

PATRICIA MARIA NUNES REGO

MODELO DE CONTRATUALIZAÇÃO INTERNA
PARA O CENTRO HOSPITALAR DO ALGARVE, EPE



UNIVERSIDADE DO ALGARVE
FACULDADE DE ECONOMIA
2017

PATRICIA MARIA NUNES REGO

MODELO DE CONTRATUALIZAÇÃO INTERNA
PARA O CENTRO HOSPITALAR DO ALGARVE, EPE

Mestrado em Gestão de Unidades de Saúde

Trabalho efetuado sob orientação de:
Professor Doutor Luís Coelho
Dr. José Carlos Queimado



UNIVERSIDADE DO ALGARVE
FACULDADE DE ECONOMIA
2017

MODELO DE CONTRATUALIZAÇÃO INTERNA
PARA O CENTRO HOSPITALAR DO ALGARVE, EPE

Declaração de Autoria do 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.

Patricia Maria Nunes Rego

Direitos de cópia ou Copyright

© Copyright: Patricia Maria Nunes Rego

A Universidade do Algarve reserva para si o direito, em conformidade com o disposto no Código do Direito de Autor e dos Direitos Conexos, de arquivar, reproduzir e publicar a obra, independentemente do meio utilizado, bem como de a divulgar através de repositórios científicos e de admitir a sua cópia e distribuição para fins meramente educacionais ou de investigação e não comerciais, conquanto seja dado o devido crédito ao autor e editor respetivos.

Dedico este Trabalho à minha avó materna,
eternamente presente...

AGRADECIMENTOS

“A mente que se abre a uma nova ideia, jamais voltará ao seu tamanho original.”

Albert Einstein

Ao Dr. José Carlos Queimado pela partilha de conhecimentos, pelas críticas e pelas sugestões, cuja aprendizagem proporcionada permitiu que os horizontes se alargassem... A sua orientação traduziu-se num desafio à compreensão de outras perspetivas, no aguçar da busca pelo conhecimento, na consciencialização de determinadas realidades... Foi verdadeiramente gratificante!

Aos Professores Doutor Luís Coelho e Doutor Sérgio Santos, pela constante disponibilidade.

Ao meu marido e aos meus filhos, meus bens mais preciosos, pelo seu Amor, que lhes permitiu ter compreensão e tolerância acrescidas.

Aos meus pais pelo apoio, sempre incondicional.

Ao meu irmão, pelo orgulho em mim.

À minha amiga Joana, pelo alento.

Porque todos tiveram o seu contributo
no cumprimento de mais este objetivo a que me propus.

RESUMO

Enquadramento: A Contratualização Interna é não só o garante do cumprimento do Contrato-Programa firmado entre os Hospitais e a Administração Central do Sistema de Saúde, como uma oportunidade de implementar uma Gestão por Objetivos. A inexistência desta prática no Centro Hospitalar do Algarve revela uma oportunidade para o desenvolvimento de um Modelo de Contratualização Interna, a implementar naquela Instituição;

Metodologia: A realização do presente Trabalho de Projeto envolveu a análise da literatura existente acerca da temática, contemplando artigos, trabalhos académicos e documentação emitida pela Administração Central do Sistema de Saúde e pelo Centro Hospitalar do Algarve, e requereu ainda pesquisa bibliográfica. Complementarmente a autora reuniu com o Presidente do Conselho de Administração do CHAlgarve, com a Diretora de Produção e colocou algumas questões aos Diretores de Departamento, por via eletrónica;

Resultados: Propõe-se a realização de um Acordo de Gestão entre o Conselho de Administração e as equipas de gestão dos Departamentos como reflexo dos compromissos assistenciais assumidos, e, na sequência deste, a implementação da metodologia *Balanced Scorecard* nos Serviços a jusante, como meio para operacionalizar uma efetiva Gestão por Objetivos;

Conclusão: Preconizam-se consideráveis vantagens advindas da prática da Contratualização Interna no Centro Hospitalar do Algarve. Contudo, a complexidade do processo, bem como as limitações e constrangimentos envolvidos requerem que o Modelo criado comece por ser implementado com carácter experimental de forma a permitir a calibração do mesmo.

PALAVRAS-CHAVE: Contratualização Interna; Contratualização; Contrato-Programa; Gestão por Objetivos; Produção Hospitalar; Centro Hospitalar do Algarve.

ABSTRACT

Framework: The Internal Contracting is not only the guarantee of compliance with the Contrato-Programa, signed between Hospitals and the “Administração Central do Sistema de Saúde”, but also an opportunity to implement a Management by Objectives. The lack of this practice in “Centro Hospitalar do Algarve”, is an opportunity for the development of an Internal Contracting Model, to implement in that organization.

Methodology: The elaboration of this Project involved analysis of existing literature on the subject, including articles, academic papers and documentation issued by the “Administração Central do Sistema de Saúde” and by the “Centro Hospitalar do Algarve”, as well as bibliographic research. In addition, the author met with the Chairman of “CHAlgarve”, with the Production Director and asked the Department Directors a few questions, electronically.

Results: It is proposed to carry out a Management Agreement between the Board of Directors and the management teams of the Departments as a reflection of the assistance commitments assumed and, as a result, the implementation of the Balanced Scorecard methodology in the downstream Services as a way to operationalize an effective Management by Objectives.

Conclusion: Considerable advantages are derived from the practice of Internal Contract in the “Centro Hospitalar do Algarve”. However, the complexity of the process, as well as the limitations and constraints involved, require that the Model created begin by being implemented experimentally in order to allow its calibration.

KEYWORDS: Internal Contracting; Contracting; Commission; Purchasing; Contrato-Programa; Management by Objectives; Hospital Production; Centro Hospitalar do Algarve.

ÍNDICE GERAL

Índice de Figuras.....	xii
Lista de Abreviaturas	xiv
1. Introdução	1
2. Génese da Contratualização nos hospitais públicos portugueses	3
3. Contratos-Programa	11
4. Fases do Processo de Contratualização externa.....	17
4.1. Estudos e Planeamento.....	17
4.2. Plano de Desempenho	18
4.3. Negociações	19
4.4. Assinatura, homologação e publicitação do Contrato-Programa.....	20
4.5. Monitorização e acompanhamento	20
4.6. Avaliação do desempenho.....	21
5. O papel da Contratualização Interna no Processo de Contratualização Externa	23
6. O Centro Hospitalar do Algarve e a Contratualização Interna	28
7. Acordo Modificativo do Centro Hospitalar do Algarve para 2016	32
7.1. Calendário	33
7.2. Recursos financeiros	33
7.3. Atividade assistencial contratada	35
7.3.1. Internamento (de doentes agudos e crónicos) e Ambulatório (médico e cirúrgico).....	35
7.3.2. Consultas externas	37
7.3.3. Urgências	39
7.3.4. Hospital de Dia	41
7.3.5. Radioterapia.....	42
7.3.6. Serviço domiciliário.....	42

7.3.7.	Saúde sexual e reprodutiva	43
7.3.8.	Programas de financiamento por “doente tratado”	44
7.4.	Flexibilidade regional.....	46
7.5.	Financiamento autónomo	46
7.6.	Resultado operacional - EBITDA	46
7.7.	Valor de Convergência.....	47
7.8.	Atividade marginal.....	47
7.9.	Incentivos (de desempenho e de eficiência económico-financeira).....	48
7.10.	Programa de promoção de investigação e desenvolvimento	51
7.11.	Medicamentos prescritos em ambiente hospitalar e cedidos em farmácia de oficina	51
7.12.	Sistema de penalizações	51
7.13.	Contratualização Interna.....	52
7.14.	Monitorização e acompanhamento do processo.....	52
8.	Análise SWOT da implementação da Contratualização Interna no Centro Hospitalar do Algarve.....	54
8.1.	Análise Interna	55
8.2.	Análise externa.....	56
9.	Modelo do Processo de Contratualização Interna a implementar no Centro Hospitalar do Algarve	57
9.1.	Cronograma do Processo.....	59
9.2.	Análise detalhada dos Serviços: perfil assistencial/oferta de serviços, respostas à procura e capacidades instaladas.....	59
9.3.	Definição e adaptação das matrizes de contratualização para o ano n.....	62
9.4.	Receção das propostas de produção e negociação interna das mesmas.....	68
9.5.	Renegociação com os Serviços pós reuniões de contratualização entre o CHAlgarve e a ARS.....	69
9.6.	Formalização dos “Acordos de Gestão”	69

9.7. Monitorização e acompanhamento	70
9.8. Avaliação do desempenho e emissão de relatórios	73
9.9. Aplicação de penalizações e atribuição de incentivos	76
9.10. Mapa resumo do Processo	79
10. O Balanced Scorecard no Modelo do Processo de Contratualização Interna a implementar no Centro Hospitalar do Algarve	80
11. Limitações, Conclusões e Perspetivas futuras	86
12. Referências.....	89
12.1. Bibliográficas	89
12.2. Eletrónicas	92
12.3. Legais	93
13. Apêndice 1	94
14. Anexo 1.....	100
15. Anexo 2.....	101

ÍNDICE DE FIGURAS

Fig. 2.1: Evolução do Processo de Contratualização nos Hospitais Públicos Portugueses	10
Fig. 3.1: Evolução da abrangência dos Contratos-Programa/Acordos Modificativos dos Hospitais do SNS	16
Fig. 5.1: Ciclo da Gestão por Objetivos vs Modelo definido pela ACSS.....	26
Fig. 6.1: A Contratualização Interna na dinâmica hospitalar	31
Fig. 7.1: Dotações do Orçamento do Estado por ARS entre 2014 e 2016.....	34
Fig. 7.2: Produção contratada pelo CHAlgarve para 2016 – Internamento.....	35
Fig. 7.3: Produção contratada pelo CHAlgarve para 2016 – Ambulatório.....	35
Fig. 7.4: Produção contratada pelo CHAlgarve para 2016 - Consultas Externas.....	37
Fig. 7.5: Grupos de Financiamento 2016.....	38
Fig. 7.6: Produção contratada pelo CHAlgarve para 2016 – Urgência	39
Fig. 7.7: Objetivos de desempenho do serviço de Urgência do CHAlgarve para 2016 .	40
Fig. 7.8: Produção contratada pelo CHAlgarve para 2016 - Sessões em Hospital de Dia	41
Fig. 7.9: Produção contratada pelo CHAlgarve para 2016 - Sessões de Radioncologia	42
Fig. 7.10: Produção contratada pelo CHAlgarve para 2016 - Serviços Domiciliários...	42
Fig. 7.11: Produção contratada pelo CHAlgarve para 2016 - Saúde Sexual e Reprodutiva	43
Fig. 7.12: Produção contratada pelo CHAlgarve para 2016 - Procriação Medicamente Assistida.....	43
Fig. 7.13: Produção contratada pelo CHAlgarve para 2016 - Programas de Gestão da Doença Crónica.....	44
Fig. 7.14: Objetivos nacionais contratados pelo CHAlgarve para 2016 – Acesso	48
Fig. 7.15: Objetivos nacionais contratados pelo CHAlgarve para 2016 - Desempenho Assistencial	49
Fig. 7.16: Objetivos nacionais contratados pelo CHAlgarve para 2016 – Desempenho Económico/Financeiro	49
Fig. 7.17: Objetivos regionais contratados pelo CHAlgarve para 2016	50
Fig. 9.1: Cronograma do processo de Contratualização Interna para o CHAlgarve	59

Fig. 9.2: Capacidade instalada - Recursos Humanos.....	60
Fig. 9.3: Matriz de análise das linhas de atividade	61
Fig. 9.4: Matriz de proposta de produção	63
Fig. 9.5: Matriz de proposta de metas - Consultas.....	64
Fig. 9.6: Matriz de proposta de metas - Atividade Cirúrgica	65
Fig. 9.7: Matriz de proposta de metas - Urgência.....	66
Fig. 9.8: Matriz de proposta de metas – Internamento	67
Fig. 9.9: Matriz de proposta de metas – Medicamentos	68
Fig. 9.10: Mapa de monitorização mensal da atividade	71
Fig. 9.11: Minuta para justificação de desvios	72
Fig. 9.12: Mapa de Avaliação de Desempenho	74
Fig. 9.13: Processo de Contratualização Interna no CHAlgarve	79
Fig. 10.1: <i>Balanced Scorecard</i> dos Serviços no CHAlgarve.....	84

LISTA DE ABREVIATURAS

ACSS	Administração Central do Sistema de Saúde
Ano n	Ano presente
Ano $n-1$	Ano anterior
Ano $n+1$	Ano seguinte
ARS	Administração Regional de Saúde
BSC	<i>Balanced Scorecard</i>
CA	Conselho de Administração
CHAlgarve	Centro Hospitalar do Algarve, EPE
CI	Contratualização Interna
CTH	Consulta a Tempo e Horas
DC	Departamento de Contratualização
EPE	Entidade Publica Empresarial
GDH	Grupos de Diagnósticos Homogéneos
ICM	Índice de <i>Case-Mix</i>
IGIF	Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde
LIC	Lista Inscritos pra Cirurgia
MCDT	Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica
n°	Número
PD	Plano de Desempenho
PPP	Parceria Público-privada
Prç unit.	Preço unitário
Qte	Quantidade
SA	Sociedade Anónima
SICA	Sistema de Informação de Contratualização e Acompanhamento

SIGIC	Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia
SNS	Serviço Nacional de Saúde
SPA	Setor Público Administrativo
SU	Serviço de Urgência
s/	Sem
TARC	Terapêutica anti retrovírica combinada
TMRG	Tempos Máximos de Resposta Garantidos
UOFC	Unidade Operacional de Financiamento e Contratualização
<i>sine qua non</i>	Condição indispensável

1. INTRODUÇÃO

A remuneração dos hospitais em função da sua atividade efetiva deverá influenciar decisivamente o seu comportamento enquanto prestadores, pelo que se impõe um novo paradigma que privilegie uma Gestão por Objetivos, que promova o alinhamento estratégico do trabalho dos hospitais com os compromissos assumidos externamente, isto é, contratualizar não apenas externa, mas também internamente.

Ao longo dos últimos anos a Contratualização Interna tem-se vindo a definir para os hospitais públicos portugueses como uma consequência natural da Contratualização Externa, traduzindo-se na transposição dos objetivos assumidos externamente para o interior da organização e a sua desagregação pelos diferentes níveis de gestão.

Trata-se de um processo através do qual são internamente definidos objetivos e indicadores para as respetivas unidades funcionais, alinhados com os vetores estratégicos das Instituições.

Inicia-se com a definição prévia de um calendário anual de Contratualização Interna, e operacionaliza-se com a definição do Plano de Desempenho, culminar de um mecanismo de ajuste entre as propostas dos Serviços e as pretensões do Conselho de Administração.

Assume um caráter formal aquando da assinatura dos “Acordos de Gestão”, com base nos quais decorrem posteriormente o acompanhamento e monitorização, de forma a garantir a correção atempada de desvios e/ou o potenciar dos bons resultados.

Um fator crítico de sucesso da implementação da Contratualização Interna será a associação deste mecanismo a um sistema de incentivos que premeie os bons desempenhos e penalize os eventuais incumprimentos.

A integração na Direção de Produção do Centro Hospitalar do Algarve permitiu constatar um desalinhamento entre produção e resultados a atingir, um desfasamento entre a atuação dos Serviços e o Plano de Desempenho, uma desarticulação entre Contratualização Externa e Interna, que tem tido como resultado mais expressivo o incumprimento reiterado dos compromissos assumidos com inevitáveis consequências ao nível do financiamento da Instituição.

Como contributo para uma melhoria daquilo que foi percecionado, seguidamente é proposto um Modelo de Contratualização Interna para o Centro Hospitalar do Algarve, o qual replica internamente o modelo da Contratualização Externa, vinculando os responsáveis diretos ao cumprimento integral dos compromissos assumidos em sede de Contrato-Programa.

Na perspetiva de uma efetiva gestão por Objetivos, sugere-se a adoção da metodologia *Balanced Scorecard* (BSC) pelos Serviços que integram os diversos Departamentos do Centro Hospitalar.

Este Modelo pretende ser uma solução para a resolução de um problema prático na área da Gestão de Unidades de Saúde, e portanto a aplicação dos conhecimentos teóricos adquiridos a uma situação de interesse prático efetivo, motivo pelo qual assume os contornos de um Trabalho de Projeto com fundamento no qual se pretende a obtenção do grau de Mestre.

2. GÉNESE DA CONTRATUALIZAÇÃO NOS HOSPITAIS PÚBLICOS PORTUGUESES

A evolução histórica das modalidades de pagamento dos cuidados prestados pelos hospitais públicos em Portugal, reflete a intenção dos governos quanto ao uso eficiente dos recursos que lhes estão afetos, ao aumento da qualidade dos serviços e à responsabilização da gestão.

Neste contexto, o modelo de financiamento implementado em 2003, na sequência da transformação da figura jurídica de 34 hospitais do Setor Público Administrativo em 31 Sociedades Anónimas (que em 2005 passaram a Entidades Publicas Empresariais), afigura-se como um marco.

Valente (2010) considerou como principais oportunidades de melhoria do modelo a criação de um mecanismo de contratualização explícito, a instituição de processos sistemáticos de suporte, a implementação de uma gestão por objetivos, e a separação entre a função do Estado enquanto pagador, acionista e prestador.

Até 1981 o financiamento dos hospitais portugueses traduziu-se, essencialmente, pela atribuição de subsídios baseados nos custos de exploração do ano anterior, tendo em conta a inflação e os acréscimos das verbas consignadas pelo Orçamento do Estado ao Serviço Nacional de Saúde (SNS)¹ – modelo retrospectivo de afetação de recursos financeiros.

A ausência de controlo no consumo de recursos e a promoção da utilização excessiva de atos e serviços, entre outras falhas implícitas, levou a que, a partir de então, se desse início a um processo de profunda alteração deste sistema de financiamento.

A consulta externa e a urgência eram pagas por um preço médio, de acordo com o número de atendimentos (independentemente do tipo de patologia), e os meios complementares de diagnóstico e terapêutica por unidades produzidas (sem qualquer ponderação associada à complexidade ou aos custos).

¹ Lei de Bases da Saúde (Lei n.º 48/90, de 24 de agosto) – Base XXXIII

O financiamento dos investimentos passou a fazer-se em função das prioridades possíveis de atribuir aos projetos sugeridos pelas administrações dos hospitais, com base num processo negocial.

Os gastos diretos com o internamento passaram a ser pagos por doente saído, a preços diferentes para hospitais centrais e distritais, de acordo com cada valência e tendo em conta custos médios, ajustados pelas respetivas demoras médias e taxas de ocupação.

Ainda assim, a classificação dos doentes por valências não traduzia a variabilidade de consumo de recursos, mas sim dos diferentes tipos de doentes.

Acresce que os doentes não consomem recursos com a mesma intensidade, mesmo em cada valência, variando aquela com a gravidade da doença, expressa através de diferentes combinações de patologias, intervenções cirúrgicas e outros tratamentos.

Também o pagamento dos meios de diagnóstico a preços médios por unidade produzida, independentemente do seu custo relativo, por um lado, incentivava o consumo, e por outro, potenciava a utilização de exames menos diferenciados, em detrimento de exames mais complexos (e onerosos), ainda que necessários.

Iniciou-se assim, em 1984, um projeto no Ministério da Saúde, destinado a estudar a viabilidade da implementação em Portugal dos *Diagnostic Related Groups - DRGs*, desenvolvidos na Universidade de *Yale* e utilizados pelo *Medicare*² norte-americano como base de financiamento dos seus doentes internados em hospitais de agudos, desde 1983.

Este sistema de classificação de doentes em Grupos de Diagnóstico Homogéneo (GDH) teve como objetivo classificar doentes em grupos relativamente homogéneos do ponto de vista das características clínicas e do consumo associado de recursos.

Face aos resultados positivos do estudo, em 1989 foram efetuados os primeiros testes de utilização dos GDH como base do financiamento do internamento hospitalar. A partir da Circular Normativa nº1/89 do Gabinete do Secretário de Estado da Administração de Saúde, a classificação de doentes em GDH generalizou-se e tornou-se obrigatória, sendo

² Sistema de seguros de saúde gerido pelo governo dos Estados Unidos da América

as primeiras tabelas de preços de GDH a praticar pelo SNS aprovadas pela Portaria 409/90 de 31 de maio.

O pagamento dos episódios de internamento como um todo, em substituição do pagamento pelos serviços prestados no decurso desses episódios, traz consigo a necessidade de controlo de custos pelos hospitais, na perspetiva de não serem ultrapassados os preços fixados.

Na área da Cirurgia de Ambulatório, foram definidos preços apenas para um conjunto de GDH, alargados à medida da experiência e da evolução da prática hospitalar.

Muito embora a publicação de preços por GDH tenha ocorrido, pela primeira vez, em 1989, a sua aplicabilidade foi apenas para efeito de faturação a terceiros pagadores, já que foi apenas em 1997 que estes foram aplicados para definição do orçamento dos hospitais do SNS.

O Despacho Normativo nº45/97 de 8 de agosto estabeleceu os princípios orientadores da distribuição de recursos (financeiros, humanos e tecnológicos) pelos estabelecimentos de saúde, através da negociação de orçamentos-programa entre as instituições e as Administrações Regionais de Saúde (ARS), fazendo participar também nesse processo, os organismos centrais.

O referido diploma previa a

“...introdução de instrumentos de contratualização e de separação progressiva entre financiador e prestador, através da instalação e desenvolvimento das Agências de Acompanhamento dos Serviços de Saúde como garante de que a produção dos serviços de saúde é otimizada face aos recursos públicos atribuídos e compatível com os novos padrões de necessidades de saúde e expectativas dos cidadãos e utentes.”

O subsídio à exploração dos hospitais era agora calculado pela combinação da componente histórica com uma componente de produção ajustada pelos GDH, praticando-se preços diferenciados para cinco grupos de hospitais.

Preconizava-se a evolução para um carácter prospetivo do financiamento dos hospitais públicos, em que o pagamento passa a relacionar-se diretamente com a atividade

desenvolvida, definindo-se o tipo, a quantidade e a qualidade dos cuidados e serviços a prestar de acordo com tabelas de preços de referência negociáveis.

Os prestadores seriam desta forma incentivados a utilizarem os recursos de forma mais eficiente, dado o risco associado à potencial diferença entre os custos incorridos e os preços estabelecidos.

Foi em 1999 que as negociações baseadas em contratos e orçamentos prospetivos envolveram, pela primeira vez, todos os hospitais e ARS.

As Agências de Contratualização dos Serviços de Saúde (que tiveram na sua génese as Agências de Acompanhamento dos Serviços de Saúde, criadas pelo Despacho Normativo 46/97 de 8 de agosto³), negociavam individualmente com todos os hospitais, sendo estabelecidos acordos através de Orçamentos-Programa.

Escoval (2003) refere que estas Agências tinham como missão fundamental desenvolver um processo negocial (contratualização) de atribuição de recursos às entidades prestadoras de cuidados, com base em critérios explícitos de acessibilidade, adequação e efetividade, partindo da avaliação das necessidades em saúde e cuidados de saúde.

É de salientar o contributo dos Orçamentos-Programa para o desenvolvimento da qualidade da informação gerada pelos sistemas de informação dos hospitais, já que o processo implicava o cálculo de indicadores a partir de dados fornecidos pelos mesmos.

Desenvolveu-se um instrumento uniforme de apresentação de proposta de Orçamento-Programa anual: um conjunto de “folhas de cálculo” que permitia a definição dos serviços a fornecer (por serviço clínico), os recursos a utilizar e os custos resultantes, bem como o cálculo de indicadores e a estimativa de tendências temporais.

Posteriormente esta “folha de cálculo” foi integrada numa “base de dados” nacional (o SICA - Sistema de Informação de Contratualização e Acompanhamento), o que veio permitir a estimativa de médias e comparações entre hospitais.

³ Alterado pelo Despacho Normativo nº61/99 de 12 de novembro

A monitorização do cumprimento dos Orçamentos-Programa fazia-se, portanto, através de um conjunto de indicadores de performance, com base em tabelas e bases de dados com a mesma estrutura dos Orçamento-Programa.

A homogeneização nacional dos instrumentos de negociação e monitorização permitiu mais tarde ao IGIF⁴ acompanhar o grau de cumprimento do Orçamento-Programa de cada hospital.

No entanto, com a alteração da equipa ministerial em 2000 o processo de negociação dos Orçamentos-Programa sofreu profundas alterações, já que o IGIF viu as suas competências reforçadas, passando a existir uma sobreposição (de competências) entre as Agências e este Instituto, que levou à transição de um processo de descentralização para uma conjuntura de centralização.

Ainda que a monitorização e acompanhamento se tivessem mantido com alguns hospitais, as Agências ficaram aquém dos objetivos para que foram constituídas, ficando os Orçamentos-Programa resumidos a meras análises de desempenho.

Com a publicação do Decreto-Lei nº188/2003 é introduzido definitivamente um novo regime de pagamento dos atos, das técnicas e dos serviços efetivamente prestados, segundo uma tabela de preços única para todo o SNS, bem como a contratação de serviços adequados às necessidades das populações e às capacidades das instituições.

Ressaltam como princípios deste modelo a separação funcional entre pagadores e prestadores, a introdução de mecanismos de concorrência entre prestadores, regulada pelo Estado, e a identificação de necessidades da população como base de um modelo capitolacional de financiamento das regiões.

A contratualização de serviços traduz uma significativa evolução de aperfeiçoamento dos instrumentos da Administração Pública da Saúde, pela introdução de disciplina na previsão de serviços e atividades ajustados às necessidades dos cidadãos, na construção de indicadores de desempenho qualificados e quantificados e na medição da performance das unidades prestadores de cuidados de saúde.

⁴ Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde, entretanto extinto e com equivalência atual na ACSS (Administração Central do Sistema de Saúde)

Em 2003 foram estabelecidos os primeiros contratos-programa, entre os Hospitais SA, a Unidade de Missão dos Hospitais SA e o IGIF.

Quando em 2005, surge uma nova figura jurídica dos hospitais do SNS – a Entidade Pública Empresarial (EPE), substituindo as SA anteriormente criadas, é enquadrado o processo de contratualização com os Hospitais (para o ano de 2006)⁵, sendo revitalizadas as Agências de Contratualização.

O processo de contratualização é alargado a todos os hospitais do SNS (EPE e do Setor Público Administrativo) em 2006.

Destaca-se a partir de então o investimento na transparência do processo refletido na divulgação dos Contratos-Programa celebrados com os Hospitais EPE e SPA no portal da Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS).

Com avanços e recuos naquilo que respeita à sua concretização e consolidação, a irreversibilidade do processo é garantida, quando em 2007 as ARS são reestruturadas e integram um Departamento de Contratualização que substitui as Agências. Inicialmente incumbidos da alocação de recursos financeiros e da gestão dos processos contratuais, estes Departamentos vêm mais tarde (em 2013) as suas competências reforçadas.

A partir de 2007 foi adotada uma periodicidade de três anos para a vigência dos contratos pelo que os que se seguiram foram respeitantes aos triénios 2007-2009 e 2013-2015, tendo sido entretanto negociadas Adendas a estes Contratos, definindo a produção contratada, a remuneração e os objetivos de qualidade e eficiência para cada ano.

Em 2016 vigora o Contrato-Programa definido para o triénio 2013-2015, através de Acordo Modificativo, dada a aprovação tardia do Orçamento de Estado para 2016.

Salienta-se que o atual processo de contratualização passou a ter subjacente a unificação de documentos previsionais (Plano de Negócios, Plano de Desempenho, Plano de Ajustamento e Demonstrações Financeiras), contemplando o ano referente ao Contrato-Programa ou Acordo Modificativo, a previsão referente ao ano anterior e a estimativa para o ano subsequente.

⁵ Através do Despacho nº 22 250/2005, de 25 de outubro

No próximo ciclo de contratualização trianual (2017-2019), e segundo a ACSS, serão introduzidas alterações mais profundas, tendo sido feita menção a algumas como o conceito de “Transferência de Responsabilidade” no SNS (em substituição da “Nota de Transferência” entre hospitais do SNS), o projeto de “Atribuição de Códigos de Diagnóstico à Consulta Externa e à Urgência”, entre outras.

O setor hospitalar do Serviço Nacional de Saúde é hoje constituído por Hospitais SPA⁶ e EPE⁷, sendo por isso distintas as perspectivas em que assenta a contratação com as diferentes entidades jurídicas.

Os Hospitais SPA assumem-se subsidiários do Estado (que os financia), enquanto os Hospitais EPE são produtores de Serviços (traduzidos em atos e atividades), a “adquirir” pelo Estado.

Com os primeiros são elaborados planos anuais e plurianuais e celebrados contratos-programa com a respetiva ARS para financiamento da sua atividade,⁸ ao passo que com os segundos é com base nos contratos-programa a celebrar com o Ministério da Saúde que é efetuado, pelo Estado, o pagamento de atos e atividades que estes se propõem realizar⁹.

Além disso, o Estado estabelece ainda parcerias com outras entidades em regime de gestão e financiamento privados, comumente designadas por Parcerias Público-Privadas (PPP), assentes, por norma, num contrato de gestão (apesar de poderem também formalizar-se num contrato de prestação de serviços ou num contrato de colaboração)¹⁰.

O contrato de gestão de uma PPP “tem por objeto principal assegurar as prestações de saúde promotoras, preventivas ou terapêuticas correspondentes ao serviço de saúde” e “pode ainda ter por objeto a conceção, construção, financiamento, conservação e exploração do estabelecimento, ou de parte funcionalmente autónoma”.¹¹

⁶ Estabelecimentos públicos, dotados de personalidade jurídica, autonomia administrativa e financeira, com ou sem autonomia patrimonial;

⁷ Estabelecimentos públicos, dotados de personalidade jurídica, autonomia administrativa, financeira e patrimonial e natureza empresarial;

⁸ Art.º 10º Lei nº 27/2002 de 8 de novembro (Regime Jurídico da Gestão Hospitalar)

⁹ Art.º 12º do Decreto-Lei nº 233/2005 de 29 de dezembro

¹⁰ Art.º 5º do Decreto-Lei nº 185/2002 de 20 de agosto

¹¹ Art.º 8º do Decreto-Lei nº 185/2002 de 20 de agosto

Portanto, com base em dois contratos de gestão o Estado tem a possibilidade de entregar a uma entidade privada a conceção, a construção, o financiamento, a conservação e a exploração de uma Unidade de Saúde e os próprios cuidados de saúde.

Apesar do leque de hipóteses referido acima no que respeita às atuais possibilidades de relacionamento do Estado com os hospitais públicos, no que se refere à sua gestão, o presente trabalho centrar-se-á na vertente dos Contratos-Programa como os Hospitais EPE.

Anos	Destques na rede hospitalar	Forma de distribuição de recursos	Entidade contratadora	
			Designação	Competências
1996	Reformas na gestão dos Hospitais	Orçamentos-Programa (conjunto de serviços a prestar e respetivo montante de financiamento)	ARS / Agências de Contratualização dos Serviços de Saúde	Identificação de necessidades em saúde e defesa dos interesses dos cidadãos, com vista a assegurar a melhor utilização dos recursos públicos para a saúde e a máxima eficiência e equidade nos cuidados de saúde a prestar
Retorno da definição prévia dos níveis de financiamento face à mudança da equipa dirigente do Ministério da Saúde em finais de 1999				
2003	Criação de 31 Hospitais, SA	Contratos-Programa anuais	IGIF	Gestão dos recursos financeiros do SNS
2005	Transformação dos Hospitais SA e de alguns do SPA em EPE	Contratos-Programa anuais	IGIF	Gestão dos recursos financeiros do SNS
2007	_____	Contratos-Programa trianuais	ACSS e ARS (via Departamentos de Contratualização)	Definição de critérios de financiamento; Propostas de afetação de recursos; Acompanhamento da execução dos CP
2013	_____	Contratos-Programa trianuais	ARS (via Departamentos de Contratualização)	Acresce a liberdade de alteração dos preços praticados, de acordo com a realidade dos hospitais

Fig. 2.1: Evolução do Processo de Contratualização nos Hospitais Públicos Portugueses

3. CONTRATOS-PROGRAMA

O Despacho n.º 721/2006, de 11 de janeiro, veio definir as cláusulas contratuais gerais dos Contratos-Programa a celebrar entre as unidades de saúde integradas no setor empresarial do Estado e o Ministério da Saúde, para pagamento de atos e atividades.

A representação do Ministério na outorga dos Contratos-Programa é assegurada pelas Administrações Regionais de Saúde (ARS), a quem compete coordenar, orientar e avaliar a execução da política de saúde, bem como promover a articulação entre os diversos prestadores, e, igualmente, pela Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS), no âmbito da sua competência para coordenar e gerir a contratação de serviços de saúde.

Naquele diploma legal é estabelecido como objeto dos contratos-programa a realização de prestações de saúde aos utentes do SNS mediante o pagamento de contrapartidas financeiras em função das condições previstas e resultados obtidos.

A ACSS (2011) define o contrato-programa como “...o documento que formaliza o acordo estabelecido entre as os prestadores e as respetivas ARS, no qual estão definidos os termos e as condições a que as partes se obrigam”.

Atualmente, este documento é constituído por um corpo principal, com vigência trienal, um Anexo e Apêndices, com revisão anual.

O corpo do documento estrutura-se da seguinte forma:

- Capítulo I: Disposições gerais, contemplando “Objeto do contrato”, “Princípios gerais” e “Âmbito das prestações de saúde contratadas”;
- Capítulo II: Obrigações principais
 - Secção I: Obrigações assistenciais;
 - Secção II: Garantia do acesso às prestações de saúde;
 - Secção III: Articulação no âmbito do SNS;
 - Secção IV: Financiamento;
 - Secção V: Avaliação e monitorização do desempenho;
- Capítulo III: Gestão e recursos

Secção I: Princípios de gestão;

Secção II: Recursos disponíveis;

- Capítulo IV: Política de qualidade e direitos dos utentes
- Capítulo V: Formação e Investigação
- Capítulo VI: Disposições finais.

No Anexo do Contrato-Programa definem-se, para o ano *n*:

I. Quantidades das seguintes linhas de produção contratadas:

- Consultas externas;
- Internamentos;
- Episódios de GDH de ambulatório;
- Urgências;
- Sessões em Hospital de dia;
- Programas de Gestão da Doença Crónica:
- Procriação Medicamente Assistida – Diagnóstico e Tratamento da Infertilidade
- Saúde Sexual e Reprodutiva
- Sessões de Radioterapia;
- Colocação de implantes cocleares;
- Serviços domiciliários;
- Lar (IPO);
- Medicamentos de cedência hospitalar em ambulatório;
- Formação de Internos.

II. Remuneração da produção contratada, com base numa tabela de preços que valoriza os atos e serviços.

Atualmente estão constituídos sete grupos de hospitais com as mesmas características, para efeitos de discriminação de preços.

Nas linhas “Internamento” e “Cirurgia de Ambulatório”, para o cálculo do valor a remunerar, além do preço unitário, entram também em linha de conta o Índice de *case-mix* (ICM) e o conceito de “doente equivalente”.

O ICM traduz-se num coeficiente global de ponderação da produção que reflete a relatividade de um hospital face aos outros, em termos da sua maior ou menor proporção de doentes com patologias complexas e, conseqüentemente, mais consumidoras de recursos (i).

Uma vez classificada em GDH, a produção decorrente do “Internamento” e “Cirurgia de Ambulatório” é desta forma ajustada pelo ICM contratado, rera geral atualizado com base na atividade realizada no ano anterior.

Por sua vez, os respetivos episódios são convertidos em “doentes equivalentes” tendo em conta o tempo de internamento ocorrido em cada um deles e o intervalo de normalidade definido para cada GDH, isto é, o respetivo limite mínimo e máximo de duração (do internamento) (i).

Salienta-se que não há lugar a qualquer pagamento caso as unidades realizadas sejam inferiores a 50% do volume contratado, por linha de produção, sendo exceção a “Urgência” (onde cada unidade produzida é paga pelo valor de 50% do preço contratado), encontrando-se ainda discriminadas as prestações cujo preço é majorado.

- III. A verba de convergência atribuída (quando aplicável), que se traduz num apoio financeiro extraordinário limitado ao mínimo espaço de tempo necessário à adequação da estrutura de custos aos preços praticados e ao volume de produção Contratada (ACSS, 2016).

- IV. Compromissos que a Instituição Hospitalar assume relativos à gestão do acesso e à gestão partilhada de recursos do SNS;
- V. Compromissos que a Instituição Hospitalar assume como garante da sua sustentabilidade económico-financeira;
- VI. Objetivos de qualidade e eficiência económico-financeira (nacionais e regionais), que se traduzem no estabelecimento de metas a alcançar em determinados indicadores definidos. Desde 2009, para cada um dos indicadores existe um “Bilhete de Identidade” (BI) através do qual o hospital tem acesso a um conjunto de informação específica como: o objetivo do indicador, a frequência de monitorização, a fórmula de cálculo e fonte de dados, entre outras.
- VII. Um regime de incentivos institucionais (a atribuir pelas ARS), em correlação com o cumprimento dos objetivos de qualidade e eficiência económico-financeira;
- VIII. Penalidades pelo incumprimento de obrigações (sendo estas detalhadamente definidas em Apêndice);
- IX. O recebimento mensal de adiantamentos por conta do valor global contratualizado.

Quanto à atividade assistencial prestada no âmbito de Programas específicos (definidos também em Apêndice), as Instituições recebem um pagamento autónomo.

No 2º e 3º ano da vigência do Contrato-Programa procede-se à revisão dos seus Anexo e Apêndices, através de um “Acordo Modificativo”, operacionalizando-se, portanto, um mecanismo de ajuste e de adequação anual.

Sempre que se verifiquem circunstâncias supervenientes ao Contrato-Programa ou ao Acordo Modificativo procede-se à sua revisão através de “Aditamento”.

A existir a necessidade de contratualizar programas adicionais determinados superiormente como prioritários em termos de política de saúde, dos quais são exemplo o Programa para o Tratamento Cirúrgico da Obesidade e o Programa para o Melhoria do Acesso ao Diagnóstico e Tratamento da Infertilidade, procede-se à elaboração de uma “Adenda”.

As especificações de carácter operacional, como regras e procedimentos relativos à remuneração da produção contratada, são anualmente publicitadas pela ACSS através de Circular Normativa.

Meramente a título de exemplo, poder-se-á referir que esta Circular estabelece limites à produção marginal uma vez que, se o volume da produção realizada pelas unidades de saúde for superior ao volume contratado, é assumido o pagamento de cada unidade produzida acima deste volume, apenas até ao limite máximo de 10% e a um “preço marginal”.

Também as especificações relativas aos pagamentos de atos praticados no âmbito do Sistema de Gestão de Inscritos para Cirurgia (SGIC) são objeto de regulamentação autónoma.

Período	Contrato-Programa / Acordo Modificativo	Entidade contratadora	Unidades prestadoras de cuidados de saúde	ORGANIZAÇÃO DA OFERTA HOSPITALAR (para efeito de pag ^o)	MODELO DE PAGAMENTO	AVALIAÇÃO DO DESEMPENHO	QUALIDADE
2003-2006	Contrato-Programa 2003 Contrato-Programa 2004 Contrato-Programa 2005 Contrato-Programa 2006	IGIF IGIF IGIF ARS e IGIF	Hospitais SA Hospitais SA Hospitais SA Hospitais EPE e SPA	» Preços por linhas de produção agregadas para 4 grupos de hospitais	» Pagamento pela atividade realizada por linha de produção: Internamento e Cirurgia de ambulatório: n ^o doentes equivalentes*ICM*Prç grupo Consulta Externa e Urgência: n ^o consultas/urgências*Prç grupo Hospital de dia: n ^o sessões*Prç tipo sessão Internamento de crónicos: Diária*Prç/dia Serviço domiciliário: n ^o visitas*Prç/visita Lar IPO: dias estadia*Prç/dia	» Introdução de Objetivos de Qualidade e Eficiência em 2006 (associados à atribuição de incentivos)	» 3 Indicadores de Qualidade até 2005 » 5 Indicadores de "Qualidade e serviço", "Produção e eficiência operacional" e "Eficiência económico-financeira" em 2006
2007-2012	Contrato-Programa 2007-2009 Acordo Modificativo 2008 Acordo Modificativo 2009 Acordo Modificativo 2010 Acordo Modificativo 2011 Acordo Modificativo 2012	ARS e IGIF ARS e ACSS ARS e ACSS ARS e ACSS ARS ARS	Hospitais EPE e SPA Hospitais EPE e SPA Hospitais EPE e SPA Hospitais EPE e SPA Hospitais EPE e SPA Hospitais EPE e SPA	» Preços por linhas de produção agregadas para 4 grupos de hospitais	» Unificação da tabela de preços para as linhas de internamento e cirurgia de ambulatório » Preços diferenciados para primeiras consultas e consultas subsequentes » Pagamento da linha de urgência de acordo com a tipologia de serviços (básico, médico-cirúrgico e polivalente) » Acréscimo das seguintes linhas de produção: - Hemodiálise e Diálise Peritoneal: semana/doente*Prç unitário - Interrupção Gravidez: n ^o *Prç unitário » Assunção da responsabilidade financeira das intervenções cirúrgicas realizadas pelo setor convencionado, a doentes em LIC, pela não prestação de cuidados cirúrgicos atempados » Contratualização condicionada à obtenção de um valor EBITDA nulo	» Definição de Objetivos de Qualidade e Eficiência nacionais e regionais, a partir de 2007 » Fixação de metas de crescimento de custos	» 20 Indicadores de "Qualidade e serviço", "Acesso", "Desempenho assistencial" e "Desempenho económico-financeiro", em 2007 » Diversificação dos indicadores em 2010
2013-2016	Contrato-Programa 2013-2015 Acordo Modificativo 2014 Acordo Modificativo 2015 Acordo Modificativo 2016	ARS ARS ARS ARS	Hospitais EPE e SPA Hospitais EPE e SPA Hospitais EPE e SPA Hospitais EPE e SPA	» Preços por linhas de produção agregadas para 6 grupos de hospitais	» Preço único (igual para todos os Hospitais) para a produção codificável em GDH » Implementação de um ICM único no internamento (para produção cirúrgica e médica) » Majoração do preço de alguns tipos de consultas » Introdução do pagamento por disponibilidade nos serviços de urgência e alteração da modalidade de pagamento » Introdução de novas linhas de produção: - Programas de Gestão da Doença Crónica (VH/Sida, Hipertensão arterial pulmonar, Esclerose múltipla, Tratamento de doentes com cancro da mama, do colon e reto e do colo do útero, Telemonitorização da DPOC, da EAM e ICC, Programa terapêutico PAFI e Doenças Lisossomais de sobre carga), com modalidades de pagamento diferenciadas e até então financiados pela ACSS - Diagnóstico e tratamento da infertilidade - Sessões de Radioterapia - Colocação de implantes coclulares » Novas linhas de doente tratado (e.g. artrite reumatoide, doença de Chron, Colite Ulcerosa); » Flexibilização da negociação dos preços ao nível das ARS, para as linhas de atividade definidas » Pagamento do valor de convergência dependente do cumprimento de um plano desenhado para obtenção de um valor EBITDA nulo » Princípio do orçamento global: remuneração da atividade contratada é limitada ao valor máximo do contrato-programa (com exceção de alguns programas específicos)	» Introdução de Penalidades pelo incumprimento de obrigações nas seguintes áreas: - Programas de promoção e adequação do acesso; - Reporte e publicação de informação de gestão; - Faturação eletrónica; - Plataformas de dados da saúde; - Cobrança de receita. » Acréscimo de Objetivos de desempenho do Serviço de Urgência » Acompanhamento mensal, pela ACSS e pela ARS, do nível de cumprimento dos objetivos de cada hospital	» Publicitação de indicadores de benchmarking » Auditorias à Execução do Contrato-Programa pela ACSS

Fig. 3.1: Evolução da abrangência dos Contratos-Programa/Acordos Modificativos dos Hospitais do SNS

4. FASES DO PROCESSO DE CONTRATUALIZAÇÃO EXTERNA

Na ótica da ACSS (2011) a Contratualização pode ser definida como o relacionamento que se estabelece entre financiadores, compradores e prestadores dos cuidados de saúde, no qual se explicitam os resultados de saúde que se desejam para os níveis de financiamento que se disponibilizam, pressupondo que está assegurada a autonomia e responsabilidade de todos os interlocutores.

O Processo de Contratualização decorre num horizonte temporal normalmente iniciado a partir do segundo trimestre do ano anterior ao ano para o qual se pretende contratualizar.

Atualmente as ações implícitas no Processo de Contratualização envolvem a ACSS (Departamento de Gestão e Financiamento de Prestações de Saúde - DPS), as ARS (Departamentos de Contratualização - DC) e as Entidades Prestadoras (Hospitais, Centros Hospitalares e Unidades Locais de Saúde), e são suportadas pela aplicação informática SICA – Sistema de Informação da Contratualização e Acompanhamento.

Em seguida serão descritas, de forma breve, as principais fases do processo de Contratualização com Hospitais e Centros Hospitalares, definidas pela ACSS e publicadas em julho de 2011 num documento intitulado “Manual do Processo de Contratualização – Hospitais e ULS”.

No Anexo 1 encontra-se o “Calendário do Processo de Contratualização” extraído do Manual anteriormente referido, e ao qual será feita alusão.

4.1. Estudos e Planeamento

Os trabalhos de planeamento de necessidades em saúde da região servida pelo Hospital e a definição das prioridades de investimento devem anteceder o arranque do Processo de Contratualização, sendo intervenientes nesta fase a ACSS, a ARS e os Hospitais.

Dos referidos trabalhos emerge o Plano Regional de Saúde, sendo basilar o Plano Nacional de Saúde (atualmente estendido a 2020, após revisto o delineado para o período 2012-2016), como instrumento de gestão com orientações estratégicas destinadas a sustentar política, técnica e financeiramente o Sistema Nacional de Saúde.

4.2. Plano de Desempenho

De acordo com o calendário espelhado no Manual anteriormente referido, esta fase ocorre entre julho e agosto do ano anterior ao ano a contratualizar, não tendo sido, no entanto, encontradas evidências do seu cumprimento.

O Plano de Desempenho (PD) traduz-se num conjunto da informação disponibilizada pelas Instituições necessária aos interlocutores da fase seguinte - negociação, e que permite simultaneamente a simulação dos montantes de financiamento a atribuir.

É disponibilizado para preenchimento pelas Instituições através da plataforma SICA, implicando informação relativa a:

- Linhas estratégicas de desenvolvimento da atividade para o ano seguinte;
- Orçamento económico;
- Atividade assistencial;
- Infraestruturas e meios técnicos e humanos.

A elaboração do PD representa para as instituições uma oportunidade de autoavaliação e uma reflexão crítica no que respeita às suas características e ao seu desempenho.

No entanto, trata-se de informação de gestão, cuja essência é perfeitamente distinta daquela que é a finalidade do Contrato-Programa, através do qual o Estado é “comprador” de serviços.

O estabelecimento de objetivos de gestão, de afetação eficiente de recursos são matérias que dizem respeito aos representantes do Estado, mas na sua vertente de acionista (Ministério da Saúde e Finanças).

4.3. Negociações

Encontra-se previsto, no Manual anteriormente referido, que esta fase ocorra em outubro do ano anterior ao ano a contratualizar, sendo que, na prática, e uma vez não cumpridos os *timings* da fase anterior, constata-se que as negociações têm vindo a ocorrer entre o 1º e o 2º trimestre do próprio ano da contratualização.

As reuniões de negociação entre os Departamentos de Contratualização das ARS e as instituições hospitalares visam o ajuste entre as propostas de produção e as necessidades em saúde da população, para se acordarem níveis de produção, tendo presentes restrições orçamentais.

Os Departamentos de Contratualização têm pois a seu cargo a difícil tarefa de tentar coordenar os interesses da região e as necessidades em saúde a que é preciso dar resposta, com as aspirações das instituições.

Para esse efeito o SICA disponibiliza os denominados “Mapas de negociação”, cuja informação neles contida reforça o conhecimento sobre as instituições e determinantes externas que influenciem o seu contexto.

Após submissão às ARS do PD, são disponibilizados os “Mapas Resumo” que facultam uma visão das instituições face a:

- Principais linhas de produção;
- Atividade assistencial;
- Exercício económico-financeiro.

Concluída esta fase e determinadas as quantidades, objetivos por linha de produção, qualidade da prestação dos serviços e compromissos de sustentabilidade económico-financeira, são disponibilizados pelo SICA os “Anexos ao Contrato-Programa”, que constituem a súmula contratual e determinam os montantes de financiamento das instituições.

Estes montantes têm na sua base a dotação do Orçamento do Estado disponibilizado para a Contratualização com as instituições hospitalares, e sua afetação por Região de Saúde, determinada por Despacho do Secretário de Estado com a Tutela da área financeira do Ministério da Saúde.

4.4. Assinatura, homologação e publicitação do Contrato-Programa

À luz do calendário definido pelo Ministério da Saúde, em regra em dezembro do ano anterior, entre as ARS e as Instituições, é celebrado o Contrato-Programa, consequência de todo o processo negocial, apesar de se verificar que, nos últimos anos, esta formalização vem a ocorrer já no 2º trimestre do próprio ano.

Segue-se a respetiva homologação pela Tutela, publicação do Contrato-Programa no *site* da ACSS e ainda de extrato do mesmo no Diário da República.

4.5. Monitorização e acompanhamento

Estas fases decorrem durante o ano contratualizado e consistem na recolha sistemática de informação para realização de uma análise comparativa dos desempenhos reais das instituições face ao contratualizado, de forma a promover medidas corretivas ou potenciar bons resultados.

A Monitorização traduz-se na recolha sistemática de dados necessários à construção de indicadores que reflitam uma imagem instantânea sobre aspetos específicos do desempenho.

Nesta fase, a disponibilização, pelas Instituições, através da plataforma SICA, de um conjunto de informações específicas, permite que sejam gerados *reports* de acompanhamento.

Para tal, mensalmente é recolhida informação para monitorização da Produção total e SNS e dos Objetivos contratualizados. Trimestralmente é ainda recolhida informação relativa às dimensões de Acesso e Qualidade e com periodicidade semestral, acresce a recolha de informação no âmbito da Produtividade e Eficiência Operacional.

Completam o modelo os quadros de Demonstração de Resultados com periodicidade mensal, e o Quadro de Indicadores Económico-Financeiros com uma periodicidade semestral.

O Acompanhamento é feito através de um conjunto de ações desenvolvidas para a correção de desvios e/ou replicação de bons resultados após confrontação do desempenho obtido com o previsto.

Obedece a um calendário acordado e operacionaliza-se através de reuniões de acompanhamento entre a ACSS, as ARS e as Instituições, segundo o Manual de Contratualização.

A análise de alguns dos indicadores de acesso, eficiência e qualidade referentes à produção hospitalar no SNS, atualmente monitorizados pela ACSS, são publicados através do *microsite* de Monitorização do SNS.

4.6. Avaliação do desempenho

Numa fase final é aferido o grau de cumprimento das metas contratadas e objetivos de desempenho alcançados, e aplicadas as respetivas consequências inerentes às normas contratuais definidas e previamente acordadas.

Esta fase ocorre após o encerramento do ano para o qual decorreu o Processo de Contratualização, acompanhada do processo de acerto de contas do processo de faturação do Contrato-Programa.

Esta avaliação contemplada duas dimensões distintas:

- I. Quantidades produzidas nas linhas de produção contratadas;
- II. Cumprimento dos Objetivos nacionais e regionais, bem como do alcance dos incentivos institucionais (sendo esta da responsabilidade dos Departamentos de Contratualização das ARS, os quais, elaboram metodologia própria de avaliação).

Atualmente o incumprimento do contratualizado é gerador de penalizações para as instituições, muito embora, em sentido inverso, não haja lugar à majoração de financiamento em função dos resultados atingidos e/ou superados ou a qualquer outro tipo de incentivo.

Seria igualmente interessante a publicação da informação respeitante ao resultado da fase de avaliação do desempenho das entidades, do ponto de vista da transparência do processo e disponibilização de informação a todos os interessados para os mais diversos fins.

5. O PAPEL DA CONTRATUALIZAÇÃO INTERNA NO PROCESSO DE CONTRATUALIZAÇÃO EXTERNA

“Tudo o que é realmente importante na gestão de um Hospital ocorre dentro dos Serviços. A melhor equipa de gestão hospitalar não consegue nada sem uma boa colaboração (e gestão) dos Diretores de Serviço.” (Antunes, 2000)

No Manual do Processo de Contratualização publicado pela ACSS (e anteriormente referido) encontra-se previsto que em dezembro do ano $n-1$ é celebrado o Contrato-Programa/Acordo Modificativo para o ano n , culminar de todo um processo negocial entre as Instituições, as ARS e a própria ACSS.

No entanto, e como comentado no ponto antecedente, nos últimos anos tem-se assistido a um desfasamento temporal considerável entre o momento em que se inicia a atividade que contribui para o cumprimento do Contrato-Programa (1 de janeiro do ano n), e a sua negociação e formalização (já no 2º trimestre do próprio ano n).

Como consequência, os profissionais desconhecem (durante alguns meses) o que é exetável alcançarem, no que respeita ao seu contributo para o cumprimento do compromisso assumido pela Instituição, pelo que é imperioso um alinhamento entre a produção efetiva e a contratualizada, sem descurar a Missão das Instituições Hospitalares, mais concretamente no que respeita à sua resposta às necessidades de saúde da população que servem.

A ACSS (2016) idealiza “... processos de contratualização interna que assegurem que os compromissos e os objetivos são assumidos internamente pela organização e desagregados pelos diferentes departamentos e serviços...”, em provável sintonia com Matos, Ferreira, Lourenço e Escoval (2010) segundo os quais “... a implementação de um modelo de contratualização interna que se traduza na transposição dos compromissos assumidos externamente para o interior da organização e, conseqüentemente, a sua desagregação pelos diferentes níveis de gestão, permite alcançar um alinhamento cada vez maior entre os objetivos contratualizados externamente e a missão das instituições de saúde...”.

Acresce que a ACSS (2016) corporiza a sua pretensão através da criação de “um modelo de gestão participada, de proximidade, com definição de objetivos e metas delineadas em função dos meios existentes e dos resultados a obter...”.

Efetivamente, a participação constitui um dos pilares em que assenta a Gestão por Objetivos (*Management by Objectives*) proposta por Peter Drucker nos anos 50¹², e que, no essencial, sugere que os objetivos estratégicos da organização não sejam “impostos” aos colaboradores, mas sim definidos em conjunto entre estes e os órgãos de gestão.

A Gestão por Objetivos descreve um sistema de gestão em que colaboradores e gestores reúnem-se para definirem o objetivo final do seu trabalho, a sua forma de realização, bem como o período de tempo que deverá envolver a sua concretização.

Este método contempla ainda um acompanhamento e *feedback* contínuos, culminando com uma avaliação em função do desempenho na prossecução dos objetivos definidos.

Trata-se de uma filosofia orientada para resultados e assente na premissa de que as pessoas têm um melhor desempenho quando sabem o que delas é esperado e podem relacionar os seus objetivos pessoais com os objetivos organizacionais.

Neste contexto, não poderá descurar-se a noção de que quer objetivos pouco ambiciosos, quer irrealistas, levarão à desmotivação dos colaboradores, pelo que, e de forma a validá-los, a Gestão por Objetivos introduziu o Método SMART¹³, segundo o qual os objetivos terão que ser:

- Específicos;
- Mensuráveis;
- Atingíveis;
- Realistas e
- Temporalmente definidos.

O cenário cronológico inicialmente descrito impede que o alinhamento entre a produção efetiva e a contratualizada se faça de forma útil, isto é, atempadamente, sendo que, nesse

¹² Formalizada em 1954 na sua obra “The Practice of Management”

¹³ Acrónimo de *Specific, Measurable, Attainable, Realistic e Time-bound*

sentido e nas atuais circunstâncias, a Contratualização Interna seria sempre um processo perfeitamente extemporâneo.

Neste contexto, a garantia é dada pela prática efetiva de uma Gestão participada, por Objetivos, que implica a intervenção dos Serviços assistenciais na fase de Planeamento (definição do Plano de Desempenho), antecedente à negociação entre as ARS e os Hospitais, rumo à celebração do Contrato-Programa.

É, pois, fundamental que os hospitais planeiem adequadamente a sua atividade numa lógica de Gestão por Objetivos, para que, no momento da contratualização, se possa adequar convenientemente a oferta à procura dos cuidados de saúde.

Tornando a gestão intermédia parte integrante do processo de definição dos resultados a alcançar, garante-se a envolvimento e coresponsabilização daqueles de quem afinal depende o cumprimento dos objetivos definidos.

A Contratualização Externa é desta forma atempadamente preparada, norteando os Serviços (desde 1 de janeiro do ano *n*) após o decorrer de um processo participativo e descentralizado.

Numa fase posterior, de transposição interna do que se acordou externamente, o processo de Contratualização Interna traduzir-se-á num mecanismo de ajuste face ao que já havia sido conjuntamente definido.

O acordo resultante da negociação das propostas dos Serviços é então formalizado num “Acordo de Gestão”, como forma de reforço da responsabilização pelos resultados a alcançar e da transparência do processo.

A eventual necessidade de ajustamentos face a alterações no universo da Instituição, orientações políticas e técnicas às quais tenha que ser dada resposta, atualização de linhas de produção, do índice de *casemix* das Instituições, entre outros, poderá ser contemplada com a elaboração de uma “Adenda” ao “Acordo de Gestão” firmado.

A continuidade do Processo de Contratualização Interna é dada ao longo do ano com a monitorização e o acompanhamento daquilo que é realizado, face ao contratado, de forma a garantir a correção atempada de desvios e/ou o potenciar dos bons resultados.

Como fator crítico de sucesso do Processo temos a associação do mesmo a um sistema de incentivos (para um bom desempenho) e penalizações (pelo incumprimento), na sequência de uma avaliação do desempenho dos Serviços.

Assim, e tomando como paradigma o Modelo da Gestão por Objetivos, conclui-se que o que se encontra efetivamente definido pelo Órgão Tutelar das Instituições Hospitalares traduz-se afinal num reflexo das fases constituintes daquele Modelo (ilustrado na Fig.5.1), sendo a sua ausência prática, comprometedora da respetiva eficácia.

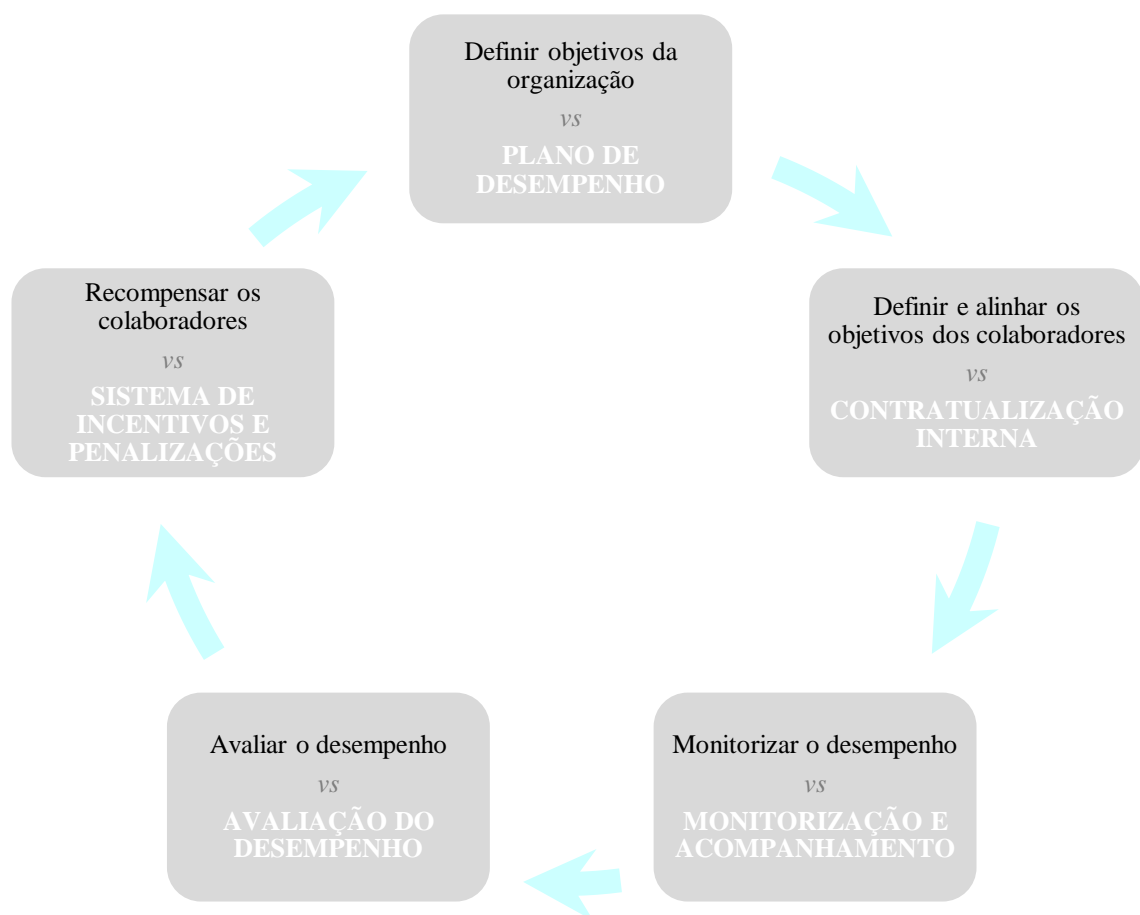


Fig. 5.1: Ciclo da Gestão por Objetivos vs Modelo definido pela ACSS

Portanto, a Contratualização Interna, conforme idealizada pela ACSS, terá que assentar obrigatoriamente numa filosofia de Gestão participada por Objetivos através da qual se alicerça a negociação do Contrato a celebrar externamente (e a internalizar à posteriori).

Desta forma, os *outputs* esperados são reconhecidos pelos profissionais levando a que assumam uma atitude de coresponsabilidade pelo cumprimento dos compromissos da Instituição.

6. O CENTRO HOSPITALAR DO ALGARVE E A CONTRATUALIZAÇÃO INTERNA

Na região do Algarve, a unidade hospitalar de referência no SNS é o Centro Hospitalar do Algarve, Entidade Pública Empresarial (EPE) - CHAlgarve, pessoa coletiva de direito público de natureza empresarial, dotado de autonomia administrativa, financeira e patrimonial.

Constituem os seus Órgãos Sociais, o Conselho de Administração, o Fiscal Único e o Conselho Consultivo, sendo o primeiro composto pelo Presidente e quatro Vogais executivos (dos quais um Diretor Clínico e um Enfermeiro-diretor).

A sua atividade teve início em 1 julho de 2013, determinando a extinção do Hospital de Faro, EPE e do Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio, EPE¹⁴.

O CHAlgarve engloba, atualmente, as unidades Hospitalares de Faro (sede), Portimão e Lagos, e ainda os quatro Serviços de Urgência Básica da região (em Lagos, Albufeira, Loulé e Vila Real de Stº António).

A sede dista 70 km da Unidade de Portimão e 90 km da Unidade de Lagos, distando estas entre si 20 km.

Como população de referência conta, em média, com 866.000 habitantes por mês, considerando-se um total de cerca de 450.000 regionais residentes (Censos 2011), 130.000 residentes estrangeiros (não contabilizados como habitantes da região, dada a opção do Algarve como segunda residência) e mais de 1 milhão nos meses de verão (face à forte afluência turística).

Tem como lotação do internamento 995 camas e conta com a colaboração de cerca de 4.000 profissionais, sendo o grupo profissional de enfermagem aquele que concentra o maior número de efetivos (35%), seguindo-se os assistentes operacionais (25%), os assistentes técnicos e técnicos de diagnóstico e terapêutica (18%), o pessoal da carreira médica (10%), e por fim os restantes grupos profissionais.

¹⁴ Criado pelo Decreto-lei n.º 69/2013, de 17 de maio

O modelo organizativo do CHAlgarve centra-se em departamentos geridos por um médico, diretor do departamento, que conta com a colaboração de um enfermeiro supervisor ou chefe e de um administrador hospitalar.

Os departamentos incorporam os serviços clínicos, dirigidos igualmente por um médico, diretor de serviço, e por um enfermeiro chefe.

A sua estrutura orgânica pode ser consultada no Anexo 2.

Em termos de organização da oferta de Serviços, destacam-se:

- Urgência (Geral, Ginecologia e Obstetrícia e Pediátrica);
- Consulta Externa;
- Meios complementares de diagnóstico e terapêutica;
- Internamento (organizado por especialidades clínicas);
- Hospitais de Dia;
- Cirurgia de Ambulatório;
- Cuidados Intensivos Neonatais e Pediátricos, Cuidados Intermédios e Intensivos Polivalentes e Cuidados Intensivos Coronários;
- Unidades de Eletrofisiologia e Hemodinâmica, e de Acidentes Vasculares Cerebrais;
- Unidades de Convalescença e de Cuidados Paliativos (no âmbito da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados);
- Serviço Domiciliário (na área da Psiquiatria e Saúde Mental);
- Formação pré, pós-graduada e contínua.

Atualmente cerca de 95% da receita anual do CHAlgarve provém do seu Contrato-Programa, o que por si só mais que justifica o garante do seu cumprimento, para o que se defende a operacionalização de um processo de Contratualização Interna a par do compromisso assumido externamente.

No Relatório de Gestão e Contas do CHAlgarve relativo ao ano de 2014 é assumido que “... os objetivos assistências definidos para o ano de 2014, de uma forma geral, não foram atingidos, registando-se desvios desfavoráveis entre o planeado e o realizado...”.

No mesmo documento, relativo ao ano de 2015, e no que respeita à atividade assistencial prevista para aquele ano, pode-se ler que...”. De um modo geral, não foram atingidas as metas definidas...” o que é espelhado nas tabelas que revelam as taxas de execução face ao contratualizado.

Em ambos os Relatórios, podemos ainda ver reconhecida (na análise SWOT¹⁵), a Contratualização Interna da atividade assistencial como uma Oportunidade que “... fomenta práticas de gestão orientadas para os resultados.”.

Acresce que no Contrato-Programa 2013-2015 (prorrogado para 2016) o CHAlgarve obrigou-se, em clausulado específico, a desenvolver um processo de contratualização interno.

Este processo foi efetivamente encetado durante o 1º trimestre de 2015 por um grupo de trabalho que envolveu a Direção Clínica e a Direção de Produção, tendo-se cingido a uma reunião com cada um dos Serviços onde se acordaram volumes de produção para o próprio ano (sem que fosse possível a sua formalização), não lhe tendo sido dada continuidade.

Não obstante as anteriores constatações, atualmente a Contratualização Interna no CHAlgarve revela-se incipiente e limitada à incitativa das Direções dos Departamentos de Cirurgia e de Psiquiatria e Saúde Mental, que tão-somente contratualizam com os respetivos Serviços, conforme revela o “Relatório de Gestão e Contas 2015”.

Eis a motivação para a realização do presente Trabalho de Projeto, pelo que será desenvolvida adiante uma proposta no sentido de colmatar a lacuna identificada, na perspetiva de ser dada uma contribuição para que a Missão do CHAlgarve seja refletida nos cuidados que presta, e que estes tenham a sua contrapartida financeira garantida.

¹⁵ Acrónimo das palavras *Strengths* (Pontos Fortes), *Weaknesses* (Pontos Fracos), *Opportunities* (Oportunidades) e *Threats* (Ameaças)

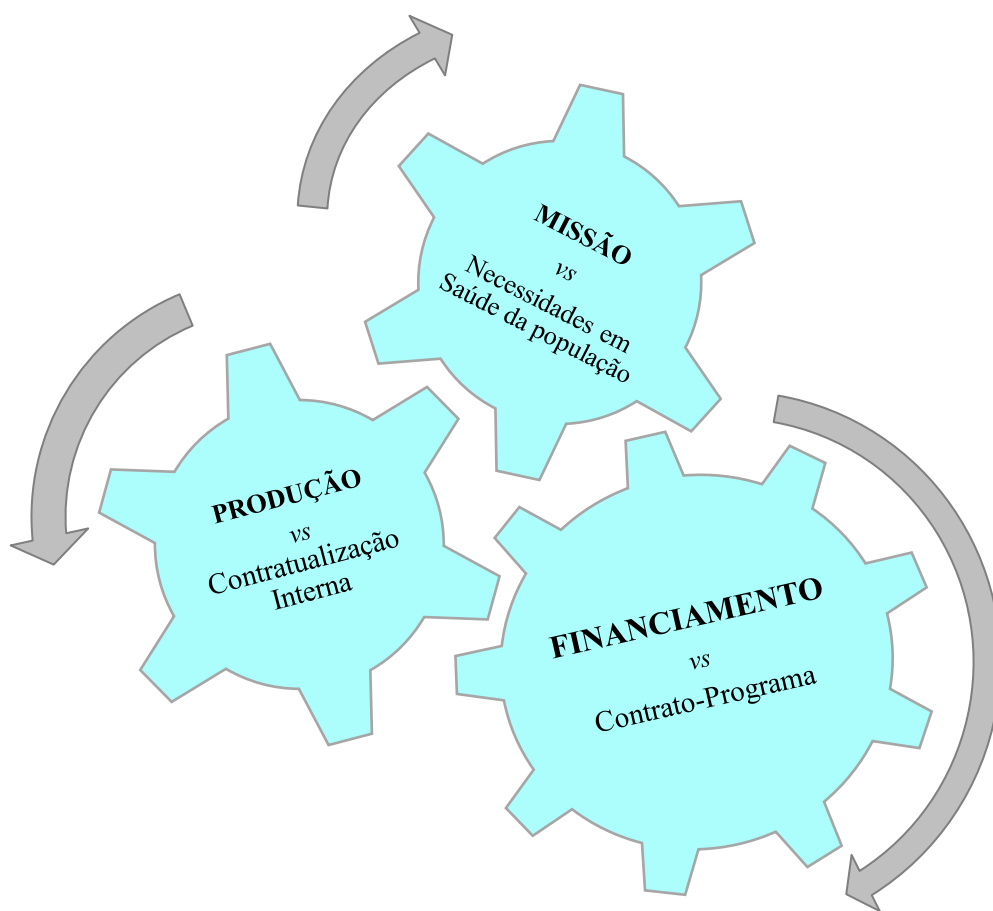


Fig. 6.1: A Contratualização Interna na dinâmica hospitalar

7. ACORDO MODIFICATIVO DO CENTRO HOSPITALAR DO ALGARVE PARA 2016

Em março do presente ano foi publicado pela ACSS o documento denominado “Termos de referência para contratualização hospitalar no SNS – Contrato-Programa 2016”, que estabelece os princípios orientadores do processo contratual no que respeita a atividades, objetivos e resultados a alcançar em 2016.

De acordo com o mesmo,

“...atendendo ao momento do calendário em que se implementa a contratualização, decorrente da aprovação do Orçamento de Estado para 2016, vigorará o Contrato-Programa definido para o triénio 2013/2015, ainda que se encontre, paralelamente, em curso o trabalho que permitirá introduzir alterações mais profundas no próximo ciclo de contratualização trienal (2017-2019).”

Esta publicação tardia (já no decorrer do próprio ano a contratualizar) desde logo comprometeu os *timings* e a lógica de todo o processo de Contratualização, nomeadamente as fases que antecedem a assinatura do Acordo Modificativo, e que, em conformidade com o preconizado no respetivo Manual, deveriam ter sido encetadas em junho de 2015 (ver Anexo 1).

À semelhança do que já vinha acontecendo nos anos anteriores, também no presente ano já ia longe o momento em que se iniciou a atividade que contribui para o cumprimento do Contrato-Programa (1 de janeiro), quando o mesmo foi firmado em 6 de maio.

Seguidamente será apresentado o contexto em que ocorreu o respetivo processo bem como o âmbito da Contratação efetuada pelo CHAlgarve para o ano de 2016 e alguns conceitos associados.

7.1. Calendário

- **A partir do dia 1 de abril de 2016** foi disponibilizado, no portal SICA, o Plano Estratégico 2015/2017 para recolha da proposta de atividade para 2016 que suportou a negociação do processo de contratualização;
- **Até ao dia 8 de abril de 2016** foi submetida essa proposta;
- **Até ao dia 22 de abril de 2016** negociou-se o Acordo Modificativo para 2016, de onde resultou o quadro de produção e de desempenho assistencial previsto, assim como o valor do financiamento do Acordo;
- A assinatura o Acordo Modificativo para 2016, estava prevista realizar-se **até ao dia 30 de abril de 2016**.

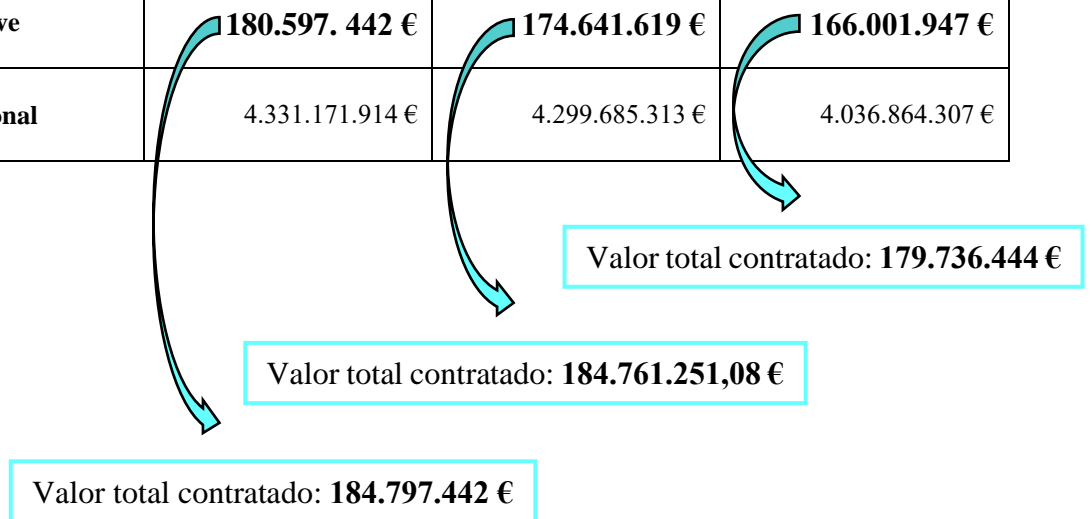
7.2. Recursos financeiros

No quadro abaixo é apresentada uma evolução das verbas disponibilizadas a cada ARS para contratação com os Hospitais, Centros Hospitalares e Unidades Locais de Saúde, nos últimos 3 anos.

É de notar que, a região do Algarve é o único caso específico a nível nacional em que a dotação apresentada é absorvida por uma única entidade – o Centro Hospitalar do Algarve.

Salienta-se que, nos últimos, anos o CHAlgarve tem vindo a negociar e a alcançar junto do órgão tutelar, como contrapartida dos Acordos Modificativos celebrados, um valor superior ao que é previsto atribuir no Orçamento do Estado.

ENTIDADE	2016	2015	2014
ARS Norte	1.551.294.187 €	1.519.840.409 €	1.442.502.903 €
ARS Centro	866.940.528 €	865.717.150 €	805.505.502 €
ARS LVT	1.460.441.301 €	1.470.200.523 €	1.356.748.865 €
ARS Alentejo	271.898.456 €	269.186.612 €	266.105.090 €
ARS Algarve	180.597.442 €	174.641.619 €	166.001.947 €
Total Nacional	4.331.171.914 €	4.299.685.313 €	4.036.864.307 €



FONTE:ACSS, *Metodologias para definição de preços e fixação de objetivos 2014 e 2015*

Fig. 7.1: Dotações do Orçamento do Estado por ARS entre 2014 e 2016

7.3. Atividade assistencial contratada

7.3.1. Internamento (de doentes agudos¹⁶ e crónicos¹⁷) e Ambulatório (médico¹⁸ e cirúrgico¹⁹)

ACORDO MODIFICATIVO 2016 CHAlgarve	ICM	Doentes equivalentes		Prç unit.	Qte	Valor
		nº	%			
Internamento						
Doentes saídos						
GDH Médicos	0,8448	22.673	96,41%	2.353,55 €	23.517	45.080.250,67 €
GDH Cirúrgicos	0,8448	7.940	96,41%	2.353,55 €	8.236	15.786.935,58 €
GDH Cirúrgicos Urgentes	0,8448	4.397	96,41%	2.235,87 €	4.561	8.305.330,51 €
Dias de internamento de doentes crónicos						
Doentes de psiquiatria crónicos no hospital				40,35 €	1.095	44.183,25 €
Doentes de psiquiatria no exterior (Ordens religiosas)				40,35 €	265	10.692,75 €
Valor total do Internamento						69.227.392,76 €

Fig. 7.2: Produção contratada pelo CHAlgarve para 2016 – Internamento

ACORDO MODIFICATIVO 2016 CHAlgarve	ICM	Prç unit.	Qte	Valor
Episódios de GDH de Ambulatório				
GDH Cirúrgicos	0,6422	2.353,55 €	8.086	12.221.583,16 €
GDH Médicos	0,2316	2.353,55 €	12.420	6.769.920,68 €
Valor total dos GDH no Ambulatório				18.991.503,84 €

Fig. 7.3: Produção contratada pelo CHAlgarve para 2016 – Ambulatório

A definição de doente internado da ACSS (2016) envolve a ocupação de cama (ou berço de neonatologia ou pediatria), para diagnóstico ou tratamento, com permanência de pelo

¹⁶ Doente com processo patológico que tem início súbito, desenvolvimento rápido e duração curta.

¹⁷ Doente com processo patológico de evolução lenta e duração prolongada ou de recorrência frequente por tempo indeterminado.

¹⁸ Episódios no qual os procedimentos efetuados constam da lista da Tabela II do Anexo II do Regulamento da tabela de preços do SNS em vigor para 2015 – Portaria nº 234/2015, de 7 de agosto.

¹⁹ Episódio no qual é realizada uma cirurgia programada com admissão e alta num período inferior a 24 horas.

menos 24 horas. Caso o doente permaneça menos de 24 horas, estamos na presença de um episódio de ambulatório.

Tanto a atividade de internamento de doentes agudos, como de ambulatório médico e cirúrgico, são classificadas em GDH (sendo que a cada episódio só pode corresponder um GDH), através do agrupador na versão *All Patient Refined Diagnosis Related Groups (APDR DRG)*, versão 31.0²⁰, cujos preços encontram-se definidos na Portaria n.º 234/2015, de 7 de agosto.

O preço do GDH inclui cuidados médicos, meios complementares de diagnóstico e terapêutica e serviços de hotelaria.

Os episódios de internamento classificados em GDH são convertidos em doentes equivalentes tendo em conta o tempo de internamento ocorrido em cada um deles e o intervalo de normalidade definido para cada GDH.

A produção medida em GDH é ajustada por um Índice de Case-Mix²¹ (ICM), único no internamento e aplicado também um único preço base para todas as instituições, mantendo-se o praticado em 2015, sendo exceção o preço do internamento cirúrgico urgente que corresponde a 95% deste último.

A utilização de um único preço base permite garantir que, independentemente do prestador de cuidados, é aplicado ao mesmo tratamento um preço idêntico, aumentando a racionalidade do sistema de saúde, o *benchmarking* e um maior incentivo à eficiência das organizações (ACSS, 2016).

²⁰ O agrupador de tipo APR cria subclasses em cada GDH, tendo em consideração as diferenças existentes nos doentes quanto à severidade da doença e ao risco de mortalidade, sendo que:

- Severidade da doença é entendida como a extensão de uma descompensação fisiológica ou da perda de funções de um órgão, abrangendo 4 subclasses;
- Risco de mortalidade é entendido como a probabilidade de ocorrer a morte do doente, abrangendo 4 subclasses. (ACSS, 2016)

²¹ Coeficiente que reflete a relatividade de um hospital face aos outros, em termos da sua maior ou menor proporção de doentes com patologias complexas. O ICM nacional é, por definição, igual a 1, pelo que o afastamento desse valor de referência, relaciona-se com a maior ou menor incidência de GDH de elevado peso relativo, face ao padrão nacional. (ACSS, 2012) O ICM utilizado em 2016 tem por base a atividade realizada no ano de 2013.

No caso de doentes internados em serviços ou departamentos de Psiquiatria e Saúde Mental, e tendo sido contratualizada somente a linha de doentes crónicos, o seu pagamento será feito por diária.

Todos os episódios de cirurgia programada encontram-se abrangidos pelo Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia (SIGIC)²².

A atividade cirúrgica contratada contempla aquela que as Instituições estimam realizar internamente e, ainda, a constante da sua “lista de inscritos para cirurgia” (LIC) que poderá ser realizada por terceiras entidades, fruto da impossibilidade de ser realizada dentro dos Tempos Máximos de Resposta Garantidos - TMRG²³.

7.3.2. Consultas externas

ACORDO MODIFICATIVO 2016 CHAlgarve	Prç unit.	Qte	Valor
Consultas Externas			
nº Primeiras consultas médicas (s/ majoração)	€ 66,90	47.171	€ 3.155.739,90
nº Primeiras consultas referenciadas (CTH)	€ 73,59	37.501	€ 2.759.698,59
nº Primeiras consultas (Telemedicina)	€ 73,59	1.418	€ 104.350,62
nº Primeiras consultas na comunidade (Saúde mental)	€ 73,59	259	€ 19.059,81
nº Consultas subsequentes médicas (s/ majoração)	€ 66,90	206.952	€ 13.845.088,80
nº Consultas subsequentes (Telemedicina)	€ 73,59	121	€ 8.904,39
nº Consultas subsequentes na comunidade (Saúde mental)	€ 73,59	1.596	€ 117.449,64
Valor total das Consultas			20.010.291,75 €

Fig. 7.4: Produção contratada pelo CHAlgarve para 2016 - Consultas Externas

No que respeita à atividade realizada em consulta externa, são contratadas duas linhas distintas: primeiras consultas e consultas subsequentes.

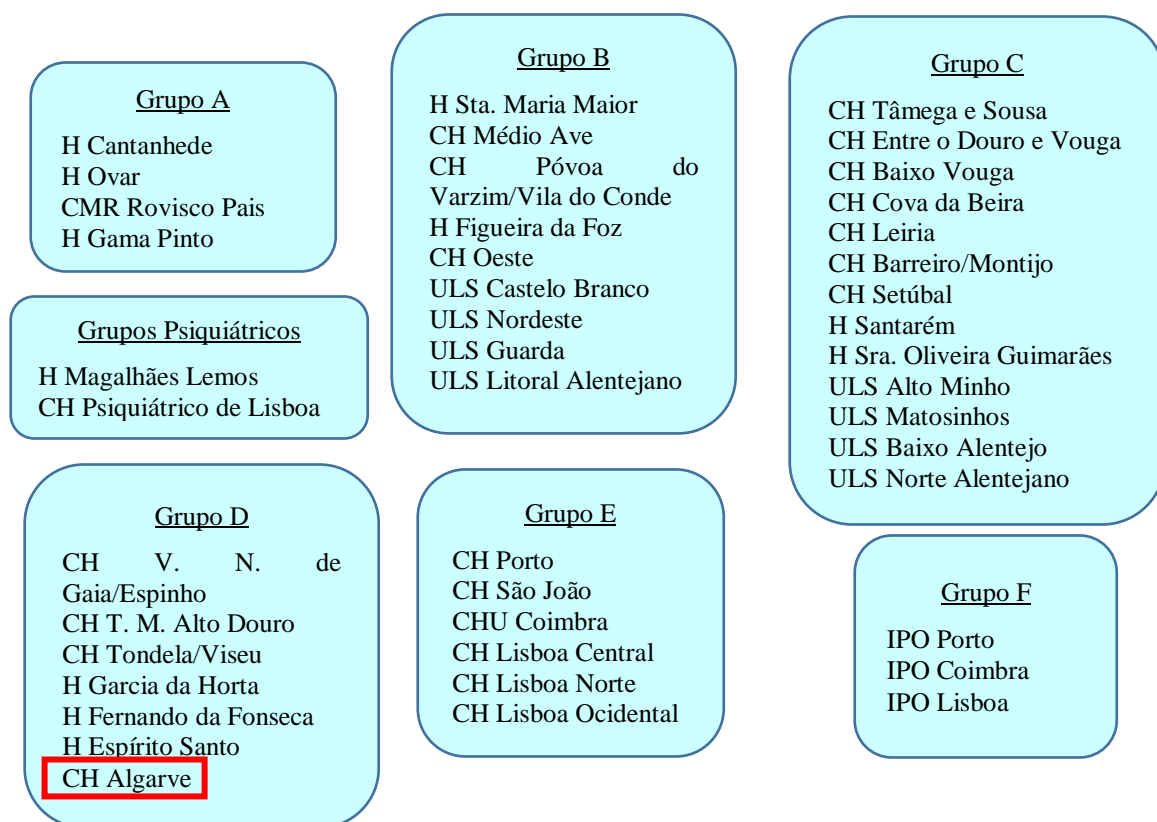
²² Regulado pela Portaria nº45/2008, de 7 de agosto e pelo Manual de Gestão de Inscritos para Cirurgia

²³ Período considerado clinicamente aceitável no acesso dos utentes aos cuidados de saúde, face à respetiva condição de saúde. Os TMRG encontram-se atualmente definidos na Portaria nº87/2915 de 23 de março.

As consultas referenciadas são resultantes de um “pedido” dos cuidados de saúde primários, via sistema de informação da Consulta a Tempo e Horas (CTH)²⁴, sendo da abrangência da Telemedicina a consulta médica realizada à distância via comunicações interativas, audiovisuais e de dados.

O preço da consulta inclui os cuidados médicos e meios complementares de diagnóstico e terapêutica com exceção dos medicamentos prescritos na instituição e fornecidos na farmácia comunitária e dos medicamentos de cedência gratuita no ambulatório hospitalar.

O preço corresponde ao praticado no grupo de financiamento ao qual o CHAlgarve pertence (Grupo D), sendo este método usado com o objetivo de estabelecer uma aproximação entre os preços e os custos incorridos por cada Instituição, dada a heterogeneidade da sua tipologia de serviços.



FONTE: ACSS, *Termos de referência para contratualização hospitalar no SNS – Contrato-Programa 2016*

Fig. 7.5: Grupos de Financiamento 2016

²⁴ “... Sistema Integrado de Referência e de Gestão do Acesso à Primeira Consulta de Especialidade Hospitalar nas instituições do Serviço Nacional de Saúde...” (Portaria 95/2013 de 4 de março)

O pagamento encontra-se correlacionado com um “Índice de Consultas Subsequentes”²⁵, não sendo faturáveis as consultas subsequentes que impliquem a sua ultrapassagem.

Com o seu preço majorado em 10%, temos:

- as primeiras consultas referenciadas pelos cuidados de saúde primários através do CTH;
- as teleconsultas médicas realizadas em tempo real, programadas ou urgentes, independentemente de serem primeiras ou subsequentes;
- as consultas de psiquiatria realizadas na comunidade, independentemente de serem primeiras ou subsequentes.

É de notar que, foi mantido um incentivo institucional relacionado com as “altas das consultas externas”, com vista a fomentar a transferência de consultas subsequentes para os cuidados de saúde primários.

7.3.3. Urgências

ACORDO MODIFICATIVO 2016 CHAlgarve	Prç unit.	Qte	Valor
Urgência			
Atendimentos (SU Polivalente)	17M€/170.000 ep.	107.173	10.717.300,00 €
Atendimentos (SU Médico-Cirúrgica)	5M€/100.000 ep.	79.500	3.975.000,00 €
Atendimentos (SU Básica)	1.4M€/35.000 ep.	116.300	4.652.000,00 €
Valor total dos atendimentos urgentes			19.344.300,00 €

Fig. 7.6: Produção contratada pelo CHAlgarve para 2016 – Urgência

Salienta-se nesta linha de atividade a alteração do modelo de pagamento dos Serviços de Urgência, passando este a ser efetuado de acordo com três componentes:

²⁵ “... promotor de eficiência e indutor da implementação de práticas clínicas compatíveis com o acompanhamento dos doentes no nível de cuidados mais adequado.” (ACSS, 2016:26)

- valor fixo, que cobre os custos face à capacidade instalada, pressupondo uma gestão eficiente de recursos (de acordo com a tipologia de urgência - Polivalente, Médico-cirúrgica e Básica);

- valor em função do desempenho, aferido através dos indicadores abaixo listados, representando esta componente 5% do valor fixo;

OBJETIVOS DO SERVIÇO DE URGÊNCIA	
Tipo de indicador: DESEMPENHO	Meta para 2016
U.1 Variação percentual de episódios de urgência com prioridade verde/azul/branca	-10,00
U.2 Variação percentual de episódios de urgência com Internamento	3,00
U.3 Variação percentual de utilizadores frequentes (> 4 episódios)	-5,00
U.4 Rácio consultas externas/atendimentos em urgência	1,20

Fig. 7.7: Objetivos de desempenho do serviço de Urgência do CHAlgarve para 2016

- valor variável, pago a um preço marginal e relacionado com a atividade desenvolvida para além da expetável (para cada tipologia de Serviço de Urgência), ficando dependente do grau de cumprimento da meta definida para o indicador “Percentagem de episódios de urgência atendidos dentro do tempo de espera previsto no protocolo de triagem”.

O preço que será pago inclui os cuidados médicos e meios complementares de diagnóstico e terapêutica.

Finalmente, é de destacar ainda a definição do objetivo de redução do volume de atendimentos em Serviço de Urgência de 3,7% em 2016, quando comparado com o realizado no ano de 2015, tendo ficado as ARS responsáveis por contratar com as respetivas instituições o número máximo de episódios de urgência que integram esta componente de valor fixo em 2016.

A referida redução da atividade dos Serviços de Urgência, pressupõe o redireccionamento dos utentes para os cuidados programados e de proximidade (primários).

7.3.4. Hospital de Dia

ACORDO MODIFICATIVO 2016 CHAlgarve	Prç unit.	Qte	Valor
Sessões em Hospital de Dia			
Base	20,74 €	22.480	466.235,20 €
Hematologia	302,33 €	767	231.887,11 €
Imuno-Hemoterapia	302,33 €	1.100	332.563,00 €
Psiquiatria	31,40 €	7.062	221.746,80 €
Valor total do Hospital de Dia			1.252.432,11 €

Fig. 7.8: Produção contratada pelo CHAlgarve para 2016 - Sessões em Hospital de Dia

Citando a ACSS (2016), um Hospital de Dia traduz-se numa “Unidade orgânico-funcional de um estabelecimento de saúde, com espaço físico próprio e meios técnicos e humanos qualificados, onde o doente recebe cuidados de saúde de diagnóstico ou de terapêutica de forma programada e permanece sob vigilância médica ou de enfermagem, por um período inferior a 24 horas”.

A produção em Hospital de Dia, é desagregada tendo em conta três tipologias:

- Sessão de hospital de dia base;
- Sessão de hospital de dia de Hematologia/Imuno-Hemoterapia;
- Sessão de hospital de dia de Psiquiatria e Unidades Sócio-ocupacionais.

O preço de cada sessão inclui os cuidados médicos, meios complementares de diagnóstico e terapêutica, com exceção dos medicamentos prescritos na instituição e fornecidos na farmácia comunitária e dos medicamentos de cedência gratuita no ambulatório hospitalar.

Por definição, todas as sessões de hospital de dia são financiadas ao preço base, sendo praticados preços específicos para as sessões de hospital de dia de Hematologia e Imuno-Hemoterapia (que implicam a realização de um conjunto mínimo de procedimentos), e para as sessões de hospital de dia de Psiquiatria.

7.3.5. Radioterapia

ACORDO MODIFICATIVO 2016 CHAlgarve	Prç unit.	Qte	Valor
Sessões de radioncologia			
Tratamentos simples	104,53 €	14.350	1.500.005,50 €
Tratamentos complexos	250,92 €	400	100.368,00 €

Fig. 7.9: Produção contratada pelo CHAlgarve para 2016 - Sessões de Radioncologia

No financiamento desta linha de atividade apenas há a ressaltar que, em termos de preços a praticar, é feita a distinção entre tratamentos simples e complexos.

7.3.6. Serviço domiciliário

ACORDO MODIFICATIVO 2016 CHAlgarve	Prç unit.	Qte	Valor
Serviços domiciliários	37,99 €	3.504	133.116,96 €

Fig. 7.10: Produção contratada pelo CHAlgarve para 2016 - Serviços Domiciliários

Contemplam-se aqui essencialmente os cuidados prestados a doentes na área da saúde mental e a doentes ventilados, podendo ser incluídos outros.

É de notar nesta linha de atividade o aumento do preço das consultas realizadas no âmbito do Serviço Domiciliário, em 18,3% face ao ano anterior.

7.3.7. Saúde sexual e reprodutiva

ACORDO MODIFICATIVO 2016 CHAlgarve	Prç unit.	Qte	Valor
Saúde sexual e reprodutiva			
IVG até 10 semanas			
Medicamentosa (nº IVG)	283,10 €	1.220	345.382,00 €
Cirúrgica (nº IVG)	368,61 €	2	737,22 €
Diagnóstico pré-natal			
Protocolo II	64,61 €	800	51.688,00 €

Fig. 7.11: Produção contratada pelo CHAlgarve para 2016 - Saúde Sexual e Reprodutiva

Interrupção voluntária da gravidez (até às 10 semanas de gestação)

Nesta linha de atividade o preço difere consoante a interrupção é feita pela via medicamentosa ou cirúrgica.

Programa de diagnóstico pré-natal

Pressupõe a realização de um protocolo com os cuidados de saúde primários para acompanhamento de grávidas seguidas por este nível de prestação de cuidados, sendo o financiamento efetuado em função dos serviços incluídos no referido protocolo.

Programa para melhoria do acesso ao diagnóstico e tratamento da infertilidade, programa para procriação medicamente assistida – PMA

ACORDO MODIFICATIVO 2016 CHAlgarve	Prç unit.	Qte	Valor
PMA - Diagnóstico e tratamento da infertilidade			
Consultas de apoio à fertilidade	88,32 €	128	11.304,96 €
Induções da ovulação (IO)	132,48 €	68	9.008,64 €

Fig. 7.12: Produção contratada pelo CHAlgarve para 2016 - Procriação Medicamente Assistida

Na perspetiva da melhoria do acesso ao diagnóstico e tratamento da infertilidade, são integralmente financiados os tratamentos de Indução da Ovulação (IO)

Ainda na abrangência deste Programa, o CHAlgarve poderá vir a contratar futuramente:

- Tratamentos de Inseminação Intra-Uterina (IIU);
- Tratamentos de segunda linha, fertilização *in vitro* (FIV) ou injeção intracitoplasmática de espermatozoide (ICIS) (para cada caso/casal);
- Realização de novo (s) ciclo (s) FIV/ICIS, para os casais que já beneficiaram dos mesmos em anos anteriores (com um limite total de três ciclos FIV/ICIS por caso/casal).

7.3.8. Programas de financiamento por “doente tratado”

ACORDO MODIFICATIVO 2016 CHAlgarve	Prç unit.	Qte	Valor
Programas de gestão da doença crónica			
VIH/Sida (doentes em TARC)	9.165,60 €	1.500	13.748.400,00 €
Tratamento de doentes com patologia oncológica - novos doentes			
Cancro do colon e reto (1º ano)	13.236,72 €	175	2.316.426,00 €
Telemonitorização da DPOC			
nº doentes em tratamento (doente tratado/ano)	2.053,09 €	15	30.796,35 €
Telemonitorização da EAM			
Elementos de telemonitorização	3.390,17 €	15	50.852,55 €
nº doentes em tratamento (doente tratado/ano)	1.341,96 €	15	20.129,40 €
Telemonitorização da ICC			
Elementos de telemonitorização	1.620,17 €	15	24.302,55 €
nº doentes em tratamento (doente tratado/ano)	1.341,96 €	15	20.129,40 €
Doenças Lisossomais de Sobre Carga (doentes em tratamento/equivalente ano)			
Doença de <i>Gaucher</i>	190.617,10 €	6	1.143.702,60 €
Doença de <i>Fabry</i>	158.684,84 €	2	317.369,68 €

Fig. 7.13: Produção contratada pelo CHAlgarve para 2016 - Programas de Gestão da Doença Crónica

Programa de tratamento ambulatorio de pessoas a viver com infeção VIH/SIDA

Abrange doentes em tratamento com terapêutica anti retrovírica (implica o seu acompanhamento e fidelização a protocolos terapêuticos), sendo o respetivo pagamento efetuado por doente tratado/mês.

Poderá ser aplicada uma penalização, caso o custo dos medicamentos implícitos (por doente), for superior à média desse custo no grupo a que o CHAlgarve pertence.

Programa piloto de tratamento de doentes com patologia oncológica

Na área oncológica são consideradas três patologias: mama, colo do útero e colon e reto.

No entanto, uma vez não incluído nas sete instituições elegíveis para o programa piloto da mama e colo do útero, o CHAlgarve contratualizou apenas “cancro do colon e reto”.

O seu acompanhamento obriga ao registo da atividade realizada nos Registos Oncológicos Regionais, sendo posteriormente avaliados alguns parâmetros.

Programas piloto de telemonitorização da doença pulmonar obstrutiva crónica, do *status* pós enfarte agudo do miocárdio e da insuficiência cardíaca crónica

Seguindo o doente de forma proactiva e contínua, estes programas permitem a deteção atempada dos sintomas de agudização e a identificação de complicações numa fase precoce, o que permite a redução o número anual de episódios de internamento, de urgência e de consultas externas.

Programa de tratamento de doentes portadores de doenças lisossomais de sobrecarga

Para esta patologia foram mantidos os preços para 2016 dada a complexidade do seu diagnóstico, que exige o recurso a técnicas laboratoriais altamente especializadas, sendo o tratamento antecedido de estudo clínico exaustivo.

7.4. Flexibilidade regional

Para as linhas de atividade de internamento de doentes agudos e crónicos, ambulatório médico e cirúrgico, consultas externas, atendimentos urgentes e sessões de hospital de dia, as ARS puderam fazer variar o preço base em 3%.

Na sua origem pode estar a compensação dos custos adicionais em que as instituições tenham que incorrer para garantir serviços considerados mais-valias para a região ou a correção dos preços em baixa quando o nível de serviço é inferior ao padrão.

7.5. Financiamento autónomo

- **Formação dos médicos internos** do primeiro e segundo ano do internato médico, encontrando-se inscrito no Acordo para 2016, 2.347.637,76€;
- **Medicamentos de cedência hospitalar obrigatória em ambulatório (consulta e hospital de dia)**, da responsabilidade financeira das instituições, tendo sido contemplado para 2016, 3.847.500 €.

7.6. Resultado operacional - EBITDA

Cada instituição tem que apresentar as medidas quantificadas e calendarizadas que assegurem a trajetória necessária para atingir um EBITDA²⁶ positivo.

Tal exigência assenta no facto deste indicador permitir avaliar o desempenho económico das Instituições num determinado período, que é tanto melhor quanto mais elevado ele se revelar.

²⁶ Acrónimo de *Earnings Before Interest, Taxes, Depreciation and Amortization* e representa o resultado antes de juros, impostos, amortizações e depreciações.

7.7. Valor de Convergência

Trata-se de um apoio financeiro extraordinário cujo objetivo é a compensação da estrutura de custos face aos preços praticados e ao volume de produção contratada.

A sua atribuição tem que ser solicitada pelo Conselho de Administração à respetiva ARS, com fundamento num plano de ajustamento viável, operacionalizando o definido no plano estratégico trianual e sendo o seu pagamento efetuado em função do cumprimento das metas estabelecidas entre as partes.

Em 2016 a verba de convergência destinada ao CHAlgarve é de 20.712.791,87€.

7.8. Atividade marginal

Caso o volume da produção realizada pelo CHAlgarve for superior ao volume contratado, cada unidade produzida acima deste volume, até ao limite máximo de 10% será valorizada, da seguinte forma:

- 10% do preço contratado para o internamento de GDH médicos, de GDH cirúrgicos urgentes e internamento de doentes crónicos;
- 15% do preço contratado para a consulta e serviço domiciliário, para o hospital de dia, GDH médicos de ambulatório, IVG, doentes em TARV (VIH/SIDA) e Diagnóstico Pré-Natal.

Também nos casos em que a produção cirúrgica programada realizada ou transferida (para uma entidade SNS ou convencionada) for superior ao volume contratado, cada unidade produzida acima deste volume será paga de acordo com os critérios definidos para o efeito.

7.9. Incentivos (de desempenho e de eficiência económico-financeira)

O valor dos incentivos institucionais para 2016 – 9.239.872,10€, será atribuído pela ARS de acordo com o cumprimento das metas a atingir em cada indicador/objetivo definido, e que foram negociadas entre a ARS e o Centro Hospitalar, em consonância com uma metodologia definida a nível nacional.

A repartição dos 5% do Contrato-Programa afetos a incentivos observa a seguinte distribuição:

- **60% Objetivos nacionais**, que se subdividem, conforme abaixo apresentado, em indicadores de acesso, de desempenho assistencial e económico-financeiros;

OBJETIVOS NACIONAIS		
	Pesos relativos	Meta para 2016
Tipo de indicador: ACESSO		
A.1 Percentagem de primeiras consultas médicas no total de consultas médicas	2,00	30,5
A.2 Peso das consultas externas médicas com registo de alta no total de consultas externas médicas (%)	2,00	15,0
A.3.1 Percentagem de utentes referenciados dos cuidados de saúde primários para consulta externa atendidos em tempo adequado	3,00	71,7
A.3.2 Percentagem de doentes cirúrgicos (neoplasias malignas) inscritos em LIC com tempo de espera inferior ou igual ao TMRG	2,00	97,0
A.3.3 Mediana de tempo de espera da LIC, em meses	2,00	4,0
A.3.4 Percentagem de episódios de urgência atendidos dentro do tempo de espera previsto no protocolo de Triagem de Manchester	2,00	75,0
A.3.5 Permilagem de doentes sinalizados para a RNCCI, em tempo adequado, no total de doentes tratados	2,00	110,00

Fig. 7.14: Objetivos nacionais contratados pelo CHAlgarve para 2016 – Acesso

OBJETIVOS NACIONAIS		
Tipo de indicador: DESEMPENHO ASSISTENCIAL	Pesos relativos	Meta para 2016
B.1 Percentagem de reinternamentos em 30 dias, na mesma grande categoria de diagnóstico	2,00	3,70
B.2 Percentagem de doentes saídos (DS) com duração de internamento acima do limiar máximo	2,00	2,00
B.3 Percentagem de cirurgias da anca efetuadas nas primeiras 48 horas	2,00	30,00
B.4 Percentagem de cirurgias realizadas em ambulatório no total de cirurgias programadas (GDH) - para procedimentos ambulatorizáveis	2,00	75,0
B.5 Percentagem de cirurgias realizadas em ambulatório, para procedimentos tendencialmente ambulatorizáveis	2,00	3,0
B.6 Índice de demora média ajustada	3,00	1,1000
B.7 Índice de mortalidade ajustada	3,00	1,3000
B.8 Índice risco e segurança do doente	6,00	-10
B.9 Percentagem de embalagens de medicamentos genéricos prescritos, no total de embalagens de medicamentos prescritos	3,00	57,0

Fig. 7.15: Objetivos nacionais contratados pelo CHAlgarve para 2016 - Desempenho Assistencial

OBJETIVOS NACIONAIS		
Tipo de indicador: DESEMPENHO ECONÓMICO/FINANCEIRO	Pesos relativos	Meta para 2016
C.1 Percentagem de Custos com Horas Extraordinárias, Suplementos e FSE (selecionados), no Total de Custos com Pessoal	5,00	17,7
C.2 Resultado antes de juros, impostos, amortizações e depreciações (EBITDA)	5,00	115.935,78
C.3 Acréscimo de dívida vencida (fornecedores externos)	5,00	0,00
C.4 Percentagem de proveitos operacionais extra contrato-programa, no total de proveitos operacionais	5,00	9,0

Fig. 7.16: Objetivos nacionais contratados pelo CHAlgarve para 2016 – Desempenho Económico/Financeiro

- 40% Objetivos da região

OBJETIVOS REGIONAIS		
	Pesos relativos	Meta para 2016
Percentagem de episódios em LIC com tempo de espera superior ou igual a 12 meses	8,0	4,0
Percentagem de episódios em LIC com tempo de espera superior ao TMRG na especialidade de ortopedia	8,0	19,0
Percentagem de episódios cirúrgicos operados em hospitais de destino no total dos episódios operados no ano com origem no hospital em cirurgia programada	8,0	17,0
Percentagem de 1as consultas realizadas e registadas no CTH relativamente ao total de 1as consultas realizadas no hospital	8,0	35,5
Percentagem de 1as consultas realizadas e registadas no CTH relativamente ao total de 1as consultas realizadas no hospital na especialidade de ortopedia	8,0	25,0

Fig. 7.17: Objetivos regionais contratados pelo CHAlgarve para 2016

Adicionalmente surgiu, no presente ano, o denominado “índice de risco e segurança do doente”, composto pelos seguintes indicadores:

- Sépsis pós-operatória por cada 100.000 Episódios (objetivo: redução de 10%);
- Sépsis pós-cirurgia abdominal por cada 100.000 Episódios (objetivo: redução de 10%);
- Infecções da corrente sanguínea relacionada com cateter venoso central (adulto e neonatal) por cada 100.000 Episódios (objetivo: redução de 10%);
- Úlceras de pressão por cada 100.000 Episódios (objetivo: redução de 10%);
- Corpo estranho deixado durante cirurgia por cada 100.000 episódios (objetivo: redução de 10%);
- Ferida pós-cirurgia abdominal por cada 100.000 Episódios (objetivo: redução de 10%).

7.10. Programa de promoção de investigação e desenvolvimento

Encontram-se destacados para este Programa 2 M€, que serão repartidos pelas instituições de acordo com peso relativo da pontuação alcançada por cada uma das patentes registadas e artigos científicos publicados em 2015.

7.11. Medicamentos prescritos em ambiente hospitalar e cedidos em farmácia de oficina

Nesta área, o CHAlgarve será penalizado ou premiado consoante a variação dos encargos com medicamentos se situar acima ou abaixo da variação média nacional registada em relação ao ano anterior.

7.12. Sistema de penalizações

O montante global das penalizações poderá atingir até 1% do valor global do Contrato-Programa, face ao incumprimento de diversas obrigações definidas para as seguintes áreas:

- Programas de promoção e adequação do acesso (consulta externa, cirurgia e medicamentos biológicos);
- Reporte e publicação de informação de gestão (informação nos Registos Oncológicos Regionais e publicações no Portal do SNS);
- Registo, consulta, partilha de informação e desmaterialização de processos (Plataforma de Dados de Saúde, desmaterialização das receitas e utilização da “Lista de Verificação de Atividade Cirúrgica”);
- Cobrança efetiva de receita.

Adicionalmente, não será paga a produção inferior a 50% do volume contratado, à exceção da Urgência, para a qual é assumido o pagamento de cada unidade produzida a metade do preço contratado, quando o total realizado ficar abaixo de 50% do contratado.

7.13. Contratualização Interna

Nos “Termos de referência para contratualização hospitalar no SNS – Contrato-Programa 2016“ a ACSS salienta uma vez mais a necessidade de aprofundar o processo de contratualização interna, reforçando a autonomia e a responsabilidade dos serviços e estimulando o compromisso e participação das equipas e dos profissionais.

No que respeita à implementação dos processos de Contratualização Interna, é integralmente transcrito do documento emitido em 2015 para o documento anteriormente mencionado, o seguinte:

“Em 2016, todos os Hospitais, Centros Hospitalares e ULS **devem ter implementados processos de contratualização interna** que valorizem a governação clínica, o desempenho assistencial e a sustentabilidade económico-financeira dos serviços e das instituições e que assegurem que os **compromissos e os objetivos** são **assumidos internamente** pela organização e desagregados pelos diferentes departamentos e serviços segundo uma filosofia de prestação de contas a todos os níveis, de avaliação do desempenho e do mérito.

Para tal, devem criar um **modelo de gestão participada**, de proximidade, com definição de objetivos e metas delineadas em função dos meios existentes e dos resultados a obter, que capitalize a experiência e o conhecimento existente nos profissionais e na organização, que incentive o desenvolvimento de competências e de atitudes pró-ativas e que promova a competição por comparação.

Devem ainda implementar um plano de comunicação interna bem estruturado, que envolva e mobilize os profissionais no processo de contratualização interna e que assegure o alinhamento estratégico nas instituições.”

7.14. Monitorização e acompanhamento do processo

A monitorização é realizada mensalmente através dos relatórios do Portal SICA, assim como através das publicações no *site* da ACSS, em “Monitorização do Serviço Nacional de Saúde”.

O acompanhamento do desempenho pode abranger a discussão de estratégias, a partilha de responsabilidades, a reprogramação das atividades e eventualmente a renegociação de metas de indicadores.

Para tal, ACSS definiu o seguinte cronograma de reuniões a promover pela ARS:

- 15 de maio de 2016: acompanhamento do 1º trimestre;
- 15 de setembro de 2016: acompanhamento do 2º trimestre;
- 30 de outubro de 2016: acompanhamento do 3º trimestre.

8. ANÁLISE SWOT DA IMPLEMENTAÇÃO DA CONTRATUALIZAÇÃO INTERNA NO CENTRO HOSPITALAR DO ALGARVE

A implementação de um processo de Contratualização Interna no CHAlgarve apresenta-se como um objetivo estratégico cuja estruturação obriga a um diagnóstico prévio de toda a envolvente da atuação da Instituição, quer em termos internos quer externos.

Considera-se, no caso concreto, o ambiente externo como aquele que a Instituição não controla, sendo o ambiente interno, inversamente, aquele que pode ser controlado e, portanto, diretamente sensível às estratégias formuladas.

Neste sentido, a análise SWOT assume-se como uma ferramenta de gestão que irá permitir relacionar dois vetores: Forças-Fraquezas (S-W), resultantes da análise do ambiente interno, e - Oportunidades-Ameaças (O-T) resultantes de uma análise do ambiente externo.

Quer as oportunidades, quer os pontos fortes identificam situações ou características, externas e internas respetivamente, que propiciam o alcance do objetivo, ao contrário das ameaças e pontos fracos que o dificultam.

Com base no seu resultado, poderão ser estabelecidas prioridades de atuação, tendo em conta os riscos e as questões a ultrapassar, assim como as vantagens e as oportunidades a potenciar e explorar, rumo à implementação da Contratualização Interna no CHAlgarve.

8.1. Análise Interna

Pontos fracos:

- Os resultados assistenciais do novo modelo de gestão e organização do CHA (2013);
- Cultura organizacional do novo modelo organizacional não se encontra enraizada e disseminada pelo Centro Hospitalar;
- Inexistência de um processo de contratualização interna anual entre o Conselho de Administração e os Departamentos;
- Incapacidade dos sistemas de informação no acesso a um conjunto de informação que poderá dificultar a fase de acompanhamento e monitorização do processo;
- Fraca capacidade de atração e retenção de pessoal médico;
- Obsolescência de equipamentos e instalações.

Pontos fortes:

- Estrutura orgânica atual potencia o envolvimento entre a gestão intermédia e a gestão de topo;
- Reforço das competências de gestão dos Departamentos pela integração de elementos com formação específica nessa área (Administradores Hospitalares);
- Reconhecimento pelo atual Conselho de Administração e alguns Diretores de Departamento da necessidade de implementação do Processo e respetivas mais-valias.

8.2. Análise externa

Ameaças:

- Incumprimento dos *timings* do Processo de Contratualização externa previstos no respetivo Manual de Contratualização da ACSS;
- Restrições económico-financeiras na elaboração do Contrato-Programa, com limitada condição negocial;
- Grau de intervenção da administração central e regional na gestão dos Hospitais, EPE (condicionamento da autonomia gestonária);
- Atual forma de financiamento dos Hospitais, EPE, que desvirtua a sua Missão;
- Desenvolvimento acentuado do sector privado e social na área da saúde (impacto na captação de recursos humanos).

Oportunidades:

- Carater obrigatório atribuído, pelos próprios Contratos-Programa, à implementação de um processo de Contratualização Interna nos Hospitais, EPE;
- Experiências bem-sucedidas noutros Centros Hospitalares EPE, que constata o alinhamento estratégico das Instituições por via da Contratualização Interna;
- Relançamento da Reforma Hospitalar pelo atual Governo, que aposta na autonomia e responsabilização da gestão e na aplicação de incentivos ligados ao desempenho (Despacho 199/2016, de 7 de janeiro).

9. MODELO DO PROCESSO DE CONTRATUALIZAÇÃO INTERNA A IMPLEMENTAR NO CENTRO HOSPITALAR DO ALGARVE

Antes de mais os Estatutos dos Hospitais E.P.E.²⁷, impõem que “... As estruturas orgânicas devem desenvolver a sua ação por centros de responsabilidade que permitam a realização, internamente contratualizada, dos respetivos programas de atividade com autonomia e responsabilidade...”

Complementarmente, o desenvolvimento de um processo de contratualização interno é uma obrigação estipulada pela cláusula 20^a do Contrato-Programa 2013-2015 (prorrogado para 2016).

Relativamente a esta matéria, e como referido anteriormente, nos documentos que estabelecem os princípios orientadores do processo contratual, a ACSS impôs, quer em 2015 quer em 2016, que todos os Hospitais tenham implementados processos de Contratualização Interna (CI), “... que assegurem que os compromissos e os objetivos são assumidos internamente pela organização e desagregados pelos diferentes departamentos e serviços segundo uma filosofia de prestação de contas a todos os níveis, de avaliação do desempenho e do mérito.

Para tal, devem criar um modelo de gestão participada, de proximidade, com definição de objetivos e metas delineadas em função dos meios existentes e dos resultados a obter...”.

No mesmo documento, mas relativamente aos Contratos-Programa (CP) para 2014 e 2013, as orientações já haviam sido no sentido de que as Instituições continuassem a reforçar as suas práticas de CI.

A inexistência do processo no Centro Hospitalar do Algarve (CHAlgarve) nos moldes preconizados nos documentos referidos anteriormente revela, portanto, uma oportunidade para a criação de um modelo capaz de garantir a sua concretização.

²⁷ Decreto-lei nº 12/2015, de 26 de janeiro

Identifica-se um duplo interesse na implementação da CI no CHAlgarve, pois se por um lado poderá sustentar e consequentemente garantir o cumprimento do CP, por outro, viabiliza práticas de gestão orientadas para os resultados.

Ambiciona-se então desenvolver os mecanismos que permitam colocar em prática o idealizado modelo de gestão participada, prosseguindo objetivos e metas conjuntamente delineadas considerando os recursos existentes e os resultados a alcançar, em consonância com a missão, os valores e a estratégia do CHAlgarve.

Idealmente o Processo de CI fica sob responsabilidade de uma equipa com atuação específica nas áreas de Planeamento e Controlo de Gestão, o que não dispensa a envolvimento e intervenção direta do CA no mesmo (imprescindível no que respeita à sua força vinculativa).

O Modelo que se apresenta em seguida, é desenvolvido tendo como referência a metodologia de contratualização apresentada pela ACSS para o ano de 2016.

9.1. Cronograma do Processo

Dando cumprimento à calendarização prevista na alínea b) da Cláusula 20ª do Contrato-Programa 2013-2015 e tendo por base os *timings* definidos pela ACSS para o Processo de Contratualização (Anexo 1), definiu-se o seguinte cronograma:

FASES	ano n-1										ano n												ano n+1		
	abr	mai	jun	jul	ago	set	out	nov	dez	jan	fev	mar	abr	mai	jun	jul	ago	set	out	nov	dez	jan	fev	mar	
1. Análise detalhada dos Serviços																									
2. Envio aos Departamentos das matrizes de contratualização para o ano n																									
3. Receção das propostas de produção e negociação interna das mesmas																									
Elaboração do Plano de Desempenho																									
Reuniões de Contratualização entre o CHAlgarve e a ARS																									
4. Reajustes																									
Assinatura do Contrato-Programa/Acordo Modificativo																									
5. Formalização dos "Acordos de Gestão"																									
6. Monitorização e acompanhamento																									
7. Avaliação do desempenho e emissão de Relatórios																									
8. Aplicação de penalizações e atribuição de incentivos																									

Fig. 9.1: Cronograma do processo de Contratualização Interna para o CHAlgarve

9.2. Análise detalhada dos Serviços: perfil assistencial/oferta de serviços, respostas à procura e capacidades instaladas

A determinação, em rigor, das necessidades atuais em Saúde da população da área de influência do CHAlgarve (evidenciada no SIGIC, CTH, MCDT, entre outros), bem como

a análise da evolução histórica da procura e ainda dos constrangimentos de acesso dos doentes aos cuidados de saúde, terá necessariamente que encetar os trabalhos a desenvolver.

A ter presente será o posicionamento do CHAlgarve na rede hospitalar do SNS, pertencente ao Grupo II, cujo perfil de saúde é definido pelo Ministério da Saúde na Portaria nº82/2014 de 10 de abril, determinando a oferta de serviços a ser disponibilizada à população que serve.

Uma vez efetuado o levantamento inicialmente referido, e tendo por base os dois anos anteriores, avaliar-se-á até que ponto a atuação de cada um dos Serviços assistenciais do CHAlgarve responde de forma eficaz às necessidades identificadas.

A par desta análise é necessário garantir a maximização na utilização dos recursos humanos e materiais ao dispor dos Serviços, aferindo previamente as respetivas capacidades instaladas.

Apenas para ilustrar, a análise da capacidade dos serviços ao nível dos recursos humanos assumiria o seguinte nível de detalhe:

	ANO x							
	nº de profissionais		nº horas extraordinárias	nº profissionais em regime de Prest. Serv.	Saídas previstas		Entradas previstas	
	necessários	existentes			por Aposentação	outro motivo	Contratações	Substituições
Médicos especialistas								
Médicos Internos com especialidade								
Médicos Internos								
Enfermeiros								
Técnicos Superiores de Saúde								
Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica								
Assistentes Técnicos								
Assistentes Operacionais								
Outros profissionais								
TOTAL								

Fig. 9.2: Capacidade instalada - Recursos Humanos

A título de exemplo, e para as principais linhas de atividade, este estudo prévio far-se-ia contemplando os itens da matriz abaixo:

LINHAS DE PRODUÇÃO	ITENS A ANALISAR
Consulta externa	<ul style="list-style-type: none"> - Dimensão e antiguidade da lista de espera para 1ª consulta por nível de prioridade - Taxa de resolução da lista de espera - Mediana do tempo de espera para consulta - Pedidos de 1ª consulta que ultrapassam o TMRG - Potencial de agendamento (capacidade instalada da consulta externa)
Atividade cirúrgica	<ul style="list-style-type: none"> - Tipo de GDH cirúrgicos, ICM cirúrgico... (avaliação da complexidade das cirurgias, duração...) - Taxa de utilização dos tempos operatórios - Dimensão da lista de inscritos para cirurgia (LIC) - Taxa de resolubilidade da LIC - Mediana do tempo de espera dos episódios em LIC - Tempo médio de espera dos episódios em LIC - Episódios em LIC com TMRG ultrapassado
Internamento	<ul style="list-style-type: none"> - Lotação por tipologia (camas de agudos, camas técnicas, cuidados continuados) - N.º doentes saídos (GDH, ICM) - Demora média - Taxa ocupação - Lotação - Taxa de reinternamento nos primeiros 5 dias - Taxa de infeções nosocomiais
Urgência	<ul style="list-style-type: none"> - N.º atendimentos por tipologia de SU (polivalente, médico-cirúrgica, básica / geral, pediátrica, obstétrica, de saúde mental) - Tempo médio de espera por prioridade clínica - N.º de Transferências inter-hospitalares - N.º de doentes internados - N.º doentes readmitidos no SU após 72h

Fig. 9.3: Matriz de análise das linhas de atividade

Nesta fase do processo terão que ficar respondidas, entre outras, as seguintes questões:

- Em que medida (ou em que áreas assistenciais/especialidades) a oferta assistencial do CHAlgarve para o período em análise, está de acordo com o seu perfil assistencial?
- Em que medida a oferta assistencial existente/prevista para o período em análise consegue (ou não) dar resposta, em tempo adequado, à procura explícita de cuidados de saúde?

Em ambos os casos, estas respostas permitem identificar a adequação (ou não) da atual capacidade instalada do CHAlgarve e, nas áreas clínicas/especialidades em que é insuficiente, quais os recursos em falta (humanos, técnicos, ...).

9.3. Definição e adaptação das matrizes de contratualização para o ano n

As matrizes de contratualização que se seguem seriam definidas com base nos itens do Contrato-Programa/Acordo Modificativo do ano anterior.

Antes de mais, porque no momento (em $n-1$) em que é necessário o seu envio aos Serviços (como forma de contributo/envolvência no processo de elaboração do Plano de Desempenho) é, por norma, ainda desconhecido o modelo de financiamento para o ano n , depois, porque se constata a repetição da grande maioria das linhas, programas e objetivos de um ano para o outro.

- Atividade Hospitalar

LINHAS DE PRODUÇÃO	Real		Proposta
	ano $n-2$	ano $n-1$	ano n
1. Consultas Externas			
nº Primeiras consultas médicas (s/ majoração)			
nº Primeiras consultas referenciadas (CTH)			
nº Primeiras consultas (Telemedicina)			
nº Primeiras consultas na comunidade (Saúde mental)			
nº Consultas subsequentes médicas (s/ majoração)			
nº Consultas subsequentes (Telemedicina)			
nº Consultas subsequentes na comunidade (Saúde mental)			

2. Internamento			
Doentes saídos			
GDH Médicos			
GDH Cirúrgicos			
GDH Cirúrgicos Urgentes			
Dias de internamento de doentes crónicos			
Doentes de psiquiatria crónicos no hospital			
Doentes de psiquiatria no exterior (Ordens religiosas)			
3. Episódios de GDH de Ambulatório			
GDH Cirúrgicos			
GDH Médicos			
4. Urgência			
Atendimentos (SU Polivalente)			
Atendimentos (SU Médico-Cirúrgica)			
Atendimentos (SU Básica)			
5. Sessões em Hospital de Dia			
Base			
Hematologia			
Imuno-Hemoterapia			
Psiquiatria			
6. Programas de gestão da doença crónica			
VIH/Sida (doentes em TARC)			
Tratamento de doentes com patologia oncológica - novos doentes			
Cancro do colon e reto (1º ano)			
Telemonitorização da DPOC			
nº doentes em tratamento (doente tratado/ano)			
Telemonitorização da EAM			
Elementos de telemonitorização			
nº doentes em tratamento (doente tratado/ano)			
Telemonitorização da ICC			
Elementos de telemonitorização			
nº doentes em tratamento (doente tratado/ano)			
Doenças Lisossomais de Sobre Carga (doentes em tratamento/equivalente ano)			
Doença de Gaucher			
Doença de Fabry			
7. PMA - Diagnóstico e tratamento da infertilidade			
Consultas de apoio à fertilidade			
Induções da ovulação (IO)			
8. Saúde sexual e reprodutiva			
IVG até 10 semanas			
Medicamentosa (nº IVG)			
Cirúrgica (nº IVG)			
Diagnóstico pré-natal			
Protocolo II			
9. Sessões de radioncologia			
Tratamentos simples			
Tratamentos complexos			
10. Serviços domiciliários			

Fig. 9.4: Matriz de proposta de produção

- Objetivos

CONSULTAS EXTERNAS			
OBJETIVOS NACIONAIS			
	Tipo de indicador: ACESSO		Proposta
	ano <i>n-2</i>	ano <i>n-1</i>	ano <i>n</i>
A.1 Percentagem de primeiras consultas médicas no total de consultas médicas			
nº de 1 ^{as} consultas* realizadas por profissionais médicos			
total de consultas* (incluindo 1 ^{as}) realizadas por profissionais médicos			
A.2 Peso das consultas externas médicas com registo de alta no total de consultas externas médicas			
nº de consultas externas médicas com registo de alta clínica			
total de consultas externas realizadas por profissionais médicos			
A.3.1 Percentagem de utentes referenciados dos cuidados de saúde primários para consulta externa atendidos em tempo adequado			
nº 1 ^{as} consultas com registo no CTH, realizadas dentro do TMRG			
nº de 1as consultas com registo no CTH			

** Inclui consultas com ou sem a presença do utente e consultas de telemedicina, quer para 1^{as} consultas quer para total de consulta*

OBJETIVOS REGIONAIS			
	Real		Proposta
	ano <i>n-2</i>	ano <i>n-1</i>	ano <i>n</i>
Percentagem de 1as consultas realizadas e registadas no CTH relativamente ao total de 1as consultas realizadas no hospital			
Percentagem de 1as consultas realizadas e registadas no CTH relativamente ao total de 1as consultas realizadas no hospital na especialidade de ortopedia			

Fig. 9.5: Matriz de proposta de metas - Consultas

ATIVIDADE CIRURGICA

OBJETIVOS NACIONAIS

	Tipo de indicador: ACESSO		
	Real		Proposta
	ano <i>n-2</i>	ano <i>n-1</i>	ano <i>n</i>
A.3.2 Percentagem de doentes cirúrgicos (neoplasias malignas) inscritos em LIC com tempo de espera inferior ou igual ao TMRG			
nº inscritos em LIC com neoplasias malignas, a aguardar cirurgia dentro do TMRG			
nº inscritos em LIC com neoplasias malignas			
A.3.3 Mediana de tempo de espera da LIC, em meses			
nº de meses de espera que separa a metade superior da metade inferior da LIC, ordenada de forma crescente			

Tipo de indicador: DESEMPENHO ASSISTENCIAL

B.3 Percentagem de cirurgias da anca efetuadas nas primeiras 48 horas			
nº episódios utentes com idade superior ou igual a 65 anos, com diagnóstico principal 820, com <u>cirurgia nas primeiras 48 horas após admissão</u>			
nº episódios utentes com idade superior ou igual a 65 anos, com diagnóstico principal 820, com cirurgia realizada			
B.4 Percentagem da cirurgias realizadas em ambulatório no total de cirurgias programadas (GDH) - para procedimentos ambulatorizáveis			
nº episódios de ambulatório, com procedimentos cirúrgicos ambulatorizáveis			
nº episódios de ambulatório e internamento, com procedimentos cirúrgicos ambulatorizáveis			
B.5 Percentagem de cirurgias realizadas em ambulatório, para procedimentos tendencialmente ambulatorizáveis			
nº episódios de ambulatório, com procedimentos cirúrgicos tendencialmente ambulatorizáveis			
nº episódios de ambulatório e internamento, com procedimentos cirúrgicos tendencialmente ambulatorizáveis			

OBJETIVOS REGIONAIS

	Real		Proposta
	ano <i>n-2</i>	ano <i>n-1</i>	ano <i>n</i>
Percentagem de episódios em LIC com tempo de espera superior ou igual a 12 meses			
Percentagem de episódios em LIC com tempo de espera superior ao TMRG na especialidade de ortopedia			
Percentagem de episódios cirúrgicos operados em hospitais de destino no total dos episódios operados no ano com origem no hospital em cirurgia programada			

Fig. 9.6: Matriz de proposta de metas - Atividade Cirúrgica

URGÊNCIA

OBJETIVOS NACIONAIS

	Tipo de indicador: ACESSO		Real	Proposta
	ano <i>n-2</i>	ano <i>n-1</i>	ano <i>n</i>	
A.3.4 Percentagem de episódios de urgência atendidos dentro do tempo de espera previsto no Protocolo de Triagem de Manchester				
n° de atendimentos no serviço de urgência, com triagem de Manchester, cujo tempo de espera respeitou o tempo previsto pelo Protocolo Triagem de Manchester, para a prioridade atribuída.				
n° de Atendimentos no serviço de urgência, com Triagem de Manchester.				
Tipo de indicador: DESEMPENHO				
U.1 Variação percentual de episódios de urgência com prioridade verde/azul/branca				
U.2 Variação percentual de episódios de urgência com Internamento				
U.3 Variação percentual de utilizadores frequentes (> 4 episódios)				
U.4 Rácio consultas externas/atendimentos em urgência				

Fig. 9.7: Matriz de proposta de metas - Urgência

INTERNAMENTO

OBJETIVOS NACIONAIS

	Tipo de indicador: ACESSO		Real	Proposta
	ano <i>n-2</i>	ano <i>n-1</i>	ano <i>n</i>	
A.3.5 Permilaagem de doentes sinalizados para a RNCCI, em tempo adequado, no total de doentes tratados				
nº de doentes sinalizados atempadamente*				
nº de doentes tratados				
Tipo de indicador: DESEMPENHO ASSISTENCIAL				
B.1 Percentagem de reinternamentos em 30 dias, na mesma grande categoria de diagnóstico				
nº episódios de reinternamento nos 30 dias posteriores à alta				
nº episódios de internamento com alta				
B.2 Percentagem de doentes saídos (DS) com duração de internamento acima do limiar máximo				
nº episódios com período de internamento superior ao limite máximo estabelecido para o GDH do episódio				
nº episódios de internamento com alta				
B.6 Índice de demora média ajustada				
nº dias de internamento de todos os doentes (com exceção dos dias de alta)				
nº episódios de internamento com alta				
B.7 Índice de mortalidade ajustada				
nº episódios de falecidos em internamento				
nº episódios de internamento com alta				
B.8 Índice risco e segurança do doente				
Sepsis Pós-operatória em cada 100.000 episódios de internamento				
Sepsis Pós-Cirurgia abdominal em cada 100.000 episódios de internamento				
Infeções da corrente sanguínea relacionada com cateter venoso central (adultos e neonatal) em cada 100.000 episódios de internamento				
Úlceras de pressão em cada 100.000 episódios de internamento				
Corpo Estranho deixado durante cirurgia em cada 100.000 episódios de internamento				
Ferida Pós-Cirurgia Abdominal em cada 100.000 episódios de internamento				
Hematoma ou Hemorragia Pós-operatória em cada 100.000 episódios de internamento				
Punção ou Laceração Acidental durante Cirurgia em cada 100.000 episódios de internamento				

* nº de doentes para eventual referência para a RNCCI, por parte da EGA, com registo efetuado até ao prazo limite estabelecido

Fig. 9.8: Matriz de proposta de metas – Internamento

MEDICAMENTOS

OBJETIVOS NACIONAIS

Tipo de indicador: DESEMPENHO ASSISTENCIAL	Real		Proposta
	ano <i>n-2</i>	ano <i>n-1</i>	ano <i>n</i>
B.9 Percentagem de embalagens de medicamentos genéricos prescritos, no total de embalagens de medicamentos prescritos			
n.º de embalagens de medicamentos genéricos prescritas			
n.º total de embalagens de medicamentos prescritas			

Fig. 9.9: Matriz de proposta de metas – Medicamentos

Após definidas, as matrizes seriam devidamente adaptadas consoante se trate de um Serviço cirúrgico, médico ou outro (como o Serviço de Urgência, por exemplo) e previamente preenchidos, pela equipa responsável pela CI, os dados relativos aos dois anos anteriores.

Em junho do *ano n-1*, o CA procederia ao seu envio, em suporte informático, aos Departamentos que se encarregariam de as remeter aos respetivos Serviços.

As mesmas teriam que ser devolvidas ao CA no prazo máximo de 30 dias, com as propostas de produção dos Serviços para o ano seguinte, devidamente validadas pelos Departamentos.

9.4. Receção das propostas de produção e negociação interna das mesmas

A negociação interna teria por base as propostas de produção e objetivos apresentadas pelos Serviços, sendo o foco das mesmas o alcance de valores consensuais que garantam níveis de reposta adequada e maximização das capacidades instaladas.

Para tal iria contribuir a análise antecedente dos Serviços, munindo a equipa responsável pela CI e o próprio CA de informação de suporte à consensualização de níveis de produção e objetivos exigentes, mas exequíveis.

Uma primeira fase envolveria apenas as equipas de gestão dos Serviços e a equipa responsável pela CI que reuniriam para preparar uma segunda fase, que já contemplaria

a presença do CA, da equipa responsável pela CI e as equipas de gestão dos Departamentos e dos Serviços.

O resultado das negociações faculta a fundamentação necessária para elaboração do Plano de Desempenho e cria igualmente uma base de trabalho para negociação externa do Contrato-Programa para o ano em causa.

Trata-se, portanto, da operacionalização de uma efetiva Gestão participada, por Objetivos em que se envolvem os principais “atores” numa fase de Planeamento, não cingindo a sua atuação à prestação de cuidados.

9.5. Renegociação com os Serviços pós reuniões de contratualização entre o CHAlgarve e a ARS

Daquilo que resulta das reuniões com o Departamento de Contratualização da ARS em outubro do ano anterior, e das próprias condições contratuais definidas para o ano a contratualizar e, entretanto, conhecidas, poderá decorrer a necessidade de reajustar os volumes acordados previamente entre os Departamentos e o CA, para o que se reserva o mês de novembro.

9.6. Formalização dos “Acordos de Gestão”

Dando cumprimento ao estipulado pela ACSS (na alínea c) na Cláusula 20ª no Contrato-Programa 2013-2015), e no sentido de assegurar que os compromissos e os objetivos decorrentes do Contrato-Programa assinado em dezembro são assumidos internamente pelo CHA, são firmados no início do ano os “Acordos de Gestão”.

Este documento traduzir-se-á na evidência formal, do processo de CI entre o CA e os Departamentos, ao nível da atividade contratualizada e dos objetivos estratégicos, indicadores, metas e iniciativas definidas para o *ano n*.

Como forma de aumentar o nível de compromisso, inclusive perante os pares, já que se trata da formalização de um acordo relativo a prestações que contribuem para o alcance

de um objetivo comum, preconiza-se que a assinatura dos “Acordos de Gestão” seja um ato público e divulgado pela comunidade hospitalar.

No Apêndice 1 é disponibilizada a Minuta proposta para o efeito, encontrando-se contemplado na mesma, entre outras:

- as obrigações dos Departamentos;
- o compromisso do Conselho de Administração.

À semelhança das matrizes de contratualização também este documento teria que ser alvo de adaptação às especificidades dos Departamentos em causa, nomeadamente no que concerne à sua Cláusula 3ª.

9.7. Monitorização e acompanhamento

A monitorização periódica (mensal e trimestral) da atividade e dos objetivos contratualizados traduz-se no acompanhamento dos respetivos níveis de execução ao longo de todo o ano.

Exatamente como pretendido pela ACSS (2016), monitorizar e acompanhar os “Acordos de Gestão” irá permitir identificar em tempo útil, os eventuais desvios e intervir atempadamente, para encontrar o diferencial entre resultados obtidos e resultados esperados, para partilhar e harmonizar os procedimentos e as boas práticas.

O modelo proposto prevê que mensalmente seja reportada aos Departamentos a análise da atividade mensal dos Serviços no que respeita ao cumprimento dos volumes de produção contratados, através do envio de um mapa resumo, conforme exemplar que seguidamente se apresenta:

	Produção		Objetivo pp mês	Realizado			Tx execução	Desvio	Objetivo próx. mês
	contratada	por atingir		mês do ano n-1	mês do ano n	acumulado ano n			
	(1)	(1) - (2)	(4)	(3)	(2)	(3) / (4)	(3) - (4)		
1. Consultas Externas									
nº Primeiras consultas médicas (s/ majoração)	50.000	17.500	4.167		3.000	32.500	72,0%	-1.167	5.334 a)
nº Primeiras consultas referenciadas (CTH)									
nº Primeiras consultas (Telemedicina)									
nº Primeiras consultas na comunidade (Saúde mental)									
nº Consultas subsequentes médicas (s/ majoração)	200.000	45.000	16.667		17.100	155.000	102,6%	433	b)
nº Consultas subsequentes (Telemedicina)									
nº Consultas subsequentes na comunidade (Saúde mental)									
2. Internamento									
Doentes saídos									
GDH Médicos									
GDH Cirúrgicos									
GDH Cirúrgicos Urgentes									
Dias de internamento de doentes crónicos									
Doentes de psiquiatria crónicos no hospital									
Doentes de psiquiatria no exterior (Ordens religiosas)									
3. Episódios de GDH de Ambulatório									
GDH Cirúrgicos									
GDH Médicos									
4. Urgência									
Atendimentos (SU Polivalente)									
Atendimentos (SU Médico-Cirúrgica)									
Atendimentos (SU Básica)									
5. Sessões em Hospital de Dia									
Base									
Hematologia									
Imuno-Hemoterapia									
Psiquiatria									
6. Programas de gestão da doença crónica									
VIH/Sida (doentes em TARC)									
Tratamento de doentes com patologia oncológica - novos doentes									
Cancro ddo colon e reto (1º ano)									
Telemonitorizaçãoda DPOC									
nº doentes em tratamento (doente tratado/ano)									
Telemonitorizaçãoda EAM									
Elementos de telemnitorização									
nº doentes em tratamento (doente tratado/ano)									
Telemonitorizaçãoda ICC									
Elementos de telemnitorização									
nº doentes em tratamento (doente tratado/ano)									
Doenças Lisossomais de Sobre Carga (doentes em tratamento/equivalente ano)									
Doença de Gaucher									
Doença de Fabry									
7. PMA - Diagnóstico e tratamento da infertilidade									
Consultas de apoio à fertilidade									
Induções da ovulação (IO)									
8. Saúde sexual e reprodutiva									
IVG até 10 semanas									
Medicamentosa (nº IVG)									
Cirúrgica (nº IVG)									
Diagnóstico pré-natal									
Protocolo II									
9. Sessões de radioncologia									
Tratamentos simples									
Tratamentos complexos									
10. Serviços domiciliários									

Fig. 9.10: Mapa de monitorização mensal da atividade

O volume de produção definido como objetivo para o próprio mês é inicialmente calculado pela repartição da produção total contratada para determinada linha, pelos meses do ano, sendo que, consoante a taxa de execução mensal apresentada é calculado

o objetivo do mês seguinte, onde poderá ser diluído um eventual desvio ocorrido (ou parte dele).

Tomando como exemplo os valores apresentados na Figura 9.10, e especificamente na linha identificada com *a*) o volume de produção anual acordado para “Primeiras consultas médicas (s/ majoração) ” foi 50.000, traduzindo-se no objetivo mensal médio de 4.167. Considerando que naquele mês o Serviço ficou aquém do objetivo em 1.167 consultas (taxa de execução de 72%), este desvio negativo foi acoplado ao objetivo do mês seguinte ($5.334 = 4.167 + 1.167$).

Uma vez identificados desvios relativamente aos níveis de produção esperados para um determinado mês, o Serviço dispõe de cinco dias para apresentar as respectivas causas, bem como as medidas adotadas e/ou propostas para a sua correção, conforme previsto na Clausula 4ª do “Acordo de Gestão”.

Sempre que o nível de desvio detetado o justifique, poderá ser ainda solicitada a formalização de tais medidas em documento validado pelo Departamento, a submeter à aprovação do CA (exemplo abaixo).

LINHAS DE PRODUÇÃO	Objetivo	Realizado	Desvio		Justificação	Medidas adotadas		Medidas propostas	
			valor	%		descrição	responsabilidade	descrição	responsabilidade

Fig. 9.11: Minuta para justificação de desvios

Neste contexto não será de rejeitar a possibilidade de se considerarem eventuais “imprevistos” não imputáveis aos Serviços que poderão obrigar a um reajuste dos volumes de produção contratados.

Já na linha identificada com *b*), no que respeita às “Consultas subsequentes médicas (s/ majoração) ”, verifica-se uma taxa de execução acima dos 100% o que seria merecedor

de análise e ponderação entre o aumento dos volumes anuais acordados ou uma diminuição do volume a atingir no mês seguinte.

Portanto, inversamente ao que se verificou em a) poderão ser identificados resultados a potenciar, e também desses decorrer a necessidade dos reajustes atrás referidos.

Trimestralmente (em abril, julho e outubro) aferir-se-ia simultaneamente o cumprimento dos Objetivos nacionais e regionais, em reunião de avaliação de desempenho dos Serviços com a presença do CA, da equipa responsável pela CI e das equipas de gestão dos Departamentos e dos Serviços.

Acompanhando a atuação ao nível da atividade contratada, também um afastamento negativo dos níveis a atingir no trimestre poderia requerer uma justificação formal e a apresentação de um “plano de recuperação” ou a alteração das metas definidas. Esta alteração seria igualmente de ponderar caso o Serviço superasse os níveis fixados para o trimestre.

9.8. Avaliação do desempenho e emissão de relatórios

Depois de terminado o ano, a equipa responsável pelo processo de CI deverá elaborar um Relatório Final de análise à execução do “Acordo de Gestão” de cada Serviço, a ser reportado quer ao CA quer às equipas de gestão dos respetivos Departamentos e Serviços.

A espelhar os níveis de execução atingidos ao nível das linhas de produção, teríamos o mapa representado pela Figura 9.12.

Semelhante análise seria igualmente realizada no que respeita aos níveis de cumprimento das metas dos Indicadores.

	Volume contratado	Volume realizado		desvio	TAXA EXECUÇÃO
		ano n-1	ano n		
1. Consultas Externas					
nº Primeiras consultas médicas (s/ majoração)					
nº Primeiras consultas referenciadas (CTH)					
nº Primeiras consultas (Telemedicina)					
nº Primeiras consultas na comunidade (Saúde mental)					
nº Consultas subsequentes médicas (s/ majoração)					
nº Consultas subsequentes (Telemedicina)					
nº Consultas subsequentes na comunidade (Saúde mental)					
2. Internamento					
Doentes saídos					
GDH Médicos					
GDH Cirúrgicos					
GDH Cirúrgicos Urgentes					
Dias de internamento de doentes crónicos					
Doentes de psiquiatria crónicos no hospital					
Doentes de psiquiatria no exterior (Ordens religiosas)					
3. Episódios de GDH de Ambulatório					
GDH Cirúrgicos					
GDH Médicos					
4. Urgência					
Atendimentos (SU Polivalente)					
Atendimentos (SU Médico-Cirúrgica)					
Atendimentos (SU Básica)					
5. Sessões em Hospital de Dia					
Base					
Hematologia					
Imuno-Hemoterapia					
Psiquiatria					
6. Programas de gestão da doença crónica					
VIH/Sida (doentes em TARC)					
Tratamento de doentes com patologia oncológica - novos doentes					
Cancro do colon e reto (1º ano)					
Telemonitorizaçãoda DPOC					
nº doentes em tratamento (doente tratado/ano)					
Telemonitorizaçãoda EAM					
Elementos de telemonitorização					
nº doentes em tratamento (doente tratado/ano)					
Telemonitorizaçãoda ICC					
Elementos de telemonitorização					
nº doentes em tratamento (doente tratado/ano)					
Doenças Lisossomais de Sobre Carga (doentes em tratamento/equivalente ano)					
Doença de Gaucher					
Doença de Fabry					
7. PMA - Diagnóstico e tratamento da infertilidade					
Consultas de apoio à fertilidade					
Induções da ovulação (IO)					
8. Saúde sexual e reprodutiva					
IVG até 10 semanas					
Medicamentosa (nº IVG)					
Cirúrgica (nº IVG)					
Diagnóstico pré-natal					
Protocolo II					
9. Sessões de radioncologia					
Tratamentos simples					
Tratamentos complexos					
10. Serviços domiciliários					

Fig. 9.12: Mapa de Avaliação de Desempenho

Considerando a última fase do ciclo da Gestão por Objetivos, desta avaliação global do desempenho de cada Serviço partiria a aplicação de penalizações pelo incumprimento ou

a atribuição de incentivos como forma de premiar e estimular os bons níveis de desempenho.

Os critérios de atribuição estariam em consonância com as regras de remuneração que a ACSS definiu para o Hospital para o ano *n*, o que os torna claros e incontroversos.

Tratam-se, ainda assim, de critérios genéricos podendo a análise do comportamento dos Serviços ao longo do período ou até razões de ordem estratégica levar à definição de critérios mais específicos por parte do próprio CA, com a intenção de incentivar ou reprimir volumes de produção de linhas específicas.

Propõe-se assim no presente Modelo, que os Serviços fossem penalizados pela constatação de:

- Linhas de produção em que as unidades realizadas são inferiores a 75% do volume contratado;
- Indicadores cujo valor se apresente inferior à meta definida para o ano *n*.

Os incentivos seriam de atribuir aos Serviços onde se verificasse cumulativamente o seguinte:

- Inexistência de situações penalizáveis;
- Linhas de produção (todas) com unidades realizadas correspondentes, no mínimo, a 90% do volume contratado.

Estes critérios constam do Clausulado do “Acordo de Gestão” para que a transparência do sistema implementado projete uma imagem de equidade, pretendendo-se que sejam percebidos como justos e objetivos.

9.9. Aplicação de penalizações e atribuição de incentivos

Para uma empresa funcionar dentro de certos padrões de operação, deve dispor de um sistema de recompensas, isto é, incentivos que cumpram a função de reter seus colaboradores produtivos e satisfeitos. (Chiavenato, 2006)

A última alínea da Clausula 20ª do Contrato-Programa 2013-2015 prevê a definição de um plano de incentivos/investimentos de acordo com o cumprimento de indicadores.

Um sistema de incentivos e penalizações traduz-se na forma de elevar os níveis de responsabilização e tornar o processo consequente, sendo, por isso, o culminar do ciclo da Gestão por Objetivos.

Por norma um sistema de incentivos tem implícita uma compensação financeira, seja ela de caráter individual ou coletivo.

Ferreira (2003) refere que a desejabilidade dos incentivos de grupo (grupos com um número restrito de médicos) parece superar a dos incentivos estritamente individuais, dado o facto de os primeiros estimularem um espírito de cooperação na atividade clínica, mais custo-efetivo, mais favorecedor da satisfação dos médicos e com menores custos administrativos.

Sabendo-se de antemão que atualmente a situação dos hospitais e dos organismos públicos em geral não permite compensar financeiramente, o sistema definido procura ser uma alternativa a essa situação, não deixando de representar um “prémio” e um fator motivacional ou reprovador, para as equipas que o receberão.

Mais uma vez indo de encontro às orientações da ACSS (2016) e no intuito de valorizar a diferenciação, o empenho, o trabalho desenvolvido e os resultados obtidos e para reconhecer o mérito, estabelecem-se como Incentivos a atribuir aos Serviços em função dos resultados alcançados:

- Reconhecimento do mérito de determinado Serviço, publicamente e inter pares;

Trata-se de uma componente fortemente motivadora introduzida pela Gestão por Objetivos, como resposta à necessidade de obtenção de *feedback* conferindo sentido à atuação e reforçando-a quando reconhecida como bem-sucedida.

Embora a componente financeira seja um dos instrumentos mais utilizados pelas organizações para obter o empenho dos seus colaboradores, esta é reconhecida como um fator de satisfação, enquanto o reconhecimento afirma-se como um verdadeiro fator de motivação.

Ao ser reconhecido um desempenho notável, proporcionam-se efeitos como a visibilidade na organização, o prestígio entre os colegas, bem como um sentimento de orgulho e motivação acrescida pelo sucesso e reforço positivo em termos de cultura organizacional, ao apontar um Serviço como exemplo a seguir.

- Priorização do investimento nas carências / modernização de equipamentos do Serviço no ano seguinte;
- Aumento do número de dias autorizados para participação dos elementos do Serviço em ações formativas;
- Apoio ao desenvolvimento de projetos de investigação por parte dos elementos do Serviço;
- Priorização dos colaboradores do Serviço no que respeita às oportunidades de acesso a um contexto académico no âmbito da investigação, tecnologia e inovação, e ensino e formação decorrente do Protocolo de Colaboração entre CHAlgarve e o Centro Hospitalar de Lisboa Norte.

Assume-se nos Incentivos anteriores que a realização pessoal é um fator altamente motivador, na medida que capacita os profissionais de elevados níveis de autonomia e gera altruísmo e prestígio para o próprio e conseqüentemente para o Serviço.

Premiar o bom desempenho é, simultaneamente desincentivar o mau desempenho que, numa fase de robustez do processo, seria desejável reprimir através, entre outras, das seguintes formas:

- Publicitação dos respetivos resultados;
- Postergação do investimento no ano seguinte, salvo situações que venham a por em causa o cabal funcionamento do Serviço;
- Inibição à participação dos colaboradores do Serviços em ações formativas no ano seguinte;
- Inibição ao desenvolvimento de projetos de investigação por parte dos elementos do Serviço;
- Formalização de um compromisso para a reversão dos resultados apresentados, no ano seguinte.

Cada ciclo de Gestão participada, por Objetivos que se completa contemplando a elaboração do Plano de Desempenho, a Contratualização Interna (e respetiva monitorização e acompanhamento) e uma Avaliação de Desempenho (associada a um sistema de penalizações e incentivos), tem impacto na redefinição futura de objetivos e na própria dinâmica deste sistema de Gestão face ao conhecimento e aprendizagem que estes ciclos propiciam.

9.10. Mapa resumo do Processo

FASES	INTERVENIENTES	INCUMBÊNCIAS
1. Análise detalhada dos Serviços	Equipa responsável pelo Processo CI	Avaliação da resposta dos Serviços às necessidades em saúde da população e do nível de eficiência no uso dos recursos disponíveis
2. Definição e adaptação das matrizes de contratualização para o ano <i>n</i>	Equipa responsável pelo Processo CI	Definição das matrizes tendo por base o processo de contratualização do ano anterior e adaptação das mesmas à tipologia de serviços
3. Envio das matrizes de contratualização	Conselho de Administração	Envio das matrizes aos Departamentos (que as fazem chegar aos Serviços) em suporte informático, estabelecendo 30 dias como limite para devolução das respetivas propostas de produção para o ano <i>n</i>
4. Receção das propostas de produção e negociação interna das mesmas	Conselho de Administração	Reunião de negociação
	Equipa responsável pelo Processo CI	Reuniões preparatória e de negociação
	Equipas de gestão dos Departamentos	Reunião de negociação
	Equipas de gestão dos Serviços	Reuniões preparatória e de negociação
5. Renegociação pós reuniões de contratualização com a ARS	Conselho de Administração	Possível reajuste dos valores anteriormente acordados
	Equipas de gestão dos Departamentos	
6. Formalização dos "Acordos de Gestão"	Conselho de Administração	Outorgante
	Equipa responsável pelo Processo CI	Preparação dos Acordos
	Equipas de gestão dos Departamentos	Outorgantes
7. Monitorização e acompanhamento	Conselho de Administração	Reuniões trimestrais
	Equipa responsável pelo Processo CI	Reuniões mensais e trimestrais
	Equipas de gestão dos Departamentos	Reuniões trimestrais
	Equipas de gestão dos Serviços	Reuniões mensais e trimestrais
8. Avaliação do desempenho e emissão de Relatórios	Equipa responsável pelo Processo CI	Realização e envio dos Relatórios de desempenho anual ao Conselho de Administração e aos respetivos Departamentos e Serviços
9. Aplicação de penalizações e atribuição de incentivos	Conselho de Administração	Decisão, de entre os incentivos e penalizações possíveis, da respetiva aplicação e comunicação aos Departamentos

Fig. 9.13: Processo de Contratualização Interna no CHAlgarve

10. O *BALANCED SCORECARD* NO MODELO DO PROCESSO DE CONTRATUALIZAÇÃO INTERNA A IMPLEMENTAR NO CENTRO HOSPITALAR DO ALGARVE

Anteriormente propôs-se a realização de um Acordo de Gestão entre o CA e os Departamentos, de modo a não comprometer o cumprimento do Contrato-Programa.

A atual estrutura orgânica do CHAlgarve dita que tal compromisso deverá ser interiorizado na prática dos Serviços mediante o envolvimento de todos os profissionais, designadamente: os seus diretor e enfermeiro chefe, as equipas médicas e de enfermagem, os assistentes operacionais e administrativos e demais profissionais dos Serviços.

Conforme constatado, a Contratualização Interna é, além da transposição do contratado externamente para a esfera interna, uma oportunidade de implementação de uma Gestão por Objetivos e, nesta perspetiva, o *Balanced Scorecard* (BSC) revela-se uma ferramenta adequada.

A metodologia BSC, adaptada à estrutura organizacional do CHAlgarve, é aliás apresentada na alínea a) da Cláusula 20ª do respetivo Contrato-Programa 2013-15 (prorrogado para 2016) como o meio para o desenvolvimento do processo de contratualização interno.

Trata-se de uma ferramenta de controlo de gestão desenvolvida para o setor privado e que tem vindo a ser adotada com sucesso pelas instituições do setor da saúde a nível mundial.

Assente no pressuposto de que aquilo que não se consegue medir, não pode ser melhorado, o BSC foi desenvolvido nos Estados Unidos por Robert Kaplan e David Norton no início da década de 90 como um instrumento de avaliação da *performance* organizacional através de um conjunto de indicadores-chave (*Key Performance Indicators* - KPI), tendo evoluído para uma metodologia de gestão estratégica, na medida em que explana as ações a desenvolver para o alcance dos objetivos definidos.

Sousa e Rodrigues (2002) referem que o BSC rapidamente evoluiu para um sistema de comunicação e de alinhamento da organização com novas estratégias, tornando-se numa metodologia de clarificação e implementação da estratégia.

O modelo permite então traduzir a estratégia definida pela gestão de topo em indicadores (de objetivos) e respetivas metas abrangendo as seguintes dimensões organizacionais: financeira, do cliente, dos processos internos e da aprendizagem e crescimento.

O BSC revela-se desta forma indutor da comunicação, envolvimento e alinhamento dos colaboradores e ainda do ajustamento dos recursos da organização.

É de salientar que as três últimas dimensões referidas entendem-se como *drivers* para a criação de valor/ganhos em saúde, permitindo um redireccionamento do foco no volume para o foco nos resultados.

A propósito, Porter e Lee (2013) recomendam a maximização do valor para os utilizadores, definindo-o como o rácio entre os resultados em saúde relevantes para o doente e o custo de obter esses resultados, com implicações ao nível da reestruturação do modo como se organizam, medem e reembolsam os cuidados de saúde.

Kaplan e Norton sugerem que as quatro dimensões deverão estar em equilíbrio, existindo uma relação causa-efeito entre as diferentes perspetivas. As inter-relações entre todas as elas são geradoras de um encadeamento de ações que conduzem ao cumprimento da estratégia.

Através do BSC é ainda garantida a função controlo e é apoiada a tomada de decisões.

De entre os benefícios apontados por Walker e Dunn (2006), na utilização do BSC pelos hospitais destacam-se:

- O alinhamento do hospital em torno de uma estratégia mais centrada no utente;
- A atribuição de responsabilidades pelo desempenho hospitalar;
- A simplificação, monitorização e avaliação da implementação dos objetivos estratégicos;
- A criação de um mecanismo de comunicação e colaboração entre os profissionais.

De igual forma há a considerar constrangimentos como os conflitos de interesses, as limitações dos sistemas de informação e o desconhecimento da metodologia BSC, entre outros.

Uma vez desenvolvido para o setor empresarial privado, com fins lucrativos, a conceção do BSC requer uma adaptação aos hospitais públicos já que a perspetiva financeira representa uma limitação e não um objetivo dos mesmos.

Assim, no âmbito do processo de Contratualização Interna do CHAlgarve, propõe-se que as perspetivas a considerar para definição de objetivos e indicadores dos BSC dos Serviços sejam:

- i. Capacidade organizacional, na ótica do conhecimento e da inovação;
- ii. Processos internos, no que respeita à eficiência na utilização dos recursos e à criação de valor;
- iii. Utentes/*Stakeholders*, no âmbito do seu acesso e satisfação;
- iv. Desempenho económico-financeiro, no que se refere à sustentabilidade.

Assentes nas óticas da eficiência, da criação de valor e da sustentabilidade do sistema (e não exclusivamente da instituição), Ribeiro *et al.* (2017) propõem uma quinta dimensão: a perspetiva inter-institucional, que preconiza uma maior cooperação e articulação com os cuidados de saúde primários e com outros hospitais pertencentes ao Serviço Nacional de Saúde.

Através de uma analogia com a gestão doméstica, relativamente à cooperação os autores defendem a distribuição de recursos, capacidades e competências entre os diferentes níveis de prestação do sistema. No que respeita à articulação, focam a necessidade de fomentar a comunicação entre instituições, vislumbrando uma redução de gastos e melhoria de resultados de forma conjunta.

O painel de indicadores do BSC dos Serviços no CHAlgarve contemplaria uma interseção entre os indicadores contratualizados externamente e considerados KPI para o Serviço, e outros que sejam conducentes ao cumprimento dos objetivos estratégicos de cada Serviço (decorrentes das orientações estratégicas do Departamento que integram).

No âmbito da quinta dimensão, Ribeiro *et al.* (2017) revelam ter experienciado o uso de indicadores propostos pelos próprios Serviços (com base no seu relacionamento com os cuidados de saúde primários e com outros hospitais), bem como decorrentes de encontros periódicos entre o CA e os cuidados primários na perspetiva de serem acordadas as melhores formas de articulação.

Abaixo apresenta-se a distribuição dos indicadores dos Objetivos Nacionais presentes no Acordo Modificativo do CHAlgarve para 2016 (e acrescentam-se outros considerados estratégicos) pelas perspetivas do BSC propostas:

INDICADORES	KPI	METAS			
		Departamento	Serviço A	Serviço B	Serviço C
I. Capacidade organizacional					
A. Aumentar conhecimento e competências					
% cumprimento do Plano de Formação anual da Instituição					
nº Atividades de formação ministradas					
nº Idoneidades formativas					
nº Internos					
nº Projetos de criação de Centros de Referência					
nº Ensaio Clínicos realizados					
nº Publicações e Comunicações Científicas					
B. Inovar					
nº Programas e Técnicas Inovadoras introduzidas na Prática Clínica					
nº Projetos na área do <i>e-Health</i>					
II. Processos internos					
A. Melhorar processos					
% reinternamentos em 30 dias, na mesma Grande Categoria de Diagnóstico					
% cirurgias da anca efetuadas nas primeiras 48 horas					
% cirurgias realizadas em ambulatório no total de cirurgias programadas (GDH) – para procedimentos ambulatorizáveis					
% cirurgias realizadas em ambulatório, para procedimentos tendencialmente ambulatorizáveis					
Índice de Mortalidade Ajustada					
Índice de risco e segurança do doente					
% embalagens de medicamentos genéricos prescritos, no total de embalagens de medicamentos prescritos					
B. Reduzir ciclos de tempo					
% doentes saídos com duração de internamento acima do limiar máximo					
Índice de Demora Média Ajustada					

INDICADORES	KPI	METAS			
		Departamento	Serviço A	Serviço B	Serviço C
III. Utentes/Stakeholders					
A. Reduzir tempos de espera					
% utentes referenciados dos cuidados de saúde primários para consulta externa atendidos em tempo adequado					
% doentes inscritos em LIC (neoplasias malignas) com tempo de espera \leq TMRG					
Mediana de tempo de espera da LIC, em meses					
Permilagem de doentes sinalizados para a RNCCI, em tempo adequado, no total de doentes tratados					
B. Melhorar o acesso					
% primeiras consultas médicas no total de consultas médicas					
% consultas externas médicas com registo de alta no total de consultas externas médicas					
% episódios de urgência atendidos dentro do tempo de espera previsto no protocolo de triagem					
IV. Desempenho Económico e Financeiro					
A. Reduzir custos					
% Custos com Horas Extraordinárias, Suplementos e FSE (seleccionados), no Total de Custos com Pessoal					
Resultado antes de juros, impostos, amortizações e depreciações (EBITDA)					
Acréscimo de dívida vencida (fornecedores externos)					
% proveitos operacionais extra contrato-programa, no total de proveitos operacionais					

Fig. 10.1: *Balanced Scorecard* dos Serviços no CHAlgarve

Deste modo, é comunicado a todos os colaboradores de uma forma clara e concreta quais as iniciativas a levar a cabo e o nível de desempenho a alcançar, para que o Serviço conquiste os resultados planeados. Assente nesta metodologia, os Serviços focam a sua atenção, havendo uma orientação e motivação dos colaboradores e um alinhamento das suas atividades diárias com os objetivos a atingir.

Simultaneamente é garantida uma perspetiva evolutiva permanente, assim como o *feedback* e a aprendizagem resultante das ações e dos resultados alcançados, de modo a facilitar a revisão das próprias estratégias dos Serviços.

O impacto do BSC dependerá da sua aceitação pelos Serviços a qual se obtém através de consensos. Os objetivos específicos deverão ser por isso acordados entre os Departamentos e os Serviços no âmbito de cada perspetiva, bem como os indicadores para monitorização dos mesmos e respetivas metas. Naturalmente decorrerão as iniciativas que serão implementadas para cumprimento dos objetivos.

Para cada indicador deverá ser construído um “Bilhete de Identidade”, que permita a comparabilidade entre Serviços, definindo:

- i. Código de indicador;
- ii. Período aplicável;
- iii. Objetivo;
- iv. Descrição;
- v. Unidade de medida;
- vi. Periodicidade de monitorização;
- vii. Fonte de recolha de dados (para cálculo do indicador) /Base da monitorização;
- viii. Responsável pela monitorização;
- ix. Fórmula;
- x. Variáveis e respetiva definição, fonte de informação e unidade de medida;
- xi. Peso relativo do objetivo no conjunto dos objetivos do serviço;
- xii. Outras observações.

À semelhança do proposto relativamente ao Acordo de Gestão entre o CA e os Departamentos, também ao nível dos Serviços são fundamentais a monitorização e avaliação dos indicadores que corporizam cada BSC, de forma a acompanhá-los e a torná-los consequentes.

O BSC de cada Serviço seria vigente por um período de três anos, após testada a validade e viabilidade dos objetivos definidos, sendo que a vertente flexível e dinâmica desta ferramenta é facilitadora de uma eventual mudança estratégica durante o referido período.

11. LIMITAÇÕES, CONCLUSÕES E PERSPETIVAS FUTURAS

O Trabalho de Projeto inicialmente proposto consistia no desenvolvimento de um Modelo de Contratualização Interna adaptado especificamente ao Serviço de Cirurgia Geral 3 do Centro Hospitalar do Algarve, com implementação, a título de projeto-piloto, no ano de 2016.

No entanto, circunstâncias alheias levaram a uma adaptação desta proposta resultando o Trabalho de Projeto na criação de um Modelo de Contratualização Interna generalista, capaz de ser aplicado a todos os Departamentos da Instituição.

Desde logo a mudança do CA do CHAlgarve em março de 2016, dois meses após o início dos trabalhos com o Serviço de Cirurgia 3, cuja Direção permaneceu em "gestão-corrente" até agosto (quando vem a ser renomeada pelo novo CA).

A disponibilidade por parte do Diretor do Serviço para colaboração no Projeto, esteve assim largos meses comprometida, não só pela incerteza relativa à sua renomeação, como pela ausência de garantia de interesse no mesmo por parte de uma outra Direção.

Acresce a implementação tardia do processo de Contratualização Externa para 2016 (decorrente da aprovação do Orçamento do Estado apenas em 30 março), que não permitiu adequar os *timings* de um processo de negociação de produção a contratualizar com o Serviço para aquele ano, com a produção efetiva que ocorria já há 3 meses.

Integrada na Direção de Produção, com relativa facilidade percecionei que ainda que naquelas circunstâncias não fosse viável avançar com o teste do Modelo a criar concretamente para a área cirúrgica, não menos pertinente seria desenvolvê-lo numa perspetiva de aplicabilidade global, estendendo-se a todas as tipologias de Serviços.

A lacuna que se vem verificando entre o período em que decorre a atividade que corporiza aquilo a que o Hospital se obriga perante o Órgão Tutelar, e o assumir dessa responsabilidade, foi precisamente o ponto de partida.

Este *delay* condena, a partida, a efetividade de uma possível Contratualização Interna.

Conclui-se que a forma como se encontra previsto pela ACSS que decorra o processo de Contratualização Externa e conseqüentemente Interna encontra reflexo num Modelo de Gestão participada por Objetivos, falhando, no entanto, o seu cumprimento.

Portanto, um clima de empenho e conseqüente compromisso em torno dos objetivos estabelecidos numa fase de planeamento da atividade afigura-se como condição de sucesso no alcance dos resultados pretendidos.

Ficam por aprofundar as hipóteses que poderiam justificar o facto de se ter constatado que, até à data, não foi operacionalizado o que afinal se encontra perfeitamente delineado e já implementado noutros Centros Hospitalares do país (no Centro Hospitalar de Leiria, de Lisboa Central, do Tâmega e Sousa, entre outros).

Os hospitais são organizações extraordinariamente complexas pela utilização intensiva de recursos humanos, capital, tecnologia e conhecimento. Drucker (2001) afirmou mesmo que representam a forma mais complexa de organização humana que alguma vez se pretendeu gerir.

Tendo presente esta realidade não poderá deixar de ficar em aberto a evolução do Modelo criado, nomeadamente na perspetiva da customização do mesmo às especificidades do CHAlgarve.

A aproximação aos resultados desejados terá que ser gradual contemplando as inerentes limitações e constrangimentos, responsabilizando as partes por uma melhor articulação e comunicação, pela consolidação de parcerias internas e revisão conjunta dos processos.

Acredita-se que o Modelo proposto só funcionará e produzirá os efeitos desejados se for dinâmico, de forma a permitir uma melhoria e aperfeiçoamento contínuo, e descentralizado envolvendo todos os profissionais, levando a que estes se revejam nele.

O seu sucesso dependerá ainda da estrutura interna, da liderança, da comunicação, e, de forma transversal, da qualidade do sistema de informação.

Idealmente a sua implementação deverá ser feita, numa fase inicial e a título experimental, apenas num Serviço médico e noutro cirúrgico, e depois de devidamente testado e adaptado a situações apenas detetáveis nesta fase, estendido aos demais Serviços.

Muito embora haja ainda um longo caminho a percorrer até ao alcance da excelência no desenvolvimento e implementação da Contratualização Interna no CHAlgarve, importa ter presente que um processo de Contratualização Interna constitui uma oportunidade de evolução da maturidade organizativa da Instituição.

12. REFERÊNCIAS

12.1. Bibliográficas

- Administração Central do Sistema de Saúde (2011) *Manual do Processo de Contratualização – Hospitais e ULS*, Unidade Operacional de Financiamento e Contratualização
- Administração Central do Sistema de Saúde (2013) *Contrato-Programa 2014 Metodologia para definição de preços e fixação de objetivos*
- Administração Central do Sistema de Saúde (2014) *Contrato-Programa 2015 Metodologia para definição de preços e fixação de objetivos*
- Administração Central do Sistema de Saúde (2016) *Termos de Referência para contratualização hospitalar no SNS – Contrato-Programa 2016*
- Administração Central do Sistema de Saúde (2014) *Circular Normativa nº 13/2014/DPS/ACSS*
- Administração Central do Sistema de Saúde (2016) *Circular Normativa 16/2016/DPS/ACSS*
- Albuquerque, F., Marcelino, M., Cariano, A. (2015) *A comparabilidade do EBITDA reportado pelas entidades cotadas em Portugal*. Ordem dos Técnicos Oficiais de Contas
- Antunes, M. J. (2000) *A doença da saúde Serviço Nacional de Saúde: ineficiência e desperdício*, Quetzal Editores
- Barros, P. P. & Gomes J.-P. (2002) *Os Sistemas Nacionais de Saúde da União Europeia, Principais Modelos de Gestão Hospitalar e Eficiência no Sistema Hospitalar Português*. Gabinete de Análise Económica da Faculdade de Economia da Universidade Nova de Lisboa
- Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio, SA (2005) Contrato-Programa para 2005
- Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio, EPE (2006) Contrato-Programa para 2006
- Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio, EPE (2006) Adenda ao Contrato-Programa para 2006
- Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio, EPE (2006) Contrato-Programa para o triénio 2007-2009
- Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio, EPE (2008) Acordo Modificativo 2008 ao Contrato-Programa 2007-2009

- Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio, EPE (2009) Acordo Modificativo 2009 ao Contrato-Programa 2007-2009
- Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio, EPE (2010) Acordo Modificativo 2010 ao Contrato-Programa 2007-2009
- Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio, EPE (2011) Acordo Modificativo 2011 ao Contrato-Programa 2007-2009
- Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio, EPE (2012) Acordo Modificativo 2012 ao Contrato-Programa 2007-2009
- Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio, EPE (2013) Contrato-Programa para o triénio 2013-2015
- Centro Hospitalar do Algarve, EPE (2014) Contrato-Programa para o triénio 2013-2015
- Centro Hospitalar do Algarve, EPE (2014) Acordo Modificativo 2014 ao Contrato-Programa 2013-2015
- Centro Hospitalar do Algarve, EPE (2015) Acordo Modificativo 2015 ao Contrato-Programa 2013-2015
- Centro Hospitalar do Algarve, EPE (2016) Adenda ao Acordo Modificativo 2015 ao Contrato-Programa 2013-2015
- Centro Hospitalar do Algarve, EPE (2016) Acordo Modificativo 2016 ao Contrato-Programa 2013-2015
- Centro Hospitalar do Algarve, EPE (2015) Relatório de Gestão e Contas 2014
- Centro Hospitalar do Algarve, EPE (2016) Relatório de Gestão e Contas 2015
- Chiavenato, I. (2006) *Recursos Humanos: o capital humano das organizações*, 8ª edição, São Paulo, Atlas
- Direção-Geral da Saúde (2015) Plano Nacional de Saúde Revisão e Extensão a 2020
- Drucker, P. F. (2001) *The Essential Drucker*, traduzido por Espadinha, C., USA, Butterworth-Heinemann Harper
- Escoval, A. M. (2003) *Evolução da Administração Pública da Saúde: O papel da Contratualização. Fatores críticos do contexto Português*. Tese de Doutoramento não publicada, Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa (ISCTE)
- Escoval, A. M. (2009) O processo de contratualização na saúde em Portugal (1996-2005). *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 9, 7-24

- Ferreira, A. S. (2003) Impacto de sistemas de incentivos na actividade dos médicos: um olhar sobre a literatura com base empírica recente. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 21, 7-16
- Freitas, P. & Escoval, A. (2010) A transparência na contratualização em saúde e o papel dos cidadãos. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 9, 129 -139
- Hindle, T., Lawrence, M. (1994) *Field Guide to Strategy – A Glossary of Essential Tools and Concepts of Today Managers*. Harvard Business School Press
- Hospital do Barlavento Algarvio, SA (2004) Contrato-Programa para 2004
- Hospital de Faro, EPE (2013) Contrato-Programa para o triénio 2013-2015
- Instituto Nacional de Estatística (2012) *Censos 2011 Resultados definitivos – Região Algarve*, Lisboa
- Kaplan, R. S. (2010) *Conceptual Foundations of the Balanced Scorecard*, Harvard Business School, Harvard University, Working Paper 10-074
- Matos, T. T., Ferreira, A.C., Lourenço, A. & Escoval, A. (2010) Contratualização interna vs contratualização externa. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 9, 161-180
- Observatório Português dos Sistemas de Saúde (2009) *Relatório de Primavera*
- Observatório Português dos Sistemas de Saúde (2012) *Relatório de Primavera*
- Odiorne, G. (1980) *Executive Skills, a Management by Objectives Approach*. W. C. Brown
- Porter, M., Lee, T. (2013) The strategy that will fix health care. *Harvard Business Review*
- Porter, M. (2010) What Is Value in Health Care? *The New England Journal of Medicine*, 363, 2477-2481
- Ribeiro, R., Escoval, A. & Pedreiras, S. (2017) *An Adaptation of Balanced Scorecard to National Health Service institutions: the 5th Dimension (Or the Domestic Management)*. Artigo não publicado, Universidade Nova de Lisboa, Escola Nacional de Saúde Pública
- Sousa, M. e Rodrigues, L. (2002) *O Balanced Scorecard – Um instrumento de gestão estratégica para o séc. XXI*, Lisboa, Editora Rei dos Livros
- Valente, M. C. (2010) Contratualização em contexto hospitalar. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 9, 25-39
- Walker, K. & Dunn, L. (2006) Improving Hospital Performance and Productivity with the Balanced Scorecard. *Academy of Health Care Management Journal*, 2, 85-110

12.2. Eletrónicas

- i. Administração Central do Sistema de Saúde e Faculdade de Medicina da Universidade do Porto (2009) Portal da Codificação Clínica e dos GDH. Disponível em [http://portalcodgdh.min-saude.pt/index.php/%C3%8Dndice de Case-Mix \(ICM\)](http://portalcodgdh.min-saude.pt/index.php/%C3%8Dndice%20de%20Case-Mix%20(ICM)) (acedido em 3 de junho de 2016)
- ii. Centro Hospitalar do Algarve (2016) A Instituição. Disponível em <http://www.chalgarve.min-saude.pt/web/pt/instituicao> (acedido em 27 de setembro de 2016)
- iii. Centro Hospitalar do Algarve (2016) Estrutura Orgânica. Disponível em <http://www.chalgarve.min-saude.pt/web/pt/organigrama> (acedido em 27 de setembro de 2016)
- iv. Centro Hospitalar do Algarve (2016) CHAlgarve em números. Disponível em <http://www.chalgarve.min-saude.pt/web/pt/chalgarve-em-numeros> (acedido em 27 de setembro de 2016)
- v. Centro Hospitalar do Algarve (2016) Enquadramento Jurídico e Legislação de Referência. Disponível em <http://www.chalgarve.min-saude.pt/web/pt/legislacao-de-referencia> (acedido em 27 de setembro de 2016)
- vi. Entidade Reguladora da Saúde (2015) Tempos Máximos de Resposta Garantidos. Disponível em <https://www.ers.pt/pages/384> (acedido em 8 de outubro de 2016)

12.3. Legais

- Circular Normativa nº1/89, de 27 de janeiro, do Gabinete do Secretário de Estado da Administração de Saúde
- Portaria 409/90, de 31 de maio
- Lei n.º 48/90, de 24 de agosto
- Despacho Normativo nº45/97, de 8 de agosto
- Despacho Normativo nº46/97, de 8 de agosto
- Despacho Normativo nº61/99, de 12 de novembro
- Decreto-Lei nº 185/2002, de 20 de agosto
- Lei nº 27/2002, de 8 de novembro
- Decreto-Lei nº188/2003, de 20 de agosto
- Decreto-lei nº 12/2015, de 26 de janeiro
- Despacho nº 22 250/2005, de 25 de outubro
- Decreto-Lei nº233/2005, de 29 de dezembro
- Despacho nº 721/2006, de 11 de janeiro
- Decreto-lei n.º 69/2013, de 17 de maio
- Portaria nº82/2014 de 10 de abril
- Portaria nº234/2015 de 7 de agosto
- Despacho 199/2016, de 7 de janeiro

13. APÊNDICE 1

- ACORDO DE GESTÃO (ANO) -

DEPARTAMENTO (*DESIGNAÇÃO*)

Entre o Conselho de Administração e o Departamento (*designação*) do Centro Hospitalar do Algarve, é estabelecido o presente Acordo de Gestão para o ano de (*ano*), nos termos e condições das cláusulas que se seguem:

CLÁUSULA 1ª

O presente Acordo estabelece, numa base de contratualização interna, as atividades assistenciais a realizar no ano de (*ano*) pelo Departamento (*designação*), bem como os recursos disponibilizado para o efeito pelo Conselho de Administração;

CLÁUSULA 2ª

Para os efeitos previstos na cláusula anterior, a equipa de gestão do Departamento (*designação*) do Centro Hospitalar do Algarve compromete-se a atingir os níveis de atividade e os objetivos constantes do Anexo I ao presente Acordo e que dele faz parte integrante, em conformidade com as orientações de gestão definidas pelo Conselho de Administração;

CLÁUSULA 3ª

Cumulativamente ao estabelecido na cláusula anterior, a equipa de gestão do Departamento (*designação*) compromete-se ainda a contribuir eficazmente para evitar que o Centro Hospitalar do Algarve incorra em penalidades (que poderão atingir x % do

valor total do Contrato-Programa para o *ano n*) pelo incumprimento das obrigações constantes do documento Anexo II ao presente Acordo;

CLÁUSULA 4ª

A equipa de gestão do Departamento (*designação*) do Centro Hospitalar do Algarve assume as seguintes obrigações relativas ao controlo da execução do presente Acordo de Gestão:

- a) Realizar mensalmente, no prazo de 5 (cinco) dias após a sua disponibilização, a análise da informação de gestão relativa ao seu Departamento, tomando todas as medidas que se encontrem no âmbito das suas competências para a correção de eventuais desvios detetados, sendo que sempre que se justifique poderá ser solicitada a formalização de tais medidas em documento a submeter à aprovação do Conselho de Administração;
- b) Comparecer trimestralmente na reunião de avaliação de desempenho do Departamento, na qual poderão ser estabelecidas novas orientações de gestão, ou sempre que convocado pelo Conselho de Administração para o efeito;
- c) Comparecer na reunião de avaliação global do desempenho do Departamento a realizar-se previsivelmente durante o mês de março de $(n+1)$;

CLÁUSULA 5ª

O Conselho de Administração compromete-se a assegurar à equipa de gestão do Departamento (*designação*) do Centro Hospitalar do Algarve, para efeitos de execução do presente Acordo de Gestão, a disponibilização dos recursos humanos, materiais e organizacionais atualmente afetos ao mesmo;

CLÁUSULA 6ª

O presente Acordo tem início em 1 de Janeiro de (*ano n*) e termina com a avaliação final do desempenho dos Serviços no *ano n* onde são comunicadas as penalizações ou incentivos a atribuir;

CLÁUSULA 7ª

1. Os Serviços serão penalizados quando constatado o seguinte:
 - a) Linhas de produção cujas unidades realizadas são inferiores a 75% do volume contratado;
 - b) Indicadores cujo valor se apresente inferior à meta definida para o ano *n*.

2. Os Serviços serão premiados caso se verifique cumulativamente:
 - a) Inexistência de situações penalizáveis;
 - b) Linhas de produção com unidades realizadas correspondentes, no mínimo, a 90% do volume contratado.

Centro Hospitalar do Algarve, (dia) de janeiro de (ano *n*)

O Conselho de Administração

O/A Diretor(a) do Departamento (designação)

O/A Administrador(a) Hospitalar do Departamento (designação)

O/A Enfermeiro(a) Supervisor(a)/Chefe do Departamento (designação)

ANEXO I

COMPROMISSO ASSISTENCIAL

(Fig. 9.4 – 9.9)

ANEXO II

OBRIGAÇÕES

a) No âmbito dos Programas de promoção e adequação do acesso:

1. SIGIC: cumprimento as regras definidas no Manual de Gestão de Inscritos para Cirurgia, de acordo com a metodologia da determinação e contestação das não conformidades publicada pela ACSS;

2. SIGIC: redução do nº de inscritos em LIC de ortopedia, face a dezembro do ano $n-1$, em pelo menos x %;

3. SIGIC: redução do número de cancelamentos, face ao total do ano $n-1$, em pelo menos x %;

4. CTH: gestão dinâmica da Lista de Inscritos de Oftalmologia (redução, face ao ano $n-1$, do nº de pedidos não concluídos, em pelo menos x %);

5. CTH: redução, face ao ano $n-1$, do nº casos cujo intervalo entre o pedido e o agendamento é >5 dias em x %;

6. CTH: peso da primeiras consultas de dermatologia realizadas por telemedicina no total de primeiras consultas de dermatologia, igual ou superior a x %;

7. CTH: redução, face ao ano $n-1$, do nº de pedidos recusados em x %;

8. Redução, face ao ano $n-1$, do nº de MCDT realizados no exterior em x %;

9. Variação dos encargos com medicamentos biológicos superior à variação média nacional;

b) No âmbito do reporte e publicação de informação de gestão:

1. Reporte mensal SICA: percentagem de dados com incoerências inferior a x %;

2. Reporte de informação financeira no SIEF mensalmente até ao dia x ;

3. Publicação no Portal do SNS dos instrumentos de gestão obrigatórios;

4. ROR: reporte de informação para o Registo Oncológico Regional, até ao dia x de cada mês;

c) No âmbito do registo, consulta, partilha de informação e desmaterialização de processos:

1. Disponibilização das notas de altas médicas dos doentes saídos no período, não inferior a x %;
 2. Disponibilização das notas de altas de enfermagem dos doentes saídos no período, não inferior a x %;
 3. Disponibilização das notas de transferências dos doentes saídos das UCI, não inferior a x %;
 4. Percentagem de episódios de urgência com consulta à PDS, não inferior a x %;
 5. Percentagem de episódios com consulta à PDS, não inferior a x %;
 6. Percentagem de embalagens prescritas em receitas sem papel, não inferior a x %;
 7. Percentagem de notícias de nascimento, não inferior a x %;
 8. Taxa de registo de utilização da "Lista de Verificação Segurança Cirúrgica", não inferior a x %;
- d) No âmbito da cobrança de receita
1. Cobrança efetiva de receita não inferior a x %.

14. ANEXO 1

Processo de Contratualização

Actividade	Entidade responsável	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro	Janeiro
1. Estudos e aprofundamento metodológico para preparação da Contratualização:									
Estudos para revisão e aprofundamento do modelo de financiamento dos Hospitais e distribuição das dotações por ARS:	ACSS	Junho							
- revisão e actualização do modelo de financiamento dos hospitais /centros hospitalares, incluindo linhas específicas e outros programas verticais	ACSS/ARS		Julho	Agosto					
- revisão e actualização dos preços	ACSS/ARS		Julho	Agosto	Setembro				
- actualização dos grupos de financiamento dos hospitais/centros hospitalares e unidades locais de saúde	ACSS/ARS		Julho	Agosto	Setembro				
- aplicação do modelo revisito dos hospitais/centros hospitalares à simulação de financiamento	ACSS				Setembro	Outubro			
- distribuição da dotação das instituições EPE (HHCH e ULS) por Região de Saúde	ACSS				Setembro	Outubro			
2. Processo de Contratualização:									
Consensualização da estratégia:	ACSS/ARS								
- definição do calendário de execução	ACSS/ARS	Junho							
- revisão do Plano de Desempenho (matrizes)	ACSS/ARS	Junho							
- pedido da previsão da produção para a contratualização de 2011	ACSS/ARS		de 15 Julho	a 31 Agosto					
- tratamento e análise da produção e Orçamento Económico	ACSS/ARS			Agosto	Setembro				
- elaboração/revisão da Metodologia do Contrato-Programa	ACSS/ARS				Setembro	Outubro			
- preparação do Clausulado do Contrato-Programa	ACSS/ARS					Outubro			
- elaboração da simulação e dos relatórios para a contratualização	ACSS/ARS				Setembro	Outubro			
- pedido de autorização do Senhor Sec. de Estado da Saúde dos valores a contratar	ACSS/ARS					Outubro			
- reuniões de contratualização dos Depart. Contrat. das ARS com os hospitais	ACSS/ARS					Outubro	Novembro		
- entrega dos dados finais da contratualização	ACSS/ARS						Novembro		
- assinatura dos contratos-programa, homologação e publicação	ACSS/ARS							Dezembro	
- início e definição do modelo de acompanhamento dos contratos-programa e do calendário de reuniões regulares com as instituições	ACSS/ARS								Janeiro

15. ANEXO 2



Estrutura orgânica

Conselho de Administração ----- Conselho Consultivo

----- Serviço de Auditoria Interna

Fiscal Único

Serviços Clínicos Departamentalizados

Departamento de Cirurgia
 Serviço de Cirurgia Geral 1
 Serviço de Cirurgia Geral 2
 Serviço de Cirurgia Geral 3
 Serviço de Cirurgia Plástica e Reconstructiva
 Serviço de Estomatologia
 Serviço de Ginecologia
 Serviço de Neurocirurgia
 Serviço de Oftalmologia
 Serviço de Ortopedia 1
 Serviço de Ortopedia 2
 Serviço de Otorrinolaringologia
 Serviço de Urologia
 Departamento de Emergência, Urgência e Cuidados Intensivos
 Serviço de Urgência Polivalente
 Serviço de Medicina Intensiva 1
 Sala de Emergência/Reanimação (Sala de Diretos)
 Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente (UCIP) 1
 Unidade de Cuidados Intermédios do Serviço de Urgência (UCISU) 1
 Vutura Médica de Emergência e Reanimação (VMER) - Faro e Albufeira
 Serviço de Urgência Médico Cirúrgicas
 Serviço de Medicina Intensiva 2
 Sala de Emergência/Reanimação
 Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente (UCIP) 2
 Unidade de Internamento de Doentes Agudos (UIDA)
 Vutura Médica de Emergência e Reanimação (VMER) - Portimão
 Serviço de Urgência Básica

Serviços de Apoio

Serviços de apoio à prestação de cuidados de saúde
 Serviço de Dietética e Nutrição
 Serviço de Esterilização
 Serviços Farmacêuticos
 Serviço de Assistência Espiritual e Religiosa
 Serviços Logísticos de Cirurgia (bloco operatório)
 Serviço de Psicologia
 Serviço Social e Gabinete do Cidadão
 Núcleo de Transportes
 Serviços e gabinetes de apoio à gestão e logística geral
 Centro de Formação, Investigação e Desenvolvimento
 Gabinete de Comunicação
 Serviço de Aproximamento
 Serviço de Contencioso e Apoio à Contratação
 Serviços Gerais e Ambiente
 Serviço de Gestão de Doentes
 Serviço de Gestão Documental
 Serviço de Gestão Financeira
 Serviço de Gestão do Sistema de Faturação
 Serviços Hoteleiros
 Serviço de Informática
 Serviço de Instalações e Equipamentos
 Serviço Jurídico e Assessoria Legal
 Serviço de Saúde Ocupacional
 Serviço de Coificação
 Serviço de Gestão de Recursos Humanos

Comissões Técnicas e Órgãos Consultivos

1. Comissões Técnicas
 Comissão de Ética
 Comissão de Farmácia e Terapêutica
 Comissão de Qualidade e Segurança do Doente
 Comissão de Prevenção e Controlo da Infecção e da Resistência aos Antimicrobianos
 Comissão de Coordenação Oncológica
 Comissão Técnica de Certificação da Interrupção Voluntária da Gravidez
 Comissão para o Aleitamento Materno
 Equipa de Gestão de Altas
 Núcleo Hospitalar de Apoio a Crianças e Jovens em Risco
 2. Órgãos Consultivos
 Conselho Consultivo Geral
 Conselhos Consultivos Setoriais
 Departamento de Emergência, Urgência e Cuidados Intensivos
 Departamento de Cirurgia
 Departamento Materno/Infantil
 Departamento de Medicina
 Departamento de Psiquiatria

