

# PORTAL DA SAÚDE

Portaria n.º 82/2014, de 10 abril

**Perguntas frequentes sobre portaria que determina critérios de categorização e classificação dos estabelecimentos do SNS.**

**Para que serve este diploma?**

A necessidade de garantir a obtenção de resultados em saúde exige uma qualificação do parque hospitalar e o seu planeamento estratégico. Neste contexto, a categorização dos diferentes hospitais e a definição da respetiva composição de valências afirmam-se como instrumentos importantes para o alinhamento dos diferentes atores no planeamento e operacionalização da oferta de cuidados de saúde hospitalares. Estas devem obedecer a um sistema de classificação compreensível, assentar numa base populacional - em linha com a área de influência direta e indireta - e ter em consideração as necessidades de saúde das populações, garantindo-se, assim, a proximidade, complementaridade e hierarquização da rede hospitalar.

**Em que consiste o novo sistema de classificação das instituições hospitalares?**

A nova classificação assenta, primordialmente, em critérios de base populacional e complementaridade da rede hospitalar para a prestação de cuidados de saúde de elevada qualidade e proximidade. As instituições hospitalares servem as populações e devem merecer ser ajustadas em função destas.

Os diferentes grupos de hospitais distinguem-se entre si pela complexidade da resposta oferecida à população servida, garantindo proximidade e hierarquização da prestação de cuidados.

A característica comum a todos os hospitais do grupo I é terem uma área de influência exclusivamente direta. Ou seja, estes hospitais têm como objetivo prestar cuidados a uma população específica para as valências de que dispõem. Estas aumentam de acordo com a dimensão da população direta servida: quanto maior for a população servida, maior será o número de valências. Ou seja, os hospitais com área de 75 mil habitantes têm um conjunto de valências substancialmente diferente dos hospitais com uma população de 500 mil habitantes.

As instituições pertencentes ao Grupo II apresentam uma área de influência direta e uma área de influência indireta, correspondente à área de influência direta das instituições do Grupo I. Por sua vez, as instituições classificadas no Grupo III apresentam uma área de influência direta, oferecendo cuidados às populações pertencentes às áreas de influência direta dos estabelecimentos classificados nos Grupos I e II.

Os hospitais do Grupo IV correspondem a hospitais especializados.

**Existia algum sistema de classificação em vigor antes desta portaria?**

Não.

O Estatuto do SNS (de 1993) determina que as instituições e os serviços integrados no SNS «[...] classificam-se segundo a natureza das suas responsabilidades e o quadro das valências efetivamente exercidas». No entanto, durante 21 anos nunca foi publicado qualquer sistema de classificação.

### **Quando foi publicado o último sistema de classificação?**

Em 1986.

Após a criação do Serviço Nacional de Saúde (SNS), pela Lei n.º 56/79, de 15 de setembro, mais concretamente em 1986, assistiu-se a uma evolução na organização hospitalar com a publicação dos Despachos da Ministra da Saúde n.º 10/86, de 5 de maio, n.º 23/86, de 16 de julho, n.º 32/86, de 5 de setembro, e n.º 36/86, de 5 de setembro, que anunciavam o estabelecimento de uma Carta Hospitalar Portuguesa e os seus princípios orientadores. A Carta Hospitalar nunca veio a ser, completamente, implementada.

### **Porquê um tão largo espectro no número de habitantes para o Grupo I, de 75 mil a 500 mil?**

A característica comum a todos os hospitais do grupo I é terem uma área de influência exclusivamente direta. Os hospitais classificados nos outros grupos integram áreas de influência direta e indireta. Ou seja, os hospitais do Grupo I têm como objetivo prestar cuidados a uma população específica para as valências que dispõem. Estas valências aumentam de acordo com a dimensão da população direta servida: quanto maior for a população, maior será o número de valências. Isto é, os hospitais com área de 75 mil habitantes têm um conjunto de valências diferente dos hospitais com uma população de 500 mil habitantes.

De referir que a portaria assenta, primordialmente, em critérios de base populacional e complementaridade da rede hospitalar para a prestação de cuidados de saúde de elevada qualidade e proximidade. Neste sentido, os diferentes grupos de hospitais distinguem-se entre si pela complexidade da resposta oferecida à população servida, garantindo proximidade e hierarquização da prestação de cuidados.

### **Esta classificação determina as localizações e os tipos serviços de urgência?**

Não.

### **Esta classificação determina a localização das maternidades?**

Não. A presente portaria não determina a rede de maternidades.

### **Os hospitais que perdem valências deixam de prestar cuidados nessa área?**

Não.

Para garantir a complementaridade e proximidade de cuidados, as instituições do grupo I e II podem propor a celebração de acordos com instituições de outros grupos mais diferenciados para a prestação de cuidados de saúde no âmbito das valências não disponíveis, com recurso aos mecanismos de mobilidade legalmente previstos. Ou seja, apesar de algumas valências poderem ser revistas, as prestações de cuidados de saúde mantêm-se e continuam a ser asseguradas.

## **A portaria vai reduzir o número de valências nos hospitais?**

Não necessariamente.

Apesar de alguns casos pontuais de concentração de serviços, a portaria qualifica a rede hospitalar e garante valências obrigatórias em muitos hospitais que hoje não as oferecem. Por exemplo: ortopedia, psiquiatria e neurologia passam a ser especialidades obrigatórias nos Centros Hospitalares, Hospitais e ULS.

## **Quais são as valências das instituições pertencentes ao Grupo I?**

Os hospitais do Grupo I passam obrigatoriamente a ter as seguintes valências médicas e cirúrgicas: medicina interna, neurologia, pediatria médica, psiquiatria, cirurgia geral, ginecologia, ortopedia, anestesiologia, radiologia, patologia clínica, imunohemoterapia e medicina física e de reabilitação.

Adicionalmente, de acordo com o mínimo de população servida e em função de mapas nacionais de referenciação e distribuição de especialidades médicas e cirúrgicas, podem assumir as seguintes valências: oftalmologia, otorrinolaringologia, urologia, pneumologia, cardiologia, dermatovenerologia, endocrinologia, gastroenterologia, hematologia clínica, oncologia médica, radioterapia, Infeciologia, nefrologia, reumatologia e medicina nuclear.

As instituições classificadas neste grupo ficam inibidas de exercer as valências de genética médica, farmacologia clínica, imunoalergologia, cardiologia pediátrica, cirurgia vascular, neurocirurgia, cirurgia plástica, reconstrutiva e estética, cirurgia cardiotorácica, cirurgia maxilo-facial, cirurgia pediátrica, e neuroradiologia.

## **Quais são as valências das instituições pertencentes ao Grupo II?**

Os hospitais do Grupo II passam obrigatoriamente a ter as valências médicas e cirúrgicas do Grupo I, acrescidas das valências de oftalmologia, pneumologia, cardiologia, reumatologia, gastroenterologia, nefrologia, hematologia clínica, infeciologia, oncologia médica, neonatologia, imunoalergologia, ginecologia/obstetrícia, dermatovenerologia, otorrinolaringologia, urologia, cirurgia vascular, neurocirurgia, anatomia patológica, medicina nuclear e neuroradiologia.

Estes hospitais podem assumir ainda outras valências de acordo com um mínimo de população servida e em função de mapas nacionais de referenciação e distribuição de especialidades médicas e cirúrgicas.

## **Qual é a importância da definição da carteira de valências?**

Até ao momento, a abertura de valências tem obedecido a mecanismos locais e arbitrários, sem planeamento estruturado. Como consequência desta desregulação temos hoje muitas instituições com valências em que é impossível garantir os recursos necessários.

Assim, a carteira de valências clínicas em cada instituição hospitalar do Serviço Nacional de Saúde (SNS) exige uma adequada dotação de médicos e de outros profissionais de saúde, com o objetivo de garantir o **acesso aos cuidados de saúde, promover a qualidade clínica e a satisfação dos utentes.**

É reconhecido que a dotação de pessoal médico por serviço e instituição deve

obedecer às necessidades de saúde da população servida. De igual forma, não devem ser previstas valências cuja dotação médica, face à população, seja inferior a um limiar mínimo desejável e necessário para garantir níveis adequados de acesso, de qualidade clínica e de satisfação dos utentes.

Assim, deve considerar-se que a capacidade de resolução das necessidades de saúde da população por unidades/serviços subdotados será colocada em causa (e.g. formação médica, gozo de férias, absentismo, incluindo doença, acidentes, licenças de maternidade/paternidade e auxílio à doença) sempre que se verifique um aumento dos tempos e listas de espera indesejáveis. Com efeito, a existência de serviços bem dotados aumenta a capacidade de gestão de horários e intersubstituição, permitindo uma melhor gestão do acesso aos cuidados de saúde.

Por outro lado, é claro que a existência de massa crítica, regulação interpares e a formação contínua são essenciais para o exercício, com qualidade, da Medicina e para a aplicação do estado da arte, pelo que a existência de unidades ou serviços subdotados têm menor probabilidade de assegurar cuidados de elevada qualidade.

Paralelamente, a confiança do utente nos serviços de saúde é colocada em causa por limitação do acesso (e.g. cancelamento de consultas, tempos de espera elevados) ou incapacidade técnica/clínica da unidade hospitalar em resolver o problema de saúde.

Considerando a natureza tempestiva da prestação de cuidados de saúde, a inadequação dos meios humanos e técnicos poderá causar uma falsa sensação de segurança às populações, adiando o acompanhamento adequado do doente, e colocando em causa o sucesso dos cuidados de saúde – mesmo que os doentes possam estar a ser observados pelas especialidades adequadas.

#### **A portaria tem efeitos imediatos?**

Não. A implementação da portaria decorre até dezembro de 2015 e todas as matérias referentes à referenciação de doentes serão acauteladas.

O ajustamento de valências ocorre de forma faseada, com recurso aos mecanismos de mobilidade legalmente previstos, salvaguardando-se o acesso equitativo aos cuidados de saúde hospitalares do SNS.

As instituições hospitalares devem respeitar a atual categorização no seu planeamento estratégico.

#### **Apesar de se definirem as carteiras de valências, mantém-se a intenção de estabelecer mecanismos de liberdade de escolha informada?**

A portaria categoriza os serviços e os estabelecimentos do Serviço Nacional de Saúde (SNS), de acordo com a natureza das suas responsabilidades e quadro de valências exercidas, bem como o seu posicionamento da rede hospitalar. Este processo é baseado na população da sua área de influência. Tal, é essencial para permitir uma rede hospitalar coerente e assegurar a liberdade de escolha entre as valências predefinidas para cada unidade hospitalar.

#### **A portaria em causa poderá ser alvo de alterações?**

O objectivo da Portaria 82/2014 é dotar o SNS de estabilidade na oferta, procurando a

excelência pela concentração de saberes e competências.

O planeamento da rede hospitalar é dinâmico e será desenvolvido de acordo com os recursos disponíveis e as necessidades das populações. Assim, em linha com as redes de referenciação e sempre que se verifique a necessidade de adequar valências assistenciais em determinadas regiões do País, o quadro agora estabelecido poderá ser revisto.

A título de exemplo, as áreas de influência direta e indireta podem merecer revisão.

Paralelamente, a relação mínima entre população e oferta de valências merecerá discussão alargada até 30 de Setembro de 2014.

Data de Publicação: 15-04-2014 0:00:00