governação dos sistemas de saúde, para colmatar a frágil sustentabilidade existente nos serviços de saúde, tendo como resposta a centralidade na pessoa e nas necessidades globais ao longo do seu ciclo de vida em prol de uma resposta doença a doença, refere Santana et al. (2021).

Os desafios na saúde são enormes, onde a situação pandémica vivida entre 2020 e 2023 veio agudizar os problemas já existentes, desde o desafio dos recursos humanos (pois, apesar do incremento de profissionais no SNS, mantem-se o relato de falta de profissionais), ao desafio da acessibilidade a um SNS universal e gratuito (ainda sem a resposta necessária) e ao desafio de saúde pública (uma vez que, apesar da maior longevidade da população portuguesa, comparativamente com outros países, os portugueses vivem muitos anos com má saúde e limitações de atividade). As taxas de multimorbidade, obesidade, tabagismo, alimentação, depressão e ansiedade têm vindo a aumentar, assim como as desigualdades sociais (Observatório Português dos Sistemas de Saúde [OPSS], 2022).

O processo de globalização desencadeou o ressurgimento das doenças infetocontagiosas, aumentando a probabilidade de ocorrência com maior frequência de fenómenos pandémicos com forte impacto na saúde da população, refere Sartor et al.(2022). Tornando-se necessário garantir a manutenção do sistema publico de saúde, o que incrementa o nível de preocupação com a sustentabilidade económico-financeira do SNS e ainda a necessidade de promoção de uma verdadeira reforma em termos de sustentabilidade ambiental, de acordo com Figueiredo (2022).

Assim, a integração de cuidados em saúde é vista como um modelo que visa melhorar a qualidade e a eficiência dos sistemas de saúde, com incremento de cuidados de saúde holísticos e coordenados ao longo de todo o ciclo de vida da pessoa (World Health Organization [WHO], 2016). É enfatizada a

qualificação da resposta às necessidades multidimensionais dos cidadãos, com foco na experiência e percursos entre os diferentes profissionais dos cuidados de saúde, maximizando o acesso e eficiência do SNS.

Desta forma, torna-se desafiante a elaboração de um “*Turnaround-Plan*” ou plano de negócios de reestruturação para integração vertical de unidades de cuidados em saúde no setor empresarial do Estado. Pretende-se promover uma mudança de paradigma na organização dos cuidados de saúde, com integração entre os vários níveis de cuidados, que passam a assumir resposta assistencial ao nível dos cuidados de saúde primários e cuidados hospitalares de forma integrada, alavancando os cuidados centrados nas necessidades das pessoas, assim como proporcionando cuidados de proximidade e de continuidade articulados com respostas sociais e da comunidade.

O plano de negócios apresentado materializa a ideia no que concerne à prestação de cuidados de saúde, pretendendo revelar ganhos em saúde, mediante proximidade das decisões e incremento de autonomia da integração vertical de unidades de saúde existentes. Com a reestruturação das unidades envolvidas e surgimento de uma nova entidade de saúde, Unidade Local de Saúde (ULS), serão ainda apresentadas projeções e impactos financeiros resultantes do plano de ação apresentado.

A demarcação de qualquer trabalho científico traduz-se numa rigorosa seleção dos conceitos centrais de investigação, assim como no processo de operacionalização dos mesmos. Desta forma, referem os autores que a conceptualização possibilita alcançar uma visão mais clara, ultrapassando a dimensão abstrata dos conceitos (Quivy & Campenhoudt, 2005; Lopes, 2021).

O presente trabalho é segmentado por capítulos, sendo parte integrante do primeiro capítulo uma revisão de literatura, onde é feita uma reflexão sobre a temática da investigação. Nesta, são abordados temas como a evolução do sistema de saúde português, a gestão estratégica da saúde em Portugal, a governança em saúde e a integração de cuidados de saúde.

No capítulo segundo é definida a metodologia de investigação adotada, retratando a elaboração do plano de negócios e técnicas de recolha e tratamento de dados.

O capítulo terceiro consiste na apresentação do **Plano de Negócios para Integração Vertical de Cuidados de Saúde**, tratando-se da génese de uma Unidade Local de Saúde. Do plano fará parte integrante o diagnóstico organizacional das unidades de saúde envolvidas e será retratado o posicionamento estratégico da ULS, considerando a sua missão, visão, valores, cultura organizacional, contexto interno e externo. É realizado um diagnóstico situacional da ULS, com a apresentação da matriz SWOT, permitindo identificar as suas forças e fraquezas, oportunidades e ameaças, e dos objetivos estratégicos, apresentando ainda as várias áreas em que se pretende intervir, bem como as ações e iniciativas a implementar para a sua concretização. Apresentar-se-á ainda o plano de ação, resultante das projeções efetuadas e impactos financeiros previstos.

Salienta-se que, por motivos de confidencialidade, as informações apresentadas referentes às unidades de saúde não são reais, sendo os valores e dados apresentados baseados em informação disponível *online*.

A temática em análise espelha a questão de partida: **Quais as alterações consequentes da integração de Unidades de Cuidados de Saúde, com foco no percurso assistencial do utente?**

No que concerne à definição de objetivos, tendo em conta o nível de conhecimentos da autora inerente ao assunto em apreço, tem-se como objetivo geral, a análise da viabilidade da integração de cuidados de saúde a nível económico-financeiro e social, através da elaboração de um Plano de Negócios de reestruturação, no sentido de integrar cuidados em saúde e a criação de uma entidade única, capaz de melhorar a interligação dos cuidados de saúde primários, hospitalares e outros, através da prestação e gestão integrada de todos os serviços e níveis de cuidados, garantindo uma prestação de um *continuum* de cuidados ao longo do ciclo de vida.

São definidos como objetivos específicos:

- Compreender o processo de integração de cuidados de saúde em Portugal e os fatores envolvidos;
- Caracterizar as entidades de saúde envolvidas (cuidados primários e cuidados hospitalares);
- Determinar os pontos fortes e fracos, ameaças e oportunidades da integração de cuidados de saúde (primários e hospitalares);
- Definir o posicionamento estratégico a adotar com o estudo da integração de cuidados de saúde em determinado contexto em Portugal (primários e hospitalares);
- Identificar a vantagem na integração de cuidados de saúde com recurso a um plano de ação centrado no ciclo de vida da pessoa;
- Definir eixos estratégicos, ações e medidas a adotar para impulsionar a melhoria dos resultados económico financeiros.

A metodologia de investigação adotada tem carácter qualitativo, assente na análise documental e pretende abordar a reorganização da arquitetura orgânica das instituições do SNS com adoção do modelo de unidade local de saúde, através da elaboração de um Plano de Negócios.

1. Revisão de Literatura

Num mundo dinâmico e complexo, com um meio envolvente competitivo, em constante mutação, possuidor de comportamentos voláteis e de ciclos de produção cada vez mais curtos, é fundamental que as organizações assumam um novo papel, adaptado às exigências que permitam a sua sustentabilidade (Zorrinho et al., 2007; André, 2022).

Na equidade em saúde, o acesso aos cuidados de saúde é assumido por muitos como sendo da responsabilidade pública, governamental e de cobertura universal (Wong & Skead, 2019; Preker et al., 2021) revelando-se um objetivo universal, defendido em documentos e declarações internacionais, tais como a Declaração Universal dos Direitos Humanos e a Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável. A Agenda 2030 fortifica o papel central da saúde para o alcance da totalidade dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), assim como a vasta gama de fatores determinantes da saúde procedentes de todos os setores da sociedade.

Para alcance de cuidados de saúde sustentáveis, associados a melhorias no nível de saúde e bem-estar da população, sem comprometimento da saúde e bem-estar das gerações futuras, é tido como necessário um reforço no investimento e uma melhoria das práticas de promoção e proteção da saúde, prevenção da doença e prestação de cuidados de alta qualidade, num contexto de responsabilidade social e ambiental (Direção-Geral da Saúde [DGS], 2022).

A evolução dos sistemas de saúde e a sua integração é de extrema relevância para a promoção da saúde, para o diagnóstico e tratamentos atempados e de reabilitação, traduzindo-se em etapas de um processo e garantindo uma contínua comunicação e interligação de cuidados para promoção e obtenção de ganhos em saúde (Conrad & Shortell, 1996; Silva, 2018).

Os ganhos em saúde relacionam-se com a prevenção da doença e a promoção da saúde, retratando a melhoria dos resultados que se traduzem em ganhos em anos de vida, redução de episódios de doença, diminuição das situações de incapacidade e redução do sofrimento evitável, assim como melhoria da qualidade de vida relacionada ou condicionada pela saúde (indicadores de mortalidade, morbilidade¹, incapacidade) (DGS, 2013).

Contudo, os sistemas de saúde enfrentam novos desafios, com a necessidade de adaptação à transição epidemiológica e às consequências de uma população cada vez mais envelhecida e resultante aumento das pessoas com comorbilidades², impacto da prevalência crescente das doenças crónicas e o ressurgimento das doenças transmissíveis, assim como o aumento dos gastos com saúde e a baixa produtividade dos serviços (Panch et al., 2018; Miranda et al., 2019; OPSS, 2022).

Paralelamente, os sistemas de saúde sofrem uma pressão incremental decorrente do crescimento dos gastos de funcionamento, devido ao maior nível de exigência dos utentes, à permanente incorporação de inovação científica, à atualização tecnológica e à ultra especialização dos profissionais (Pisco,

¹ Relação entre o número de casos de uma doença e o número total de indivíduos de uma determinada região ou país.

² Coexistência de duas ou mais doenças no mesmo indivíduo.

2015). Os sistemas de saúde atuais são limitados no que concerne aos seus recursos, em resultado das crises económico financeiras sofridas e da pressão exercida pela inovação tecnológica e farmacêutica (Ferreira et al., 2018; Nunes, 2020).

Os constantes crescimentos com as despesas correntes com cuidados de saúde nos países desenvolvidos, revelam que as taxas de crescimento das despesas são frequentemente superiores às taxas de crescimento das economias destes países (Gomes, 2017; Observatório Europeu dos Sistemas e Políticas de Saúde [OCDE], 2021).

A todos estes desafios acresce ainda a atual dificuldade de cativar e reter profissionais de saúde porquanto da exigência que sobre eles recai, frequentemente superior à generalidade das demais áreas laborais da sociedade contemporânea (Correia, 2018; Malta et al., 2019).

Para além do contexto referido, a pandemia COVID-19 veio expor as fraquezas e as vulnerabilidades dos atuais sistemas de saúde motivadas, entre outras razões, pelo inadequado planeamento e frequente indefinição de mecanismos de coordenação que assegurem respostas efetivas às necessidades de saúde da população. Tal facto tornou-se evidente no ano de 2021, com uma redução da esperança média de vida na União Europeia em mais de um ano, comparativamente a 2019 (Comissão Europeia, 2022).

A necessidade inquestionável e permanente de evolução e transformação em saúde promove a melhoria da sua qualidade e concomitantemente espera-se uma redução dos custos associados (Sakellarides, 2020). A procura pela eficiência é tida como basilar para os decisores políticos na maioria dos sistemas de saúde (Arocena & García-Prado, 2007; Nunes, 2020), sendo mensurada em função dos custos e da produção desenvolvida por linha de atividade (internamentos, consultas externas, cirurgias, episódios de urgência e sessões de hospital de dia) nas instituições hospitalares (Harfouche, 2010).

Para o efeito, torna-se necessário desenvolver investigação que sirva de suporte e fundamentação a essa mudança, incutindo caminhos para a mudança. A existência de mudanças na definição estratégica acarreta adaptações, reestruturações e alterações nas formas de funcionamento exigindo, por parte dos gestores, a adoção de *open mind*, impelindo uma nova e dinâmica abordagem à informação, concebendo uma dependência de elementos de suporte à gestão, passando a estratégia de um mero conjunto de intenções, para um dos processos centrais e dinâmicos da gestão estratégica (Barros, 2019).

O controlo de gestão vem mitigar a complexidade da estrutura inerente às organizações de saúde, com recurso a determinadas ferramentas de gestão estratégica das unidades de saúde, através do desenvolvimento e implementação de ferramentas de gestão, onde se pode enquadrar o conceito de integração de cuidados em saúde onde, de acordo com Van der Kolk et al. (2019), os ganhos em saúde possibilitam o controlo dos resultados alavancando a motivação e o desempenho dos funcionários no setor público.

Em resposta à atual fragmentação do processo assistencial, temos assistido a movimentos de integração de cuidados de saúde nos vários sistemas de saúde europeus, com o objetivo de disponibilizar cuidados de saúde centrados nas necessidades dos utentes que permitam melhorar a sua experiência, incrementar os resultados em saúde e garantir mais eficiência organizacional (Comissão Europeia, 2022).

Compreende-se que a integração de cuidados de saúde seja assumida como um modelo organizacional capaz de dar resposta aos atuais desafios assistenciais por parte dos sistemas de saúde, através do robustecimento da comunicação entre os vários prestadores de cuidados e da redução de custos provocados pela duplicação de atos e serviços e ainda pela indevida disponibilização de cuidados desnecessários (Pereira, 2021).

1.1. O Serviço Nacional de Saúde em Portugal

Com a liberdade reconquistada em ambiente de democratização política, no pós 25 de abril surge a necessidade de satisfação de direitos sociais e, de entre eles, o direito à proteção da saúde, onde a necessidade de conciliação entre liberdade e igualdade alavancou a introdução dos valores da justiça e solidariedade social (Arnaut, 2020).

Inserido num contexto Pós-Revolução de Abril, promotor da Constituição de 1976 e, com esta, a instauração dos princípios democráticos e participativos, advém o conceito de universalização da saúde, o que contribuiu para o início da criação do Serviço Nacional de Saúde em Portugal.

A criação do SNS, veio colocar em prática o definido pela Constituição da República de 1976, resultado da publicação da Lei nº 56/79, no final dos anos 70, oferecendo uma resposta às necessidades, na altura de um país jovem, onde a oferta dos serviços de saúde aos cidadãos era escassa e nem resposta atempada aos episódios comuns da doença aguda existia (Sakellarides, 2020).

Citando António Arnaut, que discursava na Assembleia da República, em 19 de dezembro de 1978, na apresentação do projeto-lei de Bases do Serviço Nacional de Saúde:

“A criação do Serviço Nacional de Saúde foi um projeto revolucionário, humanista e verdadeiramente patriótico. Revolucionário, porque transformou as estruturas existentes e operou uma mudança qualitativa nos serviços e instituições, à data, existentes. Humanista, porque libertou os cidadãos do espectro de doença e os doentes da angústia do desamparo. O Serviço Nacional de Saúde tomou pela primeira vez os cidadãos como sujeitos de direitos e elos imprescindíveis da grande cadeia solidária da comunidade. Patriótico, porque sendo um serviço para todos, se destinou fundamentalmente ao povo e ao país real, das crianças desvalidas, dos pobres e vulneráveis”. (Arnaut, 2020, P.17-18)

O artigo 64º da Constituição da República Portuguesa, consagrado posteriormente na Lei de Bases da Saúde, defende o direito universal à proteção da saúde, assim como o dever de a defender e promover, o que se estabelece através da criação de um serviço nacional de saúde universal e, considerando as condições socioeconómicas da população, tendencialmente gratuito.

Do modelo político³ adotado para a criação do SNS, destacam-se a gestão participada, descentralizada e a gratuitidade, assim como a necessidade de complementaridade por parte do setor privado, o que se revelaria como gestão estratégica do SNS (Ferreira et al., 2018; Bacalhau, 2021).

A constante preocupação com a sustentabilidade financeira do sistema público de saúde mantém-se ainda uma realidade, e a década de 1990 foi marcada pelo elevado crescimento da despesa e consequentes pressões políticas exercidas sobre os modelos de gestão dos recursos, originando a realização de experiências de gestão inovadoras que permitissem a adoção de medidas de gestão capazes de inverter a tendência e corrigir determinados problemas estruturais provenientes do desperdício e subfinanciamento, apostando na descentralização dos serviços (Gomes, 2017; Bacalhau, 2021).

Já no ano de 2002, o setor público da saúde foi alvo de uma profunda reforma, direcionando o SNS para as necessidades dos utentes, promovendo eficiência e qualidade na gestão dos serviços de saúde, com especial foco no setor hospitalar (Nunes, 2020).

O processo de reforma do SNS incidiu nos princípios do movimento global descrito como a era do “New Public Management” (Nunes, 2006), tendo como premissa dotar o setor público de uma gestão empresarial e produtiva, mais liberal, desburocratizada e promotora de maior eficiência dos custos, flexibilizando e autonomizando as unidades hospitalares e os cuidados de saúde primários, implementando programas de redução das listas de espera para realização de cirurgia e medidas de regulação do mercado farmacêutico (Bacalhau, 2021; Nunes, 2020).

A procura constante pela melhoria de eficiência e desempenho do setor público da saúde, tem demonstrado a necessidade de revisão, atualização e modernização no que concerne à legislação em saúde. Já em 2010, face à aplicação de medidas de austeridade impostas pelo Programa de Estabilidade e Crescimento e considerando as obrigações do Estado Português para com o Plano de Assistência Financeira, o setor da saúde em Portugal sofreu novas alterações, onde se identificam como principais medidas, a efetivação de práticas de rigor e de transparência nos procedimentos, com recurso a instrumentos de monitorização e controlo da utilização de recursos públicos, alavancando a racionalização e contenção de gastos, nomeadamente com os recursos humanos (Bacalhau, 2021; D. C. Ferreira et al., 2018).

³ O modelo político adotado para criação do SNS foi o modelo *Beveridge* surgido no Reino Unido em 1948, traduzindo-se num modelo que garante o financiamento dos serviços de saúde com recurso às receitas obtidas através dos impostos sobre o rendimento dos contribuintes. Outro modelo de financiamento surgido em 1883 na Alemanha foi o modelo *Bismark* caracterizado pelas quotizações de trabalhadores e empregadores.

Importa referir que recentemente, no ano de 2022, o decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto aprovou o Estatuto do Serviço Nacional de Saúde, onde se realça uma modernização face ao anterior Estatuto do SNS, publicado em 1993, estimulando as transformações ocorridas no SNS.

No desenvolvimento da nova Lei de Bases da Saúde, o Estatuto do SNS vem dispor sobre os recursos humanos do SNS e sobre o seu planeamento plurianual, dispondo ainda “sobre os recursos financeiros do SNS, assegurados por verbas do Orçamento do Estado e com uma dotação que garante que lhe são afetos os recursos necessários a um funcionamento eficiente e sustentável (...)”(Presidência do Conselho de Ministros, 2022, p.6).

Desta forma, tendo em conta que ao longo dos últimos 40 anos o SNS evoluiu, observa-se o esforço na construção de um SNS mais justo e inclusivo, que corresponda às necessidades da população mediante as necessárias reformas estruturais, sendo basilar a tomada de decisões atempada na otimização de recursos, promovendo a eficiência e eficácia nas organizações do setor da saúde.

Pretende assim o SNS, impulsionar o incremento dos níveis de acessibilidade dos cidadãos aos cuidados de saúde e a qualidade e segurança do processo assistencial, recordando a imprescindível aposta na promoção da saúde e prevenção da doença enquanto prioridade política e de desenvolvimento social (DGS, 2022) .

Conserva-se desta forma como pensamento estruturante e de governação, o Plano Nacional de Saúde (PNS) 2021-2030 onde é tida como premissa alcançar até 2030 o desiderato “Saúde Sustentável: de tod@s para tod@s” (DGS, 2022), porquanto “uma população mais saudável é um fator crítico de sucesso para uma sociedade mais produtiva, sustentável e economicamente competitiva” (Ministério da Saúde, 2018, p.7).

1.2. Gestão Estratégica em Saúde

A estratégia e o planeamento estratégico são tidas como fundamentais, uma vez que a primeira é tida como informal e visionária, resultante da intuição ou do pensamento divergente, estando relacionada com a criatividade, enquanto o planeamento estratégico é traduzido num processo analítico, formal e programado, desenvolvido através do processo de planeamento formal da organização (Mintzberg, 2018).

Para Freire (2020), o planeamento estratégico é tido como uma metodologia, sistematizada e complementar de apoio organizacional, estruturada e síntese da reflexão estratégica dos membros da organização. No que concerne à gestão estratégica, é o resultado de decisões e ações, com o objetivo de otimização de resultados da organização, composta pela análise do ambiente externo, do ambiente interno, identificação dos *stakeholders*, definição de iniciativas estratégicas com definição de metas, objetivos, planos de ação e consequente monitorização e acompanhamento da execução da estratégia (Silva, 2021).

De acordo com Jordan et al., (2021), há que considerar o auxílio prestado à gestão estratégica pelo uso do controlo de gestão, possibilitando em simultâneo uma avaliação da performance da instituição de forma adequada, transparente e atempada, assumindo igualmente no setor da saúde um papel preponderante no que concerne à operacionalização da estratégia organizacional. É assim determinante assegurar a consonância entre o controlo de gestão e a estratégia na prossecução de definição de objetivos e metas a alcançar, assim como na melhoria e otimização dos processos e consequentes resultados para garantir a sustentabilidade da organização (Jordan et al., 2021).

De salientar ainda que o sucesso de gestão das unidades de saúde “(...) depende ainda do conhecimento e análise da organização e da sua cultura, uma vez que esse domínio permite a adaptação e a adequação de medidas que auxiliam o planeamento estratégico e as tomadas de decisão” (Silva, 2021, p.1).

O desenvolvimento de estratégias implica a adoção de uma abordagem global do processo estratégico, onde a divisão por etapas apenas serve para sistematização do estudo de forma racional. Assim, a combinação do conhecimento existente, permite a formulação de estratégias, compostas por “processos cognitivos conscientes, deliberados e analítico-formais, como inconscientes, não deliberados e intuitivo-informais” (Santos, 2018, p.32).

Para definição do posicionamento estratégico, devem ser identificadas informações e monitorizações existentes, que permitam antecipar eventuais mudanças e preparação dos ambientes, quer internos como externos.

Deve ser adotado um pensamento estratégico, suportado em análises formais e dados concretos, que permitam uma tomada de decisão assertiva, estimulando os líderes da mudança a ter uma visão estratégica. Para o efeito, o recurso a ferramentas analíticas como a análise PESTEL (*Political, Economic, Social, Technological, Environmental, Legal*), a análise SWOT (*Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats*), as 5 forças de Porter, definição de Missão, Visão e Valores, permitem evidenciar os pontos fortes e fracos, além de identificar oportunidades e ameaças (Maia, 2012; Mesquita et al., 2018; Almeida, 2022).

Uma gestão da mudança no setor da saúde implica a existência de uma visão estratégica, tendo em conta uma perspetiva a longo prazo, baseada no histórico existente e na cultura envolvente, assim como as especificidades do setor, de forma a permitir o devido desenvolvimento da visão estratégica (Carrapato et al., 2019).

Realça-se desta forma a importância de uma gestão inteligente de todos os *inputs* disponíveis, num recurso estratégico, permitindo à organização colmatar os permanentes desafios, para promoção da criação de valor e vantagem competitiva, alavancando a produtividade, eficiência, eficácia e a promoção da sustentabilidade, alterando consequentemente de forma dinâmica o processo e a obtenção de diferentes *outputs*, sendo basilar para a gestão organizacional o acesso a informação devidamente gerida, assim como a existência de capacidade para atingir o valor da informação existente.

Refere a literatura, no que concerne à informação para gestão no setor público e organizações sem fins lucrativos que, “(...) os órgãos governamentais e as organizações sem fins lucrativos enfrentam sérias dificuldades na definição nítida de suas estratégias” (Kaplan & Norton, 2001, p.147).

Ao invés do verificado para as organizações do setor privado, no setor público não são os indicadores financeiros que revelam o cumprimento da missão da organização, sendo assim premente para o setor público a aplicabilidade de objetivos abrangentes como representativos do seu propósito a longo prazo, ou seja, a garantia do acesso atempado, qualidade e eficiência dos cuidados de saúde, no caso do setor da saúde pública.

Assim, refere a literatura, no que concerne às atividades, objetivos e resultados a alcançar pelos prestadores de cuidados de saúde do SNS:

“(...) pretende-se contribuir para garantir o acesso atempado, a qualidade e a eficiência dos cuidados de saúde que são prestados aos utentes do SNS, com base numa cultura de gestão rigorosa, responsável, transparente e focada na resposta às necessidades em saúde de todos os cidadãos” (Ministério da Saúde, 2023, p. 5).

A especificidade deste setor pode revelar que a informação gerada nem sempre é capaz de garantir o cumprimento dos princípios orientadores existentes, de forma útil, atempada e com possibilidade de melhoria da informação analisada pelos órgãos de gestão.

A recente reestruturação da Lei de Bases da Saúde parece refletir a premente necessidade de operacionalizar mudanças ao nível da sustentabilidade da saúde. A base nº 20 da “Nova Lei de Bases da Saúde” prevê que o SNS deva, entre outros, pautar-se pelo princípio da sustentabilidade financeira, caracterizando-se pela “utilização efetiva, eficiente e de qualidade, dos recursos públicos disponíveis” (Assembleia da República, 2019, p. 61-62). Já na base nº 23, esclarece-se que o financiamento do SNS deve ser assegurado por verbas do Orçamento do Estado, possibilitando esse financiamento, a dotação do SNS dos recursos necessários ao cumprimento das suas funções e objetivos (Assembleia da República, 2019).

1.3. Governança em Saúde

Associado à ideia de incapacidade de resposta governamental aos problemas e desafios advindos das novas realidades sociais e políticas do final do século XX, surge o termo “governança” (Santos, 2018). Importa refletir sobre a semântica entre governança (*governance*) e governação, onde a governação corresponde à efetividade da ação governamental, referindo-se aos aspetos operacionais do governo, tais como legislação, regulação, contratualização, financiamento, definição de prioridades, afetação de recursos, organização e gestão. Sendo que a maior dificuldade de toda a governação da saúde, passa pela procura constante e sistemática da sustentação financeira do SNS no imediato, onde “(...) os sistemas de saúde têm três objetivos finais: melhorar a saúde dos cidadãos, responder às suas legítimas expectativas, e garantir-lhes proteção do risco social e financeiro ao recorrer aos serviços de saúde” (OPSS, 2019).

O Observatório Português dos Sistemas de Saúde refere que *governance* é traduzida por “governança” quando se refere aos “princípios que regem relações de poder capazes de promover os interesses efetivos do cidadão”, e por “governação” quando é feita referência à “execução da ação do governo” (OPSS, 2003, p. 3).

Refere a literatura, conforme podemos observar na Figura 1, que o conceito de governança traduz-se na assunção de uma realidade evolutiva, que acarreta alterações ao exercício do papel do Estado e ao seu relacionamento com a sociedade (Pinto et al., 2021), sendo enfatizado que as sociedades não podem ser governadas de forma tradicional, quando a sociedade democrática atual é informada, multicultural e em constante adaptação e transformação (Defarges, 2022; Santos, 2018).

Figura 1: Conceitos de Governance

Conceitos de Governance	Autores
Consiste na capacidade de orientar a economia e a sociedade de um Estado, através da identificação de alguns meios de decisão eficazes relativamente a objetivos coletivos e, de seguida, encontrar os meios para atingir esses mesmos objetivos. Esta dinâmica híbrida envolve atores do setor público e do privado, que se encontram envolvidos de modo e a níveis diferentes.	Peters (2014)
Corresponde ao sistema e mecanismos de exercício do poder sobre as empresas sobre o qual estas são dirigidas e controladas.	Grossi et al. (2015)
A Governança é composta por três vertentes: sistémica, política e administrativa. A nível sistémico, compreende uma distribuição ampla e flexível do poder económico e político interno e externo. A nível político, corresponde a um Estado que possui legitimidade e autoridade, originário de um mandato democrático, no qual subsista o princípio da separação de poderes (legislativo, executivo e judicial). A nível administrativo, consiste num serviço público eficiente, <i>accountable</i> e auditado.	Leftwich (1993)

Fonte: Gonçalves (2022, p.16)

Poder-se-á considerar governança, a forma como as instituições governamentais interagem entre si, com os cidadãos e o modo como a tomada de decisão é tida face à complexidade existente (Le Galés, 2019). A governança será, nesta perspetiva, uma forma flexível de poder político, constituído por diversos atores públicos e privados, constituindo um processo negocial coordenado, propondo-se atingir as metas definidas coletivamente.

As ações e meios adotados pela sociedade, para promoção, organização e proteção da saúde, identifica a governança em saúde. Os mecanismos de governança podem ser de carácter público, privado ou uma simbiose entre ambos, assim como podem estar localizados a nível internacional ou mais restritamente, a nível local (Prado et al., 2020). No âmbito da governança, são trabalhados em território comum os objetivos e compromissos sociais inerentes à formulação das políticas de saúde, assim como os processos políticos, a definição de prioridades, as pressões externas e internas e ainda os legítimos interesses, tanto públicos como privados (Escoval & Perelman, 2022).

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), a boa governança em saúde passa pela capacidade de promover a participação ativa de todos os interessados no desenvolvimento e formulação de programas, procedimentos e políticas que empoderem os sistemas de saúde a níveis de maior equidade e sustentabilidade. Estão, deste modo, definidos como elementos associados à boa governança, a participação ativa da população, o foco nos cidadãos, visão estratégica, transparência financeira, monitorização e acompanhamento.

Para a concretização de todas as premissas, é necessário o desenvolvimento de instrumentos de análise e gestão, que possibilitem a devida negociação e gestão adequadas à complexidade dos sistemas de saúde atuais, de forma a alavancar os objetivos dos planos e estratégias com a distribuição de recursos de saúde, a contratualização do desempenho das instituições de saúde, a qualidade e gestão organizacional (OPSS, 2003; Santos, 2018).

Refere assim a literatura (Ferreira & Raposo, 2006; Carvalho et al., 2019; Santinha, 2020; Debie et al., 2022) que a governança em saúde envolve um conjunto de estratégias e mecanismos que promovem a qualidade e segurança dos serviços prestados, incluindo os seguintes elementos fundamentais:

- Regulação: responsabilidade da Entidade Reguladora da Saúde (ERS), onde é regulado o sistema de saúde, incluindo a avaliação e monitorização da qualidade e segurança dos serviços prestados;
- Organização: o sistema de saúde em Portugal é organizado em diferentes níveis de cuidados - os cuidados primários, hospitalares e continuados -, onde cada nível de cuidados de saúde é gerido por diferentes entidades, tais como os Centros de Saúde e instituições hospitalares;
- Participação ativa dos cidadãos: através da integração e grupos de trabalho e conselhos consultivos, a população participa ativamente na gestão do sistema de saúde;
- Financiamento: o sistema de saúde é financiado através de recursos públicos e privados, permitindo desta forma que o SNS garanta o acesso universal aos cuidados de saúde;
- Avaliação de desempenho: revela-se um objetivo da governança em saúde, cabendo às entidades responsáveis a monitorização do desempenho dos serviços de saúde e divulgação de informações sobre a qualidade dos serviços prestados.

O tema da governança em saúde é muito analisado, destacando-se a importância dos cidadãos, da eficiência na gestão de recursos e da integração do sistema de saúde.

1.4. Enquadramento Conceptual da Integração de Cuidados de Saúde

A integração constitui hoje uma temática a nível internacional, sendo a sua importância comprovada pela vasta literatura produzida sobre esta matéria através de publicações de cariz académico e científico destacando-se o *International Journal of Integrated Care*.

De acordo com Koogan (1978), cit. in Santana (2011), integrar advém do verbo em latim “*integer*” (inteiro), traduzindo-se numa ação ou movimento que proporciona a fusão de diferentes partes.

Contudo, é premente distinguir os conceitos de integração de cuidados de saúde e integração de cuidados, conforme explanado na tabela 1.

Tabela 1: Conceito de Integração de cuidados de saúde e Integração de cuidados

Integração de cuidados de saúde	Integração de cuidados
Através da ligação entre os diferentes níveis de prestadores do sistema de saúde, são definidos processos e ferramentas que possibilitam um atendimento integrado.	Inclui a integração de cuidados de saúde, no entanto são abrangidas respostas, não pertencentes ao domínio do sistema de saúde, essenciais para o utente, assegurando a satisfação das necessidades do mesmo de forma holística.

Fonte: Elaborado pela autora, adaptado de Santana et al. (2021)

A integração de cuidados, para além de considerar a integração de cuidados de saúde, integra elementos não pertencentes ao domínio do sistema de saúde, de acordo com a figura 2 infra, sendo os mesmos essenciais para garantir de forma holística a satisfação das necessidades do utente (Santana et al., 2021).

Figura 2: Elementos da Integração de Cuidados



Fonte: Elaborado pela autora, adaptado de Santana et al. (2021, p.16)

A constante mutação, resultante da natural evolução, origina mudanças frequentes ao ambiente externo, exigindo resposta efetiva por parte das instituições. Os sistemas de saúde, pressionados pelos constrangimentos e desafios colocados, tentam em permanência colmatar os mesmos, recorrendo a reestruturações das organizações, podendo assim ser tida como resposta organizacional aos novos paradigmas dos sistemas de saúde a integração de cuidados de saúde (Santana & Costa, 2008).

Os sistemas de saúde são considerados basilares à proteção social da condição humana da doença, sendo influenciados pelo ambiente envolvente onde estão inseridos, caracterizando-se por realidades sociais, culturais e políticas mutantes, revelando a complexidade dos mesmos (Sakellarides, 2020).

Face aos desafios constantes e complexidade global, a OMS, o Observatório Europeu da Saúde e outras instâncias internacionais, sustentados por inúmeros estudos académicos sobre o tema, apontam para a necessidade de uma mudança de paradigma na organização dos cuidados de saúde (Santana

et al., 2021), estimulando nas últimas décadas o surgimento de modelos de integração de cuidados de saúde.

A importância da integração de cuidados em saúde é abordada na literatura, como forma de delegar responsabilidades e tomada de decisões mais eficazes, permitindo a descentralização e delegação de competências em unidade organizacionais (Hansen & Mowen, 2007), gerindo recursos e resultados (WHO, 2000), permitindo uma melhor capacidade de tomada de decisões estratégicas, promovendo a transparência na gestão.

Numa perspetiva de coordenação de diferentes níveis de cuidados de saúde, o conceito de integração de cuidados de saúde, pode ser utilizado de diferentes formas, abordando múltiplas vertentes, tratando-se de um processo focado no percurso global do utente, envolvendo a criação e administração de uma estrutura com intuito de unificar esforços entre os vários subsistemas na realização dos objetivos da organização (Dias, 2018), em consonância com a estratégia global da OMS sobre serviços de saúde integrados e centrados nas pessoas (WHO, 2016).

Assim, salienta-se na definição de integração de cuidados de saúde os conceitos associados à mesma, onde se destacam continuidade de cuidados, coordenação de cuidados, colaboração de cuidados, gestão de cuidados, gestão da doença, gestão de caso e cuidado centrado no doente (Dias, 2018).

1.4.1. Princípios da Integração de Cuidados

O conceito de integração é comumente encarado através de diferentes dimensões, onde se constata que a lógica taxonómica não é consensual na literatura internacional (Santana & Costa, 2008; Santana, 2011).

Perceciona-se, no entanto, que a integração de cuidados tem o propósito de melhoria na qualidade dos cuidados e na experiência do utente, tal como representado no Anexo 1, com objetivo de incremento da relação custo-eficácia dos prestadores de cuidados de saúde, tornando-se premente a compreensão dos princípios que suportam a integração de cuidados expressos na literatura (Pereira, 2021).

1.4.2. Taxonomia da Integração de Cuidados

As evidências ao longo do tempo sugerem que as transformações dos cuidados integrados exigem uma boa compreensão das várias dimensões da integração, o que, com efeito, exige o desenvolvimento de uma visão global (WHO, 2016).

A categorização da integração de cuidados, ou *Rainbow Model of Integrated Care* (RMIC), tem diferentes dimensões onde vários autores (Valentijn, 2015; Pereira, 2021, Santana et al., 2021) referem que a integração de cuidados é resultante da implementação de determinadas dimensões de integração, podendo ocorrer de forma física ou virtual, como se constata na Tabela 2 infra.

Tabela 2: Taxonomia da Integração de Cuidados do RMIC

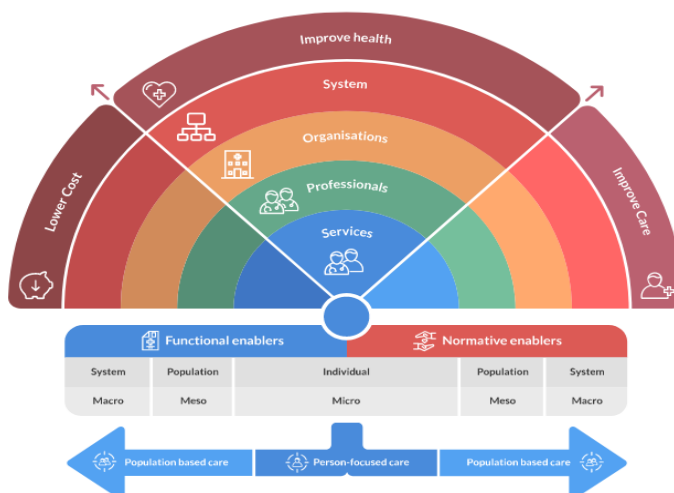
Nível	Dimensão	Descrição
Micro	Integração Clínica	A integração de cuidados centrada na pessoa, num único local e com recurso a um processo contínuo e único.
Meso	Integração Profissional	Parcerias multidisciplinares baseadas em competências, funções, responsabilidades e prestação de cuidados partilhados, promovendo um <i>continuum</i> de cuidados a determinada população.
Meso	Integração Organizacional	Relações entre organizações (por exemplo, contratos, alianças estratégicas, redes de conhecimento, fusões), incluindo mecanismos de governança comuns, para fornecer serviços abrangentes a uma população definida.
Macro	Integração Sistémica	Um sistema integrado horizontal e vertical, baseado num conjunto de regras e políticas (informais e formais) entre prestadores de cuidados, fornecedores e partes interessadas externas em benefício das pessoas e populações.
Micro, Meso, Macro	Integração Funcional	Principais funções e atividades de apoio (ou seja, financeiras, de gestão e sistemas de informação) estruturadas em torno do processo primário da prestação de serviços para coordenar e apoiar a prestação de cuidados e tomada de decisão entre organizações e profissionais de forma a acrescentar valor global ao sistema.
Micro, Meso, Macro	Integração Normativa	Desenvolvimento e manutenção de um quadro comum de referência (ou seja, missão, visão, valores e cultura comuns) entre organizações, grupos profissionais e indivíduos.

Fonte: Elaborado pela autora, adaptado de Valentijn (2015, p.42)

O *Rainbow Model of Integrated Care*, representado na figura 3, demonstra a complexidade inerente à integração de cuidados, explicitando a necessidade de integração nos vários níveis existentes, sendo premente a interoperabilidade e combinação entre os mesmos.

Mantendo foco no utente, há que existir uma colaboração efetiva entre os profissionais de saúde, colaboração entre organizações com os mesmos objetivos, sistema governamental e o impacto de novas legislações e regulamentações, nomeadamente nas políticas sociais relacionadas especificamente com a área da saúde do cidadão, na troca de informações, na formação de profissionais e no financiamento da saúde (*Integrated Care Evaluation*, 2016; Valentijn, 2015).

Figura 3: *Rainbow Model of Integrated Care (RMIC)*

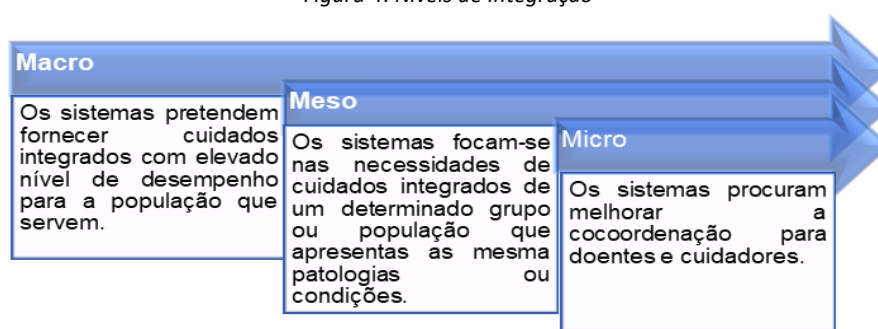


Fonte: Integrated Care Evaluation, 2016

De acordo com o sistema e cultura em que se insere, o modelo conceptual da integração de cuidados pode assumir variadas formas com objetivo de institucionalizar a relação cooperativa entre os diversos intervenientes em situação de interdependência no que concerne aos projetos/ações comuns, de forma a alcançar um melhor resultado para os seus utentes (Pereira, 2021; Santana et al., 2021).

De acordo com o exposto na figura 4, assume-se que as dimensões da integração de cuidados estão estruturadas em torno dos três níveis onde a integração pode ocorrer: o nível macro (sistema), o nível meso (organizacional) e o nível micro (clínico). Estes níveis de integração interagem e influenciam-se mutuamente, iniciando-se a arquitetura de um sistema integrado no nível macro e continuando para o nível meso e micro, usando os princípios orientadores integrativos (centrada na pessoa e na população) (Valentijn, 2015; Santana et al., 2021).

Figura 4: Níveis de Integração



Fonte: Elaborado pela autora, adaptado de Santana et al.(2021, p.25)

Numa perspetiva de clarificação de conceitos, será dado ênfase à conceptualização da integração de cuidados resultante da implementação contínua das dimensões básicas como a integração estrutural, funcional, normativa e sistémica (Santana et al., 2021, p.17).

Desta forma, quando os elementos organizacionais de um sistema são alterados, modificando a estrutura orgânica das entidades que constituem a nova estrutura, como sucede no plano de negócios elaborado, define-se um processo de integração estrutural, podendo dividir-se a dimensão **estrutural** em Horizontal e Vertical (Dias, 2018).

O processo de integração Horizontal, considerando os potenciais ganhos em economias de escala e de poder de mercado, com obtenção de ganhos de eficiência, acontece quando uma única entidade passa a ser responsável pela gestão de organizações que prestam o mesmo nível de cuidados de saúde (Devers et al., 1994; Grone & Garcia-Barbero, 2001; Santana & Costa, 2008; Santana et al., 2021). Temos como exemplo a criação de centros hospitalares, como ilustrado na figura 5, resultantes da fusão numa única entidade jurídica, de anteriores unidades hospitalares autónomas.

Figura 5: Exemplo de Integração Horizontal



Fonte: Elaborado pela autora, adaptado Santana et al.(2021, p.18)

A integração Vertical, expressa na figura 6, reúne e combina organizações com diferentes níveis de prestação de cuidados, onde é criada uma única entidade gestora das demais, sendo responsável pela promoção do *continuum* de cuidados, com objetivo de melhoria da acessibilidade, qualidade e satisfação das necessidades do utente, sendo que pelo menos uma das entidades utiliza como *input* o *output* de outra (Santana et al., 2021; WHO, 2016).

O processo de integração vertical, génese das Unidades Locais de Saúde, visa a agregação de *inputs*, tais como a gestão dos serviços relacionados com a prevenção, a prestação, promoção, diagnóstico, tratamento e reabilitação do estado de saúde (Grone & Garcia Barbero, 2001; Entidade Reguladora da Saúde [ERS], 2011).

A integração **funcional** tem como propósito sobrepor os sistemas de financiamento, informação e gestão dentro de um sistema de saúde, ocorrendo a nível da coordenação das funções e atividades básicas das diferentes unidades operacionais (Pereira, 2021; Santana et al., 2021). Este tipo de integração é como uma componente base da integração vertical.

A integração **normativa** pretende assegurar a uniformidade de procedimentos internos e gerar consistência entre os variados sistemas, de forma a estabelecer um sistema de referência comum junto dos *stakeholders* (Pereira, 2021; Santana et al., 2021).

A integração **sistémica** promove o alinhamento de políticas e incentivos organizacionais, de forma a gerar um sistema integrado sustentável integrador da organização como um todo (Santana et al., 2021).

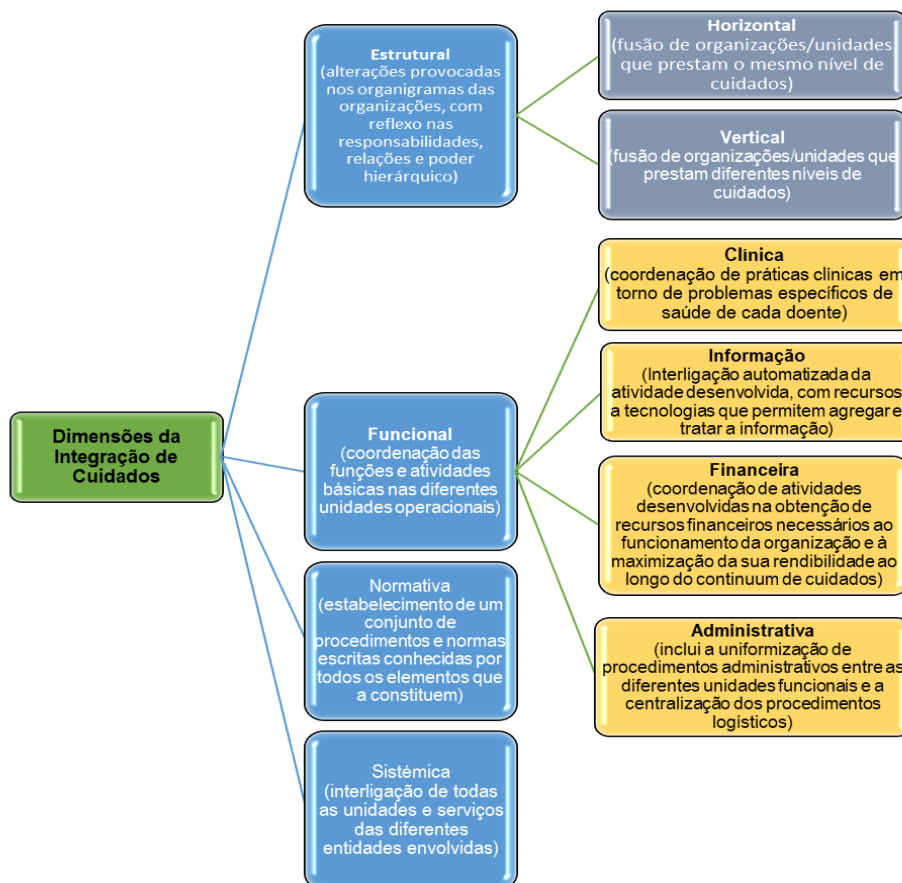
As dimensões enunciadas convergem para a integração de cuidados, conforme ilustrado na Figura 7, proporcionando a coordenação de práticas multidisciplinares para uma abordagem sustentável relativamente aos problemas de saúde específicos e personalizados.

Figura 6: Exemplo de Integração Vertical



Fonte: Elaborado pela autora, adaptado de Santana et al. (2021, p.19)

Figura 7: Resumo das Dimensões da Integração de Cuidados



Fonte: Elaborado pela autora, adaptado de Santana et al. (2021, p.23)

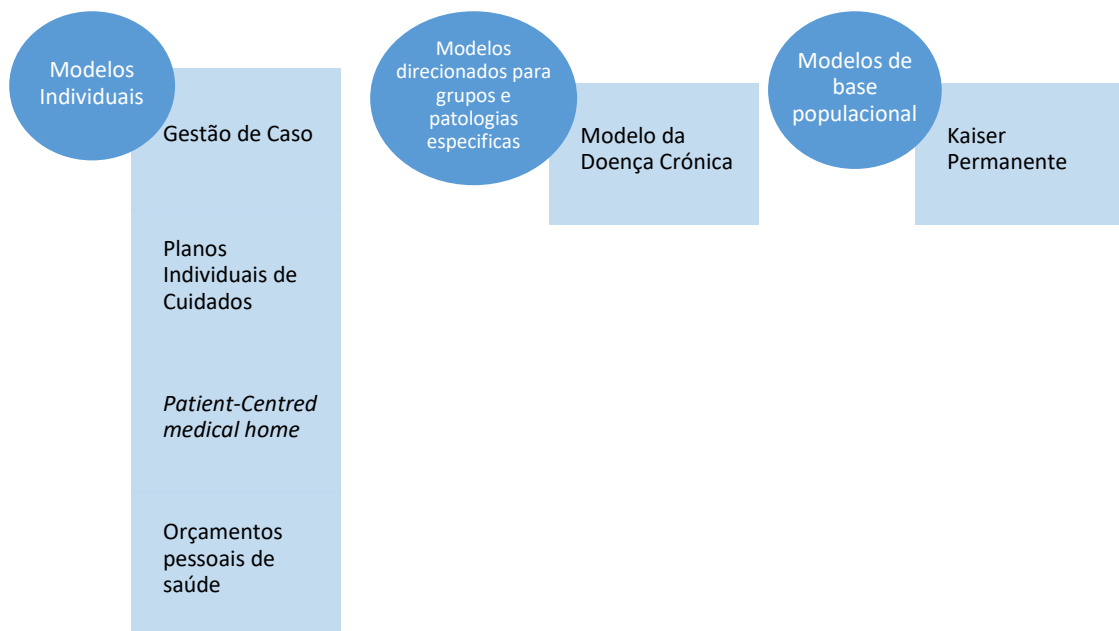
Pretende-se, assim, garantir a prestação de serviços de forma abrangente, assegurando que os serviços oferecidos por profissionais de diversas áreas, em diferentes localidades ou organizações, possam atender às necessidades específicas de cada utente ao longo do ciclo de vida (Pereira, 2021).

1.4.3. Modelos de Integração de Cuidados

São variadas as características identificadas nos projetos de integração de cuidados, em consonância com os diferentes sistemas de saúde existentes a nível mundial. Assim, torna-se difícil identificar qual o modelo específico a adotar, pelo que a solução recorrentemente adotada passa pela conjugação de modelos dependendo do contexto e das necessidades específicas da população (Santana et al., 2021).

Desta forma, pese embora a multiplicidade de modelos existentes, estes são agregados em grandes grupos, tendo em conta a sua abrangência e foco, conforme Figura 8.

Figura 8: Exemplos de Modelos de Integração de Cuidados



Fonte: Elaborado pela autora, adaptado de Santana et al. (2021, p. 26)

De acordo com a literatura (Dias, 2015; Loureiro, 2015; WHO, 2016; Dias, 2018; Pereira, 2021; R. Santana et al., 2021; Miranda da Cruz et al., 2022), os modelos individuais englobam pessoas de risco elevado e / ou com multimorbilidade, inserindo este modelo no nível micro.

O modelo de integração mais implementado é o modelo da doença crónica, onde é reconhecido um conjunto de elementos essenciais para a melhoria do processo de prestação de cuidados e resultados em saúde, permitindo a redução da frequência a cuidados hospitalares evitáveis, assim como o tempo de permanência em internamento, sendo o modelo em prática em Portugal.

No que concerne ao modelo de base populacional, contrariamente aos modelos anteriores, este é sustentado numa perceção amplificada com base na estratificação populacional e na prestação de cuidados diferenciados de acordo com as necessidades, envolvendo a população em projetos de promoção da saúde e prevenção da doença, tendo como foco os doentes crónicos e cuidados multidisciplinares, sendo a pirâmide Kaiser permanente representativa do modelo.

1.5. Integração de Cuidados de Saúde em Portugal

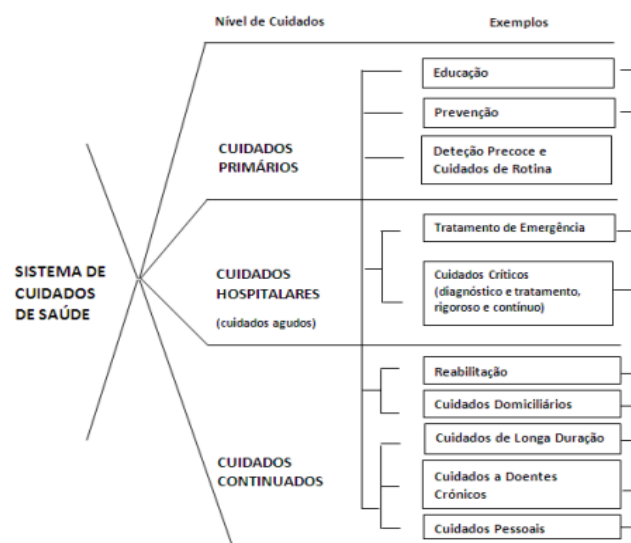
As unidades hospitalares têm registado ao longo dos tempos, uma evolução no que concerne às reestruturações organizacionais, com objetivo de alcançar o desiderato equilíbrio das mesmas. Efetuadas por decreto governamental, pretendem alavancar a eficiência das instituições de saúde, com propósito de garantir e respeitar o objetivo da cobertura universal do acesso aos cuidados de saúde, tendencialmente gratuito, e a prestação de serviços de saúde de qualidade (Barros & Santos, 2019; Marques et al., 2019; Oliveira et al., 2020).

A integração de cuidados de saúde revela-se uma questão central dos sistemas de saúde, de modo a garantir que os utentes têm acesso aos cuidados de que necessitam, no lugar e tempo mais adequados (Sousa et al., 2021). Para o efeito, o n.º 2 da Lei Bases da Saúde XIII promove intensa articulação entre os vários níveis de cuidados de saúde, reservando a intervenção dos mais diferenciados para as situações deles carecidas e garantindo permanentemente a circulação recíproca e confidencial da informação clínica relevante sobre os utentes (Assembleia da República, 2019).

Na génese da integração vertical de cuidados de saúde, esteve o objetivo de criação, através de uma prestação e gestão integrada de todos os serviços, de uma via para melhorar a interligação dos Centros de Saúde com os Hospitais e outras entidades, designadamente, unidades de cuidados continuados, por intermédio de um processo de integração vertical desses diferentes níveis de cuidados (ERS, 2015).

Habitualmente, são reconhecidos três níveis diferenciados de prestação de cuidados existentes no SNS. São eles os cuidados de saúde primários (CSP), secundários ou hospitalares e os cuidados terciários ou continuados e domiciliários (DGS, 2022). representando o Sistema de Cuidados de Saúde constante na Figura 9.

Figura 9: Sistema de Cuidados de Saúde



Fonte: Loureiro (2015, p.11)

1.5.1. Cuidados Primários

Conceptualmente, a definição de CSP resulta da conferência de Alma Ata (WHO, 1978) onde participaram cerca de 134 países, estando a missão definida inserida no que se denominava por saúde pública (Magalhães, 2015). Assim, os cuidados primários podem ser entendidos como uma abordagem de toda a sociedade à saúde e bem-estar, com foco nas necessidades e preferências das pessoas, famílias e comunidades (WHO, 2021; WHO, 2023).

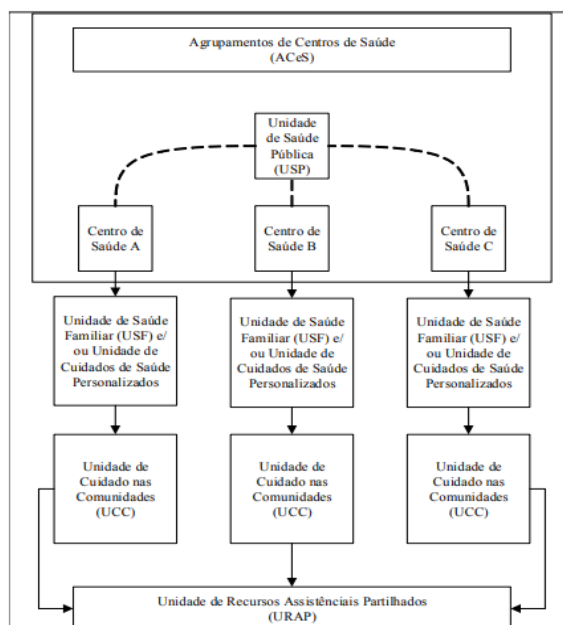
Os CSP representam o **primeiro nível** de contacto dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, tendo como objetivo garantir o acesso a cuidados de saúde, com a premissa de prevenção da doença e promoção da saúde, sendo este nível primário complementado por níveis hospitalares secundários e terciários (OPSS, 2003).

Ao longo do tempo e mediante diversas reestruturações e reformas, em 2005 realizou-se uma reforma mais profunda nos CSP com o surgimento de novas unidades de saúde, como representado no Anexo 2, tendo por objetivo garantir maior equidade de acesso à saúde para a sua população, o que se traduziu numa experiência exitosa no contexto da União Europeia (UE) (Gava & Dias, 2018).

Surge em 2008, uma nova organização dos CSP, mais complexa e capacitada para resposta às necessidades das pessoas e às expectativas dos profissionais de saúde, garantindo a proximidade com o cidadão. Criados pelo Decreto-Lei n.º 28/2008 de 22 de fevereiro, os Agrupamentos de Centros de Saúde (ACeS) concentram meios e recursos com pretensão de benefício de economias de escala, garantindo harmonização e liderança técnico-científica promovendo apoio ao funcionamento das unidades multiprofissionais descentralizadas criadas ao longo das sucessivas adaptações e reformas (Magalhães, 2015).

Define-se assim o ACeS, enquanto serviço público de saúde descentralizado, dependente da respetiva Administração Regional de Saúde (ARS), detendo autonomia administrativa, sendo composto por várias unidades funcionais, que agrupam um ou mais centros de saúde (Gava & Dias, 2018), composto pela estrutura orgânica representada na Figura 10.

Figura 10: Estrutura Orgânica dos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACeS)



Fonte: Gava & Dias, (2018, p.32)

1.5.2. Cuidados Hospitalares

O **nível secundário** integra os serviços de saúde que visam garantir a prestação de cuidados de saúde diferenciados (designadamente consultas externas de especialidade, intervenções cirúrgicas, internamento, serviços de urgência) à população de determinada área geográfica (ERS, 2011). Podem ser representados através do conjunto de ações de prevenção, diagnóstico e tratamento realizadas a doentes na fase aguda de doença, cujos episódios caracterizados pela necessidade de intervenções especializadas exigem o recurso a meios / recursos diferenciados (Santana et al., 2021).

Aprovado pela Lei n.º 27/2002, de 8 de novembro, o Regime Jurídico da Gestão Hospitalar define a natureza jurídica dos **Hospitais**, possibilitando a existência de quatro tipos de hospitais públicos, de acordo com o modelo de gestão adotado:

- (i) os hospitais integrados no sector público administrativo (SPA);
- (ii) os hospitais entidades públicas empresariais (EPE);
- (iii) os hospitais sociedade anónima (SA); e
- (iv) os hospitais em regime de parcerias público-privadas (PPP).

Através da articulação entre diversas unidades de saúde hospitalares que apresentam características complementares e mediante fusão das mesmas, geraram-se os **Centros Hospitalares** (CH).

Em termos organizacionais, segundo a Lei de Bases da Saúde (1990), no nº 1 da sua Base XIII, o sistema de saúde português assenta nos cuidados de saúde primários que devem situar-se junto das comunidades (Santana, 2011).

É premente garantir a articulação dos diversos níveis de cuidados de saúde, nomeadamente entre os cuidados primários e os cuidados hospitalares. Esta necessidade surge desde logo para alcance do objetivo de melhor orientação dos utentes dos cuidados primários para o ambiente hospitalar, e para uma resposta atempada dos cuidados hospitalares e consequente retorno para os cuidados primários, assegurando uma eficaz e eficiente interligação entre esses dois níveis de cuidados (ERS, 2011; Santana et al., 2021).

1.5.3. Cuidados Continuados

Os cuidados de saúde de **nível terciário** passam pelo conceito de Cuidados Continuados Integrados, designando

“(…) o conjunto de intervenções sequenciais de saúde e / ou de apoio social, consequente de avaliação multidisciplinar, com foco na recuperação global entendida como o processo terapêutico e de apoio social, ativo e contínuo, com objetivo primordial de promover a autonomia melhorando a funcionalidade da pessoa em situação de dependência, mediante a sua reabilitação, readaptação e reinserção familiar e social” (Ministério da Saúde, 2006).

Tendo como objetivo a prestação de cuidados de saúde e de apoio social de forma continuada e integrada a pessoas que, independentemente da idade, se encontrem em situação de dependência, os Ministérios do Trabalho e da Solidariedade Social e da Saúde, constituída por instituições públicas e privadas que prestam cuidados continuados de saúde e de apoio social, criaram a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) (Serviço Nacional de Saúde[SNS], 2021).

A RNCCI mantém a sua organização partilhada com os Ministérios da Saúde, do Trabalho e da Solidariedade Social, coadjuvado pelas respetivas ARS a nível nacional e por equipas coordenadoras multidisciplinares, em diferenciados níveis de intervenção, tais como ao nível dos ACeS, Hospitais, CH e ULS, possibilitando a nível nacional uma melhor e atempada identificação e referenciação, com a premissa de alcance dos objetivos estipulados (Ministério da Saúde, 2023).

1.5.4. Unidade Local de Saúde (ULS)

As **Unidades Locais de Saúde** representam um modelo inovador de organização dos serviços prestadores de cuidados de saúde primários e diferenciados hospitalares (ERS, 2011).

O DL nº 207/99, de 9 de junho, génese da primeira ULS, em Matosinhos, consagra um processo de integração vertical de cuidados de saúde, onde é tida que esta reorganização do sistema de saúde surge em resposta às “exigências cada vez maiores das populações em matéria de acesso e satisfação das suas necessidades de saúde” e vem proporcionar “condições de integração dos cuidados, coletivizando os problemas que cada nível de cuidados enfrenta sozinho, partilhando responsabilidades e recursos”(Ministério da Saúde, 1999).

Mais recentemente, reconhecido no Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto, que aprova o Estatuto do SNS, as ULS são definidas como estabelecimentos de saúde às quais compete garantir, no próprio estabelecimento, a prestação integrada de cuidados de saúde primários e hospitalares (Presidência do Conselho de Ministros, 2022).

2. Metodologia

A importância do planeamento da investigação, assim como a organização concetual, são destacadas por Stake (1995), *cit. in* Coutinho (2011, p.167):

“(...) a investigação é uma atividade de natureza cognitiva que consiste num processo sistemático, flexível e objetivo de indagação e que contribui para explicar e compreender os fenómenos sociais. É através da investigação que se reflete e problematizam os problemas nascidos na prática, que se suscita o debate e se edificam as ideias inovadoras”.

Fortin (2009a) define a investigação como um método de aquisição de novos conhecimentos, uma forma ordenada e sistemática de obter respostas a questões onde, consoante a envolvimento do investigador e o tipo de investigação a desenvolver, será planificado o método apropriado para alcance de respostas às questões a investigar. Refere ainda que “quando se consideram os diferentes métodos de aquisição de conhecimentos, constata-se o valor da metodologia científica no que concerne ao desenvolvimento dos conhecimentos” (Fortin, 2009, p. 22).

A metodologia de investigação qualitativa, de acordo com Parse (1996), citado por Fortin (2009, p. 27) contrariamente à investigação quantitativa, passa pela “descrição de modos ou de tendências e visa fornecer uma descrição e uma compreensão alargada de um fenómeno”.

No que concerne à técnica a utilizar, a análise documental, citando os autores Souza et al., (2011, p. 223), “(...) consiste em identificar, verificar e apreciar os documentos com uma finalidade específica e, nesse caso, preconiza-se a utilização de uma fonte paralela e simultânea de informação para complementar os dados e permitir a contextualização das informações contidas nos documentos”.

No presente estudo, foi feita análise do estado da arte do sistema de saúde em Portugal, com incidência em instituições de saúde públicas nacionais e recolha de informação, dados e estudos existentes, para possível análise documental e elaboração do plano de negócios para Integração Vertical de Unidades de Cuidados de Saúde.

Pretende-se, assim, a promoção de novos conhecimentos sobre o fenómeno mediante a especificidade do setor em análise, enriquecimento no que concerne a conceitos de instituições de saúde pública e, em concreto, reconhecimento dos ganhos em saúde adquiridos com a integração de cuidados de saúde.

Sendo o princípio fundamental de qualquer instituição a criação de valor, é necessário evidenciar as linhas basilares do projeto, definindo a alocação dos diversos recursos, sistematizando-se a ideia e estruturação do modelo de negócio, concebendo-se o plano de negócios.

Sahlman (2008) *cit. in* Freire (2020, p. 9) menciona que

“(…) para a realização de qualquer investimento, é importante a realização de um plano de negócios de forma a demonstrar como o negócio pode crescer e trazer rendimento aos investidores. Esse estudo deve ser realizado com o máximo conhecimento teórico e prático da realidade empresarial onde o novo projeto se irá integrar”.

O plano de negócios é tido como um plano base, essencial para estruturação e defesa de uma nova ideia de negócio (IAPMEI, 2016), podendo ser usado em projetos de crescimento, expansão, viabilização ou reestruturação de empresas já existentes (Peixoto, 2019).

Espera-se que o resultado de um plano de negócio revele um documento simples, completo e de fácil perceção por parte de terceiros (IAPMEI, 2016), orientado para o futuro, podendo ter variadas formas, tamanhos e estruturas (Cruz, 2003).

Identificam-se como principais tipos de planos de negócios: o “*Start-up Plan*” ou Plano Inicial, que objetiva a definição de linhas gerais de uma nova ideia de negócio; o “*Later Stage Plan*” ou Plano de Crescimento ou Expansão, onde o foco incide num negócio secundário ou numa área específica de negócio (por exemplo, lançamento de um novo produto / serviço) e o “*Turnaround-Plan*” ou Plano de Reestruturação, onde a viabilidade da empresa é o foco, pelo que este plano de negócios visa identificar problemas e apresentar soluções através de alterações à estratégia (Lucas, 2020).

Dever-se-á adotar, enquanto estrutura base do plano de negócios, um documento que considere as seguintes seções (IAPMEI, 2016, p. 3, Lucas, 2020):

1. Sumário executivo;
2. Histórico da companhia e / ou dos promotores;
3. O mercado subjacente;
4. A nova ideia e o seu posicionamento no mercado;
5. O projeto / produto / ideia;
6. Estratégia comercial;
7. Gestão e controlo do negócio;
8. Investimento necessário;
9. Projeções financeiras / modelo financeiro.

A elaboração do atual plano de negócios pretende demonstrar a melhoria na qualificação da resposta, simplificação de processos e incremento na articulação de cuidados entre equipas de profissionais de saúde, assegurando o funcionamento em rede, impulsionando a melhoria contínua do acesso a cuidados de saúde, a participação dos utentes e o alinhamento da governação clínica e de saúde.

O plano de negócios elaborado foca-se na atual situação no setor da saúde e pretende mostrar a premência da integração de cuidados para uma melhoria aquando da prestação de cuidados de saúde centrados nas pessoas e de forma holística, considerando fulcral as necessidades e preferências das mesmas.

A integração de cuidados de saúde caracteriza-se como uma prestação de um *continuum* de cuidados ao longo do ciclo de vida da pessoa, através da reestruturação de atuais entidades concebendo entidades únicas, capazes de melhorar a interligação dos cuidados de saúde primários, hospitalares, e outros, através da prestação e gestão integrada de todos os serviços e níveis de cuidados, ou seja, assegurar a prevenção da doença e promoção da saúde, ou seja, promovendo ganhos em saúde

São definidos como objetivos específicos:

- Compreender o processo de integração de cuidados de saúde em Portugal e os fatores envolvidos;
- Caracterizar as entidades de saúde envolvidas (cuidados primários e cuidados hospitalares);
- Determinar os pontos fortes e fracos, ameaças e oportunidades da integração de cuidados de saúde (primários e hospitalares);
- Revelar o posicionamento estratégico a adotar com o estudo da integração de cuidados de saúde em determinado contexto em Portugal (primários e hospitalares);
- Identificar a diferença positiva na integração de cuidados de saúde, com recurso a um plano de ação centrado no ciclo de vida da pessoa;
- Definir eixos estratégicos, ações e medidas a adotar para estimular a melhoria dos resultados económico-financeiros.

O plano de negócios deve funcionar como um *road map* descritivo no que concerne à informação, etapa e recurso necessários para que se possa avançar com sucesso, tratando-se de uma ferramenta de trabalho que permite avaliar detalhadamente, e em específico, a incorporação de entidades de cuidados de saúde, com demonstração da sua viabilidade.

Como resposta assistencial ao nível dos cuidados de saúde primários e cuidados hospitalares de forma integrada, o plano de negócios apresentado, que está na génese de uma ULS, pretende demonstrar os impactos clínicos e financeiros desta nova forma de organização, garantindo os ganhos em saúde gerados pela integração de cuidados, pela proximidade das decisões e promoção dos cuidados de saúde primários como a base do sistema, proporcionando a existência de meios e recursos necessários para a sua missão.

Considerando informação divulgada pelo INE e disponível online pelas diversas entidades de saúde pública existentes, as informações apresentadas referentes às unidades de saúde não são reais, assim como os valores e dados apresentados, por motivos de confidencialidade.

3. Plano de Negócios

O capítulo que agora se inicia é inteiramente dedicado ao Plano de Negócio da ULS, que será anatomizado detalhadamente.

3.1. Sumário Executivo

O Plano de Negócios da ULS pretende constituir um guião que habilite o órgão de gestão com um conjunto de princípios estratégicos e orientações operacionais que possibilitem assegurar uma governação focada nas pessoas e respetivas necessidades em saúde, contribuindo desta forma para adquirir ganhos em saúde e melhorar o bem-estar da população.

É fulcral a promoção, por parte dos gestores, de uma cultura organizacional de confiança mediante adoção de medidas em prol do benefício dos seus profissionais, com o propósito de gerar um ambiente positivo e propício ao compromisso, melhoria das condições de trabalho e consequente eficácia do trabalho dos profissionais relativamente ao seu desempenho (Butt et al., 2018; Silva et al., 2021).

O presente plano de negócios tem como sustentação conceptual a promoção da integração de cuidados de saúde com base no fortalecimento nos níveis de coordenação vertical e horizontal do processo assistencial, no robustecimento dos cuidados de proximidade, no exercício clínico uniformizado, no empoderamento, capacitação e envolvimento dos profissionais e na procura da melhor experiência e maior satisfação do cidadão. Constituiu ainda postulado essencial da sua construção, a promoção do nível de eficiência da Organização, contributo protetor da necessária sustentabilidade financeira e ambiental da ULS.

São aqui materializadas as orientações estratégicas existentes no setor, assumindo particular atenção o incremento da acessibilidade dos utentes aos cuidados de saúde, a qualidade e segurança do processo assistencial e a aposta na promoção da saúde e prevenção da doença enquanto prioridades políticas e de desenvolvimento social, tendo como pensamento estruturante e de governação o Plano Nacional de Saúde (PNS) 2021-2030.

É ainda tida como premissa alcançar até 2030 o desiderato “Saúde Sustentável: de tod@s para tod@s.”(DGS, 2022), porquanto “uma população mais saudável é um fator crítico de sucesso para uma sociedade mais produtiva, sustentável e economicamente competitiva” (Ministério da Saúde, 2018, p.7).

A organização da ULS sucederá aos serviços e unidades que integram atualmente a Unidade Hospitalar, E.P.E (UH) e os serviços e unidades que compõem o ACeS. A ULS assume a responsabilidade assistencial pela população residente nos concelhos de influência direta da UH e do ACeS que conta com aproximadamente 233.000 residentes (Censos 2021) (Instituto Nacional de Estatística [INE], 2021).

. Contudo, há que salientar que é assegurado ainda apoio hospitalar a utentes provenientes da área de abrangência de diferentes Administrações de Saúde que não a Administração onde está inserida.

Em termos demográficos, de acordo com os Censos (2021), a população residente na área de influência da ULS aumentou em cerca de 5% entre 2011 e 2021. Apresenta um índice de envelhecimento inferior a Portugal Continental e também inferior à ARS onde pertence, verificando-se, contudo, um índice de longevidade inferior a Portugal Continental e ARS (INE, 2021).

Do ponto de vista socioeconómico, de acordo com os Censos 2021, constata-se um “ganho médio mensal” superior à média nacional e regional nos concelhos pertencentes à área de influência direta. A percentagem de “Beneficiários do Rendimento Mínimo Garantido (RMG) e Rendimento Social de Inserção (RSI)” na população residente é também superior no concelho comparativamente à média nacional e regional.

No que respeita aos determinantes sociais da saúde, as condições mais prevalentes são o excesso de peso, o abuso do tabaco, o abuso crónico do álcool e o abuso de drogas, respetivamente (ARS, 2020).

Analisada a carga de doença da população residente, constata-se que a hipertensão arterial, a alteração do metabolismo dos lípidos, a obesidade, as perturbações depressivas e diabetes constituem, respetivamente, os principais diagnósticos de morbilidade ativos (ARS, 2020).

Verifica-se um aumento global em termos de mortalidade, quer em termos nacionais quer no ACeS, ficando, inclusive, acima dos registados para o Continente no ano de 2020, contrariamente ao que se tinha verificado nos anos anteriores, onde a taxa bruta de mortalidade neste ACeS era inferior à da Região e ao Continente.

No triénio 2017-2019, as duas principais causas de morte no ACeS, em todas as idades, foram as doenças do aparelho circulatório (cerca de 32%, valor acima dos registados na Região e no Continente) e os tumores malignos (26%, ficando abaixo da ARS, mas acima do valor nacional (25%)). Em terceiro lugar, mas com alguma distância, as doenças respiratórias contribuíram para 10% dos óbitos ocorridos no ACeS.

Mediante o contexto geodemográfico, social e económico presente na área de intervenção da ULS, foi consolidado o planeamento estratégico pela utilização da ferramenta SWOT (Apêndice 1) procurando caracterizar o ambiente interno (as forças e fraquezas) da futura organização ULS e a sua envolvente externa com o objetivo de identificar oportunidades e ameaças.

No que respeita à dimensão económico-financeira importa revelar que o nível de risco assumido ao determinar a constituição da ULS foi amenizado relativamente ao atual modelo de prestação segregada de cuidados de saúde. Para o efeito, foram efetuadas análises prospetivas do desempenho económico-financeiro da ULS, sendo os resultados obtidos demonstrados no respetivo ponto.

De salientar que na elaboração do presente plano de negócios, é considerado que uma reorganização e articulação dos serviços de saúde podem ser avaliadas para darem resposta às necessidades de saúde, mas a capacidade organizativa de uma ULS revela uma dimensão superior em termos operacionais e económicos, possibilitando maior responsabilização e articulação dos serviços, numa lógica de atuação com foco no utente.

3.2. Enquadramento da ULS

A ULS irá abranger a área atual da UH e do ACEs, integrada na Nomenclatura das Unidades Territoriais para Fins Estatísticos (NUTS II). De acordo com os últimos dados de recenseamento da população, a população residente da área geográfica de influência direta (AID) da ULS é de 232.755 residentes, distribuídos por aproximadamente 1100 km².

No que concerne à evolução demográfica, a área geográfica da futura ULS tem vindo a aumentar de forma consistente a sua população residente, não havendo registo de decréscimo entre censos desde 1981, contrariamente ao que sucedeu com outras regiões do país e, por consequência, com os dados nacionais.

Tabela 3: Evolução da População Residente

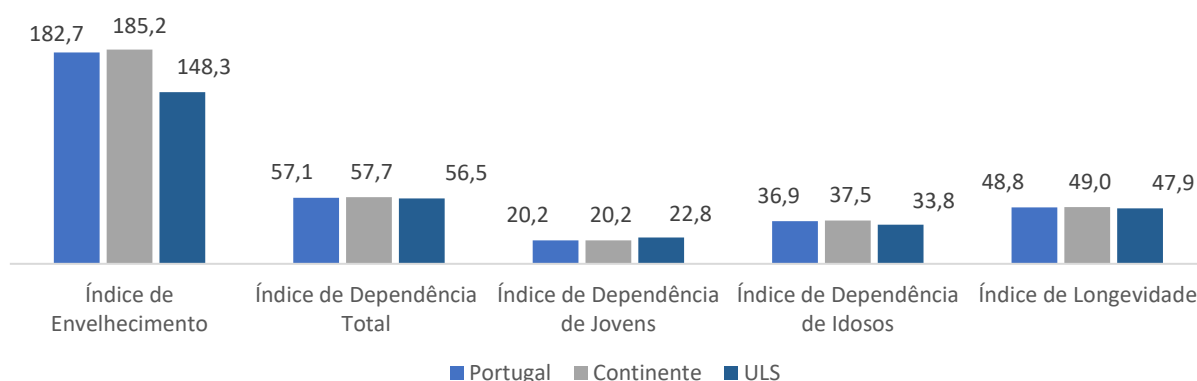
	1981	1991	2001	2011	2021	Variação Intercensitária
Portugal	9 833 014	9 867 147	10 356 117	10 562 178	10 343 066	-2,10%
Continente	9 336 760	9 375 926	9 869 343	10 047 621	9 855 909	-1,90%
ULS	146 425	162 760	192 877	221 539	232 755	5,06%

Fonte: Elaborado pela autora, adaptado de INE (2021).

A Tabela 3 indica que a região contraria o saldo negativo registado a nível nacional, (-2,1% Portugal; -1,9% Continente) entre 2011 e 2021, constatando-se um aumento (5,1%) no que concerne à AID da ULS relativamente ao número de residentes entre 2011 e 2021.

Verifica-se no Gráfico1 que a população é mais jovem, quando comparada com a população nacional, representando um índice de envelhecimento abaixo dos valores nacionais. Contudo, o índice de dependência regista valores próximos dos verificados a nível nacional.

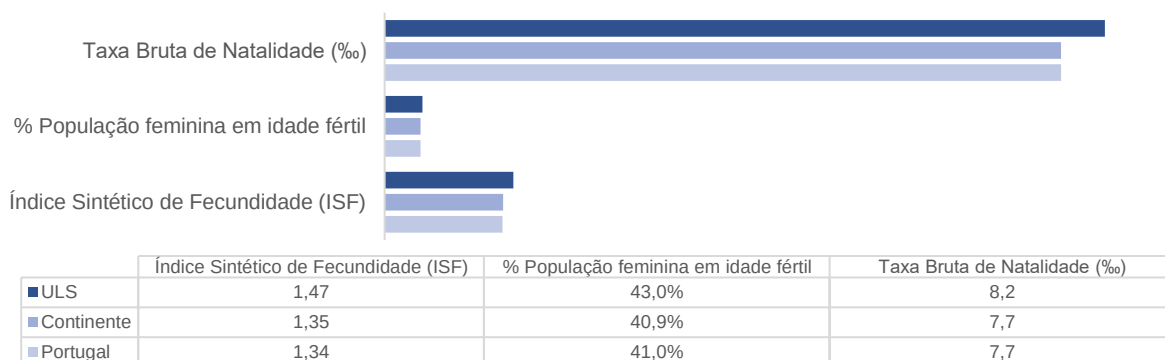
Gráfico 1: Indicadores Demográficos



Fonte: Elaborado pela autora, adaptado de INE (2021)

No que concerne ao índice de natalidade e fertilidade, o Gráfico 2 demonstra a ULS regista valores superiores aos dados nacionais

Gráfico 2: Indicadores de Fertilidade e Renovação da População



Fonte: Elaborado pela autora, adaptado de INE (2021)

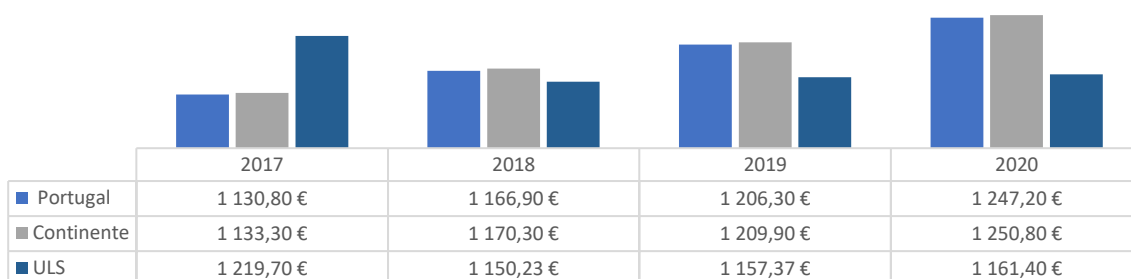
De acordo com os Censos 2021, o número médio de filhos por mulher é de 1,47 na AID da ULS, sendo objetivo nacional o de alcançar a média de 2,1 filhos por mulher. A AID da ULS é a mais positiva comparativamente com os dados nacionais, revelando, ainda assim, uma baixa possibilidade de renovação da população. Relativamente à taxa bruta de natalidade, a AID da ULS regista valores acima (8,2 ‰) dos dados nacionais.

Espera-se que a população residente na AID da ULS mantenha a tendência de crescimento, considerando os indicadores de fertilidade verificados que, apesar de conservadores, ficam acima da média nacional. Também a estrutura etária da população, ainda bastante concentrada nas idades ativas - veja-se os índices de dependência de total e de idosos - indicia esta tendência de crescimento populacional residente. Questões relacionadas com o bom acesso rodoviário existente, o tecido empresarial local e a acessibilidade na área metropolitana podem ajudar a fixar novos residentes.

De acordo com os Censos 2021, na AID da ULS, 88% da população residente não tinha mudado de residência face a 2011, valor abaixo do registado para Portugal e Continente. Constatou-se ainda um saldo migratório negativo, ou seja, a entrada de imigrantes não superou a saída de emigrantes.

De acordo com o Gráfico 3, o rendimento médio mensal dos trabalhadores residentes na AID da ULS tem sido decrescente, contrariamente à tendência nacional, tendo em 2020 registado um valor superior em 0,3% face a 2019, enquanto a média nacional registou um aumento de 3,4%.

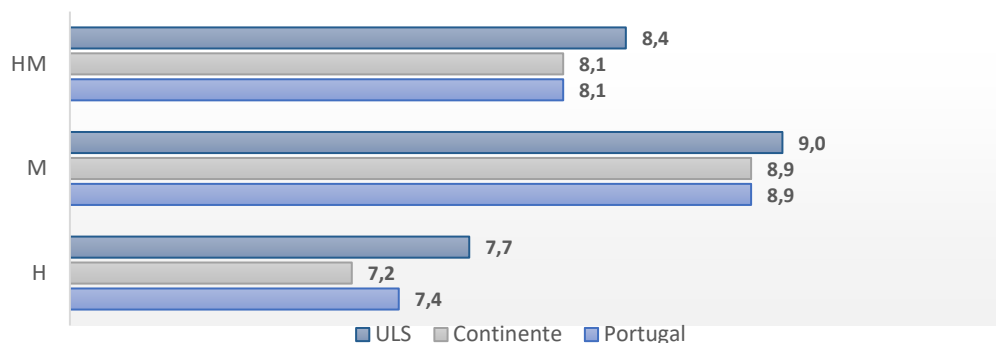
Gráfico 3: Ganho Médio Mensal (€)



Fonte: Elaborado pela autora, adaptado de INE (2021)

Verifica-se, no Gráfico 4, que a taxa de desemprego na AID da ULS é acima da média nacional, tanto para os homens quanto para as mulheres.

Gráfico 4: Taxa de Desemprego



Fonte: Elaborado pela autora, adaptado de INE (2021)

Relativamente à proteção social, verifica-se, no Gráfico 5, uma assimetria entre os concelhos da AID da ULS, no que se refere à proporção de residentes beneficiários de RMG e RSI, onde os valores registados são inferiores à média nacional.

No que se refere às pensões⁴, a tendência de aumento da proporção de residentes que recebem alguma retribuição deste tipo quer pela Segurança Social (SS) quer pela Caixa Geral de Aposentações (CGA), acompanha a média nacional, conforme Gráfico 6.

Gráfico 5: Beneficiários do RMG e RSI em % da população residente

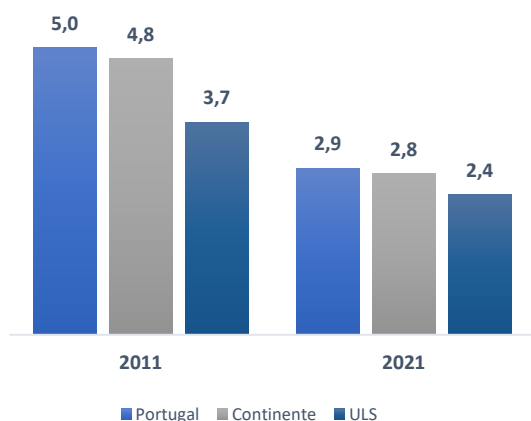
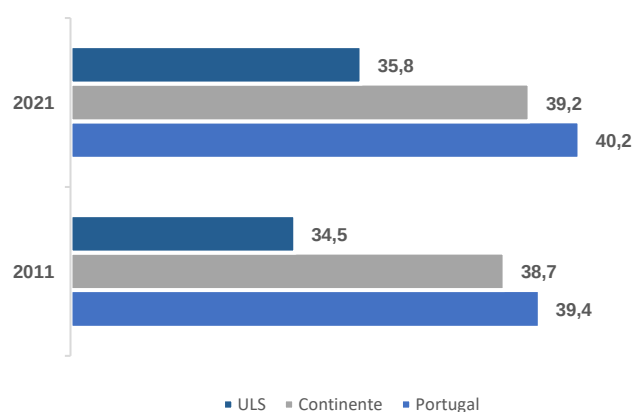


Gráfico 6: Taxa Pensões da SS e CGA no Total da População Residente com >15 anos



Fonte: Elaborado pela autora, adaptado de INE (2021)

De acordo com os últimos Censos (2021), a população residente nos concelhos da AID da ULS tem vindo a aumentar o nível de escolaridade entre 2011 e 2021, de acordo com o exposto na Tabela 4.

⁴ Inclui total, velhice, invalidez, sobrevivência, etc.

Tabela 4: Nível de Escolaridade Completo Mais Elevado (%)

	Sem nível de escolaridade		Básico 1º ciclo		Básico 2º ciclo		Básico 3º ciclo		Secundário		Médio		Superior	
	2011	2021	2011	2021	2011	2021	2011	2021	2011	2021	2011	2021	2011	2021
Portugal	10,4	5,9	27,2	22,3	12,8	9,6	19,1	17,8	15,7	23,5	1	1,2	13,8	19,8
Continente	10,3	5,8	27,1	22,2	12,6	9,4	19,1	17,8	15,8	23,6	1	1,1	14	20
ULS	8,9	5,1	23,2	17,9	11,9	8,3	22,2	20,2	18,9	27,5	1,2	1,5	13,7	19,6

Fonte: Elaborado pela autora, adaptado de INE (2021)

No que concerne aos determinantes de saúde⁵ na AID da ULS, de acordo com a Tabela 5, verifica-se que a proporção de inscritos (%) por diagnóstico ativo de maior prevalência foi superior para o excesso de peso (15,4%), abuso do tabaco (11,6%), abuso crónico do álcool (1,0%) e abuso de drogas (0,5%).

Tabela 5: Inscritos (%) por Diagnóstico Ativo de Maior Prevalência

	Continente			ARS			ULS		
	HM	H	M	HM	H	M	HM	H	M
Excesso de peso	20,4	20,2	20,6	16,9	16,6	17,2	15,4	15,2	15,6
Abuso do tabaco	12,0	15,3	9,1	11,1	12,7	9,7	11,6	12,7	10,5
Abuso crónico do álcool	1,6	3,0	0,3	1,2	2,3	0,2	1,0	1,9	0,2
Abuso de drogas	0,6	0,9	0,3	0,6	0,9	0,3	0,5	0,8	0,3

HM - Homens e Mulheres | H - Homens | M - Mulheres

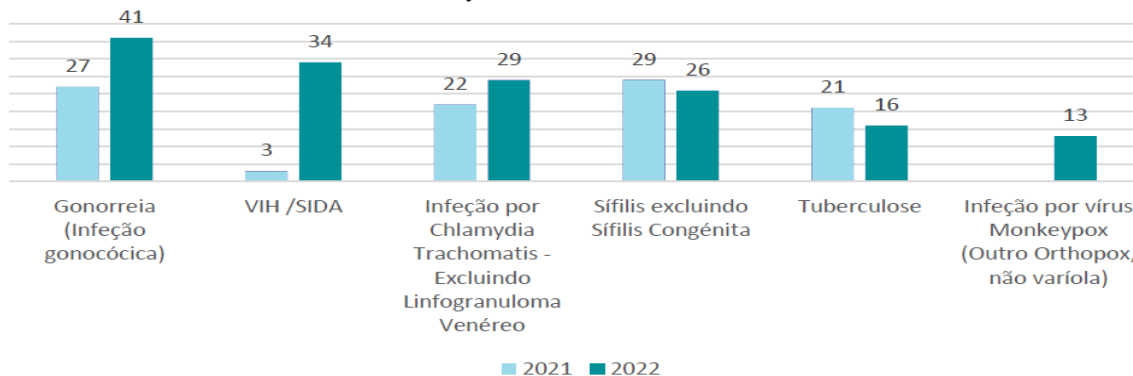
Fonte: Elaborado pela autora, adaptado de INE (2021), ARS (2020)

Verifica-se que apenas o diagnóstico “excesso de peso” registou no sexo feminino um valor superior (15,6%) face ao sexo masculino (15,2%), tendo os restantes diagnósticos, abuso do tabaco (12,7%H e 10,5%M), abuso crónico do álcool (1,9%H e 0,2%M) e o abuso de drogas (0,8%H e 0,3%M) registado valores superiores no sexo masculino. Constata-se ainda para o diagnóstico “abuso de tabaco”, que o valor foi superior nas mulheres da AID da ULS (10,5%) em comparação com a ARS (9,7%) e Continente (9,1%).

No que respeita à Vigilância Epidemiológica das Doenças de Notificação Obrigatória (DNO), o Gráfico 7 retrata as DNO com maior representação de casos confirmados (excetuando os casos de infeção por vírus de SARS-CoV-2) foram a Gonorreia, Infeção por VIH/SIDA, Infeção por *Chlamydia Trachomatis*, Tuberculose e Infeção pelo vírus *Monkeypox*.

⁵ Os determinantes de saúde são fatores que contribuem para o estado atual da saúde de uma pessoa ou população, pelo aumento ou redução da probabilidade de ocorrência de doença ou de morte prematura e evitável.

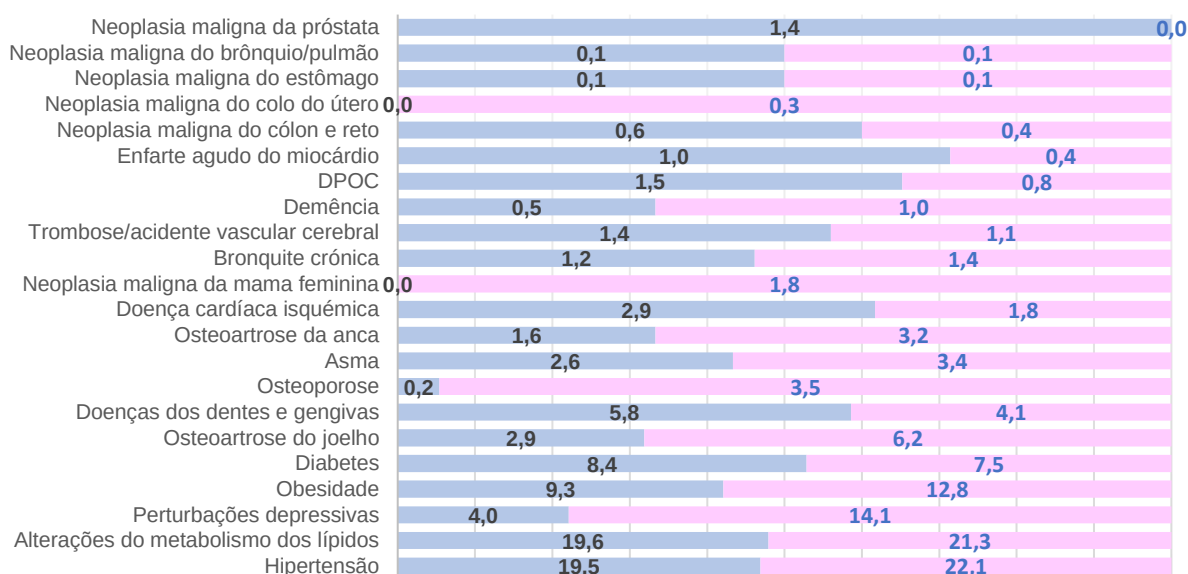
Gráfico 7: DNO na AID da ULS



Fonte: Elaborado pela Autora, adaptado de ARS (2020)

Relativamente à morbilidade dos utentes inscritos na AID da ULS, a dezembro 2021, o Gráfico 8 identifica que no global a proporção de inscritos (%) por diagnóstico ativo foi superior para hipertensão arterial (20,8%), alteração do metabolismo dos lípidos (20,5%), obesidade (11,1%), perturbações depressivas (9,3%) e diabetes (7,9%); a diferenciação entre homens e mulheres é representada no gráfico infra.

Gráfico 8: Proporção de Inscritos por Diagnóstico Ativo



Fonte: Elaborado pela autora, adaptado de INE (2021), ARS (2020)

A Tabela 6 regista um aumento global na taxa bruta de mortalidade, tanto a nível nacional como na AID da ULS (12,4‰), ficando acima (+0,3%) do registado para o Continente (12,1‰), no ano de 2020.

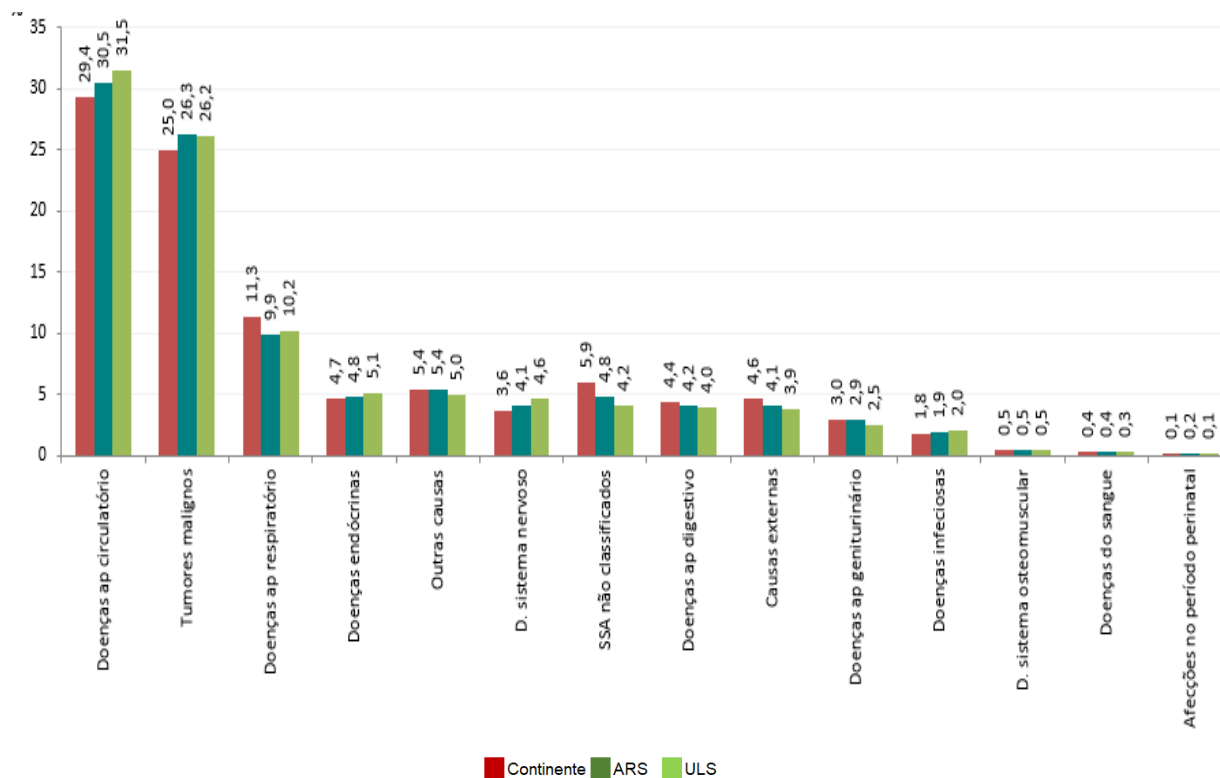
Tabela 6: Evolução da Taxa Bruta de Mortalidade (/1000 habitantes)

Local de Residência	2002	2007	2012	2020
Continente	10,2	9,9	10,3	12,1
ARS	10,3	9,8	10,0	11,5
ULS	9,8	9,6	9,4	12,4

Fonte: Elaborado pela autora, adaptado do INE 2021

As duas principais causas de morte registadas foram as doenças do aparelho circulatório (31,5%, valor acima da ARS e Continente) e os tumores malignos (26,2%, abaixo da ARS, mas acima do valor nacional:25%). Em terceiro lugar, mas com alguma distância, as doenças respiratórias contribuíram em 10,2% para os óbitos ocorridos.

Gráfico 9: Taxa de Mortalidade por Grandes Grupos de Causas de Morte



Fonte: Elaborado pela Autora, adaptado de ARS (2020)

De referir que os tumores malignos mais prevalentes na população podem ser classificados de diversas maneiras, incluindo por localização anatómica ou por tipo histológico. A tabela 7 descreve as neoplasias mais frequentes registadas na AID da ULS.

Tabela 7: Proporção de inscritos – Neoplasias

Diagnóstico ativo	Continente			ARS			ULS		
	HM	H	M	HM	H	M	HM	H	M
Neoplasia maligna da mama feminina	1,0	0,0	1,9	1,0	0,0	1,9	1,0	0,0	1,8
Neoplasia maligna da próstata	0,6	1,3	0,0	0,6	1,3	0,0	0,6	1,4	0,0
Neoplasia maligna do cólon e reto	0,6	0,7	0,5	0,6	0,7	0,5	0,5	0,6	0,4
Neoplasia maligna do Colo do útero	0,1	0,0	0,3	0,1	0,0	0,3	0,2	0,0	0,3
Neoplasia maligna do estômago	0,2	0,2	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
Neoplasia maligna do brônquio/pulmão	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1

HM – Homens e Mulheres | H – Homens | M – Mulheres

Fonte: Elaborado pela autora, adaptado de INE (2021), ARS (2020)

3.3. Caracterização das Instituições a Integrar a ULS

A ULS é uma entidade responsável por coordenar e fornecer serviços de saúde numa determinada área geográfica, sendo aqui caracterizada a integração de cuidados fornecidos pelo Agrupamento de Centros de Saúde e por uma Unidade Hospitalar da região.

3.3.1. Agrupamento de Centros de Saúde (ACeS)

O Decreto-Lei nº 28/2008, de 22 de fevereiro, posteriormente alterado pelos decretos-leis nº 81/2009, de 2 de abril, 102/2009, de 11 de maio, 248/2009, de 22 de setembro e 253/2012, de 27 de novembro, criou os Agrupamentos de Centros de Saúde do Serviço Nacional de Saúde, integrando-os na estrutura das Administrações Regionais de Saúde IP, como serviços desconcentrados. Posteriormente, o modelo estabelecido foi alterado tendo como objetivo a sua reorganização.

No ano de 2022, tendo como base o disposto no Decreto-Lei nº 52/2022, de 4 agosto, os Agrupamentos de Centros de Saúde passaram a ter o estatuto de institutos públicos de regime especial, integrados na administração indireta do Estado, dotados de autonomia administrativa e patrimonial e constituídos por centros de saúde.

O ACeS integra 3 centros de saúde e inclui 24 unidades funcionais distribuídas da seguinte forma:

- 3 Unidades de Saúde Familiares (USF) ⁶ modelo A⁷
- 7 Unidades de Saúde Familiares (USF) modelo B⁸
- 10 Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP)
- 1 Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC)
- 1 Unidade de Saúde Pública
- 1 Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP)
- 1 Unidade de Apoio à Gestão.

A sua estrutura orgânica está explanada no organograma representado no Apêndice 2. A Tabela 8 corresponde ao número de profissionais existentes no ACeS e Equivalentes em Tempo Completo (ETC).

⁶ De acordo com Despacho 24101/2007, de 22 de Outubro, a diferenciação entre os modelos de USF, resulta de três dimensões estruturantes; a) O grau de autonomia organizacional; b) A diferenciação do modelo retributivo e de incentivos dos profissionais e c) O modelo de financiamento e respetivo estatuto jurídico.

⁷ As USF modelo A são definidas de acordo com Despacho supracitado como um modelo inicial, correspondente a uma fase de aprendizagem e de aperfeiçoamento do trabalho em equipa de saúde familiar, constituindo um primeiro contributo para o desenvolvimento da prática da contratualização interna.

⁸ As USF modelo B, traduzem-se em USF que transitaram do modelo A, estando identificados os requisitos de maior amadurecimento organizacional e de trabalho efetivo em equipa da saúde familiar, assumindo a equipa um nível de contratualização de desempenho mais exigente.

Tabela 8: Recursos Humanos por Grupo Profissional ACeS

	nº Profissionais	ETC (Equivalente em Tempo Completo)
Pessoal Assistente Operacional	51	51,00
Pessoal Assistente Técnico	133	133,00
Pessoal Dirigente	1	1,00
Pessoal Médico	117	111,95
Pessoal Técnico Superior	11	11,00
Pessoal Técnico Superior de Diagnóstico e	18	18,00
Pessoal Técnico Superior de Saúde	5	5,00
Pessoal de Enfermagem	159	158,50
Pessoal de Informática	2	2,00
Pessoal em formação pré-carreira Médica	58	58,00
Pessoal em formação pré-carreira TSS	1	1,00

Fonte: Elaborado pela Autora, adaptado de ARS (2020)

Os Cuidados de Saúde Primários desempenham um papel central na promoção da saúde e do bem-estar das populações, conforme reconhecido pela OMS. Retratam cuidados abrangentes de todas as necessidades individuais ao longo do ciclo de vida, não se limitando a um conjunto específico de doenças, garantindo cuidados que vão desde a promoção da saúde e a prevenção da doença, até ao tratamento, reabilitação e cuidados paliativos, enfatizando a proximidade e o relacionamento com o utente. A sua eficácia e eficiência são comprovadas na abordagem das principais causas e riscos de doenças, assim como na forma de lidar com os desafios emergentes que irão ameaçar a saúde e bem-estar no futuro.

Tratando-se de cuidados primários de saúde de grande qualidade, podem ser considerados um investimento com mais valias, uma vez que reduzem os encargos totais com a saúde e melhoram a efetividade dos cuidados de saúde, reduzindo os internamentos hospitalares.

O ACeS assegura resposta a uma população de mais de 230.000 utentes que, ao longo dos últimos anos, sofreu um incremento de mais de 9.000 utentes apresentando uma taxa de cobertura por médicos de família de 75%, dispondo das áreas assistenciais identificadas na Tabela 9.

Tabela 9: Áreas Assistenciais do ACeS

Médica	NÃO Médica	Rastreios
Diabetes	Fisioterapia	Cancro Colon Retal
Doenças Respiratórias	Higiene Oral	Cancro Colo do Útero
Hipertensão Arterial	Nutrição	Cancro da Mama
Hipocoagulação	Psicologia	
Planeamento Familiar	Serviço Social	
Saúde de Adultos	Terapia da Fala	
Saúde Materna	Saúde Ambiental	
Saúde Oral		
Saúde Pública		

Fonte: Elaborado pela Autora, adaptado de ARS (2020)

O número total de utentes inscritos ativos tem vindo a aumentar. Relativamente ao número de utentes sem médico de família (sem MF), o número manteve-se em 2020 (correspondiam a 21% dos inscritos)

diminuindo em 2021 (19% dos inscritos), tendo aumentado significativamente em 2022, conforme Tabela 10.

Tabela 10: Total de Inscritos Ativos no ACeS

ACeS	2019	2020	2021	2022
Total de Inscritos	230 522	231 676	229 281	231 356
Inscritos Sem MF	47 437	49 217	44 647	51 527
Peso (%) Sem MF	21%	21%	19%	22%

Fonte: Elaborado pela Autora, adaptado de ARS (2020)

Relativamente à atividade assistencial desenvolvida, no que concerne às **Consultas Realizadas**, verifica-se na Tabela 11 um decréscimo em 2022 face a 2021, registando-se uma recuperação e acréscimo aos valores pré-pandémicos.

Relativamente às consultas efetuadas por outros profissionais, o valor registado em 2022 diminuiu face a 2021 e nota-se que ainda não houve recuperação dos valores registados antes da pandemia.

Tabela 11: Consultas Realizadas no ACeS

Consultas realizadas no ACeS	2019	2020	2021	2022	Variação 2022/2021
Total de Consultas Médicas Realizadas	626 091	624 915	714 874	685 605	-4,09%
Totais consultas outros profissionais	14 762	13 883	13 763	13 383	-2,76%

Fonte: Elaborado pela Autora, adaptado de ARS (2020)

A prestação de cuidados continuados ao domicílio efetuada pelo ACeS, representada na Tabela 12, é realizada pelas suas **Equipas de Cuidados Comunitários Integrados (ECCI)**.

Tabela 12: Atividade assistencial das ECCI do ACeS

Camas 2022	2020			2021			2022		
	nº Utentes	nº utentes integrados ECCI*	nº dias internamento em ECCI	nº Utentes	nº utentes integrados ECCI*	nº dias internamento em ECCI	nº Utentes	nº utentes integrados ECCI*	nº dias internamento em ECCI
125	209	35	26 106	208	43	26 182	168	21	24 601

* com Internamento Hospitalar

Fonte: Elaborado pela Autora, adaptado de ARS (2020)

Desde 2012, a responsabilidade do Estado em matéria de Cuidados Paliativos (CP) é definida pela Lei de Bases dos Cuidados Paliativos (Lei nº 52/2012 de 5 de setembro). Nela são consagrados o direito e o acesso dos cidadãos aos cuidados paliativos, definindo assim a responsabilidade do Estado em matéria de cuidados paliativos e criando a Rede Nacional de Cuidados Paliativos (RNCP).

Desta forma, é garantida a prestação de cuidados paliativos, através de uma rede pública em regime de internamento e ambulatorio, no âmbito do SNS, reforçando progressivamente o investimento em equipamentos e demais recursos materiais e humanos.

A equipa existente faz parte do projeto em articulação com a UH na integração e acompanhamento de crianças com necessidades paliativas em articulação, assistindo no domicílio a agudizações das crianças em seguimento, com o objetivo de evitar admissões ao Serviço de Urgência Pediátrica.

A produção assistencial da **Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos (ECSCP)** revela um aumento nos últimos anos, com acompanhamento de 88 utentes em 2020, 93 utentes em 2021 e no último ano 97 utentes acompanhados pela equipa - 94 adultos e 3 crianças.

A **Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP)** é composta por uma equipa multiprofissional, organizada em núcleos de competências disciplinares – núcleo da Fisioterapia, da Higiene Oral, da Nutrição, da Psicologia, do Serviço Social e da Terapia da Fala. A URAP integra e participa noutras respostas assistenciais como a Consulta de Apoio Intensivo à Cessação Tabágica e a Medicina Dentária, bem como programas e projetos de saúde e / ou comunitários (Cuidados Paliativos, Equipa de Cuidados Continuados Integrados, Equipas Locais de Intervenção Precoce, Equipas para a Prevenção da Violência em Adultos, Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco, etc.).

Os profissionais afetos à URAP articulam-se com todas as Unidades funcionais do ACeS, para uma resposta multiassistencial e de consultoria, promovendo a integração de cuidados em função das necessidades de saúde dos utentes e da população, numa perspetiva de capacitação para a gestão da saúde e autogestão da doença, de prevenção da doença e de promoção e proteção da saúde. A URAP articula-se ainda com vários parceiros da comunidade da área de influência do ACeS (rede social, Comissões de Proteção de Crianças e Jovens (CPCJ), Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS), Agrupamentos de Escolas, equipas de assessoria a Tribunais e Autarquias), bem como com a UH.

A **Unidade de Saúde Pública (USP)** é uma unidade funcional do ACeS, com o objetivo de promover e proteger a saúde, prevenir a doença das pessoas, de grupos específicos ou das comunidades da sua área de influência, promovendo a melhoria do estado de saúde da população da sua área geodemográfica de intervenção, visando a obtenção de ganhos em saúde, através de uma dinâmica promotora de saúde em parceria com a comunidade.

A partir da identificação dos problemas e necessidades de saúde prioritários da população, a USP articula e integra os esforços dos diferentes parceiros para melhoria dos níveis de saúde e bem-estar da comunidade, reforçando uma abordagem intersectorial que releve a importância da saúde em todas as políticas, com compromisso social e incentivando a autogestão da saúde, participando ativamente nas metas a estabelecer e nas estratégias definidas para as alcançar.

Em termos estratégicos, é relevante uma abordagem por determinantes de saúde, uma vez que muitos dos problemas de saúde partilham os mesmos determinantes, possibilitando assim uma intervenção paralela em diferentes problemas de saúde. Esta intervenção holística permite intervir na promoção e proteção da saúde, na prevenção da doença aos diferentes níveis, e tratar a doença.

3.3.2. Unidade Hospitalar, E.P.E.

O Estatuto do SNS, aprovado pelo Decreto-lei n.º 52/2022, de 04 de agosto, consagra que

os hospitais, centros hospitalares, institutos portugueses de oncologia e ULS integrados no setor empresarial do Estado que revestem a natureza de entidades públicas empresariais, doravante designados por estabelecimentos de saúde, E. P. E., são pessoas coletivas de direito público de natureza empresarial integrados na administração indireta do Estado, dotadas de autonomia administrativa, financeira e patrimonial, nos termos do respetivo regime jurídico, constituídas por tempo indeterminado.

Nos termos do artigo 68º do Decreto-lei n.º 52/2022, de 04 de agosto, “são órgãos do estabelecimento de saúde, E. P. E.”:

- a) O conselho de administração;
- b) O conselho fiscal, o revisor oficial de contas ou uma sociedade de revisores oficiais de contas; ou
- c) O fiscal único; e
- d) O conselho consultivo.”

A designação, composição e mandato e competências do Conselho de Administração, do Órgão de fiscalização e do Conselho Consultivo, são os que constam dos artigos 69.º e 71.º, 79.º e 83º, respetivamente, dos mesmos Estatutos.

A UH é tutelada, sectorial e financeiramente, pelos membros do Governo responsáveis pelas áreas da saúde e das finanças, nos termos previstos no artigo 67.º do Decreto-lei n.º 52/2022, de 04 de agosto, estando integrado na ARS, intervindo de acordo com as áreas de influência e redes de referência, cumprindo os contratos programa celebrados, em articulação com as instituições integradas na rede de prestação de cuidados de saúde.

A UH é uma entidade coletiva de natureza empresarial, de direito público e dotada de autonomia administrativa, financeira e patrimonial. O regime jurídico aplicável é o das entidades públicas empresariais e respetivos estatutos, atuando de acordo com a moldura normativa do SNS e nos termos estabelecidos no Regulamento Interno da instituição. A sua estrutura orgânica encontra-se expressa no organograma apresentado no Apêndice 3.

Ao nível da estrutura organizacional, a UH está organizada em Serviços de Ação Médica, de Suporte à Ação Médica, de Apoio Geral e Logística, dispondo para isso de um total de cerca de 2.350 colaboradores, dos quais mais de 80% são efetivos, distribuídos entre dirigentes, médicos, enfermeiros, técnicos superiores, informáticos, técnicos de diagnóstico e terapêutica, assistentes técnicos, assistentes operacionais e outros, todos eles indispensáveis para o correto funcionamento das suas 30 especialidades clínicas.

A UH caracteriza-se pela distribuição por grupo profissional representada na Tabela 13.

Tabela 13: Evolução de Recursos Humanos da UH

Grupo Profissional	2019	2020	2021	2022	Variação 2021-2022	Variação %
Pessoal Dirigente	12	11	11	12	1	9,1%
Administração Hospitalar	5	5	4	4	0	0,0%
Conselho Fiscal	3	3	3	3	0	0,0%
Pessoal em formação pré carreira Médica	135	126	126	131	5	4,0%
Pessoal Médico	251	255	255	262	7	2,7%
Pessoal de Enfermagem	733	785	789	803	14	1,8%
Pessoal Técnico de Diagnóstico e Terapêut	145	155	160	162	2	1,3%
Pessoal Técnico Superior de Saúde	3	3	3	3	0	0,0%
Pessoal Farmacêutico	13	11	11	11	0	0,0%
Pessoal de Informática	7	7	7	7	0	0,0%
Técnicos Superiores	40	43	43	43	0	0,0%
Pessoal Docente	2	2	2	1	-1	-50,0%
Assistente Técnico	196	219	218	214	-4	-1,8%
Assistente Operacional	632	680	713	694	-19	-2,7%
Outros Profissionais	2	1	2	2	0	0,0%
Total	2179	2306	2347	2352	5	0,2%

Fonte: Elaborado pela autora, adaptado da Unidade Hospitalar

A UH presta cuidados de saúde numa área urbana de grande densidade populacional e uma zona rural dispersa que apresenta algumas dificuldades em termos de acessibilidades. Desenvolve a sua atividade numa perspetiva de complementaridade com outras Unidades Hospitalares próximas, em estreita articulação com o ACeS e Unidades Hospitalares de ARS adjacentes.

A UH dispõe de 30 especialidades médicas, cirúrgicas e de diagnóstico, contando com uma lotação de cerca de 372 camas, dispondo de serviços com elevada diferenciação técnica que otimizam os recursos existentes. A atividade desenvolvida no âmbito do internamento pela UH é representada na Tabela 14.

Tabela 14: Indicadores de Atividade de Internamento UH

	2019	2020	2021	2022	Variação% (22/21)
Lotação praticada (excluindo camas de berçário e as existentes em lares de doentes)	378	339	387	372	-3,9%
Total de Doentes Saídos	13 323	11 329	11 754	12 612	7,3%
n.º de Dias Internamento	120 767	109 994	107 569	109 154	1,5%
Demora Média	8,1	8,5	8,8	8,7	-0,01
Tx. Ocupação	84,7%	76,9%	82,1%	86,8%	5,7%
Salas de Bloco Operatório - Cirurgia Convencional	5	5	5	5	0,0%
Salas de Bloco Operatório - Cirurgia Urgente	1	1	1	1	0,0%
n.º Intervenções Convencionais	30 158	2 256	2 071	2 458	18,7%
n.º de Intervenções Urgentes*	1 578	1 301	1 395	1 430	2,5%
Lista de Espera para Cirurgia Convencional	2312	2356	2658	1504	-43,4%

*Com GDH⁹ Médico Ambulatório

Fonte: Elaborado pela autora, adaptado da Unidade Hospitalar

⁹ GDH - Grupos de Diagnósticos Homogêneos - retrata um sistema de classificação de doentes internados em hospitais de agudos que agrupa doentes em grupos clinicamente coerentes e similares do ponto de vista do consumo de recursos. O primeiro objetivo passa pela classificação de doentes em grupos relativamente homogêneos do ponto de vista das características clínicas e do consumo associado de recursos, de forma a possibilitar a identificação de outliers. Constitui desde 1983, a base do financiamento do Medicare norte americano dos doentes internados em hospitais de agudos. A classificação de doentes em GDH em Portugal, generalizou-se e tornou-se obrigatória, sendo as primeiras tabelas de preços de GDH a praticar pelo SNS aprovadas pela Portaria 409/90 de 31 de Maio. Foi precisamente em 1990 que o conceito de casemix obtido através dos GDH foi utilizado pela primeira vez para cálculo do financiamento do internamento dos hospitais do SNS. Presentemente, no que se refere aos Contratos-Programa, as linhas de produção de internamento, ambulatório cirúrgico e parte do ambulatório médico são financiadas na íntegra com base naquele sistema de classificação de doentes representando, em 2009, cerca de 51% do total do financiamento dos hospitais do SNS.
(site ACSS, 2023 <https://www2.acss.min-saude.pt/Default.aspx?TabId=460&language=pt-PT>)

A atividade de **Ambulatório Médico e Cirúrgica** desenvolvida pela UH é representada pela seguinte Tabela 15:

Tabela 15: Indicadores de Atividade de Ambulatório

	2019	2020	2021	2022	Variação % (22/21)
Salas de Bloco Operatório - Cirurgia Ambulatório	2	2	2	2	0,0%
Episódios - GDH Cirúrgicos realizados	7 499	4 805	7 192	9 435	31,2%
Nº de Intervenções cirúrgicas realizadas	14 065	9 803	12 245	15 147	23,7%
Lista de Espera para Cirurgia Ambulatória	4 090	4 824	4 741	4 573	-3,5%
Episódios - GDH Médicos Realizados	1 644	1 245	1 509	1 606	6,4%

Fonte: Elaborado pela autora, adaptado da Unidade Hospitalar

No que concerne à evolução da atividade de **Consulta Externa**, a Tabela 16 demonstra que ao longo do período 2019-2022, excepcionando os anos 2020 e 2021, fortemente caracterizados por um período de adoção de medidas orientadas para dar resposta ao combate da pandemia COVID-19, verifica-se uma tendência crescente no total de consultas realizadas, apesar da diminuição verificada nas consultas não médicas que tendencialmente irão chegar a valores pré pandemia.

Tabela 16: Evolução de Atividade de Consulta Externa

	1ªs Consultas					Subsequentes				
	2019	2020	2021	2022	Variação % (22/21)	2019	2020	2021	2022	Variação % (22/21)
Total Consultas Médicas	75 778	63 946	70 094	77 422	10,5	170 562	150 727	167 826	178 539	6,4
Total Consultas Não Médicas	3 735	2 533	6 983	3 973	-43,1	328 020	295 442	333 048	317 316	-4,7
TOTAL CONSULTAS	79 513	66 479	77 077	81 395	5,6	498 582	446 169	500 874	495 855	-1,0

Fonte: Elaborado pela autora, adaptado da Unidade Hospitalar

O **Serviço de Urgência** da UH corresponde a um Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica desenvolvido em 3 unidades (Urgência Geral, Urgência Pediátrica e Urgência de Ginecologia / Obstetrícia). A evolução da atividade de Urgência na UH, representada na Tabela 17, regista uma variação positiva de 19,2% quando comparando o ano de 2022 com o ano de 2021. O número médio de urgências / dia aumentou igualmente face a 2021, registando uma média diária de 374 urgências no ano de 2022.

Tabela 17: Evolução da Atividade da Urgência

Urgência	2019	2020	2021	2022	Var. Valor	Var. %
Geral	91 956	69 750	74 250	83 089	8 839	11,9
Pediátrica	41 132	22 145	30 332	43 010	12 678	41,8
Obstetrícia/Ginecologia	13 819	10 206	9 842	10 322	480	4,9
Total Atendimentos	146 907	102 101	114 424	136 421	21 997	19,2
Total Atendimentos s/ internamentos	136 272	92 342	103 607	125 070	21 463	20,7
Nº médio de Urgências/dia	403	279	313	374	60	19,2

Fonte: Elaborado pela autora, adaptado da Unidade Hospitalar

A UH desenvolve em espaços próprios e diferenciados a sua atividade de **Hospital de Dia**, salientando-se a unidade de psiquiatria promotora de tratamento dos utentes que necessitam de cuidados diferenciados em saúde mental, através de consultas de enfermagem pós-alta e administração de terapêutica injetável assegurando o princípio de continuidade de tratamento, o que também implica a comunicação e articulação assertiva com todas as estruturas existentes na comunidade que possam promover uma melhoria da qualidade assistencial. Apresenta-se na Tabela 18 a evolução da atividade de Hospital de Dia desde 2019 até ao ano de 2022.

Tabela 18: Evolução da atividade do Hospital de Dia

Hospital Dia	2019	2020	2021	2022	Var. Valor	Var. %	
Hematologia			100	12	-88	-88,0	%
Imuno-Hemoterapia	1 343	1 376	1 409	1 355	-54	-3,8	%
Infecçciologia	159	26	20	85	65	325,0	%
Psiquiatria	8 005	5 987	6 213	6 346	133	2,1	%
Outras	22 710	24 976	28 780	34 529	5 749	20,0	%
Total Sessões	32 217	32 365	36 522	42 327	5 805	15,9	%
Total Doentes	7 965	8 289	9 307	9 702	395	4,2	%
Sessões por doente	4,0	3,9	3,9	4,4	0,4	11,2	%

Fonte: Elaborado pela autora, adaptado da Unidade Hospitalar

As unidades hospitalares têm registado ao longo dos tempos uma evolução no que concerne ao modelo de organização interno, com o objetivo de alcançar maior eficiência. O Decreto-Lei n.º 18/2017, de 10 de fevereiro, consagrou a possibilidade de, por deliberação do conselho de administração, serem criados **Centros de Responsabilidade Integrada** (CRI) "com vista a potenciar os resultados da prestação de cuidados de saúde, melhorar a acessibilidade dos utentes e a qualidade dos serviços prestados, aumentando a produtividade dos recursos aplicados". Os CRI são estruturas orgânicas de gestão intermédia, dependentes dos conselhos de administração e com os quais estabelecem um processo de contratualização interna, através do qual negociam o seu compromisso de desempenho assistencial e económico-financeiro.

Os CRI são constituídos por equipas multidisciplinares que voluntariamente se propõem a aderir a um modelo de organização orientado por objetivos negociados, transparência de processos e responsabilização das partes por um projeto comum, que reconhece e premeia o desempenho coletivo e individual. Deste modo, os CRI pretendem impulsionar a eficiência das instituições de saúde, com o propósito de garantir e respeitar o objetivo da cobertura universal do acesso aos cuidados de saúde, tendencialmente gratuito, e a prestação de serviços de saúde de qualidade (Barros & Santos, 2019; Marques et al., 2019; Oliveira et al., 2020).

Em termos práticos, o CRI é constituído por uma equipa de profissionais de saúde que trabalham em conjunto e que são responsáveis por um conjunto de atividades e serviços. Estas equipas têm um orçamento próprio e uma autonomia na gestão dos recursos, o que lhes permite adaptar as suas práticas e recursos de acordo com as necessidades dos doentes que acompanham (Almeida et al., 2020). Uma das vantagens do CRI é a possibilidade de uma gestão mais eficiente e eficaz dos recursos disponíveis, uma vez que as equipas têm uma maior flexibilidade na alocação desses recursos (Fialho

et al., 2020), contribuindo para a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde, uma vez que as equipas têm uma maior autonomia na tomada de decisões e podem adaptar os seus cuidados às necessidades específicas de cada doente.

Com a criação do CRI de Gastrenterologia, registou-se um incremento da atividade assistencial, em especial nas atividades de rastreio. Relativamente ao CRI de Oftalmologia, este foi criado com uma equipa focada e motivada a diminuir a lista de espera de acesso à primeira consulta e à cirurgia, em especial a da catarata, tendo desta forma sido impulsionada a acessibilidade na UH.

3.4. Posicionamento Estratégico da ULS

A ULS, tendo as suas funções e atribuições fixadas em consonância com as políticas de saúde e planos estratégicos a desenvolver, tem como base a prestação de serviços de saúde de qualidade e acessíveis à população, com aposta na promoção da saúde e na prevenção da doença enquanto prioridade, em harmonização com o previsto no Plano Nacional de Saúde (PNS) 2021-2030, permitindo o alcance, até 2030, de “Saúde Sustentável: de tod@s para tod@s.” Uma população mais saudável é um fator crítico de sucesso para uma sociedade mais produtiva, sustentável e economicamente competitiva (Ministério da Saúde, 2018).

Os Cuidados de Saúde Primários são basilares no SNS. Situam-se na proximidade das populações, desempenhando um papel fundamental na gestão contínua da doença crónica, primeira linha de cuidados na doença aguda, mas também na promoção da saúde e prevenção da doença, com especial relevo nas áreas da Saúde Infantil, Saúde Materna, Planeamento Familiar e Rastreio Oncológico (Ministério da Saúde, 2018).

No que concerne aos cuidados de saúde hospitalares, ao longo das últimas décadas sofreram mudanças impulsionando estes para uma evolução no sentido da ultra diferenciação e especialização, procurando assegurar modelos assistenciais sustentados na evidência científica e na utilização massiva de recursos tecnológicos, contribuindo de forma inequívoca para disponibilizar aos cidadãos respostas sustentadas a episódios de doença aguda ou de descompensação e controlo da doença crónica.

Conscientes do papel estruturante que o SNS desempenha junto da população em termos de criação de valor imaterial proporcionado pelo bem-estar físico, psíquico e social disponibilizado à população, decorrente da competente intervenção dos cuidados de saúde primários e cuidados hospitalares, é ainda necessário colmatar os inúmeros desafios que se deparam perante os cidadãos, comunidade e organizações de prestação de cuidados de saúde.

A conceção tradicional da organização dos cuidados de saúde, assente numa governação que valoriza a autonomia dos níveis primário e hospitalar, com princípios de coordenação voluntária e referenciação burocratizada, desvinculados das reais necessidades dos utentes e inflexíveis nas suas próprias estruturas, tem vindo a ceder diante da evidência demonstrada por modelos que priorizam uma governação sustentada na garantia do *continuum* dos cuidados de saúde ao longo do ciclo de vida dos

cidadãos. Esses modelos enfatizam uma abordagem personalizada, centrada no utente e nas suas necessidades, preocupada com a observação e a mensuração de resultados em saúde.

Com o pressuposto de garantia do *continuum* do processo assistencial, assume-se que “os sistemas de saúde enfrentam novos desafios, com a necessidade de adaptação à transição epidemiológica e às consequências de uma população cada vez mais envelhecida, assim como o aumento dos gastos com saúde e a baixa produtividade dos serviços (Panch et al., 2018).” cit. in OPSS, 2022, p.58.

De igual forma, os fluxos migratórios são frequentemente reconhecidos como um desafio para a saúde pública, enfatizando-se a importância (e a necessidade) de compreender os impactos das migrações na saúde, tanto do ponto de vista dos sistemas de saúde dos países que recebem imigrantes, como na perspetiva das populações imigrantes e não imigrantes residentes nesses contextos (OPSS, 2022).

As doenças não transmissíveis, como as doenças cardiovasculares, a diabetes e o cancro, representam uma carga prevalente de doenças em Portugal. Essas doenças são frequentemente associadas a estilos de vida pouco saudáveis, como dietas inadequadas, sedentarismo e tabagismo, o que evidencia a necessidade de políticas de saúde pública que promovam estilos de vida saudáveis e previnam o desenvolvimento dessas doenças. “Cerca de um terço (30 %) de todas as mortes registadas em Portugal em 2019 podem ser atribuídas a fatores de risco comportamentais, nomeadamente ao tabagismo, aos riscos alimentares, ao consumo de álcool e ao baixo nível de exercício físico” (OCDE, 2021, p.7).

Os desastres climáticos extremos, como ondas de calor, secas e inundações, são impactantes na saúde das populações, em especial as mais vulneráveis. Também a alteração dos ecossistemas naturais por destruição direta de habitats, perda de biodiversidade, tráfico de espécies, intensificação agrícola e pecuária, juntamente com os efeitos amplificadores das mudanças climáticas, aumentam significativamente o risco de surgimento de doenças infecciosas transmissíveis (OPSS, 2022). O ressurgimento de doenças transmissíveis, como tuberculose e hepatite C, representam igualmente um desafio para a saúde pública, estando as mesmas associadas à pobreza, falta de acesso aos serviços de saúde e imigração.

O modo de interação de todos os determinantes sociais influencia fortemente a saúde dos cidadãos (Ministério da Saúde, 2018). A iniquidade socioeconómica é um desafio significativo na área da saúde em termos de acesso aos cuidados de saúde, emprego, habitação e educação, impactando significativamente a saúde das populações mais pobres e marginalizadas. É essencial fortalecer políticas de saúde pública que abordem essas desigualdades, garantindo o acesso equitativo aos cuidados de saúde e aos outros determinantes sociais.

Pese embora o SNS garanta a cobertura universal dos cidadãos, subsistem dificuldades de acesso para alguns grupos da população. Recentemente, foi evidenciado que nem todas as necessidades em saúde foram satisfeitas, devido ao seu custo, distância ou tempos de espera, essencialmente nas pessoas incluídas no quintil de rendimentos mais baixo. (OCDE, 2021)

Mediante o envelhecimento da população, o predomínio de doenças crónicas e a emergente necessidade de assegurar cuidados de qualidade e custo-efetivos, é assumido na literatura o papel primordial e estruturante que os cuidados de saúde primários devem assumir (Ministério da Saúde, 2018).

Em 2019, foram evidenciados resultados positivos obtidos, em específico um melhor acesso aos cuidados de saúde por parte das pessoas que sofrem de doenças crónicas e o alargamento da cobertura de serviços, tais como a saúde mental, a nutrição e a saúde oral (Ministério da Saúde, 2019). No entanto, as doenças crónicas, como doenças cardiovasculares, diabetes e cancro, são cada vez mais prevalentes, o que incrementa a procura por cuidados de saúde.

Atualmente, a esperança média de vida dos portugueses é superior em mais cinco anos do que há 20 anos. Para o efeito, o contributo da melhoria do acesso aos medicamentos para a prevenção, controlo e tratamento de doenças, particularmente doenças infetocontagiosas e cardiovasculares, bem como alguns tipos de cancro, foi crucial.

Vivemos uma era de grandes desafios no setor do medicamento, devido, sobretudo, aos avanços da investigação, que têm disponibilizado tecnologias inovadoras e personalizadas, com ganhos em saúde consideráveis (Ministério da saúde, 2018). No entanto, a inovação medicamentosa e tecnológica traduz-se num aumento dos custos para a organização, nomeadamente quando se trata de novas terapias de alta tecnologia e medicamentos dispendiosos, exigindo o encontro de um equilíbrio entre a necessidade de investir em inovação e a necessidade de manter a sustentabilidade financeira da organização.

A primeira fonte de crescimento da despesa do SNS é com custos em recursos humanos. Entre 2016 e 2021, as despesas têm aumentado de 9.130 para 12.386 milhões de euros, sendo que 42% têm sido causados pelo aumento da despesa com recursos humanos (1.353 milhões), proporção muito superior à aquisição de medicamentos e dispositivos (733 milhões, 23%) (OPSS, 2022).

Já em 2023, com uma despesa total consolidada de quase 15 mil milhões de euros, registou-se um aumento de 1.1 mil milhões face a 2022. A permanente procura de sustentabilidade financeira do SNS e o seu equilíbrio financeiro é um desafio contínuo, onde é exigida uma gestão eficiente e racional dos recursos disponíveis, assim como um investimento em medidas de prevenção e promoção da saúde que menorize a procura elevada por cuidados de saúde especializados.

A captação e fixação de profissionais de saúde no SNS tem sido uma preocupação persistente, sabendo-se que a solução para este problema é de extrema complexidade, com diversos fatores concorrentes. A escassez de recursos humanos mantém-se face às necessidades, apesar do reforço de mais de 30 mil profissionais de saúde, entre março de 2016 e março de 2022. O Relatório Primavera 2022 refere que muitos profissionais emigram ou mudam para o setor privado, já que as condições oferecidas no SNS não são satisfatórias nem atrativas (OPSS, 2022).

As sociedades contemporâneas conduzem a ambientes laborais onde se exige aos profissionais mais compromisso, mais empenho e mais esforço, de forma a atingir a máxima produtividade e excelência.

A conciliação da vida profissional com a vida pessoal é, na maioria das vezes, difícil, conduzindo a desgaste físico e psicossocial (Pozuelo-Carrascosa et al., 2017; Correia, 2018). A resiliência é assim tida como premente nos profissionais de saúde, como garantia de empatia e positivismo, face aos eventos geradores de stress (impulsionadores de angústia, e consequentemente, ansiedade, depressão, *burnout*) (Beckwith, 2016).

A capacitação destes profissionais deve revelar-se no relacionamento interpessoal positivo e respeitador; gestão emocional; compreensão dos sentimentos dos parceiros; desenvolvimento de aptidões de comunicação, onde devem ser reconhecidas como linhas orientadoras, a assertividade, empatia e negociação; demonstração de habilidades para solucionar problemas de forma eficaz e tomar decisões informadas, livres e bem fundamentadas.

As expetativas das pessoas no que concerne à saúde refletem-se na existência de literacia em saúde impulsionadora de uma procura atempada por atendimento de qualidade, acesso devido a serviços de saúde, conhecimento e exigência sobre a saúde e sobre os tratamentos disponíveis. Também em relação ao atendimento em saúde, as expetativas têm vindo a aumentar, empurrando a pessoa a ter maior controle sobre o seu próprio processo de saúde.

Como resposta efetiva ao supramencionado, o posicionamento estratégico a adotar pela ULS, em consonância com o PNS 2021-2030, tem como pressupostos:

- Melhorar o acesso aos cuidados de saúde, assegurando o atempado e devido acesso aos mesmos;
- Promover programas de promoção da saúde, alavancando programas de promoção de atividade física, dieta saudável e prevenção de tabagismo, com o objetivo de amenizar a carga de doenças crónicas, entre outros;
- Minimizar fatores associados de um modo sindémico¹⁰ a questões socioeconómicas, como sejam a pobreza e a sobrepopulação;
- Robustecer ações com o objetivo de diminuir a incidência de doenças, reduzindo a exposição a fatores de risco (programas de vacinação, saúde sexual e reprodutiva, entre outros);
- Estabelecer modelos de rastreabilidade da população ajustados às suas características epidemiológicas e demográficas;
- Melhorar a coordenação entre os serviços de saúde e redes de suporte social, alavancando a satisfação, segurança e confiança dos cidadãos;
- Promover a equidade e a eficiência, com recurso a um sistema de saúde justo e sustentável, mediante implementação de medidas e programas bem estruturados, monitorizados e avaliados, com eficiente distribuição de recursos e serviços;
- Promover um ambiente laboral que proporcione aos profissionais as melhores condições infraestruturais e tecnológicas, de forma a captar e reter recursos humanos;
- Adotar um modelo de gestão focado de forma basilar na análise da alocação de recursos

¹⁰ Processo de interação sinérgica entre duas ou mais doenças desenvolvidas em simultâneo em indivíduos de determinado grupo populacional assinalado por determinadas condições socioeconómicas.

contribuindo para a sustentabilidade do SNS, adoção de modelos de governação clínica promotora de realce do custo / efetivo, responsabilização dos profissionais e autonomização da gestão;

- Fortalecer a responsabilidade e sustentabilidade ambiental, com o propósito de preservação do meio ambiente e recursos naturais, com controlo do consumo de energia, redução da utilização de combustíveis fósseis, tratamento e reciclagem de resíduos e lixo e poupança de água.

No modelo de integração de cuidados apresentado, é fundamental identificar quem deve ser tido em conta na tomada de decisões de gestão estratégica (Vieira, 2021), ou seja, quem são os *stakeholders*. As organizações utilizam a identificação, análise e gestão de *stakeholders* como forma de otimização do seu desempenho, tendo em conta as oportunidades e ameaças do mercado onde se inserem.

Para a implementação de estratégias entre *stakeholders* na saúde, são essenciais os seguintes pontos:

i) a comunicação; ii) a parceria; iii) o foco na visão holística da doença e promoção da saúde (Vieira, 2021).

Desta forma, são tidos como *stakeholders* do SNS todas as pessoas e grupos que direta ou indiretamente se encontram envolvidos ou afetados pelo funcionamento e resultados em saúde, possuidores de diferentes perspetivas e expectativas, nomeadamente utentes, profissionais de saúde, gestores, decisores, entre outros (Santana et al., 2021).

É assim garantida na gestão estratégica toda a envolvência dos intervenientes, alavancando uma gestão mais eficiente numa área de elevada complexidade e em que os recursos são escassos. A análise destes “intervenientes ativos” resulta na capacitação dos mesmos para influenciar a gestão e o futuro da ULS, desempenhando um papel crucial no funcionamento e na evolução do sistema de saúde, considerando as diferentes perspetivas e expectativas de diversos interesses que podem afetar ou ser afetados pelas políticas e decisões tomadas.

O recurso a ferramentas analíticas como a análise PESTEL, a análise SWOT, as 5 forças de Porter, a definição de Missão, Visão e Valores, permitem evidenciar os pontos fortes e fracos, além de identificar oportunidades e ameaças (Almeida, 2022; Maia, 2012; Mesquita et al., 2018).

A elaboração da análise SWOT provê informação para a elaboração do diagnóstico situacional, sendo este precioso como ponto de partida e estratégico para a consciencialização por parte da equipa sobre forças, fraquezas, oportunidades e ameaças com impacto no desempenho da instituição. Este tipo de análise funciona como um instrumento de apoio à gestão. No decorrer da elaboração do presente plano de negócios, foi sistematizada a análise SWOT apresentada no Apêndice 1, refletindo a envolvente interna e externa da ULS, refletindo ainda as várias áreas em que se pretende intervir, bem como as ações e iniciativas concretas que se pretendem implementar para a sua concretização.

Projetando a capacidade de atuação da ULS em termos de criação de valor para a sociedade foi assumida a seguinte Missão, Visão e Valores/Princípios:

Missão

Garantir de forma integrada cuidados de saúde, em consonância com as necessidades da pessoa ao longo do seu ciclo de vida e da população, garantindo o *continuum* do processo assistencial.

Visão

Impulsionar o reconhecimento da ULS pelo valor em saúde que disponibiliza à população e pela excelência dos seus colaboradores, de forma a maximizar os ganhos em saúde com a integração de esforços sustentados entre o setor da saúde e os outros setores da sociedade.

Valores / Princípios

- Transparência
- Solidariedade
- Cooperação
- Qualidade
- Igualdade
- Inovação & Desenvolvimento

3.4.1. Eixos Estratégicos, Ações e Medidas

Pretende-se uma intervenção ativa nas áreas de influência mediante estreita articulação com as instituições integradas na rede de prestação de cuidados de saúde. Este propósito pretende atingir os objetivos estratégicos e operacionais estabelecidos, sendo essencial usufruir das suas vantagens competitivas, com uso criterioso dos recursos disponíveis e aproveitando as oportunidades que o ambiente externo revela.

Da materialização da reflexão estratégica presente neste Plano de Negócios resultou a identificação de cinco “**Eixos Estratégicos**” definidos no Apêndice 4, sendo os mesmos concretizados pela adoção de “**Ações**” e operacionalizados através da implementação de “**Medidas**”, representadas no Apêndice 5.

A concretização dos eixos estratégicos passa pela adoção de ações e a sua operacionalização pela implementação das medidas inerentes a cada ação. O Apêndice 6 tem como precedentes uma análise efetuada a projetos identificados pelas instituições, enquanto promotores de valor em saúde no percurso do utente na futura ULS, pressupostos legais e de financiamento do setor da saúde, explanando os impactos expectáveis de cada medida.

3.5. Projeções Económico-Financeiras

As projeções apresentadas permitem comparar dois cenários, um primeiro onde os resultados apresentados representam a inexistência da integração vertical das instituições, e um outro, onde estão refletidos os resultados obtidos pelas instituições tendo em conta a constituição da ULS.

Os valores apresentados para os primeiros 3 anos de atividade (N+1 a N+3), no cenário de constituição da ULS, resultam das variações relativamente a um cenário base, ou seja, demonstrações de

resultados do ano de 2022 num cenário sem ULS, integrando as variações das diversas medidas / projetos, propostas apresentadas no ponto 3.4.1. Eixos Estratégicos Ações e Medidas, do ponto de vista dos rendimentos e gastos. A valorização dos vários impactos foi estimada tendo como base a evolução do crescimento da área de influência com a constituição da ULS.

Os pressupostos considerados para o cenário ULS encontram-se refletidos ao longo do Apêndice 6, aquando da apresentação e fundamentação dos projetos associados a cada uma das ações, tendo ainda em conta os seguintes aspetos:

- I. As Demonstrações de Resultados obtidas na UH têm como referência os valores resultantes do processo de encerramento do ano contabilístico de N-1 (Ano 2022) e a previsão de resultados estimados para os anos de N+1 a N+3 (Anos 2023-2025).
- II. No âmbito do ACeS, face às especificidades identificadas ao longo do presente plano de negócios, nomeadamente no que concerne ao financiamento e autonomia, foi considerado um resultado líquido nulo.

3.5.1. Evolução dos Rendimentos e Gastos

Considerando as medidas expressas no Apêndice 6, com a criação da ULS é expectável um aumento dos rendimentos. Conforme Tabelas 19 a 21 infra, perspetiva-se um aumento de 4.461.982 €, 10.002.164 € e 15.641.365 € nos anos N+1 a N+3, respetivamente.

Tabela 19: Projeção da evolução dos Rendimentos no Cenário NÃO ULS

(valores em euros)				
Rubricas	Ano N 2022	Cenário Não ULS		
		Ano N+1	Ano N+2	Ano N+3
		2023	2024	2025
<u>RENDIMENTOS</u>				
70 - Impostos, contribuições e taxas	657 496	279 791	293 780	308 469
71 -Vendas	0	0	0	0
72 - Prestações de serviços e concessões	163 755 485	167 598 321	171 403 387	175 517 411
73 - Variação nos Inventários da Produção	0	0	0	0
74 - Trabalhos para a Própria Empresa	0	0	0	0
75 - Transferências e Subsídios Correntes Obtidos	33 701 352	46 995 526	44 752 061	42 255 118
76 - Reversões	408 058	27 215	0	0
77 - Ganhos por Aumento de Justo Valor	0	0	0	0
78 - Outros Rendimentos	2 999 212	1 350 778	1 412 194	1 476 679
79 - Juros, Dividendos e Outros Rendimentos Similares	0	0	0	0
Rendimentos Operacionais	201 521 604	216 251 631	217 861 423	219 557 678
TOTAL DOS RENDIMENTOS	201 521 604	216 251 631	217 861 423	219 557 678

Fonte: Elaborado pela autora

Tabela 20: Projeção da evolução dos Rendimentos Variação Não ULS para ULS

(valores em euros)				
Rubricas	Ano N 2022	Variação Cenário Não ULS para ULS		
		Ano N+1 2023	Ano N+2 2024	Ano N+3 2025
<u>RENDIMENTOS</u>				
70 - Impostos, contribuições e taxas		0	0	0
71 -Vendas		0	0	0
72 - Prestações de serviços e concessões		4 461 982	10 002 164	15 641 365
73 - Variação nos Inventários da Produção		0	0	0
74 - Trabalhos para a Própria Empresa		0	0	0
75 - Transferências e Subsídios Correntes Obtidos		0	0	0
76 - Reversões		0	0	0
77 - Ganhos por Aumento de Justo Valor		0	0	0
78 - Outros Rendimentos		0	0	0
79 - Juros, Dividendos e Outros Rendimentos Similares		0	0	0
Rendimentos Operacionais	0	4 461 982	10 002 164	15 641 365
TOTAL DOS RENDIMENTOS	0	4 461 982	10 002 164	15 641 365

Fonte: Elaborado pela autora

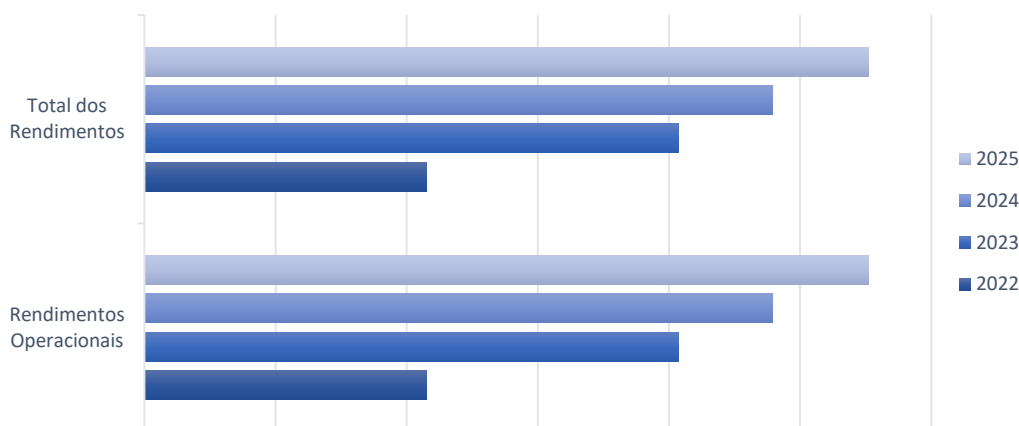
Tabela 21: Projeção da evolução dos Rendimentos no Cenário ULS

(valores em euros)				
Rubricas	Ano N 2022	Cenário ULS		
		Ano N+1 2023	Ano N+2 2024	Ano N+3 2025
<u>RENDIMENTOS</u>				
70 - Impostos, contribuições e taxas	657 496	279 791	293 780	308 469
71 -Vendas	0	0	0	0
72 - Prestações de serviços e concessões	163 755 485	172 060 303	181 405 551	191 158 776
73 - Variação nos Inventários da Produção	0	0	0	0
74 - Trabalhos para a Própria Empresa	0	0	0	0
75 - Transferências e Subsídios Correntes Obtidos	33 701 352	46 995 526	44 752 061	42 255 118
76 - Reversões	408 058	27 215	0	0
77 - Ganhos por Aumento de Justo Valor	0	0	0	0
78 - Outros Rendimentos	2 999 212	1 350 778	1 412 194	1 476 679
79 - Juros, Dividendos e Outros Rendimentos Similares	0	0	0	0
Rendimentos Operacionais	201 521 604	220 713 613	227 863 587	235 199 043
Total dos Rendimentos	201 521 604	220 713 613	227 863 587	235 199 043

Fonte: Elaborado pela autora

De acordo com o verificado no Gráfico 10, regista-se um aumento significativo dos rendimentos a partir do segundo ano, na rubrica de Prestação de Serviços, resultante da criação e dinamização dos Centros de Responsabilidade Integrada (CRI) apresentados no Eixo IV, Ação 1, Medida IV.1.a. - Reforço e Criação de Centros de Responsabilidade.

Gráfico 10: Evolução dos Rendimentos no Cenário ULS



Fonte: Elaborado pela autora

No que concerne à evolução das principais rubricas de Gastos, sustentada no impacto das principais medidas apresentadas no Apêndice 6, estima-se que a criação da ULS promova um incremento dos Gastos totais nos primeiros três anos de atividade no montante de 4.895.610 €, conforme apresentado na Tabela 22 e seguintes na Variação entre Cenário não ULS e Cenário ULS, estando registados os montantes 968.581 €, 2.545.097 € e 1.381.932 € nos anos N+1 a N+3, respetivamente.

Os aumentos registados, devem-se sobretudo ao aumento da rubrica Gastos com o Pessoal, sendo atenuados pela redução dos gastos com Fornecimento e Serviços Externos (FSE), como implementação das medidas apresentadas.

Tabela 22: Projeção da evolução de Gastos Cenário NÃO ULS

(valores em euros)				
Rubricas	Ano N 2022	Cenário Não ULS		
		Ano N+1 2023	Ano N+2 2024	Ano N+3 2025
<u>GASTOS</u>				
60 - Transferências e Subsídios Concedidos	0	0	0	0
61 - Custo das Mercadorias Vendidas e das Matérias Consumidas	49 827 147	49 855 077	51 419 099	52 631 525
62 - Fornecimentos e Serviços Externos	50 012 746	55 014 020	56 778 042	58 614 268
63 - Gastos com o Pessoal	111 186 090	112 575 601	114 097 041	116 533 443
64 - Gastos de Depreciação e de Amortização	4 432 228	4 573 921	4 709 762	4 824 415
65 - Perdas por Imparidade	1 441 193	78 374	78 374	78 374
66 - Perdas por Redução de Justo Valor	0	0	0	0
67 - Provisões do Período	2 149 521	0	0	0
68 - Outros Gastos	1 020 561	1 139 362	1 029 508	825 540
69 - Gastos e Perdas de Financiamento	408 063	515	515	515
Gastos Operacionais	220 069 487	223 236 356	228 111 827	233 507 564
Total dos Gastos	220 477 550	223 236 871	228 112 342	233 508 079

Fonte: Elaborado pela autora

Tabela 23: Projeção da evolução dos Gastos Variação Não ULS para ULS

		(valores em euros)		
Rubricas	Ano N 2022	Variação Cenário Não ULS para ULS		
		Ano N+1 2023	Ano N+2 2024	Ano N+3 2025
<u>GASTOS</u>				
60 - Transferências e Subsídios Concedidos		0	0	0
61 - Custo das Mercadorias Vendidas e das Matérias Consumidas		-468 673	-513 445	342 164
62 - Fornecimentos e Serviços Externos		-2 448	-16 999	-3 155 562
63 - Gastos com o Pessoal		1 381 552	2 859 430	3 935 235
64 - Gastos de Depreciação e de Amortização		58 150	216 111	260 095
65 - Perdas por Imparidade		0	0	0
66 - Perdas por Redução de Justo Valor		0	0	0
67 - Provisões do Período		0	0	0
68 - Outros Gastos		0	0	0
69 - Gastos e Perdas de Financiamento		0	0	0
Gastos Operacionais	0	968 581	2 545 097	1 381 932
Total dos Gastos	0	968 581	2 545 097	1 381 932

Fonte: Elaborado pela autora

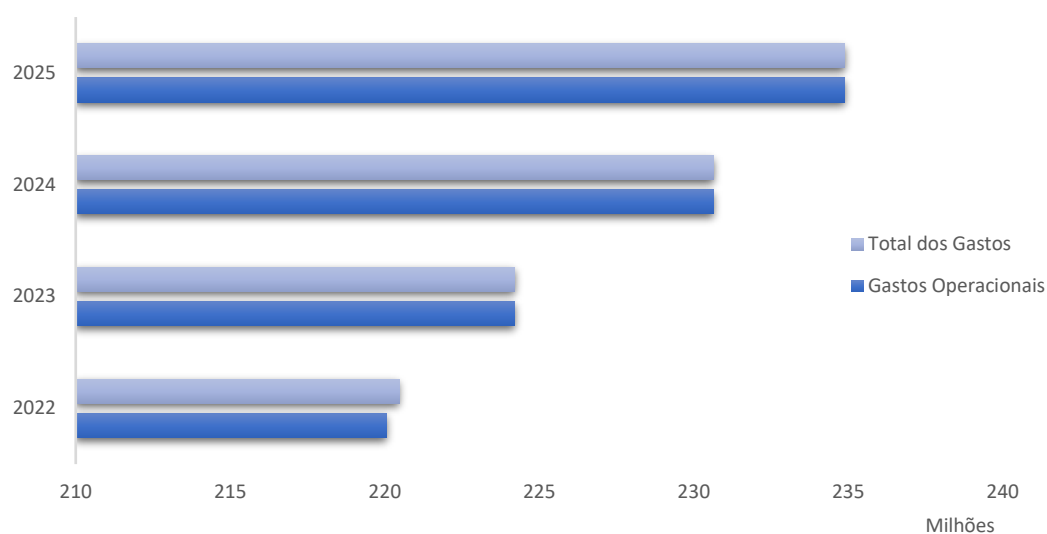
Tabela 24: Projeção da evolução dos Gastos Cenário ULS

Rubricas	Ano N 2022	(valores em euros) Cenário ULS		
		Ano N+1 2023	Ano N+2 2024	Ano N+3 2025
<u>GASTOS</u>				
60 - Transferências e Subsídios Concedidos	0	0	0	0
61 - Custo das Mercadorias Vendidas e das Matérias Consumidas	49 827 147	49 386 404	50 905 654	52 973 689
62 - Fornecimentos e Serviços Externos	50 012 746	55 011 572	56 761 044	55 458 706
63 - Gastos com o Pessoal	111 186 090	113 957 153	116 956 471	120 468 677
64 - Gastos de Depreciação e de Amortização	4 432 228	4 632 071	4 925 873	5 084 510
65 - Perdas por Imparidade	1 441 193	78 374	78 374	78 374
66 - Perdas por Redução de Justo Valor	0	0	0	0
67 - Provisões do Período	2 149 521	0	0	0
68 - Outros Gastos	1 020 561	1 139 362	1 029 508	825 540
69 - Gastos e Perdas de Financiamento	408 063	515	515	515
Gastos Operacionais	220 069 487	224 204 937	230 656 923	234 889 496
Total dos Gastos	220 477 550	224 205 452	230 657 438	234 890 011

Fonte: Elaborado pela autora

Em suma, com a criação da ULS é esperado um acréscimo de Gastos, acompanhando o incremento de Rendimentos anteriormente demonstrado, conforme Gráfico 11.

Gráfico 11: Evolução dos Gastos no Cenário ULS



Fonte: Elaborado pela autora

3.5.2. Demonstração de Resultados e Evolução do EBITDA e dos Resultados

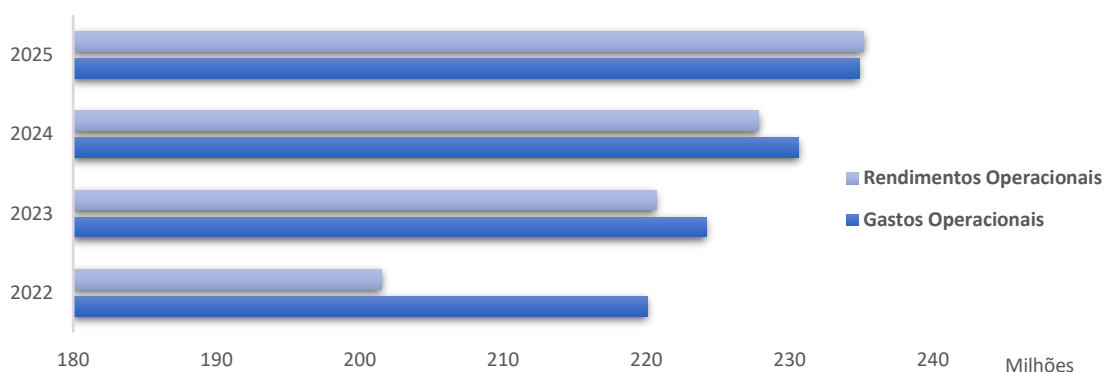
Com base nas estimativas de evolução dos Rendimentos e Gastos apresentados, a Demonstração de Resultados da ULS, apresentada na Tabela 25 e Gráfico 12, permite a análise financeira por parte dos *stakeholders*, no período em análise.

Tabela 25: Demonstração de Resultados ULS

(valores em euros)				
Rubricas	Ano N 2022	Cenário ULS		
		Ano N+1 2023	Ano N+2 2024	Ano N+3 2025
<u>RENDIMENTOS</u>				
70 - Impostos, contribuições e taxas	657 496	279 791	293 780	308 469
71 -Vendas	0	0	0	0
72 - Prestações de serviços e concessões	163 755 485	172 060 303	181 405 551	191 158 776
73 - Variação nos Inventários da Produção	0	0	0	0
74 - Trabalhos para a Própria Empresa	0	0	0	0
75 - Transferências e Subsídios Correntes Obtidos	33 701 352	46 995 526	44 752 061	42 255 118
76 - Reversões	408 058	27 215	0	0
77 - Ganhos por Aumento de Justo Valor	0	0	0	0
78 - Outros Rendimentos	2 999 212	1 350 778	1 412 194	1 476 679
79 - Juros, Dividendos e Outros Rendimentos Similares	0	0	0	0
Rendimentos Operacionais	201 521 604	220 713 613	227 863 587	235 199 043
<u>TOTAL DOS RENDIMENTOS</u>	201 521 604	220 713 613	227 863 587	235 199 043
<u>GASTOS</u>				
60 - Transferências e Subsídios Concedidos	0	0	0	0
61 - Custo das Mercadorias Vendidas e das Matérias Consumidas	49 827 147	49 386 404	50 905 654	52 973 689
62 - Fornecimentos e Serviços Externos	50 012 746	55 011 572	56 761 044	55 458 706
63 - Gastos com o Pessoal	111 186 090	113 957 153	116 956 471	120 468 677
64 - Gastos de Depreciação e de Amortização	4 432 228	4 632 071	4 925 873	5 084 510
65 - Perdas por Imparidade	1 441 193	78 374	78 374	78 374
66 - Perdas por Redução de Justo Valor	0	0	0	0
67 - Provisões do Período	2 149 521	0	0	0
68 - Outros Gastos	1 020 561	1 139 362	1 029 508	825 540
69 - Gastos e Perdas de Financiamento	408 063	515	515	515
Gastos Operacionais	220 069 487	224 204 937	230 656 923	234 889 496
<u>TOTAL DOS GASTOS</u>	220 477 550	224 205 452	230 657 438	234 890 011
812 - Imposto sobre Rendimento do Período				
<u>RESULTADOS</u>				
EBITDA	-14 115 655	1 140 747	2 132 536	5 394 057
Resultados Operacionais	-18 547 883	-3 491 324	-2 793 337	309 547
Resultado Líquido Período	-18 955 945	-3 491 839	-2 793 852	309 032

Fonte: Elaborado pela autora

Gráfico 12: Demonstração de Resultados ULS



Fonte: Elaborado pela autora

De acordo com a Tabela 26, constata-se uma melhoria do EBITDA (*Earnings Before Interest, Taxes, Depreciation and Amortization* ou resultado obtido antes de juros, impostos, depreciação e amortização) e dos resultados obtidos no cenário de criação da ULS, comparativamente ao cenário Não ULS. De referir que são apresentadas no Apêndice 7 as Demonstrações de Resultados do Cenário ULS dos anos N+4 a N+10, sendo ainda apresentado no Apêndice 8 o Impacto Económico gerado com a implementação das medidas previstas na geração da ULS nos anos N+1 a N+3.

Tabela 26: Projeção da Evolução do EBITDA e dos Resultados

(valores em euros)

Rubricas	Ano N 2022	Cenário Não ULS		
		Ano N+1 2023	Ano N+2 2024	Ano N+3 2025
EBITDA	-14 115 655	-2 410 804	-5 540 642	-9 125 472
Resultados Operacionais	-18 547 883	-6 984 724	-10 250 404	-13 949 886
Resultado Líquido Período	-18 955 945	-6 985 239	-10 250 919	-13 950 401

Rubricas	Ano N 2022	Cenário ULS		
		Ano N+1 2023	Ano N+2 2024	Ano N+3 2025
EBITDA	-14 115 655	1 140 747	2 132 536	5 394 057
Resultados Operacionais	-18 547 883	-3 491 324	-2 793 337	309 547
Resultado Líquido Período	-18 955 945	-3 491 839	-2 793 852	309 032

Fonte: Elaborado pela autora

O impacto na melhoria é visível logo no ano n+1, acentuando-se nos dois anos seguintes, atendendo a que as medidas com maior impacto, nomeadamente a criação dos Centros Integrados de Responsabilidade, atingem a plenitude da sua atividade no ano n+3.

Analisando a evolução do EBITDA, prevê-se que, no cenário de criação da ULS, o seu valor atinja os 1.140.747 € no ano n+1, 2.132.536 € no ano n+2 e 5.394.057 € no ano n+3, os quais contrastam com -2.410.804 €, -5.540.642 € e -9.125.472 €, respetivamente, no cenário não ULS.

No que concerne aos Resultados Operacionais e Resultados Líquidos, verifica-se a mesma tendência, constatando-se que, no ano n+3, no cenário ULS, os Resultados Operacionais atingem o montante de 309.547 €, que contrasta com -13.949.886 € no cenário não ULS.

3.5.3. Indicadores de Viabilidade Económico Financeira na ULS

De forma a sustentar a avaliação e atendendo a determinados pressupostos, foram calculados alguns indicadores no cenário de criação da ULS, apresentados no Apêndice 9, sendo os mesmos utilizados para avaliar a viabilidade e a rentabilidade de projetos de investimento, nomeadamente, o Valor Atualizado Líquido (VAL), a Taxa Interna de Rentabilidade (TIR) e o Período de Recuperação do Investimento (PRI).

Os pressupostos considerados passam pela prossecução na geração de *cash-flows* em resultado das medidas enquadradas no plano de negócios; acréscimo de eficiência de 1% a partir do ano n+4 (inclusive), decorrente das medidas incluídas no plano de negócios e inexistência de qualquer efeito da volatilidade do mercado ou de parâmetros do segmento específico em que se insere a ULS.

Decorrente da análise dos indicadores apresentados no supracitado Apêndice, conclui-se pelo interesse e viabilidade da criação da ULS, demonstrando-se o benefício através da viabilidade económica consistente por um período de análise de 10 anos.

3.6. Plano de Investimentos

O Plano de Investimentos, apresentado no Apêndice 10, integra uma estratégia de concretização dos vários objetivos estabelecidos para a ULS, visando principalmente o reforço e desenvolvimento das capacidades operacionais e técnicas diferenciadas, com a finalidade de incrementar a oferta da qualidade e inovação na prestação de cuidados de saúde à população.

O Plano de Investimentos apresenta um valor global de 58.984.163 €, que corresponde aos primeiros cinco anos de atividade da ULS. Se considerarmos somente os três primeiros anos, o valor do Plano de Investimentos para o cenário de criação da ULS, ascende a um total de 49.990.442 €, conforme Tabela 27 infra.

Tabela 27: Evolução de Investimentos

(valores em euros)

Investimentos	Ano N+1 2023	Ano N+2 2024	Ano N+3 2025	Total Acumulado
Projetos UH	17 284 138	16 880 407	11 597 020	45 761 566
Projetos ACeS	1 435 833	901 720	915 848	3 253 401
TOTAL Não ULS	18 719 971	17 782 128	12 512 868	49 014 967
Projetos ULS	458 095	372 535	144 845	975 475
TOTAL ULS	19 178 066	18 154 663	12 657 713	49 990 442

Fonte: Elaborado pela autora

A criação da ULS implica necessariamente a realização de novos investimentos, assim como uma eventual redefinição de outros investimentos já contemplados em sede de Planos de investimento da UH e do ACeS, de modo que seja possível ajustar-se à nova estrutura organizacional.

Conclusões

O presente plano de negócios foi desenvolvido no pressuposto de promover a integração e a proximidade entre as instituições de saúde, possibilitando a uniformização de práticas dos profissionais, capacitando e empoderando a coordenação de cuidados e melhorando a experiência dos utentes e a eficiência do SNS.

De acordo com a lei vigente, Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto, que aprova o Estatuto do Serviço Nacional de Saúde, a ULS passa a assumir a resposta assistencial ao nível dos cuidados de saúde primários e cuidados hospitalares de forma integrada, fornecendo uma abordagem mais holística e centrada no cidadão na prestação de cuidados de saúde.

Pretende a adoção deste modelo, promover uma abordagem coordenada e colaborativa na prestação de cuidados de saúde, qualificando a resposta, com incremento da articulação entre profissionais, com foco na experiência e nos percursos dos utentes nos diferentes níveis de cuidados de saúde, melhorando os resultados e experiências dos utentes, concomitantemente mitigando custos e maximizando o acesso e eficiência dos cuidados prestados.

A ULS resulta da integração da UH com o ACeS. Essa integração permite a melhoria da coordenação entre os diferentes níveis de cuidados de saúde e uma utilização mais eficiente dos recursos disponíveis, possibilitando maximizar a resposta às necessidades das populações e gerar ganhos clínicos, através da melhoria da qualidade dos cuidados prestados, promovendo ganhos em saúde, prevenção de doenças e acompanhamento e proximidade dos utentes, nas diferentes fases dos seus ciclos de vida.

A integração vertical de cuidados de saúde demonstra uma tendência para redução de gastos e aumento de rendimento, o que se traduz numa melhoria dos resultados operacionais, tornando-se esta tendência mais evidente a médio/longo prazo e com a implementação das várias medidas elencadas.

Mediante análise do impacto gerado com os “eixos estratégicos”, as “ações” e as “medidas” apresentadas, conclui-se que a integração de cuidados de saúde promove ganhos nas várias dimensões avaliadas, considerando a dimensão assistencial (resultados em saúde), a dimensão gestonária (eficiência organizacional) e a dimensão económico-financeira (sustentabilidade económico-financeira).

Apesar das vantagens supracitadas ao longo do presente relatório, há que referir que tendo em conta o papel estruturante desempenhado pelos sistemas de saúde junto das pessoas, em termos de criação de valor imaterial, identificar as desvantagens da integração de cuidados de saúde através de um plano de negócios revela alguma complexidade quanto à quantificação de eventuais desvantagens existentes em termos de cultura organizacional, de gestão da mudança e da inovação.

De acordo com a análise económica efetuada, é demonstrada a sustentabilidade económico-financeira do projeto de criação da ULS. Da confrontação da estrutura atual (cenário não ULS) com o projeto de criação da ULS, constata-se uma melhoria com a adoção do modelo de integração vertical de cuidados, uma vez que esta integração far-se-á não só ao nível do utente, mas também ao nível de equipamentos, infraestruturas e recursos humanos.

Perante estes resultados, verifica-se que o cenário que prevê a constituição da ULS estima uma melhoria acumulada do EBITDA nos três primeiros anos. Apesar de não terem sido estimados os impactos nas principais medidas por um período além do ano $n+3$, atendendo aos princípios de eficácia, eficiência e de escala, estima-se que permanecerá a tendência de ganho anual (face ao cenário não ULS) nos anos subsequentes, em níveis semelhantes aos estimados para o ano $n+3$.

Tendo em conta que tanto o VAL como TIR são valores que avaliam a globalidade do investimento, verifica-se a viabilidade económico-financeira do projeto através do VAL positivo obtido de €52 337 587, para uma taxa de desconto de 4%, permitindo a previsão de um *cash-flow* positivo para o investimento, face ao período em análise. Também através da TIR de 16% é percecionada uma viabilidade que justifica o investimento a realizar, conferindo uma margem de 12% face à taxa de desconto utilizada no presente estudo.

O presente plano de negócios vem revelar que, considerando as necessidades de saúde atuais identificadas, a implementação das medidas mencionadas e a criação de uma estrutura como a Unidade Local de Saúde apresenta-se como uma opção promotora de benefícios significativos.

Essas medidas e a criação da Unidade Local de Saúde visam atender e abordar as necessidades específicas de saúde constatadas na comunidade de forma mais eficiente e eficaz, permitindo uma melhor coordenação e integração dos serviços de saúde, facilitando o acesso aos cuidados de saúde, aprimorando a qualidade dos serviços prestados e impulsionando a adoção de uma abordagem mais abrangente e holística para a saúde da comunidade.

Ao estabelecer uma estrutura de saúde local, é possível promover uma maior colaboração entre os diferentes profissionais de saúde, facilitando a troca de conhecimentos e experiências, impulsionando uma melhor coordenação dos cuidados, evitando a duplicação de serviços e garantindo uma prestação de cuidados mais centrada no paciente.

Além disso, a criação de uma Unidade Local de Saúde pode permitir uma alocação mais eficiente dos recursos disponíveis, uma vez que uma gestão centralizada pode identificar e atender melhor às necessidades prioritárias da comunidade. Isso pode levar a uma distribuição mais equitativa dos serviços de saúde, reduzindo as desigualdades e assegurando o acesso a cuidados de qualidade.

Pode-se, assim, concluir que diante das necessidades de saúde atuais, a implementação das medidas mencionadas e a criação de uma estrutura como a Unidade Local de Saúde proporcionam um valor agregado maior, uma vez que é adotada uma abordagem mais integrada, eficiente e centrada na pessoa para a prestação de cuidados de saúde.

Limitações e Investigações Futuras

De acordo com a literatura, os resultados em saúde em Portugal sofreram melhorias mediante a adoção da integração vertical de cuidados de saúde, no entanto o modelo de financiamento atual demonstra que as unidades locais de saúde não estão a ser corretamente financiadas segundo um modelo de ajustamento pelo risco.

O sistema de financiamento atual baseia-se na capitação ajustada pelo risco, recorrendo predominantemente a indicadores do Instituto Nacional de Estatística para cálculo dos recursos necessários. Contudo, as características específicas de cada população são apenas consideradas em segundo plano.

Assume-se como investigação futura, a análise do financiamento atual das ULS que considera fatores de risco, como idade, sexo e condições de saúde pré-existentes, para determinar a quantidade de recursos alocados *per capita*, não tendo em consideração as características específicas da população, como a prevalência de certas doenças ou os fatores socioeconómicos que podem afetar as necessidades de saúde.

Para que o sistema de financiamento seja eficiente e equitativo, é essencial ter um entendimento abrangente das necessidades de saúde da população, sendo necessária uma análise detalhada das características demográficas, epidemiológicas e socioeconómicas da população, a fim de determinar de forma mais precisa a quantidade de recursos necessários.

Salienta-se a complexidade do sistema de financiamento da saúde, sendo o objetivo principal garantir a existência de recursos disponíveis adequados para fornecer serviços de saúde de qualidade à população, levando em consideração as suas necessidades específicas.

Assim, uma evolução no que concerne à forma de financiamento destas instituições é tida como fulcral para garantia na melhoria dos resultados económico financeiros em consonância com os resultados em saúde demonstrados, sendo necessária a promoção de um novo modelo de financiamento das Unidades Locais de Saúde.

Também no âmbito das ULS, é tida a contratualização vertical como investigação futura a ter em conta, na medida em que os diferentes objetivos tidos nesta contratualização vão de encontro à génese de integração vertical de saúde, na medida em que é pretendido assegurar o acesso a serviços de saúde, mediante promoção e coordenação entre os diversos intervenientes prestadores de serviços de saúde com o propósito de melhoria na qualidade dos cuidados de saúde prestados aos cidadãos, tendo em conta o financiamento da ULS e a garantia futura de sustentabilidade da organização.

Esta contratualização difere da atual na medida em que a atual se encontra segregada de acordo com os diversos prestadores de cuidados de saúde.

No presente relatório, a limitação sentida advém dos dados das entidades apresentados no plano de negócios, na medida em que os mesmos foram transformados em dados fictícios, próximos da realidade em consonância com informação disponibilizada *online*, para efeitos de confidencialidade.

Referências Bibliográficas

- Administração Regional de Saúde.(2020). Plano Regional de Saúde 2018-2020. <https://www.arslvt.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/5/2022/06/PRSLVT - Plano Regional Sa de LVT.pdf>
- IAPMEI (2016). Como elaborar um plano de negócios - Guia explicativo. [https://www.iapmei.pt/getattachment/PRODUTOS-E-SERVICOS/Empreendedorismo-Inovacao/Empreendedorismo/Guias-e-Manuais-de-Apoio/ComoElaborarPlanodeNegocio-\(5\).pdf.aspx?lang=pt-PT](https://www.iapmei.pt/getattachment/PRODUTOS-E-SERVICOS/Empreendedorismo-Inovacao/Empreendedorismo/Guias-e-Manuais-de-Apoio/ComoElaborarPlanodeNegocio-(5).pdf.aspx?lang=pt-PT)
- Almeida, J.S., Ferreira, P.L., & Raposo, V. (2020). Avaliação da Implementação do Centro de Responsabilidade Integrada: Uma Revisão Sistemática. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 38(1), 29-39.
- Almeida, M. D. Q. (2022). *Ferramentas de gestão estratégica nas empresas Portuguesas do E-commerce* [Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Tecnologia e Gestão]. Repositório do Instituto Politécnico de Leiria. <http://hdl.handle.net/10400.8/7195>
- Andrade, A. (2016). A Regulação do Sistema de Saúde Português: Contribuição para um novo paradigma na prestação de cuidados de saúde. *E-Pública: Revista Eletrónica de Direito Público*, 3(3), 201–221. http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2183-184X2016000300010&lang=pt%0Ahttp://www.scielo.mec.pt/pdf/epub/v3n3/v3n3a10.pdf
- André, S. M. M. (2022). *Instituto de Gestão e das Organizações da Saúde* [Dissertação de Mestrado, Instituto Politécnico de Coimbra].Repositório Institucional do Instituto Politécnico de Coimbra. <https://doi.org/http://hdl.handle.net/10400.26/27876>
- Arnaut, A. (2020). *Serviço Nacional de Saúde. SNS 30 anos de Resistência*. (3ªed.). Imprensa da Universidade de Coimbra. <https://doi.org/10.14195/978-989-26-1845-6>
- Assembleia da República. (2019). Lei n.º 95/2019. *Diário da República 1.ª série*, 169 (setembro): 55–66. <https://data.dre.pt/eli/lei/95/2019/09/04/p/dre/pt/html>
- Bacalhau, S. D. A. (2021). *A criação do SNS e o relacionamento do Estado com os privados - o programa cirúrgico SIGIC na região Centro* [Dissertação de Mestrado, Faculdade de Economia de Coimbra]. Repositório Científico da Universidade de Coimbra. <http://hdl.handle.net/10316/94587>
- Barros, P. P. (2019). *Economia da saúde: conceitos e comportamentos* (4ªed). Almedina. <https://books.google.pt/books?id=2Tq1AwAAQBAJ>
- Barros, P. P., & Santos, M. A. (2019). O impacto da implementação do Orçamento do Estado na despesa hospitalar em Portugal. *Revista Portuguesa e Brasileira de Gestão*, 18(1), 1-12.
- Beckwith, H. (2016). Building resilience in health care workers. Imperial College Healthcare. *NHS Trust*,

457–460.

- Butt, F. S., Nawab, S., & Zahid, M. (2018). Organizational Factors and Individual Effectiveness: Moderating Role of Change Management. *Pakistan Journal of Psychological Research*. 33(1) <https://www.prdb.pk/article/organizational-factors-and-individual-effectiveness-moderat-5291>
- Carrapato, P., Correia, P., & Garcia, B. (2019). Governance na saúde: os desafios da operacionalização. *Saúde e Sociedade*, 28(3), 66–79. <https://doi.org/10.1590/s0104-12902019190060>
- Carvalho, B., Rebelo, N., & Pais, L. (2019). *Intervenções para o desenvolvimento de liderança em enfermagem: uma revisão sistemática de literatura*. *Gestin*, 22. 27–40. <http://hdl.handle.net/10174/30339>
- Comissão Europeia. (2022). *A UE em 2021. Relatório geral sobre a atividade da união europeia*. <https://doi.org/https://data.europa.eu/doi/10.2775/308341>
- Conrad, D. A., & Shortell, S. M. (1996). *Integrated health systems: promise and performance*. *Frontiers of Health Services Management*, 13(1), 3–40; discussion 57-8. <https://doi.org/10.1097/01974520-199607000-00002>
- Correia, S. A. (2018). *Resiliência em profissionais de saúde* [Dissertação de mestrado, Escola Superior de Educação]. [https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/25733/1/Resiliencia em PS completo.pdf](https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/25733/1/Resiliencia_em_PS_completo.pdf)
- Coutinho, C. P. (2011). Metodologia da Investigação em Ciências Sociais e Humanas: Teoria e Prática. (167–169). <https://www.interacoes-ismt.com/index.php/revista/article/view/285/291>
- Cruz, M. F. de O. B. (2003). Desenvolvimento de um plano de negócio compacto para uma pme de serviços de engenharia [Dissertação de Mestrado, Escola de Engenharia da Universidade do Minho]. Repositório da Universidade do Minho. <https://hdl.handle.net/1822/889>
- Debie, A., Khatri, R. B., & Assefa, Y. (2022). Successes and challenges of health systems governance towards universal health coverage and global health security: a narrative review and synthesis of the literature. *Health Research Policy and Systems*, 20(1), 50. <https://doi.org/10.1186/s12961-022-00858-7>
- Defarges, P. M. (2022). *La gouvernance*. Presses Universitaires de France.
- Devers, K. J., Shortell, S. M., Gillies, R. R., Anderson, D. A., Mitchell, J. B., & Erickson, K. L. (1994). Implementing organized delivery systems: an integration scorecard. *Health care management review*, 19(3), 7–20.
- Dias, A. A. da C. (2015). *Integração De Cuidados De saúde primários e Hospitalares Em Portugal: Uma avaliação Comparativa Do Modelo De Unidade Local De saúde* [Tese de Doutoramento,

- Universidade de Aveiro]. Repositório da Universidade de Aveiro. <https://ria.ua.pt/handle/10773/15131%0Ahttps://www.proquest.com/dissertations-theses/integração-de-cuidados-saúde-primários-e/docview/2570149649/se-2?accountid=135034>
- Dias, F. M. B. da S. M. (2018). *O Modelo de Financiamento das unidades de saúde verticalmente integradas em Portugal: Desafios e Oportunidades* [Dissertação de Mestrado, Faculdade de Ciências]. Repositório da Universidade de Lisboa. https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/36866/1/ulfc125215_tm_Filipa_Dias.pdf
- Direção-Geral da Saúde. (2013). Plano Nacional de Saúde | Plano Nacional de Saúde 2012-2016. <https://pns.dgs.pt/files/2022/02/PNS-2012-2016-Versao-Completa.pdf>
- Direção-Geral da Saúde. (2022). Plano Nacional de Saúde 2021-2030. Saúde sustentável: de tod@os para tod@s. Direção-Geral da Saúde. https://pns.dgs.pt/files/2022/12/PNS2021-2030_FINAL-para-Edicao.pdf
- Entidade Reguladora da Saúde. (2011). *Estudo sobre a organização e desempenho das Unidades Locais de Saúde: Relatório preliminar I*. https://www.ers.pt/uploads/document/file/5657/Plano_actividades_2015_ERS.pdf
- Entidade Reguladora da Saúde. (2015). *Estudo sobre o Desempenho das Unidades Locais de Saúde*. https://www.ers.pt/uploads/document/file/5657/Plano_actividades_2015_ERS.pdf
- Escoval, A., & Perelman, J. (2022, julho). Investir Em Saúde. <https://www.dn.pt/opiniao/investir-em-saude-15060120.html>
- Ferreira, D. C., Marques, R. C., & Nunes, A. M. (2018). Economies of scope in the health sector: The case of Portuguese hospitals. *European Journal of Operational Research*, 266(2), 716–735. <https://doi.org/10.1016/j.ejor.2017.09.044>
- Ferreira, P. L., & Raposo, V. (2006). A governação em saúde e a utilização de indicadores de satisfação. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 22(3), 285–96. <https://doi.org/10.32385/rpmgf.v22i3.10243>
- Fialho, A.S., Filho, R.O.F., Santana, P.R.B., Silva, G.S., & Santana, L.P. (2020). O Centro de Responsabilidade Integrada na Gestão Hospitalar: Uma Revisão Sistemática. *Revista Brasileira de Gestão e Desenvolvimento Regional*, 16(1), 156-179.
- Figueiredo, A. M. P. (2022). Sustentabilidade financeira do sistema de saúde português: O papel do setor privado [Dissertação de Mestrado em Gestão de Empresas, Repositório Iscte - Instituto Universitário de Lisboa]. <http://hdl.handle.net/10071/27557>
- Freire, A. (2020). *Estratégia: Criação de Valor Sustentável em Negócios Tradicionais e Digitais*. Bertrand Editora.

- Fortin, M.F. (2009). *O Processo de Investigação: Da concepção à realização* (27). Lusodidacta.
- Gava, G. B., & Dias, H. R. (2018). A reforma dos Cuidados de Saúde Primários: êxitos e desafios da experiência portuguesa. *NAU Social*, 9(16). <https://doi.org/10.9771/ns.v9i16.31411>
- Gomes, J. P. M. (2017). Medição da eficiência na Saúde [Tese de Doutoramento, Instituto Superior de Ciências Sociais e Humanas]. Repositório da Universidade da Beira Interior. <http://hdl.handle.net/10400.6/4458>
- Gonçalves, T. A. S. (2022). A adoção de práticas de eHealth ao nível dos profissionais de saúde dos serviços de ambulatório [Dissertação de Mestrado, Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas]. Repositório da Universidade de Lisboa. <https://www.repository.utl.pt/handle/10400.5/23938>
- Gröne, O., Garcia-Barbero, M. (2001). Integrated care: a position paper of the WHO European Office for Integrated Health Care Services. *International Journal of Integrated care*, 1(21).
- Hansen, D., & Mowen, M. (2007). *Cost Management: Accounting and Control* (5ªed). Thomson. https://www.portcity.edu.bd/files/636444804364870777_CostManagementAccounting&Control.pdf
- Harfouche, A. P. de J. (2010). *Opções Políticas em Saúde - Efeitos sobre a Eficiência Hospitalar* [Tese Doutoramento Instituto Superior de Ciências Políticas]. Repositório da Universidade Técnica de Lisboa. <https://www.repository.utl.pt/bitstream/10400.5/6197/1/>
- Instituto Nacional de Estatística (INE). (2021). *Censos 2021*. <https://smi.ine.pt/DocumentacaoMetodologica/Detalhes/1618>
- Instituto Nacional de Estatística (2023) - Estatísticas Demográficas: 2021. Disponível na www: <url:https://www.ine.pt/xurl/pub/13932532>. ISSN 0377-2284. ISBN 978-989-25-0535-0
- Integrated Care Evaluation (2016). The Triple Aim - Rainbow Model For Integrated Care. <https://www.integratedcareevaluation.org/rainbow-model-for-integrated-care/>
- Jordan, H., Rodrigues, J. A., & Neves, J. C. (2021). *O Controlo de Gestão* (11ªed). Áreas Editora.
- Kaplan, R. S., & Norton, D. P. (2001). Transforming the Balanced Scorecard from Performance Measurement to Strategic Management: Part II. *Accounting Horizons*, 15(2), 147–160. <https://doi.org/10.2308/acch.2001.15.2.147>
- Koogan, L. S. (1978). Dicionário Enciclopédico Koogan Larousse Seleções. 1(3). Editora Larousse do Brasil.
- Le Galés, P. (2019). Gouvernance. Dictionnaire des politiques publiques, Presses de Sciences Po, 299 - 308, 9782724625110.

- Lopes, D. S. (2021). *O Serviço Nacional de Saúde: análise comparativa aos programas eleitorais dos partidos políticos com assento parlamentar – 2019*. [Dissertação de Mestrado, Universidade Beira Interior]. Repositório da Universidade da Beira Interior. <https://doi.org/http://hdl.handle.net/10400.6/11496>
- Loureiro, R. J. P. (2015). *Integração Vertical em Saúde* [Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Gestão de Tomar]. Repositório Comum. <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/18510>
- Lucas, P. B. (2020). *Como elaborar um plano de negócios: guia explicativo*. https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/37437/1/Como_Elaborar_Planos_Negocios_EE_2020.pdf
- Magalhães, A. R. dos S. (2015). *A importância dos ACeS na reforma dos cuidados de saúde primários: estudo de caso do ACeS de Gondomar* [Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Tecnologia da Saúde do Porto.] Repositório Científico do Instituto Politécnico do Porto. <http://hdl.handle.net/10400.22/8766>
- Maia, L. A. A. (2012). *Balanced Scorecard : Uma Ferramenta de Gestão no Sector Público Hospitalar* [Dissertação de Mestrado, Faculdade de Medicina da universidade do Porto]. Repositório Aberto da Universidade do Porto. <http://hdl.handle.net/10216/60792>
- Malta, D. C., Sidat, M. M., Feuerwerker, L. C. M., Pinto, P. R., Fresta, M., Hartz, Z. M. A., & Dussault, G. (2019). Formação de recursos humanos em saúde: desafios e oportunidades. *Anais Do Instituto De Higiene E Medicina Tropical*, 18(12), 17–24. <https://doi.org/10.25761/anaisihmt.334>
- Marques, A. F., Pereira, P. B., & Vaz, F. (2019). Governance mechanisms and efficiency of public hospitals: Empirical evidence from Portugal. *Health Policy*, 123(2), 136-143
- Mesquita, C., Santos, J. F., Silva, A. F. da, & Silva, A. M. (2018). Novos modelos de Planeamento e Controlo de Gestão nos Hospitais Públicos Portugueses. *Revista de Gestão Em Sistemas de Saúde*, 7(3), 239. <https://doi.org/10.5585/rgss.v7i3.414>
- Ministério da Saúde. (1999). Decreto-Lei nº 207/99. Diário Da República, 133 (junho): 3258–3264. <https://files.diariodarepublica.pt/1s/1999/06/133a00/32583265.pdf>
- Ministério da Saúde. (2006). Decreto-Lei nº 101/2006 Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. Diário da República, I série-A,109 (junho): 3856–3865. <https://files.diariodarepublica.pt/1s/2006/06/109a00/38563865.pdf>
- Ministério da Saúde. (2017). Decreto-Lei n.º 18/2017. Diário Da República: 1ª Série, 30 (fevereiro), 694–720. <http://data.dre.pt/eli/dec-lei/18/2017/02/10/p/dre/pt/html>

- Ministério da Saúde. (2018). Retrato da Saúde 2018. Diário Da República Eletrónico, 1–40. https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2018/04/RETRATO-DA-SAUDE_2018_compressed.pdf
- Ministério da Saúde. (2023). *Termos-Referencia-Contratualizacao_2023.pdf*. https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/10/Termos-Referencia-Contratualizacao_2023.pdf
- Mintzberg, H. (2018). Managing the Myths of Health Care. In *The Myths of Health Care*. Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-319-53600-2_1
- Miranda da Cruz, J. R., Escanciano, S. R., Casares Marcos, A. B., & Pimentel, M. H. (2022). *Local health units: A vertical integration model of health care*. Revista de Enfermagem Referência, 2022(1), 1–10. <https://doi.org/10.12707/RV21061>
- Miranda, J., Neto, J., Magalhães, J., & Pessoa, V. (2019). Desafios da saúde pública no século XXI. <https://doi.org/https://doi.org/10.25761/anaisihmt.348>
- Nunes, A. (2020). Eficiência e produtividade nas unidades hospitalares em Portugal: análise comparada dos regimes PPP e E.P.E. [Tese de Doutoramento, Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas]. Repositório da Universidade de Lisboa. <https://doi.org/http://hdl.handle.net/10400.5/20096>
- OCDE (2021). Estado da Saúde na UE Portugal Perfil de Saúde do país 2021. OCDE. <https://doi.org/10.1787/ae3016b9-en>
- Observatório Português dos Sistemas de Saúde. (2022). Relatório de primavera 2022. E AGORA? *Escola Nacional de Saúde Pública*. <https://www.opssaude.pt/relatorios/relatorio-de-primavera-2022/>
- Observatório Português dos Sistemas de Saúde. (2003). Relatório de Primavera 2003. Saúde: que rupturas? *Escola Nacional de Saúde Pública*. <https://www.opssaude.pt/relatorios/relatorio-de-primavera-2003/>
- Oliveira, M. D., Nunes, J. A., & Sá, M. J. (2020). Uma análise multicritério da eficiência hospitalar m Portugal. *Revista Portuguesa e Brasileira de Gestão*, 19(1), 51-63.
- Panch, T., Szolovits, P., & Atun, R. (2018). Artificial intelligence, machine learning and health systems. *Journal of Global Health*, 8(2), 1–8. <https://doi.org/10.7189/jogh.08.020303>
- Pereira, A. (2021). *Integração de Cuidados: Experiência e perceção do Cidadão em Portugal* [Dissertação de mestrado, ISCTE - Instituto Universitário de Lisboa]. Repositório do ISCTE. <https://repositorio.iscte-iul.pt/handle/10071/23903>
- Peixoto, C. (2019). *Plano de negócios - A concretização da ideia*. [Dissertação de Mestrado, Instituto Superior de Contabilidade e Administração do Porto]. Repositório Científico do Instituto

- Politécnico do Porto. <http://hdl.handle.net/10400.22/16015>
- Pinto, R. R., Monteiro, M. H., Martins, M. M., & Carvalho, E. R. de. (2021). Qualidade da governança da saúde em Portugal: uma avaliação ao período de intervenção da Troika. *Ciência & Saúde Coletiva*, 26(6), 2225–2241. <https://doi.org/10.1590/1413-81232021266.10672019>
- Pisco, L. (2015). As TIC e a Saúde no Portugal de Hoje. <http://apdsi.pt/wp-content/uploads/prev/020LuisPisco-ARS.pdf>
- Pozuelo-Carrascosa, D. P., Martínez-Vizcaíno, V., Sánchez-López, M., Bartolomé-Gutiérrez, R., Rodríguez-Martín, B., & Notario-Pacheco, B. (2017). Resilience as a mediator between cardiorespiratory fitness and mental health-related quality of life: A cross-sectional study. *Nursing & Health Sciences*. 19(3), 316–321. <https://doi.org/10.1111/nhs.12347>
- Prado, N. M. de B. L., Luan Pereira Campos dos Santos, H., & Oliveira, J. S. (2020). Gestão e governança em saúde. *Revista Gestão & Saúde*, 11(2), 211–227. <https://doi.org/10.26512/gqs.v11i2.29964>
- Presidência do Conselho de Ministros. (2022). Proposta de Lei n.º 24/XV/1.a (julho): 1–47. <https://app.parlamento.pt/webutils/docs/doc.pdf?path=6148523063484d364c793968636d356c6443397a6158526c63793959566b786c5a79394562324e31625756756447397a5357357059326c6864476c325953396d5a446b785a6a4d774d4330785a6a63334c5451324d7a67744f4756684d69316b5a4746694d7a6b35596d55354f544d755a47396a65413d3d&fich=fd91f300-1f77-4638-8ea2-ddab399be993.docx&Inline=true>
- Presidência do Conselho de Ministros. (2022). Decreto-Lei nº 52/2022. *Diário da República*, 1ª Série (agosto): 5–52. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/52-2022-187049881>
- Preker, A. S., Cotlear, D., Kwon, S., Atun, R., & Avila, C. (2021). Universal health care in middleincome countries: Lessons from four countries. *Journal of Global Health*, 11. <https://doi.org/10.7189/JOGH.11.16004>
- Quivy, R., & Campenhoudt, L. Van. (2005). *Manual de Investigação em Ciências Sociais* (2ª ed.). Gradiva.
- Santana, R., & Costa, C. (2008). A integração vertical de cuidados de saúde : aspectos conceptuais e organizacionais. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 29–56. <https://run.unl.pt/handle/10362/19698>
- Santana, R. M. C. (2011). *O financiamento por capitação ajustada pelo risco em contexto de integração vertical de cuidados de saúde: a utilização dos consumos com medicamentos como proxy da carga de doença em ambulatório* [Tese de Doutoramento, Escola Nacional de Saúde Pública]. Repositório da Universidade Nova de Lisboa. <https://run.unl.pt/handle/10362/6049>
- Santana, R., Belo, A., Gaspar, C., Almeida, C., Seringa, J., Papança, M., Santana Coordenação, R., &

- Santos Coordenação Técnica, A. (2021). *Handbook de Integração de Cuidados* (1ª ed. Almedina. <https://www.almedina.net/handbook-de-integracao-de-cuidados-de-saude-1620917689.html>
- Santinha, G. (2020). *Territórios (in)justos na saúde: uma reflexão sobre o conceito de governança territorial na saúde*. <https://doi.org/https://doi.org/10.34624/tpu.v0i2.23710>
- Santos, A. I. de D. M. (2018). *Gestão da mudança na saúde: do planeamento à governança em saúde. Um contributo para a governança local em saúde*. [Tese Doutoramento, Escola Nacional de Saúde Pública]. Repositório da Universidade Nova de Lisboa. <https://catalogo.ensp.unl.pt/cgi-bin/koha/opac-detail.pl?biblionumber=15992>
- Sartor, E. de B., Miguel, I. D., Anjos, C. A. dos, Miguel, O. G., Dias, J. G., & Miguel, M. D. (2022). Emergence and resurgence of infectious diseases: the challenges of health frontiers. *Revista Visão Acadêmica*, 23(3), 43-70. <https://revistas.ufpr.br/academica/article/download/86317/46849>
- Serviço Nacional de Saúde. (2021). *Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados*. (abril 2021). <https://www.sns.gov.pt/sns-saude-mais/cuidados-continuados/>
- Silva, F. M. B. M. D. (2018). *O modelo de financiamento das unidades de saúde verticalmente integradas em Portugal: desafios e oportunidades* [Tese de Mestrado em Matemática Aplicada à Economia e Gestão]. Repositório da Universidade de Lisboa Faculdade de Ciências. <https://doi.org/http://hdl.handle.net/10451/36866>
- Silva, A. H. N. da M. B. da. (2021). *Conceptualização de um centro de responsabilidade integrado para o serviço de ORL do IPO Lisboa* [Dissertação de mestrado, ISCTE - Instituto Universitário de Lisboa]. Repositório do ISCTE. <http://hdl.handle.net/10071/23562>
- Silva, S. F. da, Gaio, M. C., Sanches, S., José, H., Henriques, M. F., & Gouveia, M. J. (2021). Gestão do processo de mudança nas organizações de saúde: revisão narrativa da literatura. *Gestão e Desenvolvimento*, 0(29). <https://doi.org/10.34632/gestaoedesenvolvimento.2021.10227>
- Sousa, J., Barreto, M., Cabral, L., Mendes, F., & Balazeiro, A. (2021). Articulação entre os cuidados de saúde primários e secundários: grau de satisfação dos médicos especialistas e internos de medicina geral e familiar. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 37(5), 408–417. <https://doi.org/10.32385/rpmgf.v37i5.13087>
- Souza, J., Kantorski, L., & Luis, M. (2011). Análise documental e observação participante em saúde mental. *Revista Baiana de Enfermagem*, 5(2), 221–228. <http://bit.ly/24O1XA0>
- Valentijn, P. P. (2015). Rainbow of Chaos: A study into the Theory and Practice of Integrated Primary Care. *International Journal of Integrated Care*, 16(2). <https://doi.org/10.5334/ijic.2465>
- Van der Kolk, B., van Veen-Dirks, P. M. G., & ter Bogt, H. J. (2019). The Impact of Management Control on Employee Motivation and Performance in the Public Sector. *European Accounting Review*,

28(5), 901–928. <https://doi.org/10.1080/09638180.2018.1553728>

- Wong, J., & Skead, K. (2019). Costing universal health coverage. *Bulletin of the World Health Organization*, 97(12), 849–850. <https://doi.org/10.2471/BLT.19.229799>
- World Health Organization [WHO]. (1978). Declaração de alma-ata. *Conferencia Internacional de Cuidados Primários*. <https://bioeticaediplomacia.org/wp-content/uploads/2013/10/alma-ata.pdf>
- World Health Organization. (2000). Health Systems: Improving Performance. In *The World Health Report 2000*. http://www.who.int/whr/2000/en/whr00_en.pdf
- World Health Organization. (2016). Ambulatory care sensitive conditions in Portugal. WHO Regional Office for Europe. <https://doi.org/WHO/EURO:2016-4210-43969-61975>
- World Health Organization. (2021). Cuidados de saúde primários. (april 2021). <https://www.who.int/world-health-day/world-health-day-2019/fact-sheets/details/primary-health-care>
- World Health Organization. (2023). Cobertura universal de saúde (CUS). (october 2023). [https://www.who.int/world-health-day/world-health-day-2019/fact-sheets/details/universal-health-coverage-\(uhc\)](https://www.who.int/world-health-day/world-health-day-2019/fact-sheets/details/universal-health-coverage-(uhc))
- Zorrinho, C., Serrano, A., & Lacerda, P. (2007). *Gerir em complexidade: um novo paradigma da gestão* (2ª ed). Edições Sílabo.

Anexos

Anexo 1: Princípios da Integração de Cuidados

Abrangência	Garantia de cobertura universal de saúde para assegurar que o atendimento e os cuidados sejam abrangentes e adaptados às necessidades e aspirações de saúde em evolução das pessoas e populações.
Equidade	Acessibilidade e disponibilidade de cuidados a toda a população.
Sustentabilidade	Prestação de cuidados de forma eficiente, eficaz contribuindo para o desenvolvimento sustentável.
Coordenação	Prestação de cuidados centrado nas necessidades das pessoas, com devida coordenação entre diferentes provedores e ambientes.
Continuidade	Assegurar a prestação de cuidados de saúde ao longo do ciclo de vida.
Holístico	Centrado no bem-estar físico, socioeconómico, mental e emocional da população.
Prevenção	Prevenção da doença e promoção da saúde com abordagem direta dos determinantes sociais da doença por meio de ações intra e intersectoriais.
Capacitação	Promover a autogestão e responsabilização de cada pessoa pela sua própria saúde.
Objetivo	Com foco na tomada de decisões dos utentes, sobre cuidados de saúde, avaliar os resultados e medição dos mesmos.
Respeito	Pela dignidade humana, pelas circunstâncias sociais e às sensibilidades culturais.
Colaboração	Criação de relacionamentos, colaboração em equipa e práticas colaborativas em diversos níveis de cuidados, incluindo cuidados primários, secundários, terciários e outros setores.
Parcerias	Promoção de parcerias com pessoas e comunidades em nível individual, organizacional e político.
Responsabilização	Dotado de direito e responsabilidades, onde a população espera, exerce e respeita os seus direitos e dos demais.
Governança através de responsabilidades partilhadas	Entre os prestadores de cuidados para a qualidade do atendimento e os resultados de saúde para a população.
Suportado em evidências	Políticas e estratégias baseadas nas melhores evidências, com apoio contínuo ao longo do tempo com recurso a avaliação de metas mensuráveis.
Liderança	Promoção de pensamento sistémico avaliado como um todo.

Fonte: Adaptado de Pereira, (2021, p.25)

Anexo 2: Principais Instituições e Unidades de Saúde do SNS com Foco nos CSP

Agrupamentos de Centros de Saúde (ACeS)	São constituídos por várias unidades que ofertam serviços públicos de saúde para uma determinada área geográfica. Possuem autonomia administrativa, descentralização da respetiva ARS, mas mantêm-se sob o seu poder de direção.
Unidades de Saúde Familiar (USF)	Modelos A, B e C. Compostas por equipas multidisciplinares formadas por médicos de família, enfermeiros e secretários clínicos – estes profissionais além de apresentarem aptidões no serviço administrativo também dominam a terminologia médica e são responsáveis pela comunicação entre usuários e os restantes elementos da equipa.
Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP)	São os anteriores Centros de Saúde. Tem a mesma estrutura das USF, distinguindo-se destas por terem um nível mais baixo de desenvolvimento e dinâmica de equipa, não possuindo autonomia. Dependem do Diretor Executivo e estão vinculadas às normas aprovadas pelo Conselho Clínico em matéria de governança clínica.
Unidades de Saúde Pública (USP)	Unidades que trabalham com a elaboração de informação e planos convenientes à saúde pública da área demográfica onde estão inseridas. Atividades de vigilância epidemiológica, de prevenção, proteção e promoção da saúde são designadas para esta unidade.
Unidades de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP)	Integram, assistentes sociais e psicólogos, fisioterapeutas ocupacionais, entre outros profissionais, que prestam serviços de consultoria assistencial a todas as outras unidades funcionais. Têm como missão, fornecer apoio às demais unidades.
Unidades de Cuidado nas Comunidades (UCC)	Prestam cuidados de saúde e apoio psicológico e social de âmbito domiciliário e comunitário. Atuam junto de grupos mais vulneráveis e de maior risco.

Fonte: Gava & Dias, (2018, p.31)

Apêndices

Apêndice 1: Análise da Envoltente Interna e Externa (SWOT) da ULS

Envoltente Interna	
Forças	Fraquezas
→ ULS constituída a partir de um único ACeS e uma única Unidade Hospitalar, partilhando a mesma área de influência	→ Escassez de recursos humanos
→ Experiência da cultura de proximidade na relação profissional e cidadão da qual a ULS pode beneficiar	→ Limitações de Acessibilidade aos cuidados de saúde, cumprimento dos Tempos Máximos Resposta Garantidos
→ Linhas assistenciais com articulação já consolidadas	→ <i>Burnout</i> dos profissionais com impacto negativo na sua satisfação e desempenho
→ Interesse no fortalecimento da articulação entre o ACeS e a Unidade Hospitalar (Consultadoria; Telemedicina; jornadas e sessões clínicas)	→ Incapacidade financeira para satisfazer as necessidades de investimento
→ Evidência de boas práticas assistenciais e organizacionais que poderão fortalecer o processo de integração	→ Necessidade de investimento para Interoperabilidade dos sistemas de informação
→ Profissionais com cultura implementada de melhoria contínua da qualidade	→ Regimes remuneratórios diferentes
→ Existência de ferramentas <i>Business Intelligence</i> nas organizações	→ Níveis de eficiência heterogêneos entre unidades com atividade similar
→ Boa articulação e Cooperação já existentes entre os profissionais das diferentes unidades intervenientes	
→ Existência de Equipas de proximidade ao cidadão, em ambas as organizações.	
Envoltente Externa	
Oportunidades	Ameaças
→ Revisão do modelo de financiamento com possibilidade de ajuste de custos e proveitos	→ Desconhecimento generalizado do modelo ULS: população e profissionais
→ Reforçar a centralidade do processo assistencial no doente (implementação do Gestor do doente; horizontalização dos cuidados na garantia do seu contínuo)	→ Alterações epidemiológicas e demográficas da população são fonte de pressão em todos os níveis de saúde
→ Alinhamento da liderança entre todos os prestadores de cuidados, simplificando o processo de decisão	→ Dificuldade na captação e retenção de recursos humanos
→ Co-responsabilização do estado de saúde do cidadão entre todos os níveis de cuidados envolvidos.	→ Heterogeneidade da população (população urbana versus rural)
→ Otimização de processos logísticos com ganhos de eficácia operacional e redução de custos de operação	→ Fragilidade dos sistemas de informação em termos de cibersegurança
→ Estímulo para partilha de conhecimentos	→ Necessidades de cobertura da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados e da Rede Nacional de Cuidados Paliativos por satisfazer
→ Possibilidade de financiamento no âmbito dos Fundos Comunitários Europeus (Plano de Recuperação e Resiliência e do Programa Portugal 2030)	→ Dificuldade de harmonização entre políticas em curso: Movimento de integração vertical de cuidados – criação de ULS; Movimento de descentralização de competências na saúde (Decreto-Lei n.º 84-E/2022, de 14 de dezembro)
→ Promoção do envolvimento das organizações da comunidade com intervenção nos determinantes da saúde	→ Elevada percentagem de utentes sem equipa de saúde familiar
→ Adoção de sistemas de melhoria contínua de qualidade, por parte dos profissionais	→ Necessidades na área da saúde mental sem resposta adequada
→ Existência de Equipas de Cuidados Paliativos na Comunidade, em ambas as organizações	
→ Expansão e capacitação da área de MCDT'S pelo aumento da procura	

→Estímulo para a investigação científica pela integração de dados e surgimento de um novo modelo de prestação de cuidados

→Incentivo para a rentabilização de recursos e exploração de sinergias

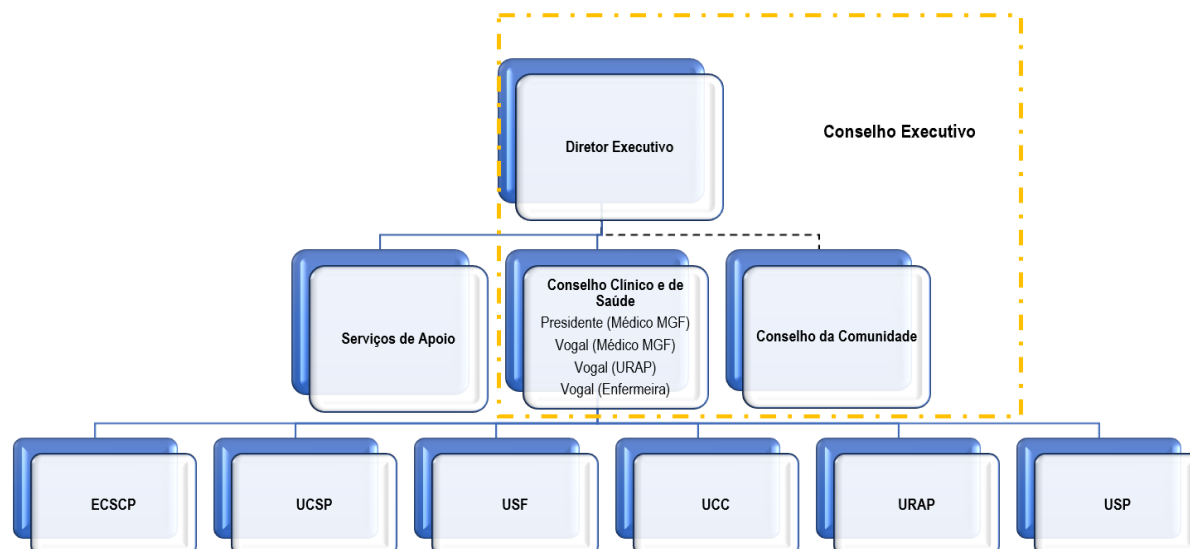
→Melhoria da acessibilidade pela agilização dos processos e clarificação dos procedimentos e critérios

→Robustecimento da capacidade de regulação de fluxos de doentes entre instituições (privilegiando cuidados programados em detrimento de cuidados urgentes)

→Desenvolvimento de um programa de saúde mental de base comunitária

Fonte: Elaborado pela autora

Apêndice 2: Organograma ACeS



ECSCP -Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos

MGF – Medicina Geral e Familiar

UCSP -Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados

USF -Unidades de Saúde Familiares

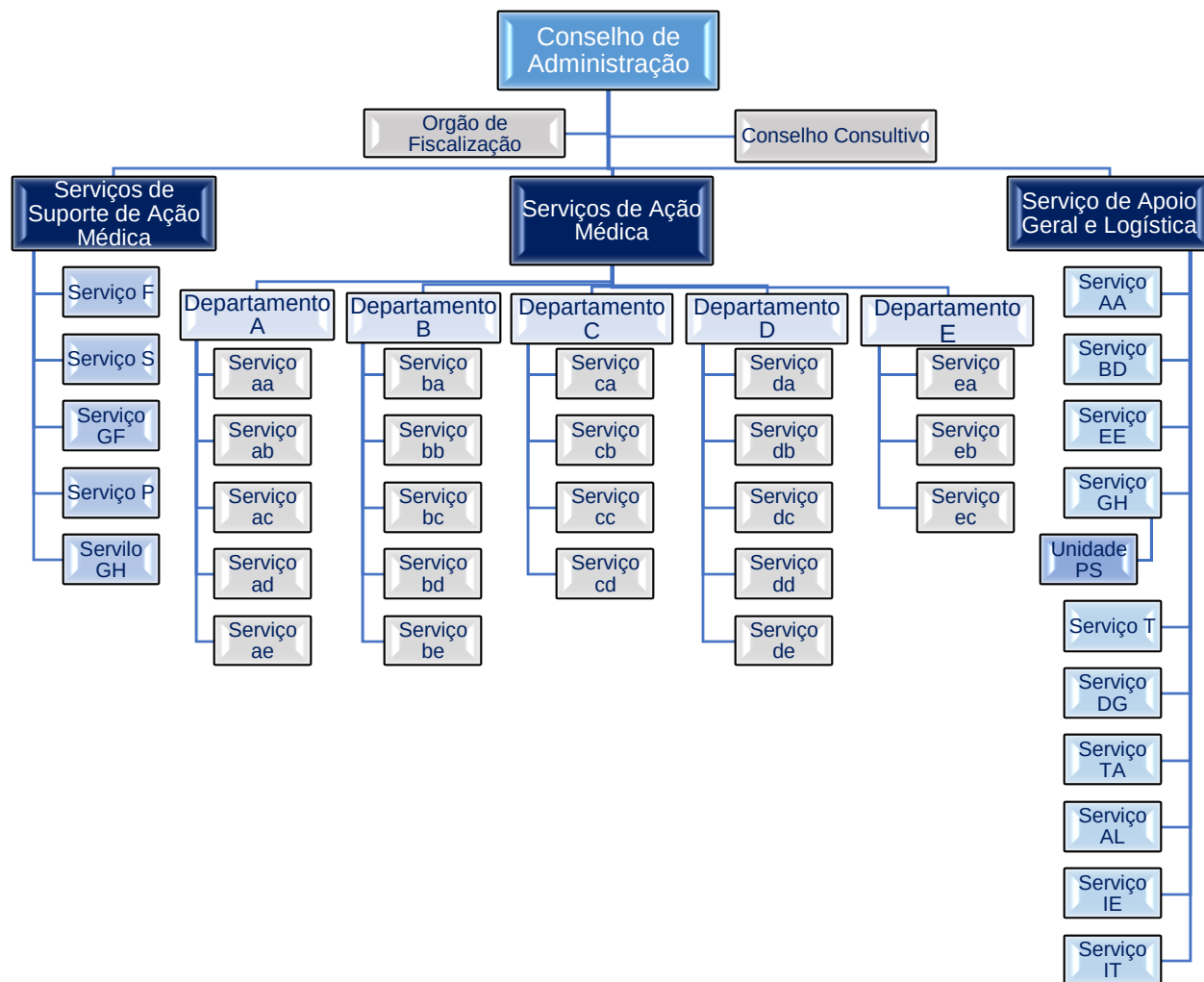
UCC -Unidades de Cuidados na Comunidade

URAP -Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados

USP -Unidade Saúde Pública

Fonte: Elaborado pela autora

Apêndice 3: Organograma Unidade Hospitalar, E.P.E.



Fonte: Elaborado pela autora

Apêndice 4: Definição dos Eixos Estratégicos da ULS

Eixo	Eixo Estratégico	Definição
Eixo I	Promoção da cultura organizacional	Distinguir a satisfação e motivação dos profissionais, fornecendo a organização de atributos que mereçam o seu reconhecimento; promoção da uniformização de processos e ações que criem valor organizacional.
Eixo II	Valorização do percurso assistencial do cidadão	Garantir o acesso aos cuidados de saúde e o <i>continuum</i> do processo assistencial; certificar os cuidados ajustados à condição clínica do utente, em momento oportuno e no local adequado; estimular a utilização racional do sistema de saúde, mediante clarificação e mapeamento do percurso assistencial.
Eixo III	Valorização da governação clínica	Modelar o processo assistencial em torno da visão holística do cidadão; atuar de forma integrativa por parte dos profissionais de saúde, das organizações de saúde e das organizações da comunidade com intervenção nos determinantes em saúde.
Eixo IV	Incremento da eficiência organizacional	Eliminar redundâncias, desperdícios e ineficiências que determinam dispêndio de tempo dos profissionais e consumo de recursos sem retorno mensurável, com a adoção de modelos, processos e ações que gerem valor.
Eixo V	Promoção de ganhos em saúde	Contribuir para os índices de felicidade, qualidade de vida e bem-estar incrementais, melhorando os níveis de saúde do cidadão e da comunidade.

Fonte: Elaborado pela autora

Apêndice 5: Eixos estratégicos, ações e medidas

Eixo	Ação	Medidas
Eixo I_ Promoção da cultura organizacional	Ação 1 – Centralização de Serviços de Apoio Geral e Logística /Suporte à Ação Médica	I.1.a Gestão integrada de serviços de suporte de ação médica na ULS
		I.1.b Gestão documental e criação de processo eletrônico único (utente) integrado
	Ação 2 – Valorização dos profissionais e promoção da marca ULS e melhoria da comunicação interna e externa	I.2.a Criação da imagem corporativa (logotipo, fardamento)
		I.2.b Disponibilização ao utente de canais de comunicação que garanta a acessibilidade (site, portal do utente)
		I.2.c Valorização e Envolvimento dos profissionais
Eixo II_ Valorização do percurso assistencial do cidadão	Ação 1 - Aumentar o Acesso aos cuidados de saúde	II.1.a Melhorar acesso a consultas médicas e de enfermagem nos CSP
		II.1.b Assegurar os tempos máximos de resposta garantidos aos doentes que necessitam de atestados multiusos (taskforce)
	Ação 2 - Resposta Ativa / "Preditiva" à população	II.2.a Elaborar plano individual de cuidados (hiperfrequentadores e criação de figura de gestor de caso)
		II.3.a Reforçar as respostas no âmbito da Telesaúde com os balcões SNS 24 e TeleReabilitação
		II.3.b Reforçar a resposta na saúde mental
Eixo III_ Valorização da governação clínica	Ação 1 – Potenciar a Integração de Cuidados	III.1.a Aumentar o nível de integração de cuidados em projetos de colaboração já existentes
Eixo IV_ Incremento de eficiência organizacional	Ação 1 - Empoderamento Gestão	IV.1.a Reforço e criação de Centros de Responsabilidade Integrada (CRI)
		IV.1.b Contratualização Interna verticalizada
		IV.1.c Internalização e disponibilização de resultados dos MCDT
Eixo V_ Promoção de ganhos em saúde	Ação 1 - Prevenção da doença / Promoção da saúde	V.1.a Implementação de rastreio de base populacional
		V.1.b Criação de Núcleo multidisciplinar Integrado para crianças e jovens em risco

Fonte: Elaborado pela autora

Apêndice 6: Implementação das medidas para ULS

Eixo I - Promoção da cultura organizacional				
Ação 1 – Centralização de Serviços de Apoio Geral e Logística /Suporte à Ação Médica				
Descrição				
A integração de recursos e processos, leva a uma padronização de práticas e procedimentos, com incremento de qualidade e a consistência dos serviços prestados na ULS, rentabilizando recursos e promovendo a exploração de sinergias.				
A centralização dos procedimentos logísticos: de compras, aprovisionamento, transportes, farmácia, etc... podem, gerar economias de escala e consequentes ganhos de eficiência.				
A gestão documental transversal promove a melhoria da eficiência operacional, desmaterialização dos processos e simplificação, traduzindo-se em maior transparência e facilidade de acesso à informação. Esta dimensão permite a uniformidade de procedimentos internos e o estabelecimento de um sistema de referência de valores comuns.				
Medida I.1.a. – Gestão integrada de serviços de suporte de ação médica na ULS				
Medida I.1. b. - Gestão documental e criação de processo eletrônico único (utente) integrado				
Investimentos envolvidos	Ano N+1 2023	Ano N+2 2024	Ano N+3 2025	Total
Medida I.1.a. – Gestão integrada de serviços de suporte de ação médica na ULS				
Alargamento de Softwares de suporte de ação médica aos CSP	18 000 €	98 400 €	25 000 €	141 400 €
Aumento da capacidade de Storage do Datacenter	141 450 €	- €	- €	141 450 €
Equipamentos de Microinformática	- €	- €	- €	- €
Redes Informáticas (Switching)	55 350 €	22 140 €	22 140 €	99 630 €
Beneficiação e Ampliação armazéns geral e farmácia	- €	- €	- €	- €
Medida I.1. b. - Gestão documental e criação de processo eletrônico único (utente) integrado				
Reestruturação do parque de impressão e cópia	49 200 €	43 050 €	12 300 €	104 550 €
Licenciamento de Software	44 315 €	42 895 €	44 815 €	132 025 €
Impacto estimado na Demonstração de Resultados	Ano N+1 2023	Ano N+2 2024	Ano N+3 2025	Total
Medida I.1.a. – Gestão integrada de serviços de suporte de ação médica na ULS				
61 - Custo das mercadorias vendidas e das matérias consumidas (CMVMC)	- 63 663 €	- 164 410 €	- 219 213 €	- 447 286 €
Redução de consumíveis	- 63 663 €	- 164 410 €	- 219 213 €	- 447 286 €
62 - Fornecimentos e serviços externos (FSE)	- 13 164 €	- 13 921 €	- 14 536 €	- 41 620 €
Redução gastos com serviços de manutenção, limpeza, segurança, lavanderia, esterilização, outros	- 18 699 €	- 18 841 €	- 18 841 €	- 56 380 €
Aquisição de Serviços de parametrização de software/ custos de manutenção	5 535 €	4 920 €	4 305 €	14 760 €
63 - Gastos com Pessoal	- €	- €	- €	- €
				- €
				- €
72 - Prestações de Serviço				- €
Impacto no EBITDA	76 827 €	178 330 €	233 749 €	488 906 €
64 - Gastos de Depreciação e de Amortização (Tx Amort 25,00%)	27 600 €	93 531 €	107 399 €	228 529 €
Impacto nos Resultados	49 227 €	84 799 €	126 350 €	260 376 €
Medida I.1. b. - Gestão documental e criação de processo eletrônico único (utente) integrado				
61 - Custo das mercadorias vendidas e das matérias consumidas (CMVMC)	- 40 220 €	- 81 859 €	- 115 693 €	- 237 771 €
Redução de consumíveis (papel, tinteiros, outros)	- 32 604 €	- 65 208 €	- 97 812 €	- 195 623 €
62 - Fornecimentos e serviços externos (FSE)	- 7 616 €	- 16 651 €	- 17 881 €	- 42 148 €
Serviços de Manutenção	9 225 €	8 610 €	7 380 €	25 215 €
Redução de custos de expediente	- 16 841 €	- 25 261 €	- 25 261 €	- 67 363 €
63 - Gastos com Pessoal	- €	- €	- €	- €
				- €
				- €
72 - Prestações de Serviço				- €
Impacto no EBITDA	47 835 €	98 510 €	133 574 €	279 919 €
64 - Gastos de Depreciação e de Amortização (Tx Amort 25,00%)	13 618 €	52 938 €	70 938 €	137 493 €
Impacto nos Resultados	34 217 €	45 572 €	62 636 €	142 426 €
Pressupostos				
Medida I.1.a. - A concentração de processos, permitirá uma redução dos respetivos encargos, estimando-se uma redução no primeiro ano de 10 % e 15% e 20% nos anos seguintes, mediante redução de aquisição de equipamentos de impressão e consumíveis.				
Medida I.1.b. - Com recurso aos parceiros tecnológicos existentes, pretende-se a implementação de solução tecnológica de sistema uniformizado, com intenção de mitigar gastos com consumíveis (papel e outros consumíveis de impressão) em cerca de 15% no 1º ano e mais 15% nos anos seguintes. Assume-se como impactante a implementação de uma solução integrada decorrente da tecnologia já implementada sendo progressivamente alargada, como resposta aos sistemas de informação e dados provenientes dos diferentes níveis de cuidados e áreas de gestão e de decisão clínica.				
Impacto qualitativo				
Medida I.1.a. - A centralização dos demais níveis incrementa o processo logístico originando maior probabilidade de sucesso, simplificando o fluxo de recursos dentro de uma organização. Também a agregação dentro de instituições é uma forma de se atingir objetivos.				
O suporte tecnológico que conectado com o doente permite a incorporação dos dados clínicos (processo clínico), financeiros (custos e proveitos) e administrativos, garante que independentemente do local onde seja realizada a prestação de cuidados de saúde a informação se encontra disponível. Mostra-se também essencial dispor de ferramentas informáticas que suportem e garantam robustez aos processos de contratualização interna e externa permitindo o apurado e permanente monitorização das diversas áreas da ULS com o objetivo de obter ganhos de eficiência e sustentabilidade financeira.				
Medida I.1.b. - Todo um suporte virtual é fulcral para garantir uma coordenação efetiva do trabalho realizado, sendo a informação entendida neste contexto como um dos recursos mais importantes de qualquer organização. (Santana & Costa, 2008). A adoção de um sistema de gestão documental apresenta como principais benefícios a preservação e segurança de informação (dados e/ou documentos), a facilidade de acesso, a melhoria da eficácia dos processos e fluxos de trabalho, bem como a diminuição do uso de papel decorrente da adesão de soluções digitais.				
Esta dimensão permite a uniformidade de procedimentos internos e o estabelecimento de um sistema de referência de valores comuns, salientando-se a premência na precaução na forma de comunicação e a devida eficácia, assumindo que com sistemas de informação eficazes e devidamente seguros a informação pode circular de forma correta (Oliveira, 2021).				

Ação 2 – Valorização dos profissionais e promoção da marca ULS e melhoria da comunicação interna e externa

Descrição

Para promoção da marca institucional, a estratégia a adotar deve estar alinhada com os objetivos da organização e proporcionar confiança junto da comunidade, utentes e profissionais. A estratégia traduz-se na aposta em comunicação integrada, em consonância com a estratégia da transformação digital na saúde do Ministério da Saúde, sendo vista como uma ferramenta de gestão organizacional, alinhando todos os serviços oferecidos pela ULS com a marca e a imagem representativa da instituição.

A valorização e o envolvimento dos profissionais de saúde são fundamentais para garantir a qualidade dos serviços de saúde, promovendo a satisfação, bem - estar e realização pessoal e profissional dos colaboradores. O envolvimento dos profissionais de saúde é fundamental, visto que os seus contributos individuais não são encarados como mais valias se não funcionarem numa lógica conjunta e harmonizada (Ackerman, 1992; Galvin, 1995). É preciso investir nesses aspetos como parte de uma estratégia mais ampla de gestão de recursos humanos em saúde, de forma a tornar o SNS atrativo para captação e fixação de profissionais.

Medida 1.2.a. – Criação da imagem corporativa (logotipo, fardamento)

Medida 1.2. b. - Disponibilização ao utente de canais de comunicação que garanta a acessibilidade (site, portal do utente)

Medida 1.2. c. - Valorização e envolvimento dos profissionais

Investimentos envolvidos	Ano N+1 2023	Ano N+2 2024	Ano N+3 2025	Total
Medida 1.2.a. – Criação da imagem corporativa (logotipo, fardamento)				
Uniformização de Fardamento				- €
Medida 1.2. b. - Disponibilização ao utente de canais de comunicação que garanta a acessibilidade (site, portal do utente)				
Reestruturação de software e licenciamento	43 050 €	43 050 €	30 750 €	116 850 €
Medida 1.2. c. - Valorização e envolvimento dos profissionais				
Sem investimentos envolvidos.				- €

Impacto estimado na Demonstração de Resultados	Ano N+1 2023	Ano N+2 2024	Ano N+3 2025	Total
Medida 1.2.a. – Criação da imagem corporativa (logotipo, fardamento)				
61 - Custo das mercadorias vendidas e das matérias consumidas (CMVMC)	- €	- €	- €	- €
				- €
				- €
62 - Fornecimentos e serviços externos (FSE)	8 144 €	4 072 €	4 072 €	16 288 €
Uniformização de Fardamento	8 144 €	4 072 €	4 072 €	16 288 €
				- €
63 - Gastos com Pessoal	- €	- €	- €	- €
				- €
				- €
72 - Prestações de Serviço				- €
Impacto no EBITDA	- 8 144 €	- 4 072 €	- 4 072 €	- 16 288 €
64 - Gastos de Depreciação e de Amortização	- €	- €	- €	- €
Impacto nos Resultados	- 8 144 €	- 4 072 €	- 4 072 €	- 16 288 €

Medida 1.2. b. - Disponibilização ao utente de canais de comunicação que garanta a acessibilidade (site, portal do utente)				
61 - Custo das mercadorias vendidas e das matérias consumidas (CMVMC)	- €	- €	- €	- €
				- €
				- €
62 - Fornecimentos e serviços externos (FSE)	4 751 €	4 434 €	3 801 €	12 986 €
Serviços de Manutenção	4 751 €	4 434 €	3 801 €	12 986 €
				- €
63 - Gastos com Pessoal	- €	- €	- €	- €
				- €
				- €
72 - Prestações de Serviço				- €
Impacto no EBITDA	- 4 751 €	- 4 434 €	- 3 801 €	- 12 986 €
64 - Gastos de Depreciação e de Amortização (Tx Amort 33,33%)	7 390 €	29 558 €	38 946 €	75 894 €
Impacto nos Resultados	- 12 140 €	- 33 992 €	- 42 747 €	- 88 879 €

Medida 1.2. c. - Valorização e envolvimento dos profissionais				
61 - Custo das mercadorias vendidas e das matérias consumidas (CMVMC)	- €	- €	- €	- €
				- €
				- €
62 - Fornecimentos e serviços externos (FSE)	- €	- €	- €	- €
				- €
				- €
63 - Gastos com Pessoal	- €	- €	- €	- €
				- €
				- €
72 - Prestações de Serviço				- €
Impacto no EBITDA	- €	- €	- €	- €
64 - Gastos de Depreciação e de Amortização	- €	- €	- €	- €
Impacto nos Resultados	- €	- €	- €	- €

Pressupostos

Medida 1.2.a. - Considerando a existência atual de custos associados ao fardamento, no primeiro ano é expectável um incremento de 10%, considerando que este processo será aplicado aos profissionais de *front office* que na atualidade não usam farda e que passarão a usar, concretamente, os Assistentes Técnicos. Relativamente aos profissionais de saúde envolvidos na prestação direta de cuidados, estes na atualidade já utilizam fardas pelo que o processo de uniformização passará apenas por negociar com o fornecedor de fardas a alteração paulatina dos logotipos da organização, podendo os atuais contratos ser objeto de renegociação no final de 2023 com eventual redução de preço por farda tendo em conta o incremento do número de fardas a contratar junto de um único fornecedor, estando os custos dos anos seguintes associados a custos de manutenção.

Medida 1.2.b. - Desenvolvimento de modelo de comunicação para o exterior, uniformização dos canais digitais e robustecimento da comunicação.

Medida 1.2.c. - Perspetiva-se com a implementação desta medida através da implementação de Programa de conciliação entre a vida profissional/pessoal/familiar, a redução de absentismo, reforço do trabalho em equipa, captação e retenção de profissionais, cada vez mais diferenciados, impulsionando o envolvimento dos profissionais na adoção do modelo ULS, promovendo o aumento da produtividade e satisfação profissional.

Salientar a pretensão de elaboração de Plano de formação integral da ULS com programas formativos focados nas necessidades particulares de ambos os níveis de cuidados e nas necessidades transversais de toda a organização; Esta formação integrada constituirá também um elemento de promoção da integração de cuidados e instituição de uma cultura organizacional que privilegie a nova organização - ULS -, potencie o trabalho multidisciplinar e atenuar a abordagem mais sectorizada e própria das unidades hospitalares e unidades de cuidados de saúde primários; Referir ainda a promoção e virtudes da formação Online a disponibilizar a todos os profissionais possibilitando-lhes o acesso à formação sem necessidade de deslocação ou restrita a determinados horários.

Impacto qualitativo

Medida 1.2.a. - A uniformização da marca e a sua identidade, é premente para perceção dos valores, da atividade e do profissionalismo da ULS. O fardamento traduz-se num meio de comunicação representativo da função desempenhada em determinada atividade, pelo profissional na instituição. A promoção do bem-estar na ULS, influencia a melhoria da eficiência repercutindo-se no desempenho dos serviços prestados pela ULS, impulsionando a captação e fixação de profissionais.

Como consequência de um entendimento da Imagem Corporativa como sendo algo muito importante, é a ideia de que a mesma seja geradora de rendimentos futuros (Gomes & Sapiro, 1993).

Os gastos a considerar no que concerne a Material informativo, publicidade e sinalética, encontram-se refletidos no Plano de Atividades e Orçamento nas Instituições a integrar.

Medida 1.2.b. - Disponibilizar suportes comunicacionais uniformes de fácil acesso e utilização, promovendo a promoção da saúde; Desenvolver modelo de comunicação para o exterior; uniformização dos canais digitais e robustecimento da comunicação.

Disponibilização e partilha entre todos os profissionais e o utente, da generalidade da sua informação de saúde produzida e armazenada no SNS e fora dele (Martins, 2017).

Medida 1.2.c. - A conciliação entre a vida profissional e pessoal/familiar, promove a valorização e o envolvimento dos profissionais de saúde pode ter um impacto positivo na conciliação entre a vida profissional, pessoal e familiar dos profissionais, contribuindo para um ambiente de trabalho mais equilibrado, colaborativo e solidário, o que resulta em profissionais mais satisfeitos e realizados, que tendem a ser mais produtivos e eficientes com melhoria do seu desempenho profissional e melhores resultados de saúde. Pretende-se com esta medida, a conciliação dos horários de trabalho no interesse do trabalhador, no sentido de promover o bem estar familiar.

Há ainda sentimento de maior compromisso e lealdade à organização, impulsionando a captação de recursos e a sua fixação na ULS. A existência de índices de felicidade, revelam que os profissionais se sentem valorizados, tornando-se mais criativos e inovadores, e procuram soluções para eventuais problemas e desafios, donde resultam melhorias na qualidade dos serviços prestados, "A Capacitação das pessoas - inteligência distribuída e colaborativa e aprendizagem ao longo da vida, exprime a importância da aprendizagem deliberativa, tendo por base as "verdadeiras" liberdades que as pessoas têm para realizarem o tipo de vida a que dão valor." (APAH, 2021, p.43).

Eixo II - Valorização do percurso assistencial do cidadão

Ação 1 – Aumentar o Acesso aos cuidados de saúde

Descrição

Garantir o acesso aos cuidados de saúde e o *continuum* do processo assistencial; assegurar os cuidados ajustados à condição clínica do utente, em momento oportuno e no local adequado; clarificar e mapear o percurso assistencial disponível estimulando a utilização racional do sistema de saúde. Com esta medida, pretende-se também que qualquer cidadão receba os cuidados de saúde de que necessita no momento adequado da história natural do seu processo com a garantia da qualidade assistencial e de bons resultados.

Medida II.1.a - Melhorar acesso a consultas médicas e de enfermagem nos CSP

Medida II.1.b - Assegurar os tempos máximos de resposta garantidos aos doentes que necessitam de atestados multiusos promovendo equidade e justiça social

Investimentos envolvidos	Ano N+1 2023	Ano N+2 2024	Ano N+3 2025	Total
Medida II.1.a - Melhorar acesso a consultas médicas e de enfermagem nos CSP				
Sem investimentos envolvidos.				- €
Medida II.1.b - Assegurar os tempos máximos de resposta garantidos aos doentes que necessitam de atestados multiusos promovendo equidade e justiça social				
Sem investimentos envolvidos.				- €

Impacto estimado na Demonstração de Resultados	Ano N+1 2023	Ano N+2 2024	Ano N+3 2025	Total
Medida II.1.a - Melhorar acesso a consultas médicas e de enfermagem nos CSP				
61 - Custo das mercadorias vendidas e das matérias consumidas (CMVMC)	- 16 953 €	- 20 343 €	- 23 734 €	- 61 029 €
Redução de consumíveis por menor recurso aos Serviços de Urgência da Unidade Hospi	- 16 953 €	- 20 343 €	- 23 734 €	- 61 029 €
				- €
62 - Fornecimentos e serviços externos (FSE)	- €	- €	- €	- €
				- €
				- €
63 - Gastos com Pessoal	367 207 €	890 983 €	1 403 530 €	2 661 721 €
Contratação de médicos, Enfermeiros e assistentes operacionais	367 207 €	890 983 €	1 403 530 €	2 661 721 €
				- €
72 - Prestações de Serviço	13 133 €	15 914 €	31 616 €	60 662 €
Aumento de consultas de especialidade hospitalar	13 133 €	15 914 €	31 616 €	60 662 €
				- €
Impacto no EBITDA	- 337 122 €	- 854 727 €	- 1 348 181 €	- 2 540 030 €
64 - Gastos de Depreciação e de Amortização				- €
Impacto nos Resultados	- 337 122 €	- 854 727 €	- 1 348 181 €	- 2 540 030 €

Medida II.1.b - Assegurar os tempos máximos de resposta garantidos aos doentes que necessitam de atestados multiusos promovendo equidade e justiça social				
61 - Custo das mercadorias vendidas e das matérias consumidas (CMVMC)	- €	- €	- €	- €
				- €
				- €
62 - Fornecimentos e serviços externos (FSE)	- €	- €	- €	- €
				- €
				- €
63 - Gastos com Pessoal	46 295 €	90 585 €	93 594 €	230 473 €
Pessoal médico e assistentes técnicos (Trabalho Extraordinário)	46 295 €	90 585 €	93 594 €	230 473 €
				- €
72 - Prestações de Serviço	14 566 €	29 417 €	29 702 €	73 685 €
Proveitos	14 566 €	29 417 €	29 702 €	73 685 €
Impacto no EBITDA	- 31 730 €	- 61 168 €	- 63 891 €	- 156 789 €
64 - Gastos de Depreciação e de Amortização				- €
Impacto nos Resultados	- 31 730 €	- 61 168 €	- 63 891 €	- 156 789 €

Pressupostos

Medida II.1.a. - Para o cálculo do impacto económico foram considerados todos os utentes inscritos sem médico de família - situação verificada no final de 2022 pelo ACeS. O cálculo foi realizado com base nas necessidades de 13 médicos e 7 enfermeiros para 2024 e igual para 2025.

Medida II.1.b. - As Juntas Médicas são realizadas nos concelhos englobados pela ULS. Na AID da ULS estão previstas 2 equipas, sendo cada equipa constituída por 3 médicos em simultâneo. Objetiva-se o reforço e alargamento desta atividade.

Impacto qualitativo

Medida II.1.a. - A oportunidade dos utentes sem médico de família, passarem a ter, aumenta a sucessibilidade e melhora os resultados em saúde. A ULS tem como meta diminuir os utentes sem médico, tentando criar condições atrativas para fixar as equipas em projetos desafiantes e permitam o seu desenvolvimento profissional, conciliado com a vida pessoal. Para além disto, havendo maior vigilância e acompanhamento às necessidades de saúde das pessoa, prevê-se uma diminuição de recurso ao serviço de urgência e melhoria de referenciação a consulta de especialidade hospitalar.

Medida II.1.b. - A ação engloba medidas que permitem otimizar recursos e aproveitar sinergias decorrentes da criação da ULS com o objetivo de melhorar efetivamente o acesso ao SNS e de criar condições para uma gestão ativa, integrada e atempada do percurso dos utentes na procura de cuidados de saúde. Nos últimos anos de pandemia por COVID 19 os atestados multiusos deixaram de ser realizados pelas juntas médica dos CSP, pelo que urge recuperar o acesso aqueles. Com a ULS prevê-se a realização de uma *taskforce* para garantir o acesso e o direito aos utentes que dele necessitam, repondo a equidade e justiça social, em cumprimento com lei vigente.

Eixo II - Valorizar o percurso assistencial do cidadão

Ação 2 – Resposta Ativa e "Preditiva" à população

Descrição

Os resultados de vários estudos demonstram haver um impacto significativo da doença na pessoa, família e comunidade pelo que é necessário a ULS criar as condições para que haja uma eficaz preparação da alta hospitalar, em que o foco de intervenção terá de passar pela avaliação das necessidades específicas do doente e do seu cuidador, bem como garantir a sua participação efetiva em todo o processo. Para além disto, revela-se cada vez mais importante o envolvimento do médico de família e as equipas que prestam apoio o domicílio neste processo. Validando que a passagem para o ambulatório e CSP é feita de modo a garantir que não se recorra ao serviço de urgência e se evitem futuros internamentos evitáveis.

Medida II.2.a. - Elaborar plano individual de cuidados (hiperfrequentadores e criação de figura de gestor de caso)

Investimentos envolvidos	Ano N+1 2023	Ano N+2 2024	Ano N+3 2025	Total
Medida II.2.a. - Elaborar plano individual de cuidados (hiperfrequentadores e criação de figura de gestor de caso)				
Sem investimentos envolvidos.				- €

Impacto estimado na Demonstração de Resultados	Ano N+1 2023	Ano N+2 2024	Ano N+3 2025	Total
Medida II.2.a. - Elaborar plano individual de cuidados (hiperfrequentadores e criação de figura de gestor de caso)				
61 - Custo das mercadorias vendidas e das matérias consumidas (CMVMC)	- 96 609 €	- 179 593 €	- 278 680 €	- 554 882 €
Redução de consumíveis por menor recurso ao Serviço Urgência da Unidade Hospitalar (SUG)	- 96 609 €	- 179 593 €	- 278 680 €	- 554 882 €
				- €
62 - Fornecimentos e serviços externos (FSE)	- €	- €	- €	- €
				- €
				- €
63 - Gastos com Pessoal	- €	- €	- €	- €
				- €
				- €
72 - Prestações de Serviço	10 127 €	13 503 €	20 254 €	43 884 €
Proveitos de consultas hospitalares	10 127 €	13 503 €	20 254 €	43 884 €
				- €
Impacto no EBITDA	106 736 €	193 096 €	298 934 €	598 766 €
64 - Gastos de Depreciação e de Amortização				- €
Impacto nos Resultados	106 736 €	193 096 €	298 934 €	598 766 €

Pressupostos

Medida II.2.a. - No ano de 2022, o serviço de urgência tratou 198 hiperfrequentadores (doentes que registaram mais de 10 episódios no Serviço de Urgência (SU), traduzindo-se em 2721 episódios de urgência. A equipa multidisciplinar numa primeira fase irá identificar estes doentes, identificar as patologias, bem como a sua situação clínica, tentando encontrar soluções para cada um destes doentes, com os mesmos e suas famílias e cuidadores. Prevê-se no primeiro ano redução para metade destes, e nos anos posteriores melhoria na identificação dos mesmos, bem como diminuição gradual dos mesmos. Resultando em diminuição da despesa em episódios do SU e aumento de consultas quer dos CSP, quer hospitalares. A principal área identificada é a de saúde mental, com forte componente de necessidades de resposta na comunidade e ao nível social.

Impacto qualitativo

Medida II.2.a. - A criação de um ponto de contacto entre o doente e os serviços de saúde, através da integração coordenada entre os vários níveis de cuidados de saúde e sociais, facilitará a continuidade dos cuidados e irá melhorar o controlo dos doentes complexos. A ULS pretende aferir os doentes hiperfrequentadores com + de 10 episódios de urgência e criar estratégias de resolução da sua situação clínica, envolvendo uma equipa multidisciplinar e a organizações sociais e associações da comunidade. Esta equipa avalia o doente e a família no seu todo, as necessidades de saúde, sociais, económicas, e em conjunto com o doente e a família, estabelece um plano individual de cuidados. O Gestor de Caso é o enfermeiro dos CSP que trabalha integrado na equipa multidisciplinar. Ele é o ponto de contacto do doente e família com o sistema. O Gestor de Caso ensina de forma personalizada o doente e cuidador a identificarem os sinais de alerta da descompensação das suas doenças, a cumprir a medicação, a ter comportamentos saudáveis.

Eixo II - Valorização do percurso assistencial do cidadão

Ação 3 – Potenciar a ambulatorização de cuidados

Descrição

Potenciar as respostas de proximidade, com enfoque no domicílio e na comunidade, fomentando a desinstitucionalização e a ambulatorização dos cuidados, descentralizando competências na área da saúde para as autarquias locais, apostando na tele saúde, sempre que mais adequado, e reforçando a articulação com as restantes estruturas da comunidade e serviços de apoio às populações vulneráveis.

Medida II.3.a - Reforçar as respostas no âmbito da Tele saúde com os balcões SNS 24 e TeleReabilitação

Medida II.3.b - Reforçar a resposta na saúde mental

Investimentos envolvidos	Ano N+1 2023	Ano N+2 2024	Ano N+3 2025	Total
Medida II.3.a - Reforçar as respostas no âmbito da Tele saúde com os balcões SNS 24 e TeleReabilitação				
Sem investimentos envolvidos.				- €
Medida II.3.b - Reforçar a resposta na saúde mental				
Sem investimentos envolvidos.				- €

Impacto estimado na Demonstração de Resultados	Ano N+1 2023	Ano N+2 2024	Ano N+3 2025	Total
Medida II.3.a - Reforçar as respostas no âmbito da Tele saúde com os balcões SNS 24 e TeleReabilitação				
61 - Custo das mercadorias vendidas e das matérias consumidas (CMVMC)	- €	- €	- €	- €
				- €
				- €
62 - Fornecimentos e serviços externos (FSE)	- €	- €	- €	- €
				- €
				- €
63 - Gastos com Pessoal	- €	- €	- €	- €
				- €
				- €
72 - Prestações de Serviço				- €
Impacto no EBITDA	- €	- €	- €	- €
64 - Gastos de Depreciação e de Amortização				- €
Impacto nos Resultados	- €	- €	- €	- €

Medida II.3.b - Reforçar a resposta na saúde mental				
61 - Custo das mercadorias vendidas e das matérias consumidas (CMVMC)	- 11 325 €	- 18 120 €	- 22 651 €	- 52 096 €
Redução de custos com consumíveis	- 11 325 €	- 18 120 €	- 22 651 €	- 52 096 €
				- €
62 - Fornecimentos e serviços externos (FSE)	5 508 €	5 562 €	5 616 €	16 686 €
Renda Viatura	5 508 €	5 562 €	5 616 €	16 686 €
				- €
63 - Gastos com Pessoal	- €	- €	- €	- €
				- €
				- €
72 - Prestações de Serviço	- €	- €	- €	- €
				- €
Impacto no EBITDA	5 817 €	12 558 €	17 035 €	35 410 €
64 - Gastos de Depreciação e de Amortização				- €
Impacto nos Resultados	5 817 €	12 558 €	17 035 €	35 410 €

Pressupostos

Medida II.3.a. - A TeleReabilitação consiste na utilização de meios digitais de comunicação para a realização de intervenção em Fisioterapia de forma remota, seja de modo exclusivo ou como complemento à intervenção presencial. A Fisioterapeuta tem à sua disposição estratégias de intervenção que lhe permitem conduzir este tipo de intervenção de forma segura, com recurso a instrumentos validados e estratégias de intervenção eficazes, nomeadamente ao nível da avaliação, educação relativamente à condição específica de cada paciente, metodologias cognitivo-comportamentais de alteração de comportamentos relacionados com a dor, prescrição de exercício terapêutico e aconselhamento acerca de atividade física. Previmos que se inicie este projeto com 10 mulheres no primeiro ano, duplicando nos anos subsequentes e após definição de critérios de seleção/admissão. Deste modo, também se pretende melhorar a acessibilidade e também diminuir a lista de espera do serviço de medicina e reabilitação.

Medida II.3.b. - Esta medida pressupõe articulação com vários recursos e equipamentos da comunidade, robustecendo-se o projeto existente mas com necessidade de expansão. É esperada melhoria da qualidade dos serviços prestados em saúde mental; diminuição do número de internamentos compulsivos; diminuição do número de dias de internamento; melhoria da qualidade de vida dos doentes com perturbações mentais graves; melhoria da qualidade de vida das famílias dos doentes com doenças mentais graves; melhoria do funcionamento social dos doentes; diminuir o risco social dos indivíduos com anomalia psíquica grave.

Impacto qualitativo

Medida II.3.a. - O balcão SNS24 permitirá melhorar a acessibilidade do cidadão a toda a rede de prestação de serviços do SNS e, também da ULS, independentemente da localização do balcão. Desta forma, é evitada a necessidade de deslocação física do cidadão a uma unidade da ULS, acelerando a interação dos serviços prestados por via digital e a possibilidade de realização de teleconsultas com acréscimo de satisfação do cidadão e menor consumo de recursos na rede da ULS. Promove a literacia digital junto do cidadão por via do apoio assistido na prestação dos serviços públicos digitais.

Medida II.3.b. - O tratamento assertivo comunitário é uma intervenção psicossocial que visa melhorar a saúde mental de pessoas com transtornos mentais persistentes, proporcionando cuidados individualizados em ambiente comunitário. A existência destas equipas pode ajudar a evitar hospitalizações domiciliárias, melhorar a adesão ao tratamento e capacitar as pessoas a lidar com as atividades quotidianas.

Eixo III - Valorização da governação clínica

Ação 1 – Potenciar Integração de Cuidados

Descrição

Esta ação assume um papel fundamental pela garantia que os cidadãos recebem cuidados de saúde coordenados, completos e personalizados, especialmente para aqueles que têm necessidades complexas e crónicas.

A integração de cuidados envolve uma abordagem colaborativa entre os diferentes tipos de cuidados de forma a proporcionar tratamentos e serviços de saúde que atendam às necessidades específicas identificadas no perfil demográfico e de morbilidade da região uma vez que a ULS rege-se-á pelo cumprimento dos vários programas constantes do Plano Nacional de Saúde e do Plano Local de Saúde.

Medida III.1.a. - Aumentar o nível de integração de cuidados em projetos de colaboração já existentes

	Ano N+1 2023	Ano N+2 2024	Ano N+3 2025	Total
Investimentos envolvidos				
Medida III.1.a. - Aumentar o nível de integração de cuidados em projetos de colaboração já existentes				
Sem investimentos envolvidos.				- €

	Ano N+1 2023	Ano N+2 2024	Ano N+3 2025	Total
Impacto estimado na Demonstração de Resultados				
Medida III.1.a. - Aumentar o nível de integração de cuidados em projetos de colaboração já existentes				
61 - Custo das mercadorias vendidas e das matérias consumidas (CMVMC)	- €	- €	- €	- €
				- €
				- €
62 - Fornecimentos e serviços externos (FSE)	- €	- €	- €	- €
				- €
				- €
63 - Gastos com Pessoal	98 709 €	99 676 €	100 644 €	299 029 €
Recursos Humanos (3 nutricionistas e 3 TSDT de Cardiopneumologia)	98 709 €	99 676 €	100 644 €	299 029 €
				- €
72 - Prestações de Serviço				- €
Impacto no EBITDA	- 98 709 €	- 99 676 €	- 100 644 €	- 299 029 €
64 - Gastos de Depreciação e de Amortização				- €
Impacto nos Resultados	- 98 709 €	- 99 676 €	- 100 644 €	- 299 029 €

Pressupostos

Medida III.1.a. - Pretende-se a promoção de vias de articulação entre os CSP e a Unidade Hospitalar na gestão do doente crónico, implementação da consulta de pé diabético e do rastreio da retinopatia diabética em articulação com os cuidados hospitalares de forma a que a mesma seja potenciadora de ganhos em saúde. Em 2022 foram realizados 2033 rastreios de retinopatia diabética nos CSP, numa população de 35 000 mil diabéticos (projeções englobam os subdiagnosticados, cálculo na base da estimativa nacional de proporção de 13% de diabéticos).

Impacto qualitativo

Medida III.1.a. - Potenciar a integração de cuidados é essencial para melhorar a qualidade dos cuidados, reduzir custos em saúde (prevenir internamentos desnecessários, diminuir duplicação de serviços...), aumentar a eficácia do sistema de saúde e aumentar a confiança do cidadão uma vez que este se sente mais informado e envolvido no processo de tomada de decisão.

Eixo IV _ Incremento da eficiência organizacional				
Ação 1 – Empoderamento da Gestão				
Descrição				
Centrar a organização na procura e adoção de modelos, sistemas, processos e ações que criem valor, eliminando redundâncias, desperdícios e ineficiências que determinam ocupação de tempo dos profissionais e consumo de recursos sem retorno mensurável. Pretende-se, pois, potenciar sinergias na integração das atividades e da cultura global, com reforço da governação interna para melhoria do acesso, desempenho e redução do desperdício, bem como a melhoria da satisfação dos profissionais da ULS, através da aposta em modelos de organização diferenciados, rentabilizando a capacidade instalada, com uma gestão inovadora baseada na responsabilização e empoderamento dos profissionais, com foco na qualidade dos serviços prestados e aumento da acessibilidade. A ULS aposta assim no reforço na autonomia e criação de centros de responsabilidade integrados (CRI).				
Medida IV.1.a. - Reforço e criação de Centros de Responsabilidade Integrada (CRI)				
Medida IV.1.b. - Contratualização interna verticalizada				
Medida IV.1.c. - Internalização e disponibilização de resultados dos MCDT				
Investimentos envolvidos	Ano N+1 2023	Ano N+2 2024	Ano N+3 2025	Total
Medida IV.1. a. - Reforço e Criação de Centro Responsabilidade Integrada (CRI)				
CRI Oftalmologia	61 500 €			61 500 €
CRI Gastroenterologia	45 230 €			45 230 €
CRI Cirurgia		123 000 €		123 000 €
CRI Medicina			6 765 €	6 765 €
CRI Urgência Geral			3 075 €	3 075 €
Medida IV.1.b. - Contratualização interna verticalizada				
Sem investimentos envolvidos.				- €
Medida IV.1.c. - Internalização e disponibilização de resultados dos MCDT				
O investimento previsto em SI consta do EIXO I -Medida 1.a.				- €
Impacto estimado na Demonstração de Resultados	Ano N+1 2023	Ano N+2 2024	Ano N+3 2025	Total
Medida IV.1. a. - Reforço e Criação de Centro Responsabilidade Integrada (CRI)				
61 - Custo das mercadorias vendidas e das matérias consumidas (CMVMC)	178 067 €	391 748 €	470 097 €	1 039 912 €
Gasto em consumo clínico	178 067 €	391 748 €	470 097 €	1 039 912 €
				- €
62 - Fornecimentos e serviços externos (FSE)	- €	- €	- €	- €
				- €
63 - Gastos com Pessoal	817 170 €	1 670 804 €	2 022 329 €	4 510 302 €
Centros de Responsabilidade Integrada (contratação de pessoal médico)	92 242 €	75 964 €	108 520 €	276 727 €
Acréscimo com atividade adicional	724 927 €	1 594 840 €	1 913 808 €	4 233 576 €
72 - Prestações de Serviço	4 251 020 €	9 597 538 €	15 060 571 €	28 909 129 €
Consultas	325 650 €	716 430 €	788 073 €	1 830 153 €
GDH ¹ Cirúrgicos Ambulatório	3 777 722 €	8 343 068 €	13 671 682 €	25 792 472 €
GDH Médicos Ambulatório		353 480 €	397 801 €	751 282 €
MCDT (rastreo CCR)	147 648 €	184 559 €	203 015 €	535 222 €
Impacto no EBITDA	3 255 783 €	7 534 986 €	12 568 145 €	23 358 914 €
64 - Gastos de Depreciação e de Amortização (Tx Amort 14,28%)	7 849 €	33 790 €	35 237 €	76 876 €
Impacto nos Resultados	3 247 934 €	7 501 196 €	12 532 909 €	23 282 038 €
Medida IV.1.b. - Contratualização interna verticalizada				
61 - Custo das mercadorias vendidas e das matérias consumidas (CMVMC)	- 23 451 €	- 25 119 €	- 27 631 €	- 76 201 €
Redução gastos de consumíveis (diminuição de custos com episódios de urgência)	- 23 451 €	- 25 119 €	- 27 631 €	- 76 201 €
				- €
62 - Fornecimentos e serviços externos (FSE)	- €	- €	- €	- €
				- €
63 - Gastos com Pessoal	- €	- €	- €	- €
				- €
72 - Prestações de Serviço	17 685 €	19 453 €	21 399 €	58 537 €
Aumento de Consultas	17 685 €	19 453 €	21 399 €	58 537 €
				- €
Impacto no EBITDA	41 135 €	44 573 €	49 030 €	134 738 €
64 - Gastos de Depreciação e de Amortização				- €
Impacto nos Resultados	41 135 €	44 573 €	49 030 €	134 738 €
Medida IV.1.c. - Internalização e disponibilização de resultados dos MCDT				
61 - Custo das mercadorias vendidas e das matérias consumidas (CMVMC)	732 547 €	805 802 €	966 963 €	2 505 312 €
Incremento de Consumos (reagentes)	732 547 €	805 802 €	966 963 €	2 505 312 €
				- €
62 - Fornecimentos e serviços externos (FSE)	- 1 952 029 €	- 2 647 187 €	- 3 044 724 €	- 7 643 939 €
Redução dos custos com pagamentos a entidades convencionadas (Patologia Clínica)	- 1 739 976 €	- 2 384 401 €	- 2 725 030 €	- 6 849 407 €
Redução dos custos com pagamentos a entidades convencionadas (Gastro)	- 212 053 €	- 262 785 €	- 319 694 €	- 794 532 €
63 - Gastos com Pessoal	128 362 €	148 165 €	168 082 €	444 609 €
Contratação de Tec Saúde Diag Terap(TSDT)	57 635 €	57 635 €	57 635 €	172 905 €
Atividade adicional Gastro	70 727 €	90 530 €	110 447 €	271 704 €
72 - Prestações de Serviço	- €	- €	- €	- €
				- €
Impacto no EBITDA	1 091 119 €	1 693 219 €	1 909 680 €	4 694 018 €
64 - Gastos de Depreciação e de Amortização				- €
Impacto nos Resultados	1 091 119 €	1 693 219 €	1 909 680 €	4 694 018 €

Pressupostos

Medida IV.1.a.- Está previsto o reforço dos CRI de Oftalmologia e de Gastroenterologia, bem como a criação de CRI nas áreas da Cirurgia, Medicina e Urgência Geral, no sentido da melhoria da qualidade e acessibilidade, incluindo a pretensão de atingindo o *break even point* haver oferta de serviços ao SNS, nomeadamente nas cirurgias de catarata, fimose e colonoscopias.

Para efeitos do impacto nas demonstrações financeiras, foi estimado que as verbas do acréscimo de gastos com o pessoal com a contratação e pagamento da atividade adicional é superado com o acréscimo de rendimentos via produção, tendo como referência a evolução e processo de consolidação dos CRI de Oftalmologia e Gastroenterologia.

Medida IV.1.b.- A existência de equipas multidisciplinares, focadas, envolvidas nos próprios projetos, motivadas para a mudança e para a reorganização do serviço até então com enfoque na centralidade de cuidados, são fatores críticos de sucesso (Santana et al., 2021). Para além disto, a construção de indicadores e metas com as equipas, e em alinhamento com o plano local de saúde, são determinantes para se iniciar este processo de um modo harmonioso e dando empoderamento à equipa. Pretende-se com esta medida haver resultados mensuráveis e aumentar a acessibilidade com uma oferta de cuidados inovadora, com aumento de produção de consultas multidisciplinares, bem como diminuição do recurso ao SUG e internamento. Com uma previsão de diminuição de recurso ao SUG na ordem dos 20%, com um crescimento de 10% nos anos subsequentes.

Medida IV.1.c.- Implementação gradual e faseada por áreas e concelhos de uma política de internalização dos MCDT possibilitada pela gestão conjunta de recursos dos cuidados de saúde primários e hospitalares. Os exames de Patologia Clínica são os que têm maior oportunidade para a internalização de MCDT. Prevê-se que no início da criação da ULS esteja abrangida 50% da população da AID da ULS e nos anos subsequentes seja alargada a 80%. Os exames de Gastroenterologia apesar de constituírem menor proporção em relação aos outros, tem elevados custos para o SNS, pelo que se prevê que o CRI de Gastroenterologia consiga internalizar os pedidos.

Impacto qualitativo

Medida IV.1. a. - A ULS aposta na criação de CRI, focando-se na possibilidade de inovação organizacional e rentabilização da capacidade instalada, destacando o seguinte: Centralidade no utente, através da personalização dos cuidados e da participação ativa de cada utente no respetivo processo de reabilitação; Respeito pela dignidade e individualidade de cada pessoa; Equidade no acesso atempado dos utentes às prestações de saúde; Qualidade e efetividade na prestação de cuidados de saúde, assentes no compromisso permanente com a melhoria contínua da qualidade e segurança dos utentes e dos trabalhadores; Inovação organizacional e formação dos trabalhadores, tendo como fim último a melhoria dos ganhos em saúde; Responsabilidade na utilização eficiente e eficaz dos recursos disponíveis; Ética e transparência nas decisões e no relacionamento com todos os *stakeholders*; Parcerias com outras entidades do SNS e da comunidade, na prossecução de objetivos comuns, tendo em vista a continuidade dos cuidados e a melhoria do estado de saúde da população.

Medida IV.1.b. - É amplamente entendido que a dimensão "integração de cuidados de saúde" é aquela que constitui simultaneamente o maior desafio e também aquela que verdadeiramente constitui a grande mais valia deste modelo organizacional de prestação de cuidados de saúde. Refere Santana et al. (2021) que a integração de cuidados de saúde resulta da implementação contínua de cuidados (nos diferentes níveis), da equipa clínica, funcional, normativa e sistémica. Com a contratualizada interna verticalizada o que se pretende é estruturar e tornar sistémica na prestação de cuidados a integração vertical, no sentido de uma mesma unidade envolver a combinação de organizações /serviços que prestam diferentes níveis de cuidados e que é responsável por todos os elementos de continuum de cuidados, incluindo os cuidados continuados, assumir compromissos mensuráveis com as equipas e utentes é pois uma medida crucial para a ULS, como forma de garantir que a integração vertical é o resultado de agregação de *inputs*, promoção da saúde, diagnóstico, tratamento e reabilitação das pessoas (Santana et al., 2021).

Medida IV.1.c. - Com esta medida a ULS consegue potenciar a capacidade máxima instalada, quer em termos de produtividade dos RH quer em termos de utilização eficaz da estrutura e equipamentos disponíveis, garantindo simultaneamente ganhos em termos de qualidade assistencial e resultados em saúde obtidos. Por outro lado, prevê-se a redução de custos pela melhoria do acesso aos resultados dos exames realizados em termos de redução do tempo de disponibilidade e facilidade de acesso aos mesmos uma vez que passam a estar acedíveis nos softwares internos da ULS quer pelos serviços hospitalares quer pelas unidades funcionais dos CSP.

¹ GDH - Grupos de Diagnósticos Homogêneos - retrata um sistema de classificação de doentes internados em hospitais de agudos que agrupa doentes em grupos clinicamente coerentes e similares do ponto de vista do consumo de recursos.

O primeiro objetivo passa pela classificação de doentes em grupos relativamente homogêneos do ponto de vista das características clínicas e do consumo associado de recursos, de forma a possibilitar a identificação de *outliers*. Constitui desde 1983, a base do financiamento do Medicare norte americano dos doentes internados em hospitais de agudos. A classificação de doentes em GDH em Portugal, generalizou-se e tornou-se obrigatória, sendo as primeiras tabelas de preços de GDH a praticar pelo SNS aprovadas pela Portaria 409/90 de 31 de Maio. Foi precisamente em 1990 que o conceito de *casemix* obtido através dos GDH foi utilizado pela primeira vez para cálculo do financiamento do internamento dos hospitais do SNS. Presentemente, no que se refere aos Contratos-Programa, as linhas de produção de internamento, ambulatório cirúrgico e parte do ambulatório médico são financiadas na íntegra com base naquele sistema de classificação de doentes representando, em 2009, cerca de 51% do total do financiamento dos hospitais do SNS. (site ACSS, 2023 <https://www2.acss.min-saude.pt/Default.aspx?TabId=460&language=pt-PT>)

Eixo V _ Promoção de ganhos em saúde				
Ação 1 – Prevenção da Doença e Promoção da Saúde				
Descrição				
Em alinhamento com os Planos Nacional e Local de Saúde é necessário garantir a vigilância, a promoção da saúde, a prevenção e evolução da doença, nas diferentes fases do ciclo de vida das pessoas. Assim, partindo das necessidades de saúde identificadas na comunidade pretende-se modelar a oferta de cuidados de saúde garantindo a sua acessibilidade, a necessária abrangência e a efetiva integração entre os cuidados de saúde primários e hospitalares focando a sua intervenção essencialmente na promoção da saúde e prevenção da doença. Esta abordagem tem como objetivos melhorar os níveis de saúde da população, incrementar o índice de felicidade, a qualidade de vida e bem-estar do cidadão.				
Medida V.1. a. - Implementação de rastreio de base populacional				
Medida V.1.b. – Criação de núcleo multidisciplinar integrado para crianças e jovens em risco				
Investimentos envolvidos	Ano N+1 2023	Ano N+2 2024	Ano N+3 2025	Total
Implementação de rastreio de base populacional				
Sem investimentos envolvidos.				- €
Medida V.1.b. – Criação de núcleo multidisciplinar integrado para crianças e jovens em risco				
Sem investimentos envolvidos.				- €
Impacto estimado na Demonstração de Resultados	Ano N+1 2023	Ano N+2 2024	Ano N+3 2025	Total
Medida V.1. a. - Implementação de rastreio de base populacional				
61 - Custo das mercadorias vendidas e das matérias consumidas (CMVMC)	- 357 419 €	- 375 674 €	- 417 261 €	- 1 150 354 €
Análises (pesquisa de sangue oculto nas fezes + KIT's a enviar à população)	19 430 €	38 860 €	38 860 €	97 150 €
Redução em Medicamentos (anticorpos), por deteção precoce de cancro (não metastizado)	- 376 849 €	- 414 534 €	- 456 121 €	- 1 247 504 €
62 - Fornecimentos e serviços externos (FSE)	- €	- €	- €	- €
				- €
63 - Gastos com Pessoal	11 932 €	24 097 €	32 438 €	68 467 €
Contratação de um TSDT	11 932 €	24 097 €	32 438 €	68 467 €
				- €
72 - Prestações de Serviço	- €	- €	- €	- €
				- €
Impacto no EBITDA	345 487 €	351 577 €	384 824 €	1 081 888 €
64 - Gastos de Depreciação e de Amortização				- €
Impacto nos Resultados	345 487 €	351 577 €	384 824 €	1 081 888 €
Medida V.1.b. – Criação de núcleo multidisciplinar integrado para crianças e jovens em risco				
61 - Custo das mercadorias vendidas e das matérias consumidas (CMVMC)	- €	- €	- €	- €
				- €
62 - Fornecimentos e serviços externos (FSE)	- €	- €	- €	- €
				- €
63 - Gastos com Pessoal	- €	- €	- €	- €
				- €
72 - Prestações de Serviço	7 807 €	15 561 €	22 249 €	45 617 €
Consultas de Pedopsiquiatria	7 807 €	15 561 €	22 249 €	45 617 €
Impacto no EBITDA	7 807 €	15 561 €	22 249 €	45 617 €
64 - Gastos de Depreciação e de Amortização				
Impacto nos Resultados	7 807 €	15 561 €	22 249 €	45 617 €

Pressupostos

Medida V.1.a. _ De acordo com o "Perfil sobre cancro por país: Portugal 2023", Portugal apresenta um desempenho melhor do que a média da UE, com base nos dados mais recentes disponíveis relativamente às pessoas diagnosticadas entre 2010 e 2014. A estratégia de deteção precoce com elevada adesão aos rastreios de base populacional contribui para estes resultados.

Mais se afirma que o peso do cancro, não corresponde apenas aos custos diretos do sistema de saúde, as perdas de produtividade, representaram 39 % das despesas de saúde com cuidados oncológicos, das quais a mortalidade prematura teve o maior impacto (30 %), seguida da perda de produtividade devido à morbilidade (9 %). Os cuidados informais, que representam o custo de oportunidade do tempo perdido por familiares e amigos para prestar cuidados não remunerados, representaram cerca de 17 % das despesas de saúde com cuidados oncológicos. (OECD, 2023). Por sua vez, o cancro de colon e recto é o 3.º mais frequente na população portuguesa, cuja principal causa são lesões no intestino que se podem transformar em tumor maligno ao longo dos anos, pelo que se mostra imperativo evitar as graves consequências associadas à doença oncológica através da implementação de programas de diagnóstico precoce. O programa de rastreio diminui a mortalidade por cancro colorretal em aproximadamente 16%, tendo sido demonstrada a sua utilidade através de estudos controlados, em rastreios de base populacional. Para além disto, na área de influência da ULS, as doenças respiratórias seguem um padrão que se assemelha ao nacional, sendo a pneumonia a principal causa de morte por doença respiratória. A taxa por esta causa é superior à das doenças respiratórias crónicas, tais como a Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC) que é uma importante causa de morbilidade crónica e mortalidade; sendo considerada a 3ª causa de morte a nível mundial. A prevalência da DPOC em Portugal é de 14,2% em pessoas com mais de 40 anos (cerca de 800.000).

Medida V.1.b. _Sabe-se hoje que o trabalho das organizações no terreno, junto das famílias, dos profissionais, dos parceiros e de outros *stakeholders* relevantes, tem impacto no sistema nacional de promoção e proteção de crianças e jovens e nas políticas públicas de proteção à infância, designadamente através da Segurança Social e de outras respostas sociais, com a coordenação das organizações envolvidas nos projetos. Ora, nas organizações de saúde estabelece-se uma relação privilegiada profissional/utente, por um lado, e por outro, os serviços de saúde são uma "porta de entrada" no reconhecimento do fenómeno, nomeadamente, de abusos e violência, e o facto de crianças e adolescentes serem dois dos "grupos sujeitos a maiores riscos" à violência na Lei de Bases da Saúde.

Impacto qualitativo

Medida V.1.a. _ Em linha com PNS 2021-2030, concretamente na menção expressa da necessidade de "deteção precoce de rastreios e diagnóstico precoce oncológicos (...) bem como o diagnóstico precoce de doença de DPOC nos CSP", a ULS deve centrar a sua atenção na deteção precoce da doença, tentando para isso maximizar os rastreios de base populacional a nível dos CSP já em vigor, através da implementação em todas as UF do RCCR. No que diz respeito ao rastreio de DPOC, de base populacional, pretende-se promover a redução da carga das doenças respiratórias na população da área de influência da ULS.

Medida V.1.b. _ Pretende-se alcançar uma capacidade de resposta atempada e assertiva a crianças e jovens em risco, com criação de uma única equipa multidisciplinar de Pediatras, Pedopsiquiatras, Enfermeiros de CSP e Hospitalares, Psicóloga e equipa de Segurança Social . Com a atuação desta equipa pretende-se evitar a utilização de serviços de saúde hospitalar motivada pela materialização dos fatores de risco que envolvem as crianças e jovens da qual decorrerão danos para a sua saúde. Realização de um plano de intervenção personalizado, respeitando o contexto e as necessidades da criança e jovens em risco, de modo a melhorar o acesso a cuidados de saúde e deste modo ajudar a evitar a exclusão social, abandono escolar. etc. Para além disto, criar linhas de orientação dirigidas aos profissionais que os habilitem e lhes disponibilizem competências técnicas que lhes permitam abordagens mais efetivas e eficazes juntos destas crianças e jovens em risco.

Fonte: Elaborado pela autora

Apêndice 7: Demonstração de Resultados – Cenário ULS ano N+4 a N+10

(valores em euros)

Rubricas	Cenário ULS						
	Ano N+4 2026	Ano N+5 2027	Ano N+6 2028	Ano N+7 2029	Ano N+8 2030	Ano N+9 2031	Ano N+10 2032
RENDIMENTOS							
70 - Impostos, contribuições e taxas	323 893	340 088	357 092	374 947	393 694	413 379	434 048
71 -Vendas	0	0	0	0	0	0	0
72 - Prestações de serviços e concessões	200 716 715	210 752 550	221 290 178	232 354 687	243 972 421	256 171 042	268 979 594
73 - Variação nos Inventários da Produção	0	0	0	0	0	0	0
74 - Trabalhos para a Própria Empresa	0	0	0	0	0	0	0
75 - Transferências e Subsídios Correntes Obtidos	44 367 874	46 586 268	48 915 582	51 361 361	53 929 429	56 625 900	59 457 195
76 - Reversões	0	0	0	0	0	0	0
77 - Ganhos por Aumento de Justo Valor	0	0	0	0	0	0	0
78 - Outros Rendimentos	1 550 513	1 628 039	1 709 441	1 794 913	1 884 658	1 978 891	2 077 836
79 - Juros, Dividendos e Outros Rendimentos Similares	0	0	0	0	0	0	0
<i>Rendimentos Operacionais</i>	246 958 995	259 306 945	272 272 292	285 885 907	300 180 202	315 189 212	330 948 673
TOTAL DOS RENDIMENTOS	246 958 995	259 306 945	272 272 292	285 885 907	300 180 202	315 189 212	330 948 673
GASTOS							
60 - Transferências e Subsídios Concedidos	0	0	0	0	0	0	0
61 - Custo das Mercadorias Vendidas e das Matérias Consumidas	55 092 636	57 296 342	59 588 195	61 971 723	64 450 592	67 028 616	69 709 761
62 - Fornecimentos e Serviços Externos	57 677 054	59 984 136	62 383 502	64 878 842	67 473 996	70 172 956	72 979 874
63 - Gastos com o Pessoal	125 287 425	130 298 921	135 510 878	140 931 313	146 568 566	152 431 309	158 528 561
64 - Gastos de Depreciação e de Amortização	5 287 890	5 499 406	5 719 382	5 948 157	6 186 083	6 433 527	6 690 868
65 - Perdas por Imparidade	81 509	84 770	88 160	91 687	95 354	99 168	103 135
66 - Perdas por Redução de Justo Valor	0	0	0	0	0	0	0
67 - Provisões do Período	0	0	0	0	0	0	0
68 - Outros Gastos	858 561	892 904	928 620	965 765	1 004 395	1 044 571	1 086 354
69 - Gastos e Perdas de Financiamento	536	557	579	602	627	652	678
<i>Gastos Operacionais</i>	244 285 076	254 056 479	264 218 738	274 787 487	285 778 987	297 210 146	309 098 552
TOTAL DOS GASTOS	244 285 611	254 057 036	264 219 317	274 788 090	285 779 613	297 210 798	309 099 230
812 - Imposto sobre Rendimento do Período							
RESULTADOS							
EBITDA	7 961 809	10 749 872	13 772 936	17 046 576	20 587 299	24 412 593	28 540 988
Resultados Operacionais	2 673 919	5 250 466	8 053 554	11 098 419	14 401 215	17 979 066	21 850 121
Resultado Líquido Período	2 673 384	5 249 909	8 052 975	11 097 817	14 400 589	17 978 414	21 849 443

Fonte: Elaborado pela autora

Apêndice 8: Demonstração de Resultados – Cenário ULS ano N+4 a N+10

Ano N+1

(valores em euros)

Rubricas	ULS Ano N+1 2023-Base	Variação	ULS Ano N+1 2023	EIXO I				
				I.1.a	I.1.b	I.2.a	I.2.b	I.2.c
<u>RENDIMENTOS</u>								
70 - Impostos, contribuições e taxas	279 791	0	279 791					
71 -Vendas	0	0	0					
72 - Prestações de serviços e concessões	167 598 321	4 332 021	171 930 343	0	0	0	0	0
73 - Variação nos Inventários da Produção	0	0	0					
74 - Trabalhos para a Própria Empresa	0	0	0					
75 - Transferências e Subsídios Correntes Obtidos	46 995 526	0	46 995 526					
76 - Reversões	27 215	0	27 215					
77 - Ganhos por Aumento de Justo Valor	0	0	0					
78 - Outros Rendimentos	1 350 778	0	1 350 778					
79 - Juros, Dividendos e Outros Rendimentos Simila	0	0	0					
Rendimentos Operacionais	216 251 631	4 332 021	220 583 652	0	0	0	0	0
TOTAL DOS RENDIMENTOS	216 251 631	4 332 021	220 583 652	0	0	0	0	0
<u>GASTOS</u>								
60 - Transferências e Subsídios Concedidos	0	0	0					
61 - Custo das Mercadorias Vendidas e das Matérias	49 855 077	-455 022	49 400 055	-63 663	-40 220	0	0	0
62 - Fornecimentos e Serviços Externos	55 014 020	-2 377	55 011 644	-13 164	-7 616	8 144	4 751	0
63 - Gastos com o Pessoal	112 575 601	1 341 313	113 916 914	0	0	0	0	0
64 - Gastos de Depreciação e de Amortização	4 573 921	56 456	4 630 377	27 600	13 618	0	7 390	0
65 - Perdas por Imparidade	78 374	0	78 374					
66 - Perdas por Redução de Justo Valor	0	0	0					
67 - Provisões do Período	0	0	0					
68 - Outros Gastos	1 139 362	0	1 139 362					
69 - Gastos e Perdas de Financiamento	515	0	515					
Gastos Operacionais	223 236 356	940 370	224 176 726	-49 227	-34 217	8 144	12 140	0
TOTAL DOS GASTOS	223 236 871	940 370	224 177 241	-49 227	-34 217	8 144	12 140	0
812 - Imposto sobre Rendimento do Período								
<u>RESULTADOS</u>								
EBITDA	-2 410 804	3 448 107	1 037 304	76 827	47 835	-8 144	-4 751	0
Resultados Operacionais	-6 984 724	3 391 651	-3 593 074	49 227	34 217	-8 144	-12 140	0
Resultado Líquido Período	-6 985 239	3 391 651	-3 593 589	49 227	34 217	-8 144	-12 140	0

Rubricas	EIXO II					EIXO III	EIXO IV			EIXO V		
	II.1.a	II.1.b	II.2.a	II.3.a	II.3.b	III.1.a	IV.1.a	IV.1.b	IV.1.c	V.1.a	V.1.b	
RENDIMENTOS												
70 - Impostos, contribuições e taxas												0
71 -Vendas												0
72 - Prestações de serviços e concessões	13 133	14 566	10 127	0	0	0	4 251 020	17 685	17 685	0	7 807	4 332 021
73 - Variação nos Inventários da Produção												0
74 - Trabalhos para a Própria Empresa												0
75 - Transferências e Subsídios Correntes Obtidos												0
76 - Reversões												0
77 - Ganhos por Aumento de Justo Valor												0
78 - Outros Rendimentos												0
79 - Juros, Dividendos e Outros Rendimentos Similares												0
Rendimentos Operacionais	13 133	14 566	10 127	0	0	0	4 251 020	17 685	17 685	0	7 807	4 332 021
TOTAL DOS RENDIMENTOS	13 133	14 566	10 127	0	0	0	4 251 020	17 685	17 685	0	7 807	4 332 021
GASTOS												
60 - Transferências e Subsídios Concedidos												0
61 - Custo das Mercadorias Vendidas e das Matérias	-16 953	0	-96 609	0	-11 325	0	178 067	-23 451	-23 451	-357 419	0	-455 022
62 - Fornecimentos e Serviços Externos	0	0	0	0	5 508	0	0	0	0	0	0	-2 377
63 - Gastos com o Pessoal	367 207	46 295	0	0	0	98 709	817 170	0	0	11 932	0	1 341 313
64 - Gastos de Depreciação e de Amortização	0	0	0	0	0	0	7 849	0	0	0	0	56 456
65 - Perdas por Imparidade												0
66 - Perdas por Redução de Justo Valor												0
67 - Provisões do Período												0
68 - Outros Gastos												0
69 - Gastos e Perdas de Financiamento												0
Gastos Operacionais	350 254	46 295	-96 609	0	-5 817	98 709	1 003 086	-23 451	-23 451	-345 487	0	940 370
TOTAL DOS GASTOS	350 254	46 295	-96 609	0	-5 817	98 709	1 003 086	-23 451	-23 451	-345 487	0	940 370
812 - Imposto sobre Rendimento do Período												
RESULTADOS												
EBITDA	-337 122	-31 730	106 736	0	5 817	-98 709	3 255 783	41 135	41 135	345 487	7 807	3 448 107
Resultados Operacionais	-337 122	-31 730	106 736	0	5 817	-98 709	3 247 934	41 135	41 135	345 487	7 807	3 391 651
Resultado Líquido Período	-337 122	-31 730	106 736	0	5 817	-98 709	3 247 934	41 135	41 135	345 487	7 807	3 391 651

Rubricas	ULS Ano N+2 2024-Base	Variação	ULS Ano N+2 2024	EIXO I				
				I.1.a	I.1.b	I.2.a	I.2.b	I.2.c
<u>RENDIMENTOS</u>								
70 - Impostos, contribuições e taxas	293 780	0	293 780					
71 -Vendas	0	0	0					
72 - Prestações de serviços e concessões	171 403 387	9 710 839	181 114 226	0	0	0	0	0
73 - Variação nos Inventários da Produção	0	0	0					
74 - Trabalhos para a Própria Empresa	0	0	0					
75 - Transferências e Subsídios Correntes Obtidos	44 752 061	0	44 752 061					
76 - Reversões	0	0	0					
77 - Ganhos por Aumento de Justo Valor	0	0	0					
78 - Outros Rendimentos	1 412 194	0	1 412 194					
79 - Juros, Dividendos e Outros Rendimentos Similares	0	0	0					
Rendimentos Operacionais	217 861 423	9 710 839	227 572 261	0	0	0	0	0
<u>TOTAL DOS RENDIMENTOS</u>	217 861 423	9 710 839	227 572 261	0	0	0	0	0
<u>GASTOS</u>								
60 - Transferências e Subsídios Concedidos	0	0	0					
61 - Custo das Mercadorias Vendidas e das Matérias Consum	51 419 099	-498 490	50 920 609	-164 410	-81 859	0	0	0
62 - Fornecimentos e Serviços Externos	56 778 042	-16 503	56 761 539	-13 921	-16 651	4 072	4 434	0
63 - Gastos com o Pessoal	114 097 041	2 776 145	116 873 186	0	0	0	0	0
64 - Gastos de Depreciação e de Amortização	4 709 762	209 816	4 919 579	93 531	52 938	0	29 558	0
65 - Perdas por Imparidade	78 374	0	78 374					
66 - Perdas por Redução de Justo Valor	0	0	0					
67 - Provisões do Período	0	0	0					
68 - Outros Gastos	1 029 508	0	1 029 508					
69 - Gastos e Perdas de Financiamento	515	0	515					
Gastos Operacionais	228 111 827	2 470 968	230 582 794	-84 799	-45 572	4 072	33 992	0
<u>TOTAL DOS GASTOS</u>	228 112 342	2 470 968	230 583 309	-84 799	-45 572	4 072	33 992	0
812 - Imposto sobre Rendimento do Período								
<u>RESULTADOS</u>								
EBITDA	-5 540 642	7 449 687	1 909 046	178 330	98 510	-4 072	-4 434	0
Resultados Operacionais	-10 250 404	7 239 871	-3 010 533	84 799	45 572	-4 072	-33 992	0
Resultado Líquido Período	-10 250 919	7 239 871	-3 011 048	84 799	45 572	-4 072	-33 992	0

Rubricas	EIXO II					EIXO III	EIXO IV			EIXO V		
	II.1.a	II.1.b	II.2.a	II.3.a	II.3.b	III.1.a	IV.1.a	IV.1.b	IV.1.c	V.1.a	V.1.b	
RENDIMENTOS												
70 - Impostos, contribuições e taxas												0
71 -Vendas												0
72 - Prestações de serviços e concessões	15 914	29 417	13 503	0	0	0	9 597 538	19 453	19 453	0	15 561	9 710 839
73 - Variação nos Inventários da Produção												0
74 - Trabalhos para a Própria Empresa												0
75 - Transferências e Subsídios Correntes Obtidos												0
76 - Reversões												0
77 - Ganhos por Aumento de Justo Valor												0
78 - Outros Rendimentos												0
79 - Juros, Dividendos e Outros Rendimentos Similares												0
Rendimentos Operacionais	15 914	29 417	13 503	0	0	0	9 597 538	19 453	19 453	0	15 561	9 710 839
TOTAL DOS RENDIMENTOS	15 914	29 417	13 503	0	0	0	9 597 538	19 453	19 453	0	15 561	9 710 839
GASTOS												
60 - Transferências e Subsídios Concedidos												0
61 - Custo das Mercadorias Vendidas e das Matérias Consum	-20 343	0	-179 593	0	-18 120	0	391 748	-25 119	-25 119	-375 674	0	-498 490
62 - Fornecimentos e Serviços Externos	0	0	0	0	5 562	0	0	0	0	0	0	-16 503
63 - Gastos com o Pessoal	890 983	90 585	0	0	0	99 676	1 670 804	0	0	24 097	0	2 776 145
64 - Gastos de Depreciação e de Amortização	0	0	0	0	0	0	33 790	0	0	0	0	209 816
65 - Perdas por Imparidade												0
66 - Perdas por Redução de Justo Valor												0
67 - Provisões do Período												0
68 - Outros Gastos												0
69 - Gastos e Perdas de Financiamento												0
Gastos Operacionais	870 640	90 585	-179 593	0	-12 558	99 676	2 096 342	-25 119	-25 119	-351 577	0	2 470 968
TOTAL DOS GASTOS	870 640	90 585	-179 593	0	-12 558	99 676	2 096 342	-25 119	-25 119	-351 577	0	2 470 968
812 - Imposto sobre Rendimento do Período												0
RESULTADOS												
EBITDA	-854 727	-61 168	193 096	0	12 558	-99 676	7 534 986	44 573	44 573	351 577	15 561	7 449 687
Resultados Operacionais	-854 727	-61 168	193 096	0	12 558	-99 676	7 501 196	44 573	44 573	351 577	15 561	7 239 871
Resultado Líquido Período	-854 727	-61 168	193 096	0	12 558	-99 676	7 501 196	44 573	44 573	351 577	15 561	7 239 871

Ano N+3

(valores em euros)

Rubricas	ULS Ano N+3 2025-Base	Variação	ULS Ano N+3 2025	EIXO I				
				I.1.a	I.1.b	I.2.a	I.2.b	I.2.c
<u>RENDIMENTOS</u>								
70 - Impostos, contribuições e taxas	308 469	0	308 469					
71 -Vendas	0	0	0					
72 - Prestações de serviços e concessões	175 517 411	15 185 791	190 703 202	0	0	0	0	0
73 - Variação nos Inventários da Produção	0	0	0					
74 - Trabalhos para a Própria Empresa	0	0	0					
75 - Transferências e Subsídios Correntes Obtidos	42 255 118	0	42 255 118					
76 - Reversões	0	0	0					
77 - Ganhos por Aumento de Justo Valor	0	0	0					
78 - Outros Rendimentos	1 476 679	0	1 476 679					
79 - Juros, Dividendos e Outros Rendimentos Similares	0	0	0					
Rendimentos Operacionais	219 557 678	15 185 791	234 743 469	0	0	0	0	0
TOTAL DOS RENDIMENTOS	219 557 678	15 185 791	234 743 469	0	0	0	0	0
<u>GASTOS</u>								
60 - Transferências e Subsídios Concedidos	0	0	0					
61 - Custo das Mercadorias Vendidas e das Matérias Consum	52 631 525	332 198	52 963 723	-219 213	-115 693	0	0	0
62 - Fornecimentos e Serviços Externos	58 614 268	-3 063 652	55 550 616	-14 536	-17 881	4 072	3 801	0
63 - Gastos com o Pessoal	116 533 443	3 820 616	120 354 059	0	0	0	0	0
64 - Gastos de Depreciação e de Amortização	4 824 415	252 519	5 076 934	107 399	70 938	0	38 946	0
65 - Perdas por Imparidade	78 374	0	78 374					
66 - Perdas por Redução de Justo Valor	0	0	0					
67 - Provisões do Período	0	0	0					
68 - Outros Gastos	825 540	0	825 540					
69 - Gastos e Perdas de Financiamento	515	0	515					
Gastos Operacionais	233 507 564	1 341 681	234 849 245	-126 350	-62 636	4 072	42 747	0
TOTAL DOS GASTOS	233 508 079	1 341 681	234 849 760	-126 350	-62 636	4 072	42 747	0
812 - Imposto sobre Rendimento do Periodo								
<u>RESULTADOS</u>								
EBITDA	-9 125 472	14 096 629	4 971 158	233 749	133 574	-4 072	-3 801	0
Resultados Operacionais	-13 949 886	13 844 110	-105 776	126 350	62 636	-4 072	-42 747	0
Resultado Liquido Periodo	-13 950 401	13 844 110	-106 291	126 350	62 636	-4 072	-42 747	0

Rubricas	EIXO II					EIXO III	EIXO IV			EIXO V		
	II.1.a	II.1.b	II.2.a	II.3.a	II.3.b	III.1.a	IV.1.a	IV.1.b	IV.1.c	V.1.a	V.1.b	
RENDIMENTOS												
70 - Impostos, contribuições e taxas												0
71 -Vendas												0
72 - Prestações de serviços e concessões	31 616	29 702	20 254	0	0	0	15 060 571	21 399	0	0	22 249	15 185 791
73 - Variação nos Inventários da Produção												0
74 - Trabalhos para a Própria Empresa												0
75 - Transferências e Subsídios Correntes Obtidos												0
76 - Reversões												0
77 - Ganhos por Aumento de Justo Valor												0
78 - Outros Rendimentos												0
79 - Juros, Dividendos e Outros Rendimentos Similares												0
Rendimentos Operacionais	31 616	29 702	20 254	0	0	0	15 060 571	21 399	0	0	22 249	15 185 791
TOTAL DOS RENDIMENTOS	31 616	29 702	20 254	0	0	0	15 060 571	21 399	0	0	22 249	15 185 791
GASTOS												
60 - Transferências e Subsídios Concedidos												0
61 - Custo das Mercadorias Vendidas e das Matérias Consum	-23 734	0	-278 680	0	-22 651	0	470 097	-27 631	966 963	-417 261	0	332 198
62 - Fornecimentos e Serviços Externos	0	0	0	0	5 616	0	0	0	-3 044 724	0	0	-3 063 652
63 - Gastos com o Pessoal	1 403 530	93 594	0	0	0	100 644	2 022 329	0	168 082	32 438	0	3 820 616
64 - Gastos de Depreciação e de Amortização	0	0	0	0	0	0	35 237	0	0	0	0	252 519
65 - Perdas por Imparidade												0
66 - Perdas por Redução de Justo Valor												0
67 - Provisões do Período												0
68 - Outros Gastos												0
69 - Gastos e Perdas de Financiamento												0
Gastos Operacionais	1 379 797	93 594	-278 680	0	-17 035	100 644	2 527 663	-27 631	-1 909 680	-384 824	0	1 341 681
TOTAL DOS GASTOS	1 379 797	93 594	-278 680	0	-17 035	100 644	2 527 663	-27 631	-1 909 680	-384 824	0	1 341 681
812 - Imposto sobre Rendimento do Período												
RESULTADOS												
EBITDA	-1 348 181	-63 891	298 934	0	17 035	-100 644	12 568 145	49 030	1 909 680	384 824	22 249	14 096 629
Resultados Operacionais	-1 348 181	-63 891	298 934	0	17 035	-100 644	12 532 909	49 030	1 909 680	384 824	22 249	13 844 110
Resultado Líquido Período	-1 348 181	-63 891	298 934	0	17 035	-100 644	12 532 909	49 030	1 909 680	384 824	22 249	13 844 110

Fonte: Elaborado pela autora

Apêndice 9: Indicadores de viabilidade económico-financeira da ULS

(valores em euros)

Análise do Investimento	Valor Atualizado	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
		2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030	2031	2032
Investimento em Capital	46 478 115	19 178 066	18 154 663	12 657 713							
Resultado Líquido do Período		-3 491 839	-2 793 852	309 032	2 673 384	5 249 909	8 052 975	11 097 817	14 400 589	17 978 414	21 849 443
Amortizações		4 632 071	4 925 873	5 084 510	5 287 890	5 499 406	5 719 382	5 948 157	6 186 083	6 433 527	6 690 868
Cash-flow Liberto	-46 478 115	1 140 232	2 132 021	5 393 542	7 961 274	10 749 315	13 772 357	17 045 974	20 586 672	24 411 941	28 540 311
Cash-flow Atualizado	-46 478 115	1 096 377	1 971 174	4 794 839	6 805 330	8 835 153	10 884 494	12 953 539	15 042 480	17 151 506	19 280 811
VAL (taxa de desconto de 4%)					52 337 587						
TIR					16%						
Período de Recuperação do Investimento (anos)					6,93						

Fonte: Elaborado pela autora

Apêndice 10: Plano de Investimentos da ULS

		Previsão de Investimento ULS (Ano N a Ano N+4)						Fonte Financiamento (Ano N a Ano N+4)			
Medidas ULS	Categoria do Investimento	Previsto (Ano N) 2023	Previsto (Ano N+1) 2024	Previsto (Ano N+2) 2025	Previsto (Ano N+3) 2026	Previsto (Ano N+4) 2027	Total Previsto	Valor Total Previsto	Própria	Fundos Comunitários	Outros
	Edifícios e outras construções	14 769 638 €	14 514 407 €	8 004 770 €	5 300 000 €	1 500 000 €	44 088 816 €	44 088 816 €	41 042 158 €	2 696 657 €	350 000 €
	Equipamento de imagiologia	262 500 €	175 000 €	1 275 000 €	87 500 €	0 €	1 800 000 €	1 800 000 €	1 105 000 €	470 000 €	225 000 €
	Equipamento de laboratório	67 500 €	67 500 €	67 500 €	0 €	0 €	202 500 €	202 500 €	202 500 €	0 €	0 €
	Equipamento de desinfeção, esterilização e incineração	26 000 €	26 000 €	25 750 €	0 €	0 €	77 750 €	77 750 €	77 750 €	0 €	0 €
	Equipamento básico: Médico Cirúrgico	975 000 €	975 000 €	600 000 €	600 000 €	0 €	3 150 000 €	3 150 000 €	3 150 000 €	0 €	0 €
I.1a+I.1.b +I.2.b	Equipamento de informática e software informático	807 365 €	789 535 €	1 349 005 €	1 096 000 €	0 €	4 042 126 €	4 042 126 €	3 811 927 €	230 199 €	0 €
IV.1.a	Outros investimentos	2 270 063 €	1 607 220 €	1 335 688 €	410 000 €	0 €	5 622 971 €	5 622 971 €	5 622 971 €	0 €	0 €
Total		19 178 066 €	18 154 663 €	12 657 713 €	7 493 500 €	1 500 000 €	58 984 163 €	58 984 163 €	55 012 307 €	3 396 856 €	575 000 €

Fonte: Elaborado pela autora