

Identificação



Nome: Rui Pedro Marques Afonso

Nº de Estudante: 20011918

Curso: Gestão

Entidade de Estágio: Centro Hospitalar de Coimbra, EPE

Sede: Quinta dos Vales, 3041-801 S. Martinho do Bispo, Coimbra

Orientador de Estágio: Doutor Victor Raposo

Orientador da Entidade: Dra. Liliana Rodrigues

Área de Estágio: Planeamento e Controlo de Gestão

Datas indicativas:

Data de Início do Estágio: 18 de Julho de 2009

Data de Conclusão do Estágio: 6 de Janeiro de 2010



Resumo

Com este relatório pretende-se abordar o processo da contratualização em Portugal e discutir a sua aplicação no Centro Hospitalar de Coimbra, EPE (CHC). Para o efeito, será abordado o enquadramento europeu, seguido do enquadramento nacional e, para finalizar, o enquadramento no hospital tendo em conta as suas características.

Os défices orçamentais e os níveis de exigência sobre a prestação de cuidados de saúde por parte da população, conduziram à necessidade da utilização dos recursos de forma eficiente. Como resposta à crise do Estado, surgiu um movimento de descentralização onde, conceitos como competição e eficiência são promovidos. A contratualização separa as funções entre o prestador e o financiador de cuidados de saúde e promove uma relação prolongada, através do diálogo e negociação. O contrato-programa é a materialização do processo de contratualização, onde fica estipulado a produção do hospital para o Serviço Nacional de Saúde (SNS).

Para além da componente conceptual, este relatório contém uma componente prática relacionada com o estágio realizado no CHC, EPE. O estágio decorreu no Departamento de Planeamento e Controlo de Gestão, onde foram realizadas várias actividades. A função principal desempenhada, de entre outras, esteve ligada à medição da produção nas diversas linhas de produção (Internamento e Hospital de Dia) para os diversos Departamentos.

O relatório permite concluir que, o processo de contratualização é positivo. Embora não produza melhorias imediatas, é um processo gradual que vai sendo constantemente melhorado com novos mecanismos de controlo, medição e avaliação.

Palavras-chave Contratualização, Nova Gestão Pública, Centro Hospitalar de Coimbra, Contrato-Programa.

Índice

Resumo	1
Lista de figuras	4
Lista de quadros.....	4
Lista de siglas	6
Agradecimentos.....	7
Introdução.....	8
Estrutura do Relatório.....	10
A. Capítulo 1 – Contratualização em Saúde.....	11
1. Enquadramento Geral	12
1.1. A reforma da Administração Pública	12
1.1.1. A redução do papel do Estado.....	12
1.1.2. A Nova Gestão Pública (New Public Management).....	14
1.2. As reformas no sector da saúde.....	19
1.2.1. Os Sistemas de Saúde na Europa	19
1.2.2. As reformas dos anos 70 e 80.....	21
1.2.3. As reformas dos anos 90	23
1.2.4. Actualidade e tendências	24
1.3. Contratualização.....	25
1.3.1. O processo de contratualização – pontos fortes e aspectos críticos	25
1.3.2. Contratualização na Europa.....	26
1.3.3. A Contratualização no Reino Unido	28
2. O Sistema de Saúde Português	29
2.1. As reformas no sector de saúde Português.....	29
2.1.1. As reformas dos anos 70 e 80.....	29
2.1.2. As reformas dos anos 90 e actualidade.....	30
2.2. As influências da Nova Gestão Pública (NPM).....	35
2.2.1. Contributos.....	35
2.2.2. Falhas na implementação	36

2.3. Empresarialização.....	37
2.3.1. Primeiras Experiências nos Hospitais SNS	37
2.3.2. Hospitais Empresa.....	38
2.3.3. Categorias de Hospitais Públicos no SNS.....	40
2.4. Contratualização	42
2.4.1. O processo de contratualização	42
2.4.2. Contratualização interna.....	44
2.4.3. Relação Contratual (tipos de contrato).....	45
2.4.4. Agências	47
2.5. Contrato Programa.....	50
3. Contratualização no CHC.....	54
3.1. Análise parcial do CP para 2008.....	55
3.2. Análise para 2010 e 2011	55
B. Capítulo 2. O Centro Hospitalar de Coimbra, EPE.....	57
2.1. Caracterização	58
2.1.1. Breve História.....	58
2.1.2. Missão, Visão, Valores e Objectivos.....	59
2.1.3. Envoltente externa (população servida).....	62
2.1.4. Envoltente interna.....	65
2.1.5. Novo Hospital Pediátrico.....	67
2.1.6. Oferta de Serviços	68
2.1.7. Estrutura organizacional	70
2.1.8. CHC em valores.....	71
2.2 O Estágio no CHC.....	74
2.2.1 Resumo das Actividades.....	76
C. Capítulo 3 – Considerações Finais.....	78
3.1 Relacionamento entre funcionários	78
3.2. Auto-conhecimento.....	79
3.3. Competências técnicas.....	80
Conclusão	81
Bibliografia.....	84
Anexo I.....	87
Anexo II.....	93
Anexo III – SONHO.....	96

Anexo IV – Informação de Retorno no CHC	103
Anexo V – Contratualização Interna	109
Anexo VI – Contabilidade Analítica	111
Anexo VII – Mapa de produção adicional.....	117
Anexo VIII – Avaliação de Desempenho dos Departamentos	123

Lista de figuras

Figura 1 – Estrutura do relatório.....	10
Figura 2 – Processo de Contratualização.....	43
Figura 3 – Processo de Contratualização Interna nos CHC.....	44
Figura 4 – Principais Actividades do Estágio.....	75
Figura 5 – Despesas em saúde por pessoa na OCDE	87
Figura 6 – Os gastos em Saúde ao longo da vida	88
Figura 7 – Desempenho económico – financeiro do CHC	88
Figura 8 – Entrevista do Dr. Rui Pato ao Diário “As Beiras”	90
Figura 9 – Modelo interno de Organização	93
Figura 10 – SONHO	97
Figura 11 – Problemas de Integração no Sonho	98
Figura 12 - Opções de tipos de informação Assistencial.....	99
Figura 13 – Variedades de mapas estatísticos no Sonho	100
Figura 14 – <i>Query</i> de correcção de dados do Sonho	101
Figura 15 – Tabela que relaciona o nº de sessões e os GDHs gerados por doente.....	102
Figura 16 - Custo Doente Saído Vs GDH Médico	115
Figura 17 – Distribuição dos Custos no CHC, EPE	115

Lista de quadros

Quadro 1 – Factores para o sucesso da CI nos Hospitais	45
Quadro 2 – Tipos de Contrato	47
Quadro 3 – Objectivos e Estratégias das Agências	48

Quadro 4 – Metas de crescimento da despesa para os hospitais para 2008.....	55
Quadro 5 – Área de influência do HG.....	62
Quadro 6 – Área de Influência da MBB.....	63
Quadro 7 – Área de influência do HP.....	63
Quadro 8 – Posicionamento dos CHC.....	64
Quadro 9 – Oferta de Serviços HG.....	68
Quadro 10 – Oferta de Serviços HP.....	69
Quadro 11 – Oferta de Serviços MBB.....	69
Quadro 12 – Dimensão operacional.....	71
Quadro 13 – Nº de funcionários por Grupo Profissional.....	72
Quadro 14 – Equipamentos mais representativos em termos de investimentos.....	73
Quadro 15 – Agrupamento dos Hospitais para efeitos de Financiamento.....	89
Quadro 16 – Objectivos de Qualidade e Eficiência para 2008.....	91
Quadro 17 – Objectivos de Qualidade e Eficiência (análise objectivo/realizado).....	92
Quadro 18 – Objectivos Regionais (análise objectivo/desvio).....	92
Quadro 19 – Balanço Previsional (Activo).....	94
Quadro 20 – Balanço Previsional (Fundos Próprios e Passivo).....	95
Quadro 21- Informação de Retorno do Departamento de Medicina.....	106
Quadro 22 – Informação de Retorno do Serviço de Cardiologia.....	107
Quadro 23 - Mapa Estatístico “ICM por Especialidade”.....	108
Quadro 24 – Contratualização interna para o Departamento Hematologia 2010.....	110
Quadro 25 – Explicação dos campos mais importantes para a análise.....	120
Quadro 26 – GDH por serviço SIGIC.....	120
Quadro 27 – Produção GDH convencional com prótese.....	121
Quadro 28 – Produção Ambulatório em SIGIC 2008.....	121
Quadro 29 – Avaliação da produção CHC.....	123
Quadro 30 – Avaliação do Departamento de Medicina.....	125

Lista de siglas

ACSS	Administração Central do Sistema de Saúde
ARSC	Administração Regional de Saúde do Centro
CA	Conselho de Administração
CHC	Centro Hospitalar de Coimbra
CP	Contrato Programa
DM	Demora Média
EPE	Entidade Pública Empresarial
GDH	Grupos de Diagnósticos Homogéneos
HG	Hospital Geral
HP	Hospital Pediátrico
ICM	Índice de Case-Mix
MBB	Maternidade Bissaya Barreto
MS	Ministério da Saúde
NHS	National Health System
PA	Produção Adicional
RU	Reino Unido
SNS	Serviço Nacional de Saúde
SONHO	Sistema Integrado de Informação Hospitalar

Agradecimentos

Ao longo dos quase 6 meses em que decorreu o estágio do 2º Ciclo/Mestrado de Gestão e na preparação e redacção deste documento, tive a oportunidade de contar com o apoio de diversas pessoas que, directa ou indirectamente, contribuíram para a obtenção do presente relatório de estágio.

Em primeiro lugar, desejo prestar um agradecimento a todos aqueles que, com o seu saber e a sua colaboração, dispuseram do seu tempo para me ajudar. É um agradecimento enviado a toda a equipa do departamento de Planeamento e Controlo de Gestão (Dra. Ana, Dra. Catarina, Conceição, Dra. Liliana, Lina, Dra. Margarida, Dra. Rosi e Vanda).

Um especial agradecimento à Dra. Paula de Sousa por me ter permitido estagiar nos CHC, EPE.

Gostaria de expressar a minha gratidão ao meu orientador, o Doutor Victor Raposo, pela valiosa orientação à obtenção deste relatório.

Por último, não posso deixar de manifestar o meu apreço, em particular, à Dra. Liliana Rodrigues (Administradora), por ter sido tão liberal, e à Dra. Catarina Órfão, por me ter explicado e ajudado várias vezes na elaboração das tarefas. Um muito obrigado.

Introdução

“Não são as espécies mais fortes que sobrevivem, nem as mais inteligentes, mas sim as que melhor se adaptam à mudança”

(Charles Darwin, A Origem das Espécies, 1850)

A realização do Estágio Curricular permite um conhecimento mais profundo da realidade empresarial, prepara-nos para o mercado de trabalho e para a inserção neste. Na actualidade, a formação académica é um factor crucial na procura de emprego. No entanto, a realidade do mercado que os recém-licenciados têm de enfrentar não é de modo algum fácil, principalmente pela falta de experiência e pela concorrência crescente.

Deste modo, no âmbito do estágio curricular do 2º Ciclo de Gestão da Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra, escolhi estagiar no Sector da Saúde, pois é uma área em expansão, com diversos desafios na área económica e da gestão, que me despertou interesse conhecer melhor.

A instituição CHC foi onde se realizou o estágio, que proporcionou o primeiro contacto com o complexo sistema do Sector da Saúde, quer ao nível do sistema quer ao nível organizacional.

No estágio, os objectivos compreendiam a monitorização da produção, a avaliação de custos e parâmetros de qualidade e eficiência, entre outros. Na realização das actividades utilizaram-se conhecimentos da área de Informática devido aos diversos Sistemas de Informação (SONHO e SAM) que estão implementados.

Este relatório resulta do contacto do estagiário com a realidade do Departamento de Planeamento e Controlo de Gestão de um Grupo Hospitalar. A possibilidade de compreender a estrutura e o elevado número de serviços disponibilizados, que muitas vezes são comuns às unidades que integram o CHC, tornou-o mais desperto para a dimensão operacional, que possui várias linhas de produção e a forma como tem impacto no difícil equilíbrio económico-financeiro da instituição.

Convém mencionar que no exercício da actividade de prestação de cuidados de saúde altamente diferenciados para o utente, o grau de dificuldade para entender todo o processo aumenta exponencialmente.

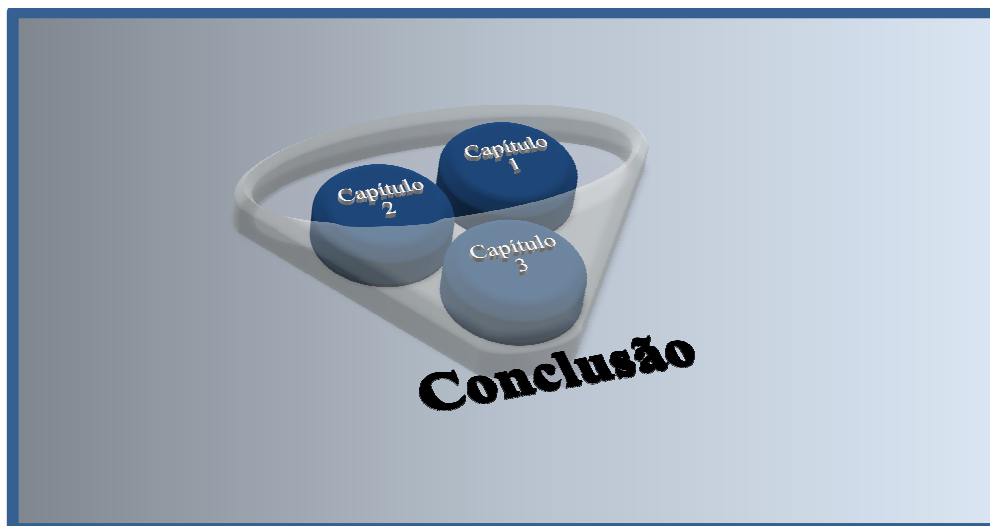
Existe uma vertente na instituição de promoção da mudança e adaptação às novas realidades, o que tornou mais apelativo o tempo em que decorreu o estágio. Os processos de mudança são a única alternativa para a competitividade e poder implementar um serviço que proporcione mais valor ao utente.

Uma das actividades realizadas durante o estágio foi a participação na realização da contratualização interna na entidade acolhedora. Esta experiência na contratualização e o reconhecimento da sua importância, no paradigma de financiamento e de funcionamento dos hospitais, é a principal justificação para a parte conceptual deste relatório. Pretende-se assim, numa primeira parte, realizar um breve ensaio onde se procura reunir as ideias que levaram à Contratualização na Saúde. Essas ideias são enquadradas de uma forma geral e acabam com uma aplicação micro.

Após esta breve introdução, surge a estrutura do relatório onde se descreve de forma sucinta a organização por capítulos e sua conclusão.

Estrutura do Relatório

Figura 1 – Estrutura do relatório



No primeiro capítulo, é analisada a Contratualização em Saúde, tendo por base três perspectivas: uma geral (enquadramento do tema), uma relacionada com o contexto Português (sistema) e a última focada no aspecto organizacional (ao nível micro), onde se descreve a contratualização no CHC, EPE. Neste último ponto são abordados a forma como funciona, a sua evolução, os resultados e as perspectivas dando um aspecto mais concreto, com a utilização dos Contratos-programa da instituição.

No segundo capítulo, é apresentada, numa primeira parte, a Instituição, começando com uma descrição da sua história e procedendo à sua caracterização, sempre fundamentado com informação quantitativa para se perceber a sua complexidade. Na segunda parte, procura-se descrever as actividades que o estagiário realizou numa perspectiva prática, juntando documentos, figuras e quadros para demonstrar a dinâmica, a forma como foi materializado e a efectiva aquisição de conhecimento.

No terceiro capítulo, é abordada a relação entre a aprendizagem na faculdade e a sua aplicação, não deixando de referir algumas deficiências e ferramentas necessárias que, na perspectiva do autor, o curso não facultou para uma abordagem mais “suave” no mundo profissional.

Na última parte do relatório, apresenta-se na forma de principais conclusões o balanço do estágio e da criação de conhecimento e capacidades que proporcionou.

A. Capítulo 1 – Contratualização em Saúde

Este primeiro capítulo começa por focar o panorama europeu, onde se pretende evidenciar que a reforma da Administração Pública (1.1) nasceu da necessidade de reduzir o peso do Estado, sendo apoiada pelo surgimento de uma nova filosofia de Administração Pública do tipo empresarial. As reformas do sector da Saúde (1.2) são analisadas desde a década de setenta até à actualidade, são caracterizados três dos principais modelos de sistema de saúde existentes e analisam-se algumas tendências mundiais dos gastos em saúde. De seguida, falaremos da contratualização (1.3) onde analisaremos o processo, os seus pontos fortes e os aspectos críticos, assim como, da heterogeneidade de experiências a nível europeu. Abordaremos em particular o exemplo do Reino Unido devido à sua importância para o caso Português.

Depois, falaremos do Sistema de Saúde Português onde abordaremos as reformas iniciadas em 70 até aos nossos dias (2.1). De seguida, falaremos das influências da Nova Gestão Pública (2.2), referindo os seus contributos e falhas de implementação. Apresentaremos o fenómeno da Empresarialização (2.3), falaremos das primeiras experiências inovadoras de gestão nos Hospitais do SNS e da criação dos Hospitais empresa.

De seguida, focaremos a contratualização (2.4) e a forma como se desenrola o processo externo entre os Hospitais e as Agências de Contratualização e abordaremos o processo da Contratualização interna. Para terminar, falaremos da relação contratual e tipos de contratos existentes sem esquecer o papel das Agências de Contratualização em todo o processo.

O Contrato-Programa (2.5) surge como a materialização do processo de Contratualização e neste ponto falaremos dos problemas de implementação e da importância dos GDH para o mecanismo de financiamento hospitalar.

Por último, apresentaremos a forma como a Contratualização (3.) decorre no CHC, focando os aspectos mais relevantes para a sua caracterização.

1. Enquadramento Geral

1.1. A reforma da Administração Pública

1.1.1. A redução do papel do Estado

O desequilíbrio das Contas Públicas contribuiu para a preponderância do papel do Estado como garante do bem-estar social. Deste acontecimento, emergiu um debate em torno da alternativa a ser seguida para reformar ou complementar o sistema vigente.

O Estado como estava organizado na década de 70 tinha três dimensões dependentes entre si: a dimensão económica, social e administrativa. A primeira dimensão era a *Keynesiana*, onde o Estado surgia com o papel principal na intervenção da economia, na tentativa de alcançar o pleno emprego e actuar sobre os sectores chave da economia. O *Welfare state* diz respeito à dimensão social do modelo. O bem-estar das populações era a meta a alcançar, através da satisfação das necessidades básicas da população (política de educação, saúde, etc.). A dimensão administrativa era chamada de modelo burocrático weberiano, ao qual cabia o papel de manter a neutralidade e a racionalidade do aparelho governamental. A distinção entre a reforma do Estado e da Administração Pública é difícil de separar, não se sabe onde acaba um e começa o outro.

A redefinição do papel do Estado na economia e a tentativa de reduzir os gastos na área social, muitas vezes não atingida, foram as soluções encontradas à crise económica e social. Para responder ao enfraquecimento do modelo burocrático weberiano (o que equivale dizer o modelo administrativo) introduziram-se padrões empresariais na Administração Pública. Evolui-se de um modelo burocrático caracterizado pela neutralidade e racionalidade, para uma Administração Pública que inclui algumas características das organizações empresariais (Escoval, 2003).

Estamos a falar de um sector complexo, onde a simples lei da oferta e da procura não se aplicam da mesma maneira do que a transacção de bens ou serviços. O modelo económico que tem sido adoptado em alguns países denomina-se de quasi-mercado¹

O Reino Unido e os Estados Unidos da América (EUA), foram os pioneiros a liberalizar os serviços públicos, o primeiro com a adopção do *New Public Management* (NPM), em 1983, e o segundo com a “Comissão Grace”. A ideologia reinante nos dois países é que a eficiência do sector privado é maior do que na administração pública. Deve salientar-se, que não existe consenso dos países sobre o modelo empresarial a adoptar. Alguns recusam-se a implementar o modelo empresarial, duvidando dos seus benefícios.

O modelo empresarial estendeu-se a grande parte da Administração Pública e não diz respeito só ao sector da Saúde. O modelo empresarial é analisado e discutido em vários países em vertentes como os modelos de avaliação de desempenho, e os métodos característicos da empresarialização que são temas fundamentais para a alteração das estruturas administrativas. O modelo burocrático tradicional não corresponde às realidades e deixa lugar vago à implementação de novas alternativas, que possam controlar custos e melhorar a qualidade dos serviços públicos.

O modelo empresarial, foi o factor de mudança no modelo Weberiano (estruturas hierárquicas), num contexto de muitas concepções organizacionais, onde o modelo apesar das suas incapacidades, permite que sejam ultrapassadas ao contrário do imobilismo burocrático do sector público (Escoval, 2003).

Os sistemas de saúde europeus confrontam-se com importantes desafios, como o da sustentabilidade². Em Portugal o relatório para a sustentabilidade do SNS 2007 refere que em 1980 a percentagem dos gastos com a saúde representava 5,6% do PIB, sendo que em 2004 era já de 10%. Este crescimento dos gastos à semelhança do que se passa noutros países europeus, tem a ver fundamentalmente com factores que actuam sobre a procura e que estão relacionados com o envelhecimento da população, inovações técnicas, grau de cobertura da população e o acesso universal³.

¹ É diferente dos mercados convencionais em 3 pontos: existem organizações não lucrativas em competição; há uma centralização do poder de compra numa agência pública; os consumidores são representados por agentes.

² Em Portugal a problemática também já esteve em discussão. Veja-se o Relatório Final da Comissão para a Sustentabilidade do Financiamento do SNS (2007).

³ Informação disponibilizada no site do Observatório Europeu em: <http://www.euro.who.int/observatory>

Os governos de grande parte dos países industrializados têm em mãos graves crises financeiras e com problemas políticos, consequência do crescimento da despesa com funções sociais sob a sua tutela. Na necessidade de melhorar a eficiência na afectação dos recursos e de adequar uma melhor resposta às necessidades dos cidadãos houve uma reflexão e mudanças sobre o papel do Estado no sector da saúde. A reforma da saúde é uma consequência da reforma da Administração Pública, devido ao descrédito em que os serviços públicos ficaram aos olhos dos cidadãos e pelo desenvolvimento das sociedades que exigem melhor qualidade. Assim, a preocupação no controlo da despesa pública alia-se à procura de melhorar a qualidade do serviço. (Escoval, 2003).

1.1.2. A Nova Gestão Pública (*New Public Management*)

Assistiu-se, no mundo desenvolvido, a uma nova filosofia administrativa, que se designa como Administração Pública do tipo empresarial. A NPM é uma nova concepção da gestão no sector público em que os intervenientes adoptam um papel diferente. A burocracia como meio de organização da Administração Pública é alterada e pede-se que os níveis de empregados desçam, e que o nível de qualidade aumente ao menor custo.

Surge uma motivação para substituir a gestão pública tradicional por processos e técnicas de gestão empresarial, que implica maior profissionalização e autonomia de gestão e surgimento de conceitos como liberdade de escolha do consumidor, e da competição entre unidades que se querem de dimensão reduzida e focadas em indicadores de desempenho (Escoval, 2003).

A gestão pública efectiva exige flexibilidade e definição clara de objectivos que permitam avaliação através de indicadores e que revelem o grau de eficiência alcançada. Um aspecto importante na NPM é a separação entre questões ligadas aos políticos e questões respeitantes aos gestores. Os gestores devem ter autonomia para desempenhar as suas funções tendo por base objectivos estabelecidos e instrumentos de gestão para os alcançar. Pretende-se utilizar os instrumentos aplicados no sector privado, nos serviços públicos de forma ajustada de maneira a que possam ser responsabilizados pelos resultados (Shaw, 2004).

Temas como a desregulamentação e a competição são temas muito importantes, na medida que são tentativas de fornecer serviços públicos através de métodos de mercado (Simões, 2004). A quem governa cabe decidir tomar as decisões de desregular, aos gestores cabe proporcionar a execução de fornecimento de serviços. A NPM é uma alternativa à burocracia do modelo antigo de gestão pública. O modelo defende que o governo deve intervir só em casos de excepção, em actividades que não podem ser privatizadas ou entregues à gestão privada. Aos administradores empreendedores é lhes permitido o melhoramento da eficiência e produtividade através da gestão por resultados (Shaw, 2004).

Os administradores devem estar ligados à implementação de novos métodos ou criação de serviços e não executá-los directamente. Os gestores públicos são incentivados a encontrar novas maneiras de conseguir alcançar resultados e a privatizar funções antes destinadas ao sector público.

Estas ideias são para guiar os programas públicos através dos mecanismos do mercado, procurando responder a perguntas (Harfouche, 2008):

- Como alargar a gama de serviços públicos sem aumento de impostos?
- Como melhorar a qualidade com oferta de mais serviços?
- De que maneira se utilizam os incentivos da gestão privada para diminuir a burocracia?
- Como descentralizar a responsabilidade e delegar nos gestores de topo?

A NPM tem vários teóricos e defensores, mas há sete elementos doutrinários que são aceites (Harfouche, 2008):

- Gestão profissional activa no sector público;
- Padrões e medidas explícitas de desempenho;
- Maior ênfase nos controles dos resultados;
- Mudança para a desagregação de unidades no sector público,
- Mudança para maior competitividade no sector público;
- Aposta nos estilos do sector privado para práticas de gestão;

- Aposta em maior disciplina e parcimónia no uso de recursos;

As origens da NPM consistem na ordenação entre diferentes opiniões. Este movimento possibilitou a criação de um conjunto de doutrinas direccionadas para a reforma administrativa, baseada em ideias de competição, escolha do utilizador, transparência e desconcentração de estruturas de incentivo. São ideias muito afastadas de ideias tradicionais de burocracia e de administração, com objectivo de clarificação de hierarquias e na eliminação da duplicação de linhas de responsabilidade (Shaw, 2004). A NPM pode agrupar-se em três dimensões:

- Primazia do mercado

O pressuposto fundamental da NPM é o de que tudo o que é público é ineficiente e sai mais caro do que o produzido no sector privado, pelo que o primeiro objectivo de qualquer reforma administrativa consiste na privatização do sector público. Relativamente aos sectores não privatizáveis procura-se introduzir a concorrência e o uso imaginativo do mercado através do que a OCDE definiu como “*Market – Type Mechanisms*” os quais permitem introduzir no seio da Administração o conceito de mercado. Estes mecanismos incluiriam: as taxas sobre o utilizador, o “*contracting-out*”, os “*vouchers*” ou seus equivalentes e outras formas de concessão de serviços públicos e personalização dos mesmos serviços (Harfouche, 2008).

Não basta, porém, introduzir na Administração Pública mecanismos de mercado é necessário convencer os cidadãos de que são consumidores dos serviços públicos, pelo que esta mudança supõe a alteração da cultura política, assim como da cultura administrativa dos funcionários, os quais não devem aparecer “vestidos de poder”, mas vendedores de serviços e sujeitos a avaliação da qualidade dos mesmos. Esta nova cultura implica novos símbolos, rituais e mitos, dando origem a conflitos com a cultura tradicional (Shaw, 2004).

O novo papel dos cidadãos que agora são considerados consumidores, ganhou relevo com a adopção das cartas do cidadão, as quais impõem às organizações públicas a publicitação de padrões e objectivos a ser prosseguidos, informação, previsibilidade de prestação dos serviços em tempo e de forma eficiente.

- Estruturas Organizativas

Outra consequência do novo modelo de gestão pública consistiu na substituição das estruturas hierárquicas definidas por Weber por “agências”. Uma agência é definida como uma unidade executiva que presta um serviço ao governo. As agências podem abranger grandes áreas de serviços como, por exemplo, a Segurança Social.

Desta forma o Estado fragmenta os serviços públicos, fâ-los competir entre si, e controla a sua actividade através dos resultados. A administração empresarial traduziu-se na descentralização dos serviços do Estado (Harfouche, 2008).

- Indicadores de Desempenho

O novo modelo de gestão pública reforça a adopção de novos processos de controlo dos serviços públicos (“*Performance Indicators*”). Esta insistência deve-se predominantemente aos trabalhos desenvolvidos no âmbito da OCDE, tendo gerado uma cultura de avaliação e uma utilização intensiva de indicadores.

Não sendo adequado sujeitar as organizações públicas à lei do mercado, mas tornando-se importante avaliar o seu desempenho, só é possível através da construção de indicadores que permitam medir a sua eficiência, eficácia e qualidade. É obvio que os sistemas de medida variam conforme os objectivos e os países. Em alguns países analisados insiste-se mais na eficácia, noutros, nos resultados e, noutros, dá-se importância primordial à qualidade medida pelo grau de satisfação dos clientes com os serviços públicos, como no caso da Finlândia. (Harfouche, 2008)

É evidente que a introdução na Administração Pública da gestão do desempenho obriga a uma definição clara dos objectivos, alterações institucionais e criação de sistemas de informação de desempenho. Relativamente ao segundo ponto, constituem elementos essenciais a autonomia de gestão, a descentralização e a clara definição dos contornos de cada organização, bem assim como a separação da definição das políticas e a gestão das mesmas. Finalmente, é necessário criar sistemas de informação de desempenho, definindo-se previamente os indicadores a adoptar.

A influência da NPM modelou as reformas públicas e trouxe para a administração conceitos novos como: responsabilização, melhoria do desempenho e prestação de contas aos utilizadores das organizações. Teve como impacto, introduzir métodos do sector privado na Administração Pública e estabelecer uma nova estrutura institucional no fornecimento de serviços. A necessidade do sector público em aumentar a sua eficiência, impulsionou os movimentos de empresarialização.

No entanto, ainda que a NPM constitua uma via interessante para reformar a Administração Pública tradicional, convém, no entanto, estar atento aos seus críticos e levar em consideração aquilo que alguns autores apontam, baseados sobretudo na evidência dos desempenhos dos sistemas onde essas mudanças já se operaram ou estão em desenvolvimento. Analisando esses autores verifica-se que a mistura conflituosa de desconfiança e de entusiasmo que rodearam o debate sobre a NPM, durante a década de 80 e princípios da década de 90, deram origem a um cepticismo mais ponderado, no final da década de 90, acerca da sua aplicação generalizada (Raposo, 2007)⁴.

Como o sistema de saúde Português foi inspirado no National Health Service (NHS) Inglês, e para melhor compreensão do impacto de algumas das políticas da NPM, enumero algumas mudanças que ocorreram com as reformas do sector público inglês, com importantes repercussões no sector da saúde (Seedhouse, 1995):

- Novos instrumentos de gestão ao nível central;
- Transferências de funções executivas do governo central para agências autónomas;
- Privatização de algumas funções;
- Reestruturação das agências que permaneceram no sector público através da incorporação de gestores com experiência e visão, fora do sector da saúde;
- Adopção de uma linguagem de mercado nas organizações;
- Criação de novos instrumentos de análise;
- Regulação e avaliação de desempenho através de Benchmarking;
- Utilização de expressões “*Working for patients*” e “*the needs of patients first*”;

⁴ Para sustentar a sua afirmação o autor sugere várias leituras que aqui enunciamos: Manning (2001), Pollitt (2004), Fukuyama (2004), e OECD (2003).

1.2. As reformas no sector da saúde

1.2.1. Os Sistemas de Saúde na Europa

Os actuais sistemas de saúde desenvolveram-se a partir de dois modelos – o Bismarkiano e o Beveridgeano.

Na actualidade existem três modelos nos quais os países se podem agrupar:

- Os países que seguem o Modelo de Bismark,
- Os países que seguem o Modelo de Beveridge,
- Os países com um Modelo misto do Sul da União Europeia

O sistema de Saúde do tipo Bismark

O Chanceler Bismark da Alemanha em 1883, implementou o primeiro exemplo de um modelo de “protecção social” imposto pelo Estado (Modelo Bismarck), que obrigava os empregadores a contribuir para um esquema de seguro social por doença em favor dos trabalhadores mais carenciados (Escoval,2003). Este esquema foi mais tarde alargado a trabalhadores com rendimentos mais elevados. Este sistema era constituído por um conjunto de seguros sociais obrigatórios, de base profissional e coberturas separadas, e com financiamento tripartido onde estavam incluídos os trabalhadores, associações de empregadores e Estado.

Fenómenos como o desemprego em massa, insalubridade dos locais de trabalho, acidentes de trabalho, alimentação débil reclamavam novas formas de intervenção do Estado. Apesar de o modelo não promover a solidariedade ou equidade foi o grande impulsionador do Estado-Providência, ou pelo menos do aparecimento das políticas de bem-estar social. Surgiu uma consciência para a responsabilidade do Estado na condução de políticas sociais que garantissem às populações cuidados de saúde, apoio na doença e na incapacidade para um trabalho remunerado, facultassem protecção no desemprego e reformas na velhice. Este modelo estatal seria a institucionalização dos direitos sociais.

No modelo de Bismarck o governo tem muito pouco espaço para contratar, os subscritores individuais, associações de médicos e seguradores é que compram os cuidados. As relações compradoras/prestadoras podem ser reguladas por contratos colectivos em vez de contratos individuais. O modelo de Bismarck sempre teve presente a contratualização como parte do sistema de saúde, baseado no seguro social. (Harfouche, 2008)

Na Alemanha, depois da reforma do sector em 1989, existe liberdade das associações de fundos de doença (compradores) de cancelar os contratos com os hospitais ineficientes. Nos Países Baixos e noutros países que seguem o modelo de Bismarck, o novo modelo de contratualização está desenhado a alterar a relação entre cidadãos e seguradoras. As seguradoras têm de aumentar a quota de mercado através de oferta de novos serviços, minimizar tempo de espera e oferecer um pacote de serviços extra.

Sistema de Saúde do tipo Beveridge

A Grã-Bretanha adopta um novo modelo assente numa maior responsabilidade do Estado. O Relatório Beveridge de 1942 defendia a existência de um Estado interventor nas diversas situações de risco social (Simões, 2004).

O Modelo Beveridge, como ficou conhecido, pretendeu ser abrangente, unificado e simples garantindo segurança social desde o nascimento à morte. Lança quatro ideias base: acesso universal, gratuito, financiado pelo Estado e a inclusão de todos os tratamentos. Em 1948 nasce o *National Health Service* que irá influenciar, ao longo de décadas, a organização de outros sistemas de saúde, promovendo a responsabilização do Estado pela prestação de cuidados de saúde e a afirmação do princípio de acesso igual para todos os cidadãos. No modelo de Beveridge as autoridades públicas do sector da saúde representam a procura e os prestadores encontram-se do lado da oferta.

Na Finlândia cabe às autarquias financiar e prover os cuidados de saúde de forma autónoma do governo. Na Suécia existe a compra e venda dos cuidados entre uma agência pública descentralizada e os hospitais locais. No Reino Unido os responsáveis da saúde locais e médicos de clínica geral detentores de fundos são compradores e contratam com consórcios hospitalares públicos do NHS, estes têm autonomia sobre a

gestão. As autoridades de saúde locais funcionam como supervisores e os médicos detentores de fundos compram cuidados (Harfouche, 2008).

Sistema de Saúde tipo Misto do Sul da UE

Em 1961 é aprovada a “Carta Social Europeia” e ratificada por cerca de metade dos Estados membros e reconhece-se o direito à segurança social dos trabalhadores e familiares dependentes, bem como o direito de qualquer pessoa, desprovida de recursos, à assistência médica. Na Grécia, Itália, Portugal e Espanha os modelos de sistema de saúde são mistos, mas no que respeita à contratualização hospitalar, são mais parecidos com os casos do Reino Unido (Beveridge), Suécia e Finlândia (Harfouche, 2008).

1.2.2. As reformas dos anos 70 e 80

A reforma da saúde é caracterizada pelas iniciativas de melhoramento do modelo organizacional de quase todos os países nos últimos trinta anos. É um processo de mudança contínuo e sistemático em diferentes áreas do sistema de saúde. Existem diferenças do processo de reforma, entre as reformas introduzidas nos anos setenta e oitenta e a década de noventa, baseada na flexibilização da Administração Pública e na contratualização.

As primeiras reformas da saúde são o resultado de um imperativo macroeconómico de controlo de despesas públicas do sector, devido ao crescimento das doenças crónicas e com o envelhecimento das populações. O factor demográfico foi agravado pelo aumento do poder de compra, pelos avanços tecnológicos, pela ampliação do seguro do acesso e da cobertura do seguro social e pelo aumento do número de profissionais médicos. Na década de 80 as características dos sistemas de saúde europeus eram: a universalidade de acesso às diferentes modalidades de cuidados de forma não segmentada, a existência de fundo público de financiamento, uma equilibrada cobertura geográfica, a utilização de procedimentos de acordo com as necessidades do doente e o acesso a medicamentos gratuitos ou muito subsidiados (Escoval, 2003).

Os mecanismos organizacionais criaram um padrão de oferta pública unificada. A autoridade de saúde pública ou o seguro social tornaram-se os compradores únicos de

serviços hospitalares e cuidados primários, que eram de propriedade pública ou contratados. As relações com os médicos eram de âmbito pecuniário e eram escassos os incentivos à gestão para a focalização na qualidade e para o direito do cidadão. Este padrão organizacional gerou impactos negativos orçamentais e foi refutado pela nova percepção de necessidades do utente/cidadão/consumidor, que necessita de um atendimento individualizado atento aos direitos e às escolhas do doente e pelo custo exorbitante dos tratamentos.

Para reduzir despesas, foram implementadas medidas pelos governos, como o controlo de preços no sector saúde, e a introdução de pagamentos por parte do utente (em conjunto com o Estado) na aquisição de medicamentos, a redução do plano de seguro social e a limitação do emprego no sector. O sistema de pagamento aos prestadores foi alterado, assim como, os valores relativos a remunerações dos profissionais de saúde.

Um outro mecanismo de mercado que foi introduzido no âmbito das reformas dos sistemas de saúde é o recurso a formas de contratualização entre os pagadores e os prestadores (Escoval, 2003).

As medidas de longo prazo mais importantes foram a redução no número de médicos e outros profissionais em formação e do número de camas hospitalares. Paralelamente houve um estímulo às medidas de prevenção da doença e promoção da saúde, na esperança de reduzir, a longo prazo, a procura de cuidados de saúde. Os limites aos orçamentos para a saúde ou a imposição de metas orçamentais em parte dos sistemas de saúde foram outras das medidas adoptadas.

Estas medidas estabilizaram as despesas públicas e provocaram a mudança do modelo assistencial, pela redução de atendimentos hospitalares e pelo aumento das modalidades de cuidados primários.

Os responsáveis pelas reformas procuraram argumentar que o motivo de distorção do sector residia nas falhas das organizações públicas e do mercado, no excesso de oferta ou no aumento da procura de cuidados de saúde.

O efeito destas medidas foi uma estabilização das despesas em saúde e foram iniciadas na segunda metade da década de oitenta em países como a Alemanha, Irlanda. Em Portugal as medidas foram adoptadas mais tarde para garantir melhores cuidados de saúde e conter os gastos (Escoval, 2003).

1.2.3. As reformas dos anos 90

A partir do início dos anos noventa, as reformas da saúde continham variáveis de eficiência para gerar, ao menor custo, incentivos à qualidade e à satisfação dos utilizadores. Adoptaram-se soluções organizacionais que favorecessem os resultados globais e os governos canalizaram os recursos para os serviços mais eficientes e de menor custo.

Nesta década surgiu uma estratégia de implementação de reforma abrangente e sistémica (as reformas *big bang*⁵), adoptada com sucesso pelo Reino Unido e depois adoptada pelos restantes países europeus.

Essas reformas têm por base uma matriz teórica, que revela as falhas de mercado na prestação de cuidados de saúde. Na ausência de uma política de regulação, o mercado de saúde conduz a um excesso de oferta em função da assimetria de informação e do risco moral. A assimetria de informação refere-se à incapacidade do mercado em regular a prestação de cuidados de saúde, devido à falta de conhecimentos dos doentes para fazer escolhas como consumidores. O problema do risco moral refere-se ao excesso de oferta de serviços quando é um terceiro responsável pelo pagamento.

A reforma dos anos noventa também é caracterizada pelo processo de reengenharia da gestão pública, pela operacionalização de algumas propostas da *public choice*, a descentralização dos organismos e maior autonomia para decidir (Escoval, 2003).

A NPM fornece uma nova perspectiva macroeconómica para o sector da saúde. Introduce critérios de avaliação de despesas e organizações públicas para tornar viáveis e legítimas as suas actividades e objectivos. Esta nova perspectiva de gestão esteve na origem da separação entre as funções de financiamento e de prestação de serviços sociais, no presuposto que as duas funções juntas aumentam a ineficiência e conduzem a falhas de responsabilização.

Houve uma tentativa de dar maior relevo ao papel do sector privado e à lógica de mercado no financiamento e prestação de cuidados de saúde. As reformas introduziram o mecanismo de incentivos competitivos, que servem como estímulo para se adoptarem certas posturas para controlar custos por parte das decisões dos médicos.

⁵ Reformas rápidas e globais na Administração Pública.

1.2.4. Actualidade e tendências

Houve uma mudança de paradigma no sector da saúde. Antes a avaliação estava centrada na vertente médica, posteriormente introduziram-se restrições de gastos o que originou uma conciliação entre a racionalidade económica e médica. A lógica do sistema assentava no custo-benefício. Hoje, os métodos de avaliação são mais complexos e orientados por uma lógica de eficiência e de qualidade. Valoriza-se os benefícios esperados em termos de utilidade, qualidade de vida do cidadão e segurança nos cuidados. (Escoval, 2003)

Constata-se que não há evidência de que os ganhos em saúde e o aumento da esperança de vida nos países desenvolvidos seja proporcional ao nível e ao crescimento das despesas em saúde ou ao nível de gastos (ver Anexo I - figura5). Tendo em conta a figura mencionada, constata-se que também não é possível estabelecer uma relação de causa efeito entre os resultados em saúde e a escolha do sistema de saúde, por exemplo de inspiração bismarkiana, Beveridgiana ou mista. O resultado prático depende mais do percurso histórico do país e das suas características, do que o tipo de sistema adoptado⁶.

A repartição dos gastos em saúde ao longo da vida de um cidadão não é estático e tem um padrão estudado (ver Anexo I – figura 6). As conclusões que se tiram é que os custos com os últimos momentos de vida de um doente são exponenciais, o que levanta várias questões ligadas à moral e escolhas políticas. Lynn e Adamson (2003), levantam algumas questões pertinentes:

- a) Qual o valor máximo que se pode gastar em pessoas com baixa esperança de vida, mesmo com tratamento?
- b) Deve-se melhorar a eficiência da Rede de cuidados continuados, para o caso dos doentes mais idosos e incapacitados e optar por instituir cuidados paliativos nos doentes crónicos, em vez de os tentar curar?

⁶ Relatório Final da Comissão para a Sustentabilidade do Financiamento do SNS (2007).

1.3. Contratualização

1.3.1. O processo de contratualização – pontos fortes e aspectos críticos

A contratualização de serviços de saúde na Europa tem resultados diferentes devido a uma multiplicidade de factores, tais como, o grau de desenvolvimento dos sistemas de saúde e a envolvente económica, política e social de cada Estado (Escoval, 2007).

A nível europeu existem várias formas de contratualização para alcançar objectivos coincidentes (eficiência, produtividade, qualidade, etc.). A contratualização em geral, é vista como um instrumento importante para o entendimento entre o prestador e o comprador de serviços de saúde em muitos países (i.e. Espanha, República Checa, Reino Unido, Alemanha), e não é encarada como um simples reembolso de produtos e serviços (Ferreira et al, 2010).

O processo de contratualização proporciona um contexto para a adopção de comportamentos desejados, num quadro de gestão descentralizada, sendo os contratos de *performance* definidos como um conjunto de instrumentos de gestão utilizados para definir responsabilidades entre as partes e para conseguir resultados acordados mutuamente (Barros & Gomes, 2002). O processo de contratualização requer um enquadramento que facilite uma gestão relacional continuada, diálogo e negociação.

Os objectivos da contratualização de serviços de saúde são responder às necessidades e expectativas de saúde das populações, assim como para tornar a prestação de cuidados de saúde mais efectiva e eficiente. A separação do comprador e prestador dos cuidados de saúde subjacente a um processo de contratualização é descrito por cinco pontos (Escoval, 2003):

- A separação de funções pode diminuir a rigidez administrativa;
- A separação de funções pode ser usada para aumentar a competitividade entre prestadores e usar mecanismos de mercado para melhorar a eficiência;
- Os serviços devem ser melhorados ligando planos e prioridades à alocação de recursos;
- As necessidades em saúde e expectativas devem ser tidas em conta;

- Os incentivos financeiros para melhorar a performance dos prestadores

Pontos fortes

De acordo com a teoria económica, a contratualização estimula a competição entre os prestadores, estes são forçados a adoptar soluções inovadoras e a ajustar os preços para irem ao encontro da procura e das condições por ela determinadas.

As relações contratuais conduzem a um melhor conhecimento dos custos por parte dos compradores e reforçam a transparência das negociações. A contratualização promove uma responsabilidade de gestão descentralizada, um meio com potencial para conseguir ganhos de eficiência quando comparado com uma estrutura burocrática e centralizada, que aumenta os custos uma vez que não toma decisões rápidas e eficazes (Relatório de Primavera, 2007).

Aspectos críticos

Os custos associados à formação de pessoal, reengenharia organizacional, alteração cultural, desenhos dos contratos, desenvolvimento de sistemas de pagamentos adequados, monitorização do desempenho e sistemas de informação fiáveis e integrados, são alguns dos aspectos críticos a considerar.

O facto da “competição entre prestadores ser limitada, uma vez que se incentiva relações contratuais de longo prazo” (Escoval, 2007). Esta relação pode favorecer comportamentos desviantes da parte dos prestadores, uma vez, que possuem um nível de informação superior ao dos compradores (ex: custos de produção).

1.3.2. Contratualização na Europa

Os países diferem quanto ao tipo de organizações que actuam como compradoras (governo central, municípios, seguros de saúde), ao número de organizações com a mesma função e à forma como interagem com as outras organizações. Também diferem da forma como são financiadas (Segurança Social ou impostos).

As funções de compra podem ter um lugar ao nível macro (central), meso (regional) ou micro (local). O nível regional é o modelo mais implementado, quer se

trate de compradores em sistemas de segurança social como a França, quer em sistemas de governação local, caso da Espanha.

Os compradores de serviços de saúde a nível micro têm uma extensão relativamente reduzida, caso dos cuidados primários em Inglaterra (Escoval, 2007). Os contratos são a parte mais prática e com maior visibilidade do processo de contratualização. Servem para explicitar quais os serviços e em que termos devem ser prestados.

A contratualização para que possa ser efectiva é necessária a existência de compradores locais ou regionais, porque têm um nível de autonomia que lhes permite estabelecer relações contratuais com prestadores. A proximidade facilita a monitorização dos serviços prestados (Barros & Gomes, 2002).

Na Europa ocidental os métodos de pagamento aos hospitais evoluíram gradualmente de sistemas de reembolso retrospectivo (reembolso por volume de cuidados realizados) para orçamentos globais (define-se como um valor agregado que serve para cobrir despesas hospitalares) e actualmente utiliza-se o sistema de classificação de doentes como os GDH. As combinações de orçamentos globais com GDH/ ajustados pelo *case-mix* são encontrados em diversos países europeus (França, Espanha e Portugal).

No caso Espanhol, o agente que adquire os serviços é uma autoridade de saúde regional, onde não existe uma separação clara do prestador e pagador, exceptuando algumas regiões como a Andaluzia (Ferreira et al, 2010).

Em Portugal, com a Lei n.º 31/2007 de 10 de Agosto, procedeu -se à consolidação do processo de contratualização com os Hospitais (“definindo melhor as responsabilidades e objectivos a atingir com o financiamento público”), através da generalização da prática da contratualização interna em todos os hospitais do SNS.

No momento actual o processo de contratualização para os hospitais está consolidado e metade dos recursos financeiros do SNS são alocados através de contrato-programa. Todos os hospitais públicos relacionam-se com o pagador através deste instrumento que possibilita a descentralização e flexibilidade administrativa para as estruturas locais. Existem novas abordagens às necessidades em saúde influenciadas por novos modelos organizativos e de gestão que exigem a respostas inovadoras. Ferreira et. al. (2010) afirmam taxativamente que “não existe um modelo ideal ou perfeito de

contratualização”, existem várias experiências de países em todo o mundo (Portugal incluído) que precisam de refinamentos e constante evolução.

1.3.3. A Contratualização no Reino Unido

A semelhança de organização do sistema de saúde deste país com a de Portugal serve de justificação para uma breve abordagem.

A criação de um mercado interno⁷ no NHS na década de oitenta, transformou as unidades prestadoras de cuidados de saúde em sub-modelos empresariais com autonomia de gestão, cujo financiamento dependia da obtenção de contratos com as administrações de saúde e com os clínicos gerais (Escoval, 2007).

Os principais contributos da criação de um mercado interno foram (Seedhouse, 1995):

- Incentivos de à transformação dos hospitais públicos em instituições autónomas (*trusts*), com capacidade para competir no mercado pelos recursos disponíveis para atendimento aos utentes;
- Separação de funções entre os níveis central e local;
- Conversão das autoridades sanitárias em organismos compradores de cuidados de saúde e o incremento da actividade dos clínicos gerais em gestores de fundos públicos para aquisição de serviços;

Os contratos foram substituídos por acordos de serviços financeiros para reduzir os custos que estavam associados. Os acordos tinham um período temporal mais dilatado mas continham as expectativas dos compradores. Houve alterações na estrutura de organização do sistema de saúde, o que levou as instituições prestadoras a serem reconfiguradas em organizações independentes não governamentais, mas pertencentes ao NHS. As NHS *trusts* tinham grande autonomia e liberdade de acção (Simões 2004).

A criação das NHS *trust foundation*⁸, permite às NHS *trusts*, candidatarem-se a um estatuto de fundação que lhes dá maior autonomia em relação à regulação e ao controlo central. O modelo de contratualização no Reino Unido tornou as instituições

⁷ O mercado interno no NHS, caracteriza-se por um ambiente de competição para a obtenção de contratos de prestação de cuidados de saúde sem intervenção do Estado.

⁸ Mais informações em <http://www.nhshistory.net/>

menos resistentes à mudança e melhorou os serviços de uma forma geral (celeridade, eficiência e confiança). As diferentes lógicas entre agências e o governo tendem a criar problemas de relacionamento

O modelo Inglês não é um paradigma de sucesso. Desde 2002 até 2007 as necessidades de financiamento cresceram 7,2% ao ano. Conseguiu-se, graças à contratação de mais técnicos de saúde, compra de equipamento e melhoramento das infra-estruturas, diminuir o tempo de espera e aumentar o acesso aos cuidados. Em contrapartida os resultados operacionais foram desastrosos, levando à intervenção do governo. Desde 2008 assiste-se a um controlo dos custos, uma vez, que os NHS *trusts* adoptaram uma postura economicista devido a restrições orçamentais. Esta postura produziu resultados positivos segundo o relatório⁹ de 15 de Outubro de 2009 da “*Care Quality Commission*”, onde são apresentadas melhorias na avaliação da gestão financeira comparativamente ao passado recente e sem perda de qualidade nos cuidados de saúde.

2. O Sistema de Saúde Português

2.1. As reformas no sector de saúde Português

2.1.1. As reformas dos anos 70 e 80

Nos anos 70 o Estado tinha um papel como prestador e financiador dos cuidados de saúde. Neste período os níveis de saúde dos portugueses eram baixos, bem como o nível de profissionalização dos organismos. Assiste-se a uma evolução acentuada no sistema de saúde português durante este período (Lourenço e Simões, 1999).

A criação de um Serviço Nacional de Saúde em 1976 possibilita um crescimento exponencial da procura de cuidados de saúde, atingindo praticamente 100% da cobertura da população. A Constituição da República Portuguesa de 1976 veio consagrar, no seu artigo 64.º, que “*todos têm direito à protecção da saúde*” através da “*criação de um serviço nacional de saúde universal, geral e gratuito*”.

⁹ Mais informações em <http://www.cqc.org.uk>.

O SNS é criado efectivamente em 1979. A Lei n.º 56/79 de 15 de Setembro declara que o acesso ao SNS deve ser garantido a todos os cidadãos independentemente da sua condição social ou económica. O financiamento dos cuidados de saúde passa para a responsabilidade do Estado. Tratou-se de um movimento em claro contra-ciclo económico, aproximando-se de modelos criados em ciclos de prosperidade (Barros & Simões, 2007).

Em 1981 foram criadas as primeiras barreiras no acesso a serviços de saúde, através da introdução de taxas moderadoras e redução da comparticipação do Estado. As despesas do SNS atingem em 1989, quase 30% das verbas para o sector privado (Escoval, 2003). O fenómeno da descentralização /desconcentração da saúde tem início com a criação de dezoito Administrações Regionais coincidentes com os distritos, mas tinham pouco poder de intervenção.

O Decreto-Lei n.º 19/88, de 21 de Janeiro, aprova a lei de gestão hospitalar, traduzindo as preocupações decorrentes do aumento do peso das despesas de saúde no orçamento do Estado. Reconhece-se a necessidade da introdução de princípios de natureza empresarial, no quadro da integração da actividade hospitalar na economia do País. A nova lei trouxe a possibilidade de introdução de níveis intermédios de gestão, através da criação dos centros de custos e de responsabilidade, mas que nunca foram implementados na totalidade (Harfouche, 2008).

2.1.2. As reformas dos anos 90 e actualidade

Nos anos 90 são aprovados dois diplomas, a Lei Orgânica do Ministério da Saúde e é publicado o novo estatuto do SNS através do Decreto-Lei n.º 11/93, de 15 de Janeiro, que tenta ultrapassar a dicotomia entre os cuidados de saúde primários e diferenciados, através da criação de unidades integradas. As unidades integradas de saúde pretendem viabilizar a articulação entre grupos personalizados de centros de saúde e hospitais. Reconhece-se a participação dos cidadãos como parte importante para o desenvolvimento do sector da saúde.

O Estatuto do SNS (1993), consagra as formas de como a prestação de cuidados que podem ser realizadas pelos privados, mediante a celebração de acordos, convenções ou contratos. A possibilidade de celebração de contratos com outras entidades para a

gestão de instituições públicas de saúde, procurando descentralizar e desconcentrar a prestação (Lourenço e Simões, 1999).

Segundo Simões (2004) expressa que a aprovação dos diplomas traduz quatro estratégias principais:

- A regionalização da administração dos serviços, com a criação de cinco Administrações Regionais de Saúde com competências para coordenar a actividade dos serviços de saúde;
- A privatização de sectores da prestação de cuidados, devendo o Estado estimular o desenvolvimento do sector privado na área da saúde, incluindo a gestão privada de instituições de saúde (este tema será desenvolvido no ponto 2.3.1);
- A privatização de sectores do financiamento de cuidados, com a concessão de incentivos à opção por seguros privados de saúde e a possibilidade seguros alternativos;
- Maior ligação entre cuidados de saúde primários e diferenciados através da criação de unidades de saúde que englobem hospitais e centros de saúde (este tema será desenvolvido no ponto 2.3.1.);

No ano de 1995 começa um período de experiência de gestão privada de um hospital do SNS e adopta-se o modelo de empresarialização pública no desenvolvimento dos hospitais e centros de saúde. (Simões, 2004). De 1996 a 1999, três hospitais adoptaram novas formas de gestão (este tema é desenvolvido no ponto 2.3.). Paralelamente, assistiu-se ao desenvolvimento dos sistemas de qualidade com a criação do Instituto da Qualidade em Saúde e distinção entre o financiamento e a prestação de cuidados de saúde. (Escoval, 2007).

Em 1997 as Administrações Regionais de Saúde iniciaram um processo que levou à criação das Agências de Contratualização, cujo papel era a celebração e monitorização dos contratos com os hospitais e centros de saúde. Surgiram os programas para reduzir as listas de espera cirúrgicas e para introduzir o cartão do utente.

Em 1999 foi estabelecido o regime dos Sistemas Locais de Saúde (SLS), que são um conjunto de recursos articulados na base da complementaridade e organizados segundo critérios geográfico e populacionais, que visam facilitar a participação social e

que, em conjunto com os centros de saúde e hospitais, pretendem promover a saúde e a racionalização da utilização dos recursos (Barros & Simões, 2007).

O Decreto-Lei n.º 374/99, de 18 de Setembro, cria os centros de responsabilidade integrados (CRI) nos hospitais do Serviço Nacional de Saúde. Os CRI são estruturas orgânicas de gestão intermédia, agrupando serviços e/ou unidades funcionais homogéneos e ou afins. A tomada de decisão é descentralizada, tal como o planeamento. Há autonomia de controlo dos recursos visando introduzir a componente empresarial na gestão destas unidades. O objectivo consiste em aumentar a eficiência e melhorar a acessibilidade, mediante um maior envolvimento e responsabilização dos profissionais pela gestão dos recursos postos à sua disposição (Harfouche, 2008). Os CRI deviam enquadrar-se no âmbito dos orçamentos-programa previamente contratualizados com o Conselho de Administração (CA) do hospital. Os contratos programa deveriam reflectir pagamentos de acordo com a produção contratualizada (Relatório Primavera, 2006). A implementação de CRI devia ser implementada até Dezembro de 2003 em todos os Hospitais, mas tal nunca veio a suceder.

As reformas mais recentes (Barros & Simões, 2007) dizem respeito a cinco áreas: a promoção da saúde, cuidados continuados, cuidados primários, gestão hospitalar e mercado farmacêutico. As reformas de promoção da saúde estão descritas no Plano Nacional de Saúde (2004-2010)¹⁰ que consiste num conjunto de acções para abordar problemas de saúde da população como o VIH/SIDA e as doenças cardiovasculares.

Na área dos cuidados continuados definiu-se uma intervenção baseada na partilha da responsabilidade financeira, entre as instituições privadas existentes e o Ministério do Trabalho e Solidariedade Social.

As reformas de cuidados em ambulatório foram muito criticadas, especialmente as que envolveram a redefinição da rede dos serviços de urgência prestados pelos hospitais e o encerramento de alguns serviços de atendimento permanente dos centros de saúde.

Na gestão hospitalar houve uma redefinição da oferta de serviços prestados, houve o encerramento de vários blocos de partos nos hospitais baseados em critérios de segurança.

¹⁰ Mais informações em <http://www.dgsaude.min-saude.pt/pns>

Procedeu-se à criação de centros hospitalares, colocando dois ou mais hospitais vizinhos sob a gestão de um mesmo CA. A reorganização dos cuidados hospitalares dentro das regiões tem tido um desenvolvimento elevado e não enfrenta oposição.

Basicamente, os objectivos que se pretendem alcançar com esta fusão de hospitais são potenciar, através de uma gestão comum e racional, as capacidades disponíveis nas unidades hospitalares cuja complementaridade assistencial é fundamental, rentabilizando recursos materiais, humanos e financeiros, com a vista a obter maior eficácia e eficiência na gestão desses meios (Relatório de Primavera, 2006).

Assistiu-se ao anúncio de novos hospitais construídos sob parcerias público-privadas. O Hospital de Reabilitação em S. Brás de Alportel foi o primeiro hospital em PPP, esta abordagem passou para um *call center* do SNS. As PPP portuguesas têm como característica a adjudicação de dois contratos: um de construção e manutenção das infra-estruturas, o outro para a gestão de actividades clínicas. Estas parcerias são vistas como parcerias pouco claras, devido à demora do processo e mútuas acusações das entidades que fazem propostas de parceria. Prevê-se que as parcerias público-privadas ganhem peso, nomeadamente através da celebração, por parte do SNS, de contratos com hospitais privados. A tendência é para o Estado assumir cada vez mais um papel de regulador, afastando-se progressivamente da prestação directa de cuidados de saúde⁹.

Num artigo publicado no jornal Público¹¹ divulgou-se as conclusões de um relatório¹² sobre as PPP sublinhou-se que o XVII Governo Constitucional errou na forma como conduziu a negociação das PPP na saúde. No relatório fez-se uma apreciação global das parcerias público-privadas para a construção de novos hospitais, respondendo a uma solicitação por parte da Ministra da Saúde. As conclusões do relatório evidenciam um processo moroso e com vários ajustamentos. É abordada as lacunas das ARS em termos de capacidade técnica para fazer o acompanhamento da parceria da forma mais eficaz. Reconhece-se que o contrato não pode incluir todas as especificidades que possam ocorrer no futuro, e que se deve incentivar as renegociações

¹¹ Jornal Público, 09.12.2009, em http://www.publico.pt/Sociedade/estudo-governo-errou-nas-parcerias-publicoprivadas-nasaude_1413136

¹² Relatório sobre parcerias para construção de hospitais em regime de financiamento privado e avaliação comparada dos Centro de Medicina de Reabilitação. A Equipa de Análise foi composta por Jorge Simões (coordenador), Pedro Pita Barros, Sofia Nogueira da Silva e Sara Valente. Disponível em <http://www.portaldasaude.pt/portal/conteudos/a+saude+em+portugal/publicacoes/estudos/cmrsul+relatorio.htm>.

dos contratos para acautelar possíveis necessidades de tratamentos ou o surgimento de novas tecnologias, A renegociação surge como mecanismo de aumentar a eficiência das relações e evitar soluções contratuais *ad-hoc*. O relatório conclui que “não há uma resposta única, do ponto de vista da análise económica”, à questão de incluir ou não a actividade clínica” e conclui que “é necessário avaliar em cada caso os elementos envolvidos associados com investimentos que pela sua natureza intangível não podem ser incluídos no contrato de gestão”. Os autores do estudo expressam que o clima de confiança entre as partes, diminui os custos de litigância e de conflito.

A Gestão empresarial chega com a aprovação do novo regime de gestão hospitalar (decreto-lei nº 27/2002, de 8 de Novembro), introduzem-se modificações profundas na Lei de Bases da Saúde.

Aprova-se um novo modelo de gestão hospitalar, aplicável aos estabelecimentos hospitalares que integram a Rede de Prestação de Cuidados de Saúde e criam-se os modelos de gestão de tipo empresarial. Numa primeira fase, os hospitais foram considerados como sociedades anónimas de capitais exclusivamente públicos e designados por SA (em 2005 o decreto-lei nº93/2005 transforma os hospitais SA em EPE).

Com o Decreto-Lei n.º 309/2003, de 10 de Dezembro, assistiu-se à criação da Entidade Reguladora da Saúde para garantir aos cidadãos acesso a cuidados de saúde e a introdução da política do medicamento pelo decreto-lei nº129/2005 para tornar os medicamentos mais acessíveis aos consumidores (Barros & Simões, 2007).

A reforma do sistema de saúde tem que ser encarada como um processo de aperfeiçoamento constante de forma a acompanhar a evolução, necessidades e expectativas da sociedade.

2.2. As influências da Nova Gestão Pública (NPM)

2.2.1. Contributos

A melhoria da governação na saúde¹³ traduziu-se em processos de descentralização para níveis regionais ou municipais, na utilização de mecanismos de mercado e na crescente empresarialização da actividade da gestão (Relatório Primavera, 2008). O NPM alterou as formas tradicionais de comando e controlo. Com a transformação da natureza jurídica dos hospitais em SA, pretendeu-se elevar a autonomia de gestão dos hospitais, de modo a reflectir a realidade empresarial. Estabeleceu-se a separação do papel de prestador de cuidados de saúde do papel de financiador público do SNS, mantendo o carácter geral, universal e tendencialmente gratuito (Harfouche, 2008).

Os hospitais empresa-pública, de que os hospitais SA são uma modalidade, não representam nenhuma forma de privatização em sentido próprio, uma vez que a propriedade e prestação dos cuidados de saúde mantêm-se no sector público. Os hospitais SA são igualmente públicos como os hospitais tradicionais. Os hospitais-empresa alteram apenas o modo como são geridas, adoptando métodos idênticos à gestão privada.

A corrente NPM juntamente com a desintervenção do Estado contribuíram para o desenvolvimento dos mecanismos do tipo mercado e a empresarialização¹⁴ sempre com o objectivo de melhorar a eficiência e controlo de custos (Escoval, 2007). O impacto da NPM na Administração do Estado e conseqüentemente no sector da saúde. Os impactos mais significativos são (Harfouche, 2008):

- A Empresarialização, que abrange os hospitais;
- A privatização, com a alienação de serviços e sua contratação a privados;
- A contratualização, tanto de direito privado como público;

¹³ Diz respeito às acções e aos meios adoptados por uma sociedade para se organizar com vista à promoção e à protecção da saúde da sua população. Os objectivos sociais e compromissos são a base para a formulação das políticas de saúde. Em paralelo tem de estar presente os elementos associados à boa governação, que são o enfoque nas pessoas, a prestação de contas, a transparência, a participação dos cidadãos, a monitorização e avaliação.

¹⁴ Mais informações em <http://www.hospitalsepe.min-saude.pt>

- A multiplicação de estruturas transitórias da Administração, como os grupos de missão, comissões;
- A criação autónoma de estruturas de observação, de acompanhamento e estudos, como o caso do Observatório Português dos Sistemas de Saúde;
- A utilização progressiva das parcerias público privadas;

2.2.2. Falhas na implementação

Descentralização é uma palavra-chave da estrutura constituinte do SNS. A lei de Bases da saúde 1990, estabelece que o SNS deve ser gerido a nível regional, porque é mais fácil coordenar a resposta às necessidades da população, distribuindo os recursos financeiros de forma mais eficiente, junto do local.

Este princípio está em consonância com as tendências das reformas em muitos países europeus, os quais consideram a descentralização como um meio de melhorar a distribuição dos serviços e de recursos consoante as necessidades. Na prática, a responsabilidade de planeamento e distribuição de recursos no SNS é bastante centralizada.

A criação das ARS (Administração Regional de Saúde) não teve um aumento de responsabilidade financeira, cada ARS deveria possuir um orçamento próprio que utilizaria para financiar a prestação de cuidados de saúde. Na prática só tem autonomia para afectar recursos aos cuidados primários, uma vez que os orçamentos dos hospitais continuam a ser definidos e distribuídos pela autoridade central (Barros&Simões, 2007).

Não há uma preocupação com os critérios de selecção, a integração e a formação dos membros dos CA. Não existe uma especificação das competências e atributos que sejam requisitos mínimos no processo de nomeação, exceptuando o critério de confiança política. Em alguns países anglo-saxónicos (Inglaterra, Nova Zelândia e Austrália) o processo de selecção dos nomes aos lugares são transparentes e mais voltados para a competência técnica. A integração e formação para garantir o bom desempenho do CA são deficientes e constituem um entrave para o sucesso das equipas (Raposo, 2007; Relatório Primavera, 2008).

Pretendia-se proceder a uma delegação vertical de responsabilidades com a criação de centros de responsabilidade, para isso concedeu-se mais poder aos gestores

de nível intermédio para gerir melhor os recursos. Estes centros agrupariam os serviços de unidades hospitalares de dimensão adequada com critérios de homogeneidade de produção e complementaridade de objectivos, para melhorar a coordenação das especialidades médicas, controlo de custos e maior ambiente competitivo. O resultado final é que existem alguns centros de responsabilidade, mas não foram fomentados nos hospitais do SNS (Barros&Simões, 2007; Raposo, 2007).

As reformas, não significam só produção legislativa (leis, regulamentos). Precisam de tempo para serem entendidas e postas em prática, é preciso haver “paz social” nos órgãos de gestão de topo. É necessário haver menor rotação de gestores nos cargos de chefia, porque podem quebrar linhas condutoras na implementação de estratégias para a Instituição, a não ser por erros grosseiros de gestão ou outros comportamentos desviantes (Barros, 1999). As mudanças constantes dos seus CA, são feitas na maioria sem qualquer avaliação e responsabilização, o que não constitui uma boa prática no âmbito das políticas NPM (Raposo, 2007; Relatório Primavera, 2008).

2.3. Empesarialização

2.3.1. Primeiras Experiências nos Hospitais SNS

A Lei de Bases da Saúde de 1990 abriu as portas à realização de experiências inovadoras de gestão. Em 1995, o Hospital Fernando da Fonseca criado desde 1991 foi objecto de concessão de gestão por contrato. A gestão era exercida por uma entidade privada e o HFF continuava a exercer uma missão de serviço público. Foi um exemplo de privatização de serviços (Relatório Primavera, 2008). O Hospital Fernando da Fonseca constituiu uma forma particular de parceria público-privada (Relatório Primavera, 2009).

Em vez de incentivar a redução do peso do estado com a privatização em áreas de prestação de cuidados como era o propósito na década de noventa, o MS apostou na agilização da gestão e em 1998, através do Decreto-Lei n.º 151/98 de 5 de Junho, introduziu no Hospital de São Sebastião, em Santa Maria da Feira, a adopção de instrumentos do direito privado na gestão de recursos humanos e nas aquisições de bens e de serviços, embora mantendo estatuto e gestão públicos (Barros Simões, 2007).

Em 1999 foi criada a Unidade Local de Saúde de Matosinhos que estabelece um modelo inovador de organização dos serviços prestadores de cuidados primários e hospitalares. Engloba sobre uma mesma entidade gestora o Hospital Pedro Hispano e os quatro centros de saúde da sua área de influência. A descentralização da gestão dividia-se em três partes: a do centro de responsabilidade hospitalar, a dos cuidados primários e a da saúde pública (Barros & Gomes, 2002).

Em 2001 foi criado em Portimão, o Hospital do Barlavento Algarvio, em moldes semelhantes aos do Hospital de São Sebastião. De forma a imprimir modernidade às várias vertentes de gestão hospitalar mas mantendo a lógica do interesse público. Estes modelos de gestão incluíam a contratualização do financiamento em função das actividades a prosseguir, do estabelecimento de incentivos aos profissionais de saúde e da agilização da contratação dos meios necessários ao seu funcionamento (Harfouche, 2008).

Os restantes hospitais públicos mantiveram a estrutura e regras de funcionamento convencionais, mas ao mesmo tempo era sentida a necessidade de introduzir características empresariais mais profundas nas entidades do Estado. O modelo de gestão convencional do hospital público estava ultrapassado e esgotado possuindo graves problemas de eficiência na afectação de recursos, baixa produtividade, elevado ritmo de crescimento da despesa pública que se tornava incontrolável para o país e uma crescente insatisfação dos utentes pelos níveis do serviço prestado. Perante a avaliação positiva das experiências inovadoras até então desenvolvidas, em particular do Hospital de São Sebastião, a “gestão empresarial” era o passo a dar em frente no processo de empresarialização.

2.3.2. Hospitais Empresa

Os hospitais do SNS eram, em geral, pessoas colectivas de direito público, dotadas de autonomia administrativa e financeira (eram institutos públicos). Em 2002, a publicação da Lei n.º 27/2002 de 8 de Novembro, revogou o Decreto-Lei n.º 19/88 e alterou de forma decisiva algumas disposições da Lei de Bases da Saúde de 1990.

A nova Lei de Gestão Hospitalar introduz três princípios fundamentais: a separação do papel do Estado como financiador/prestador, através daquilo que se designa como um novo modelo de contratação e pagamento (a contratualização do

financiamento dos hospitais em função das actividades a realizar); a introdução de uma verdadeira gestão empresarial, com a criação de unidades de saúde com a natureza de sociedades anónimas de capitais exclusivamente públicos; a agilização do processo de contratação de pessoal em que o contrato individual de trabalho é a norma (Harfouche, 2008).

Este mesmo diploma tipifica mais quatro modelos jurídicos para os hospitais integrados na rede de prestação de cuidados de saúde:

- Os estabelecimentos públicos, dotados de personalidade jurídica, autonomia administrativa e financeira, com ou sem autonomia patrimonial – hospitais SPA;
- Os estabelecimentos públicos, dotados de personalidade jurídica, autonomia administrativa, financeira e patrimonial e natureza empresarial – hospitais EPE;
- Os estabelecimentos privados, com ou sem fins lucrativos, com quem sejam celebrados contratos – hospitais convencionados;
- As Instituições do SNS geridas por entidades públicas ou privadas mediante contrato de gestão;

Em Dezembro de 2002, dando seguimento ao estatuído na Lei n.º 27/2002, foram publicados 31 decretos-lei que transformaram 34 hospitais públicos em 31 sociedades Anónimas de capitais exclusivamente públicos (por constituição de centros e grupos hospitalares) com órgãos de gestão constituídos por gestores públicos (Relatório Primavera, 2003). A questão central, referida em todos os diplomas de transformação dos hospitais em SA, é a gestão empresarial que permite:

- Ganhos em saúde, a melhoria do desempenho, da eficiência do SNS;
- A introdução da autonomia de gestão e a responsabilidade financeira ao nível da gestão hospitalar;
- A separação entre prestador de cuidados e financiador;

Depois de experiências inovadoras pontuais, a introdução dos Hospitais SA conseguiu romper o preconceito de que não é possível realizar importantes mudanças na saúde. O objectivo de satisfazer as necessidades dos utentes em tempo útil e com qualidade e a contenção da despesa pública foram as metas que estiveram na criação de novos modelos de gestão (Harfouche, 2008).

Os hospitais empresa SA têm problemas comuns com os SPA no que toca a sistemas de informação em saúde fracos, falta de transparência em relação aos resultados obtidos, o facto de dependerem de uma “teia burocrática” de administração central e uma cultura organizacional dominada pelos grupos profissionais. Na passagem de SPA para SA e EPE o que mudou foi a política de aquisições e de contratação de recursos humanos e o desenvolvimento de algumas ferramentas de informação. Mas, quanto ao resto, a generalidade desses hospitais manteve o seu desenho organizacional e o modelo da sua governação não mudou (Relatório de Primavera, 2006).

A passagem dos hospitais SA para EPE, não alterou a estrutura hierarquizada, o que não possibilitou a descentralização das decisões necessárias ao processo de contratualização (Simões, 2010).

2.3.3. Categorias de Hospitais Públicos no SNS

O fenómeno da empresarialização teve impacto nos estabelecimentos hospitalares do SNS. Independentemente da sua designação, são dependentes do Governo, regem-se por legislação própria e dividem-se em três categorias que em seguida passo a descrever.

Sociedades Anónimas/EPE

As sociedades anónimas hospitalares são empresas públicas. O único accionista é o Estado representado pelo Ministério das Finanças e da Saúde, na contratação de funcionários utiliza-se o contrato individual de trabalho, prevendo-se a utilização de incentivos, pecuniários ou de outra natureza. Em 7 de Junho de 2005, o Decreto-Lei n.º 93/2005 aprovou a transformação dos 31 hospitais sociedades anónimas em entidades públicas empresariais (EPE). Em Dezembro de 2005 mais 5 unidades de saúde foram transformadas em EPE (incluía o Hospital Santa Maria e o Hospital São João). Em Março de 2007 a criação de mais 8 novas EPE, o Centro Hospitalar de Coimbra foi um deles (Barros&Simões, 2007).

Os hospitais SA revestem uma das formas de empresa pública previstas na lei geral do sector empresarial do Estado, a par das Entidades Públicas Empresariais (EPE). As diferenças não têm a ver com a natureza empresarial que é comum, mas somente com a natureza do seu capital, a forma de controlo governamental e o tipo de controlo financeiro a que estão sujeitos.

Hospitais SPA

A modernização das SPA resultou da adopção de novos regulamentos que tentaram replicar, tanto quanto possível, a experiência dos hospitais SA dentro do sector público. Foram nomeadas novas equipas de gestão e estabeleceu-se contratos-programa com cada hospital, fixando objectivos e metas de quantitativas e prioridades.

Adoptaram critérios de qualidade, bem como sistemas de monitorização e avaliação semelhante ao dos hospitais SA. Possibilidade de providenciar financiamento adicional aos hospitais como recompensa para melhorias de resultados (Harfouche, 2008).

Hospitais em Parcerias Público-Privadas (PPP)

As PPP no Sector da Saúde possuem características importantes na área do direito financeiro: produzem um contrato que especifica a realização de entradas de capital público; as respectivas despesas são realizadas ao longo dos anos económicos, a contratação de uma parceria implica uma orçamentação plurianual dos respectivos encargos.

Os contratos têm uma duração de 30 anos para a vertente do edifício hospitalar e de 10 anos para a prestação de cuidados hospitalares, sendo os critérios de ordem económica e competência técnica. A lição da experiência do Hospital Amadora Sintra é a necessidade impor uma forte legislação quanto à supervisão das PPP.

As PPP possibilitam a diversificação dos fundos do SNS permitindo uma renovação mais rápida das suas instalações e equipamentos, mas por outro lado estas parcerias exigem ao sector público uma maior preparação tanto ao nível da sua negociação da monitorização (Relatório Primavera, 2009)

2.4. Contratualização

2.4.1. O processo de contratualização

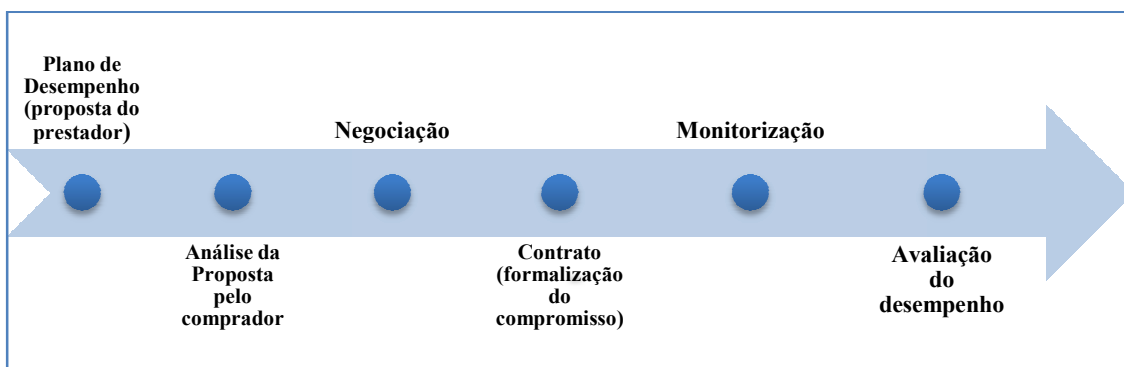
Os mecanismos de contratualização apoiam-se no pagamento prospectivo aos serviços prestadores, com base em orçamentos negociados, e a explicitação da produção contratada. Reflectem a explicitação de objectivos voltados para ganhos de eficiência e ajustamento à procura efectiva das necessidades de saúde das populações (Escoval, 2003).

Para conter o crescimento da despesa foi reforçada a importância da contratualização e das Agências de Contratualização, que assumem de novo um papel activo na distribuição de recursos. O abandono do financiamento retrospectivo em que os prestadores eram reembolsados por um volume de cuidados de saúde realizados de acordo com uma lista de serviços, dias por doente ou doentes saídos.

A implementação e a operacionalização de um orçamento "contratado", que tenha em consideração as especificidades da produção do sector, são uma necessidade incontornável. Às entidades envolvidas no grupo de trabalho, agora reconstituído, são definidas responsabilidades e objectivos a atingir ao longo do processo, que se deseja desenvolvido de forma articulada e integrada (Relatório de Primavera, 2006)

A operacionalização deste processo inicia-se (ver figura 2) com o envio do ficheiro do Plano de Desempenho aos hospitais para a Agência. Este documento constitui uma ferramenta de suporte à gestão com a finalidade de ajustar os níveis de actividade aos resultados a obter, enquadrados por linhas orientadoras, nacionais e regionais. Surgiu da necessidade de relacionar uma actividade previsional com um volume de recursos financeiros, perspectivando a optimização dos meios que lhes estão afectos e à maximização dos resultados de saúde.

Figura 2 – Processo de Contratualização



Fonte: ACSS | Ministério da Saúde

O processo de negociação com os Prestadores, instrumentalizado pelo Orçamento-Programa, procura reflectir o compromisso entre as perspectivas dos cidadãos (necessidades em saúde), da Administração central (estratégia de saúde) e das Agências de Contratualização (critérios de evidência clínica, de custo/efectividade e equidade). Ou seja, a definição de objectivos de produção e produtividade tem subjacente a valorização das expectativas da acessibilidade, qualidade e ganhos em saúde, ao mesmo tempo que procura otimizar a utilização dos recursos atribuídos. (Escoval, 2003)

Existe evidência de que o processo de negociação não é, em muitos casos, totalmente efectivado. Raposo (2007), para a pergunta “ se o contrato-programa é negociado ou é imposto?” obteve como resposta, que era negociado parcialmente (50% das respostas). Independentemente das respostas os comentários proferidos tinham como ideia central que “mais do que uma ferramenta para a definição de objectivos” o contrato-programa era usado como ferramenta de controlo do défice. As críticas apontadas ao processo são: que a negociação é “feita em cima do joelho”, com prazos curtos e que o processo de negociação, é encarado como uma “nota de encomenda” ao CA, que podem tentar não negociar e impor as suas condições no processo de contratualização interna.

Ao mesmo tempo que promovem a autonomia dos prestadores para que estes possam desenvolver internamente uma verdadeira gestão por objectivos e, assim, cumprir o negociado, as Agências assumem também as não menos importantes funções de acompanhamento, apoio e monitorização do desempenho, regulando assim o comportamento dos prestadores de cuidados através de uma interacção permanente.

Detectar desvios, identificar constrangimentos, recomendar correcções, ajudar a encontrar as melhores soluções para os problemas detectados, avaliar a implementação das medidas sugeridas são competências das Agências de Contratualização no âmbito de um novo modelo de interacção entre as instituições.

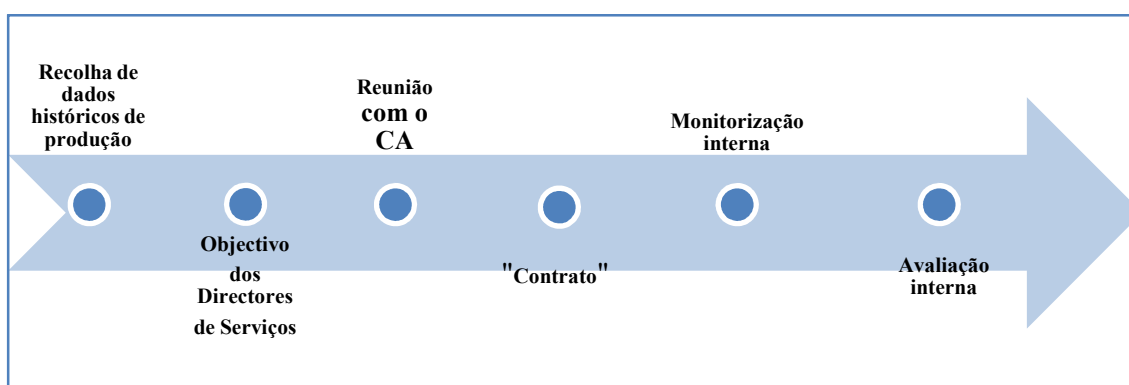
A avaliação do desempenho, associada a um sistema de consequências, fecha o Ciclo deste processo que, sendo mais exigente e responsabilizadora, é também mais gratificante para os diferentes actores.

A diferenciação e heterogeneidade envolvida na complexidade dos serviços envolvidos e os efeitos da competição tornam difícil que haja um único padrão consistente no modo de contratualização, já que o seu processo é uma parte de um conjunto de relações.

2.4.2. Contratualização interna

A Contratualização interna pretende o diálogo dentro da organização onde o CA negocia com os Centros de Responsabilidade, Departamentos, Serviços ou outras formas de organização, onde se apliquem recursos em troca de benefícios para os utentes. O desenvolvimento do processo implica a adopção de novos modelos de organização e de gestão. Surgem os gestores de nível intermédio associados a uma cultura de gestão por objectivos, à descentralização, responsabilização e delegação de autoridade (Escoval, 2003).

Figura 3 – Processo de Contratualização Interna nos CHC



A contratualização interna “constitui sobretudo uma gestão por objectivos que promove o alinhamento estratégico do trabalho dos hospitais com os objectivos externos” que são a satisfação de necessidades em saúde dos utentes. Para atingir os

objectivos é necessário que existam instrumentos de gestão para que o processo de implementação, monitorização e acompanhamento seja eficaz. (ACSS, 2009).

Actualmente assiste-se a uma mudança de sentido no modo como a negociação interna e externa é realizada. Procura-se definir os objectivos dentro da Organização para apresentar externamente, em função das necessidades da população. Primeiro cria-se um plano de desempenho que se negocia internamente, antes do início do processo de negociação com as entidades externas de modo a envolver todos os elementos da organização na construção dos objectivos (ACSS, 2009).

O quadro 1 apresenta os factores de sucesso para a Contratualização Interna e a descrição breve de cada um.

Quadro 1 – Factores para o sucesso da CI nos Hospitais

Factor de Sucesso	Descrição
Uma liderança capaz	Habilidade em motivar um grupo de pessoas a alcançar objectivos propostos
Plano de comunicação	Divulga os objectivos a serem concretizados permitindo a participação de todos os colaboradores na concretização dos compromissos;
Introdução de incentivos	É um factor que potencializa o alcance de resultados
Sistemas de Informação	Devem ser fiáveis para uma boa monitorização dos objectivos e que permitam tomar as melhores decisões

Em 2006 o panorama da contratualização interna era desolador, as mudanças efectuadas nos hospitais (empresarialização) pecaram por terem privilegiado excessivamente a componente jurídica, (nomeadamente as questões relacionadas com o estatuto jurídico), subestimando a implantação de modelos de contratualização interna com a descentralização da decisão nos “pólos de produção”. Não houve aposta na informação como recurso estratégico para dar apoio à decisão, protelando a implantação da gestão por objectivos (Relatório de Primavera, 2006). O relatório de Primavera de 2009 fala que “a contratualização interna tende a ser um reflexo da contratualização externa/modelo de financiamento, como tal, deverá haver a plena consciência de que são os modelos de financiamento, em particular nas entidades públicas empresariais, que gizam os comportamentos organizacionais”.

2.4.3. Relação Contratual (tipos de contrato)

A contratualização de serviços de saúde é um processo de relacionamento, entre financiadores e prestadores, assente numa filosofia contratual envolvendo uma ligação

entre financiamento atribuído e resultados esperados, considerando metas de produção, acessibilidade e qualidade.

A contratualização não ocorre apenas no sector da saúde, devendo ser vista como parte integrante de um processo maior que acontece em diversos sectores das políticas públicas e da sociedade.

Esta relação contratual baseia-se na teoria do principal-agente. Esta teoria é relevante para analisar qualquer relação onde se verifiquem as seguintes condições:

1. Delegação de uma tarefa por um agente económico a outro;
2. Informação assimétrica;
3. Relação imperfeita entre o esforço realizado e o resultado do esforço;
4. Custo de monitorização elevado;
5. Objectivos não alinhados.

Nesta relação contratual, o Estado actuando como agente do cidadão (o principal), contratualiza com entidades prestadoras a oferta de cuidados a uma população, estabelecendo necessariamente um conjunto de exigências contratuais em matéria de qualidade, de desempenho, e de acesso, e que são sua obrigação monitorizar, enquanto financiador público (Escoval, 2003).

São requisitos essenciais na definição de uma relação por contratualização:

- Acordo entre as partes e controlo mútuo do processo;
- Definição do papel de cada uma das partes e do risco a partilhar;
- Desenvolvimento de competências no processo;
- Um sistema adequado de monitorização e suporte à gestão;
- Definição clara dos limites contratuais;

A definição de contratos incentiva: a delegação de responsabilidades ao longo da linha de gestão, dando aos gestores de nível hierárquico inferior mais autonomia para gastar os recursos de acordo com as necessidades da população, a partilha contratual dos riscos entre compradores e prestadores, a melhoria do desempenho dos prestadores (que ficam financeiramente responsáveis por oferecer um volume determinado, qualidade e serviços a preços negociados ou regulados), e a melhoria do planeamento do desenvolvimento dos cuidados de saúde (Harfouche, 2008).

O quadro 2 apresenta os três tipos de contratos que se encontram no processo de Contratualização (Harfouche, 2008).

Quadro 2 – Tipos de Contrato

Tipo de Contrato	Descrição
Contratos em bloco	Estes contratos podem ser comparados a um orçamento global para um serviço definido, em que o comprador (ou o agente) acorda pagar um montante em troca do acesso a um conjunto de serviços definidos.
Contratos de custos e volume	Estes contratos constituem um aperfeiçoamento dos contratos globais, em que o pagamento por determinados serviços é mais explícito relativamente aos serviços disponibilizados. O contrato pode estipular que o comprador (ou agente) pague um montante específico para um número determinado de doentes a serem tratados, numa dada especialidade.
Contratos de custo por caso	Nestes contratos é estabelecido um único custo para cada tratamento do doente. Tinha um carácter residual de modo a financiar tratamentos que ficassem fora dos contratos em bloco ou custos e volume. Nos contratos de custo por caso tratado, os contratantes assumem o risco do aumento imprevisto da procura, mas propicia maior liberdade de escolha dos cidadãos.

2.4.4. Agências

A primeira agência de contratualização foi criada em 1996 na Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, com o objectivo de melhorar a acessibilidade aos utentes e aumentar a produção (Ferreira et al, 2010). O estabelecimento de agências de contratualização (1997) em cada ARS tinha como missão desenvolver um processo negocial (contratualização) de atribuição de recursos às entidades prestadoras de cuidados.

O processo de contratualização foi continuado em 1998 e 1999, contando com cinco Agências, uma por cada região de saúde, que procediam à negociação individual com todos os hospitais e centros de saúde. Tinham o objectivo de alterar a forma como os recursos eram distribuídos dentro do SNS. A negociação era orientada por critérios de eficiência e qualidade estabelecendo acordos com as instituições através dos Orçamentos-Programa. O poder das Agência de contratualização era muito limitado, uma vez, que o comprador não tinha força para penalizar ou impor qualquer consequência à gestão hospitalar ou para forçar as medidas correctivas necessárias. Tinham uma função de consciencializar os gestores para o controlo dos custos e objectivos para a eficiência (Barros&Simões, 2007).

Em 2000 o processo abrandou. As Agências ficaram aquém dos objectivos para que foram constituídas, perderam o poder financeiro, que constituía um dos pilares da contratualização, transformando os Orçamentos-Programa em meras análises de desempenho.

Apesar das Agências de Contratualização nunca terem sido legalmente extintas, viram-se remetidas para uma situação de existência virtual, ficando o seu grau de intervenção diminuído.

Até 2006 as Agências não conseguiram aliar as preocupações na adequação dos cuidados às verdadeiras necessidades do cidadão (entendido como a centralidade do sistema) e mantendo simultaneamente as preocupações nos aspectos financeiros, para promover a sustentabilidade, do SNS. Para tal, é necessário dispor de Agências de Contratualização exigentes e de uma regulação forte (Relatório Primavera 2006). Na actualidade o panorama não se alterou muito, uma vez, que a oferta de serviços depende mais da capacidade instalada do prestador e não das verdadeiras necessidades do utente.

O quadro 3 enumera os principais objectivos das Agências para o processo da Contratualização e as suas estratégias¹⁵.

Quadro 3 – Objectivos e Estratégias das Agências

Objectivos:
Dirigir as diferentes etapas do processo de contratualização.
Coordenar a acção dos diferentes intervenientes.
Participar no processo de negociação do Orçamento-Programa.
Monitorizar o desempenho dos prestadores, promovendo a eficiência.
Fazer a avaliação do cumprimento das metas de produção, acessibilidade e qualidade definidas como objecto do contrato.
Identificar as necessidades em cuidados de saúde e ineficiências no acesso.
Promover boas práticas económicas e clínicas.
Incentivar a inovação.
Aumentar o conhecimento sobre o Sector e sobre os gastos em Saúde.
Promover a análise de tendências e a elaboração de cenários.
Disponibilizar informação que facilite a tomada de decisão política e dos responsáveis pelo planeamento.
Estratégias:
Criação de grupos de trabalho a nível regional (Agências de Contratualização de Serviços de Saúde).
Consolidação das Equipas de Contratualização.
Desenvolvimento de Sistema de Informação que suporte um planeamento e avaliação eficazes.

¹⁵ Mais informação em <http://www.contratualizacao.min-saude.pt>

Na actualidade as agências procedem à negociação, celebração de contratos-programa fazendo a ligação entre a ACSS e os respectivos hospitais. Procedem à monitorização mensal e o acompanhamento trimestral do cumprimento dos contratos-programa. Estabeleceram protocolos com universidades para a investigação, formação na área da contratualização e aprofundaram os processos de auditoria (Relatório de Primavera, 2009). Mas é com a reestruturação das ARS e a integração de um Departamento de Contratualização com alguma autonomia face à entidade de acolhimento, que indiciam a irreversibilidade da contratualização (Ferreira et. al., 2010).

O modelo do Reino Unido é diferente do Português, existe um mercado competitivo para a prestação de cuidados em saúde. Em casos extremos se um hospital não conseguir “vender” certos serviços, poderá ter que os encerrar. As agências do NHS são designadas por NHS *Trusts*, possuem grande autonomia relativamente ao controlo central. As agências distribuem os fundos conforme as tarifas negociadas ou contratos base feitos com os prestadores. O orçamento dado às agências depende das características da população e necessidades em cuidados de saúde. Devem atingir o *break even point*, ou seja, não podem apresentar resultados negativos embora alguns nunca cumpram.

Os *trusts* são responsáveis pela aplicação de 80% do orçamento do NHS. Têm os seus orçamentos e estabelecem as suas prioridades de acordo com as prioridades estabelecidas pelo Departamento da Saúde Inglês e a Autoridade estratégica para a Saúde. São eles que compram cuidados em saúde aos hospitais públicos, médicos pertencentes ao NHS ou então ao sector privado¹⁶.

Uma conclusão que se pode retirar é que os *trusts* em Inglaterra são muito mais autónomos do que as Agências em Portugal. Têm um papel importante na forma como os gastos são realizados, no caso nacional, a ACSS é que tem a última palavra a dizer e é ela que dita como é que se gasta o dinheiro (programas específicos na área de infecção por VIH/SIDA, formação dos internos da especialidade, etc.).

¹⁶ Mais informação em <http://www.nhs.uk>

2.5. Contrato Programa

É um modelo em que o hospital se compromete a cumprir determinados níveis de actividade (internamentos, consultas externas, etc.) em contrapartida de um orçamento global anual. Os resultados financeiros negativos devem ser internamente suportados pelo hospital, embora sem grande consequência para os CA. O lucro não está subjacente à actividade do SNS, a prestação de cuidados de qualidade e o acesso são mais valorizados. (Escoval, 2003)

O modelo de contratualização com os hospitais é materializado com o estabelecimento de um contrato-programa entre o Estado enquanto entidade contratadora/pagadora, através da Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS) e Administrações Regionais de Saúde, e as unidades prestadoras de cuidados de saúde. O contrato-programa visa relacionar a actividade prevista numa organização e o financiamento atribuído. Este novo modelo de financiamento assenta em cinco grandes princípios (Relatório de Primavera, 2009):

- A criação de um contrato entre o Estado (financiador) e o respectivo hospital, titulada por um contrato-programa que define a produção para o SNS
- Os cuidados e serviços a comprar estão agrupados por linhas de actividade internamentos, consultas, episódios de urgência e hospital de dia – e têm um preço ajustado pelo índice de *case-mix* (complexidade das patologias tratadas);
- O volume de produção contratada tem em conta a capacidade instalada, permitindo cobrir os custos fixos dos hospitais;
- A produção marginal é paga até um certo limite médio, sofrendo depois uma penalização ajustada e regressiva face aos custos variáveis. As urgências não estão contempladas por qualquer tecto de produção;
- O contrato-programa deve constituir-se como um instrumento de regulação da procura, ao permitir a distribuição estratégica das produções pelas linhas de produção;

Associado ao processo de contratualização está o estabelecimento de um sistema eficaz de monitorização dos contratos de forma a garantir o cumprimento dos objectivos mutuamente acordados.

O modelo de acompanhamento do processo de contratualização visa acompanhar:

- O ritmo da produção contratada por linha de produção;
- Os objectivos contratados com consequências ao nível da distribuição da verba de convergência: objectivos nacionais/regionais;
- O desempenho da actividade hospitalar: para as dimensões de acesso, qualidade, eficiência, produtividade e desempenho económico-financeiro;

Problemas com os modelos de contratualização

Segundo Escoval (2003) os principais problemas relacionados com a contratualização são:

- Autonomia insuficiente por parte dos prestadores dificultando o assumir de compromissos sem capacidade de gerir todos os recursos da Instituição;
- Falta de concorrência derivado da ausência de prestadores em condições de prestar o mesmo serviço, as agências terão a sua capacidade negocial reduzida, quer em qualidade, quer em preços;
- Custos de transacção motivado pela complexidade dos contratos e a necessidade do seu acompanhamento;
- Incentivos perversos: se os contratos não forem bem planeados e monitorizados, os prestadores poderão incorrer em práticas diferentes para maximizar o seu benefício;
- A inexistência de mecanismos de contratualização ao nível interno perpetuou uma cultura do sector público, a ausência de responsabilização pelos resultados e preocupação efectiva pela obtenção de excelência no desempenho, uma comunicação deficiente entre as estruturas e uma visão desagregada entre a gestão do desempenho e a cultura organizacional (Relatório OPSS, 2009);

Os contratos-programa dos hospitais EPE e SPA, podem ser consultados no site oficial da ACSS. Estes contratos seguem uma metodologia que também está disponível online. Serve para a definição de preços e fixação de objectivos para os hospitais do SNS.

Metodologia para 2009¹⁷

O contrato-programa deve as contrapartidas financeiras, em função da produção e resultados previstos para o ano de 2009. Nestes contratos devem estar definidos os objectivos a atingir e acordados com a tutela, assim como os indicadores que permitem aferir o desempenho das instituições para garantir o princípio de acesso e qualidade. Os objectivos subjacentes para 2009 foram os seguintes: manter os preços do contrato-programa de 2008, aperfeiçoar o modelo, alargar as regras de pagamento da produção adicional, manter a metodologia para o cálculo dos valores de convergência a afectar por hospital, etc.

Os pressupostos para 2009, tinham por base fortes restrições orçamentais e o reforço da actividade de ambulatório. O valor de convergência serve para compensar as obrigações no contexto do Serviço Nacional de Saúde e deverá ser inferior ao aprovado para 2008.

Os Condicionais dizem respeito ao valor do orçamento disponível para todos os Hospitais do SNS, e existem metas nacionais de crescimento de custos fixadas para o ano 2009 face ao ano anterior.

A produção dos hospitais compreende algumas das linhas de produção que passo a citar: internamento de agudos, ambulatório médico e cirúrgico, Consultas Externas (primeiras e subsequentes), atendimentos urgentes, sessões de Hospital de dia, etc. Importa esclarecer que a produção de internamento e ambulatório, classificada em GDH é convertida em doentes equivalentes e ajustada ao ICM (valores 2007).

Existe a contratualização de áreas específicas no âmbito da aplicação do Plano Nacional de Saúde como o tratamento de doentes com VIH/SIDA.

Há um financiamento autónomo para a formação de internos do primeiro e segundo ano da especialidade.

A produção marginal é paga até 10% da actividade contratada nas diferentes linhas de produção à excepção do ambulatório e internamento cirúrgico programado. Não lugar a pagamento para valores inferiores a 50% do volume contratado. Pagamento de 50% dos custos fixos na actividade contratada e não produzida para a urgência.

¹⁷ Disponível em:
http://www.acss.minsaude.pt/Portals/0/Direccoes_e_Unidades/Metodologia%202009%20_%20Deze mbro%202008.pdf

Os valores de convergência por hospital contemplam os medicamentos de cedência hospitalar obrigatória em ambulatório, formação de internos, etc.

Existem incentivos para o cumprimento das metas de desempenho contratualizadas. Os objectivos a contratualizar devem ser facilmente entendidos, mensuráveis, fácil acompanhamento e que permitam reflectir os diferentes tipos de desempenho das unidades hospitalares, etc.

No CP, a produção do internamento e do ambulatório médico e cirúrgico é classificada em GDH ajustada ao ICM do hospital. Multiplicando pelas quantidades contratadas obtém-se o valor da remuneração total para essas linhas de produção. A seguir descreve-se com mais detalhe o financiamento dos Hospitais por GDH

Financiamento Hospitalar por GDH

O sistema dos Grupos de Diagnósticos Homogéneos é o sistema de classificação de doentes mais divulgado e aplicado a nível internacional vigorando actualmente em Portugal como método de financiamento do internamento hospitalar.

Podemos definir os GDH como *“um sistema de classificação de doentes internados em hospitais de agudos, em grupos clinicamente coerentes e homogéneos do ponto de vista do consumo de recursos”* (Glossário da Saúde, 2009).

Foi criado nos EUA na década de 80, tendo como objectivo facilitar a gestão hospitalar, fornecendo um sistema de classificação de doentes que permitisse medir e avaliar o desempenho de cada hospital.

No sistema de pagamento prospectivo, a taxa de pagamento dos GDH é estabelecida prospectivamente, antes dos cuidados médicos serem prestados, criando-se assim um incentivo económico no sentido de uma maior eficiência. O hospital terá interesse em controlar os custos uma vez que terá a oportunidade de ter “lucro” se os custos de tratar um doente num dado GDH forem menores do que o valor de pagamento estabelecida para esse GDH.

Os GDH foram originalmente desenvolvidos como ferramenta de gestão hospitalar mas acabaram por ficar indissociáveis do sistema de pagamento prospectivo, fazendo esquecer a verdadeira razão para o qual tinham sido inicialmente desenvolvidos.

Existem países que utilizam os GDH nos seus sistemas de saúde, também como versões adaptadas e melhoradas. Portugal foi pioneiro na implementação (1989) dos GDH como mecanismo de financiamento hospitalar.

3. Contratualização no CHC

O CHC, E.P.E¹⁸, tem vindo a desenvolver, desde 2006, mecanismos de monitorização interna que abrangem as diversas vertentes do Contrato-Programa (produção, qualidade, desempenho económico-financeiro), com o objectivo de garantir o cumprimento das metas estabelecidas. Em 2006 o processo decorreu de forma muito incipiente.

Nos meses de Janeiro e Fevereiro de 2008, o CHC, E.P.E. efectuou, pela primeira vez, um processo formal de contratualização interna, que envolveu todos os directores de serviço da área assistencial e níveis intermédios de administração. Com este processo pretendeu-se replicar internamente o modelo da contratualização externa, vinculando os responsáveis directos ao cumprimento integral dos valores assumidos no Contrato-Programa. A contratualização interna para 2007 foi “imposta” aos serviços pelo CA (ver figura 8 – Anexo I).

O CHC possui mecanismos de monitorização, que actualmente já têm uma periodicidade mensal no que respeita à produção, e periodicidade trimestral no que concerne ao desempenho económico-financeiro e indicadores de eficiência e qualidade. Ao disponibilizar-se informação em tempo útil, pretende viabilizar a introdução de medidas correctivas face aos desvios que eventualmente se verifiquem relativamente aos objectivos estabelecidos.

Quanto ao Contrato-Programa de 2007 e 2008, refira-se que os objectivos aí assumidos nas suas várias vertentes: produção, qualidade e desempenho e económico-financeiro, foram globalmente atingidos.

O contrato-programa estabelece os preços que o hospital recebe pelo SNS, de acordo com o grupo a que pertence. O CHC enquadra-se no grupo 2 (Quadro 15 – Anexo I), recebendo como contrapartida pela produção base contratada, relativos à linha de produção do internamento.

¹⁸ Os dados utilizados neste ponto são dados públicos e foram obtidos a partir de vários documentos disponíveis no sítio institucional do hospital, no sítio dos Hospitais EPE e no sítio da ACSS.

Exige-se ao CHC, E.P.E., nomeadamente no que respeita aos indicadores económico-financeiros, um esforço significativo, uma vez que a instituição ainda se situa num nível de desempenho baixo (figura 7- Anexo I).

3.1. Análise parcial do CP para 2008

Existem vários objectivos institucionais que constam no Contrato programa (Quadro 16 – Anexo I) que têm incentivos ao seu cumprimento.

Da análise conclui-se que o CHC atinge quase todos os objectivos. Excepto, o objectivo de desempenho económico-financeiro (resultado operacional negativo), e o desempenho assistencial no critério da demora média (Quadro 17 – Anexo I).

Com o CP de 2008 espera-se mostrar o comportamento do CHC, para o cumprimento das metas “negociadas” de crescimento da despesa com compras, pessoal, etc. (ver quadro 1). As metas de crescimento da despesa definida no Quadro 1 para 2008, não foram cumpridas, excepto para o crescimento nos consumos (Quadro 18 – Anexo I).

Podemos concluir que o CHC alcança a maior parte dos objectivos, mas que é incapaz de controlar a despesa e ter um resultado operacional positivo.

Quadro 4 – Metas de crescimento da despesa para os hospitais para 2008

Rubricas	Metas de crescimento
Custos com pessoal	0%
Compras	4%
Consumo	4%
Fornecimentos e Serviços Externos	4%

Fonte: Contrato-programa (2008)

3.2. Análise para 2010 e 2011

No decorrer do estágio no CHC o autor deparou-se com situações que foram identificadas como problemas relacionados com a contratualização. Alguns desses problemas são os seguintes:

- O CP corresponde à produção global do CHC e não à produção a nível interno dos serviços ou departamentos. A Contratualização interna diz respeito à produção dos diferentes serviços da instituição. Esta questão possibilita conflitos e gera falta de motivação. Por exemplo: se um serviço num Departamento estiver a cumprir o que foi contratualizado a nível interno, mas se a generalidade dos serviços afectos ao Departamento não estiver a cumprir, conduz a menores níveis de motivação por parte dos funcionários que cumprem;
- Aos serviços mais eficientes é pedido para que produzam para cumprir a parte da produção Base dos serviços incumpridores;
- Há dificuldades em fazer cumprir as cirurgias do Contrato Programa;

Na tentativa de combater algumas ineficiências do processo de Contratualização, no futuro pretende-se adoptar práticas já utilizadas noutros hospitais com resultados positivos. No CHC pretendia-se implementar os orçamentos sectoriais para 2010 mas foram adiados para 2011, porque trata-se de um processo complexo e há necessidade que as chefias intermédias tenham formação e tempo suficiente para as realizar. No presente faz-se a contratualização interna para quantidades produzidas mas a contratualização monetária (orçamentos por departamentos) será o próximo passo, enfatizando a ideia que o processo de contratualização decorra numa perspectiva “de dentro para fora” da Instituição. Até ao presente a situação foi sempre inversa, ou seja, negoceia-se o CP e depois passa-se para a contratualização interna.

B. Capítulo 2. O Centro Hospitalar de Coimbra, EPE



 **CHC** Hospital
Pediátrico



 **CHC** Maternidade de
Bissaya Barreto



 **CHC** Hospital
Geral

2.1. Caracterização

2.1.1. Breve História

O CHC, E.P.E. tem sede na Quinta dos Vales, em São Martinho do Bispo, Coimbra e possui o número de identificação fiscal 508077893.

O CHC, E.P.E. resulta dos vários percursos que fizeram parte do passado dos hospitais que o constituem e que caracterizam a sua história como um trajecto singular. O Decreto-Lei n.º 93/71, de 22 de Março, atribuiu-lhe forma legal e indica a sua constituição: Hospital Geral, Hospital Pediátrico, Hospital da Gala (mais tarde desanexado) e a Obra de Assistência Materno-Infantil Maternidade do Dr. Bissaya Barreto (MBB). O Professor Bissaya Barreto, docente da faculdade de Medicina de Coimbra foi o patrono desta obra que concebeu e instalou no distrito de Coimbra uma extraordinária obra de medicina social. Ao longo de mais de várias décadas, a instituição (a primeira a ter estatuto de centro hospitalar no país), tem tido um papel de relevo nos cuidados de saúde nas vertentes da grávida, da criança, do adulto e do idoso.

O Instituto Maternal da zona centro (Coimbra), mais tarde Obra de Assistência Materno-Infantil do Dr. Bissaya Barreto e, actualmente MBB, foi inaugurada a 28 de Abril de 1964, na Quinta da Rainha, conjunto assistencial que veio substituir as instalações provisórias do Largo da Sé Velha e, ainda, o Ninho dos Pequenitos, o Parque Infantil Oliveira Salazar e o jardim anexo que funcionavam à praça da República, no local onde foram construídas as actuais instalações da Associação Académica. Esta instituição destinou-se, desde sempre, a prestar cuidados à mãe e a assegurar o acompanhamento e desenvolvimento da criança (Plano Estratégico 2006/2010, 2006).

O Hospital Pediátrico (HP) (“velho”) ocupa, ainda hoje, um espaço objecto de numerosas utilizações ao longo da sua história: primeiro foi convento, mais tarde asilo para cegos e aleijados, posteriormente, hospital sanatório para mulheres e crianças tuberculosas. Terminada a sua missão nesta vertente de cuidados, e após grandes dificuldades, foi reconvertido e adaptado para um hospital de crianças. Nasce a 1 de Junho de 1977, nas instalações que conhecemos, o HP.

O Hospital Geral da Colónia Portuguesa do Brasil, inaugurado a 27 de Abril de 1973, situa-se em Coimbra, na freguesia de S. Martinho do Bispo. O conjunto de edifícios que, ainda hoje, constituem este hospital foram construídos durante as primeiras décadas do séc. XX, entre 1918 e 1930, com a intenção de criar uma escola-asilo destinada a recolher e educar os órfãos dos soldados mortos na 1ª Grande Guerra. Nunca chegaram a ser utilizados para este fim, sendo reconvertidos num sanatório antituberculoso para indivíduos do sexo masculino, respondendo às preocupações da época. A 5 de Fevereiro de 1931, é publicado o Decreto n.º 19310, no qual a Assistência da Colónia Portuguesa do Brasil faz doação do seu património ao governo português, convertendo-o num hospital sanatório, com capacidade para 400 doentes, e que representava o que de mais moderno e revolucionário se fizera até então, com grande beleza e conforto, servindo de modelo a outras instituições que foram surgindo no país. Anos mais tarde, novas circunstâncias ditaram o fim do hospital sanatório com a redução significativa do número de tuberculosos, sendo, então, criado o Hospital Geral como hospital central, pelo Decreto-Lei n.º 308/70, de 2 de Julho (site institucional dos CHC).

As sucessivas transformações por que têm passado as organizações de saúde ligadas ao sector público, repercutiram-se na instituição, obrigando hoje a uma profunda reflexão sobre o modelo de gestão a adoptar no cumprimento cabal da missão. Com a opção agora tomada pelo estatuto jurídico de entidade pública empresarial, que proporciona ao CHC um virar de página, a oportunidade de traçar o seu próprio rumo. (Rui Pato, ex Presidente do Conselho de Administração do CHC)

2.1.2. Missão, Visão, Valores e Objectivos

A informação divulgada neste ponto foi obtida a partir de vários documentos disponíveis no sítio institucional do hospital (principalmente do Plano Estratégico para o CHC 2006/2010).

Missão

O CHC tem como missão a prestação de cuidados de saúde altamente diferenciados em todo o ciclo da vida humana, numa perspectiva integrada, desde a

prevenção à reabilitação, sendo um centro de referência regional e nacional em áreas consideradas como pólos de excelência.

Na sua missão consta também a investigação, o ensino e a formação pré e pós-graduada (site institucional dos CHC).

Visão

O CHC pretende ser reconhecido como uma organização de excelência que assume a centralidade do doente como o seu principal compromisso: Centro Hospitalar de Coimbra – a excelência no cuidar (site institucional dos CHC).

Valores

O CHC pretende ser uma instituição onde o cidadão utente seja o protagonista, na medida em que é ele que confere razão de ser, vida e dimensão ao hospital. Pretende ser uma instituição onde os recursos humanos sejam o seu principal capital, mantendo elevados padrões de responsabilidade, solidariedade e ética no desempenho do seu trabalho. Procura ser uma instituição com uma visão global do doente a que terá que corresponder uma organização diferente, com sólida coordenação, capaz de responder às necessidades de cuidados nas diversas especialidades.

Ao nível de ensino o CHC pretende participar activamente no processo formativo em todas as áreas das ciências da saúde e investir na formação contínua de todos os seus profissionais, mantendo-os actualizados e com elevados níveis de qualidade no desempenho das suas funções.

O CHC está inserido numa cidade designada por “capital da saúde”, pretende participar activamente na integração territorial dos recursos existentes, de forma directa, ou mediante acordos de colaboração, com a finalidade de se tornar um dos principais pilares assistenciais a nível comunitário.

Objectivos

No desenvolvimento da sua actividade, o CHC orienta-se em função dos interesses dos doentes, numa perspectiva de defesa do direito à promoção da saúde e da

satisfação das suas necessidades individuais.

Os objectivos a que a organização se obriga no início de cada ano estão definidos no contrato programa, celebrado com o Ministério da Saúde. Os objectivos negociados têm em conta o desempenho relativo da organização, exigindo-se ao CHC, nomeadamente no que respeita aos indicadores económico-financeiros, um esforço significativo, uma vez que a instituição ainda se situa num nível de desempenho inferior à média da rede.

O CHC tem vindo a desenvolver, desde 2006, mecanismos de monitorização interna que abrangem as diversas vertentes do contrato-programa (produção, qualidade, desempenho Económico-financeiro), com o objectivo de garantir o cumprimento das metas estabelecidas (Plano Estratégico 2006/2010, 2006).

Fruto do seu posicionamento enquanto prestador de serviços de saúde de elevada diferenciação, o CHC assume as responsabilidades de sustentabilidade nos domínios da sua intervenção na sociedade em que se insere e na qual pretende ter voz activa. Neste contexto, destaca-se a seguinte orientação estratégica do CHC no desenvolvimento das seguintes actividades (site institucional dos CHC):

- a) Sustentabilidade económico-financeira do organismo, conjugando esforços no sentido da rentabilização dos recursos disponíveis, prestando actividade assistencial de elevada diferenciação técnica e de elevada satisfação por parte dos seus clientes utilizadores;
- b) Manutenção de relações laborais estáveis que proporcionem segurança no emprego a centenas de profissionais da instituição e satisfação no desempenho das suas tarefas;
- c) Estreitamento de prazos de pagamentos a fornecedores de âmbito local regional que possibilite a liquidez da economia regional e evite o estrangulamento de muitas pequenas e médias empresas do tecido económico local com as consequências previstas ao nível do emprego;
- d) Preservação do meio envolvente às três unidades hospitalares e especial atenção dada à eficiente utilização de recursos e à correcta separação, destruição e envio para reciclagem de materiais consoante a sua origem.

2.1.3. Envolverte externa (população servida)

Cada um dos três hospitais integrados do CHC, E.P.E. serve, preferencialmente, a população de utentes da área de influência que lhe está atribuída pelas redes de referenciação hospitalar, sem prejuízo do princípio da liberdade de escolha no acesso à rede nacional de prestação de cuidados de saúde, consagrado na Lei de Bases da Saúde.

Deste modo, a área de influência do Hospital Geral corresponde à zona da Unidade de Saúde de Coimbra-Sul (compreende as freguesias de S. Martinho do Bispo e de Santa Clara, em Coimbra, e os concelhos de Alvaiázere, Ansião, Castanheira de Pêra, Condeixa-a-Nova, Figueiró dos Vinhos, Montemor-o-Velho, Soure, Pedrógão Grande e Penela), recebendo doentes de 11 centros de saúde e de 51 extensões de saúde. Enquanto hospital central, o Hospital Geral constitui ainda referência para os doentes encaminhados pelos Hospitais da Figueira da Foz, de Leiria, de Pombal e de Castelo Branco (Neurocirurgia). A área de influência do Hospital Geral abrange aproximadamente 368.622 habitantes (Plano Estratégico 2006/2010, 2006).

Quadro 5 – Área de influência do HG

FREGUESIAS (COIMBRA):	POPULAÇÃO:
Stª Clara	9.637
S. Martinho Bispo	14.246
CONCELHOS:	
Montemor-o-Velho	25.478
Soure	20.940
Condeixa-a-Nova	15.340
Penela	6.594
Ansião	13.719
Alvaiázere	8.438
Figueiró dos Vinhos	7.352
Pedrógão Grande	4.398
Castanheira de Pêra	3.733
OUTROS HOSPITAIS:	
Figueira da Foz	62.601
Leiria	119.847
Pombal	56.299
TOTAL	368.622

(fonte: Censos 2001)

Fonte: Plano Estratégico 2006-2010 CHC, EPE

A MBB é simultaneamente um hospital de apoio perinatal (referência para 21 centros de saúde da Sub-Região de Saúde de Coimbra, com um total de 110 extensões, e para os Centros de Saúde de Anadia, Ansião, Alvaiázere, Castanheira de Pêra, Figueiró dos Vinhos, Mealhada, Mortágua, Pedrógão Grande e Sertã, com um total de 49 extensões) e um hospital de apoio perinatal diferenciado (referência para os hospitais de Castelo Branco, da Figueira da Foz e de Leiria). São cerca de 507.000 os habitantes (mulheres) residentes nos concelhos que compõem a área de influência da MBB.

Quadro 6 – Área de Influência da MBB

SUB-REG. SAÚDE COIMBRA:		Mulheres	
Coimbra	78.854		
Arganil	7.102		
Cantanhede	19.680		
Condeixa-a-Nova	8.118		
Góis	2.572		
Lousã	8.144		
Mira	6.775		
Miranda do Corvo	6.379		
Montemor-o-Velho	13.149		
Oliveira do Hospital	11.460		
Pampilhosa da Serra	2.792		
Penacova	8.731		
Penela	3.397		
Soure	10.837		
Tábua	6.541		
Vila Nova de Poiares	3.659		
TOTAL	258.937		

OUTROS CONCELHOS:		Mulheres	
Ansão	7.132		
Alvaiázere	4.459		
Figueiró dos Vinhos	3.863		
Pedrógão Grande	2.301		
Castanheira de Pera	1.976		
Sertão	8.717		
Anadia	16.330		
Mealhada	10.663		
Mortágua	5.306		
TOTAL	258.937		

Através do H. Cast.Branco:		Mulheres	
Penamacor	3.443		
Idanha-a-Nova	6.086		
Castelo Branco	29.106		
V.Velha de Ródão	2.133		
Vila de Rei	1.763		
Proença-a-Nova	4.877		
Oleiros	3.459		
TOTAL	248.147		

Através do H.Leiria:		Mulheres	
Leiria	61.340		
Pombal	28.965		
Marinha Grande	18.221		
Nazaré	7.741		
Alcobaça	28.216		
Porto de Mós	12.404		
Batalha	7.665		
TOTAL	248.147		

Outros hospitais:		Mulheres	
Figueira da Foz	32.728		
TOTAL	248.147		

TOTAL GLOBAL	507.084
---------------------	----------------

(Fonte: Censos 2001)

Fonte: Plano Estratégico 2006-2010 CHC, EPE

O Hospital Pediátrico é um hospital central que serve doentes em idade pediátrica de toda a região centro do país (num total de aproximadamente 504.864 habitantes), funcionando também como hospital de primeira referência para os centros de saúde do concelho de Coimbra (num total de cerca de 89.525 habitantes).

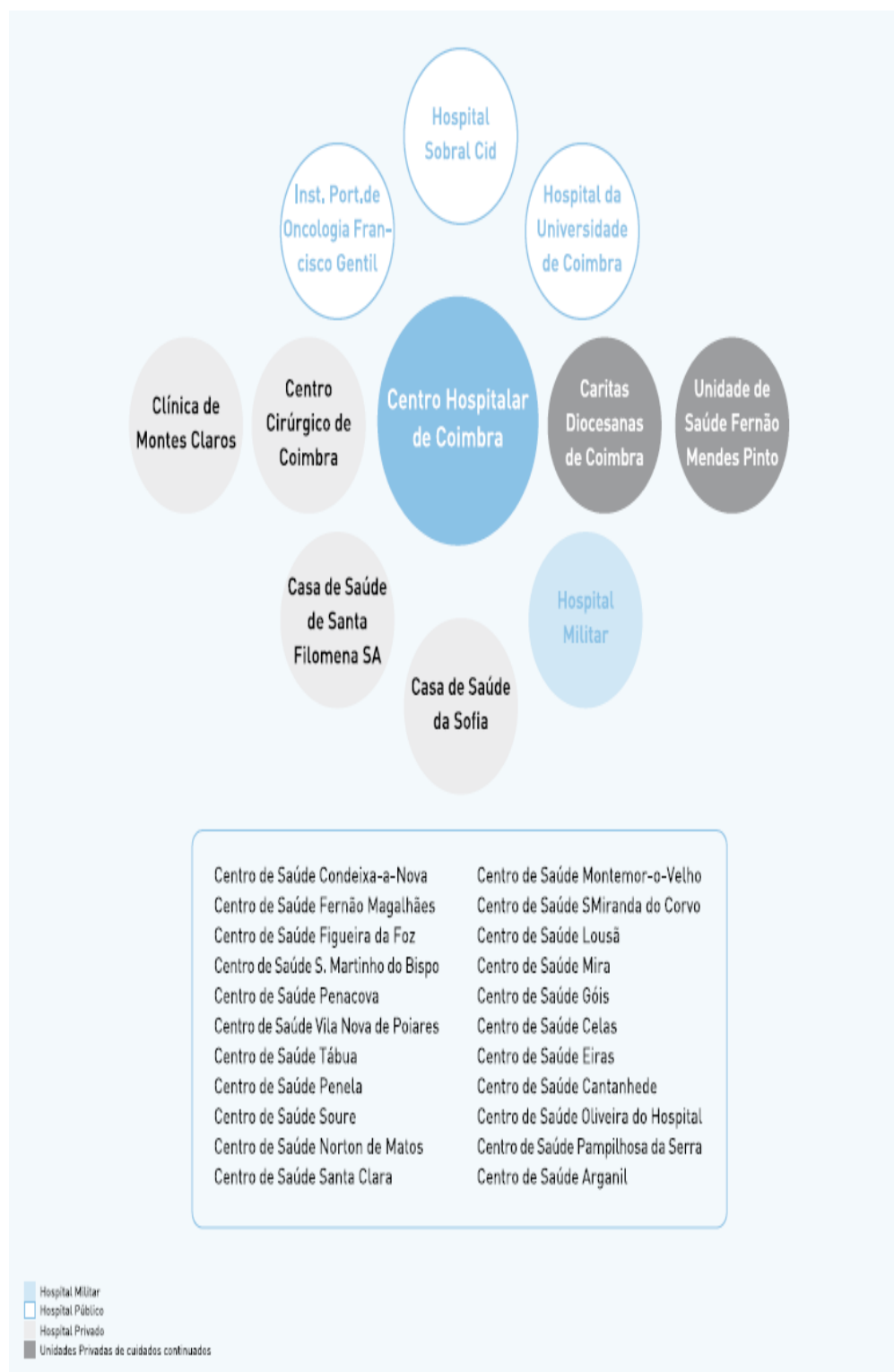
Quadro 7 – Área de influência do HP

Distrito Coimbra	63.032	26.493	89.525
Reg. Centro	352.388	152.476	504.864
	População <15	População 15-19	TOTAL

(Fonte: Censos 2001)

Fonte: Plano Estratégico 2006-2010 CHC, EPE

Quadro 8 – Posicionamento dos CHC



Fonte: Plano Estratégico 2006-2010 CHC, EPE

2.1.4. Envoltente interna

Como já foi referido atrás o CHC, E.P.E. integra três hospitais: o Hospital Geral (HG), a Maternidade de Bissaya Barreto (MBB) e o Hospital Pediátrico (HP).

O edifício em que está instalado o HG, na sua origem construído para uma escola destinada ao ensino dos órfãos da I Grande Guerra encontra-se completamente desajustado face às práticas clínicas, às regras de segurança, higiene e conforto dos utentes e aos imperativos de uma gestão eficiente.

Durante três décadas de actividade, a estrutura física do HG foi procurando, de forma pontual, dar resposta à evolução das necessidades assistenciais, o que se traduziu num crescimento desordenado com recurso a soluções desintegradas.

A ausência de um plano director, que tivesse merecido a aprovação da tutela, contribuiu para o desajustamento global do HG, muito influenciado pelo défice de investimento que caracterizou os anos em que se assistiu à construção do novo hospital escolar da cidade (HUC). As recentes remodelações de alguns sectores e serviços, tais como o bloco operatório, a medicina intensiva e algumas obras de beneficiação em outras estruturas assistenciais, não vieram alterar significativamente o quadro geral.

Estas condicionantes criaram um hospital pouco eficiente, apesar de dotado de um moderno equipamento técnico e caracterizado pela humanização dos cuidados que presta.

As instalações em que funcionam as unidades de internamento¹⁹ do HG, são desadequadas aos dias de hoje, uma lotação média de 383 camas corresponde a uma área de 2.513m² (tendo em conta os indicadores de programação das construções hospitalares, que estabelecem uma área de cerca de 7,5m²/ cama, o HG tinha mais 48 camas do que o indicado para o espaço disponível). A par de um excesso de camas para o espaço disponível, o subdimensionamento das unidades de internamento, com um número médio de 21 camas em lugar das 30 recomendadas, traduz-se em custos acrescidos, sobretudo em termos de recursos humanos.

Actualmente, a lotação praticada no HG é de 353 camas, em resultado do esforço de melhoria das condições hoteleiras, e ainda pelo facto de se ter desenvolvido a vertente da cirurgia de ambulatório.

¹⁹ Internamento: conjunto de serviços que prestam cuidados de saúde a indivíduos que, ocupam cama para diagnóstico, tratamento ou cuidados paliativos, com permanência superior a 24 horas.

No que toca a instalações destinadas a actividades de ambulatório, o HG continua desactualizado face às necessidades. A emergência de consultas externas de sub-especialidades e o desenvolvimento das actividades de hospital de dia conduziram à necessidade de improvisar espaços, sempre obtidos através da dispersão e da eliminação de áreas de apoio, em resultado surgem novas instalações sem condições para os trabalhadores (exemplo: áreas de trabalho sem janelas ou ventilação de ar). As recentes obras de beneficiação do edifício das consultas externas, não obstante a sua mais-valia em termos hoteleiros e organizativos, não permitiram alterar significativamente este cenário.

As instalações em que funcionam os serviços que realizam exames complementares de diagnóstico e de terapêutica e de apoio clínico do CHC, E.P.E. localizadas no *campus* do Hospital Geral, são contrárias às regras de construção desta natureza.

O HP encontra-se instalado num edifício construído no século XIII. Em 1932, o referido edifício foi adaptado para sanatório de mulheres até ser transformado em hospital.

A degradação, falta de segurança e exiguidade das instalações em que funciona o HP (o Hospital pratica uma lotação de 84 camas numa área de 507 m², quando, de acordo com os padrões definidos, deveria ter apenas 68 camas). Actualmente já existe um novo Hospital Pediátrico que está concluído e em fase de testes de equipamento.

A MBB, inaugurada em 1963, sediada num edifício construído para o efeito, agrega a Obra Social, que integra um internato de crianças em risco, uma creche e um infantário. O edifício que, quando foi construído foi uma referência e claramente avançada no tempo, rico em materiais e em obras de arte, encontra-se hoje completamente desadequado das exigências assistenciais (700m² para 98 camas e 49 berços), carecendo de investimentos que assegurem condições de segurança e salubridade a doentes e profissionais (Plano Estratégico 2006/2010, 2006).

Em síntese, o CHC, E.P.E. enfrenta elevados custos operacionais em resultado da dispersão da sua estrutura física, com impacto significativo nos custos de funcionamento, nomeadamente de recursos humanos e de serviços externos.

2.1.5. Novo Hospital Pediátrico

O novo Hospital Pediátrico está pronto, em fase de teste de obra e equipamento. Segundo a actual Presidente do Conselho de Administração do CHC, a abertura formal ocorrerá ainda durante o primeiro semestre de 2010.

Tal como o actual, o novo HP servirá toda a região centro, mas terá um aumento de capacidade para 163 camas para doentes numa área de construção de 90 mil metros quadrado. O objectivo, é manter-se como o centro de referência a nível nacional para algumas patologias, tais como: a transplantação hepática, a patologia do sono, a cirurgia por escoliose e a paralisia cerebral; e tornar-se referência noutras.

Todavia, é expectável que a actividade do novo Hospital seja fortemente influenciada pelo alargamento da oferta de cuidados pediátricos à faixa etária dos 13 aos 17 anos completos, factor que, por si só, a par do aumento da capacidade instalada, irá confrontar o HP com um aumento na procura de cuidados.

Por outro lado, a considerável melhoria das condições físicas para a prestação de cuidados de saúde, vai proporcionar formas diferentes de organização de cuidados, bem como permitir melhores práticas (por exemplo, o hospital vai passar a dispor de uma unidade de cuidados intermédios, de internamento específico para oncologia pediátrica, bem como de quartos de isolamento).

No novo HP será mais fácil prestar, cuidados de saúde e tecnicamente mais completos e com menor risco, para além de estar ligado a um ensino universitário de pediatria de melhor qualidade.

Não se torna fácil, contudo, quantificar desde já o impacto da nova estrutura, já que, por exemplo, a nível do internamento, não obstante o aumento da lotação, a abertura do hospital será realizada de uma forma faseada, numa perspectiva de consolidação da procura à qual corresponderá um aumento consolidado da oferta de cuidados.

Por último, deve salientar-se que em algumas das áreas já existentes se estima que a mudança para as novas instalações proporcione um crescimento exponencial (Plano Estratégico 2006/2010, 2006).

2.1.6. Oferta de Serviços

Existem diversas áreas de actividade e oferta de serviços no Hospital Geral. Convém referir que há Serviços Comuns do CHC, como os serviços de acção médica e serviços complementares de diagnóstico e de terapêutica, partilhados pelos 3 hospitais integrados.

Hospital Geral

As áreas de actividade e oferta de serviços no HG contemplam: Cardiologia, Cirurgia, Doenças Infecciosas, Gastrenterologia, Medicina Intensiva, Medicina Interna, Nefrologia, Neurologia, Ortopedia, Pneumologia e Urologia

Quadro 9 – Oferta de Serviços HG

HOSPITAL GERAL	Internamento				
	Medicina e Especialidades Médicas Cardiologia Gastrenterologia Hematologia Infecçologia Medicina Interna Nefrologia Neurologia Pneumologia Urgência Urgência Polivalente Bloco Operatório Bloco Operatório Central	Cirurgia e Especialidades Cirúrgicas Cirurgia 1 Cirurgia 2 Cirurgia maxilar Neurocirurgia Oftalmologia Ortopedia Otorrinolaringologia Traumatologia Urologia Hospitais de Dia Cardiologia Centro de Hemofilia Cirurgia Diabetes Doenças Infecciosas Gastrenterologia Hematologia Imunoterapia Medicina Nefrologia Neurologia Pneumologia Quimioterapia Quimioterapia Hematológica	Cuidados Intensivos UCI Cardiologia UCI Polivalente Cirurgia Torácica Exames e Técnicas Especiais Cinesiterapia Respiratória Cistoscopia Diálise Diálise Peritoneal Ecocardiografia Electrofisiologia Cardíaca Endoscopia Digestiva Endoscopia Respiratória Hemodinâmica Laboratório Estudo Patologia do Sono Neurofisiologia Provas Funcionais Respiratórias Técnicas de Otorrinolaringologia Técnicas Oftalmológicas		Consultas Externas Alergologia Anestesiologia Cardiologia Cirurgia Geral Cirurgia Maxilo-Facial Cirurgia Torácica Diabetologia Dietética Doenças Auto-Imunes Doenças Infecciosas Dor crónica Estomatologia Gastrenterologia Hematologia Clínica Imunoterapia Medicina Física e Reabilitação Medicina Interna Nefrologia Neurocirurgia Neurologia Oftalmologia Oncologia Ortopedia Otorrinolaringologia Pneumologia Sexologia Clínica Urologia Outros VMER (INEM) Telemedicina
	Meios complementares de diagnóstico e terapêutica				
	Laboratórios Anatomia Patológica Hematologia Patologia Clínica	Imagiologia Angiografia Ecografia Neurorradiologia Radiologia TAC	Medicina Física e Reabilitação Fisioterapia		

Fonte: Plano Estratégico 2006-2010 CHC, EPE

Hospital Pediátrico

As áreas de actividade e oferta de serviços no HP contemplam: Cardiologia Pediátrica, Cirurgia Pediátrica, Pediatria Médica, Medicina Intensiva, Nefrologia, Neuropediatria, Ortopedia e Pedopsiquiatria

Quadro 10 – Oferta de Serviços HP

HOSPITAL PEDIÁTRICO	Internamento			Consultas Externas Alergologia Autismo Cardiologia Pediátrica Cirurgia Pediátrica Consulta de Desenvolvimento Doenças Metabólicas Endocrinologia Estomatologia Fibrose Quística Gastroenterologia Genética Médica Hematologia Clínica Hepatologia Infecciosas Medicina Física e Reabilitação Medicina Pediátrica Neurologia Neurocirurgia Neurologia Nutrição/Dietética Oftalmologia Oncologia Médica Ortopedia Otorrinolaringologia Pneumologia Recém Nascidos (INEM) Reumatologia Outros Recém Nascidos (INEM) Telemedicina
	Medicina e Especialidades Médicas Pediatria Médica	Cirurgia e Especialidades Cirúrgicas Cirurgia Neurocirurgia Ortopedia Queimados	Cuidados Intensivos UCI Pediatria	
	Urgência Urgência Polivalente UICD	Hospitais de Dia Cirurgia Hematologia Ortopedia Pediatria Médica Quimioterapia	Exames e Técnicas Especiais Cinesiterapia Respiratória Ecocardiografia Electrocardiografia Electroencefalografia Endoscopia Digestiva Endoscopia Respiratória Laboratório Estudo Patologia do Sono Provas Funcionais Respiratórias	
	Bloco Operatório Bloco Operatório Central			
Meios complementares de diagnóstico e terapêutica				
Laboratórios Patologia Clínica Hematologia	Imagiologia Ecografia Neurorradiologia Radiologia TAC	Medicina Física e Reabilitação Fisioterapia		
DEPARTAMENTO DE PEDOPSIQUIATRIA				
Hospital de Dia Pedopsiquiatria Crianças Pedopsiquiatria Jovens	Consultas Externas Consulta Geral Psiquiatria Forense			

Fonte: Plano Estratégico 2006-2010 CHC, EPE

Maternidade de Bissaya Barreto

As áreas de actividade e oferta de serviços na Maternidade de Bissaya Barreto contemplam: a Ginecologia, Obstetrícia e Neonatologia

Quadro 11 – Oferta de Serviços MBB

MATERNIDADE DE BISSAYA BARRETO	Internamento			Consultas Externas Anestesiologia Diabetes Diagnóstico Pré-Natal Genética Médica Ginecologia Hipertensão Arterial Medicina da Reprodução Obstetrícia Oncologia Pediatria Outros Ninho dos Pequenos SIMEG
	Obstetrícia/Neonatologia Medicina Materno Fetal Neonatologia Obstetrícia	Ginecologia Ginecologia Geral Ginecologia Oncológica	Cuidados Intensivos UCI Neonatologia	
	Urgência Urgência Obstétrica Urgência Ginecológica	Hospitais de Dia Ginecologia / Quimioterapia Neonatologia Medicina Materno Fetal	Unidade de Intervenção Precoce Adolescentes Psicopatía e Debilidade Risco Social Toxicodependentes	
	Bloco Operatório Bloco Operatório Central Sala de Partos Cirurgia do Ambulatório			
Meios complementares de diagnóstico e terapêutica				
Ecografia Ginecológica Ecografia Neonatal Ecografia Obstétrica Mamografia Radiologia Tomodensitometria	Exames e Técnicas Especiais Ginecologia Obstetrícia Electrocardiografia Cardiotocografia			

Fonte: Plano Estratégico 2006-2010 CHC, EPE

2.1.7. Estrutura organizacional

O Regulamento Interno do CHC, E.P.E., homologado pelo Secretário de Estado da Saúde em 29 de Novembro de 2007, consagra a organização dos serviços de acordo com a seguinte tipologia: serviços de prestação de cuidados, serviços de suporte à prestação de cuidados e serviços de gestão e logística. Em anexo consta o modelo interno da organização.

Para efeitos de organização da actividade de gestão, o CHC, E.P.E. encontra-se estruturado em níveis intermédios de administração, os quais visam aproximar o órgão de direcção estratégica aos serviços de prestação de cuidados e, conseqüentemente, tornar mais ágil o processo de decisão.

Os serviços de prestação de cuidados encontram-se organizados em departamentos, serviços e unidades funcionais (Figura 6 – Anexo II).

Conselho de Administração

Presidente - Dra. Rosa Maria dos Reis Marques Furtado de Oliveira

Vogal Executiva - Dra. Manuela Fernanda Mota Pinto

Director Clínico - Dr. Carlos Alexandre Monteiro Mendonça

Enfermeiro Director - Enf.º António Sampaio Monteiro

Composição do Conselho Consultivo

- Professor Doutor Vital Martins Moreira (Presidente, nomeado pelo Senhor Ministro da Saúde)
- Dr. Carlos Alberto Nunes da Silva (representante do Município de Coimbra)
- Dra. Rosa Reis Marques (representante da ARSC)
- Dr. José João dos Santos Cardoso (representante dos Utentes)
- D. Maria Cardoso (representante dos Trabalhadores do CHC, E.P.E.)
- D. Maria Regina Silva (representante dos prestadores de trabalho voluntário)

- Dr. Vicente Manuel Nogueira Souto (elemento escolhido pelo C.A. do CHC, E.P.E., profissional de saúde sem vínculo à Instituição)
- Dr. João Manuel Abreu Barreto (elemento escolhido pelo C.A. do CHC, E.P.E., profissional de saúde sem vínculo à Instituição)

2.1.8. CHC em valores

Produção

Quadro 12 – Dimensão operacional

Indicadores	2007	2008	2009
Internamento			
Camas	583	583	583
Taxa de ocupação	82,9%	84,2%	83,9%
Total doentes saídos	23.734	24.102	24.423
Total equivalentes	24.016	24.347	24.636
GDH médicos	15.843	16.062	16.252
GDH cirúrgicos	8.173	8.285	8.384
Ambulatório			
GDH médicos	11.746	12.184	12.639
GDH cirúrgicos	3.051	4.406	5.086
Consultas Externas	221.966	232.836	238.227
Urgências	138.000	139.797	141.572
Hospital de dia - Nº sessões	9.456	9.838	10.164

Fonte: Plano Estratégico 2007-2011

Conforme se pode observar no Quadro 12, na linha de produção de Internamento assistiu-se à manutenção da lotação global ao longo do tempo, para poder planear melhor a produção e prestar serviços com maior qualidade. Houve uma redução da demora média e dos dias de internamento, através da implementação do programa de planeamento de altas e da aplicação do protocolo de revisão da utilização o que permite ter mais Doentes Saídos para o mesmo nível de lotação (camas) e não ter ao mesmo tempo uma taxa de ocupação crítica;

O quadro mostra que houve um desenvolvimento da cirurgia do ambulatório, este aumento surge devido ao melhoramento das condições e equipamentos dos vários Blocos operatórios;

Recursos Humanos

Quadro 13 – Nº de funcionários por Grupo Profissional

Grupo Profissional	TOTAIS	
	2007	2008
Orgão de Direcção	5	5
Dirigentes	15	14
Médicos*	548	550
Técnicos Superiores de Saúde	49	49
Outros Técnicos Superiores	46	46
Pessoal de Enfermagem	866	877
Técncno de Diagnóstico e Terapêutica	166	162
Poutro Pessoal Técnico	3	3
Pesoal Técnico-Profissional	35	33
Pessoal de Administração	210	202
Pessoal Auxiliar de Acção Médica	511	522
Pessoal Docente	19	16
Pessoal de Informática	12	11
Pessoal Operário	51	53
Pessoal Auxiliar	27	24
Outro Pessoal	1	1
TOTAIS	2564	2568

*médicos especialistas e internos

Fonte: Relatório de Contas 2008

De acordo com o Quadro 13, o grupo profissional que mais peso tem em número de trabalhadores é o Pessoal de Enfermagem, seguidos dos Médicos e do Pessoal Auxiliar de Acção Médica. Estes três grupos correspondem a mais de 70% do total dos funcionários no CHC. A análise revela que o quadro de trabalhadores é relativamente rígido.

Equipamentos

Quadro 14 – Equipamentos mais representativos em termos de investimentos

DESIGNAÇÃO	QUANTIDADE	VALOR
Angiografia digital	2	2.050.000 €
Aparelhos de anestesia	21	1.470.000 €
Aparelhos de RX fixos e portáteis	26	650.000 €
Autoclaves e Estufas	22	880.000 €
Bombas perfusoras e infusoras	550	962.500 €
Caldeiras	6	480.000 €
Caandeeiros de Bloco Operatório	13	325.000 €
Computadores	1320	1.320.000 €
Digitalizadores de imagens	2	500.000 €
Ecógrafos	22	1.650.000 €
Fluorradiografia digital	1	170.000 €
Geradores	6	2.400.000 €
Impressoras laser de imagens	5	380.000 €
Impressoras	698	1.745.000 €
Intensificadores de imagens	6	1.200.000 €
Laser para cirurgia da próstata	1	90.000 €
Mamógrafo	371	100.000 €
Monitores cardíacos	1	1.298.500 €
Sistema de arquivo de imagens	1	1.800.000 €
Sistema de gestão de medicamentos	1	40.000 €
Sistema de neuronavegação	1	4.000.000 €
Sistema de radiologia digital	1	400.000 €
Sistema de videoconferência: telemedicina	1	100.000 €
TAC	2	1.500.000 €
UPS	59	590.000 €
Ventiladores	38	3.800.000 €

Fonte: Plano Estratégico 2006-2010

Segundo o Quadro 14, o equipamento mais caro é o Sistema de Neuronavegação, do qual apenas existe uma unidade, que corresponde a mais do valor total de todos os computadores e impressoras do CHC. De salientar que existem vários equipamentos do quais existem apenas uma unidade (tais como: sistema de arquivo de imagens, sistema radiologia digital, etc.) o que corresponde a uma exposição operacional elevada no caso de avaria.

Análise do Balanço Previsional (2009)

De acordo com os Quadros 19 e 20 (Anexo II), para o ano de 2009 esperava-se um resultado líquido do exercício negativo (-13 989 000€), que era superior ao registado em 2008 (-6.907.592€). Este desempenho menor é causado em parte pelo aumento das dívidas a terceiros, ao qual se esperava um aumento aproximado de 9.000.000€ para 2009. O valor do total do activo na previsão permanecia pouco alterado em valor (+2.000.000€).

2.2 O Estágio no CHC

Durante o estágio foram executadas actividades distintas. Não houve um seguimento encadeado no tempo. O motivo relacionou-se com a dificuldade de articular as actividades do estágio, com os períodos de ausência do supervisor da entidade de acolhimento e a elevada especificidade de algumas áreas.

A actividade onde o estagiário despendeu grande parte do tempo foi na elaboração de informação de retorno da produção dos vários Departamentos. Cada Departamento, das três unidades hospitalares que fazem parte do CHC, possui vários serviços e cada um deles contém várias linhas de produção.

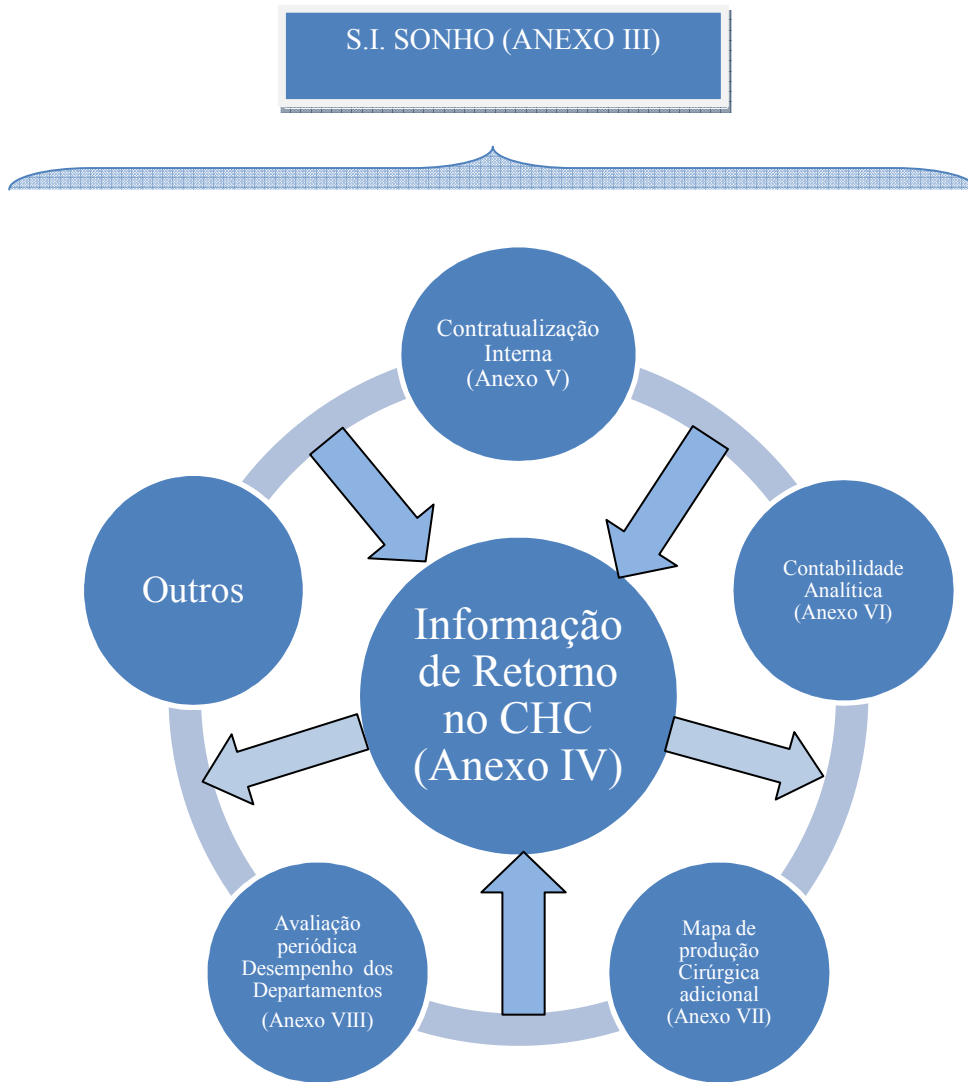
O estágio foi pensado para poder dar uma experiência da multiplicidade de tarefas que se desenrolam no Departamento de Planeamento e Controlo de Gestão, que passam pela interacção com o processo de codificação clínica ou com a contabilidade analítica.

Ao longo da descrição das tarefas realizadas, serão apresentados os documentos elaborados e a ligação desses mesmos documentos à actividade do Departamento de Planeamento de Controlo, de forma a demonstrar a efectiva aquisição de conhecimentos adquiridos.

Como as actividades que foram realizadas são muito específicas, e de modo a descrevê-las correctamente, optei por colocar em anexo a sua descrição acompanhada de figuras e quadros para permitir uma melhor compreensão.

Principais actividades do Estágio

Figura 4 – Principais Actividades do Estágio



Legenda:

O preenchimento da Folha de Informação de Retorno assumiu sempre uma actividade central no decorrer do estágio. Não foi possível fazer um cronograma das actividades.

Todas as actividades realizadas tiveram a utilização do SONHO (ver Anexo III).

2.2.1 Resumo das Actividades

Neste ponto é descrito de forma sucinta as actividades mais importantes que foram realizadas ao longo do estágio, e poderão ser lidas com maior pormenor nos anexos complementares para cada actividade. As actividades não possuem um seguimento cronológico, porque não foram realizadas sequencialmente.

A produção de Informação de Retorno no CHC foi uma actividade realizada ao longo do estágio tendo servido de iniciação e primeiro contacto com a organização (nos dois primeiros meses) e foi central no decurso do estágio (é a base para as restantes actividades). A actividade consistia na monitorização da produção dos vários Departamentos e linhas de produção de todos os Serviços (ver Anexo IV).

A elaboração dos Mapas da Contratualização Interna teve lugar nos meses de Setembro e Novembro. Consistiu em reunir informação da produção anterior por serviço, para ser entregue aos directores clínicos, para estes fazerem uma proposta de objectivos de produção para 2010 (ver Anexo V).

Para uma familiarização com os custos das diversas secções do hospital, o estagiário esteve em contacto com o processo de apuramento dos custos para 2008, através da Contabilidade Analítica_(actividade realizada em Setembro). Nesta actividade o estagiário não produziu documentação específica, apenas estudou o apuramento de custos por linha de produção e compreendeu a complexidade do processo (ver Anexo VI).

O estagiário esteve envolvido na criação de uma folha de cálculo de Produção Cirúrgica Adicional_(actividade em Dezembro), onde se pretendia calcular os resultados financeiros por GDH no âmbito da produção adicional (SIGIC) e estabelecer quais os principais procedimentos por cada GDH (ver Anexo VII).

Passou por uma actividade ligada à Avaliação Periódica de Desempenho dos Departamentos_(Agosto e Novembro). Consistia na construção de uma folha de cálculo que servia como instrumento para as reuniões dos Administradores com o CA. É uma informação complementar à informação de retorno (ver Anexo VIII).

Para além das actividades enunciadas, o estagiário participou numa auditoria ao processo de codificação do Hospital por parte de uma equipa da ACSS. O processo decorreu em Novembro e durou 3 dias, no qual teve de ajudar a recolher os 100

processos que iriam ser alvo da auditoria, catalogá-los e organizá-los numa sala vedada a terceiros, excepto ao Médico auditor do processo de codificação do CHC. Teve acesso a uma sessão de formação no âmbito da Contabilidade, apresentada pela Administradora do Serviço de Planeamento e Controlo de Gestão.

O Anexo III apresenta-se como complemento à descrição das actividades e dado a grande importância para a elaboração da maioria dos documentos, é explicado com pormenor o programa SONHO.

C. Capítulo 3 – Considerações Finais

Neste capítulo são abordados três temas que o autor considerou relevantes, uma vez que foi pedida uma análise crítica à forma como os conteúdos são ensinados na FEUC. Este capítulo tem a ver com a percepção do aluno, em relação à forma como vê o resultado da sua passagem pela instituição de ensino e a inserção no estágio profissional. Este capítulo divide-se em três partes: relacionamento entre funcionários; auto-conhecimento; e competências técnicas.

“Uma das mais importantes funções que exerço é gerir pessoas”

(Dra. Liliana Rodrigues, Administradora)

3.1 Relacionamento entre funcionários

Ao longo do estágio o estagiário verificou que havia necessidade de possuir certas ferramentas para a vida profissional, mais do que para o estágio, uma vez que a condição de estagiário torna o desempenho mais fácil devido à menor pressão exercida pela chefia e a uma tolerância ao erro muito maior na realização das tarefas.

Nas primeiras disciplinas básicas do 1º ano aprende-se a distinguir os vários tipos de liderança (autoritária, democrática, liberal), mas não há uma abordagem com tanto pormenor sobre o outro lado, o lado da pessoa que é liderada. Sabe-se os vários tipos de líder, as suas características, como respondem à interação com os subordinados, mas não se sabe como responder a conflitos que surgem com qualquer tipo de líder.

Uma das situações com que o estagiário se deparou várias vezes foi a de funcionários insatisfeitos no local de trabalho. Os motivos são os de sempre: a dificuldade de compreender certas tomadas de decisão das chefias ou comportamentos sociais (como por exemplo não cumprimentar ou desejar bom dia). Dentro do Departamento também há focos de conflito entre líder (chefe do departamento) e liderados/subordinados.

Sendo o estagiário parte neutra no Departamento, apercebeu-se que os problemas surgem quase sempre de falhas de comunicação: o líder acha que há falta de motivação e empenho do liderado, e este, por sua vez, acha que está a trabalhar em vão e que todo o seu empenho exercido na tarefa não foi apreciado.

É do conhecimento geral, que não existe nenhum estilo de liderança único e válido para todas as situações e para todos os sujeitos, e que é importante atender a três factores: o líder (valores, convicções, confiança nos subordinados, modo de liderar, etc.), o subordinado (gosto pelo trabalho, receptividade ao líder, expectativa de participação nas decisões, experiência na resolução de problemas, etc.), e o contexto (a situação: tipo de empresa, valores, directrizes, objectivos, complexidade, organigrama, etc.).

Podemos dizer que para amenizar conflitos basta o líder saber como fazer um elogio ou expressar convenientemente a repreensão (a crítica construtiva e não generalizada) referida a um erro específico. Saber fazer uma repreensão com palavras de forma específica, clara e objectiva: “Não gostei de...”, “Parece-me que errou em...”, “Da próxima vez deverá estar mais atento a...”. Todos estes instrumentos verbais de controlo sobre o subordinado parecem-me, pela experiência que tive, insuficientes e muitas vezes difíceis de aplicar, devido aos factores que enunciei acima (líder, subordinado, contexto).

O autor recomenda que a liderança seja abordada na óptica do subordinado, é preciso ter uma abordagem se possível de 360°, ou seja, conhecer as várias perspectivas dos diferentes factores e não apenas a do líder.

3.2. Auto-conhecimento

A disciplina de Negociação Empresarial, que à partida poderia não ser considerada estruturante como outras (Matemática, Contabilidade, etc.), revelou-se uma disciplina que permite conhecer a forma como os alunos reagem a determinadas situações e aprenderem a lidar melhor com elas.

As aulas têm uma componente teórica muito condensada e o tempo é passado na base da simulação de negociações. Permite que o aluno se “desloque” de uma sala da Faculdade para uma situação “real”. Aprende-se a conhecer o modo de agir individual, a

lidar com as emoções e aumentar o nível de controlo mental. Através da prática e com ensinamento de algumas técnicas aprende-se a saber ouvir as partes envolvidas e a criar pontos de convergência para atingir um acordo. Saber como reagir a uma situação concreta do mundo do trabalho (em geral) é tão importante como ter conhecimento da matéria em concreto (parte técnica).

3.3. Competências técnicas

De um modo geral, os conhecimentos básicos, apreendidos nas disciplinas que compõem o curso de Gestão, são úteis e proporcionam os conhecimentos técnicos para lidar nas tarefas que são pedidas. Existiu mais dificuldade em perceber aquilo que foi pedido no estágio, porque as tarefas diziam respeito a informação técnica respeitante ao universo do sector da saúde do qual o estagiário não tinha conhecimentos sólidos.

Durante as tarefas realizadas, o estagiário recorreu dos conhecimentos em Estatística, Contabilidade de Gestão (centros de custo, unidades de obra, etc.) e Informática (trabalhar com o Excel e o Word). Estas três disciplinas possibilitaram desempenhar as tarefas com algum desembaraço. Convém salientar que as tarefas realizadas foram sempre auxiliadas por terceiros ou, em último caso, revistas e alteradas quando eram terminadas (raras vezes o estagiário foi autónomo na realização do que foi pedido).

Contudo deve salientar-se que na época das tecnologias de informação é estritamente necessário saber trabalhar com algumas ferramentas como o programa Excel e Word. As cadeiras leccionadas na FEUC, especialmente as cadeiras de Informática, foram adequadas para as tarefas realizadas. Mencione-se também, que apesar de muitos dos conteúdos dos programas terem sido ensinados, não existe uma prática contínua ao longo do curso, ou seja, houve necessidade do estagiário em reaprender muitas das funcionalidades do programa Excel (nomeadamente inserir funções mais “complexas”).

Conclusão

Estágio

A oportunidade de realização de um estágio no percurso académico, assim como a apresentação de um relatório, apresenta-se como uma oportunidade de fazer a ponte entre a Faculdade e o mercado de trabalho.

Ultrapassado o receio inicial da perspectiva de trabalhar num sítio desconhecido, depressa o estagiário se familiarizou com o novo ambiente de trabalho. No seu caso pessoal, confessa que teve cerca de um mês para perceber com alguma nitidez aquilo que estava a fazer, começou na parte de preenchimento do mapa assistencial, e durante muito tempo limitou-se a preencher o que lhe era pedido, mas sem ter a noção exacta do alcance/utilidade do que fazia.

Um aspecto importante foi o facto de o estagiário ter tido a oportunidade de trabalhar com pessoas que tiveram um papel importante, devido ao seu apoio e esclarecimento sempre que surgiam algumas dúvidas.

O Estágio sob uma perspectiva prática, além de uma experiência agradável, também foi bastante proveitosa, permitindo ao estagiário enriquecer como pessoa assim como rever algumas matérias leccionadas ao longo do curso e também serviu como preparação para as realidades do mundo laboral.

Através das actividades desenvolvidas e descritas há uma procura por parte da gestão dos CHC, em particular do Departamento de Planeamento e Controlo de Gestão, de desenvolver novas ferramentas para melhorar o desempenho da organização, sabendo nomeadamente o que produz, por quanto produz e em que quantidades.

Actualmente, com o surgimento das EPE, e do movimento complexo reformador de alguns sectores públicos, o sector saúde e mais especificamente o CHC, EPE surge como um dos muitos casos de estudo para verificar como se articula e processa o fenómeno da contratualização.

Tema teórico

O processo de contratualização no CHC pretende o alcance de metas de produção para o SNS e atingir objectivos de qualidade, acesso, desempenho assistencial e desempenho económico/financeiro. Sem o processo da Contratualização seria mais difícil alcançar.

Existe um aspecto crítico ao desempenho e tem a ver com os resultados operacionais negativos do CHC. O equilíbrio orçamental é sempre frágil, uma vez, que há áreas de actividade sub-financiadas e outras favoráveis como demonstra a Contabilidade Analítica (figura 15 - Anexo VI). Este ponto de partida errado, conduz a resultados sempre desviantes dos orçamentos previsionais. Para além destas características de financiamento, o hospital não pode escolher²⁰ o tipo de doentes a tratar, a prioridade principal é tratar doentes a custos controlados e não obter lucro. A saúde tem um preço, e com as ferramentas de gestão desadequadas é impossível atingir um ponto de equilíbrio entre receitas e despesas.

Deve-se reforçar a ideia que a multiplicidade de produtos oferecidos por um hospital torna o controlo muito complicado de se fazer. Na situação actual, a existência de contratos por objectivos a nível interno produz poucos resultados, uma vez que não há penalizações para quem produz pouco, distorcendo o sistema de responsabilização.

O Relatório de Primavera de 2009 do OPSS refere que não há práticas sistemáticas de auditorias administrativas. O estagiário participou de um processo normal de auditoria da ACSS ao processo de codificação clínica do CHC. A ideia que transpareceu é que o modo “profissional” como decorreu, sugere uma mudança de mentalidade para um controlo efectivo e um ambiente de responsabilização para com as falhas.

As modalidades de pagamento assentes na oferta e não no planeamento de necessidades em saúde têm implicações significativas ao nível do processo negocial, fazendo com que na prática este seja imperfeito. No ano 2009 houve dificuldade em cumprir a produção contratualizada da MBB, pela simples razão que a taxa de natalidade é muito reduzida.

²⁰ Entrevista do Professor Constantino Sakellarides, Escola Nacional de Saúde Pública, à revista Gestão Hospitalar, disponível em <http://apontamentos.blogspot.com/search/label/Entrevistas>.

O CHC para desenvolver o processo de contratualização precisa de rever o Sistema de Informação, ou seja, trocar o sistema de gestão de dados administrativos (SONHO) que utiliza para melhor monitorizar a produção realizada.

A experiência do estágio e da elaboração do relatório permitem ao estagiário apresentar as seguintes conclusões gerais:

- Não há sistemas de saúde perfeitos nem modelos de contratualização perfeitos, veja-se o caso Inglês que é considerado uma referência mas falhou no controlo dos custos até há pouco tempo;
- A saúde tem um preço, os contribuintes/utentes devem ser consciencializados para a existência de gastos elevados no SNS, e devem saber que o SNS produz externalidades positivas para a sociedade em geral;
- A inovação e a mudança são fundamentais para a sustentabilidade do sector da saúde. Devido a uma consciência maior dos utentes sobre os seus direitos, é preciso fornecer maior/melhor prestação de cuidados em saúde com menos recursos.

Bibliografia

- Barros, P. P. (1999). As Políticas de Saúde em Portugal nos últimos 25 anos: evolução da prestação na década de 1987-1996. Disponível em: <http://ppbarros.fe.unl.pt/My%20Shared%20Documents/apesjan99.pdf/>
- Comissão para a Sustentabilidade do Financiamento do Serviço Nacional de Saúde (2007). Relatório Final. Ministério da Saúde. Disponível em: http://www.portugal.gov.pt/pt/Documentos/Governo/MS/Rel_Sustentabilidade_Financiamento_SNS.pdf
- Escoval, A (2007). Inovação de Políticas de Saúde: O caso da Contratualização em Portugal. Relatório de Projecto, ACSS.
- Escoval, A.(2003). Evolução da administração pública da saúde: o papel da contratualização. Factores críticos do contexto português. Dissertação elaborada para obtenção do Grau de Doutor em Organização e Gestão de Empresas, ISCTE.
- Ferreira, A. S., Escoval, A., Lourenço, A., Matos, T. & Ribeiro, R. (2010). A contratualização de cuidados de saúde. IN Simões, J. (Ed.) 30 Anos do Serviço Nacional de Saúde - um percurso comentado. Coimbra, Almedina.
- Harfouche, A. (2008). Hospitais Transformados em Empresas. Lisboa: Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas.
- Fukuyma, F. (2004) State-building: governance and world order in the twenty-first century, London, Profile Books OECD (2003) Public sector modernisation.
- Manning, N. (2001) The legacy of the New Public Management in developing countries. International Review of Administrative Sciences.
- Martins, A. (1995), O Mercado de Cuidados de Saúde, Associação Portuguesa de Economia da Saúde, Lisboa.
- Observatório Português dos Sistemas de Saúde (2009). 10/30 Anos: Razões para continuar – Relatório de Primavera 2009. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública. Disponível em: http://www.uc.pt/org/ceisuc/Documentos/rp/rp_2009.pdf

Observatório Português dos Sistemas de Saúde (2006). Um ano de governação em saúde: sentidos e significados – Relatório de Primavera 2006. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública.

Disponível em: http://www.uc.pt/org/ceisuc/Documentos/rp/rp_2006.pdf

Observatório Português dos Sistemas de Saúde (2003). Saúde: que rupturas? – Relatório de Primavera 2003. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública. Disponível em: http://www.uc.pt/org/ceisuc/Documentos/rp/rp_2003.pdf

Pollitt, C. (2004) From there to here, from now till then: buying and borrowing public management reforms. IX Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública. Madrid, Espanha.

Raposo, V. (2007). Governação hospitalar – Uma proposta conceptual e metodológica para o caso português. Dissertação elaborada para obtenção do Grau de Doutor em Organização e Gestão de Empresas, Coimbra: Universidade de Coimbra.

Seedhouse, D. (1995). Reforming Health Care – The Philosophy and Practice of International Health Reform. Edição: Nova Zelândia, Universidade de Auckland, e Inglaterra, Universidade de Liverpool.

Shaw, R.P. (2004). New Trends in Public Sector Management in Health Applications in Developed and Developing Countries. Disponível em: <http://siteresources.worldbank.org/HEALTHNUTRITIONANDPOPULATION/Resources/281627-1095698140167/Shaw-NewTrends.pdf>

Simões, J. & Barros, P. P. (2007) Portugal: Retrato do Sistema de Saúde. IN European Observatory on Health Systems and Policies (Ed.) Health Systems in Transition.

Simões, J. (2004). Retrato político da saúde. Dependência do percurso e inovação em saúde: da ideologia ao desempenho. Coimbra: Almedina.

Simões, J., e Lourenço, O. (1999). As políticas públicas de saúde em Portugal nos últimos 25 anos. Coimbra: Universidade de Coimbra.

Tribunal de Contas (2003). Os Sistemas Nacionais de Saúde da União Europeia, Principais Modelos de Gestão Hospitalar e Eficiência no Sistema Hospitalar Português – Estudo do Consultor Externo. Lisboa, Tribunal de Contas. Disponível em: http://www.tcontas.pt/pt/actos/rel_auditoria/2003/rel047-2003.pdf

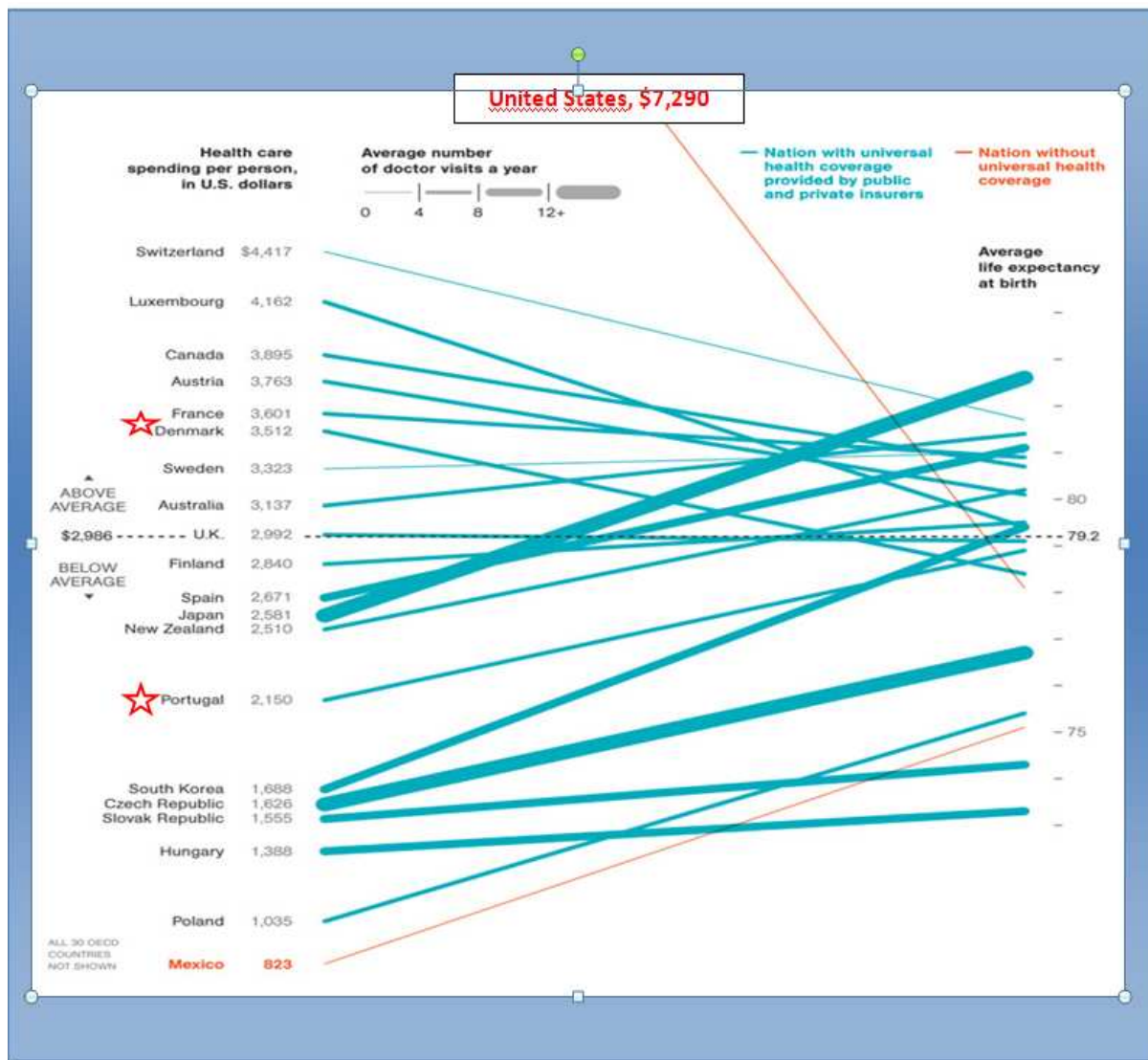
- Contrato-Programa CHC, (2008). Disponível em: <http://www.chc.min-saude.pt/ListaDownloads.htm>
- Contrato-Programa CHC, (2009). Disponível em: <http://www.chc.min-saude.pt/ListaDownloads.htm>
- Relatórios de Gestão CHC, (2007). Disponível em: <http://www.chc.min-saude.pt/ListaDownloads.htm>
- Relatórios de Gestão CHC, (2008). Disponível em: <http://www.chc.min-saude.pt/ListaDownloads.htm>
- Plano Estratégico para os CHC 2006/2010, (2006). Disponível em: <http://www.chc.min-saude.pt/ListaDownloads.htm>
- Plano de Contabilidade Analítica, (2007). Disponível em: http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/DownloadsPublicacoes/SNS/Info_gestao/PCAH_3Edicao.pdf

Sítios de Internet

- Textos em Economia da Saúde: <http://ppbarros.fe.unl.pt/textos-saude.html/>
- Financiamento e Contratualização: <http://www.acss.min-saude.pt>
- Centro Hospitalar de Coimbra, EPE: <http://www.chc.min-saude.pt/>
- Contratualização: <http://www.contratualizacao.min-saude.pt/>
- Plano Nacional de Saúde 2004/2010: <http://www.dgsaude.min-saude.pt/pns>
- O Processo de Empresarialização: http://www.hospitalsepe.min-saude.pt/Hospitais_EPE
- National Health Service History: <http://www.nhshistory.net/>
- Observatório Português dos Sistemas de Saúde: <http://www.observaport.org/OPSS/>
- Portal da Saúde: <http://www.portaldasaude.pt/>
- Estudo: Governo errou nas parcerias público/privadas na saúde - jornal Público.pt : http://www.publico.pt/Sociedade/estudo-governo-errou-nas-parcerias-publicoprivadas-nasaude_1413136
- Administração em Saúde: <http://www.saudepublica.web.pt/>

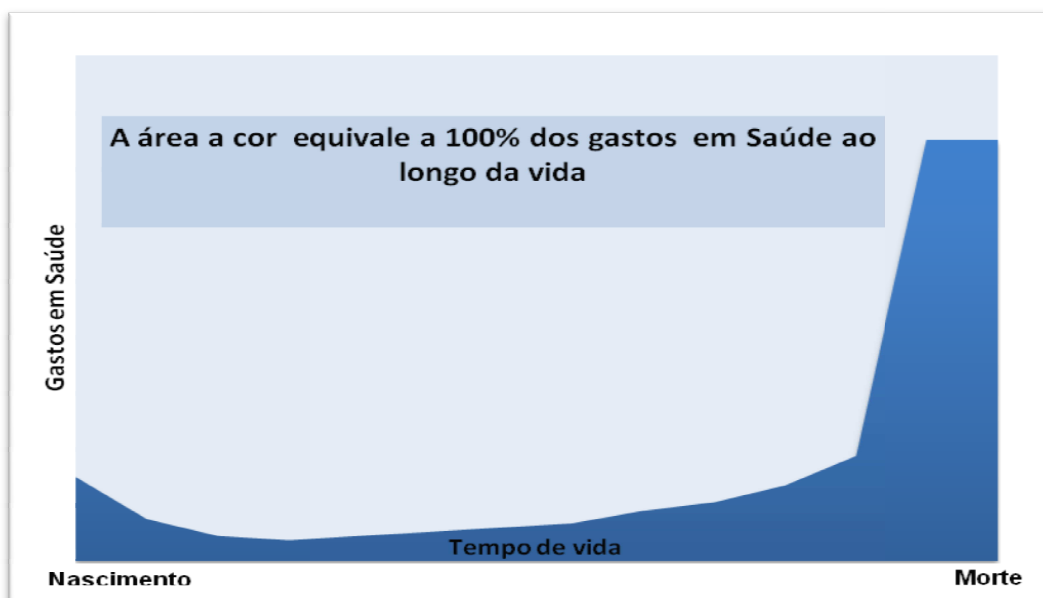
Anexo I

Figura 5 – Despesas em saúde por pessoa na OCDE



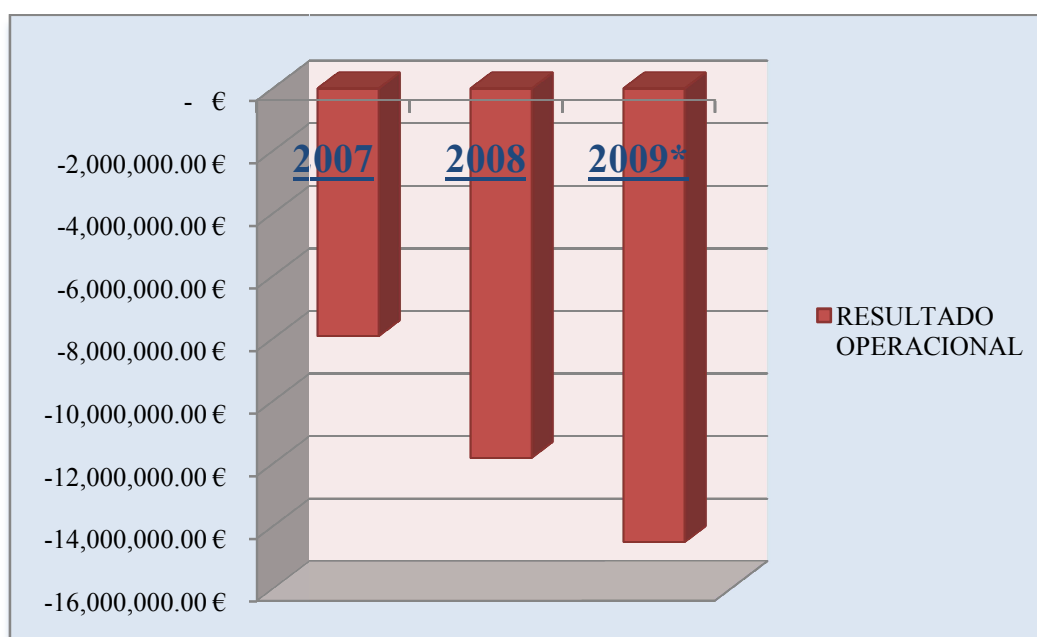
Fonte: Construído com dados da OECD Health Data 2009

Figura 6 – Os gastos em Saúde ao longo da vida



Fonte: Adaptado “Living Well at the End of Life” Joanne Lynn, David Adamson, 2003

Figura 7 – Desempenho económico – financeiro do CHC



Fonte: Serviços Financeiros, CHC

Quadro 15 – Agrupamento dos Hospitais para efeitos de Financiamento

ANEXO 1	
AGRUPAMENTO DOS HOSPITAIS PARA EFEITOS DE FINANCIAMENTO UTILIZADO NO SISTEMA DE CLASSIFICAÇÃO DE DOENTES EM GDH	
GRUPO 1	
Hospital Central Especializado de Crianças Maria Pia	
Hospital Curry Cabral	
Hospital Joaquim Urbano	
Hospital Pulido Valente, E.P.E.	
Hospital Santa Marta, E.P.E.	
Instituto Gama Pinto	
Instituto Português Oncologia F. Gentil - Centro, E.P.E.	
Instituto Português Oncologia F. Gentil - Lisboa, E.P.E.	
Instituto Português Oncologia F. Gentil - Porto, E.P.E.	
GRUPO 2	
Centro Hospitalar de Coimbra	
Centro Hospitalar de Lisboa	
Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, E.P.E.	
Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia	
Hospitais Universidade de Coimbra	
Hospital D. Estefania	
Hospital Garcia da Orta, E.P.E. - Almada	
Hospital Geral de Santo António, E.P.E.	
Hospital Professor Dr. Fernando da Fonseca - Amadora/Sintra	
Hospital S. Marcos - Braga	
Hospital S. Teotónio, E.P.E. - Viseu	
Hospital Santa Maria, E.P.E.	
Hospital São João E.P.E. - Porto	
GRUPO 3	
Centro Hospitalar Póvoa do Varzim/Vila do Conde	
Hospital Arcebispo João Crisóstomo - Cantanhede	
Hospital Bernardino Lopes de Oliviera - Alcobaça	
Hospital Conde de S. Bento - Santo Tirso	
Hospital Cândido de Figueiredo - Tondela	
Hospital Distrital de Pombal	
Hospital Dr. Francisco Zagalo - Ovar	
Hospital José Luciano de Castro - Anadia	
Hospital Nossa Senhora da Ajuda - Espinho	
Hospital Nossa Senhora da Assunção - Seia	
Hospital Nossa Senhora da Conceição - Valongo	

Fonte: ACSS

Figura 8 – Entrevista do Dr. Rui Pato ao Diário “As Beiras”

Dora Loureiro

COIMBRA

CHC à espera da assinatura do contrato-programa

O Ministério da Saúde ainda não assinou o novo contrato-programa com o CHC, após a passagem do hospital a EPE, situação que está a atrasar a contratualização interna.

O Centro Hospitalar de Coimbra (CHC) espera assinar o contrato-programa com o Ministério da Saúde até ao final deste mês, mas este atraso, justificado pelo facto de a unidade hospitalar ter sido transformada em Entidade Pública Empresarial (EPE) está a provocar "alguns constrangimentos", admite o presidente do conselho de administração Rui Pato.

De acordo com Rui Pato, o contrato-programa que o hospital assinou no início deste ano, quando ainda pertencia ao sector público administrativo, extinguiu-se em Março, quando o hospital passou a EPE. Neste mês e meio têm decorrido as negociações do novo contrato-programa, que se espera seja assinado até ao final de Abril.

O presidente do conselho de administração do CHC admite, contudo, que a demora na assinatura do contrato-programa, que define o orçamento, despesas e receitas previsíveis, está a provocar alguns constrangimentos à gestão do hospital. Por um lado, sem o contrato-programa assinado

"não é possível avançar com a contratualização interna", e por outro, o facto de o financiamento não estar assegurado reflecte-se "na falta de liquidez da tesouraria e induz de alguma forma o aumento de despesa".

Quanto ao contrato-programa que está a ser negociado, Rui Pato admite que os objectivos propostos pelo Ministério da Saúde são "difíceis de conseguir", mas compreende que "se vive um período de contenção financeira".

"Embora gostasse de ter uma maior folga, pretendemos cumprir estas metas, com uma gestão de muito rigor, porque os recursos são escassos", afirma Rui Pato, alertando que o limite zero no crescimento da despesa com pessoal e o aumento máximo de quatro por cento na despesa com medicamentos "são metas muito difíceis de conseguir".

"Se há áreas sub-financiadas no hospital, outras são mais favoráveis e se forem bem aproveitadas podem ajudar a conseguir o equilíbrio", concluiu o presidente do conselho de administração.

Fonte: Diário “As Beiras” (2007)

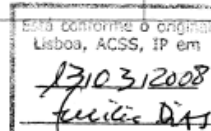
Quadro 16 – Objectivos de Qualidade e Eficiência para 2008

ANEXO III – A

OBJECTIVOS DE QUALIDADE E EFICIÊNCIA para 2008
Centro Hospitalar de Coimbra, EPE

Áreas	Indicadores	Objectivo (2008)
Objectivos Nacionais		
A. Qualidade e serviço	A.1 Taxa de reinternamentos nos primeiros cinco dias (%)	2,30%
	A.2 Número de profissionais envolvidos em programas de formação na área do controlo de infecção	10% (250 profissionais)
B. Acesso	B.1 Nº doentes referenciados para RNCC, independentemente da especialidade /Nº de doentes saídos nas especialidades de Medicina Interna, Cirurgia, Neurologia e Ortopedia (%)	5%
	B.2 Peso das primeiras consultas médicas no total de consultas médicas	29%
C. Desempenho assistencial	C.1 Peso da cirurgia do ambulatório no total de cirurgias programadas (%)	35%
	C.2 Demora média (dias)	7,2
D. Desempenho Económico-Financeiro	D.1 Custo unitário por doente padrão (€)	4.551,70 €
	D.2 Resultado operacional (€)	(7.012.410 €)
Objectivos Regionais		
E. Desempenho económico-financeiro	E.1 Fornecimentos Serviços Externos (€)	4%
	E.2 Compras (€)	4%
	E.3 Consumos (€)	4%
	E.4 Custos com Pessoal (€)	0%
F. Outros objectivos regionais a fixar	F.1 Taxa de crescimento da Lista de Espera Cirúrgica(%) (1)	- 10%
	3 – Prótese da anca	-16%
	8 – Cirurgia do ouvido	- 5%
	46 – Cirurgia da Obesidade mórbida	- 5%
	50 – Outras Op. Do Ap. Digestivo	- 5%
	F. 2 Taxa de crescimento da Lista de Espera das 1 ^{as} Consultas	-5,6%

Fonte: SIAC - PD2008



Fonte: Contrato-programa 2008, CHC

Quadro 17 – Objectivos de Qualidade e Eficiência (análise objectivo/realizado)

Distribuição do valor dos incentivos institucionais Contrato-Programa para 2008					
Objectivos Institucionais Comuns	Indicadores	Valor € de cada objectivo	Objectivo 2008	Realizado	Resultado
A. Qualidade e Serviço	A Taxa de Readmissões nos 1.º 5 dias (%)	137.203,61	2,30%	1,8%	Sim
	Nº de Profissionais envolvidos em programas de formação na área do controlo de infeção	137.203,61	250	834	Sim
B. Acesso	Nº de Doentes Referenciados para RNCC/Nº de doentes saídos nas especialidades de Medicina Interna, Cirurgia e Ortopedia	137.203,61	1,77%	4,03%	Sim
	Peso das Primeiras Consultas no Total	137.203,61	29,00%	29,17%	Sim
C. Desempenho Assistencial	Peso Cirurgia Ambulatória no Total das Cirurgias Programadas (%)	91.469,07	35,00%	41,84%	Sim
	Demora Média (dias)	91.469,07	7,2		Não
D. Desempenho Económico - Financeiro	Resultado Operacional	91.469,07	-7.012.410€	- 12.000.000€	Não
	Custo Unitário por doente padrão tratado	91.469,07	4.551,70€		
Total dos Objectivos					

Fonte: CHC

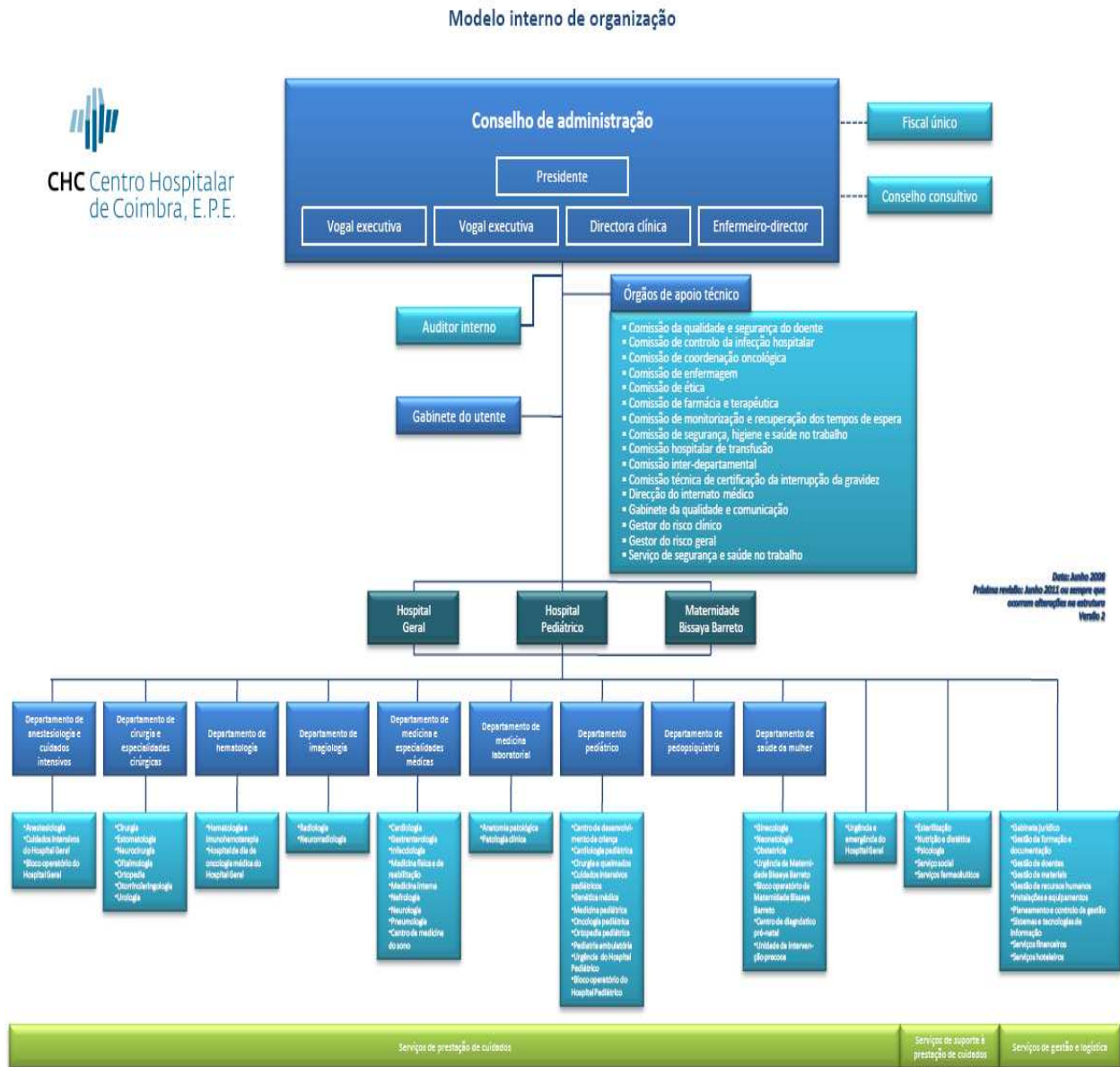
Quadro 18 – Objectivos Regionais (análise objectivo/desvio)

Distribuição do valor dos incentivos institucionais Contrato-Programa para 2008				
Objectivos Institucionais Comuns	Indicadores	Valor € de cada objectivo	Objectivo 2008	Desvio
E. Objectivos Regionais	Fornecimentos Serviços Externos	20.326,46	4%	24,16% Não
	Compras	20.326,46	4%	5% Não
	Consumos	20.326,46	4%	1% Sim
	Custos com pessoal	20.326,46	0%	1,12% Não
Total dos Objectivos Regionais		406.529,20 €		
F. Objectivos Institucionais da Região	Tx. De crescimento das listas de espera para 1ºs consultas	391.284,36	-9%	Sim
	Tx. De crescimento das listas de espera cirúrgica	320.141,75	-5,60%	Sim
Total dos Objectivos Institucionais da Região		711.426,10 €		
Total do Incentivos		2.032.646,00		

Fonte: CHC

Anexo II

Figura 9 – Modelo interno de Organização



Fonte: CHC

Quadro 19 – Balanço Previsional (Activo)

4. BALANÇO PREVISIONAL – ACTIVO

	AL - Activo Líquido (Ann N-1)	AB - Activo Bruto (Ann N)	AP - Amortizações ou Provisões (Ann N)	AL - Activo Líquido (Ann N)
Imobilizado				
Bens de domínio público				
451 - Terrenos e recursos naturais				0,00
452 - Edifícios				0,00
453 - Outras construções e infra-estruturas				0,00
455 - Bens do património hist., artist. e cultural				0,00
459 - Outros bens de domínio público				0,00
445 - Imobilizações em Curso de Bens de Domínio Público				0,00
446 - Adiantamento por Conta de Bens de Domínio Público				0,00
Bens de domínio público				0,00
Imobilizados Incorpóreos				
431 - Despesas de Instalação				0,00
432 - Despesas de Investigação e Desenvolvimento				0,00
443 - Imobilizações em Curso de Imobilizações Incorpóreas				0,00
449 - Adiantamentos por Conta de Imobilizações Incorpóreas				0,00
Imobilizados Incorpóreos				0,00
Imobilizações Corpóreas	29.719.000,00	56.823.523,00	25.396.392,75	
421 - Terrenos e Recursos Naturais				0,00
422 - Edifícios e Outras Construções	12.600.000,00	14.210.000,00	355.250,00	13.854.750,00
423 - Equipamento Básico	13.150.000,00	20.215.500,00	18.851.937,00	10.563.563,00
424 - Equipamento de Transporte	2.200,00	152.200,00		0,00
425 - Ferramentas e Utensílios	6.800,00	22.800,00	22.500,00	300,00
426 - Equipamento administrativo e Informático	1.750.000,00	5.201.100,00	3.400.275,00	1.800.825,00
427 - Taras e Vasilhame				0,00
429 - Outras Imobilizações Corpóreas	1.650.000,00	3.256.823,00	2.814.230,75	442.692,25
442 - Imobilizações em Curso de Imobilizações Corpóreas	560.000,00	4.765.000,00		4.765.000,00
448 - Adiantamentos por Conta de Imobilizações Corpóreas				0,00
Imobilizações Corpóreas	29.719.000,00	56.823.523,00	25.396.392,75	31.427.130,25
Investimentos Financeiros				
411 - Partes de Capital				0,00
412 - Obrigações e Títulos de Participação				0,00
414 - Investimentos em Imóveis				0,00
415 - Outras Aplicações Financeiras				0,00
441 - Imobilizações em Curso de Investimentos Financeiros				0,00
447 - Adiantamentos por Conta de Investimentos Financeiros				0,00
Investimentos Financeiros				0,00
Circulante				0,00
Existências	4.500.000,00	4.500.000,00		
36 - Matérias-primas, Subsidiárias e de Consumo	4.500.000,00	4.500.000,00		4.500.000,00
34 - Sub-produtos, Desperdícios, Resíduos e Refugo				0,00
33 - Produtos Acabados e Intermediários				0,00
32 - Mercadorias				0,00
37 - Adiantamento por Conta de Compras				0,00
Existências	4.500.000,00	4.500.000,00		4.500.000,00
Dívidas de Terceiros - Médio e Longo Prazo				0,00
Dívidas de Terceiros - Curto prazo	25.386.000,00	28.055.313,12	350.000,00	
28 - Empréstimos Concedidos				0,00
211 - Clientes c/c	14.500.000,00	11.825.313,12		11.825.313,12
213 - Utentes c/c	66.000,00	200.000,00		200.000,00
215 - Instituições do MS	9.500.000,00	14.200.000,00		14.200.000,00
218 - Clientes e Utentes de Cobrança Duvidosa	950.000,00	1.450.000,00	350.000,00	1.100.000,00
251 - Devedores pela Execução do Orçamento				0,00
229 - Adiantamentos a Fornecedores	90.000,00	90.000,00		90.000,00
2819 - Adiantamentos a Fornecedores de Imobilizado				0,00
24 - Estado e Outros Entes Públicos	70.000,00	70.000,00		70.000,00
263/314+267+268 - Outros devedores	220.000,00	220.000,00		220.000,00
Dívidas de Terceiros - Curto prazo	25.386.000,00	28.055.313,12	350.000,00	27.705.313,12
Títulos Negociáveis		11.000.000,00		
151 - Ações				0,00
152 - Obrigações e Títulos de Participação				0,00
153 - Títulos da Dívida Pública				0,00
159 - Outros Títulos				0,00
18 - Outras Aplicações de Tesouraria		11.000.000,00		11.000.000,00
Títulos Negociáveis		11.000.000,00		11.000.000,00
Depósitos em Inst. Financ. e Caixa	10.650.000,00	669.000,25		
13 - Contas no Tesouro	10.500.000,00	0,00		0,00
12 - Depósitos em Instituições Financeiras	150.000,00	669.000,25		669.000,25
11 - Caixa				0,00
Depósitos em Inst. Financ. e Caixa	10.650.000,00	669.000,25		669.000,25
Acréscimos e Diferimentos	9.097.442,00	6.675.313,12		
271 - Acréscimos de Proventos	9.097.442,00	6.675.313,12		6.675.313,12
272 - Custos Diferidos				0,00
Acréscimos e Diferimentos	9.097.442,00	6.675.313,12		6.675.313,12
Contabilidade Geral				
Total de Amortizações			25.396.392,75	
Total de Provisões			350.000,00	
TOTAL do ACTIVO	79.352.442,00	107.723.149,49	25.746.392,75	81.976.756,74

Fonte: Serviços Financeiros, CHC

Quadro 20 – Balanço Previsional (Fundos Próprios e Passivo)

BALANÇO PREVISIONAL – FUNDOS PRÓPRIOS E PASSIVO

	Fundos Próprios e Passivo (Ano N)	Fundos Próprios e Passivo (Ano N-1)
Fundos Próprios		
51 - Património	23.550.000,00	18.671.000,00
56 - Reservas de Reavaliação		
Sub-total	23.550.000,00	18.671.000,00
Reservas	19.786.082,00	19.791.082,00
571 - Reservas Legais		
572 - Reservas Estatutárias		
574 - Reservas Livres		
575 - Subsídios	4.004.348,00	4.004.348,00
576 - Doações	5.005.000,00	5.010.000,00
577 - Reservas Decorrentes da Transferência de Activos	10.776.734,00	10.776.734,00
Sub-total	19.786.082,00	19.791.082,00
Resultados Transitados	-6.004.132,91	903.460,00
Resultado Líquido do Exercício	-13.989.011,74	-6.907.592,91
Fundo Patrimonial	23.342.937,35	32.457.949,09
Passivo		
Provisões		
291 - Provisões para Cobranças Duvidosas		
292 - Provisões para Riscos		
Provisões		
Dívidas a Terceiros - Médio e Longo Prazo		
Terceiros	46.333.819,39	34.594.492,91
213 - Utentes c/c		
219 - Adiantamentos de Clientes, Utentes e Instit. MS	32.105.000,25	84.000,00
221 - Fornecedores c/c	6.941.599,14	25.060.492,91
228 - Fornecedores - Facturas recep. e conf.	500.000,00	2.500.000,00
23 - Empréstimos obtidos		
252 - Credores pela Execução do Orçamento		
2811 - Fornecedores de imobilizado c/c	250.000,00	250.000,00
24 - Estado e Outros Entes Públicos	2.200.000,00	2.200.000,00
281/3/4 - Outros Credores	4.337.220,00	4.500.000,00
Terceiros	46.333.819,39	34.594.492,91
Acréscimos e Diferimentos	12.300.000,00	12.300.000,00
273 - Acréscimos de Custos	9.100.000,00	9.100.000,00
274 - Proveitos Diferidos	3.200.000,00	3.200.000,00
Acréscimos e Diferimentos	12.300.000,00	12.300.000,00
Passivo	58.633.819,39	46.894.492,91
Fundos Próprios e Passivo	81.976.756,74	79.352.442,00

Fonte: Serviços Financeiros, CHC

Anexo III – SONHO

O que é?

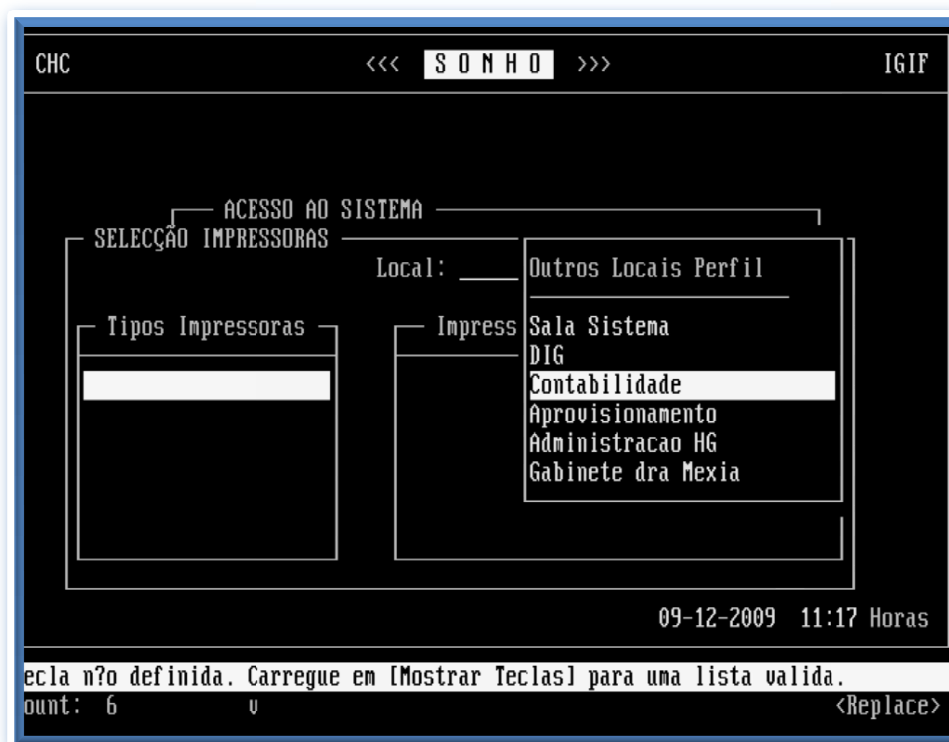
O SONHO (Sistema de Gestão de Doentes Hospitalares), é o sistema dominante nos Hospitais em Portugal, é um sistema de gestão de dados administrativos dos doentes e surgiu para satisfazer as necessidades organizativas existentes no final da década de 80 e em boa medida nos anos 90, no Sistema Nacional de Saúde. Foi desenvolvido no IGIF e encontra-se instalado na quase totalidade dos hospitais públicos. É um ERP, que significa que é uma plataforma de software desenvolvida para integrar diversos departamentos de uma organização (caso da produção (core) com módulos incorporados como a contabilidade e recursos humanos, etc.) possibilitando a automatização, migração e armazenamento de todas as informações processadas.

Aplicação nos CHC

Nos CHC o sistema ERP SONHO (Sistema Integrador de Informação Hospitalar) é uma estrutura combinada com a integração de dois subsistemas ERP, um sobre as actividades (internamento, urgência, consulta externa, hospital dia, bloco operatório etc.) e outro subsistema integrado ao primeiro, formado por módulos de funções de gestão de apoio às actividades de saúde (contabilidade, RH, controle de stocks, materiais etc.). O SONHO foi o programa que utilizei mais durante todo o estágio, embora existam vários programas com outras finalidades e que complementam o trabalho da recolha de informação, exemplo do SAM (Sistema de Apoio ao Médico) e SAPE (Sistema de Apoio à Enfermagem). Os outros serviços podem se basear no SONHO, caso da Contabilidade que consulta o programa no módulo da facturação.

Sobre o sistema SONHO utiliza-se um módulo integrador e uma rede comunicação de dados de abrangência nacional, que assim podem integrar, na medida do possível, as informações.

Figura 10 – SONHO



Fonte: Aplicação Sonho

A contabilidade trabalha com mapas estatísticos como a facturação, ou seja, diferentes perfis têm acesso a mapas estatísticos diferentes.

O Sonho está implementado em mais de noventa estruturas hospitalares do País mas, quando se pretende a migração automática dos dados dos hospitais ao Sistema de Informação das ARS, o processo não comunica a informação de forma fiável. Tal facto deve-se à ausência duma política de normalização e estruturação de certos conteúdos a níveis nacional e regional, ou seja, o SONHO é um ERP feito à medida de cada organização. Possuindo capacidades diferentes nas diferentes organizações.

Mesmo estando implementado de uma forma padronizada, particularmente na vertente administrativa (exemplo: data de entrada e saída do doente no Bloco Operatório), a implementação dos módulos clínicos (exemplo cirurgias) limita a sua utilização para fins comparativos. Como, a migração de dados das diferentes aplicações muitas vezes são deficientes conduz a que muito do trabalho, realizado no Departamento de Planeamento e Controlo de Gestão seja para organizar dados e enviá-

los (tal como é feito para a informação de retorno - nível interno), para a ARSC (por exemplo).

Nos CHC, o SONHO só estrutura informação acerca das actividades já referidas (internamento, consulta externa, etc.) e pouco mais. Existe uma extrema dificuldade de se implementar sistemas integrados nas organizações e os CHC são um exemplo de essa problemática.

Figura 11 – Problemas de Integração no Sonho



Fonte: Aplicação Sonho

A figura 10 mostra que o SAPE não está integrado no SONHO, uma vez que não se pode retirar nenhum mapa de consulta

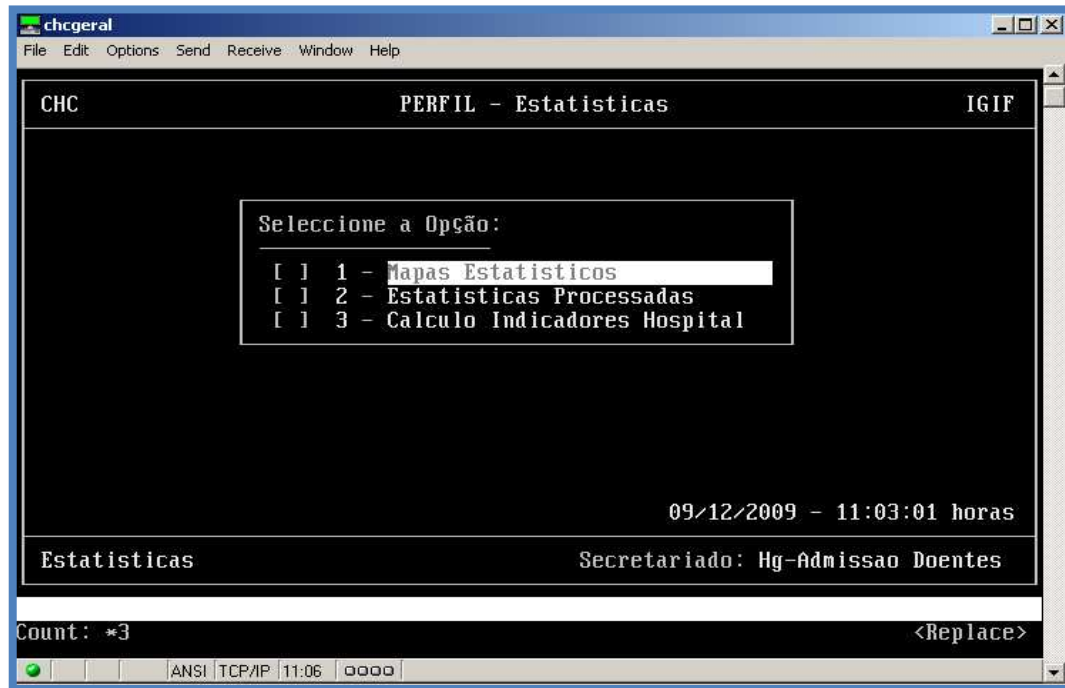
Prós do SONHO

As principais vantagens apuradas do SONHO são:

- Permite calcular o nível de produção e de actividade hospitalar. Promoveu e estabeleceu níveis de serviço superiores aos obtidos antes da sua implementação.

- Facilita o acesso da informação aos utilizadores e tem como objectivo a criação do hospital com a mínima utilização de papéis.
- Constituiu um passo de gigante na informatização dos Hospitais e como base à criação de novos programas.

Figura 12 - Opções de tipos de informação Assistencial



Fonte: Aplicação Sonho

Contras do SONHO

Como principais limitações do SONHO foram apurados os seguintes aspectos:

- Fraca flexibilidade e muita rigidez, para calcular por exemplo os doentes saídos por cada serviço do HG para um determinado mês, é necessário imprimir todas as folhas que o SONHO produz, uma vez, que é difícil retirar a informação através do monitor.
- Quando se faz o processamento da Informação de retorno mensal, produz-se sempre um dossier cheio de folhas, onde está a informação do SONHO. Note-se que como há atrasos na introdução de dados pelos administrativos, o SONHO pode produzir mapas estatísticos muito diferentes consoante a data de acesso aos mesmos.

- A opinião geral é que o SONHO nunca respondeu às necessidades das instituições utilizadoras e muito menos do próprio SNS. Possui muitos mapas, estatísticas das quais se utilizam uma percentagem muito pequena.
- Não é um sistema amigo do utilizador requerendo geralmente a intervenção de técnicos a nível central para resolver os mais pequenos problemas;
- Na elaboração de estatísticas o processo passa pela impressão de muitos mapas e que os dados neles contidos, têm de ser muitas vezes "contados à mão" e introduzidos em folhas de cálculo Excel (ex. os mapas de informação de retorno).
- Algumas das dificuldades na obtenção da informação reside nos utilizadores do SONHO, deveria existir mais formação no manuseamento do SONHO por parte de quem introduz os dados. Há informação que não é introduzida, ou é mal introduzida o que leva a atrasos e correcções sucessivas dos dados.
- Há várias funcionalidades que nunca chegarão a ser úteis porque são difíceis de ser exploradas ou pouco relevantes;

Figura 13 – Variedades de mapas estatísticos no Sonho

The screenshot shows a terminal window with the following content:

```

File Edit Options Send Receive Window Help
CHC          GERAÇÃO DE MAPAS ESTATÍSTICOS/DIÁRIOS          IGIF
-----
Impressora: Laser -S. Sistema          Consulta Externa
-----
Módulo: CON Mapa: 
-----
Mapas do Módulo
Find: 
-----
^ Consultas P/ Distrito/Concelho          136
  Independentes Da Consulta              137
  Requisicao De Processos Ao Arquivo (Medico) 138
  Marcadas E Registadas (Quotas)         139
  Convocatorias 1as Consultas P/ Data Registo (Postal) 140
  Ent. Responsavel/Especialidade -S/ Agendamento 141
  Convocatorias 2as Consultas P/ Date Registo (Postal) 142
  v Lista De Doentes P/ Diagnostico/Especialidade 143
-----
Press Do to pick selection, PF4 to cancel.
Count: *0                                <List><Replace>

```

Fonte: Aplicação Sonho

Problema prático

Em certos casos práticos as dificuldades encontradas com o uso do Sonho, levam a perdas de tempo e a pedidos recorrentes ao Departamento Informático, para resolver problemas com a aplicação ou para fornecer dados.

Figura 14 – Query de correcção de dados do Sonho

The screenshot shows an Excel spreadsheet with a data table and a date filter dialog box. The table has the following columns: A: COD_ESPECIALIDADE, B: CDH, C: NUM_SESSAO, D: DTA_SESSAO, E: DES_ESPECIALIDADE, F: COD_SUBSISTEMA, G: NUM_SEQUENCIAL. The dialog box is titled 'Filtrar por Data' and shows a date range from 01/01/2009 to 31/07/2009. The table contains data for various medical specialties and dates, with the filter applied to the 'DTA_SESSAO' column.

A	B	C	D	E	F	G
COD_ESPECIALIDADE	CDH	NUM_SESSAO	DTA_SESSAO	DES_ESPECIALIDADE	COD_SUBSISTEMA	NUM_SEQUENCIAL
40009	311	2	01/01/2009	HG-H.DIA-IMUNOHETERAP	935601	5418
40003	311	4	01/01/2009	HG-H.DIA-IMUNOHETERAP	935601	4431
40003	311	4	01/01/2009	HG-H.DIA-NEFROLOGIA	935601	40086
40003	311	5	01/01/2009	HG-H.DIA-NEFROLOGIA	935601	23227
40003	311	5	01/01/2009	HG-H.DIA-NEFROLOGIA	935601	35787
40003	311	7	01/01/2009	HG-H.DIA-NEFROLOGIA	935601	301330
40003	311	9	01/01/2009	HG-H.DIA-NEFROLOGIA	935601	131210
40003	311	10	01/01/2009	HG-H.DIA-NEFROLOGIA	935601	420065
40003	311	11	01/01/2009	HG-H.DIA-NEFROLOGIA	935601	79354
40003	311	17	01/01/2009	HG-H.DIA-NEFROLOGIA	935601	431712
40003	311	17	01/01/2009	HG-H.DIA-NEFROLOGIA	935601	50774
40004	311	13	01/01/2009	HG-H.DIA-DIABETES	910005	104314
40004	311	14	01/01/2009	HG-H.DIA-DIABETES	935601	396929
40004	311	15	01/01/2009	HG-H.DIA-DIABETES	935601	240142
40004	311	16	01/01/2009	HG-H.DIA-DIABETES	910005	300602
40004	311	17	01/01/2009	HG-H.DIA-DIABETES	935601	142455
40004	311	18	01/01/2009	HG-H.DIA-DIABETES	935601	102870
40004	311	19	01/01/2009	HG-H.DIA-DIABETES	910005	142099
40004	311	21	01/01/2009	HG-H.DIA-DIABETES	935601	128567
40004	311	21	01/01/2009	HG-H.DIA-DIABETES	935601	258396
40006	410	410	23-06-2009	HG-H.DIA-QUIIMIOT/HEMATOL	935601	1929
40006	410	110	15-08-2009	HG-H.DIA-QUIIMIOT/HEMATOL	935601	1829
40006	410	110	15-08-2009	HG-H.DIA-QUIIMIOT/HEMATOL	935601	4469
40006	410	110	24-07-2009	HG-H.DIA-QUIIMIOT/HEMATOL	935601	4538
40006	410	138275	02-01-2009	HG-H.DIA-QUIIMIOT/HEMATOL	935601	353926
40009	311	100740	02-01-2009	HG-H.DIA-IMUNOHETERAP	910005	265100
40009	311	142791	02-01-2009	HG-H.DIA-IMUNOHETERAP	910005	318875
40009	311	142321	02-01-2009	HG-H.DIA-IMUNOHETERAP	935601	121542
40009	311	142414	02-01-2009	HG-H.DIA-IMUNOHETERAP	910005	4431
40010	311	138463	02-01-2009	HG-H.DIA-NEFROLOGIA	935601	21571
40013	311	138423	02-01-2009	HG-H.DIA-NEFROLOGIA	935601	91607
40013	311	138424	02-01-2009	HG-H.DIA-NEFROLOGIA	935601	42932
40013	311	138425	02-01-2009	HG-H.DIA-NEFROLOGIA	935601	216888
40013	311	138426	02-01-2009	HG-H.DIA-NEFROLOGIA	935601	248004
40013	311	138427	02-01-2009	HG-H.DIA-NEFROLOGIA	910005	138321
40014	311	138530	02-01-2009	HG-H.DIA-GASTROENTEROLOGIA	910005	2056
40015	311	133657	02-01-2009	HG-H.DIA-M.F.R.	935601	246420
40015	311	134193	02-01-2009	HG-H.DIA-M.F.R.	935601	1585
40015	311	136140	02-01-2009	HG-H.DIA-M.F.R.	910005	74942
40015	311	136831	02-01-2009	HG-H.DIA-M.F.R.	935601	86793
40015	311	134264	02-01-2009	HG-H.DIA-M.F.R.	935601	308674
40015	311	140300	02-01-2009	HG-H.DIA-M.F.R.	910005	170321
40015	311	140300	02-01-2009	HG-H.DIA-M.F.R.	935601	100000

Fonte: Departamento de Informática, CHC

A figura 13 ilustra a query que é pedida ao departamento de informática (devido à incapacidade do SONHO), para o preenchimento dos valores respeitantes ao número de doentes, designados por número sequencial (coluna G) e o número de sessões (coluna D) para a linha de produção Hospital de dia do HG. O exemplo que dou, refere-se ao acumulado do período de Janeiro a Julho de 2009. Depois de Julho com a introdução do Web GDH deixou de ser possível calcular o número de GDHs médicos nos CHC.

Quando se recebe o ficheiro este necessita de ser trabalhado, é necessário colocar filtros em cada tabela. Como trabalhamos com tabelas de dados extensos (a query devolvida contém aproximadamente 18000 sessões para os serviços do Hospital de dia para o período já referido), com diversas colunas que carecem de ser analisadas de perspectivas diferentes, utiliza-se as tabelas dinâmicas. As tabelas dinâmicas permitem dispor e resumir dados complexos e a aparência torna a análise mais intuitiva e fácil de compreender.

Figura 15 – Tabela que relaciona o nº de sessões e os GDHs gerados por doente

	A	B	C
1	DES_ESPECIALIDADE	HG-H.DIA - QUIMIOTERAPIA	
2			
3	NUM_SEQUENCIAL	Dados	Total
4	12609	Contar de NUM_SESSAO	7
5		Contar de GDH	4
6	17942	Contar de NUM_SESSAO	9
7		Contar de GDH	9
8	30376	Contar de NUM_SESSAO	8
9		Contar de GDH	6
10	38041	Contar de NUM_SESSAO	6
11		Contar de GDH	6
12	45814	Contar de NUM_SESSAO	25
13		Contar de GDH	24
14	47739	Contar de NUM_SESSAO	2
15		Contar de GDH	
16	49861	Contar de NUM_SESSAO	6
17		Contar de GDH	6
18	52061	Contar de NUM_SESSAO	37
19		Contar de GDH	37
20	57284	Contar de NUM_SESSAO	4
21		Contar de GDH	
22	57567	Contar de NUM_SESSAO	1
23		Contar de GDH	1

Depois de criada a tabela dinâmica por especialidade (figura 14), o serviço de Quimioterapia contém a informação de cada doente (coluna A) que se desdobra em número de sessões para o período em causa, e quantifica o número de GDHs médicos, que deram lugar o total dessas sessões.

No caso do doente (12609), no período acumulado de Janeiro a Julho, teve 7 sessões no Hospital de Dia e 4 dessas sessões geraram um GDH médico. Isto implica que houve 3 sessões que não geraram GDH (Exemplo: O doente numa sessão toma uma medicação que gera GDH, noutra sessão apenas existe uma limpeza do cateter que é um procedimento que não gera GDH médico). No caso do doente 17942 (célula A6), as nove sessões geraram todas GDHs médicos. Notar que um doente não pode ter mais números de GDH do que número de sessões.

Existem casos em que aparece um doente que para o mesmo número de sessão, aparece como tendo GDH e ao mesmo tempo não tendo. Estes casos tratam-se normalmente de erros administrativos, que por vezes são detectados. Na *query* surge um número de doentes superior ao número de sessões e a resolução destes casos é problemática, porque têm de ser identificados um a um, e resolvidos com os administrativos de cada serviço.

De frisar, mais uma vez que o Sonho, teve uma grande utilidade para o meu trabalho em termos gerais, utilizei-o para quase todas as actividades realizadas no CHC.

Anexo IV – Informação de Retorno no CHC

Objectivos

Medir a produção mensal, acumulada e monitorizar desvios face à produção programada.

Descrição

Esta actividade teve um aspecto central durante a realização do estágio, foi uma tarefa à qual estive sempre em ligação. Foi com estas operações de contabilização do movimento assistencial que comecei, a integrar-me nos vários conceitos específicos como a demora média (DM), doentes saídos, internamento, etc. Os Hospitais configuram sistemas de produção em que o produto (serviço de atendimento ao paciente), na maioria das vezes, permanece estático, enquanto os recursos (pessoas e equipamentos) se altera e agem sobre o mesmo.

Os serviços, embora sigam etapas básicas e padronizadas, estão sujeitas às adequações requeridas pelos utentes, dado que cada utente apresenta uma procura específica. Isto torna a organização do sistema de produção bastante complexa e, por esta razão, requer um planeamento, programação e controle da produção, coerentemente abastecido de material e informações, além da disponibilidade das pessoas.

Análise

Para explicar melhor a importância de aferir a produção mensal dos serviços, proponho uma abordagem prática ao movimento assistencial do Departamento de Medicina para Julho de 2009 (ver Quadro 21) Convém frisar que o Departamento de Medicina é constituído pelos serviços de Cardiologia, Unidade Cuidados Intensivos Coronários, Gastrenterologia, Doenças Infecciosas, Medicina, Medicina física e Reabilitação, Nefrologia, Neurologia, Pneumologia e Centro de Medicina do Sono.

Internamento

- No Departamento Médico quando se compara a sua produção total de Janeiro a Julho de 2009 com a verificada no período homólogo de 2008, regista um decréscimo nos doentes saídos, sendo que a relação doente equivalente (DE) / Doente saído (DS) melhorou de 87% para 87,5%. Isto significa que um 1 DS corresponde a 0,875 DE em 2009 e em 2008 correspondia a 0,87 DE;
- A DM regista um aumento de 8,03%, ou seja, 0,83 dias para o período acumulado;
- A taxa de ocupação total subiu 2,99% de 2008 para 2009 e encontra-se nos 106,93%, ou seja, tem doentes afectos ao departamento em enfermarias de outros serviços;
- Verifica-se um desvio acumulado negativo de 222 doentes saídos no objectivo de produção para 2009;
- A DE supera o objectivo previsto para o período acumulado em análise de 2009 e baixa-a em 0,2 dias para um objectivo anual de 8,8.

Internamento por Serviço

- De uma forma geral todos os Serviços, excepto o Serviço Unidade de Cuidados Intensivos Coronários, Medicina, e Centro de Medicina do Sono, não estão a cumprir os objectivos a que se propuseram.

Consultas Externas do Departamento

- Embora se registre um aumento do nº de consultas médicas face a 2008, é de ressalvar o aumento registado nas 1as consultas (+9,23%, ou seja, mais 907 consultas), ou seja, 907 novos utentes que foram examinados pela primeira vez numa especialidade e referente a um episódio de doença. Por outro lado, no que diz respeito ao objectivo fixado para o acumulado a Julho de 2009, regista-se um desvio positivo de 752 consultas.

- Quanto ao rácio das 1as consultas/total de consultas, o mesmo fixou-se em 29,34% (sendo que o objectivo nacional estabelecido para o CHC é de 28,61%). De uma forma geral, os serviços estão a cumprir os objectivos a que se propuseram no que diz respeito às 1as consultas, exceptuando os Serviços de Cardiologia, Doenças Infecciosas e Gastrenterologia.

Ambulatório

- O número de GDH Médicos cresceu em valor (+128) para o período acumulado e a produção face ao contratado tem um desvio estimado de 98 GDHs.

Para finalizar gostaria de realçar que o programa SONHO é uma ferramenta essencial na elaboração da produção contida na informação de retorno e gostaria de estabelecer a ligação para ser mais fácil compreender.

Para recolher informação dos doentes saídos e transferências internas é necessário ir ao Sonho e retirar o mapa 214 (internamento movimento de doentes), para obter o valor das consultas internas é preciso o mapa (consultas 170). E assim sucessivamente para as diferentes linhas de produção e seus indicadores. Em anexo coloco o mapa estatístico para saber o ICM do Serviço de Cardiologia da linha de produção Internamento. (ver quadro 23)

Nota: o valor do ICM é ligeiramente diferente porque o ICM está constantemente a ser alterado devido ao processo de codificação clínica contínuo (o valor altera porque os GDH não são todos iguais, uns revelam um tratamento mais complexo que outros).

Conclusão:

Esta actividade realizada de apuramento e controlo de produção é uma peça fundamental na monitorização dos desvios para a produção contratualizada a nível interno.

Quadro 21- Informação de Retorno do Departamento de Medicina

		DEPARTAMENTO DE MEDICINA INFORMAÇÃO DE RETORNO DE JULHO 2009							
		Plano Desempenho 2009							
Linhas Produção	Realizado				Contratualizado				
	Informação do Mês	Informação Acumulada	Informação Acumulada P.Homólogo	% Variação P. Homólogo	Metas do Serviço Mensal	Metas do Serviço Anual	Desvio Mensal	Desvio Acumulado	
INTERNAMENTO									
D. Saídos (P.Base)	445	3.443	3.921	-12,18%	524	5.760	-79	-222	
D. Saídos (P.Adicional)	0	0	0	-					
Total D.Saídos (P.B.+ P.Ad.) a)	445	3.443	3.921	-12,19%	524	5.760	-79	-222	
Transferências Internas	29	275	220	25,00%					
D. Saídos Unidades Observação b)	91	1.163	1.606	-27,58%					
Total Dias Internamento	4.215	31.964	32.953	-3,00%					
Total Dias Internamento D. Saídos	4.209	31.946	32.708	-2,33%					
Demora Média Total	8,89	8,80	7,96	8,03%	8,80	8,80	0,09	-0,20	
Demora Média s/ Unidades Obs.	9,21	8,88	8,85	0,33%					
Taxa Ocupação Total	97,82	106,93	103,83	2,99%					
Doentes Saídos/Cama	3	26	28	-5,12%					
Taxa de Reinternamento < 5 dias	2,02%	2,32%	-	-					
Doentes Referenciados para RNCC	10	69	-	-					
Lotação	139	141	149	-5,37%					
Consultas Internas	385	2.100	2.371	-11,43%					
N.º GDH's em falta	81	86	154	-44,16%					
ICM									
Doentes Equivalentes *	279	3.013	3.411	-11,69%	485	5.331	-208	-380	
Relação D. S. ↔ D. E.	82,71%	87,50%	87,00%	0,57%	92,55%	92,55%	-28,85%	-5,06%	
AMBULATÓRIO									
GDH'S Médicos Ambulatório	424	2.740	2.285	-	386	4.250	36	35	
Nº Doentes GDH Médicos	271	1.489	1.010	-					
HOSPITAL DIA									
N.º Sessões	1.123	7.810	6.984	9,28%	948	10.430	175	973	
N.º Doentes	388	1.558	1.804	-13,75%					
CONS. EXTERNA									
N.º Doentes entrados L.E. s/ marcação Cons.	-	2.526	-	-					
Taxa de crescimento L.E. s/ marcação Cons. (1ºas)	-	-15,43%	-	-					
Consultas médicas (1ºs)	1.561	10.729	9.822	9,23%	1.425	15.678	136	752	
Consultas médicas (Sub.)	3.826	25.835	24.397	5,89%	3.558	39.112	70	948	
Peso 1ºS Médicas / Total Médicas	30,09%	29,34%	29,70%	2,23%	28,81%	28,81%	5,17%	2,55%	
Consultas não médicas	37	289	253	13,83%					
Total Consultas Médicas	5.187	36.564	34.219	6,85%	4.981	54.790	206	1.698	
URGÊNCIA									
N.º Atendimentos	1.518	11.594	14.103	-17,79%	1.715	18.881	-197	-408	

SPCG 26-08-2009 CO

NOTAS:

- a) Não Inclui Transferências Internas
- b) Os "Doentes Saídos das Unidades de Obs." aqui autonomizados, estão contabilizados no total de Doentes Saídos do serviço.
- c) N.º de Gdh's em falta = Falta entregar ao Serviço de Codificação Clínica

* Informação provisória em virtude da codificação não se encontrar encerrada


Fonte: Intranet, CHC

Quadro 22 – Informação de Retorno do Serviço de Cardiologia

SERVIÇO DE CARDIOLOGIA

INFORMAÇÃO DE RETORNO DE JULHO 2009

Piano Desempenho 2009



Linhas Produção	Realizado				Contratualizado			
	Informação do Mês	Informação Acumulada	Informação Acumulada P.Homólogo	% Variação P. Homólogo	Metas do Serviço Mensal	Metas do Serviço Anual	Desvio Mensal	Desvio Acumulado
INTERNAMENTO								
D. Saldos (P.Base)	75	614	695	-11,65%	98	1.080	-23	-73
D. Saldos (P.Adicional)	0	0	0	-				
Total D. Saldos (P.B.+ P.Ad.) a)	75	614	695	-11,65%	98	1.080	-23	-73
Transferências Internas	2	26	36	-27,78%				
D. Saldos Unidades Observação b)	13	116	141	-17,73%				
Total Dias Internamento	504	4.373	4.222	3,58%				
Total Dias Internamento D. Saldos	685	4.328	4.189	3,32%				
Demora Média do Serviço	6,81	6,83	5,78	18,30%	5,90	5,90	0,91	0,93
Demora Média e/ Unidades Obs.	9,24	6,83	5,94	14,98%				
Taxa Ocupação Total	130,02	108,57	99,11	9,54%				
Doentes Saldos/Cama	6	34	20	68,42%				
Taxa de Reinternamento < 5 dias	1,33%	2,44%	-	-				
Doentes Referenciados para RNCC	0	3	-	-				
Lotação	13	19	20	-5,00%				
Consultas Internas	35	201	262	-23,28%				
N.º GDH's em falta	26	33	49	-32,66%				
ICM *	2.297	1.920	1.719	11,71%		1.753		0,167
Doentes Equivalentes *	44	538	622	-13,51%	90	994	-46	-95
Relação D. S ↔ D. E. *	58,60%	87,58%	89,46%	-2,10%	92,00%	92,00%	0	0
AMBULATÓRIO								
GDH Médicos Ambulatório	121	830	702		105	1.150	16	98
Nº Doentes GDH Médicos	121	816	702	16,24%				
HOSPITAL DIA								
N.º Sessões	35	210	72	191,67%	11	120	24	134
N.º Doentes	35	199	56	255,36%	103	1.130	-66	-520
CONS. EXTERNA								
N.º Doentes entrados L.E. s/ marcação Cons.	-	523	-	-				
Taxa de crescimento L.E. s/ marcação Cons. (1ºs)	-	134,53%	-	-				
Cardiologia	414	2.960	2.838	4,30%				
Cardiologia Congênita/Hipertensão	4	15	0	-				
Enfarte	99	670	551	21,60%	827	9.100	-20	156
Pacemaker	266	2.109	2.076	1,59%				
Hipertensão	34	193	189	2,12%				
Consultas médicas (1ºs)	198	1.357	1.441	-5,83%	209	2.300	-11	-107
Consultas médicas (Sub.)	509	4590	4213	8,95%	618	6.800	-9	263
Peso 1ºs Médicas / Total Médicas	24,54%	22,82%	25,49%	-10,47%	25,27%	25,27%	-2,93%	-9,72%
Consultas não médicas	0	0	0	-				
Total Consultas Médicas	807	5.947	5.654	5,18%	827	9.100	-20	156
URGÊNCIA								
N.º Atendimento	181	1.194	1.394	-14,36%	186	2.049	-13	-110

SP03 26-09-2009 CO

NOTAS:

- a) Não inclui Transferências Internas
- b) Os "Doentes Saldos das Unidades de Obs." aqui autonomizados, estão contabilizados no total de Doentes Saldos do serviço.
- c) Nº de Gdh's em falta = Falta entregar ao Serviço de Codificação Clínica

* Informação provisória em virtude da codificação não se encontrar encerrada

Fonte: Intranet, CHC

Quadro 23 - Mapa Estatístico “ICM por Especialidade”

Centro Hospitalar De Coimbra, E.P.E.		Ministerio da Saude - IGIF	
Período: 01/01/2009 a 31/07/2009		Pag: 001/ 002	
Data emissao: 07/12/2009			
ICM por Especialidade			
Especialidade	Total Equiv.	ICM	
Hg-S. Ortopedia e Traumatologia :	302,429	1,8015	
Hg-S. Medicina :	849,058	1,1811	
Hg-S. Neurologia :	384,740	,9442	
Hg-S. Neurocirurgia :	399,424	2,0001	
Hg-S. Cardiologia :	566,245	1,9290	
Hg-S. Urologia :	561,997	1,0420	
Hg-S. Gastroenterologia :	281,058	1,6077	
Hg-S. Pneumologia :	352,362	1,5144	
Hg-S. Infeciosas :	122,355	1,4150	
Hg-S. Nefrologia :	331,006	1,1840	
Hg-S. Uci :	250,898	2,3293	
Hg-S. Otorrinolaringologia :	404,644	1,2226	
Hg-S. Cuidados Intensivos :	23,640	5,8391	
Hg-S. Oftalmologia :	397,119	,8472	
Hg-S. Ortopedia :	323,521	1,8404	
Hg-S. Hematologia :	99,343	1,7803	
Hg-S. Cirurgia :	1.276,224	1,6207	
Hp-Uicd :	19,691	,3977	
Hp-S. Medicina :	78,919	1,2570	
Hp-Uci :	4,833	1,2254	
Hp-S. Ortopedia e Traumatologia :	65,784	1,2162	

Fonte: SONHO

Anexo V – Contratualização Interna

Objectivo

Participar no processo formal de contratualização interna envolve todos os directores de serviço da área assistencial e níveis intermédios da administração, assim como os membros do Conselho de Administração. Com este processo pretende-se replicar internamente o modelo da contratualização externa, vinculando os responsáveis directos ao cumprimento integral dos valores assumidos em sede de Contrato-Programa.

Prática

Iniciei a criação do documento base para a negociação entre os directores de serviço e o CA, mas com a mudança de equipa do CA, e atrasos da ARS, a discussão do contrato interno só teve lugar em meados de Janeiro de 2010 e supostamente estava planeada para Novembro.

Nesta demonstração prática abordo só um Departamento que serve como exemplo de actuação para os restantes. O Departamento de Hematologia é constituído pelo Serviço de Hematologia HG, Serviço de Hematologia HP e Hospital Dia de Quimioterapia. Os Serviços só possuem três linhas de produção (Internamento, Consulta Externa e Hospital de dia)

O processo de contratualização consiste em preencher todos os valores de produção dos dois anos anteriores até ao ano N e calcular a produção estimada para esse mesmo ano N. Tem que se introduzir os valores contratualizados anteriormente para cada serviço de todos os Departamentos. Uma vez completo os quadros todos com toda a informação, o ficheiro é encaminhado a todos os chefes de serviço que devem preencher e devolver para se fazer uma reunião para discutir com o Conselho de Administração do CHC, EPE.

É uma tarefa que demora o seu tempo, uma vez que muitos dos valores têm de ser retirados da intranet e fazer novas incursões pelo SONHO e produzir mais mapas estatísticos para o seu preenchimento. A formatação, etiquetagem de células, inserção de fórmulas e tabelas foi feita de novo (ver quadro 24)

Departamento de Hematologia
Contratualização do Departamento de Hematologia para o ano de 2010

1 - Internamento

Produção	2006	2007	2008	Variação	Variação	Estimativa	Objectivos		2010		Variação Prevista	
				07/06	08/07		Contratualizados 2009	2009	Proposta	Propost	%	Qtd. / Valor
				%	%		Contrato	Desvio face	Serviço	a CA		
							ao Estimado					
Lotação Média	4	4	4	0,00 %	0,00 %	4	4	0,00%			-100,00 %	-4
Dias Internamento Totais	1.569	1.541	1.763	-1,78 %	14,41 %	1.715	1.550	10,62%			-100,00 %	-1550
Doentes Saídos Totais (inclui transferências internas)	156	167	211	7,05 %	26,35 %	168	200	-16,13%			-100,00 %	-200
Doentes Saídos (altas)	143	152	206	6,29 %	35,53 %	165	200	-17,50%			-100,00 %	-200
Doentes Equivalentes	121	139	173	14,88 %	24,46 %	149	166	-10,76%			-100,00 %	-166
Relação D. S ↔ D. E.	84,62%	91,45%	83,98%	8,07 %	-8,17 %	90,00%	83,20%	8,17%	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!
Taxa de Ocupação	107,47%	105,55%	120,42%	-1,78 %	14,09 %	117,44%	106,16%	10,62%	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!
Demora Média Total (nº dias)	10,97	10,14	8,56	-7,60 %	-15,58 %	10,39	7,75	34,09%	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!
Índice de Case Mix	1,711	1,469	2,152	-14,13 %	46,46 %	0,000	2,270	-100,00%			-100,00 %	-2
Consulta Interna	67	138	356	105,97 %	157,97 %	396	200	98,00%			-100,00 %	-200

2 - Consulta Externa

Produção	2006	2007	2008	Variação	Variação	Estimativa	Objectivos		2010		Variação Prevista	
				07/06	08/07		Contratualizados 2009	2009	Proposta	Propost	%	Qtd. / Valor
				%	%		Contrato	Desvio face	Serviço	a CA		
							ao Estimado					
Nº Total de Consultas	9.781	10.838	12.009	10,81 %	10,80 %	10.810	11.121	-2,79%	0	0	-100,00%	-11121
Nº de 1ªs Consultas	1.130	1.220	1.420	7,96 %	16,39 %	1.238	1.292	-4,22%			-100,00 %	-1292
Nº de Consultas Subsequentes	8.651	9.618	10.589	11,18 %	10,10 %	9.573	9.829	-2,61%			-100,00 %	-9829
Peso das 1ªs consultas (%)	12%	11%	12%	-2,56 %	5,04 %	11%	12%	-1,46%	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!

Anexo VI – Contabilidade Analítica

Objectivos

Conhecer o processo de cálculo dos custos dos vários serviços e departamentos presentes no Centro Hospitalar de Coimbra (CHC) e perceber o nível de complexidade de todo o processo.

Interessava conhecer as práticas de contabilidade de gestão hospitalar, que se poderão constituir como instrumento indispensável ao planeamento e à avaliação do desempenho, uma vez, que os primeiros passos começaram no final de 2007.

Descrição

Neste período, não elaborei qualquer documento específico, apenas compreendi o processo de apuramento de custos, a forma como foi implementado e dificuldades de implementação. Através de informação em dossier, tomei o pulso do complexo e demoroso processo de processamento de custos.

Abordagem teórica/prática²¹

A diferença entre a Contabilidade Geral e a Contabilidade Analítica, é que a primeira faz o apuramento do resultado de exploração da organização e a segunda calcula o apuramento dos resultados por linha de actividade da organização.

A Contabilidade de Gestão tem como objectivo último imputar todos os custos da Instituição Hospitalar às Secções Principais. Ou seja, a preocupação central prende-se com a completa e correcta distribuição dos custos, para que os cálculos feitos posteriormente sejam o mais fundamentado possível.

O CHC, como já disse, é composto por 3 hospitais: o HG, o HP e a MBB. Dentro de cada uma destas unidades existem diversos serviços, que consoante as suas características são agrupados em 5 Secções Homogéneas: as Secções Principais, as Secções Auxiliares de Apoio Clínico, as Secções Auxiliares de Apoio Geral, as Secções

²¹ Informação retirada do Plano de Contabilidade Analítica dos hospitais e dos apontamentos da Dra. Ana Ferreira (responsável pela Contabilidade Analítica do CHC).

Administrativas e a Secção Não Imputáveis. As Secções Principais são “as que concorrem directamente para a actividade principal da Instituição Hospitalar” (Plano De Contabilidade Analítica dos Hospitais), enquanto as Secções Auxiliares realizam serviços a outras secções. Já as Secções Administrativas correspondem ao desempenho de actividades gerais, como por exemplo os Serviços Financeiros, e a Secção Não Imputáveis reporta-se a custos/proveitos não associados às Secções atrás referidas.

Por outro lado, enquanto ferramenta de gestão, a Contabilidade Analítica preocupa-se também com o cálculo dos Custos Unitários de Produção. Estes indicadores são elementos importantes na análise económica e financeira da empresa, sendo frequente a sua utilização em processos de tomada de decisão. Para tal, é necessário ter em atenção a correcta contabilização dos Custos Totais e, por outro lado, as unidades de medida da produção. De referir que as informações introduzidas pela Portaria nº110-A/2007 que definiu as ponderações a utilizar para o cálculo da produção das Secções Auxiliares de Apoio Clínico.

Método de Apuramento de Custos

Em primeiro lugar, é importante fazer uma referência ao Plano de Contabilidade Analítica dos Hospitais (PCAH), quanto ao Apuramento de Custos.

O PCAH prevê a existência de 4 níveis para se efectuar o apuramento:

- Um primeiro nível, em que se contabilizam os custos directos de cada Secção;
- Um segundo nível, em que se distribui os Custos Totais (directos e indirectos) das Secções Administrativas pelas Auxiliares e pelas Principais;
- Um terceiro nível, onde se distribui os Custos Totais das Secções Auxiliares Gerais pelas Auxiliares de Apoio Clínico e pelas Principais;
- Por fim, um quarto nível, que consiste em distribuir os Custos Totais das Secções Auxiliares de Apoio Clínico pelas beneficiárias dos seus serviços.

Convém notar que no primeiro nível o obstáculo a transpor é o cálculo dos Custos Directos, enquanto nos seguintes o elemento principal são os Custos Indirectos.

O cálculo dos Custos Unitários De Produção são o resultado do confronto dos Custos Totais finais, calculados como descrito acima por parte de cada serviço, com os dados relativos à produção, a disponibilizar pelas próprias unidades de produção.

No que concerne ao primeiro nível, existem custos que se associam facilmente a cada Secção Homogénea. Quanto ao segundo, terceiro e quarto nível, o PCAH apresenta três metodologias para imputar os custos das várias Secções Auxiliares às Secções Principais, uma vez que este é o objectivo último da Contabilidade Analítica: o método de Distribuição Directa, o Método de Distribuição Sequencial ou *Stepdown* e o Método de Distribuição Recíproca.

O método utilizado é o Método Sequencial ou *Stepdown*, em que a distribuição dos custos se faz segundo uma ordem e em que após se distribuir os Custos Totais de uma Secção, ela já não poderá receber custos de outras Secções. Ou seja, uma Secção distribui por todas as que ainda não distribuíram e só recebe das que distribuem antes dela. É um método relativamente simples de utilizar, sendo que não é tão completo nem complexo como o Método de Distribuição Recíproca.

Por fim, o PCAH indica-nos os princípios de distribuição dos Custos Totais, ou seja, como se calcula a proporção dos Custos Totais de cada Centro de Custo a imputar a cada um dos outros, e as Unidades de Obra de cada Centro de Custo, enquanto unidade de medida da produção.

Custos Unitários de Produção

O seu principal objectivo é fornecer dados relevantes à tomada de decisão, constituindo-se como uma ferramenta de gestão importante e sintética.

Para o cálculo destes elementos (que apenas é feito para as Secções Principais e para as Secções Auxiliares de Apoio Clínico), utilizamos os dados com os Custos Totais e vamos procurar os dados da produção:

- Internamento: retirar-se o Número de Doentes à linha Total D. Saídos e os Dias de Internamento à linha Total Dias Internamento D. Saídos.
- Hospital de Dia: utiliza-se o N° de Sessões e o N° de Doente directamente dos documentos.

- Urgência: utiliza-se o total de N° de Atendimentos directamente dos documentos.
- C. Externas: retira-se também directamente dos documentos o N° de Consultas.
- Cirurgia de Ambulatório: contabiliza-se os valores dos GDHs Cirúrgicos de Ambulatório.

Problemas com Centros de Custo

Existem alguns, principalmente relacionados com a informação disponível sobre os Centros de Custo.

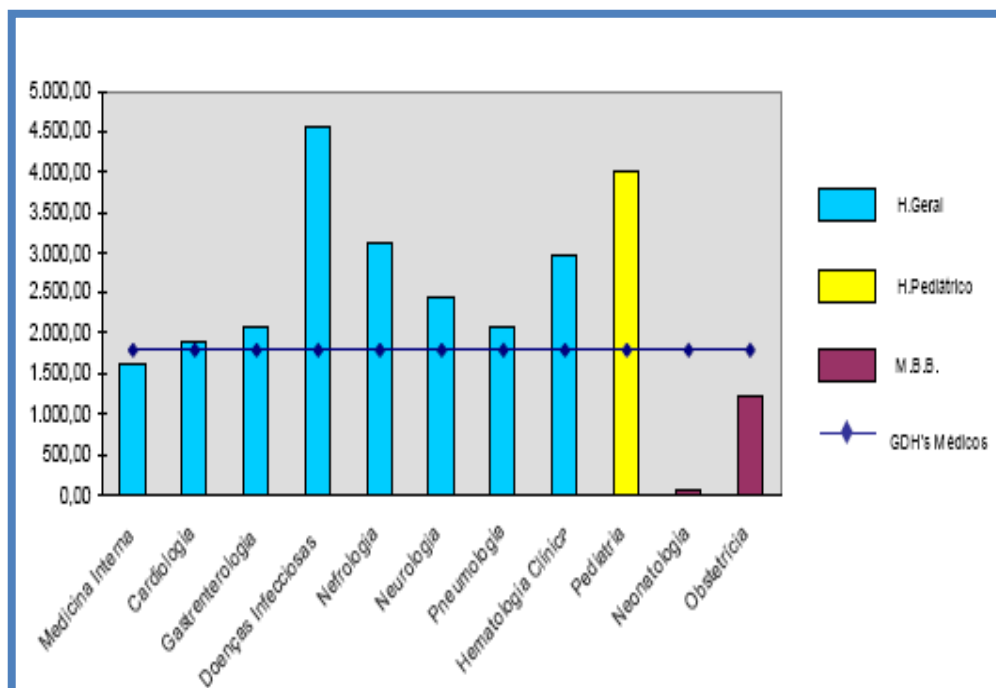
Resumidamente, e relativamente às Secções Principais, existem estas questões:

- Centro de Custo com custos associados, mas sem produção nem serviços requeridos;
- Centro de Custo sem custos directo (ou praticamente sem custos) mas com produção e serviços requeridos;
- Centro de Custo com custos associados e serviços requeridos, mas sem produção;
- Centro de Custo sem custos directo (ou praticamente sem custos) nem serviços requeridos mas com produção;
- Centro de Custo sem custos directos (ou praticamente sem custos) nem produção mas com serviços requeridos;

Análise Prática

A figura compara o custo unitário de cada secção com o preço a que cada unidade de medida é facturada e revela as discrepâncias entre o valor do CP e os custos de produção unitários.

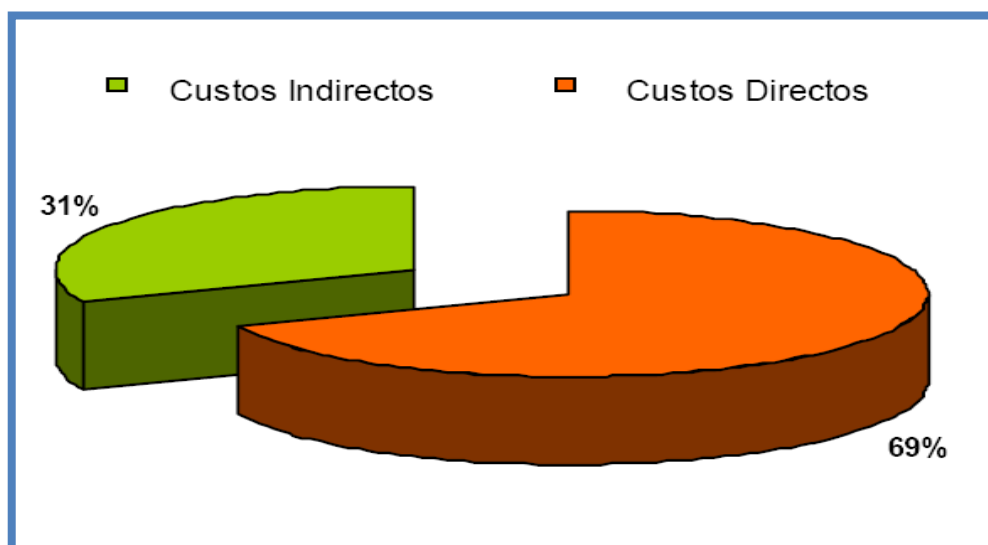
Figura 16 - Custo Doente Saído Vs GDH Médico



Fonte: Serviços Financeiros, CHC, EPE

As tendências da Contabilidade Analítica nos próximos tempos são a da prestação de informação trimestral de custos directos, associar os proveitos aos custos e ser a base da contratualização em termos de informação económica.

Figura 17 – Distribuição dos Custos no CHC, EPE



Fonte: Serviços Financeiros, CHC, EPE

Pela figura ficamos a saber que o peso dos custos directos é bem maior do que os custos indirectos. Os custos directos, englobam os custos com Pessoal (remunerações), matérias de consumo (produtos farmacêuticos, produtos alimentares, material de consumo hoteleiro) e os custos indirectos englobam os gastos do Bloco operatório, esterilização, Serviços Farmacêuticos, etc.

Conclusões:

É um instrumento poderoso de gestão no sentido de racionalizar recursos e aproximar os custos inerentes à actividade assistencial ao preço que a mesma é financiada / paga.

Tradicionalmente a imputação dos custos do Bloco aos serviços com internamento cirúrgico pelo número de cirurgias realizadas, gera uma aproximação à realidade, mas que prejudica serviços cirúrgicos de grande volume, exemplo Oftalmologia.

Serve para ter uma perspectiva do impacto económico das várias linhas de produção.

Anexo VII – Mapa de produção adicional

Objectivo:

A Negociação da produção cirúrgica adicional por GDH, exige um maior controlo deste tipo de produção e conseqüente impacto financeiro para a instituição,

Analisar e identificar os aspectos críticos para o controlo de gastos na produção adicional. Devido à falta de informação de custos da produção cirúrgica adicional, tomou-se como objectivo saber a nível interno qual o montante de gastos para a realização de certas cirurgias. Sabendo-se que o Hospital é financiado pelos valores que constam no CP ou pela Portaria N° 132/2009, mas como falamos de produção adicional existe uma Portaria especial.

A Portaria n.º 852/2009, do Ministério da Saúde, contém a tabela de Preços a praticar para a produção adicional realizada no âmbito do Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia (SIGIC) pelas unidades prestadoras de cuidados de saúde.

Pretende-se conhecer qual o os GDHs que proporcionam maior receita bruta e qual o que implica menor impacto negativo nos resultados operacionais dos CHC, conforme seja no âmbito da produção base ou adicional.

Procurar saber quais os procedimentos cirúrgicos que compensam fazer em produção adicional ou na base.

Conceitos e especificidades:

O modelo de financiamento, divide cada uma das linhas de financiamento de produção da cirurgia programada convencional e cirurgia de ambulatório em duas: a base e a adicional. Estas, não ocorrem em tempos sequenciais (primeiro a base e quando esta termina, a adicional). Referem-se pois sempre à mesma actividade (cirúrgica). Na realidade referem-se às mesmas linhas de produção (convencional e ambulatório) mas distinguem a forma de financiamento em função do número de episódios realizados (doentes equivalentes ou cirurgias) e respectiva cronologia (as primeiras cirurgias são em base e as restantes em adicional).

Esta modalidade de financiamento procura possibilitar um crescimento sustentado em ambiente concorrencial regulado nas instituições eficientes que disponibilizem oferta para as populações que servem ou para outros hospitais deficitários.

As remunerações a entregar às equipas que efectuem produção adicional dependem de cada procedimento: Cirurgias que incluem colocação de próteses: 35%; Cirurgias de ambulatório: 55%; Restantes cirurgias: 45%

O pagamento da PA é processado com periodicidade trimestral, salvaguardando o cumprimento da produção base no trimestre a que diz respeito nas linhas de produção cirurgia convencional e cirurgia ambulatória (Regulamento da PA, CHC);

É possível estando a produção base abaixo do previsto compensar com produção adicional, se o montante total for respeitado.

A produção cirúrgica adicional é efectuada de segunda a sexta-feira, após cumprimento do horário de trabalho, bem como aos sábados, domingos e feriados.

As equipas para produção adicional são contratadas para cada cirurgia para a qual tenham sido designadas no agendamento do procedimento cirúrgico que terá de explicitar a modalidade adicional da produção (convencional ou ambulatório). Uma vez realizada, o hospital fica obrigado ao seu pagamento. Não existe qualquer compromisso contratual entre o hospital e as equipas quer no número quer na continuidade da prestação. O valor a pagar às equipas decorre directamente do montante inscrito na tabela de preços da Portaria N°852/2009 apurados os procedimentos e diagnósticos envolvidos e independentemente do tempo de internamento, destino após a alta ou outras variáveis.

Tem como finalidade o aumento global da produção a custos controlados.

Uma vez distribuída uma cirurgia adicional a uma equipa o CA fica responsável pelo pagamento do valor decorrente da tabela de preços à equipa. Esta obrigação é absoluta e não está dependente do hospital vir ou não a facturar produção adicional segundo o anexo II da portaria N°852/2009 (artigo 6.º).

Parte prática

Construí as tabelas de modo a colocar o número de GDH e saber automaticamente a descrição do GDH, o valor do CP como também o valor da Portaria N° 852/2009. A célula devia possuir a designação do Serviço a que correspondia esse GDH. Sabendo o serviço, a tabela devia ir buscar aos dados da Contabilidade Analítica o custo unitário por dia de internamento para cada serviço diferente. A demora média do serviço, tem de ser retirada da intranet, a demora média do GDH está na Portaria N°132/2009, depois pode-se calcular o desvio da demora média do serviço face à Portaria.

O custo do material só pode ser calculado se soubermos os procedimentos. Antes de mais com o n° de GDH há que pesquisar os vários procedimentos e sua designação para cada GDH. Para esta análise fixou-se um limite de análise de 7 procedimentos por GDH, nem todos chegam a ter 7 procedimentos, porque há GDH menos complexos do que outros. Era expectável que certas patologias, como as neoplasias possuíssem mais procedimentos nos GDHs gerados, assim como as cirurgias com prótese. Conhecido o material contido nos vários procedimentos poderia enviar-se a lista do material para o aprovisionamento para sabermos os preços dos materiais mais relevantes (neste caso as próteses).

O valor da equipa surge como o mais relevante no caso de a cirurgia não ser com prótese. Há uma percentagem que é paga à equipa conforme a natureza da cirurgia. Criou-se um campo para colocar a Lista de inscritos para a cirurgia para saber onde se encontravam em termos de GDH, as necessidades da população. Por fim há duas receitas brutas que precisam ser calculadas para responder a uma das perguntas do trabalho. Qual os ganhos e custos com a produção em adicional no âmbito do SIGIC.

Para simplificar a análise numa primeira parte, dividi os GDHs por designações, Cirurgia convencional, Convencional+próteses, em ambulatório e, caso particular as neoplasias (convencional e ambulatório).

A análise foi feita com base nos dados da CA de 2008 e com os valores da produção adicional do mesmo período e demora média de 2008 para os diferentes serviços.

Quadro 25 – Explicação dos campos mais importantes para a análise

Nome das colunas	Valores
Valor GDH	Encontra-se na Portaria 852/2009 serve de financiamento à produção adicional
Valor CP	Valor que se encontra no Contrato Programa de 2008 e que serve de financiamento à produção base
Serviço	Através dos códigos contidos nos procedimentos referentes a um GDH, existe um programa na intranet que permite saber a designação e assim conhecer o serviço
Custo material	O custo do material é calculado, primeiro sabendo o material referido no procedimento e depois envia-se os nomes para obter o custo do departamento de Aprovisionamento
Valor equipa	O valor a pagar à equipa depende das cirurgias incluem próteses, serem convencionais ou de ambulatório
Dmédia	Este valor é retirado do anexo II da Portaria Nº 132/2009 (coluna L) e diz respeito à demora média
Dmédia* do serviço	o valor correspondente à demora média do serviço, é retirado da informação de retorno de Dezembro de 2008, consoante o serviço em causa
Desvio Dmédia	Serve para medir a performance dos serviços em relação à demora média da portaria
CUDI	Os custos diários de internamento são retirados da Contabilidade analítica 2008 e dizem respeito aos custos unitários totais por dia de internamento consoante o serviço
Lista espera	É dada pela responsável pelo SIGIC nos CHC, e é uma lista por procedimento e não por GDH
Receita Bruta (1)	A fórmula é dada pela subtração ao Valor do GDH da Portaria, dos custos com material menos o valor a pagar à equipa, menos o produto da demora média do serviço vezes o custo diário de internamento
Receita Bruta (2)	A fórmula é dada pela subtração ao valor do CP, dos custos com material, menos o produto da DM do serviço pelo C.U de internamento.

Descrição Prática

Quadro 26 – GDH por serviço SIGIC

Serviço	GDH	Descrição	Convencional	Ambulatório
Neurocirurgia	2	Craniotomia, idade > 17 anos, sem CC	7	0
	5	Descompressão do túnel do carpo	0	35
	530	Craniotomia com CC maior	1	0
Oftalmologia	36	Procedimentos na retina	15	0
	39	Procedimentos no cristalino com ou sem vitrectomia	39	712
	40	Procedimentos extra-oculares, excepto na íris, idade > 17 anos	0	1
	42	Procedimentos intra-oculares excepto na retina, íris e cristalino	4	0
	534	Procedimentos oculares, com CC maior	1	0
Otorrinolaringologia	55	Procedimentos diversos nos ouvidos, nariz, boca e garganta	28	0
	62	Miringotomia com colocação de tubo, idade 0-17 anos	15	0
Cirurgia Geral	119	Laqueação venosa e flebotomia	2	0
	160*	Procedimentos para hérnia inguinal/femoral, idade > 17 anos, sem CC	1	0
	162*	Procedimentos para hérnia inguinal/femoral, idade > 17 anos, sem CC	5	0
	226	Procedimentos nos tecidos moles com CC	1	0
	227	Procedimentos nos tecidos moles sem CC	2	0
	494	Colecistectomia laparoscópica sem exploração do coledoco sem CC	5	0
Ortopedia	209*	Procedimentos nas grandes articulações e reimplantação do membro inferior	8	0
	220	Procedimentos no membro inferior, idade 0-17 anos	1	0
	224	Procedimentos no ombro/cotovelo/antebraço excepto procedimentos nas grandes articulações sem CC	0	1
	225	Procedimentos no pé	10	6
	227	Procedimentos nos tecidos moles sem CC	0	1
	229	Procedimentos na mão ou punho excepto grandes procedimentos nas articulações sem CC	0	2
	234	Outros procedimentos no sistema musculoesquelético e tecido conjuntivo em bloco operatório sem CC	7	0
Urologia	818*	Substituição da anca, excepto por complicações	27	0
	867	Excisão local e remoção de dispositivos de fixação interna (excepto da anca e fémur) sem CC	2	0
	306	Prostatectomia com CC	2	0
	334	Grandes procedimentos pélvicos masculinos com CC	1	0
	335	Grandes procedimentos pélvicos masculinos sem CC	11	0
	336	Prostatectomia transuretral, com CC	12	0
	337	Prostatectomia transuretral sem CC	20	0
	339	Procedimentos nos testículos por doença não maligna, idade > 17 anos	14	32
	340	Procedimentos nos testículos, por doença não maligna, idade < 18 anos	0	4
	341	Procedimentos no pénis	2	1
342	Circuncisão, idade > 17 anos	0	31	
343	Circuncisão, idade < 18 anos	0	7	
356	Procedimentos reconstitutivos do aparelho genital feminino	34	0	

O quadro 26, dá a produção por GDH dos diferentes serviços que produziram em adicional.

O pagamento às equipas funciona como um estímulo à produção e a boas performances dos departamentos. O quadro 12 indica que o procedimento no cristalino (GDH 39), serviço de oftalmologia atingiu um valor de 712 cirurgias, quase 17% do total GDHs cirúrgicos de Ambulatório do CP de 2008 para os CHC, EPE.

Quadro 27 – Produção GDH convencional com prótese

GDH	Descrição	Valor GDH	Valor CP	Serviço	Valor equipa	CUDI	Receita Bruta (1)	Receita Bruta (2)
160	Procedimentos para hérnia excepto inguinal/femoral, idade >17 anos, sem CC	1.018,29 €	3.598,45 €	Cirurgia Geral	356,40 €	294,17 €	-1.397,27 €	1.182,89 €
162	Procedimentos para hérnia inguinal/femoral, idade >17 anos, sem CC	856,85 €	3.598,45 €	Cirurgia Geral	299,90 €	294,17 €	-149,05 €	2.592,55 €
209	Procedimentos nas grandes articulações e reimplantação do membro inferior	5.925,11 €	3.598,45 €	Ortopedia	2.073,79 €	292,08 €	1.514,70 €	811,96 €
818	Substituição da anca, excepto por complicações	5.927,86 €	3.598,45 €	Ortopedia	2.074,75 €	292,08 €	1.312,03 €	-1.017,38 €

O quadro 27 revela uma situação atípica, o GDH 209 e 818 remuneram o hospital com um valor superior ao valor do Contrato programa (produção base). Nesta situação para o melhor desempenho do hospital e na medida que existem doentes com necessidades de intervenções cirúrgicas era melhor ser registada como produção adicional. Convém referir que os gastos com as próteses acabaram por não ser tidas em conta, caso contrário as Receitas seriam bastante negativas.

Quadro 28 – Produção Ambulatório em SIGIC 2008

GDH	Descrição	Valor GDH	Valor CP	Serviço	Valor equipa	Receita Bruta (1)	Receita Bruta (2)
6	Descompressão do túnel cárpico	773,34 €	1.377,36 €	Neurocirurgia	425,34 €	348,00 €	952,03 €
39	Procedimentos no cristalino com ou sem vitrectomia	809,25 €	1.377,36 €	Oftalmologia	445,09 €	364,16 €	932,28 €
40	Procedimentos extra-oculares, excepto na órbita, idade > 17 anos	886,51 €	1.377,36 €	Oftalmologia	487,58 €	398,93 €	889,78 €
224	Procedimentos no ombro/cotovelo/antebraço sem CC	1.073,47 €	1.377,36 €	Ortopedia	590,41 €	483,06 €	786,96 €
225	Procedimentos no pé	1.199,75 €	1.377,36 €	Ortopedia	659,86 €	539,89 €	717,50 €
227	Procedimentos nos tecidos moles sem CC	1.080,26 €	1.377,36 €	Ortopedia	594,14 €	486,12 €	783,22 €
229	Procedimentos na mão ou punho sem CC	885,10 €	1.377,36 €	Ortopedia	486,81 €	398,30 €	890,56 €
342	Circuncisão, idade > 17 anos	434,31 €	1.377,36 €	Urologia	238,87 €	195,44 €	1.138,49 €
343	Circuncisão, idade < 18 anos	258,00 €	1.377,36 €	Urologia	141,90 €	116,10 €	1.235,46 €
339	Procedimentos nos testículos por doença não maligna, idade >17 anos	850,56 €	1.377,36 €	Urologia	467,81 €	382,75 €	909,56 €
340	Procedimentos nos testículos, por doença não maligna, idade < 18 anos	701,82 €	1.377,36 €	Urologia	388,00 €	315,82 €	991,36 €

Deve recorda-se que o financiamento base é unitariamente superior ao adicional pelo que deverá ser suficiente para colmatar o excedente do custo pago às equipas. O quadro 28 revela que em regime de ambulatório o hospital fica sempre a ganhar com a produção em adicional, quer seja financiada pela produção base (valor CP) ou pela produção adicional. Nada impede os hospitais de produzir em adicional e de utilizar o modelo de financiamento que melhor convir. Ao Hospital cumpre pagar directamente às equipas à medida que a produção é executada. Para que a cirurgia seja considerada adicional e como tal paga às equipas deve, no tipo de produção, ser registada no sistema de informação do hospital, à data do registo da cirurgia, como adicional.

Problemas encontrados:

A lista de espera é determinada por procedimento, ou seja, há GDHs diferentes que contêm os mesmos procedimentos, tornando muito difícil sem um médico presente saber que procedimento correspondia a qual serviço. A lista de doentes por GDH não consegue ordenar os procedimentos, aparecem sempre de forma desordenada.

O Custo do material é difícil de calcular no caso das próteses (é o custo mais relevante no material) as peças são compradas peça a peça, não havendo padrões, porque cada caso é especial e diferente, implicando altas variações no seu custo.

Conclusões Gerais:

A produção base em serviços muito eficientes, organizados e em que haja constância nos níveis de produção pode constituir uma vantagem em eficiência financeira dada a natureza favorável ao hospital da relação entre os vencimentos da equipa e o financiamento. A produção adicional, salvaguarda a relação de custos pelo hospital, é a mais segura pois só gera custos após a realização e consequentemente após garantia de financiamento, nesta modalidade de produção o hospital tem uma eficiência financeira garantida e está salvaguardado de perdas, o risco corre por conta da equipa prestadora.

Anexo VIII – Avaliação de Desempenho dos Departamentos

Objectivo: Avaliação periódica (trimestral e semestral) do desempenho dos departamentos em colaboração com o Conselho de Administração,

Foi-me dado a preencher o mapa para a reunião de avaliação a ser realizada com o Conselho de Administração. Um instrumento para medir o desempenho dos principais departamentos dos CHC, onde estão incluídos o Departamento Cirúrgico, Departamento de Medicina, Departamento de Hematologia, estes pertencentes ao Hospital Geral. O departamento de Saúde da Mulher diz respeito à MBB e por fim, o Departamento Pediátrico e Pedopsiquiatria (HP).

A finalidade do estudo era introduzir os dados para a Avaliação com os dados da Informação de Retorno respeitante ao mês de Outubro.

Quadro 29 – Avaliação da produção CHC

Avaliação - 01/01/2009 a 31/10/2009									
CHC, EPE	2009	2008	Variação		Objectivos 2009				
	Acumulad	Acumulad	Qtd./Valor	%	01/01/2009 a 31/10/2009	Annual	Desvio do Período		
							Qtd./Valor	%	
Internamento									
Lotação (Não inclui o berçário)	515	527	-12	-2,3%	-	-	-	-	-
Doentes Saídos (Altas)	20.373	21.949	-1576	-7,2%	22.706	24.977	-2.333	-10,3%	
Demora Média	7,98	7,53	0,45	6,0%	7,60	7,6	0,38	5,00%	
Taxa de Ocupação	91,46	89,95	1,51	1,7%					
Doentes Tratados / Cama	43	45	-2,00	-4,4%					
Reinternamentos inferiores a 3 dias (Nº)	248	247	1	0,4%					
Reinternamentos inferiores a 5 dias (%)	2,30%	2,13%	0,27p.p	8%					
Consulta Externa (Não inclui consultas n.médicas)									
Primeiras consultas	69.673	62.653	7020	11,2%	67.710	74.481	1.963	2,9%	
Cons. Subsequentes	153.773	149.149	4624	3,1%	157.595	173.354	-3.822	-2,4%	
Total de Consultas	223.446	211.802	11644	5,5%	225.305	247.835	-1.859	-0,8%	
% das Primeiras Consultas	31,2%	29,6%	0,6p.p	5,4%	30,1%	30,1%	1,1p.p	3,8%	
Bloco Operatório (Nº de Doentes)									
Convencional									
Base	5.335	5.361	-26	-0,5%	5.424	5.966	-89	-1,6%	
Urgente	2.233	2.689	-456	-17,0%	2.845	3.129	-612	-21,5%	
Total (1)	7.568	8.050	-482	-6,0%	8.268	9.095	-700	-8,5%	
Ambulatório									
Base	3.810	3.112	698	22,4%	4.369	4.806	-559	-12,8%	
Adicional									
Convencional	146	230	-84	-36,5%	382	420	-236	-61,8%	
Ambulatório	399	760	-361	-47,5%	755	830	-356	-47,1%	
Peso da Cirurgia de Amb/Total da Cirurgia Programada	45,4%	42,5%	2,9%	6,9%					
Urgência									
Total de Atendimentos	115.144	119.753	-4609	-3,8%	128.027	140.830	-12883	-10,1%	
Total de Atendimentos s/internamento	104.438	107.279	-2841	-2,6%	115.565	127.122	-11127	-9,6%	
Gdh's em falta pelos Serviços	0								
Gdh's por inserir	0								
Nº total de Gdh's em falta	0								

Fonte: CHC

Descrição da actividade:

A análise do quadro 29 serve para descrever o processo da actividade. A célula K9 continha a fórmula $[(L9/11)*8]$. O valor L9 diz respeito ao valor da Contratualização para o ano de 2009 e o denominador (11) serve para obter um valor de referência para cada mês (utiliza-se 11 e não 12 (meses) para dar uma folga para reduzir o risco de incumprimento). O multiplicador (8) da expressão corresponde ao mês de Agosto que é alterado para 10 para corresponder ao mês de análise (Outubro). O mesmo processo será feito para algumas células da coluna K para este e os restantes separadores da folha de Excel.

A informação para o preenchimento da coluna E (Acumulado 2009) e F (Acumulado 2008) para as diferentes linhas de produção (Internamento, Consulta Externa, Bloco Operatório, Urgência) é retirada da Informação de Retorno disponibilizada na intranet dos CHC (informações estatísticas – movimento assistencial 2009).

As células D62,D63 estão a zero devido à introdução do novo sistema de Codificação Clínica – “Web GDH”, que não produz informação fiável para ser publicada. A informação das colunas D e E são retiradas da intranet, excepto os valores dos reinternamentos inferiores a 3 dias (Nº) e os reinternamentos inferiores a 5 dias (%).

Para obter esta informação é necessário utilizar o programa SONHO. Utiliza-se o mapa estatístico de código INT 462 e retira-se os mapas para reinternamentos inferiores a 3 e 5 dias. Para o ano 2008 é necessário ir aos 3 sonhos, um para cada hospital dos CHC, estou-me a referir ao HG e HP e MBB, isto para o período de 01/01/2008 a 31/10/2008. Para 2009 o caso processa-se de igual forma para o MBB e HP para o período de 01/01/2009 a 30/06/2009. Com a fusão dos sonhos ocorrida em Julho só é necessário retirar o mapa para o período de 01/01/2009 até 31/10/2009 do Sonho (unificado) que dá o valor dos reinternamentos para o HG desse período.

Para a MBB e HP é necessário somar os valores deste mapa (“SONHO unificado”) com os valores do Sonho antigo para obtermos os valores correctos.

O quadro com os Objectivos 2009 tem a coluna L com as metas estabelecidas pelo CP, a coluna K tem o valor ajustado ao período acumulado em causa (já descrito anteriormente). A coluna M e N calculam os desvios resultantes da produção real com a produção contratada contida no CP dos CHC.

Aspectos que necessitam de análise:

A taxa de Ocupação superior a 100% pode ser provocada por doentes que entram na urgência e permanecem mais do que 24 horas, passando logo (administrativamente) para internamento. Sem subirem para o serviço de Especialidade médicas, mas são contabilizados como tal. Os doentes são mantidos na sala de observação. Esta situação é descrita internamente como “fenómeno dos beliches”. A conclusão é que há mais doentes que camas o que poderia ser sinónimo de más práticas que poderiam influir na qualidade do serviço prestado ao utente. O que não é verdade.

Quadro 30 – Avaliação do Departamento de Medicina

	2009	2008	Variação	
	Acumulado	Acumulado	Qtd./Valor	%
Departamento de Medicina e Especialidades Médicas				
Internamento				
Lotação	138	150	-12	-8,0%
Doentes Saídos (Altas)	4.765	5.374	-609	-11,3%
Demora Média	8,72	7,68	1	13,5%
Taxa de Ocupação	106,88	95,39	11,49	12,0%
Doentes Tratados / Cama	37	38	-1,00	-2,6%
Taxa de Mortalidade	9,99%	8,86%	0,01	12,8%
Reinternamentos inferiores a 3 dias (Nº)	43	53	-10	-18,9%
Reinternamentos inferiores a 5 dias (%)	2,16%	2,05%	0,11p.p	5,6%

Fonte: CHC

Com base no quadro 30 constata-se uma variação da lotação dos departamentos, que pode indicar a realização de obras (não é muito comum). Houve uma variação negativa de 12 camas de 2008 para 2009. O Departamento de Medicina tem uma taxa de lotação de 106,88% (acumulado 2009), isto acontece, porque utiliza a enfermaria de outros serviços.