

UNIVERSIDADE DO ALGARVE

FACULDADE DE ECONOMIA

**EVOLUÇÃO E EXECUÇÃO DO CONTRATO-PROGRAMA
SNS DE 2010 A 2013**

Cláudia Vanessa Duarte Neves

Relatório de Estágio

Mestrado em Gestão de Unidades de Saúde

UNIVERSIDADE DO ALGARVE

FACULDADE DE ECONOMIA

**EVOLUÇÃO E EXECUÇÃO DO CONTRATO-PROGRAMA
SNS DE 2010 A 2013**

Cláudia Vanessa Duarte Neves

Relatório de Estágio

Mestrado em Gestão De Unidades de Saúde

Trabalho efetuado sob orientação:

Professor Doutor Jorge Miguel Lopo Gonçalves Andraz

Doutora Sandra Isabel Batista Brás

Declaração de Autoria de Trabalho

EVOLUÇÃO E EXECUÇÃO DO CONTRATO-PROGRAMA SNS DE 2010 A 2013

Declaração de Autoria de Trabalho

Declaro ser a autora deste trabalho, que é original e inédito. Autores e trabalhos consultados estão devidamente citados no texto e constam da listagem de referências incluída.

Cláudia Neves

(Cláudia Neves)

© **Copyright**, Cláudia Neves. A Universidade do Algarve tem o direito, perpétuo e sem limites geográficos, de arquivar e publicitar este trabalho através de exemplares impressos reproduzidos em papel ou de forma digital, ou por qualquer outro meio conhecido ou que venha a ser inventado, de o divulgar através de repositórios científicos e de admitir a sua cópia e distribuição com objetivos educacionais ou de investigação, não comerciais, desde que seja dado crédito ao autor e editor.

*“Não são as espécies mais fortes que sobrevivem,
nem as mais inteligentes,
mas sim aquelas que melhor se adaptam à mudança.”*
(Charles Darwin, A Origem das Espécies, 1850)

Agradecimentos

Com a conclusão de uma etapa tão importante para mim, quero deixar o meu agradecimento a todos aqueles que contribuíram para a realização deste relatório.

Começo por agradecer aos meus pais por todo o apoio que me deram ao longo do curso.

Quero deixar um agradecimento especial ao Dr.º Carlos Neves Martins por abrir as portas à realização do meu estágio no Centro Hospitalar Lisboa Norte (CHLN). À Doutora Sandra Brás por ser a minha orientadora de estágio e por me ter proporcionado um estágio bastante rico em conhecimento. À Doutora Teresa Henriques, pela simpatia, paciência e por me ter transmitido o conhecimento necessário para a realização deste trabalho. À Sabiana pelo apoio que me deu. Às pessoas do Planeamento, Controlo e Gestão, da responsabilidade de termos e às pessoas que tive oportunidade de conhecer nos vários departamentos, por me terem recebido de braços abertos, pela simpatia, pelo carinho e pelo conhecimento que me transmitiram.

Não poderia deixar de agradecer ao meu orientador da universidade Professor Doutor Jorge Andraz, pela ajuda na realização do relatório. Ao coordenador do curso por tornar o estágio possível.

Por fim, mas não menos importante, quero agradecer à minha família e amigos pelo apoio incondicional que me deram para a realização deste trabalho.

A todos vocês, um **MUITO OBRIGADA!**

RESUMO

O presente trabalho é a fase final do percurso académico para obter o grau de mestre em Gestão de Unidades de Saúde.

Este relatório, para além do enquadramento teórico, integra uma componente prática que foi desenvolvido durante o estágio no Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE (CHLN). Esta componente consiste na comparação das linhas de produção do contrato-programa contratada pela Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS) e Administração Regional de Saúde (ARS) nos anos 2010 a 2013 e perceber qual foi o grau de concretização do contrato-programa em termos de quantidades, preço unitário, faturação e objetivos alcançados.

O Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE foi criado a 01 de Março de 2008 e resultou da fusão dos Hospitais de Santa Maria, EPE e Pulido Valente, EPE, ambos localizados na cidade de Lisboa.

O estágio no CHLN foi realizado no Gabinete de planeamento, controlo e gestão, onde a estagiária realizou trabalhos desde a pesquisa da emissão de termos de responsabilidade a uma determinada clínica até à elaboração de mapas de apoio.

O relatório permite concluir que o ano em que se verificou uma maior mudança do preço unitário da produção marginal foi no ano de 2010 para 2011. O ano que o CHLN mais se afasta das quantidades contratadas é em 2010. Ao longo dos anos o valor total contratado tem vindo a baixar e nos incentivos verificou-se o inverso.

Palavras-chave: Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE; financiamento; contratualização; contrato-programa.

ABSTRACT

This work is the final stage of the academic path for a master's degree in Management of Health Units.

This report integrates an empirical component that was developed during the internship in the Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE (CHLN), beyond the theoretical framework. That component consists on the comparison of the production lines of the program contract hired by Central Administration of the Health System (ACSS) in the years 2010-2013 and realize what was the degree of achievement the program contract in terms of quantity, unit price, billing and goals achieved.

The Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE was created in March 01, 2008 as the result of the merger of the Santa Maria Hospital and Pulido Valente Hospital, both located in Lisbon.

The internship at the CHLN was developed in the Department of Planning, Control and Management, in which several tasks were performed, since the research of liability declarations issued to a particular clinic to the production of support maps.

The report concludes that the major change in the unit price of the marginal production occurs in the period 2010-2011. The year in which was detected a major distance from the hired quantities is in 2010. Over the years, the contract value and the incentives level moved in opposite directions. While the total contract value declined, the incentives raised up.

Keywords: Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE; financing; contracting; program-contract.

ÍNDICE GERAL

Declaração de Autoria de Trabalho	iii
Agradecimentos	v
RESUMO.....	vi
ABSTRACT.....	vii
LISTA DE FIGURAS.....	x
LISTA DE TABELAS.....	xi
LISTA DE ABREVIATURAS	xii
CAPÍTULO 1 - INTRODUÇÃO.....	1
CAPÍTULO 2 – CARACTERIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO	2
2.1 História.....	2
2.1.1 Centro Hospitalar Lisboa Norte.....	2
2.1.2 Hospital Santa Maria	3
2.1.3 Hospital Pulido Valente.....	5
2.2 Atividade	6
2.3 Contexto	6
2.3.1 Missão.....	7
2.3.2 Visão.....	7
2.3.3 Objetivos.....	7
2.4 Organograma do Centro Hospitalar Lisboa Norte	9
CAPÍTULO 3 – CARACTERIZAÇÃO GERAL DO ESTÁGIO	11
CAPÍTULO 4 – ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	13
4.1 História do Financiamento Hospitalar	13
4.2 Hospitais SA.....	15
4.3 Hospitais EPE.....	16
4.4 Grupos de Diagnósticos Homogéneos	18
4.5. Enquadramentos dos modelos de pagamento	20
4.5.1 Sistema de pagamento retrospectivo	21
4.5.2 Sistema de pagamento prospetivo	21
4.5.3 Tipos de pagamentos	22

4.6 Contratualização.....	24
4.6.1 Contrato-programa	27
CAPÍTULO 5 – ESTUDO DE CASO	32
5.1 Contrato-Programa do CHLN	32
5.1.1 Remuneração global e remuneração por linha de produção.....	33
5.2 Evolução do contrato-programa no período 2010-2013	36
5.3 Análise da execução do contrato-programa	41
CAPITULO 6 - CONCLUSÕES	55
BIBLIOGRAFIA	57
ANEXOS	60
Anexo 1 - Objetivos de 2010	61
Anexo 2 - Objetivos de 2011	62
Anexo 3 - Objetivos de 2012	63
Anexo 4 - Objetivos de 2013	64

LISTA DE FIGURAS

Figura 2.1- Hospital Santa Maria, E.P.E, 2014.....	4
Figura 2.2 – Organograma do Centro Hospitalar Lisboa Norte	9
Figura 4.1 – Fases do processo de contratualização	29
Figura 4.2 – Grupo dos Hospitais	31

LISTA DE TABELAS

Tabela 5.1 – Remuneração da produção contratada e incentivos	33
Tabela 5.2 – Preço unitário do contrato-programa e da produção marginal.....	38
Tabela 5.3 – Índice <i>case-mix</i> vs preço unitário.....	40
Tabela 5.4 – Quantidades do contrato-programa vs realizado, 2010 e 2011	42
Tabela 5.5 - Quantidades do contrato-programa vs realizado, 2012 e 2013.....	45
Tabela 5.6 – Objetivos 2010 e 2011	49
Tabela 5.7 – Objetivos 2012 e 2013	51

LISTA DE ABREVIATURAS

SNS	Serviço Nacional de Saúde
ACSS	Administração Central do Sistema de Saúde
HPV	Hospital Polido Valente
HSM	Hospital Santa Maria
GPCG	Gabinete de Planeamento, Controlo e Gestão
SIGIC	Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia
CTH	Consulta a Tempo e Horas
SICA	Sistema de Informação da Contratualização e Acompanhamento
ARS	Administração Regional de Saúde
EUA	Estados Unidos da América
GDH	Grupos de Diagnósticos Homogéneos
SA	Sociedade Anónima
EPE	Entidade Pública Empresarial
SPA	Sector Público Administrativo
MCDT	Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica
IGIF	Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde
RNCCI	Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados
ETC	Equivalentes a Tempo Completo
CRES	Conselho de Reflexão sobre a Saúde
LIC	Lista de Inscritos para Cirurgia
OPSS	Observatório Português dos Sistemas de Saúde

CAPÍTULO 1 - INTRODUÇÃO

O estágio é uma etapa muito importante do percurso académico, daí a minha opção para concluir o curso tenha sido a realização de um estágio curricular. Procurei encontrar um estágio que me permitisse desenvolver os conhecimentos adquiridos no 1ºano letivo do curso. Este estágio teve a duração de 640h, no Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE, no Gabinete de Planeamento, Controlo e Gestão.

A realização do estágio possibilita o contato com a realidade do hospital, o que para nós estudantes, permite-nos ter alguma experiência profissional na área. Assim, o tema que vai ser desenvolvido neste trabalho irá consistir na comparação das linhas de produção do contrato-programa contratadas pela ACSS nos anos 2010 a 2013 e perceber qual foi o grau de concretização do contrato-programa em termos de quantidades, preço unitário, faturação e objetivos alcançados.

Este relatório encontra-se dividido em cinco capítulos, para além deste capítulo introdutório. No segundo capítulo é feita uma apresentação da entidade onde decorreu o estágio. No terceiro capítulo encontra-se a caracterização geral do estágio. No quarto capítulo é feito o enquadramento teórico sobre o tema e encontra-se estruturado em várias secções. A primeira secção apresenta a história do financiamento hospitalar. A segunda secção encontra-se a distinção entre o hospital Entidade Pública Empresarial (EPE) e Sociedade Anónima (SA). A terceira secção refere-se ao grupo de diagnósticos homogéneos. A quarta secção apresenta o enquadramento dos modelos de pagamento. E por último, temos a quinta secção que apresenta os principais aspetos da contratualização. No quinto capítulo apresenta-se o desenvolvimento e análise da parte prática do tema. Finalmente, o sexto capítulo apresenta as principais conclusões.

CAPÍTULO 2 – CARACTERIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO

2.1 História

2.1.1 Centro Hospitalar Lisboa Norte

O Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE foi criado a 01 de Março de 2008, pelo Decreto-Lei nº 23/2008 de 08 de Fevereiro e resultou da fusão dos Hospitais de Santa Maria, EPE e Pulido Valente, EPE.

Os dois hospitais que estiveram na origem da constituição do CHLN eram hospitais centrais, localizados na cidade de Lisboa, separados por poucos quilómetros. Um deles menos polivalente em termos de especialidades e serviços prestados mas muito diferenciado e especializado nas áreas em que intervinha, e outro bem mais abrangente na diversidade da sua oferta, cobrindo todas as áreas da medicina, com especialidades e técnicas únicas no panorama hospitalar português.

Da simbiose destas duas organizações hospitalares nasceu um Centro Hospitalar que, em Março de 2014, fez seis anos de existência. A sua criação permitiu formalizar um conjunto de sinergias e complementaridades que, fruto da natural aproximação inter-institucional, já se vinham desenhando no terreno mas que a criação do Centro e a fusão das duas instituições permitiu potenciar.

Sobretudo a nível da urgência externa e também a nível do ensino e da investigação, deram-se passos decisivos no sentido de uma clara integração, permitindo dar uma resposta muito mais abrangente e adequada às necessidades do país e às expectativas do acionista.

O CHLN está inserido na Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo e é responsável pela prestação direta de cuidados de saúde a uma população de 373 mil habitantes. Para além destes, para os quais é instituição de referência direta, abrangendo as áreas dos Centros de Saúde de Alvalade, Benfica, Loures, Lumiar, Odivelas e

Pontinha, a instituição recebe doentes de todas as zonas do país constituindo-se como referência indireta de toda a zona sul do país e das ilhas dos Açores e Madeira.

O seu nome e marca, conhecido nacional e internacionalmente, permitem-lhe ainda ser procurado por cidadãos de todo o mundo, sobretudo dos oriundos dos países de expressão portuguesa, gerando nesta matéria oportunidades de internacionalização que urge potenciar.

Num enquadramento com estas características não podemos deixar de salientar a desadequação física das instalações e dos edifícios que compõem o CHLN, que constituem um constrangimento ao desenvolvimento eficiente da sua atividade. As características pavilionares dos edifícios do Hospital Pulido Valente, justificadas no início do século XX com a predominância de tratamento de doenças do foro pulmonar e o excessivo e já desadequado direcionamento das instalações de Santa Maria para o internamento, justificado no modelo de prestação de cuidados que caracterizava o segundo quartel do século XX, exigem uma reflexão profunda sobre a estratégia a seguir no que se refere a remodelações e ajustamentos infraestruturais, as novas solicitações da procura e ao estado da arte (Relatório e Contas, 2012).

2.1.2 Hospital Santa Maria

O Hospital de Santa Maria, retratado na Figura 2.1, completa este ano, 2014, 61 anos de atividade. Nestes seis decénios, o Hospital acompanhou os notáveis desenvolvimentos científicos e técnicos, alterações dos comportamentos e estilos de vida e as modificações políticas, económicas, sociais e demográficas ocorridas na segunda metade do século XX, cumprindo com equidade e universalidade a missão nuclear de ajudar os que a ele recorrem.

Figura 2.1- Hospital Santa Maria, E.P.E, 2014



À época da construção ocorria a concretização do direito à saúde. Tornava-se imperiosa a ultrapassagem do conceito beneficente dos cuidados de internamento. Assumia-se que o Hospital teria de se constituir, progressivamente, como instituição de prestação de cuidados integrados e de complexidade crescente, em ligação íntima com a comunidade.

A obra foi orientada em Comissão Técnica dos Hospitais Escolares, sob a presidência do Prof. Francisco Gentil, com projeto de 1938, da autoria do arquiteto alemão Hermann Distel. Considerado como uma das maiores realizações de sempre do Estado Português, o Hospital de Santa Maria foi oficialmente inaugurado em 1953, vindo a abrir as portas no ano seguinte.

Durante os seus 61 anos de atividade, o Hospital consolidou-se como grande instituição de prestação de cuidados, de formação de profissionais e de investigação científica (Centro Hospitalar Lisboa Norte, 2014):

- Como unidade assistencial central e de referência, vocacionada para a diferenciação técnica, têm cumprido os grandes objetivos de uma unidade do sistema público, com vista à garantia da equidade e universalidade do acesso, da assistência eficaz e eficiente e da promoção da qualidade e da excelência, com satisfação dos doentes e dos profissionais;
- Enquanto grande centro de ensino, tem desempenhado cabalmente o papel de unidade base para o ensino clínico da Faculdade de Medicina de Lisboa. Nele se diferenciaram milhares de médicos, enfermeiros, técnicos e outros profissionais de saúde;

- Orientado por preocupações de inovação e de contribuição para o aprofundamento do conhecimento médico, é hoje o maior centro de investigação clínica a nível nacional.

Ao longo da sua existência, foram muitas as adaptações de estrutura e de organização, tão significativas que deixaram o Hospital irreconhecível em relação ao modelo original. Variou significativamente a capacidade de resposta assistencial, com acréscimo crescente dos níveis de complexidade e de subespecialização.

Por outro lado, os já longos anos de vida da instituição fizeram-se sentir na deterioração e inadequação de muitas das suas estruturas físicas, muitas vezes não compatíveis com as novas práticas de prestação de cuidados e de gestão hospitalar, radicalmente diferentes. Neste cenário, tornou-se necessária a reestruturação profunda do Hospital, já iniciada, que se pretende que venha produzir efeitos plenos até ao fim da primeira década do século XXI (Centro Hospitalar Lisboa Norte, 2014).

Em Janeiro de 2007 o Hospital de Santa Maria foi convertido numa EPE e, seguindo o Plano Estratégico 2006-2008, inicia-se a requalificação global do Hospital.

2.1.3 Hospital Pulido Valente

O Hospital Pulido Valente (HPV) é, desde Dezembro de 2005, um hospital E.P.E., remontando a sua história aos primórdios do século XX. A Rainha D. Amélia, figura impulsionadora da luta contra a tuberculose, cria a Assistência Nacional aos Tuberculosos (A.N.T.) e propõe a construção de um Hospital para tratamento destes doentes. Com a sua contribuição financeira pessoal e a de pessoas influentes da época, inicia-se a construção do Hospital de Repouso de Lisboa, que será inaugurado em Fevereiro de 1910. Assim sendo, o HPV já possui um século de existência a prestar serviços de saúde (Centro Hospitalar Lisboa Norte, 2014).

Ao longo da sua existência, esta instituição emblemática no tratamento das doenças do foro pulmonar é alvo de diversas transformações em termos de estatuto e organização com a criação dos serviços de Urologia – inicialmente para o tratamento da tuberculose renal -Cirurgia Torácica, Otorrinolaringologia e Cardiologia. É aqui que, no início da década de sessenta, o Dr. Décio Ferreira realiza as primeiras intervenções

cirúrgicas de “coração aberto”, cria um aparelho para circulação extra-corporal e faz, experimentalmente, transplantações cardíacas em cães.

Acompanhando estas transformações, a denominação do Hospital foi sendo alterada: Sanatório D. Carlos I, Sanatório Popular de Lisboa, Centro Sanatorial do Lumiar – incluindo os Sanatórios D. Carlos I e Rainha D. Amélia – até que, ao abrigo do Decreto-Lei 260/75, de 26 de Maio, passa a ser Hospital de Pulido Valente, com o estatuto de Hospital Geral Central. Mantendo a Pneumologia como vertente clínica predominante, surgem novas valências como a Medicina Interna, Gastrenterologia, Cirurgia Geral, Dermatologia, Fisiatria e, mais recentemente, Angiologia e Cirurgia Vasculuar, Obesidade Mórbida e Oncologia Médica (Centro Hospitalar Lisboa Norte, 2014).

2.2 Atividade

A atividade do CHLN, EPE, centrada na satisfação das necessidades dos utentes no acesso aos cuidados de saúde, orienta-se por critérios exigentes de qualidade, economia, eficiência e eficácia, num contexto de equilíbrio económico e financeiro sustentável, em conformidade com o contrato-programa em vigor, devendo desenvolver a sua ação por centros de responsabilidade com vista ao aprofundamento do modelo empresarial de gestão adotado (Relatório e Contas 2012).

2.3 Contexto

Desde 27 de Dezembro de 2007, o Hospital Santa Marita (HSM) integra, juntamente com o Hospital Pulido Valente, o CHLN – Centro Hospitalar Lisboa Norte EPE (Centro Hospitalar Lisboa Norte, 2014).

O CHLN é uma estrutura organizada e gerida pelo Estado, sendo o principal objetivo tratar doentes e promover a saúde, prestando serviço à comunidade a que qualquer indivíduo pode recorrer, independentemente da sua etnia, religião ou ideologia política, em busca de auxílio, quando a sua integridade é ameaçada pela doença (Centro Hospitalar Lisboa Norte, 2014).

Atualmente, o CHLN, para além do apoio às populações do seu local de influência direta, garante referenciação diferenciada em variadas áreas clínicas, ao nível regional, nacional e dos países de expressão portuguesa (Centro Hospitalar Lisboa Norte, 2014).

Assim, cumpre os objetivos de uma grande Unidade do Sistema Público de Saúde, visando a garantia da equidade e universalidade do acesso, da assistência eficaz e eficiente e da promoção da qualidade e da excelência, satisfazendo doentes e profissionais de saúde (Centro Hospitalar Lisboa Norte, 2014).

2.3.1 Missão

O CHLN tem como missão, a satisfação com qualidade, eficácia e eficiência das necessidades das pessoas que acedem aos cuidados de saúde do Centro Hospitalar, em conformidade com o seu grau de diferenciação e posicionamento como grande unidade do sistema público de saúde, garantido a equidade e universalidade do acesso (Relatório e contas 2012).

2.3.2 Visão

O CHLN tem como visão, ser um estabelecimento de saúde de referência, desempenhando funções diferenciadas nas prestações de cuidados de saúde, na formação pré, pós-graduada e continuada, bem como na área da investigação, adotando uma conduta ética incensurável e promovendo a sustentabilidade da instituição (Relatório e Contas, 2012).

2.3.3 Objetivos

O Centro Hospitalar tem por objetivo a prestação de cuidados de saúde aos cidadãos no âmbito das suas capacidades e responsabilidades, em conformidade com o seu grau de diferenciação e posicionamento no Serviço Nacional de Saúde. A sua atividade orienta-se por critérios exigentes de qualidade, económica, eficiência e eficácia, num quadro de equilíbrio e sustentabilidade económico, financeiro, ambiental e social. Na área do ambiente, o CHLN adota estratégias e práticas adequadas,

destacando-se a poupança de recursos naturais e a gestão racional de resíduos, as quais inserem a responsabilidade social pelo equilíbrio ambiental e pelo desenvolvimento sustentável.

De acordo com o Relatório e Contas (2012), são objetivos do CHLN:

- Proporcionar aos profissionais condições de realização profissional, que permitam atrair os melhores e mais motivados;
- Prestar a sua atividade centrada no primado do doente;
- Assegurar a qualidade e humanização dos cuidados prestados;
- Assegurar e melhorar as condições de acolhimento e internamento dos cidadãos utilizadores dos serviços prestados pelo Centro Hospitalar;
- Garantir elevados padrões técnico-científicos;
- Adequar equipamentos e instalações diretamente ligados à prestação de cuidados de saúde;
- Assegurar a gestão eficaz e eficiente dos recursos humanos;
- Proporcionar aos profissionais condições de realização profissional, que permitam atrair os melhores e mais motivados;
- Desenvolver as atividades de investigação, ensino e formação no que respeita à formação de profissionais de saúde;
- Promover a articulação funcional com a rede de cuidados primários, no âmbito da sua área de influência, bem como com a rede nacional de cuidados continuados integrados;
- Promover critérios de rigor, autonomia, responsabilização e flexibilidade na gestão;
- Garantir a sustentabilidade económica e financeira do Centro Hospitalar.

2.4 Organograma do Centro Hospitalar Lisboa Norte

O CHLN é composto da seguinte forma: conselho de administração; departamentos/serviços de apoio ao conselho de administração; serviços de ação médica; serviços de suporte à prestação de cuidados; e serviços de apoio geral e logística. Na Figura 2.2 podemos ver em detalhe como a instituição está dividida.

Figura 2.2 – Organograma do Centro Hospitalar Lisboa Norte

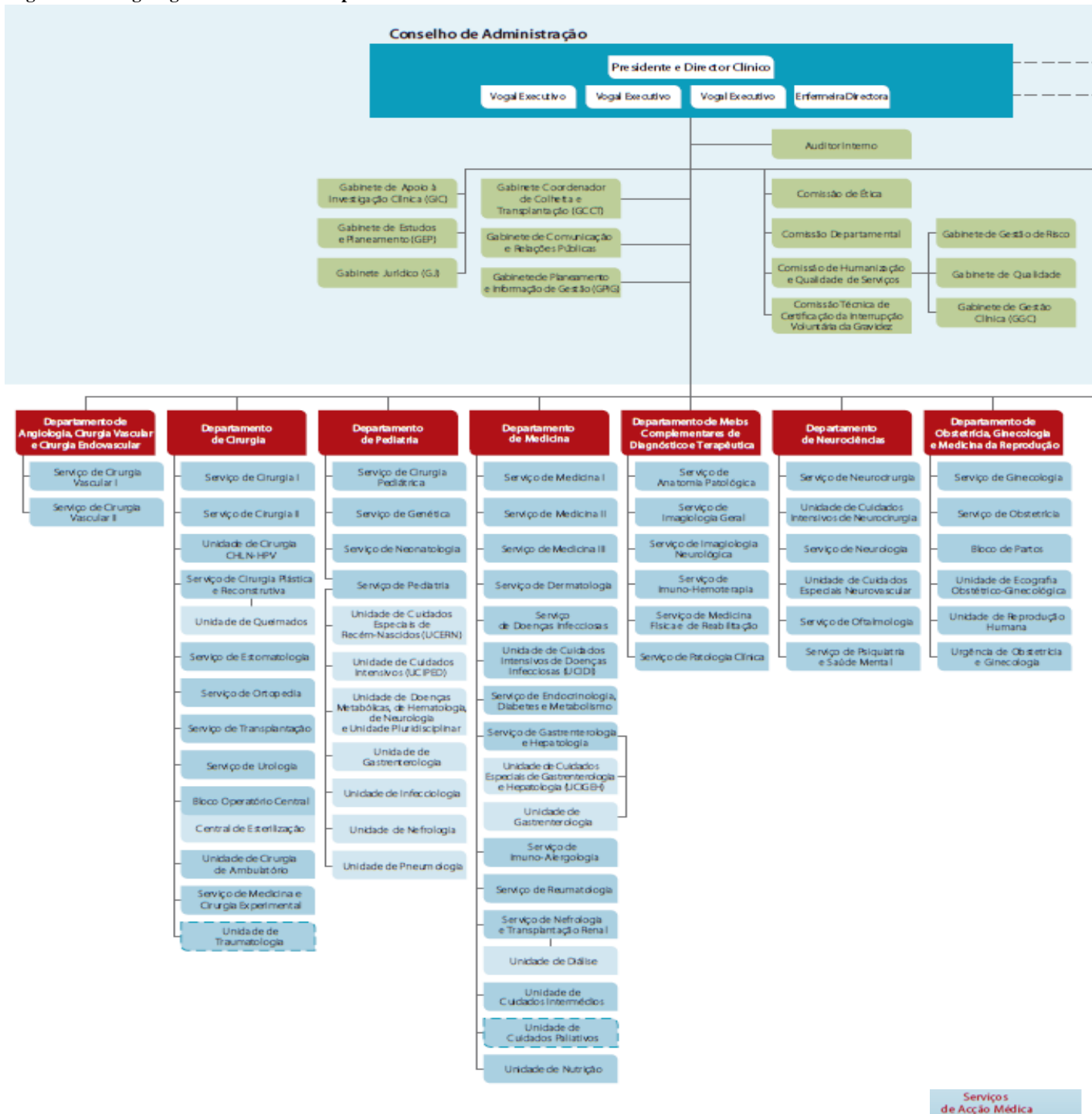
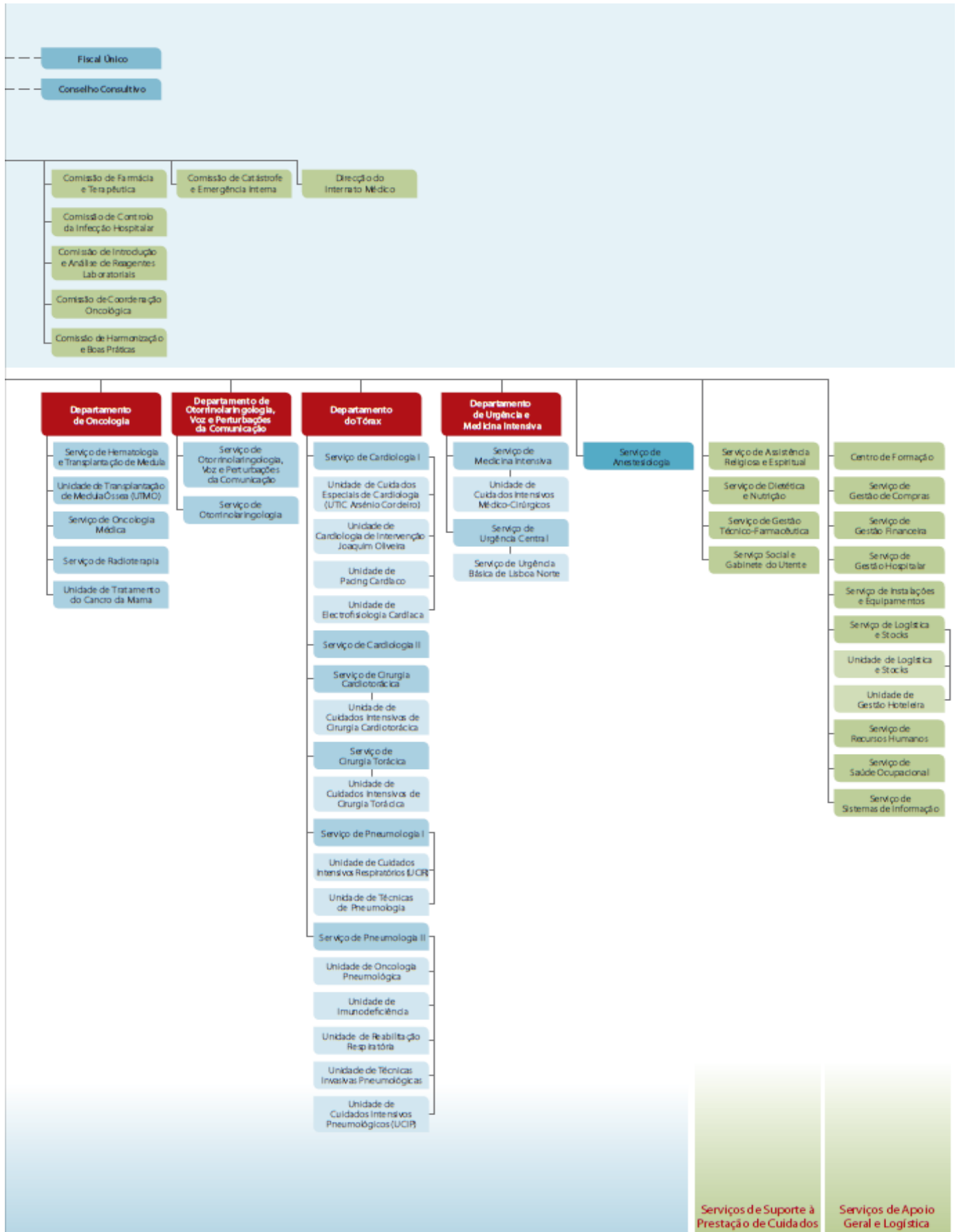


Figura 2.2 – Organograma do Centro Hospitalar Lisboa Norte (continuação)



Fonte: Relatório e Contas 2012

CAPÍTULO 3 – CARACTERIZAÇÃO GERAL DO ESTÁGIO

O estágio foi realizado no Gabinete de Planeamento, Controlo e Gestão (GPCG), sendo que durante o estágio foi dada a oportunidade à estagiária de passar algumas manhãs de quinta e sexta-feira pelos seguintes departamentos ou serviços: termos de responsabilidade (pedidos realizados ao exterior); pré-faturação dos termos de responsabilidade (pedidos do exterior que foram realizados no CHLN); gestão de compras; gestão financeira; logística e *stocks*; sistema integrado de gestão de inscritos para cirurgia (SIGIC); gestão farmacêutica; instalação e equipamentos; gestão hoteleira; sistemas de informação; gestão de recursos humanos.

A supervisora de estágio tem a seu cargo o GPCG e os seguintes serviços: serviço de termos de responsabilidade (pedidos realizados ao exterior) e de pré-faturação dos termos de responsabilidade (pedidos que foram realizados ao CHLN). O contacto com estes serviços permitiu à estagiária realizar diferentes trabalhos.

Entre os trabalhos realizados no serviço termos de responsabilidade (pedidos realizados ao exterior) contam-se os seguintes: pesquisa da emissão de termos à clínica “XPTO”¹; conferência de pré-faturas; e elaboração de tabelas relacionadas aos termos emitidos referente à clínica “XPTO”. No GPCG, a estagiária realizou trabalhos ligados com a elaboração de mapas do consumo de material *vs* produção do mês de Março de 2014; mapas de sessões dos MCDT’S realizados por especialidade do ano 2013; e mapas das consultas a tempo e horas (CTH) por especialidade de Janeiro a Abril de 2014. O trabalho onde a estagiária usou grande parte do tempo foi na recolha e na elaboração de dados relativos ao contrato-programa.

O Gabinete de Planeamento, Controlo e Gestão é um órgão de apoio técnico ao Conselho de Administração na definição do planeamento estratégico e operacional do Hospital e no controlo da sua execução. Este departamento tem como objetivo atuar nas seguintes áreas:

¹ Nome fítico da clínica.

- Coordenar a elaboração do plano e do relatório de atividades;
- Recolher, tratar e analisar a informação estatística disponibilizada internamente e garantir o seu fornecimento ao exterior;
- Proceder à análise e controlo periódicos das atividades do Centro Hospitalar;
- Produzir regularmente informação de gestão destinada ao Conselho de Administração, com o intuito de apoiar os processos de tomada de decisão, numa ótica de melhoria contínua de eficiência e coesão operacional;
- Acompanhar a execução dos projetos de investimento;
- Apoiar os diversos serviços do Centro Hospitalar na identificação e implementação dos seus indicadores de atividade;
- Coordenar a implementação das políticas de qualidade definidas pelo Conselho de Administração;
- Elaborar a proposta do plano de ação anual;
- Acompanhamento do contrato-programa SNS;
- Controlo, análise e pré-faturação SNS.

Com todas estas atividades a seu cargo, este gabinete acaba por ser um pilar central na elaboração e concretização do planeamento do hospital, encontrando-se ainda em contato constante com a ACSS e ARS, através da aplicação Sistema de Informação da Contratualização e Acompanhamento (SICA), com o fornecimento de indicadores solicitados por aquela instituição.

O estágio foi bastante proveitoso, devido ao fato de ter permitido à estagiária ficar com uma visão do funcionamento do hospital e da sua complexidade, e rever algumas matérias que foram lecionadas ao longo do 1º ano do curso. A realização deste estágio permitiu à estagiária o contato direto com o mundo laboral servindo de preparação para as realidades do mundo do trabalho.

CAPÍTULO 4 – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

4.1 História do Financiamento Hospitalar

Antes do 25 de Abril de 1974 a saúde em Portugal era constituída por várias vias sobrepostas, entre as quais se salientam as seguintes (Baganha, Ribeiro e Pires, 2002):

- As instituições centenárias de solidariedade social e as misericórdias: geriam grande parte das instituições hospitalares, entre outros serviços do país;
- Os serviços de saúde pública: estavam direcionados para a proteção da saúde (proteção materno-infantil, vacinação, entre outros);
- Os serviços médico-sociais: prestavam cuidados médicos aos beneficiários da Federação de Caixa de Previdência;
- Os serviços privados: só estavam acessíveis às pessoas com um *status* socioeconómico mais elevado.
- Os Hospitais estatais, especializados e gerais: a maior parte desses hospitais estavam localizados nos grandes centros urbanos.

Com o fim de um período de ditadura, conseguido com a revolução de 1974, onde as pessoas não tinham o direito a cuidados sociais de saúde, e a sua proteção dependia da capacidade financeira cada pessoa, foi criado o “*serviço nacional de saúde universal, geral e gratuito*, consagrado na Constituição da República Portuguesa de 1976” (Gago, 2008). Encontradas as condições políticas e sociais resultantes da revolução de 1974, em 1979, através da Lei nº56/79, foi oficialmente implementado o sistema nacional de saúde que foi criado como sendo um organismo em que o Estado Português assegura o direito à saúde, prevenção, vigilância e promoção a todos os cidadãos de Portugal, o que gerou um aumento significativo de despesa pública.

O financiamento em Portugal, até 1980, era assente no sistema de pagamento retrospectivo, onde o pagamento era feito com base na despesa do ano anterior. Entre 1981 e 1990, houve a alteração do sistema de pagamento que era utilizado

anteriormente, passando agora a utilizar-se o sistema de pagamento prospetivo, que inicialmente era feito através da implementação de orçamentos hospitalares baseados no custo médio por especialidade e por serviços individuais (Barros e Gomes, 2002). Com esta medida, o Ministério da Saúde teve o intuito de encorajar uma utilização mais eficiente dos recursos nos hospitais públicos para obter uma maior produtividade e um controlo mais apertado da despesa pública no setor da saúde (Dismuke e Sena, 1999).

Em Portugal, a evolução histórica dos pagamentos hospitalares reflete a procura de aumento de eficiência com menores custos e maior qualidade. Em 1990 foi implementada, em Portugal, a unidade de medida Grupos de Diagnósticos Homogéneos (GDH) que teve origem nos Estados Unidos da América (EUA).

O autor Carvalho (2010:9) refere que *“o pagamento hospitalar prospetivo por GDH avançou em duas fases: numa primeira fase, apenas as entidades terceiras pagadoras de cuidados de saúde (subsistemas de saúde, seguradoras, etc.) eram faturadas por GDH relativamente aos cuidados prestados em internamento aos seus beneficiários nos hospitais do SNS; na segunda fase, a partir de 1997 a tutela passou a financiar os hospitais do SNS relativamente aos cuidados de internamento prestados a beneficiários do SNS por GDH”*.

Em 2004 começou-se a cobrar as taxas moderadoras ao acesso às intervenções cirúrgicas, consultas e meios complementares. Com esta medida, o Ministério da Saúde pretendia restringir a procura desnecessária e excessiva dos utentes ao hospital, e ao mesmo tempo que o valor das taxas contribuísse para o financiamento do hospital.

O financiamento do SNS é feito através do Orçamento de Estado, tendo como base a Lei de Bases da Saúde nº XXXIII, que permite os serviços do SNS poderem cobrar receitas de acordo com as situações previstas na Lei. Temos o exemplo da faturação de cuidados prestados a terceiros responsáveis (subsistemas de saúde e entidades seguradoras), autorizando assim, e acordo com a Lei nº 27/2002, de 8 de Novembro, os hospitais inscrever essas faturas no seu próprio orçamento. Os hospitais que pertencem ao SNS podem ainda cobrar taxas moderadoras com o objetivo de regular o uso dos serviços do SNS, Base nº XXXIV da Lei 48/90.

Em suma, o financiamento dos hospitais públicos portugueses que fazem parte do SNS é feito através do Orçamento de Estado e das receitas que resultam da facturação a terceiros pagadores. A modalidade de pagamento que abrange os cuidados de saúde prestados aos utentes do SNS está inserida no contrato-programa. O pagamento prospetivo por episódio de internamento é utilizado quando a atividade a ser pagar está associada aos subsistemas de saúde e aos restantes terceiros pagadores (Nunes, 2012). O valor a pagar praticado pelo SNS está estipulado na Portaria nº 20/2014 de 29 de Janeiro.

4.2 Hospitais SA

Os Hospitais SA foram criados em Janeiro de 2003, pela Deliberação do Conselho de Ministros nº 15/2003. Com a implementação desta deliberação, o Conselho de Ministros pretendia que as necessidades dos utentes fossem satisfeitas em tempo útil, com qualidade e com contenção da despesa pública. Este modelo teve o intuito de ser visto como um meio de maximizar a eficiência das instituições que compõem a rede hospitalar portuguesa (Moreira, 2011). A escolha dos hospitais a transformar em SA recaiu sobre aqueles que potencialmente teriam condições para demonstrar uma boa performance.

Com a criação da Lei de Bases da Saúde em 1990, esta prevê que a gestão das unidades de saúde deveria cumprir a um conjunto de regras de gestão empresarial. O Governo concedeu ao Estado um papel de acionista, com o objetivo de dinamizar e multiplicar a dimensão dessa experiência, promovendo um clima de competitividade e um novo nível de exigência e de profissionalismo de gestão que viesse a possibilitar ganhos de eficiência significativos na rede hospitalar (Moreira, 2011).

No total foram 31 hospitais que passaram para SA de capitais exclusivamente públicos, pretendendo-se assim estabelecer uma crescente autonomia de gestão dos hospitais, em matrizes muito próximas da realidade empresarial, onde em simultâneo houvesse a separação da função de prestador de cuidados de saúde da função de financiador público do SNS. Esta separação não deixou de continuar assegurar o carácter universal, geral e tendencialmente gratuito do mesmo. A nível da contabilidade, estes hospitais passam a ser controlados através de um auditor interno. Contudo, a nível

de financiamento este modelo não permite a entrada de capitais privados nesses hospitais, ou seja, o financiamento continua a ser público (Moreira, 2011).

Em termos de contratação de profissionais, este modelo contempla que a contratação deva ser feita através do contrato individual de trabalho, prevendo a utilização de incentivos pecuniários ou de outra natureza.

No fundo, os hospitais SA são apenas hospitais públicos transformados em sociedades anónimas, com a implementação de regras de gestão diferentes dos restantes hospitais públicos, e com capitais exclusivamente públicos (Moreira, 2011).

O Relatório do Orçamento de Estado de 2004 estabeleceu que os Hospitais SA passariam a ser financiados com base num contrato-programa celebrado entre o Ministério da Saúde e o Hospital, tendo sido criada e utilizada uma tabela de preços com base na qual o SNS pagaria a esses hospitais. O cálculo dessa tabela foi feita com base nas produções contratadas, acrescida de uma margem de 10%, com a condição de se o hospital ultrapassar esse limiar é-lhe pago apenas o custo marginal (Moreira, 2011).

4.3 Hospitais EPE

Como foi referido no ponto anterior, a Lei de Bases da Saúde n.º 48/90, de 24 de Agosto, veio claramente prever que, sempre que for possível, a gestão das unidades de saúde deveria obedecer a regras de gestão empresarial, podendo ser autorizada a gestão de hospitais do SNS a entidades privadas, através de contratos de gestão.

Em 2005, os hospitais que eram SA adotaram e implementaram a figura jurídica de EPE colocando em disputa o modelo mais tradicional (SPA) face a um modelo mais empresarial (EPE), que supostamente adotaria práticas, métodos e ferramentas da gestão privada, e lhes concederia um maior grau de autonomia (Raposo, 2007).

Esta transformação foi oficializada com a publicação do Decreto-Lei nº233/2005, onde estabelece a alteração dos 31 hospitais que anteriormente tinha-lhes sido concedido o estatuto de SA de capitais exclusivos.

Porém, nesta transformação (dos Hospitais SA para EPE) foi utilizado um conjunto de critérios de escolha, sendo que havia a hipótese de o hospital aderir voluntariamente a esta transformação. Os critérios em causa foram a tipologia de atividade, a representatividade regional e a dimensão.

Este novo modelo está inserido numa política de modernização e regeneração do SNS que tem como um dos objetivos a adoção de uma gestão inovadora com natureza empresarial orientada para a satisfação das necessidades dos utentes. Todavia, fica à responsabilidade dos Hospitais EPE disponibilizarem um melhor acesso dos cidadãos aos cuidados de saúde e a promoção e desenvolvimento dos seus profissionais Moreira (2011).

Segundo Moreira (2011:36-37), as mudanças efetuadas pecaram por terem privilegiado excessivamente a componente jurídica, onde, em contrapartida, subestimaram a intervenção no redesenho da organização. Era importante ter sido feito um ajustamento a vários níveis. Concretamente, na implementação de modelos de contratualização interna com a descentralização da decisão nas linhas de produção, uma aposta na gestão da informação e do conhecimento como recurso estratégico para o apoio a essa decisão e à gestão central e na implementação da gestão por objetivos, entre outros.

Os Hospitais EPE utilizam como base a gestão empresarial, o que faz com que a sua gestão seja mais rigorosa. Mas este modelo não apresenta medidas apenas financeiras e de menor desperdício de recursos. As EPE's também têm como objetivo criar melhores condições aos utentes para que estes possam beneficiar de melhores condições, tais como: ao nível da qualidade clínica; da facilidade de acesso a profissionais especializados; de melhoria de serviço; e atendimento. Outro dos objetivos que as EPE's também têm em conta é o crescimento e motivação do seu profissional de saúde, pois a sua motivação leva-o a prestar bons cuidados de saúde, contribuindo assim para uma melhoria constante a nível de funcionamento do hospital em que está inserido e no cumprimento dos objetivos a que o hospital está sujeito (Moreira, 2011).

A nível de orçamento também houve alterações. Enquanto que no modelo SA o orçamento era baseado nos custos históricos, no modelo EPE o orçamento é baseado na otimização da gestão.

Em relação à receita os hospitais deixaram de ser financiados apenas por capitais exclusivamente públicos, como acontecia nos hospitais SA. Sendo que agora os hospitais EPE passam a ter duas fontes de receita que são o SNS, que em média é responsável por cerca de 80% das receitas anuais do hospital, e os subsistemas de saúde, empresas seguradoras e privados, que em média são responsáveis pelos restantes 20% das receitas anuais do hospital. A receita pelo SNS é com base na contratação da produção por linha de atividade do hospital, que estão estabelecidos no contrato-programa. Essas linhas de atividade estão divididas entre internamento, consultas externas, sessões de hospital de dia, episódios de urgência (Moreira, 2011).

4.4 Grupos de Diagnósticos Homogéneos

Os Grupos de Diagnósticos Homogéneos foram criados nos finais da década de 60 nos EUA com o objetivo de facilitar a gestão hospitalar, através de um sistema de classificação de doentes que permitisse medir e avaliar o desempenho de cada hospital.

Ao longo dos anos, este conceito sofreu algumas alterações. Enquanto inicialmente este sistema tinha sido desenvolvido como sendo uma ferramenta auxiliar da gestão hospitalar, nos dias de hoje, o sistema é visto como uma forma de financiamento dos hospitais (Gago, 2008; Borges; Lopes; Silva 2011).

Podemos assim definir os GDH como sendo um “*sistema de classificação de episódios agudos de doença tratados em internamento, que permite definir operacionalmente, a produção de um hospital.*” (Portaria n.º20/2014²). Este sistema, em Portugal, é também utilizado para os episódios médicos de ambulatório e para alguns episódios cirúrgicos de ambulatório.

² Portaria n.º 20/2014 de 29 de Janeiro de 2014 1ª Série Diário da República

Os GDH são definidos através dos seguintes critérios: diagnóstico principal, intervenções cirúrgicas, patologias associadas e complicações, procedimentos clínicos realizados, idade, sexo do doente, destino após a alta e peso à nascença. Estes grupos foram criados de modo a serem coerentes do ponto de vista clínico e homogéneos no que diz respeito ao consumo de recursos (Gago, 2008).

Existe uma tabela Internacional com a Classificação das Doenças e dos respetivos códigos que resultam num GDH. Esses códigos englobam as intervenções cirúrgicas, os diagnósticos, entre outros atos médicos. Esta tabela nos hospitais portugueses incide sobre financiamento do internamento hospitalar.

Em 1984, Portugal foi o país pioneiro em toda a Europa, na implementação do GDH como mecanismo de financiamento hospitalar. Apesar de Portugal ter implementado os GDH's em 1984, só em 1987 foram conhecidos os resultados da utilização do GDH como forma de financiamento dos hospitais do SNS (Gago, 2008).

O sistema foi adotado em Portugal com o objetivo do pagamento pela produção fosse abrangido a todos os sectores de atividade hospitalar relacionados com o tratamento dos utentes. Porém, a prioridade recaiu sobre o internamento na definição do subsídio à exploração e na vertente de faturação a terceiros pagadores (subsistemas de saúde, seguradoras, entre outros).

Relativamente ao subsídio à exploração, cada hospital começou a receber consoante a combinação de uma componente de produção e de uma componente histórica, e os preços passaram a ser ajustados pelo índice *case-mix* - "indicador de intensidade de meios" - que ao medir o impacto de determinadas variáveis no custo médio do doente tratado, ajustariam o orçamento de cada hospital à sua capacidade técnica assistencial (Rego, 2011).

A implementação do financiamento do GDH às entidades pagadoras de cuidados de saúde teve início a 31 de Maio de 1990, através da Portaria nº 409/90, onde estava estabelecido que apenas as entidades terceiras pagadoras eram faturadas por GDH relativamente aos cuidados prestados em internamento aos seus beneficiários nos hospitais do SNS.

Os preços por GDH para efeitos da faturação só foram publicados “*pela primeira vez, em 1989, mas a sua aplicação efetiva para definição do orçamento financeiro dos hospitais só veio a efetuar-se em 1997. Genericamente, o subsídio à exploração de cada hospital passou a resultar da combinação de uma componente histórica com uma componente ajustada pela produção (GDH) e com preços diferenciados em função de cinco grupos de hospitais. Esta componente, que no orçamento de 1997 representou 10% do valor global, passou para 20% em 1998*” (Bentes, 1998:2).

Estes critérios eram inicialmente baseados no pagamento retrospectivo, ou seja, o financiamento era feito com base no histórico do ano anterior. Esse histórico poderia ter como consequência, para o hospital, o “lucro” ou “custos” face ao financiamento do ano anterior. Todavia, o lucro não tinha qualquer fixação de limites máximos e os custos ficavam anulados devido à manutenção do valor do financiamento do ano anterior. Hoje em dia, os critérios do financiamento dos GDH’s têm como base o pagamento prospetivo, o que origina que as taxas de pagamento dos GDH’s sejam estabelecidas antes dos cuidados médicos serem prestados. Sendo estas taxas estabelecidas antes do hospital prestar qualquer cuidado médico, o hospital terá que fazer alguns ajustes na gestão dos seus custos, já que se o custo de tratar um utente num dado GDH for menor do que a taxa de pagamento estabelecida para esse GDH, essa diferença vai gerar lucro para o hospital, mas o contrário também se verifica, ou seja, se o custo de tratar um utente num dado GDH for maior do que a taxa de pagamento estabelecida para esse GDH, o hospital terá custos acrescidos (Gago, 2008).

Todos os anos é feita pela ARS, uma análise que pode resultar em ajustes no preço do GDH para o hospital. Estes ajustes também englobam as disponibilidades da região como forma de adequar o orçamento à realidade do hospital.

4.5. Enquadramentos dos modelos de pagamento

De acordo com a literatura existem dois sistemas de remuneração aos hospitais e de afetação de recursos, retrospectivo e prospetivo, os quais serão analisados nos pontos seguintes (Nunes, 2012; Barros e Gomes, 2011; Carvalho, 2010).

Em termos do financiamento hospitalar, nos dois sistemas estão incluídos várias modalidades de pagamento aos hospitais. Estas modalidades “*definem a forma como o dinheiro vai ser atribuído às instituições, pelos serviços por elas a serem prestados, sendo que a diferentes modalidades de pagamento estão associados riscos e incentivos distintos*” (Nunes, 2012:11). Assim, as modalidades de pagamento podem-se dividir entre pagamento baseado no ato, pagamento por diária de internamento, pagamento por caso/episódio, pagamento por orçamento global e capitalização.

O sistema de financiamento de cada hospital tem claramente efeitos no seu procedimento enquanto prestador de cuidados de saúde. Esses efeitos podem ter impactos no cumprimento dos objetivos, na satisfação dos utentes, na eficiência, na qualidade dos cuidados e na equidade.

4.5.1 Sistema de pagamento retrospectivo

Até finais dos anos 70, os hospitais públicos portugueses utilizavam o sistema de pagamento retrospectivo. Este sistema consiste no pagamento de uma verba ao hospital que é feito com base no histórico da despesa em anos anteriores, sendo que, de uma forma direta não há ligação do financiamento com a contratação das linhas de atividade nem com o nível de desempenho (Gago, 2008).

Um sistema com estas características não apresenta incentivos a uma gestão de redução de custos do hospital, nem um conjunto de objetivos de comportamentos desejáveis a nível regional e nacional, e nem estimula a eficiência (visto não haver qualquer risco/penalização para o hospital). Este sistema tem assim a desvantagem “*que o pagamento baseado no ato é um sistema "aberto no fim" que oferece aos prestadores um cheque em branco para encorajar a procura se estes o quiserem*” (Barros e Gomes, 2002:37). Esta situação pode potencializar um aumento de consumo de recursos que não são necessariamente essenciais ao hospital.

4.5.2 Sistema de pagamento prospetivo

A partir de 1981, os hospitais públicos portugueses começaram a utilizar o sistema de pagamento prospetivo que é o oposto do modelo retrospectivo. Ou seja, no sistema

prospetivo o pagamento da verba ao hospital é feito de uma forma direta com a atividade contratada, onde o volume dos serviços a serem prestados e os preços são previamente estabelecidos. Neste modelo o pagamento está subdividido por diária de internamento, por ato, e por caso (Gago, 2008).

A utilização do pagamento prospectivo incentiva que o hospital faça uma gestão mais eficiente, isto porque o hospital muitas das vezes irá defrontar-se com situações em que os custos praticados são diferentes dos preços estabelecidos.

Em suma, o pagamento prospectivo é feito através de um valor fixo já estabelecido, para um determinado diagnóstico/tratamento, mas pode acontecer que esse valor pode não ser o custo real que o hospital teve com o diagnóstico/tratamento. Daí ser importante que o hospital faça um reajustamento dos seus recursos e uma gestão das despesas inerentes aos tratamentos para que haja uma maior aproximação, tanto quanto possível, do valor fixo.

Embora este sistema de pagamento possa *“contribuir para que os prestadores tenham os incentivos certos na procura de eficiência, poderá eventualmente gerar outro tipo de distorções, nomeadamente em relação à diminuição da qualidade dos serviços prestados e ao que se denomina de seleção adversa, em que os casos de saúde mais complicados possam ser rejeitados por representarem custos acima da média, gerando-se assim graves problemas de acesso aos cuidados de saúde e colocando-se em causa a equidade no acesso e no tratamento”* (Gago, 2008:38-39).

Estes problemas eventualmente também podem surgir ao nível da seleção de valências pelos hospitais, isto é, o hospital pode deixar de apostar nos cuidados de saúde que lhes acarretem mais custos, apostando assim naqueles que lhes é mais favorável.

4.5.3 Tipos de pagamentos

Uma vez que os sistemas de pagamento que foram anteriormente expostos apresentam vantagens e desvantagens, pode-se concluir que a melhor opção é a integração de um sistema de pagamento misto em que o hospital recebe uma

componente fixa e uma percentagem dos custos em que incorreu permitindo fornecer incentivos à eficiência e estabelecer limites aos estímulos à manipulação do sistema.

Na adaptação do sistema misto podem ser usados diferentes tipos de unidades de pagamento, onde estes estão associados a níveis de incentivos direcionados para a contenção de custos. Logo, à medida que a unidade de pagamento é mais complexa, o risco e os incentivos à eficiência aumentam.

Existem várias formas de proceder ao pagamento da atividade hospitalar. Entre outras, salientam-se as seguintes (Gago, 2008; Nunes, 2012):

- Pagamento baseado no ato: o pagamento está relacionado com a prestação de um determinado serviço ou ato. Ou seja, numa forma resumida, este pagamento está implícito ao sistema retrospectivo de reposição do montante dos atos prestados pelo hospital. Este sistema promove a sobreprestação de atos médicos e não premeia o tratamento de doentes;
- Pagamento por diária de internamento: os hospitais são pagos de acordo com o número de dias de permanência dos doentes no hospital, criando incentivos aos internamentos mais prolongados principalmente quando estes incorporam apenas a parte de custos que diz respeito à atividade hoteleira;
- Pagamento por caso/episódio: os pagamentos cobrem todos os serviços de cuidados de saúde prestados por caso/episódio de doença. Os preços, neste tipo de pagamento, estão estabelecidos por categoria de diagnóstico, em grupos homogêneos ao nível do consumo de recursos, para determinados níveis de demora média.

Segundo Gago (2008:40) *“A complexidade desta modalidade varia consoante o número de categorias existentes. Esta forma de pagamento incentiva o tratamento de doentes e a redução da duração de internamento, o que aumenta a eficiência técnica e económica. Na verdade, quanto mais doentes tratarem mais ganham e quanto menos tempo demorarem a tratar esses doentes, face aos níveis de demora média estabelecidos, mais-valias obtêm para o hospital”*;

- Pagamento por orçamento global: o hospital recebe uma quantia global e limitada que corresponde a um determinado período de tempo com a finalidade de cobrir as despesas hospitalares, permitindo ao hospital uma maior flexibilidade em relação às decisões clínicas. Este pagamento pode ser calculado através da despesa histórica, dos custos unitários fixos, do pagamento por capitalização, do volume de serviço a ser prestado e das populações a serem cobertas.

Um dos desafios desta modalidade de pagamento para o hospital é cumprir o orçamento global que lhe foi estabelecido, mantendo a qualidade do atendimento e na prestação dos cuidados de saúde aos utentes;

- Capitalização: este tipo de pagamento aposta na prevenção da doença em vez da prestação de cuidados diferenciados mais dispendiosos, o que pode resultar na seleção dos doentes com doenças mais dispendiosas para o hospital e na diminuição da qualidade e quantidade dos serviços prestados, tendo em vista a diminuição dos custos da população abrangida por cada hospital.

Segundo o autor Nunes (2012:18), *“O pagamento por capitação, pressupõe a atribuição de um montante global fixo por cada pessoa que integra um determinado nível de cuidados, independentemente de precisar ou não de cuidados, durante um determinado período de tempo, com o intuito de financiar os custos referentes a um conjunto de serviços (Aas, 1995; Barnum et al., 1995). Neste modelo o prestador têm uma lista na qual estão inscritos um conjunto de cidadãos, recebendo por cada um, um valor fixo, por norma anual, com vista a custear os cuidados contratados, sendo que a escolha do prestador é feita pelo cidadão (CRES, 1998). Assim sendo, existe um duplo incentivo ao controle de custos e à prestação de cuidados custo-eficazes, já que havendo diferencial entre o preço pago e o custo incorrido o mesmo reverte a favor do prestador (Barnum, 1995; Aas, 1995; CRES, 1998)”*.

4.6 Contratualização

Em Portugal, a contratualização teve início na segunda metade da década de 1990, direcionada *“para a adoção de uma relação de base (quase) contratual entre os*

diferentes agentes, com uma maior flexibilidade e recorrendo a mecanismos «empresariais» com centralização dos serviços públicos no cidadão utilizador” (Observatório Português dos Sistemas de Saúde, 2009:85-86). Ou seja, com isto pretendia-se que a gestão de recursos passasse para uma gestão baseada em resultados, com uma responsabilidade acrescida, com o objetivo de garantir o acesso com qualidade das populações aos cuidados de saúde que deles necessitam e combater o desempenho deficitário (Diniz, 2013).

O processo de contratualização teve início com a concessão da gestão do Hospital Fernando Fonseca ao setor privado em 1995, com a empresarialização do Hospital de São Sebastião em Santa Maria em 1996, da Unidade Local de Saúde de Matosinhos em 1999 e do Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio em 2001, o que constituiu o motor da consolidação do modelo (Ferreira; Escoval; Lourenço; Matos; Ribeiro, 2010). Assim, estes hospitais passaram a deixar de utilizar o sistema de pagamento retrospectivo e passaram a utilizar o novo sistema de pagamento prospetivo, isto é, o seu financiamento deixa de ser baseado no históricos e passa a ser financiado através da atividade contratada.

Com a implementação da contratualização, houve uma mudança do modelo *“passando a distribuir os recursos na base de contratos rigorosos que traduzam o pagamento adequado dos serviços prestados em função das necessidades em saúde de uma comunidade tipo, em detrimento de uma distribuição em função das necessidades apresentadas pelos próprios serviços”* (Escoval, 2003:19). Assim, segundo Escoval 2003, e de uma forma resumida, podemos concluir que a contratualização apoia-se no sistema de pagamento prospetivo dos serviços que vão ser prestados, com base em orçamento negociados, e na definição da produção contratada.

A contratualização é composta pelos seguintes objetivos (ACSS, 2012):

- Promover o nível de saúde da população;
- Promover o acesso e o desempenho assistencial das instituições;
- Melhorar o controlo financeiro das instituições;
- Definir preços e fazer previsão de custos;

- Promover a eficiência na utilização de recursos das instituições;
- Promover a atividade programada em detrimento da assistência urgente;
- Incentivar a articulação das instituições hospitalares com os prestadores de cuidados primários e cuidados continuados;
- Promover a redução dos tempos de espera (cirurgia, consulta, etc.);
- Maximizar a capacidade instalada de Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica (MCDT).

Em suma, os objetivos da contratualização a serem atingidos passam por assegurar a responsabilização da gestão, pelo controlo da despesa total (sendo necessário fazer um planeamento para o controlo da despesa efetiva), pela maximização da eficiência das unidades prestadoras de cuidados de saúde (através do acompanhamento, avaliação e promoção da atividades de cada unidade por forma a aumentar a eficiência dessa atividades), e por encorajar a descentralização da gestão. Com efeito, no que respeita ao último objetivo, a contratualização possibilita uma delegação de responsabilidades ao longo da linha de gestão, permitindo aos gestores de nível hierárquico inferior, um maior poder para gastar os recursos de acordo com as necessidades das populações (Moreira, 2011).

A utilização da contratualização, segundo os autores Matos, Ferreira, Lourenço, Escoval (2010), apresentam as seguintes vantagens: o esclarecimento das funções e responsabilidades de ambas as partes, a ligação entre as disponibilidades financeiras a outputs de serviços, e a apresentação de resultados e padrões de consumo, o que facilita o processo de melhorias em eficiência e equidade. O uso da contratualização, embora tenha tido resultados prometedores resultantes do seu crescimento nos últimos anos, não deixou de receber críticas e até lhe foram identificados algumas lacunas (Gonçalves, 2013).

Perrot (2008) identificou as seguintes desvantagens deste método:

- O recurso da contratualização conduz por vezes a desvios e derrapagens consideradas inaceitáveis;

- O recurso da contratualização no sector da saúde desenvolve-se por conveniência de oportunidades e não devido a uma estratégia claramente definida pelo Ministério da Saúde;
- Frequentemente, o processo de contratualização é feito sem profissionalismo, pois alguns agentes contratantes trabalham sem experiência prévia e precaução, o que conduz muitas vezes ao fracasso.

Em Abril de 2002, foi criada a lei nº27/2002 de gestão hospitalar que alterou a Lei de Bases da Saúde de 1990 e reestruturou a organização do sistema de saúde, através da aprovação de um novo regime jurídico e de modelos de gestão hospitalar (Carvalho, 2010). Com a alteração da lei também houve alterações a nível do orçamento global, isto é, o orçamento global que era fixado antecipadamente pelo Estado (unidade pagadora) foi substituído pelo contrato-programa. Este manteve “*algumas das técnicas que já existiam e acrescenta o pagamento de desvio de produção e o acerto de contas*” (Carvalho, 2010:14).

4.6.1 Contrato-programa

Como já foi dito anteriormente, os cuidados de saúde prestados aos utentes do SNS estão inseridos no contrato-programa. Assim, segundo Costa, Santana e Boto (2008), o contrato-programa pode ser definido como sendo um “*documento que sela o acordo tripartido relativo ao compromisso de desenvolvimento de um conjunto de direitos e obrigações, entre as quais se inclui a atividade produtiva prevista bem como as contrapartidas financeira em função da atividade proposta*”. Por sua vez, Rego (2008) define o contrato-programa de uma forma mais geral, pois segundo o autor, o contrato-programa “*especifica o conjunto de outputs que deverão ser produzidos a partir de um dado volume de inputs financeiros, num período de tempo e segundo determinados padrões de qualidade*”.

Podemos concluir assim que no contrato-programa estão estabelecidos o valor do financiamento (dividido por linhas de produção/atividade) correspondente a cada hospital, com a finalidade da prestação de cuidados de saúde aos beneficiários do SNS.

Os intervenientes no processo de negociação do contrato-programa, são a ACSS (pagador), os Departamentos de Contratualização de cada ARS (negociador) e cada unidade hospitalar (prestador).

Os contratos-programa inicialmente eram “*celebrados diretamente entre o Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde (IGIF), atual Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS, I.P.), ao nível central da Administração, e o Hospital SACEP, sendo o controlo económico-financeiro dos mesmos da responsabilidade da Unidade de Missão dos Hospitais, SA. (UMHSA), posteriormente integrada, igualmente, na ACSS, I.P.*” (Pêcego, 2010:26). Os primeiros contratos-programa foram implementados em 2003, entre os hospitais Sociedades Anónimas (SA), a União de Missão dos hospitais SA e o IGIF (ACSS), tendo em 2006 o processo de contratualização sido alargado a todos os hospitais do SNS (EPE e SPA) (Marques, 2009; Valente, 2010).

O contrato-programa é constituído por uma estrutura principal, anexos e apêndices. A parte principal do documento é constituída pelas seguintes características: objeto do contrato; princípios gerais; obrigações principais; princípios de gestão; políticas de melhoria da qualidade; articulação com os demais prestadores de cuidados; acesso às prestações de cuidados de saúde; identificação de utentes e terceiros responsáveis; recursos necessários; formação; e avaliação de desempenho. Nos anexos encontramos os serviços contratados (as linhas de produção estão divididas por consultas externas, internamento, ambulatório, urgências, sessões hospital de dia, gestão da doença crónica, saúde sexual e reprodutiva, sessões de radioterapia, serviços domiciliários, lar, e outros); as remunerações; os objetivos de qualidade e eficiência; as penalizações; e os pagamentos. Cada uma das características referidas é definida de acordo com o desempenho relativo a cada hospital.

Em relação às linhas de produção, existe um total de seis linhas que se têm mantido ao longo dos anos. Estas são as seguintes: o internamento, o ambulatório, as consultas externas, as urgências, as sessões de hospital de dia e os serviços domiciliários. As outras linhas de produção podem sofrer algumas alterações de ano para ano.

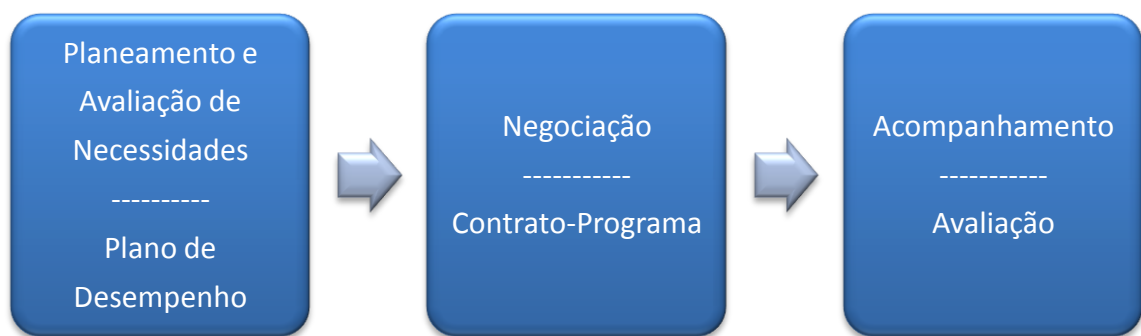
A quantidade a ser produzida por hospital é calculada de acordo o plano de desempenho elaborado no final do exercício económico do ano anterior ao que se refere

o contrato-programa. O plano de desempenho é um suporte à gestão que serve do ponto de partida para o processo de negociação entre os intervenientes do contrato-programa, uma vez que é com base no plano elaborado que é estimado o nível de atividade e se estabelece o montante a ser distribuído por hospital (ACSS, 2011).

O processo de contratualização tem início com o planeamento de necessidades em saúde e com a definição de prioridades de investimento. A fase seguinte consiste na recolha de informação junto das instituições a contratualizar e termina com a avaliação do desempenho dos objetivos contratualizados (ACSS, 2011).

A Figura 4.1 mostra-nos as fases do processo de contratualização.

Figura 4.1 – Fases do processo de contratualização



Fonte: Processo de Contratualização (ACSS, 2011)

Com a celebração do contrato-programa, a ACSS tem “o objetivo de ajustar a produção às necessidades em saúde da população, acordando níveis de produção que assegurem os princípios de equidade, efetividade e eficiência do sistema (implica um conhecimento efetivo das necessidades em saúde da população) e bem assim, da sua sustentabilidade económico-financeira” (ACSS, 2011:6). Na fase do acompanhamento da execução do contrato-programa, compete aos hospitais fazer a recolha sistemática de informação que possibilite a análise comparativa dos desempenhos reais das instituições face ao contratualizado, de forma a promover medidas corretivas ou potenciar bons resultados (ACSS, 2011).

Desde 2007 que o processo de contratualização é constituído por uma calendarização de ações que envolvem a ACSS, os Departamentos de Contratualização

das Administrações Regionais de Saúde e as instituições hospitalares (ACSS, 2011). O processo inicia-se, em Junho, com uma fase de Estudos e de Planeamento que visa a introdução de melhorias, ajustamentos ao modelo de financiamento hospitalar em função de alterações ocorridas no universo das instituições do SNS, orientações políticas e técnicas a que o modelo tenha de dar resposta, atualização de linhas de produção, de preços, do índice de *case-mix* das instituições, entre outros, assim como de maior fundamentação relativamente à identificação de necessidades em saúde que devem sustentar a compra de serviços pelas Regiões de Saúde (ACSS, 2011).

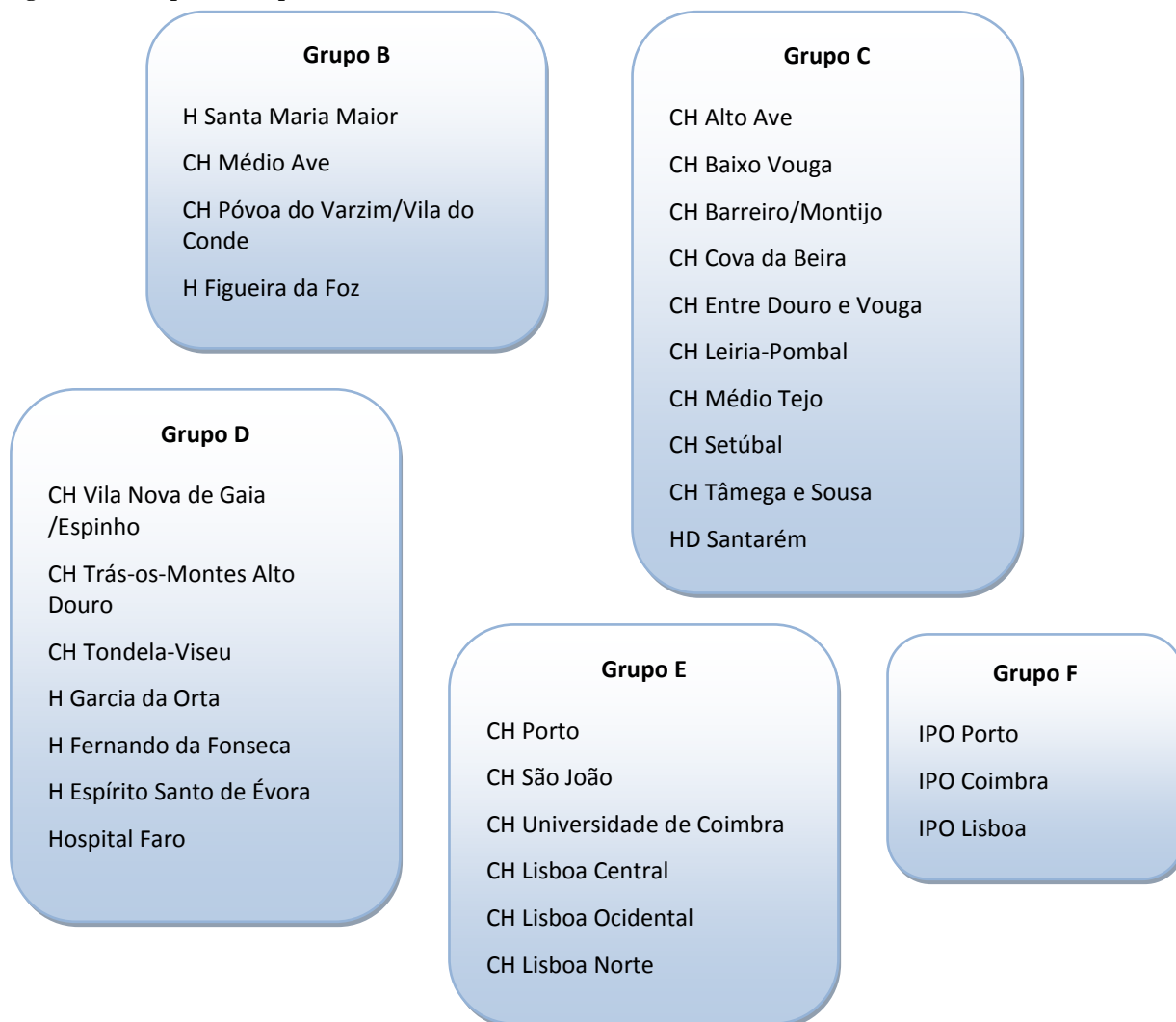
A segunda fase inicia-se com a revisão das matrizes do Plano de Desempenho que é necessário preparar no Sistema de Informação da Contratualização e Acompanhamento (SICA) em tempo adequado para disponibilização às instituições e seu preenchimento. Este documento permitirá trabalhar e preparar quer os instrumentos de simulação iniciais de distribuição das dotações financeiras por ARS e por instituição, quer os documentos que apoiam as reuniões de negociação entre os Departamentos de Contratualização das ARS e as instituições hospitalares (ACSS, 2011). Nesta fase é importante a elaboração ou atualização da metodologia do contrato-programa para o ano seguinte, assim como a preparação do documento de apoio ao contrato-programa (ACSS, 2011).

Realizadas as negociações, acordadas as quantidades e volumes financeiros de cada um dos contratos, formalizados através de assinatura e posterior homologação e publicitação, inicia-se a fase de Monitorização e Acompanhamento, fase esta que assume cada vez mais um papel fundamental no controlo orçamental e cumprimento dos cuidados de saúde a realizar no âmbito do SNS (ACSS, 2011).

Em suma, o processo de contratualização é iniciado a partir do segundo trimestre do ano anterior ao ano para o qual se pretende contratualizar e a fase da monitorização ocorre durante o ano da contratualização. O processo termina com a avaliação do grau de cumprimento das metas contratadas e objetivos de desempenho alcançados, possibilitando identificar as consequências inerentes e aplicar as regras definidas no contrato. Esta fase ocorre após o encerramento do ano para o qual decorreu o Processo de Contratualização (ACSS, 2011).

No contrato-programa, cada hospital pertence a um grupo. Esse grupo foi criado pela ACSS de forma a ajudar a determinar os preços que o hospital irá receber pelo SNS. A Figura 4.2 seguinte mostra-nos o grupo que cada hospital pertence.

Figura 4.2 – Grupo dos Hospitais



Fonte: ACSS, 2014

CAPÍTULO 5 – ESTUDO DE CASO

O Ministério da Saúde (1998) caracteriza o hospital como sendo *”um estabelecimento de saúde de elevada diferenciação, constituído por meios tecnológicos e humanos, cujo objetivo nuclear é a prestação de cuidados de saúde durante 24 horas por dia, desenvolvendo a sua atividade através do diagnóstico, da terapêutica e da reabilitação em regime de internamento ou de ambulatório”*.

O presente estudo de caso está assente no CHLN, E.P.E., tendo como base o contrato-programa referente de 2010 a 2013. O estudo tem como objetivos identificar as mudanças que ocorreram ao longo dos quatro anos, ao nível do contrato e de linha de produção contratada pelo SNS e a análise da execução do contrato-programa através da comparação entre os valores contratados e os valores realizados em cada linha de produção.

5.1 Contrato-Programa do CHLN

Como já foi referenciado anteriormente, o CHLN, EPE foi criado a 01 de Março de 2008, tendo resultado da junção dos Hospitais de Santa Maria, EPE e Pulido Valente, EPE. Quando aderiram ao Contrato-Programa, em 2006, ambos os hospitais pretenderam introduzir e promover maior racionalidade na seleção e nas decisões, em três vertentes relativas (Hospital Santa Maria, 2004):

- Às formas de propriedade e parcerias a enquadrar por um quadro institucional, a definir pela tutela;
- Às complementaridades regionais e nacionais a estabelecer com as instituições reguladoras;
- Às capacidades e meios a instalar pelos serviços, em termos de recursos humanos, equipamentos e instalações.

O contrato-programa determina os preços que o hospital irá receber do SNS, de acordo com o grupo a que está inserido. O CHLN enquadra-se no grupo E, recebendo

assim, em contrapartida, o valor da produção base contratada correspondente ao ano a contratar. No mapa da atividade hospitalar que a ACSS e a ARS contratam com o CHLN, estão celebrados os valores das linhas de produção, índice *case-mix*, número e percentagem dos doentes equivalentes, preço unitário, quantidades, e valor. No presente trabalho apenas irão ser analisados o índice *case-mix*, o valor, o preço unitário, as linhas de produção, as quantidades e os objetivos.

5.1.1 Remuneração global e remuneração por linha de produção

Sendo o contrato-programa constituído por uma estrutura principal onde são delineadas as cláusulas específicas do financiamento para o ano a contratar, iremos analisar a remuneração da produção contratada, incentivos, produção marginal, produção marginal adicional e custos fixos.

Seguidamente, a Tabela 5.1 apresenta os valores da remuneração da produção contratada e dos incentivos, de cada ano.

Tabela 5.1 – Remuneração da produção contratada e incentivos

	2010	2011	2012	2013
Remuneração da produção contratada	355.133.410,48€	336.421.179,86€	290.250.000,00€	275.217.290,18€
Incentivos³	9.885.815,47€	9.948.187,25€	11.610.000,00€	13.760.864,51€

Fonte: Contrato-Programa de 2010 a 2013.

Em relação aos custos fixos, produção marginal e produção marginal adicional do contrato-programa, estava estabelecido o seguinte para os anos em estudo (Contrato-Programa e Circular Normativa, de 2010 a 2013):

- 2010, foi contratado o seguinte:
 - Na urgência, se os volumes de produção realizada forem inferior aos valores contratados, o SNS assume o pagamento de cada unidade não

³ Valor máximo pelo cumprimento dos objetivos estabelecidos.

produzida, correspondente a 50% dos custos fixos associados a esta produção;

- Caso as unidades de pagamento sejam inferiores a 50% do volume contratado, por linha de produção, o SNS não efetua qualquer pagamento;
 - Se o volume da produção realizada pelo CHLN, com exceção para a produção cirúrgica programada, for superior ao volume contratado, cada unidade produzida acima deste volume, até ao limite máximo de 10%, será paga da seguinte forma, por linha de produção: 44% do preço contratado para o internamento e permanência em lar (IPO); 58% do preço contratado para a consulta e serviço domiciliário; 45% do preço contratado para a urgência e 75% do preço contratado para o hospital de dia, planos de saúde, e GDH médicos de ambulatório;
 - Se o volume da produção cirúrgica programada realizada em ambulatório ou internamento pelas unidades de saúde for superior ao volume contratado, cada unidade produzida acima deste volume será paga ao preço da tabela do SIGIC. A remuneração ao hospital referente à produção cirúrgica programada marginal é acrescida, no caso de se verificarem intervenções com múltiplos procedimentos independentes, simultaneamente ou consecutivos, que decorram num episódio cirúrgico, de um valor correspondente a 45% do preço do GDH do episódio. Quando os procedimentos realizados corresponderem a patologia neoplásica devidamente documentada por exames de anatomia patológica, o valor a pagar pela produção cirúrgica é acrescido de 30%. O valor resultante destes acréscimos não pode ser superior ao preço da produção base contratada;
 - O valor resultante destes acréscimos não pode ser superior ao preço da produção base contratada.
- 2011 e 2012: nestes anos, face ao ano anterior, alguns parâmetros mantiveram-se e foi contratado o seguinte:
- Na urgência, os critérios mantiveram-se, ou seja, se os volumes de produção realizada forem inferior aos valores contratados, o SNS

assume o pagamento de cada unidade não produzida, correspondente a 50% dos custos fixos associados a esta produção;

- Caso as unidades de pagamento sejam inferiores a 50% do volume contratado, por linha de produção, o SNS não efetua qualquer pagamento;
 - Se o volume da produção realizada pelo CHLN for superior ao volume contratado, assume o pagamento de cada unidade produzida acima deste volume, até ao limite máximo de 10%, as linhas de produção serão pagas da seguinte forma: 10% do preço contratado para o internamento; permanência em lar do IPO; e urgências. A 15% do preço contratado para a consulta e serviço domiciliário; Hospital Dia; planos de saúde; e episódios de ambulatório classificados com GDH médicos;
 - Em 2011, o volume da produção cirúrgica programada realizada em ambulatório ou internamento teve as mesmas características que 2010;
 - Em 2012, se o volume da produção cirúrgica adicional realizada pelas unidades de saúde for superior ao volume contratado, cada unidade produzida acima deste volume será paga ao preço da tabela do SIGIC, com a exceção da produção referente a doentes transferidos para entidades convencionadas que será paga pelo valor de 90% do valor constante na tabela de preços em vigor para o SIGIC;
 - O valor da produção marginal está limitado ao valor global do contrato-programa, sem o valor da linha de incentivos.
- 2013:
- Se o volume de produção realizada for superior ao volume contratado, não existe limite de produção nas seguintes linhas de produção: cirúrgica programada; doentes com esclerose múltipla; doentes com hepatite C; doentes oncológicos; doentes com hipertensão pulmonar; radioterapia e para a aplicação de próteses;
 - Se o volume da produção realizada pelo CHLN for superior ao volume contratado, assume o pagamento de cada unidade produzida acima deste volume, até ao limite máximo de 10%, as linhas de produção serão pagas

da seguinte forma: 10% do preço contratado para o internamento; permanência em lar do IPO; e urgências. A 15% do preço contratado para a consulta e serviço domiciliário; Hospital Dia; interrupção da gravidez, doentes em TARC (VIH/Sida); diagnóstico pré-natal; e episódios de ambulatório classificados com GDH médicos;

- O valor da produção marginal (vpm) não pode exceder o valor global do contrato-programa (vgc), líquido do valor dos incentivos (i) e do valor da produção base faturada (vpbf), ou seja, o vpm é dado pela expressão que se apresenta seguidamente:

$$vpm = vgc - (i + vpbf). \quad (1)$$

5.2 Evolução do contrato-programa no período 2010-2013

Com base na análise da Tabela 5.1, podemos verificar que a ARS tem vindo a reduzir o valor da remuneração pela produção contratada. Constatamos que o maior decréscimo do valor foi no orçamento de 2012 com uma redução de 46.171.179,86 euros face ao orçamento do ano anterior, sendo que ao longo dos quatro anos a ARS cortou no orçamento o valor de 79.916.120,30 euros. Um dos motivos de ser ter verificado um corte tão acentuado pela ARS deve-se à crise económico que o país tem estado a atravessar, o que fez com que houvesse reformas orientadas para a melhoria da eficiência, eficácia e qualidade na prestação de cuidados de saúde e uma reestruturação dos gastos. Uma vez que o sector da saúde é responsável pela maior parte da despesa do Estado, este também foi o sector que sofreu medidas de austeridade mais rigorosas. Esta redução ao longo dos anos tem um grande impacto no hospital, o que obriga a uma melhor gestão dos recursos e redução de custos. Com estes cortes o hospital é pressionado a obter outras formas de obtenção de receita, como por exemplo: o aluguer de espaços dentro do recinto hospitalar e a reestruturação dos gastos.

Ao longo dos anos verificamos que o hospital tem vindo a preocupar-se mais com o cumprimento dos objetivos, refletindo-se no aumento do valor dos incentivos atingidos, em cada ano. No total dos quatro anos, se o hospital tivesse cumprido todos os objetivos definidos no contrato-programa, poderia ter recebido um total de 45.204.867,23 euros em incentivos. Este valor corresponde a menos de metade dos cortes feitos pela ARS no

total dos anos em estudo. O ano de 2012 foi o ano em que a redução da remuneração da produção contratada foi maior, e verificou-se apenas 11.661.812,75 euros de incentivos.

Em relação aos custos fixos e à produção marginal adicional aferimos que as regras mantêm-se constantes ao longo dos quatro anos. Na produção marginal nota-se uma grande mudança, de 2010 para 2011, havendo um corte nas percentagens nas linhas de produção, relativas ao preço unitário. Em 2011, relativamente a 2010 ocorreram as seguintes reduções: redução de 34% no internamento e na permanência em lar (IPO); redução de 43% na consulta e serviço domiciliário; redução de 35% na urgência; e redução de 60% no hospital de dia, planos de saúde, e GDH médicos de ambulatório.

Em 2012 e 2013 as percentagens dos preços unitários mantiveram-se nos 10% e 15% do valor do contrato-programa como verificamos em 2011, sendo que no total o valor da linha de produção não pode ultrapassar os 10%. Desde de 2012 (inclusive) a produção marginal não pode exceder o valor base do contrato-programa. Porém, se, no final do ano, o hospital não conseguir produzir o que foi contratado, este pode incluir a produção marginal adicional na sua fatura.

Até 2013, a produção marginal adicional da produção cirúrgica programada realizada em ambulatório ou internamento é regida pelos preços da tabela do SIGIC.

Em 2013 constatamos a existência de novas linhas de produção, nomeadamente, doentes com esclerose múltipla, doentes com hepatite C, doentes oncológicos, doentes com hipertensão pulmonar, radioterapia e próteses. Para as próteses, se a produção realizada for superior à contratada, não há limite de produção. Contudo é importante voltar a referir que, quer nas linhas de produção com limites percentuais (produção marginal), quer nas linhas de produção em que não há limite de produção (produção marginal adicional), o valor total não pode ultrapassar o valor base do contrato programa.

A Tabela 5.2, apresentada em seguida, mostra o impacto das reduções do preço unitário ao nível do contrato-programa e das percentagens da produção marginal.

Tabela 5.2 – Preço unitário do contrato-programa e da produção marginal

	2010		2011		2012		2013	
	Preço unitário (Euros)	Produção Marginal	Preço unitário (Euros)	Produção Marginal	Preço unitário (Euros)	Produção Marginal	Preço unitário (Euros)	Produção Marginal
1. Consultas Externas								
Nº de 1ªs consultas médicas (s/majoração)	121,55 €	70,50 €	116,69 €	17,50 €	83,79 €	12,57 €	75,23 €	11,28 €
Nº de 1ªs consultas referenciadas (CTH)	-	-	-	-	-	-	82,75 €	12,41 €
Nº de consultas subsequentes médicas	110,50 €	64,09 €	106,08 €	15,91 €	76,17 €	11,43	73,04 €	10,96 €
2. Internamento								
Doentes Saídos								
GDH Médicos	2.442,26 €	1.074,59 €	2.344,57 €	234,46 €	2.157,22 €	215,72 €	2.362,06 €	236,21 €
GDH Cirúrgicos	4.661,43 €	Tabela SIGIC	4.474,97 €	Tabela SIGIC	4.296,02 €	Tabela SIGIC	3.853,35 €	Tabela SIGIC
CDH Cirúrgicos – Actividade Adicional	-	-	-	-	2.850,06 €	Tabela SIGIC	-	-
GDH Cirúrgicos Urgentes	4.661,43 €	2.051,03 €	4.474,97 €	447,50 €	4.296,02 €	429,60 €	3.660,69 €	366,07 €
Dias de internamento de Doentes Crónicos								
Doentes crónicos Ventilados	293,91 €	129,32 €	293,91 €	29,391 €	270,40 €	27,04 €	254,18 €	25,42 €
3. Episódios de GDH de Ambulatório								
GDH Cirúrgicos	1.384,79 €	Tabela SIGIC	1.329,40 €	Tabela SIGIC	1.540,08€	Tabela SIGIC	1.208,64 €	Tabela SIGIC
GDH Cirúrgicos – atividade adicional	-	-	-	-	1.021,72 €	Tabela SIGIC	-	-
GDH Médicos	315,11 €	236,33 €	302,50 €	45,38 €	311,53 €	46,73 €	464,53 €	69,68 €
4. Urgências								
Atendimentos (SU – Polivalente)	137,92 €	62,06 €	132,40 €	13,24 €	121,81 €	12,18 €	112,07 €	11,21 €
Atendimento (SU – Básica)	-	-	37,78 €	3,78 €	34,76 €	3,48 €	-	-
5. Sessões de Hospital de Dia								
Base	-	-	-	-	-	-	20,98 €	3,15 €
Hematologia	368,28 €	276,21 €	353,55 €	53,03 €	325,27 €	48,79 €	-	-
Imuno-Hemoterapia	368,28 €	276,21 €	353,55 €	53,03 €	327,27 €	49,09 €	305,75 €	45,86 €
Infeciologia	517,64 €	388,23 €	496,93 €	74,54 €	-	-	-	-
Psiquiatria	38,26 €	28,70 €	36,73 €	5,51 €	33,79 €	5,07 €	31,76 €	4,76 €
Outros	-	-	-	-	22,32 €	3,35 €	-	-
6. Diálise								
Hemodiálise (semana/doente)	547,94 €	410,96 €	537,26 €	80,59 €	-	-	-	-
Diálise Peritoneal (semana/doente)	28.492,88 €	21.369,66 €	27.937,22 €	4.190,58 €	-	-	-	-

Tabela 5.2 - Preço unitário do contrato-programa e da produção marginal (continuação)

	2010		2011		2012		2013	
	Preço unitário (Euros)	Produção Marginal	Preço unitário (Euros)	Produção Marginal	Preço unitário (Euros)	Produção Marginal	Preço unitário (Euros)	Produção Marginal
7. Programas de Gestão da Doença Crónica								
VIH/SIDA (doentes em TARC)	11.040 €	8.280 €	11.040 €	1.656 €	10.156,80 €	1.523,52 €	9.547,44 €	1.432,12 €
Esclerose múltipla – doentes em terapêutica modificadora	-	-	-	-	-	-	12.895,68 €	12.895,68 €
VHC – novos doentes Tratamento de doentes c/patologia oncológica – novos doentes	-	-	-	-	-	-	9.442 €	9.442 €
Cancro da mama (1ºano)	-	-	-	-	-	-	9.107,52 €	9.107,52 €
Cancro do cólon e reto (1ºano)	-	-	-	-	-	-	13.639,20 €	13.639,20 €
Cancro do colo do útero (1ºano)	-	-	-	-	-	-	13.409,76 €	13.409,76 €
8. Saúde Sexual e Reprodutiva								
IVG até 10 semanas								
Medicamentos (nº I.V.G)	341 €	256 €	341 €	51 €	313,72 €	47,06 €	294,90 €	44,24 €
Cirurgia (nº I.V.G)	444 €	333 €	444 €	67 €	408,48 €	61,27 €	383,97 €	57,60 €
Diagnostico Pré-Natal								
Protocolo I	41,80 €	31 €	41,80 €	6,27 €	41,80 €	6,27 €	39,29 €	5,89 €
Protocolo II	71,60 €	54 €	71,60 €	10,74 €	71,60 €	10,74 €	67,30 €	10,10 €
9. Sessões Radioterapia								
Tratamento simples	-	-	-	-	-	-	108,89 €	108,89 €
Tratamentos complexos	-	-	-	-	-	-	261,37 €	261,37 €
10. Serviços Domiciliários	41,53 €	24,09 €	39,87 €	5,98 €	36,68 €	5,50 €	34,48 €	5,17 €
11. Outros								
Próteses								
Implante coclear	-	-	-	-	-	-	20.715,08€	20.715,08€
Banda gástrica	-	-	-	-	-	-	1.476,51€	1.476,51€
Desfibrilhador cardíaco	-	-	-	-	-	-	17.135,40€	17.135,40€
Prótese da anca	-	-	-	-	-	-	1.246,04€	1.246,04€
Neuro estimulador intracranio	-	-	-	-	-	-	18.856,18€	18.856,18€
Neuro estimulador medular	-	-	-	-	-	-	19.883,69€	19.883,69€
Neuro estimulador periférico	-	-	-	-	-	-	1.359,53€	1.359,53€

Fonte: Contrato-Programa e Circular Normativa, de 2010 a 2013

Em termos do preço unitário estabelecido pelo contrato-programa, deparamo-nos logo com a redução do mesmo ao longo dos anos, com exceção de alguns casos em que os preços foram iguais e outros em que aumentaram. Houve seis casos em que os preços

se mantiveram no 1º e no 2º ano, e que foram os seguintes: doentes crónicos ventilados, em que no ano 2010/2011 o preço manteve-se nos 293,91 euros; VIH/SIDA (doentes em TARC), em que no ano 2010/2011 o preço continuou nos 11.040 euros; IVG até 10 semanas, onde o preço permaneceu no ano 2010/2011 nos 341 euros e 444 euros, cada valor corresponde à sua subdivisão; e o diagnóstico pré-natal, onde o preço unitário no ano de 2010 a 2012 teve um valor de 41,80 euros e 71,60 euros, cada valor corresponde à sua subdivisão. Nos anos entre 2011 e 2013 observou-se um ligeiro aumento nos preços unitários. Esses aumentos surgiram nos seguintes anos: 2012/2013 no GDH Médicos (internamento); 2011/2012 no GDH Cirúrgicos (episódios de GDH de ambulatório); e 2011/2012, 2012/2013 no GDH Médicos (episódios de GDH de ambulatório). Esta situação deveu-se ao fato de ter havido um aumento no índice *case-mix*, porque na realidade o preço unitário diminuiu como demonstra a Tabela 5.3.

Tabela 5.3 – Índice *case-mix* vs preço unitário

	2011		2012				2013			
	Índice <i>case-mix</i>	Preço unitário	Índice <i>case-mix</i>	Doentes Equivalentes		Preço unitário	Índice <i>case-mix</i>	Doentes Equivalentes		Preço unitário
				Nº	%			Nº	%	
Internamento										
GDH Médicos	-	-	1,0193	21.953	92,33%	2.116,37€	1,137	23.979	93,25%	2.077,45€
Episódios de GDH de Ambulatório										
GDH Cirúrgicos	0,5779	2.300,40€	0,7277	-	-	2.116,37€	-	-	-	-
GDH Médicos	0,1315	2.300,40€	0,1472	-	-	2.116,37€	0,2169	-	-	2.141,70€

Fonte: Contrato-Programa de 2010 a 2013

Para esta situação o preço unitário real para o hospital é calculado da seguinte forma:

$$P.U.R = ICM \times P.U \quad (2)$$

Legenda:

P.U.R = Preço Unitário Real

ICM = Índice *case-mix*

P.U = Preço Unitário

Contudo, para chegarmos ao valor final contratado do GDH médico do internamento não basta multiplicarmos o P.U.R pelas quantidades, pois para além da forma anterior é necessário fazer os seguintes cálculos:

$$\text{N.D.E} = \% \text{ D.E} \times \text{Q} \quad (3)$$

e

$$\text{V.F} = \text{N.D.E} \times \text{P.U.R} \quad (4)$$

Legenda:

N.D.E = Número de Doentes Equivalentes

% D.E = Percentagem de Doentes Equivalentes

Q = Quantidades⁴

V.F = Valor Final

Na produção marginal também se verifica a mesma tendência que no preço unitário, isto é, ao longo dos anos a ARS, no geral, tem vindo a pagar menos pela produção que o hospital produza a mais. O ano onde essa redução mais se destaca é em 2010/2011, por consequência da redução do preço unitário, mas principalmente devido à redução das percentagens que foram referidas anteriormente. De 2011 a 2013, a redução do preço da produção marginal advém do facto do preço unitário ter reduzido, uma vez que as percentagens nestes anos se mantiveram entre os 10% e 15%.

5.3 Análise da execução do contrato-programa

Após a análise da evolução do valor total, do preço unitário e do valor dos incentivos contratados por cada ano para o CHLN, segue-se, nesta secção, a análise do grau de execução do contrato-programa com base no estudo comparativo entre o que o hospital produziu em quantidades e o valor que o CHLN estima receber da ARS por ter atingindo e/ou ultrapassado as quantidades contratadas e estipuladas no contrato-programa anual. Nas Tabelas 5.4 e 5.5, apresentadas seguidamente, encontram-se as quantidades e os valores contratados pela ACSS e a ARS nos anos em estudo, sendo que o “valor real” corresponde ao valor resultante da aplicação das fórmulas da produção marginal referidas anteriormente.

⁴ O valor unitário das quantidades está identificado no ponto seguinte.

Tabela 5.4 – Quantidades do contrato-programa vs realizado, 2010 e 2011

	2010					2011				
	Contrato-Programa		Realizado			Contrato-Programa		Realizado		
	Quantidade	Valor (Euros)	Quantidade	Valor (Euros)	Valor Real (Euros)	Quantidade	Valor (Euros)	Quantidade	Valor (Euros)	Valor Real (Euros)
1. Consultas Externas	742.855	84.412.032,90 €	654.264	82.470.294,00 €	82.470.294,00 €	741.936	80.865.435,31 €	741.937	80.188.197 €	80.932.505,84 €
Nº de 1 ^{as} consultas médicas	210.548	25.592.109,40 €	176.248	24.043.198,00 €	24.043.198,00 €	203.663	23.765.435,47 €	203.664	23.832.506,00 €	23.832.506,00 €
Nº consultas médicas subsequentes	532.307	58.819.923,50 €	478.016	58.427.096,00 €	58.427.096,00 €	538.273	57.099.999,84 €	538.273	56.355.691 €	57.099.999,84 €
2. Internamento	53.034	156.828.509,93 €	47.995	155.868.253,05 €	155.868.253,05 €	50.713	145.680.856,98 €	52.048	151.452.679,81 €	151.452.679,81 €
Doentes Saídos	50.479	156.077.569,88 €	45.440	155.117.313,00 €	155.117.313,00 €	49.618	145.359.025,53 €	50.953	151.452.679,81 €	151.130.848,36 €
GDH Médicos	31.068	68.666.525,93 €	27.412	67.710.809,00 €	67.710.809,00 €	31.409	66.644.336,30 €	31.409	66.644.336,30 €	66.644.336,30 €
GDH Cirúrgicos	15.415	69.413.281,54 €	14.500	69.412.769,00 €	69.412.769,00 €	14.112	61.002.765,41 €	15.447	66.774.588,24 €	66.774.588,24 €
GDH Cirúrgicos Urgentes	3.996	17.997.762,41 €	3.528	17.993.735,00 €	17.993.735,00 €	4.097	17.711.923,82 €	4.097	17.711.923,82 €	17.711.923,82 €
Dias de Internamento de Doentes Crónicos	2.555	750.940,05 €	2.555	750.940,05 €	750.940,05 €	1.095	321.831,45 €	1.095	321.831 €	321.831,45 €
Doentes Crónicos Ventilados	2.555	750.940,05 €	2.555	750.940,05 €	750.940,05 €	1.095	321.831,45 €	1.095	321.831 €	321.831,45 €
3. Episódio de GDH de Ambulatório	93.652	44.066.676,14 €	85.087	39.598.886,80 €	39.598.886,80 €	99.424	44.252.353,12 €	99.905	44.891.793 €	44.751.132,00 €
GDH Cirúrgicos	13.608	18.844.261,44 €	13.497	17.942.911,80 €	17.942.911,80 €	13.805	18.352.383,01 €	14.286	18.890.790 €	18.890.790,00 €
GDH Médicos	80.044	25.222.414,70 €	71.590	21.655.975,00 €	21.655.975,00 €	85.619	25.899.970,11 €	85.619	25.860.342 €	25.860.342,00 €
4. Urgências	279.761	38.584.637,12 €	282.300	40.265.206,00 €	38.742.207,46 €	311.109	32.371.679,88 €	311.109	32.367.160,00 €	32.367.160,00 €
Atendimentos (SU – Polivalente)	279.761	38.584.637,12 €	282.300	40.265.206,00 €	38.742.207,46 €	311.109	28.850.357,20 €	217.903	28.850.357,20 €	28.850.357,20 €
Atendimentos (SU – Básica)	-	-	-	-	-	93.206	3.521.322,68 €	93.206	3.521.322,68 €	3.521.322,68 €
5. Sessões em Hospital de Dia	30.651	11.887.478,28 €	33.221	13.077.904,40 €	12.574.712,41 €	33.230	12.278.164,82 €	33.230	12.278.164,82 €	12.278.164,82 €
Hematologia	3.099	1.141.299,72 €	1.912	835.259,00 €	835.259,00 €	3.522	1.245.203,10 €	3.522	1.245.203,10 €	1.245.203,10 €
Imuno-Hemoterapia	13.012	4.792.059,36 €	11.610	4.275.730,80 €	4.275.730,80 €	11.904	4.208.659,20 €	11.904	4.208.659,20 €	4.208.659,20 €
Infeciologia	11.260	5.828.626,40 €	15.047	7.788.929,08 €	7.298.853,41 €	13.408	6.662.837,44 €	13.408	6.662.837,44 €	6.662.837,44 €
Psiquiatria	3.280	125.492,80 €	4.652	131.140,00 €	164.869,20 €	4.396	161.465,08 €	4.396	161.465,08 €	161.465,08 €

Tabela 5.4 – Quantidades do contrato-programa vs realizado, 2010 e 2011 (continuação)

	2010					2011				
	Contrato-Programa		Realizado			Contrato-Programa		Realizado		
	Quantidade	Valor (Euros)	Quantidade	Valor (Euros)	Valor Real (Euros)	Quantidade	Valor (Euros)	Quantidade	Valor (Euros)	Valor Real (Euros)
6. Diálise	1.499	2.777.507,86 €	4.979	4.600.504,24 €	4.420.096,78 €	1.554	3.218.698,56 €	4.709	3.261.235,00 €	3.236.432,39 €
Hemodialise (semana/doente)	1.429	783.006,26 €	4.912	2.691.481,28 €	929.718,98 €	1.467	788.160,42 €	4.622	827.413,00 €	805.894,25 €
Diálise Peritoneal (semana/doente)	70	1.994.501,60 €	67	1.909.022,96 €	3.490.377,80 €	87	2.430.538,14 €	87	2.433.822,00 €	2.430.538,14 €
7. IG até 10 semanas	625	213.125,00 €	546	186.048,00 €	186.048,00 €	568	196.881,00 €	535	182.435,00 €	182.435,00 €
Medicamentos	625	213.125,00 €	546	186.048,00 €	186.048,00 €	537	183.117,00 €	-	-	-
Cirurgia	-	-	-	-	-	31	13.764,00 €	-	-	-
8. Planos de saúde VIH/Sida – novos doentes em tratamentos ambulatorio	392	1.337.868,20 €	392	1.337.868,20 €	1.337.868,00 €	710	4.431.103,60 €	710	4.431.103,60 €	4.431.103,60 €
	120	1.324.800,00 €	120	1.324.800,00 €	1.324.800,00 €	400	4.416.000,00 €	400	4.416.000,00 €	4.416.000,00 €
Diagnóstico Pré-Natal	272	13.068,20 €	272	13.068,20 €	13.068,20 €	310	15.103,60 €	310	15.103,60 €	15.103,60 €
Protocolo I	215	8.987,00 €	215	8.987,00 €	8.987,00 €	238	9.948,40 €	238	9.948,40 €	9.948,40 €
Protocolo II	57	4.081,20 €	57	4.081,20 €	4.081,20 €	72	5.155,20 €	72	5.155,20 €	5.155,20 €
9. Outros	-	15.025.575,05 €	10.573.878	14.511.842,00 €	14.511.842,00 €	-	13.126.006,59 €	9.678.273	13.217.753,00 €	13.217.753,00 €
Medicamentos de cedência hospitalar em ambulatorio	-	15.025.575,05 €	10.573.878	14.511.842,00 €	14.511.842,00 €	-	13.126.006,59 €	9.678.273	13.217.753,00 €	13.217.753,00 €
10. Valor da Produção		355.133.410,48 €		351.730.758,49 €	349.710.208,70 €		336.421.179,86 €		342.875.405,09 €	342.853.886,34 €
11. Incentivos		9.885.815,47 €		4.092.727,60 €	4.092.727,60 €		9.948.187,25 €		5.347.150,65 €	5.347.150,65 €
12. Valor Total do Contrato		365.019.225,95 €		354.393.659,05 €	353.802.936,30 €		346.369.367,11 €		348.222.555,74 €	348.201.036,99 €

Nota: Os valores que aparecem na coluna do realizado correspondem a estimativas que o hospital poderá receber da ARS correspondente ao Contrato-Programa contratado.

Fonte: Contrato-Programa de 2010 e 2011 e P.C.G

O valor total do realizado em 2010 não atingiu as quantidades contratadas, com a exceção das urgências, da infeciologia, da psiquiatria e da hemodialise, onde as quantidades produzidas excederam as quantidades contratadas. Apesar do hospital, em algumas linhas de produção, não ter atingido as quantidades contratadas, não houve qualquer penalização porque as quantidades produzidas foram sempre superiores a 50% das quantidades contratadas.

O ano 2011 apresenta algum equilíbrio e um pequeno aumento das quantidades contratadas e das produzidas, face ao ano anterior. Neste ano, o dado que mais se destaca pelo afastamento das quantidades produzidas das contratadas é a linha de produção de interrupção à gravidez até às 10 semanas. De facto, pelo valor total do contrato verificamos que o hospital produziu mais 1.853.188,60 euros do que o valor total contratado. Porém estima-se que o CHLN irá receber, cerca de 1.831.669,80 euros, para além do valor contratado.

No caso do cálculo dos GDH's cirúrgicos, do internamento e do ambulatório, o valor é igual ao valor realizado (ambos valores estimados) devido ao facto de este cálculo ser feito com base na tabela SIGIC e de ser necessário outro tipo de dados que não vão ser analisados neste trabalho.

Tabela 5.5 - Quantidades do contrato-programa vs realizado, 2012 e 2013

	2012					2013				
	Contrato-Programa		Realizado			Contrato-Programa		Realizado		
	Quantidade	Valor (Euros)	Quantidade	Valor (Euros)	Valor Real (Euros)	Quantidade	Valor (Euros)	Quantidade	Valor (Euros)	Valor Real (Euros)
1. Consultas Externas	680.096	53.267.384,88 €	703.666	54.991.401,00 €	52.979.164,25 €	671.900	49.702.748,23 €	695.851	51.354.300,13 €	49.670.715,17 €
Nº de 1ºs consultas médicas (s/majoração)	192.188	16.103.432,52 €	184.535	15.458.333,00 €	15.458.333,00 €	160.017	12.038.078,91 €	159.358	11.951.489,18 €	11.951.489,18 €
Nº de 1ºs consultas referenciadas (CTH)	-	-	-	-	-	28.500	2.358.375,00 €	25.308	2.108.221,75 €	2.108.221,75 €
Nº de consultas subsequentes médicas	487.908	37.163.952,36 €	519.131	39.533.068,00 €	37.520.831,25 €	483.383	35.306.294,32 €	511.185	37.294.589,20 €	35.611.004,24 €
2. Internamento	41.566	113.002.963,14 €	50.311	137.626.504,60 €	137.626.504,60 €	42.175	113.930.315,60 €	45.761	125.877.322,78 €	119.377.567,41 €
Doentes Saídos	40.102	112.607.097,54 €	48.847	137.230.639,00 €	123.010.765,62 €	40.715	113.559.212,80 €	44.301	125.506.219,98 €	119.006.464,61 €
GDH Médicos	23.777	47.357.361,55 €	29.209	58.661.123,00 €	47.870.343,71 €	25.715	56.639.852,33 €	26.548	58.596.341,26 €	56.836.615,26 €
GDH Cirúrgico	8.952	38.036.956,33 €	13.497	53.884.663,00 €	53.884.663,00 €	11.000	42.305.892,76 €	12.346	47.409.953,64 €	47.409.953,64 €
GDH Cirúrgico - atividade adicional	2.879	8.116.973,15 €	698	1.967.062,00 €	1.967.062,00 €	-	-	-	-	-
GDH Cirúrgico Urgentes	4.494	19.095.806,51 €	5.443	22.717.791,00 €	19.288.696,91 €	4.000	14.613.467,71 €	5.407	19.499.925,08 €	14.759.895,71 €
Dias de Internamento de Doentes Crónicos	1.464	395.865,60 €	1.464	395.865,60 €	395.865,60 €	1.460	371.102,80 €	1.460	371.102,80 €	371.102,80 €
Doentes Crónicos Ventilados	1.464	395.865,60 €	1.464	395.865,60 €	395.865,60 €	1.460	371.102,80 €	1.460	371.102,80 €	371.102,80 €
3. Episódio de GDH de Ambulatório	93.606	42.231.944,69 €	95.351	48.410.936,23 €	23.286.976,32 €	33.000	25.003.014,67 €	44.020	30.631.163,77 €	26.026.694,90 €
GDH Cirúrgicos	8.975	13.822.239,98 €	14.704	22.645.336,32 €	22.645.336,32 €	13.000	15.712.320,07 €	13.138	16.526.960,30 €	16.526.960,30 €
GDH Cirúrgicos - atividade adicional	2.879	2.941.531,62 €	626	641.640,00 €	641.640,00 €	-	-	-	-	-
GDH Médicos	81.752	25.468.173,09 €	80.647	25.123.959,91 €	25.123.959,91 €	20.000	9.290.694,60 €	30.882	14.104.203,47 €	9.499.734,60 €
4. Urgências	196.879	22.577.279,24 €	203.016	23.327.785,00 €	22.652.019,20 €	185.120	20.746.398,40 €	177.978	19.946.330,67 €	19.946.330,67 €
Atendimento (SU - Polivalente)	180.744	22.016.426,64 €	186.880	22.766.898,00 €	22.091.163,12 €	185.120	20.746.398,40 €	177.978	19.946.330,67 €	19.946.330,67 €
Atendimento (SU - Básica)	16.135	560.852,60 €	16.136	560.887,00 €	560.856,08 €	-	-	-	-	-

Tabela 5.5 - Quantidades do contrato-programa vs realizado, 2012 e 2013 (continuação)

	2012					2013				
	Contrato-Programa		Realizado			Contrato-Programa		Realizado		
	Quantidade	Valor (Euros)	Quantidade	Valor (Euros)	Valor Real (Euros)	Quantidade	Valor (Euros)	Quantidade	Valor (Euros)	Valor Real (Euros)
5. Sessões em Hospital de Dia	51.027	5.381.850,89 €	56.295	5.763.510,21 €	5.493.098,80 €	44.840	2.554.694,16 €	53.034	2.765.497,00 €	2.844.003,91 €
Base	-	-	-	-	-	33.592	704.760,16 €	35.451	735.789,58 €	710.616,01 €
Hematologia	3.138	1.020.697,26 €	3.152	1.025.251,04 €	1.021.380,32 €	-	-	-	-	-
Imuno-Hemoterapia	10.697	3.479.413,19 €	11.501	3.740.930,27 €	3.518.881,55 €	5.448	1.665.726,00 €	11.611	1.847.341,50 €	1.948.361,18 €
Infeciologia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Psiquiatria	4.500	152.055,00 €	5.918	199.969,22 €	155.477,25 €	5.800	184.208,00 €	5.972	182.365,92 €	185.026,72 €
Outros	32.692	729.685,44 €	35.724	797.359,68 €	797.359,68 €	-	-	-	-	-
6. Programas de Gestão da Doença Crónica						3.109	32.438.730,40 €	3.409	33.921.864,23 €	33.621.283,32 €
VIH/Sida	3.090	31.384.512,00 €	3.128	31.770.470,40 €	31.442.405,76 €	2.154	20.565.185,76 €	2.673	25.520.307,12 €	21.027.760,52 €
Esclerose múltipla – doentes em terapêutica modificadora	-	-	-	-	-	600	7.737.408,00 €	411	5.292.387,07 €	5.300.124,48 €
VHC – novos doentes	-	-	-	-	-	28	264.376,00 €	19	183.363,64 €	179.398,00 €
Tratamento de doentes c/ patologia oncológica – novos doentes	-	-	-	-	-	327	3.871.760,64 €	306	2.925.806,40 €	3.557.000,16 €
Cancro da mama (1ºano)	-	-	-	-	-	129	1.174.870,08 €	135	1.129.332,48 €	1.229.515,20 €
Cancro do colon e reto (1ºano)	-	-	-	-	-	182	2.482.334,40 €	150	1.568.508,00 €	2.045.880,00 €
Cancro do colo do útero (1ºano)	-	-	-	-	-	16	214.556,16 €	21	227.965,92 €	281.604,96 €
7. Saúde Sexual e Reprodutiva	776	155.641,12 €	707	148.462,72 €	136.429,06 €	777	148.342,94 €	729	151.796,43 €	144.872,69 €
IVG até 10 semanas	426	137.435,12 €	429	134.964,92 €	122.931,26 €	452	133.472,94 €	469	138.897,90 €	133.545,56 €
Medicamentos	386	121.095,92 €	425	133.331,00 €	122.931,26 €	450	132.705,00 €	469	138.897,90 €	133.545,56 €
Cirurgia	40	16.339,20 €	4	1.633,92 €	-	2	767,94 €	-	-	-
Diagnostico Pré-Natal	350	18.206,00 €	278	13.497,80 €	13.497,80 €	325	14.870,00 €	260	12.898,53 €	11.327,13 €
Protocolo I	230	9.614,00 €	215	8.987,00 €	8.987,00 €	250	9.822,50 €	157	6.168,53 €	6.168,53 €
Protocolo II	120	8.592,00 €	63	4.510,80 €	4.510,80 €	75	5.047,50 €	103	6.730,00 €	5.158,60 €
8. Sessões de Radioterapia	-	-	-	-	-	41.626	4.549.275,46 €	54.361	5.856.104,20 €	5.856.104,20 €
Tratamentos simples	-	-	-	-	-	41.517	4.520.786,13 €	54.361	5.856.104,20 €	5.856.104,20 €
Tratamentos complexos	-	-	-	-	-	109	28.489,33 €	-	-	-
9. Serviços Domiciliários	1.294	47.463,92 €	1.569	57.551,00 €	48.530,92 €	1.334	45.996,32 €	1.648	54.306,00 €	47.030,32 €

Tabela 5.5 - Quantidades do contrato-programa vs realizado, 2012 e 2013 (continuação)

	2012					2013				
	Contrato-Programa		Realizado			Contrato-Programa		Realizado		
	Quantidade	Valor (Euros)	Quantidade	Valor (Euros)	Valor Real (Euros)	Quantidade	Valor (Euros)	Quantidade	Valor (Euros)	Valor Real (Euros)
10. Outros	-	10.590.960,12€	11.773.642	14.159.593,00€	14.159.593,00€	484	12.336.909,49€	11.702.697	12.012.036,06€	12.012.036,06€
Próteses	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Implante coclear	-	-	-	-	-	4	82.860,32€	6	124.290,48€	124.290,48€
Banda gástrica	-	-	-	-	-	20	29.530,20€	1	1.476,51€	1.476,51€
Desfibrilhador cardíaco	-	-	-	-	-	150	2.570.310,00€	118	2.021.977,20€	2.021.977,20€
Prótese da anca	-	-	-	-	-	235	292.819,40€	133	165.723,32€	165.723,32€
Neuro estimulador intracraniano	-	-	-	-	-	40	754.247,20€	61	1.150.226,98€	1.150.226,98€
Neuro estimulador medular	-	-	-	-	-	20	397.673,80€	18	357.906,42€	357.906,42€
Neuro estimulador periférico	-	-	-	-	-	15	20.392,95€	1	1.359,53€	1.359,53€
Medicamentos de cedência hospitalar em ambulatório	-	7.593.591,83€	11.773.642	10.712.256,00€	10.712.256,00€	-	4.607.526,22€	11.702.359	4.607.526,22€	4.607.526,22€
Internos	-	2.997.368,29€	-	3.447.337,00 €	3.447.337,00€	-	3.581.549,40€	-	3.581.549,40€	3.581.549,40€
11. Valor da Produção	-	278.640.000,0€	-	316.256.214,1€	298.728.808,4€	-	261.456.425,67€	-	282.570.721,2€	269.565.241,4€
12. Incentivos	-	11.610.000,00€	-	8.722.857,72 €	8.722.857,72€	-	13.760.864,51€	-	11.301.288,80€	11.301.288,80€
13. Valor Total do Contrato	-	290.250.000,0€	-	324.979.071,8€	307.451.666,1€	-	275.217.290,18€	-	293.872.010,0€	280.866.530,2€

Nota: os valores que aparecem na coluna do realizado correspondem a estimativas que o hospital poderá receber da ARS correspondente ao Contrato-Programa contratado.

Fonte: Contrato-Programa 2012 e 2013 e GPCG

Em 2012 também se observou que o CHLN aumentou a sua produção em mais de metade das linhas de produção. Esta situação apenas não foi observada nas consultas CTH, no GDH cirúrgico (atividade adicional), no internamento e no ambulatório, no GDH médico do ambulatório, na cirurgia da IVG até 10 semanas, e no protocolo I e II do diagnóstico pré-natal. Neste ano é importante destacar que as cirurgias da IVG até 10 semanas que o hospital realizou não vão ser remuneradas pela ARS porque as cirurgias realizadas foram inferiores a 50% das contratadas. Decorrente desta situação, o hospital tem a haver um acréscimo de 17.201.666,10 euros em relação ao valor que foi contratado.

O último ano em análise, 2013, segue a mesma tendência que 2012, isto é, no geral as quantidades produzidas são superiores às contratadas. Destacamos ainda a existência das novas linhas de produção, como a patologia oncológica, a esclerose múltipla, a VHC, as sessões de radioterapia e as próteses. No hospital dia deixou de haver a subdivisão “outros” e foi criada a subdivisão “base”. Neste ano, o total da produção produzida também foi superior à contratada e portanto estima-se que o hospital tenha a haver um acréscimo de 5.649.240,10 euros em relação ao contratado. De um modo global, ao longo destes anos, constatamos que as quantidades do contrato-programa têm-se reduzido em algumas linhas de produção, o que faz com que a produção do CHLN ultrapasse as quantidades contratadas. Consequentemente, a produção excedente tem que seguir um conjunto de regras definidas pela ARS e ACSS, e em grande parte, para cada linha de produção existe uma percentagem que define o limite que é pago da produção em excesso.

Em algumas situações verificamos que com a aplicação destas regras o hospital sai prejudicado com a produção excedente. Ao olharmos para o valor total realizado e para o valor total real realizado verificamos logo uma diferença de valores, que foi reduzida nos anos 2010 e 2011, mas relativamente elevada em 2012 e 2013.

Em termos de quantidades produzidas pelo CHLN, ao longo dos anos, verifica-se o oposto do que foi falado nos dois parágrafos anteriores, ou seja, o hospital na maior parte das linhas de produção igualou e ultrapassou as quantidades contratadas.

Um parâmetro que está presente nas tabelas anteriores e que é cada vez mais importante são os incentivos, cujos valores constam nas Tabelas 5.4 e 5.5. Os valores sugerem uma preocupação do CHLN no que respeita ao cumprimento dos objetivos, o que se traduz à posteriori em incentivos monetários para o hospital. Para além do pagamento das linhas de produção é ainda concebido o pagamento de incentivos relacionados com o cumprimento de objetivos de acessibilidade, qualidade, eficiência económico-financeira e desempenho assistencial. Os incentivos económicos são uma forma de motivar os hospitais a aplicar práticas mais eficazes nos seus serviços, obrigando a uma reorganização da sua própria estrutura económico-financeira.

Os objetivos dividem-se em duas categorias, entre objetivos nacionais e objetivos regionais. Na Tabela 5.6 iremos ver o que contempla cada um deles, para cada ano, e o valor que o CHLN poderá receber da ARS pelo cumprimento desses objetivos.

Tabela 5.6 – Objetivos 2010 e 2011

		2010		2011	
		Contrato-Programa	Realizado	Contrato-Programa	Realizado
Objetivos Nacionais					
Qualidade e serviço	A.1 Taxa de reinternamentos nos primeiros cinco dias (%)	444.862 €	0 €	149.222,81 €	119.378,25 €
	A.2 N° de profissionais envolvidos em programas de formação na área de controlo e infeção	296.574 €	296.574 €	-	-
	A.3 Percentagem de partos por cesariana	-	-	298.445,62 €	298.445,62 €
Acesso	B.1 N° de doentes referenciados nas especialidades de medicina interna, cirurgia geral e ortopedia para a RNCCI ⁵ /N° doentes saídos nas especialidades de medicina interna, cirurgia geral e ortopedia (%)	296.574 €	0 €	-	-
	B.2 Peso das primeiras consultas médicas no total de consultas médicas	444.862 €	355.889 €	447.668,43 €	447.668,43 €
	B.3 Mediana do n° de dias entrada a data de internamento e a data de sinalização para a RNCCI	-	-	149.222,81 €	149.222,81 €
	B.4 Rácio consultas externas/urgências	-	-	149.222,81 €	149.222,81 €

⁵ RNCCI - Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

Tabela 5.6 – Objetivos 2010 e 2011 (continuação)

		2010		2011	
		Contrato-Programa	Realizado	Contrato-Programa	Realizado
Objetivos Nacionais					
Desempenho assistencial	C.1 Peso de GDH's cirúrgicos ambulatório no total de GDH's cirúrgicos programadas (%)	444.862 €	444.862 €	447.668,43 €	447.668,43 €
	C.2 Demora média (dias)	296.574 €	177.945 €	298.445,62 €	298.445,62 €
	C.3 Percentagem do consumo de embalagens de medicamentos genéricos, no total de embalagens de medicamentos	-	-	298.445,62 €	298.445,62 €
Desempenho económico-financeiro	D.1 Custo unitário por doente padrão (€)	296.574 €	148.287 €	-	-
	D.2 Resultado operacional	444.862 €	0 €	447.668,43 €	0,00 €
	D.3 Peso dos custos com pessoal ajustado nos proveitos operacionais	-	-	298.445,62 €	298.445,62 €
Objetivos Regionais					
Desempenho económico-financeiro	E.1 Variação % consumos	494.291 €	0 €	656.580,36 €	0,00 €
	E.2 Variação % fornecimentos serviços externos	494.291 €	0 €	656.580,36 €	0,00 €
	E.3 Variação % custos com pessoal	494.291 €	0 €	676.476,73 €	676.476,73 €
	E.4 Compras	494.291 €	0 €	-	-
Outros objetivos regionais	F1. Primeiras consultas realizadas e registadas no CTH relativamente ao total de primeiras consultas realizadas no Hospital (%)	741.436 €	593.149 €	-	-
	F.2 Tempo médio de avaliação do pedido e marcação da consulta no CTH (dias)	741.436 €	0 €	746.114,04 €	149.222,81 €
	F.3 Tempo médio de espera LIC ⁶ do Hospital (dias)	988.582 €	988.582 €	1.740.932,77 €	1.392.746,22 €
	F.4 % Doentes oncológicos em LIC > 2 meses	988.582 €	0 €	-	-
	F.5 % Doentes em LIC > 24 meses	988.582 €	790.865 €	-	-
	F.6 % de partos por cesariana	494.291 €	296.574 €	-	-
	F.7 Variação % total de custos operacionais (% face ao real de 2010)	-	-	2.487.046,81 €	621.761,70 €
Total dos incentivos		9.885.815,5 €	4.092.727,6 €	9.948.187,25 €	5.347.150,65 €

Fonte: GPCG

Como vimos anteriormente, desde 2010 até 2013, o cumprimento dos objetivos por parte do CHLN tem vindo a aumentar. Em 2010, muitos foram os objetivos que o CHLN não conseguiu atingir. Apenas metade dos objetivos estabelecidos no contrato-programa foram atingidos, o que se refletiu valor total dos incentivos realizados pelo hospital. O grupo onde o hospital conseguiu alcançar um maior valor foi nos outros objetivos regionais com um total de 2.669.170 euros, mais de metade do valor atingido.

⁶ LIC - Lista de Inscritos para Cirurgia

No ano de 2011 houve uma alteração nos objetivos estabelecidos face a 2010, havendo um ligeiro aumento do valor total dos incentivos e do valor atingido pelo cumprimento dos objetivos. O grupo onde o hospital conseguiu alcançar um maior valor foi nos objetivos nacionais com um total de 2.506.943,19 euros.

Contudo, nestes dois anos observou-se que os valores dos objetivos que foram atingidos pelo CHLN foram iguais ou superiores a metade do valor contratado. À exceção de dois objetivos em 2011 que foram atingidos, mas o valor foi inferior a metade do valor contratado, foi o caso do tempo médio de avaliação do pedido e marcação da consulta no CTH (dias), e do tempo médio de espera LIC do Hospital.

Tabela 5.7 – Objetivos 2012 e 2013

		2012		2013	
		Contrato-Programa	Realizado	Contrato-Programa	Realizado
Objetivos Nacionais					
Acesso	A.1 Percentagem de primeiras consultas médicas no total de consultas médicas	348.300,00 €	322.454,42 €	412.825,94 €	392.184,64 €
	A.2 Percentagem de utentes referenciados para consulta externa atendidos em tempo adequado	348.300,00 €	332.360,85 €	412.825,94 €	378.479,90 €
	A.3 Peso das consultas externas com registo de alta no total de consultas externas	-	-	412.825,94 €	321.086,84 €
	A.4 Percentagem de doentes cirúrgicos tratados em tempo adequado	348.300,00 €	320.436,00 €	412.825,94 €	386.646,73 €
	A.5 Permilagem de doentes sinalizados para a RNCCI, em tempo adequado, no total de doentes tratados	348.300,00 €	248.192,58 €	412.825,94 €	326.119,55 €
	A.6 Percentagem de consultas realizadas e registadas no CTH relativamente ao total das primeiras consultas	348.300,00 €	245.468,57 €	-	-
Desempenho assistencial	B.1 Demora média	580.500,00 €	581.208,79 €	550.434,58 €	553.119,63 €
	B.2 Percentagem de reinternamento em 30 dias	348.300,00 €	334.641,18 €	550.434,58 €	437.845,69 €
	B.3 Percentagem de doentes saídos com duração de internamento acima do limiar máximo	348.300,00 €	417.960,00 €	550.434,58 €	565.724,43 €
	B.4 Percentagem de partos por cesariana	348.300,00 €	336.859,49 €	550.434,58 €	575.630,53 €

Tabela 5.7 – Objetivos 2012 e 2013 (continuação)

		2012		2013	
		Contrato-Programa	Realizado	Contrato-Programa	Realizado
Objetivos Nacionais					
Desempenho assistencial	B.5 Percentagem de cirurgias realizadas em ambulatório no total de cirurgias programadas	348.300,00 €	356.642,51 €	412.825,94 €	365.832,78 €
	B.6 Percentagem do consumo de embalagens de medicamentos genéricos, no total de embalagens de medicamentos	348.300,00 €	354.830,63 €	412.825,94 €	421.082,45 €
Desempenho assistencial	B.7 Taxa de registo de utilização da “lista de verificação de atividade cirúrgica”	-	-	412.825,94 €	0,00 €
Desempenho económico-financeiro	C.1 Percentagem dos custos com horas extraordinárias, suplementos e fornecimentos de serviços externos III (selecionados no total de custos com pessoal)	348.300,00 €	330.438,46 €	688.043,23 €	791.508,37 €
	C.2 EBITDA	348.300,00 €	0,00 €	688.043,23 €	605.921,66 €
	C.3 Acréscimo de dívida	348.300,00 €	417.960,00 €	688.043,23 €	0,00 €
	C.4 Percentagem de proveitos operacionais extra contrato-programa no total de proveitos operacionais	348.300,00 €	417.960,00 €	688.043,23 €	825.651,87 €
	C.5 Peso dos custos com pessoal ajustado nos proveitos operacionais	348.300,00 €	313.046,96 €	-	-
Objetivos Regionais					
Objetivos regionais	D.1 Tempo médio de espera em LIC < X dias	1.741.500,00 €	1.384.492,50 €	2.752.172,90 €	3.039.029,43 €
	D.2 Variação 2013/2012 do custo unitário por doente tratado/ano em HIV (medicamentos dispensados em ambulatório)	-	-	1.376.086,45 €	0,00 €
	D.3 N° de consultas externas por médico ETC ⁷ /ano na especialidade de oftalmologia	-	-	688.043,23 €	521.076,77 €
	D.4 N° de consultas externas por médico ETC/ano na especialidade de urologia	-	-	688.043,23 €	794.347,53 €
	D.5 Redução da lotação praticada (n° de camas)	1.741.500,00 €	1.070.745,58 €	-	-

⁷ ETC - Equivalentes a Tempo Completo

Tabela 5.7 – Objetivos 2012 e 2013 (continuação)

		2012		2013	
		Contrato-Programa	Realizado	Contrato-Programa	Realizado
Objetivos Regionais					
Objetivos regionais	D.6 Tempo médio de resposta para consultas no CTH (dias)	1.161.000,00 €	937.159,20 €	-	-
	D.7 Custos com MCDT's solicitados ao exterior (var. %2012/2011)	1.161.000,00 €	0,00 €	-	-
	Total dos incentivos	11.610.000,00 €	8.722.857,72 €	13.760.864,51€	11.301.288,80€

Fonte: GPCG

Em 2012 e 2013, o valor atingido pelo CHLN aproxima-se do valor total dos incentivos contratados. Nestes anos observou-se o oposto dos anos anteriores, isto é, poucos foram os objetivos que o CHLN não conseguiu atingir, o que se refletiu no valor total dos incentivos realizados face aos contratados. Destacou-se ainda, em 2012 e 2013, o facto de, em alguns objetivos, o CHLN não só atingiu o valor do objetivo em causa como ainda ultrapassou esse valor. Esses objetivos foram os seguintes: demora média (2012 e 2013); percentagem de doentes saídos com duração de internamento acima do limiar máximo (2012 e 2013); percentagem de cirurgias realizadas em ambulatório no total de cirurgias programadas (2012); percentagem do consumo de embalagens de medicamentos genéricos no total de embalagens de medicamentos (2012 e 2013); acréscimo de dívida (2012); e percentagem de proveitos operacionais extra contrato-programa no total de proveitos operacionais (2012 e 2013).

Os objetivos alcançados em 2013 foram os seguintes: percentagem de partos por cesariana; percentagem dos custos com horas extraordinárias, suplementos e fornecimentos de serviços externos III (selecionados no total de custos com pessoal; tempo médio de espera em LIC < X dias; e nº de consultas externas por médico ETC/ano na especialidade de urologia.

Nos anos de 2012 e 2013, observou-se que, relativamente a determinados objetivos, que os valores realizados pelo CHLN foram superiores aos contratados. Isto deve-se ao facto de a partir de 2012 a ACSS e a ARS permitirem que o limite do grau de cumprimento do indicador passasse para 120%, permitindo ao CHLN receber verbas adicionais acrescidas para fazer face aos objetivos que não foram atingidos.

Em ambos os anos, o grupo onde o hospital conseguiu alcançar um maior valor foi nos objetivos regionais com um valor em 2012 de 3.392.397,28 euros e em 2013 de 4.354.453,73 euros. Apurou-se ainda que desde 2011 até 2013 houve um reajustamento dos objetivos e um aumento no valor total dos objetivos contratados, este último dado veio comprovar o que tínhamos visto anteriormente.

CAPITULO 6 - CONCLUSÕES

Com a realização deste estágio pude desenvolver diversas competências, tanto a nível pessoal como profissional, e adquirir novos conhecimentos, em particular sobre o tema desenvolvido neste trabalho.

O contrato-programa é um documento onde estão definidos os objetivos que cada hospital tem que atingir, no que respeita aos cuidados de saúde (por exemplo: consultas externa, planos de saúde, entre outros) e estabelece o modo de remuneração desses atos que serão pagos, a cada unidade hospitalar, de acordo com uma tabela de preços.

Nos últimos anos e dado a conjuntura económica do país, existem inúmeros desafios na saúde em Portugal. Esta situação verificou-se nos anos em análise do trabalho, onde a ARS desde 2010 tem vindo a cortar no valor total da contratação. Apesar desses cortes, a ACSS e a ARS pretendem que o hospital aumente a sua eficiência através de uma gestão de redução de custos e, em contrapartida, haja um aumento na qualidade.

Em 2011 foi ano onde as percentagens da produção marginal foram alteradas, provocando um impacto negativo para o hospital, ou seja, essas percentagens, face ao ano anterior, foram reduzidas para mais de metade, o que significa que o hospital irá receber muito menos por cada linha de produção que produza a mais. Dos quatro anos analisados, 2011 foi o ano que a ARS contratou, no total, mais quantidades das linhas de produção. Todavia isso não se refletiu no valor total da contratação devido à quebra dos preços unitários. O ano onde se verificou um maior impacto dos cortes feitos foi em 2012, devido aos preços unitários e as quantidades contratados, no geral, terem diminuído. Ao longo dos anos existiu um reajuste nas linhas do contrato programa, sobretudo no ano 2013, onde foram criados novos programas de saúde.

A ACSS e a ARS têm ajustado, ao longo dos anos, os objetivos que o hospital deve cumprir, fazendo assim, com que a verba disponibilizada para os incentivos tenha aumentado de ano para o ano, e conseqüentemente, verificou-se que há uma preocupação pelo CHLN pelo cumprimento dos objetivos propostos.

Em termos de quantidades produzidas, o CHLN, 2010 foi o ano em não foram atingidos os valores contratados na maior parte das linhas de produção. Contudo, desde 2011 começou a haver um equilíbrio e um aumento em certas linhas de produção das quantidades produzidas face às contratadas. Observou-se que a ARS faz uma grande aposta na contratação das primeiras consultas. Esta situação traduz-se no facto da ARS querer que as consultas sejam mais eficientes, para que o utente não necessite de voltar novamente ao hospital.

Para concluir, o grau de execução do contrato-programa foi de 96,93% em 2010, 100,53% em 2011, 105,93% em 2012, e 102,05% em 2013. Verificou-se assim que o único ano que o CHLN não atingiu o valor das quantidades contratadas foi em 2010. Quando o valor contratado é ultrapassado, o hospital rege-se pelas regras da produção marginal. Se mesmo assim as quantidades produzidas ultrapassarem as quantidades do contrato-programa e da produção marginal, esta situação torna-se prejudicial para o hospital devido ao facto de ser este a ter que suportar o custo da produção excedente.

Em relação aos objetivos dos incentivos constitucionais, observou-se o oposto das quantidades produzidas pelo CHLN em termos do cumprimento máximo contratado, isto é, nos anos em estudo o hospital atingiu 41,40% em 2010, 53,75% em 2011, 73,20% em 2012 e 77,14% em 2013. Apesar do hospital não ter atingido o teto máximo contratado nota-se que há uma evolução positiva ao longo dos anos. Esta evolução reflete-se da preocupação do CHLN no cumprimento dos objetivos estabelecidos, que para além de tornar alguns serviços prestados mais eficazes, funciona também como uma fonte de rendimento extra.

BIBLIOGRAFIA

- Aas, Inge Harald (1995) *Incentives and financing methods*, Health Policy 1996, 20-205.
- Administração Central do Sistema de Saúde (2011, 2012 e 2014) *Metodologia para definição de preços e fixação de objetivos*.
- Afonso, Rui (2010) *Contratualização em saúde – a negociação externa e interna*.
- Baganha, Maria; Ribeiro Joana; Pires Sónia (2002) O sector da saúde em Portugal Funcionamento do sistema e caracterização sócio-profissional. Disponível através do site <http://www.ces.uc.pt/publicacoes/oficina/index.php?id=2652>, [Último Acesso: 22 de Maio, 2014].
- Barnum, Howard; Kutzin, Joseph; Saxenian, Helen (1995) *Incentives and provider payment methods*, International Journal of Health Planning and Management 10, 1995, 23-45.
- Barros, Pedro, e Gomes, Jean-Pierre (2002) *Os sistemas nacionais de saúde da União Europeia, principais modelos de gestão hospitalar e eficiência no sistema hospitalar português*. Disponível através do site <http://www.dge.ubi.pt/aalmeida/Gestao-medicina-11-12/BARROS-2002.pdf>, [Último Acesso: 21 de Maio, 2014].
- Bentes, Margarida (1998) *O Financiamentos dos Hospitais*. Disponível através do site http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/Bentes_M%20IGIF%201998.pdf, [Último Acesso: 21 de Maio, 2014].
- Borges, Cláudia; Lopes, Fernando; Silva, Vera (2011) *Grupos de Diagnósticos Homogéneos*. Disponível através do site: <http://portalcodgdh.min-saude.pt/index.php/GDH>, [Último Acesso: 23 de Maio, 2014].
- Carvalho, João (2010) *Sistemas de Financiamento Hospitalar: uma Reflexão*. Disponível através do site: <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/53453/2/Sistemas%20de%20Financiamento%20Hospitalar%20%20Uma%20Reflexo.pdf>, [Último Acesso: 27 de Maio, 2014].
- Centro Hospitalar Lisboa Norte (2012) *Relatório e Contas de 2012*.
- Centro Hospitalar Lisboa Norte (2014) *Nota Histórica - Centro Hospital Lisboa Norte, EPE*. Disponível através do site: [www.chln.min-saude.pt/hsmindra/ tabid/1569/Default.aspx](http://www.chln.min-saude.pt/hsmindra/tabid/1569/Default.aspx), [Último Acesso: 1 de Abril, 2014].
- Conselho de Reflexão sobre a Saúde (1998) *Opções para um debate nacional*.
- Costa Carlos, Santana Rui, Boto Paulo (2008) *Financiamento por capitação ajustada pelo risco: conceptualização e aplicação*, Revista Portuguesa de Saúde Pública 7, 2008, 67-101.
- Diniz, Vera (2013) *A Influência das Políticas de Financiamento no Desempenho Económico-Financeiro dos Hospitais Públicos Portugueses*. Disponível através do site:

https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/22705/1/vera_diniz_disserta%C3%A7ao.pdf, [Último Acesso: 26 de Maio, 2014].

Dismuke C, Sena V (1999) *Has DRG Payment influenced the technical efficiency and productivity of diagnosis technologies in Portuguese public hospitals? An empirical analysis using parametric and non-parametric methods*, *Health Care* 2, 1999,107-16.

Escoval, Ana (2003) *Evolução da administração pública da saúde: o papel da contratualização. Fatores críticos do contexto português*. Disponível através do site: http://www.contratualizacao.min-saude.pt/downloads_contrat/investiga%C3%A7%C3%A3o/tesedoutoramentoanaescoval.pdf, [Último Acesso: 27 de Maio, 2014].

Ferreira, Ana ; Escoval, Ana; Lourenço, Alexandre; Matos, Tânia; Ribeiro, Rute (2010) *30 anos do serviço nacional de saúde*, Editora: Almedina.

Gago, Ana (2008) *O Financiamento Hospitalar e os Grupos de Diagnósticos Homogéneos*. Disponível através do site: <http://ria.ua.pt/bitstream/10773/1589/1/2008001743.pdf>, [Último Acesso: 26 de Maio, 2014]

Gonçalves, Leonel (2013) *Contratualização e Nova Gestão Pública no Setor da Saúde*. Disponível através do site: https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/24758/1/Relat%C3%B3rio%20de%20Est%C3%A1gio%20HUC%20_%20Leonel%20Goncalves.pdf, [Último Acesso: 29 de Maio, 2014]

Hospital de Santa Maria (2004) *50 Anos de Assistência, Ensino e Investigação*. Disponível através do site: www.hsm.min-saude.pt/contents/pdfs/Divulgacao/Livro50anos.pdf, [Último Acesso: 21 de Abril, 2014].

Hospital de Santa Maria (2012) *Plano de Gestão de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas do CHLN, EPE*.

Matos, Tânia; Ferreira, Ana; Lourenço, Alexandre; Escoval, Ana. (2010) *Contratualização interna vs. Contratualização externa*, *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 9, 161-180.

Ministério da Saúde (1998) *O hospital português*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.

Moreira, Isabel (2011) *Comparação de resultados: prestação de cuidados saúde hospitalares públicos e privados*. Disponível através do site: <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/70015/2/13856.pdf>, [Último Acesso: 10 de Abril, 2014].

Nunes, Patrícia (2012) *Financiamento Hospitalar em Portugal – Incentivos à Seleção e Equidade*. Disponível através do site: <http://run.unl.pt/bitstream/10362/9346/1/RUN%20-%20Tese%20de%20Mestrado%20-%20Patr%C3%ADcia%20Nunes.pdf>, [Último Acesso: 5 de Abril, 2014].

Observatório Português dos Sistemas de Saúde (2009) *Financiamento e contratualização do SNS*, Relatório de Primavera, 81-91

Perrot, Jean (2008) *La régulation des pratiques contractuelles*. *Comptes Rendus Biologies*, 331, 2008, 933-941.

Rego, Guilhermina (2008) *Gestão Empresarial dos Serviços Públicos. Uma aplicação ao Setor da saúde*, 2ªEdicção, Editor: VidaEconómica

Valente, Maria C. (2010) *Contratualização em contexto hospitalar*, Revista Portuguesa de Saúde Pública, 9, 25-39.

ANEXOS

Anexo 1 - Objetivos de 2010

OBJECTIVOS DE QUALIDADE E EFICIÊNCIA

Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE		
Áreas	Indicadores	Objectivo
Objectivos Nacionais		
A. Qualidade e serviço	A.1 Taxa de reinternamentos nos primeiros cinco dias (%)	1,6%
	A.2 Nº profissionais envolvidos em programas de formação na área de controlo e infeção	10,0%
B. Acesso	B.1 Nº doentes Referenciados nas especialidades de medicina interna, cirurgia geral e ortopedia para a RNCCI/Nº doentes saídos nas especialidades de medicina interna, cirurgia geral e ortopedia (%)	3,0%
	B.2 Peso das primeiras consultas médicas no total de consultas médicas	28,5%
C. Desempenho assistencial	C.1 Peso de GDH's cirúrgicos ambulatório no total de GDH's cirúrgicos programados (%)	47,4%
	C.2 Demora média (dias)	8,2 dias
D. Desempenho económico-financeiro	D.1 Custo unitário por doente padrão (€)	5.154 €
	D.2 Resultado Operacional (€)	-26.963.432,45€
Objectivos Regionais		
E. Desempenho económico-financeiro	E.1 Consumos	1,9%
	E.2 Fornecimentos Serviços Externos	0,0%
	E.3 Custos com Pessoal	0,0%
	E.4 Compras	1,9%
F. Outros objectivos regionais a fixar	F.1 Primeiras consultas realizadas e registadas no CTH relativamente ao total de primeiras consultas realizadas no Hospital (%)	10,0%
	F. 2 Tempo médio de avaliação do pedido e marcação da consulta no CTH (dias)	3 dias
	F. 3 Tempo Médio de Espera em LIC do Hospital (dias)	< 150 dias
	F. 4 % Doentes Oncológicos em LIC > 2 meses	0,0%
	F. 5 % Doentes em LIC > 24 meses	0,0%
	F. 6 % de partos por cesariana	26,3%

Nota:

Articulação com a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados - O Centro Hospitalar está obrigado ao cumprimento do estipulado nas cláusulas 7.ª e 8.ª do Contrato-Programa assinado para o triénio 2007-2009, de venho garantir a correcta e a adequada articulação com a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, nos termos da lei e das orientações fixadas pelo Ministério da Saúde nessa matéria.

Anexo 2 - Objetivos de 2011

OBJECTIVOS DE QUALIDADE E EFICIÊNCIA		
Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE		
Áreas	Indicadores	Objectivo
Objectivos Nacionais		
A. Qualidade e serviço	A.1 Taxa de reinternamentos nos primeiros cinco dias (%)	2,6%
	A.2 Percentagem de partos por cesariana	28,8%
B. Acesso	B.1 Mediana do nº de dias entre a data de internamento e a data de sinalização para a RNCCI	10 dias
	B.2 Peso das primeiras consultas médicas no total de consultas médicas	28,1%
	B.3 Rácio Consultas Externas / Urgências	212%
C. Desempenho assistencial	C.1 Peso da cirurgia de ambulatório (GDH) no total de cirurgias programadas (GDH) (%)	50,0%
	C.2 Demora média (dias)	8,1 dias
	C.3 Percentagem do consumo de embalagens de medicamentos genéricos, no total de embalagens de medicamentos	25,0%
D. Desempenho económico-financeiro	D.1 Peso dos custos com pessoal ajustados nos proveitos operacionais	53,7%
	D.2 Resultado Operacional (€)	-45.268.414€
Objectivos Regionais		
E. Desempenho económico-financeiro	E.1 Variação % Consumos (% face ao real 2010)	1,5%
	E.2 Variação % Fornecimentos Serviços Externos (% face ao real 2010)	-2,3%
	E.3 Variação % Custos com Pessoal (% face ao real 2010)	-5,0%
F. Outros objectivos regionais	F. 1 Tempo médio de avaliação do pedido e marcação da consulta no CTH (dias)	3 dias
	F. 2 Tempo Médio de Espera em LIC do Hospital (dias)	165 dias
	F.3 Variação % Total de Custos Operacionais (% face ao real 2010)	-2,2%

Nota:

Articulação com a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados - O Hospital/Centro Hospitalar está obrigado ao cumprimento do estipulado nas cláusulas 7.ª e 8.ª do Contrato-Programa assinado para o triénio 2007-2009, devesho garantir a correcta e a adequada articulação com a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, nos termos da lei e das orientações fixadas pelo Ministério da Saúde nessa matéria.

Anexo 3 - Objetivos de 2012

OBJETIVOS DE QUALIDADE E EFICIÊNCIA		
Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE		
Áreas	Indicadores	Meta (2012)
Objetivos Nacionais		
A. Acesso	A.1 Percentagem de primeiras consultas médicas no total de consultas médicas	28,3%
	A.2 Permilagem de doentes sinalizados para a RNCCI, em tempo adequado, no total de doentes saídos (especialidade selecionadas)	15,1%
	A.3 Percentagem de consultas realizadas e registadas no CTH relativamente ao total de 1 ^{as} consultas	21,0%
	A.4 Percentagem de doentes cirúrgicos tratados em tempo adequado	82,5%
	A.5 Percentagem de Utentes referenciados para consulta externa atendidos em tempo adequado	59,0%
B. Desempenho assistencial	B.1 Demora média	8,2 dias
	B.2 Percentagem de doentes saídos com duração de internamento acima do limiar máximo	2,1%
	B.3 Percentagem de reinternamentos em 30 dias	10,2%
	B.4 Percentagem de partos por cesariana	27,4%
	B.5 Percentagem de cirurgias realizadas em ambulatório no total de cirurgias programadas (GDH)	50,1%
	B.6 Percentagem do consumo de embalagens de medicamentos genéricos, no total de embalagens de medicamentos	32,0%
C. Desempenho económico-financeiro	C.1 Peso dos custos com pessoal ajustados nos proveitos operacionais	49,4%
	C.2 Percentagem dos custos com Horas Extraordinárias, Suplementos e Fornecimentos de Serviços Externos III (selecionados) no total de Custos com Pessoal	15,6%
	C.3 Percentagem de proveitos operacionais extra contrato-programa no total de proveitos operacionais	10,3%
	C.4 EBITDA (€)	-41.731.744 €
	C.5 Acréscimo de dívida vencida (€)	< 0 €
Objetivos da Região		
D. Objetivos Regionais	D.1 Redução da lotação praticada (nº de camas)	-283 camas
	D.2 Tempo médio de resposta para consultas realizadas no CTH (dias)	125 dias
	D.3 Tempo médio de espera em LIC < X dias	160 dias
	D.4 Custos com MCDT's solicitados ao exterior (Var.%2012/2011)	-5,0%
<p>Nota: Articulação com a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados -O Hospital/Centro Hospitalar está obrigado ao cumprimento do estipulado nas cláusulas 7.ª e 8.ª do Contrato-Programa assinado para o triénio 2007-2009, devendo garantir a correta e a adequada articulação com a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, nos termos da lei e das orientações fixadas pelo Ministério da Saúde nessa matéria.</p>		

Anexo 4 - Objetivos de 2013

OBJETIVOS DE QUALIDADE E EFICÁCIA ECONÓMICO-FINANCEIRA

Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE			
Áreas	Indicadores	Ponderações (2013)	Meta
1. Objetivos Nacionais		60%	
A. Acesso		15%	
	A.1 Percentagem de primeiras consultas médicas no total de consultas médicas	3%	28,0%
	A.2 Percentagem de utentes referenciados para consulta externa atendidos em tempo adequado	3%	61,3%
	A.3 Peso das consultas externas com registo de alta no total de consultas externas	3%	4,5%
	A.4 Percentagem de doentes cirúrgicos tratados em tempo adequado	3%	82,0%
	A.5 Permilagem de doentes sinalizados para a RNCCI, em tempo adequado, no total de doentes tratados	3%	12,76%
B. Desempenho assistencial		25%	
	B.1 Demora média	4%	8,20 dias
	B.2 Percentagem de reinternamentos em 30 dias	4%	8,8%
	B.3 Percentagem de doentes saídos com duração de internamento acima do limiar máximo	4%	1,44%
	B.4 Percentagem de partos por cesariana	4%	28,4%
	B.5 Percentagem de cirurgias realizadas em ambulatório no total de cirurgias programadas (GDH) – para procedimentos ambulatorizáveis	3%	69,4%
	B.6 Percentagem do consumo de embalagens de medicamentos genéricos, no total de embalagens de medicamentos	3%	35,00%
	B.7 Taxa de registo de utilização da “Lista de verificação de atividade cirúrgica” – indicador referente à cirurgia segura	3%	95,0%

Anexo 4 - Objetivos de 2013 (continuação)

OBJETIVOS DE QUALIDADE E EFICÊNCIA ECONÓMICO-FINANCEIRA

C. Desempenho económico-financeiro		
		20%
C.1. Percentagem dos custos com Horas Extraordinárias, Suplementos e Fornecimentos de Serviços Externos III (selecionados) no total de Custos com Pessoal	5%	13,3%
C.2. EBITDA	5%	-72.579.838€
C.3. Acréscimo de dívida	5%	≤ 0€
C.4. Percentagem de proveitos operacionais extra contrato-programa no total de proveitos operacionais	5%	12,1%
2. Objetivos da Região		40%
Tempo médio de espera em LIC < X dias		180 dias
Varição 2013/2012 do custo unitário por doente tratado/ano em HIV (Medicamentos dispensados em ambulatório)		-5,0%
Nº de consultas externas por médico ETC/ano na especialidade de Oftalmologia		2.121
Nº de consultas externas por médico ETC/ano na especialidade de Urologia		1.266