

**A EXPERIÊNCIA DA UNIDADE AUTÓNOMA DE GESTÃO DE CIRURGIA
DO CENTRO HOSPITALAR DE SÃO JOÃO E.P.E
MODELOS DE GESTÃO INTERMÉDIA HOSPITALAR**

João Manuel Logarinho Monteiro

2012

Este trabalho foi realizado por João Manuel Logarinho Monteiro, no Centro Hospitalar de São João EPE.

O autor possui a categoria de administrador hospitalar, e exerce funções como vogal na Comissão Diretiva da Unidade Autónoma de Gestão de Cirurgia do referido centro hospitalar.

É ainda docente da Escola Superior de Tecnologia e Saúde do Porto, na cadeira de Gestão e Economia da Saúde, com a categoria de assistente convidado.

A apresentação desta monografia insere-se no âmbito da prestação de provas públicas para a atribuição do Título de Especialista na área da Gestão das Organizações - Gestão de Unidades de Saúde-, nos termos das disposições conjugadas no Dec. Lei 206/09 de 31 de Agosto, Despachos do Instituto Politécnico do Porto nº14093/11 de 18 de Outubro e 061/11 de 20 de Junho e Portaria 256/05 de 16 Março.

A sua redação foi efetuada ao abrigo do novo Acordo Ortográfico de Língua Portuguesa, conforme o disposto na Resolução do Conselho de Ministros nº 8/2011, publicado no DR Iª serie nº17 de 25 de Janeiro de 2011.

Índice

Resumo	1
1. Introdução	3
2. O desígnio do hospital	7
3. As reformas hospitalares	10
4. Inovar a gestão dos hospitais	15
4.1 A realidade atual	18
4.2 Enquadramento da mudança	19
4.3 Atuais desafios da gestão hospitalar	22
5. Governação dos hospitais	26
5.1 A gestão clínica	27
6. Organização dos hospitais	30
6.1 Estruturas intermédias de gestão	33
6.2 Unidades clínicas integradas	39
7. Metodologia do trabalho	43
8. Centro Hospitalar de São João EPE	52
8.1 Breve caracterização	53
8.2 As Unidades Autónomas de Gestão	56
9. Unidade Autónoma de Gestão de Cirurgia	60
9.1 Missão e objetivos	61
9.2 Organização e funcionamento	61
9.2.1 Órgãos	61
9.2.2 Atribuições e competências	62
9.2.3 Infraestruturas e equipamentos	64
9.2.4 Tecnologias de informação	67
9.2.5 Recursos humanos	68
9.2.6 Recursos financeiros	69
9.3 Indicadores de desempenho	71
9.3.1 Produção	72
9.3.2 Acesso	73
9.3.3 Eficiência técnica	76
9.3.4 Económicos	82
9.3.5 Qualidade/Efetividade	91
9.3.6 Satisfação	95

10. Conclusões	99
11. Bibliografia	102
12. Anexos	105
Produção/Acesso	
Eficiência/Qualidade/Satisfação	
Recursos Humanos	
Despesa	
Receita	
Custos	
Orçamento	

Lista de Abreviaturas

ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde

BI – Business Intellenge

BOC – Bloco Operatório Central

CAM – Centro de Ambulatório

CCIH – Comissão de Controlo e Infeção Hospitalar

CA – Conselho de Administração

CHSJ – Centro Hospitalar de São João

CRI - Centro de Responsabilidade Integrado

CTH – Consulta a Tempo e Horas

Dec. Lei – Decreto Lei

DR – Diário da República

DGS – Direção Geral da Saúde

EPE – Entidades Pública Empresarial

FSE – Fornecimento de Serviços Externos

GDH – Grupo de Diagnóstico Homogéneo

HSJ – Hospital São João

ICM – índice de Case Mix

INE – Instituto Nacional de Estatística

LEC – Lista de Espera para consulta

LIC - Lista de Espera para intervenção cirúrgica

MCDT – Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica

OMS – Organização Mundial de Saúde

R&C – Relatório e Contas

RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

SA – Sociedade Anónima

SAM – Sistema de Apoio Médico

SIGIC – Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SPA – Sector Público Administrativo

UAG – Unidade Autónoma de Gestão

UAGC – Unidade Autónoma de Gestão de Cirurgia

Resumo

As organizações de saúde são muito particulares devido à sua missão, aos recursos que mobilizam, aos processos que dinamizam, à produção que realizam e ainda à envolvente externa onde se inserem (Reis, 2007).

Os sucessivos esforços que têm sido utilizados na reforma na saúde, sobretudo a partir de 1988, têm sido uma constante da agenda política na tentativa de aumentar a eficiência dos serviços prestados, a efetividade dos resultados e a responsabilidade dos profissionais.

A empresarialização do Hospital de São João operada a partir de 2006, com a publicação do Dec.Lei 233/05 de 29 de Dezembro, tornou como imperativo estratégico a alteração profunda do modelo de gestão até então praticado. Este era caracterizado por uma forte componente administrativa, de cariz burocrática, e sob ponto de vista económico assentava em sucessivos deficits e no permanente aumento e descontrolo da despesa.

Tomando como pressuposto que a única via de modificar esse padrão passava entre outras medidas pela efetivação de uma gestão descentralizada, vieram a ser criadas seis estruturas intermédias de gestão designadas por “Unidades Autónomas de Gestão”.

Estas tinham como objetivo aumentar o valor em saúde, melhorar a gestão dos serviços clínicos, potenciando desse modo a qualidade e efetividade dos cuidados prestados, bem como a eficiência dos recursos utilizados.

Neste sentido, o propósito deste trabalho centra-se em demonstrar que a implementação de um modelo de gestão descentralizado como é o caso da Unidade Autónoma de Gestão de Cirurgia, doravante designada por UAGC, constituiu uma opção gestonária eficaz e altamente promissora na governação clínica, desmistificando o mito da “ingovernabilidade dos hospitais centrais” como era apanágio do Hospital S. João.

Creemos que a descentralização da gestão enquanto forma de reengenharia da organização interna dos hospitais constitui um importante instrumento no sentido de orientar e motivar o comportamento dos gestores (sejam eles clínicos ou não) para o cumprimento

dos objetivos institucionais, através da implementação de políticas de desconcentração de poderes, competências e responsabilidades.

Embora existam outros modelos de organização ao nível da gestão intermédia, na verdade, a implementação destas estruturas descentralizadas traduziu-se numa inegável mais valia organizativa e gestonária do CHSJ. como os indicadores de desempenho mais à frente tentarão demonstrar.

Temos consciência que este modelo está longe de ser perfeito, e que por vezes não é corretamente entendido pelos profissionais, que o encaram como uma necessidade de cariz exclusivamente económica. Porém o caminho já percorrido pela UAGC ao longo destes 5 anos permite-nos afirmar que é possível “fazer mais” com “os mesmos recursos”, desde que exista uma clara estratégia de ação suportada em programas concretos e exequíveis, praticados num clima social participado e responsabilizante.

1. INTRODUÇÃO

Introdução

Os sistemas de saúde *“têm sofrido um forte abalo com as transformações maciças que vêm sucessivamente ocorrendo (...), designadamente no modo como os cuidados de saúde são prestados e financiados”* (Reis, 2007). Por isso os sucessivos esforços reformistas que se têm verificado nesta área têm sido uma constante na agenda política, sobretudo na tentativa de alterar a gestão das organizações de saúde. Na verdade a necessidade de garantir por um lado a cobertura universal dos cidadãos, e por outro as repercussões financeiras que resultam do aumento da esperança de vida, colocam os hospitais nos holofotes dos sistemas de saúde. (Harfouche, 2008).

A atuação social para prevenir doenças, prolongar a vida e promover a saúde incluem tanto a minimização ou a eliminação dos comportamentos menos corretos como a prestação de cuidados de saúde pouco eficientes (Rubio & Señarís, 2003), constituindo este último aspeto um dos principais problemas do sistema de saúde em Portugal (Barros, 1999).

Como refere Harfouche (2008) existe uma dicotomia entre a necessidade de obtenção de recursos financeiros que cubram as despesas em saúde e o custo de oportunidade desses mesmos recursos, sejam eles públicos ou privados.

Mais do que a tentativa de aumentar a despesa para cobrir carências, é necessária uma reforma objetiva da saúde, de forma a racionalizar os gastos, melhorar a acessibilidade, promover a equidade, e combater o desperdício. Estas são as atuais exigências da nossa sociedade às quais todo o sistema de saúde tem de dar respostas baseadas numa gestão eficiente e racional dos recursos (Silva, 2006).

De acordo com Edwards, Hensher e Werneck (1988) para melhorar a eficiência hospitalar pode recorrer-se a várias técnicas, que podem ir desde a mera restrição financeira, ao aumento do controlo orçamental, passando pelos métodos de benchmarking, como pela reengenharia dos processos de produção e pelo aperfeiçoamento da contratualização interna.

Para ultrapassar os constrangimentos que o modelo de gestão centralista de matriz hierarquizado vigorava nos estabelecimento de saúde, a legislação portuguesa criou através do Dec. Lei 347/99 de 18 de Setembro a figura dos Centros de Responsabilidade Integrada

(CRI), que têm como objetivo principal: *“a obtenção de um elevado grau de eficiência, por parte dos serviços e respetivos profissionais, o que implica a definição de novas regras de financiamento e de remuneração diretamente dependentes do volume de atividade realizada, dos níveis de produtividade e de qualidade dos resultados obtidos”*

Na esteira do que o Dec. Lei nº 188/2003 de 20 de Agosto evidenciava, os modelos de organização dos hospitais do SNS estavam claramente desajustados quer às necessidades desses estabelecimentos, quer mesmo aos novos padrões de doença e às oportunidades terapêuticas. Deste modo tornou-se imperioso introduzir uma verdadeira descentralização na estrutura funcional, atribuindo capacidade decisória aos órgãos intermédios de gestão hospitalar e definindo simultaneamente uma clara identificação das suas competências de ação e responsabilidades no quadro da cadeia hierárquica.

O Hospital de São João no seguimento da sua transformação como entidade empresarial acabou por dar cumprimento a esse desiderato legal, ao criar a Unidade Autónoma de Gestão de Cirurgia. Esta estrutura é o produto de uma opção gestionária de cariz descentralizado e responsabilizante, vocacionada para uma área particular e sensível dos cuidados como é a realidade cirúrgica. O seu enquadramento legal teve por base o diploma que criou os hospitais EPE, (vd. artº1 do Dec. Lei 233/05 de 29 de Dezembro), e mais tarde veio a ter consagração expressa no artº20 nº2 do Regulamento Interno do HSJ EPE.

A UAG de Cirurgia possui características singulares relacionadas com a sua organização clínica e na forma e modo como procede à gestão dos recursos disponíveis. Sabendo-se que as transformações que hoje se desenham no sector da saúde afiguram uma maior responsabilização das chefias e autonomia dos serviços/departamentos, a preocupação gestionária da UAGC esteve sempre voltada para a otimização dos recursos e a sua correlação com os resultados obtidos, de modo a garantir em cada momento os melhores níveis de eficiência, seja ela clínica ou económica.

Neste sentido, o objetivo principal deste trabalho é apresentar os resultados conseguidos pela UAG de Cirurgia desde 2006 (momento da sua criação) até ao final do ano de 2011, aferindo se este modelo de gestão descentralizado é sustentável por via da avaliação do seu desempenho (assistencial e económico), e se pode ser encarado como uma opção consolidada no âmbito da gestão intermédia hospitalar.

Finalmente é nosso objetivo pretendemos que este ensaio possa potenciar uma reflexão crítica sobre o caminho traçado pelo HSJ neste domínio, pretendendo-se deste modo dar um contributo para uma discussão mais aprofundada da temática da gestão hospitalar descentralizada, e de uma melhor e mais eficiente prestação de cuidados de saúde.

2. O DESÍGNIO DO HOSPITAL

O Desígnio do hospital

A organização e as atividades dos hospitais não podem ser equacionadas olhando apenas de e para o seu interior, sem atender ao meio que os rodeia. A missão dos hospitais está assim longe de se esgotar na sua função assistencial, devendo também contribuir para valorizar e defender os princípios da vida e dignidade humana.

Como qualquer organização, a missão dos hospitais coincide essencialmente com o enquadramento técnico para o qual está vocacionado, podendo definir-se pelas respostas às seguintes perguntas: Que produtos oferece?, Com que características? , Para quem? e finalmente Com que resultados?.

O objeto das organizações de saúde pode, em algumas situações, ser difícil de medição. Nas áreas assistências a qualidade do produto oferecido (que são serviços) é um procedimento complexo, e subjetivo da parte dos doentes. Por isso o produto hospitalar é qualificado por alguns como não mensurável e de certa forma indefinível, tal é a sua diversidade e múltipla abordagem.

Quanto falamos das características dos cuidados referimo-nos não só à qualidade técnica da prestação, ou mais concretamente à dimensão técnico-científica dos cuidados, como também à dimensão do atendimento (ético e humanizado) e à estrutura de serviço. Esta tríade - processo, resultado e estrutura - deve ser levada em consideração sempre que o objetivo operacional vise formas concretas de melhoria do serviço.

O papel dos destinatários dos cuidados (doentes, utentes ou mais recentemente apelidados de clientes) assume um carácter de enorme relevância no quadro da definição da missão de um hospital. Estas instituições só interessam e sobrevivem se existirem doentes. Como a prática clínica assenta numa relação interpessoal, a missão do hospital só é passível de ser concretizada quando incide na pessoa humana.

Os hospitais não podem ignorar que têm uma tríplice vertente nas respetivas missões: são simultaneamente plataformas tecnologicamente sofisticadas, instâncias de acolhimento de pessoas em sofrimento e finalmente vetores de formação, ensino e de investigação.

Deste modo é um terrível erro pensar-se que a missão de um hospital se circunscreve à sua dimensão tecnológica, dirigida ao caso (que não ao doente ou à pessoa), numa lógica produtiva de pendor meramente quantitativo. Pelo contrário, o hospital faz parte de um “sistema de ajudar pessoas”, com responsabilidades éticas e sociais que nunca poderão ficar reféns dos traços empresariais na sua nova reestruturação. Princípios como “orientação para os cidadãos–utilizadores”, “promoção da melhoria continua dos cuidados” e “transparência nos processos de decisão” são sinónimos do seu atributo de função de serviço público, constituindo esteios absolutamente nucleares do seu escopo altruísta e humanizante.

Apesar da fidelidade aos princípios acabados de expor, a missão do hospital só fica completa se simultaneamente conseguir eliminar práticas desperdiçadoras de recursos que possam comprometer a sua sustentabilidade financeira.

Um dos maiores desafios que hoje se colocam às organizações hospitalares é o de conciliar um custo sustentável dos cuidados prestados com a sua qualidade. Incorporar alta tecnologia nas decisões clínicas eleva a despesa dos cuidados, situação que é potencialmente geradora de conflito entre o corpo clínico e a gestão do hospital. Deste modo para não corrermos o risco de romper o compromisso ético para com os cuidados à população, o entendimento destas duas partes é absolutamente imperativo, devendo ser mantido a todo o custo.

Para que tal seja possível é, no entanto, imprescindível que seja efetuada uma distinção clara entre o que é a “inovação” e a “novidade”, devendo a gestão abraçar apenas os modelos médicos que, apelando a novos conhecimentos técnicos de diagnóstico ou tratamento, confirmem na prática a efetividade pretendida, traduzido em vantagens reais para o bem-estar ou para a qualidade de vida dos doentes.

Se assim não for, o hospital está impossibilitado de cumprir a sua missão assistencial legitimando as suspeitas de ineficiência do seu desempenho, permitindo ao sector privado da saúde de ver nelas uma oportunidade de negócio, uma vez que o Estado se pretende libertar a todo o custo de despesa improdutiva.

3. AS REFORMAS HOSPITALARES

As Reformas hospitalares

Quando se abordam as questões das reformas dos sistemas existem duas possibilidades de atuar: uma em que todas as medidas são tomadas simultaneamente, e uma outra em que as políticas de mudança são concretizadas ao longo do tempo de uma forma gradual.

Uma e outras destas opções têm vantagens e inconvenientes.

A primeira opção, designada como o “big bang”, apresenta uma vantagem de claro reformismo do sistema, e por isso a sua implementação ganha força e credibilidade perante os agentes que pretendem ver alterado definitivamente o “status quo ante”. Como desvantagens são apontadas normalmente duas: a primeira de natureza económica, porque envolve maiores custos relacionados com a alteração radical das estruturas vigentes, a segunda de eficácia, sobretudo se os resultados iniciais da reforma não apresentarem reais vantagens sobre o modelo anterior, podendo inclusivamente comprometer o seu avanço.

A segunda opção é apelidada de “gradualista”. As vantagens deste modelo encontram-se associadas ao facto de gerarem maior base de consenso, já que sendo implementadas ao longo do tempo, permitem um melhor ajustamento dos **stakeholders** às mudanças e minimiza os custos que daí decorrem. Como desvantagem é referido o facto das modificações serem lentas e permeáveis aos interesses instalados por parte dos grupos de oposição que podem obstaculizar os avanços pretendidos.

No sector da saúde em Portugal as reformas levadas a efeito, sobretudo a partir de 2002, tem características de uma e outra opção, sendo por isso mais consensual falarmos em “mix bang” do que enquadrá-la em qualquer dos 2 caminhos atrás referidos (Barros,2004).

Creemos que o regime de empresarialização iniciado em 2002 através do qual 34 hospitais do SNS passaram a designar-se Hospitais SA (i.é constituídos sob a forma de sociedades anónimas), e a ocupar a área do sector empresarial do Estado, quando antes pertenciam umbilicalmente ao sector administrativo do Estado, constituiu um verdadeiro “big bang” do sector hospitalar. Tal conclusão resulta do facto do universo destes hospitais representar quase 50% de toda a atividade do SNS, como da alteração radical que foi imprimida aos

princípios do funcionamento, financiamento e normas jurídicas aplicáveis, criando assim uma clara rutura com o sistema anterior de gestão.

A enorme expectativa que o impacto desta reforma prometia acabou porém ficar algo mitigada. Por um lado não existiu vontade (ou mesmo coragem) política para empresarializar os restantes hospitais, tendo sido necessário aguardar mais 4 anos (2006) para que praticamente a totalidade dos hospitais deixasse de pertencer ao sector público administrativo do Estado, passando para o seu sector empresarial ainda que sob a forma de estabelecimentos públicos empresariais (EPE). Por outro, quando o Estado procurou efetivamente implementar uma verdadeira política de redefinição das urgências hospitalares (tipo, estrutura e referenciação) e das maternidades, as fortes e adversas reações que a seguir se produziram pelas populações afetadas fizeram vacilar o poder político quanto à sua total implementação, acabando por se traduzir em mais um projeto inacabado.

O contrato de gestão privado que existia entre o Ministério da Saúde e o Grupo Mello Saúde SA destinado a explorar o Hospital Amadora Sintra e que constituía uma experiência piloto e inovadora dos hospitais, não só não conseguiu ser replicado em qualquer outra instituição pública, como sendo uma experiência isolada nunca os seus resultados foram objetivamente demonstradores da tão propalada superioridade da eficiência da gestão privada sobre a gestão pública. De resto esta relação contratual cessou envolta em larga polémica e em conflito direto com o Estado, sobretudo devido à deficiente ação controladora deste último. Do mesmo modo o Hospital da Feira, igualmente apontado como um sucesso da gestão empresarial e visto com uma alternativa ao contrato de gestão privada que existia com o Hospital Amadora Sintra não proliferou estendendo-se apenas ao Hospital do Barlavento Algarvio.

Igualmente no âmbito interno várias foram as tentativas de redefinir uma nova organização hospitalar, com o objetivo de substituir quer a organização funcional quer o próprio modelo gestor que até então vigorava.

Nesse sentido vários foram os diplomas legais publicados que consagraram a necessidade de implementar o princípio da descentralização dos poderes e autoridades internas do

hospital em estruturas intermédias de gestão, denominado – Centros de Responsabilidade - como meio de alcançar maior eficiência, qualidade e responsabilidade.

Foram exemplo disso os sucessivos diplomas legais que regulamentaram o regime jurídico da gestão hospitalar nomeadamente o Dec.Lei 19/88 de 21 de Janeiro, posteriormente revogado pela Lei 27/02 de 8 de Novembro, e mais recentemente o Dec. Lei 188/03 de 20 de Agosto.

Apesar deste esforço legislativo, na verdade a única experiência que é conhecida com relevo pelos resultados alcançados é o Centro de Responsabilidade Integrado de Cirurgia Cardiorácia dos Hospitais da Universidade de Coimbra. Este CRI possui de facto autonomia de gestão, associa custos mas também proveitos à atividade, e tem implementada uma política de atribuição de incentivos associados ao desempenho dos seus colaboradores. Que se saiba nenhum outro centro com estas características foi criado ao nível hospitalar, e os exemplos que se conhecem neste domínio são estruturas de gestão intermédias “mitigadas”. Estas últimas sob a capa de uma aparente “autonomia” normalmente plasmada em regulamentos-tipo, desenvolvem verdadeiramente a sua ação num arco de meras rotinas administrativas, sem influência decisiva sobre alocação de recursos (humanos, técnicos e financeiros) necessários à concretização dos seus objetivos, sendo por vezes ultrapassadas pelos canais informais que se estabelecem entre os Diretores de Serviço e os Conselhos de Administração.

Pelo exposto, uma característica que é visivelmente comum a todas estas experiências é o desinteresse do poder político pelo seu desenvolvimento, pois não obstante as criarem com espírito reformista, a verdade é que rapidamente se desmotivam em procurar sustentá-las, devotando-as antes a uma morte lenta sem antes proceder à correta avaliação do seu resultado. Por outro lado este tipo de reforma excessivamente gradualista acaba por nunca permitir criar bases sólidas para se pode replicar de forma mais geral, ficando sempre prisioneira do seu carácter “piloto” ou “experimentalista”.

A empresarialização hospitalar tal qual se encontra hoje implementada no sector da saúde afigura-se-nos mais como um “mix-bang” da reforma. Com efeito, se é certo que será de todo impensável voltar a integrar os hospitais no sector administrativo do Estado, falido como ficou comprovado o tipo de gestão burocrática em que se encontravam mergulhados,

também não deixa de ser verdade que as mudanças organizacionais empreendidas não alcançaram os objetivos a que se tinham proposto. Atualmente temos como certo que a gestão hospitalar se encontra fortemente vocacionada para práticas focalizadas nos princípios da eficiência da atividade, na maximização dos resultados, no equilíbrio económico da exploração, e na responsabilização dos colaboradores. Estas ações são no entanto insuficientes se os “player’s” que lhe dão corpo não estiveram motivados ou não participarem nos processos de gestão.

Parece-nos que falta ainda percorrer um longo caminho que conduza ao envolvimento de todos os colaboradores nas práticas de gestão. Esta ação deve concretizar-se não só na área operacional (médicos, enfermeiros, técnicos de diagnóstico e terapêutica e assistentes operacionais) como na intermédia (Diretores de Serviço e ou Direções dos Centros de Responsabilidade) já que são estes os verdadeiros indutores da despesa, seja porque a originam diretamente no terreno, seja porque lhes cabe a função de a avaliar e controlar, pelo que a sua atuação é absolutamente decisiva nos resultados que se pretendem alcançar.

Deste modo, a implementação da governação clínica será por certo o principal fator que falta assumir no quadro das reformas da saúde que atravessamos, já que esta não é apenas técnica ou organizativa, mas essencialmente de pessoas, de modos de pensar e atuar, sem as quais os progressos serão certamente efémeros e pouco credíveis.

Será pois por esta via que os profissionais de saúde, independentemente da sua carreira profissional, poderão ser “aliciados” a participarem nas reformas do sector da saúde, superando quer o imobilismo que as reformas gradualistas normalmente geram, quer os obstáculos e conflitos que se encontram associados às reformas de um big-bang.

Se assim acontecer as reformas da saúde serão entendidas como transformações necessárias em que “todos os profissionais” nelas participam, e não como fenómenos virados “contra eles”.

4. INOVAR A GESTÃO DOS HOSPITAIS

4.1 A realidade atual

4.2 Enquadramento da mudança

4.3 Atuais desafios da gestão hospitalar

Inovar a gestão dos hospitais

A gestão hospitalar é peculiar relativamente à gestão das restantes organizações, principalmente pelas especiais características do mercado de saúde. A assimetria de informação entre os **stakeholders**, a indução da procura pela oferta, a irrelevância do preço como fator preditivo do consumo, são alguns aspetos que fazem da administração hospitalar um tipo de gestão não comparável. (Carvalho, 2008; Rubio Senáriz, 2003)

Por outro lado, o facto do sistema hospitalar possuir uma dinâmica própria de grande complexidade organizativa e técnica, à qual se associam avultados meios financeiros, torna a gestão dos hospitais um processo extremamente complicado de executar e de melindrosa sensibilidade. (Costa e Lopes 2005)

Estas dificuldades assentam no facto do gestor hospitalar se confrontar diariamente com recursos voláteis, instáveis e escassos, com origem em tipos de financiamento que ele não prevê nem controla. Por sua vez as técnicas de gestão determinadas por objetivos económicos não podem ser aplicadas “tout court” aos hospitais, pois de outro modo podem comprometer a eficácia do ato assistencial, principalmente do ato médico, neutralizando o fim último destas organizações. (Reis 1983)

Apesar destas dificuldades o sistema de saúde português não pode fugir ao princípio da mutabilidade, seja pela necessidade de adaptar o seu funcionamento às expectativas crescentes da população, seja pela imprescindibilidade de garantir a sua sustentabilidade financeira. (Costa,2011)

Como é sabido os hospitais são organizações extremamente complexas que desenvolvem a sua atividade interna num sistema composto por múltiplos agentes, de natureza e nível diferentes, e que externamente interatuam com todas as camadas da sociedade.

Tratando-se de organizações tipicamente técnico-profissionais, grande parte do esforço de gestão para ser eficaz, deve localizar-se praticamente ao nível de cada prestador, pois são estes que determinam a qualidade e quantidade de recursos a utilizar, o que torna o seu exercício ainda mais difícil.

Existe por outro lado, uma tradicional separação entre as funções, isto é, entre os prestadores que não têm formação de gestão, e os administradores que não possuem competência técnica no âmbito das ciências da saúde.

Esta característica determinou que durante muitos anos a gestão hospitalar fosse entendida como um conflito entre os “profissionais de serviço” gastadores e os “gestores” poupadores de recursos. Como consequência deste fenómeno, fomos assistindo à cristalização de culturas defensivas de natureza corporativa, ao isolamento da função de gestão vocacionada para os serviços de apoio geral e administrativa, e finalmente à ausência de uma política de responsabilização dos profissionais.

Felizmente que esse caminho está atualmente em marcha, como atesta o interesse crescente dos prestadores relativamente às questões da gestão da saúde, a criação de modelos intermédios de gestão mais próximos do nível operacional, a implementação dos centros de elevada diferenciação e ainda um sistema de financiamento prospetivo.

Estas realidades constituem elementos facilitadores da introdução da inovação na gestão dos hospitais, que o Hospital de São João soube potenciar através de um política descentralizadora de competências e autoridade, que conduziu à implementação das Unidades Autónomas de Gestão.

Considerando as várias dimensões da atividade gestionária – análise, planeamento, programação, coordenação e controlo – (Reis, 1983), torna-se claro a existência de um nível de gestão intermédia onde são delegadas competências e exigidas responsabilidades (Roseira, 2006), libertando desse modo os órgãos de topo de uma gestão meramente corrente ou tática, para se concentrarem na sua principal vocação: o pensamento estratégico.

4.1 A Realidade atual

Na reforma da saúde não devem existir tabus, pelo que todas as dimensões dos problemas devem ser enfrentadas no sentido de se atingirem os objetivos fixados. Essa postura não deve porém, tornar-se numa obsessão, com o risco do ímpeto reformista poder vir a comprometer o papel dos hospitais no seio do sistema de saúde, que na nossa ótica tem de manter-se totalmente intacto.

A existência de uma rigidez legislativa aplicável ao funcionamento dos hospitais, o controlo acentuadamente formal da sua avaliação quantas vezes divorciado dos princípios de racionalidade económica e a ausência de uma governação clínica transversal, tendem a criar graves disfunções gestionárias. Por isso não é de estranhar que a atividade dos hospitais nem sempre corresponda às necessidades efetivamente existentes, sendo a sua produção frequentemente inferior à dotação de recursos que lhe forma alocados.

A atividade hospitalar cresce normalmente a um ritmo inferior à despesa e esta por sua vez situa-se claramente acima da inflação. O descontrolo da despesa hospitalar a que temos vindo assistir, tende a produzir consequências negativas na economia geral (baixa eficiência macroeconómica), atingindo valores do PIB (11%) que são insustentáveis de manter face à riqueza produzida pelo país. Estas duras realidades têm condicionado as decisões políticas em saúde, cada vez mais difíceis de tomar face ao custo de oportunidade que envolvem.

O sistema de financiamento não tem igualmente estimulado nem os gestores nem os profissionais a aumentar a racionalidade das suas atuações. Apesar do carácter prospetivo, a base considerada tem sido a “oferta de cuidados”, ou seja, pagar a atividade que as instituições realizam, quando na realidade o mais correto seria financiar pela “eficiência”.

Neste modelo os hospitais entrariam em concorrência direta entre si, sobrevivendo apenas aqueles que fruto da sua elevada eficiência técnica apresentassem custos de estrutura que mais que compensassem os preços pagos pelas entidades financiadoras.

Se assim fosse o financiamento seria canalizado para as instituições mais eficientes, e não para as de maior dimensão.

Do mesmo modo a procura de cuidados inapropriados dos serviços hospitalares, em especial do serviço de urgência não é desencorajada, verificando-se uma tendência para substituir os cuidados primários de saúde pelos cuidados hospitalares. Esta realidade, assume por vezes um nível tão desproporcionado que provoca um empolamento artificial dos quadros/mapas de pessoal em detrimento da atividade programada, ao ponto de nos levar legitimamente a pensar que nalgumas instituições é “ o serviço de urgência que tem um hospital ” e não “o hospital que tem um serviço de urgência”.

A avaliação da performance e da qualidade por entidades externas não existe, não dispondo os hospitais de referências comparativas que lhes permita ajustar comportamentos institucionais com vista a melhorar o seu grau de eficiência.

A insatisfação dos doentes no acesso aos cuidados é ainda notória e evidente. Muitos deles não têm médico de clinica geral, ou encontram-se sujeitos a tempos de espera superiores aos desejáveis para acederem a uma consulta de especialidade ou mesmo para serem submetidos a cirurgia.

Finalmente, o grau de insatisfação também se manifesta junto dos profissionais de saúde, sujeitos por vezes a burocracias sem sentido, desenvolvendo uma função rotineira e, considerada comparativamente com a atividade privada, mal remunerada.

4.2 Enquadramento da mudança

Quando as organizações têm dificuldades em responder eficazmente aos estímulos ambientais, entram em entropia desintegrando-se e se nada for feito para contrariar esta tendência o resultado conduz inevitavelmente à morte organizacional, que em termos empresariais se designa por “falência”.

A teoria da contingência demonstrou, igualmente, que é através da estrutura e do comportamento organizacional que as organizações se adaptam, por ajustamentos contínuos às mutações ambientais (Moutinho,1999)

As inovações a introduzir na gestão das unidades hospitalares não podem ser encaradas isoladamente, mas antes acompanhadas da reforma progressiva dos restantes cuidados,

devidamente enquadrada na política e estratégia definida para a saúde em geral. Deste modo, a estratégia de cada hospital permanecerá subordinada à política e planos de saúde (nacionais e regionais), sem prejuízo naturalmente de cada um possuir um plano próprio de médio/longo prazo que dê corpo à visão partilhada pela equipa de gestão.

Sendo os hospitais diferentes entre si o modelo de gestão aplicar, sobretudo no que diz respeito à definição da sua organização interna e níveis de decisão, não terá de ser igual, devendo antes adequar-se individualmente à sua dimensão e complexidade. Por isso entendemos que é vital para o êxito de uma política de alteração dos atuais modelos de gestão hospitalar que estes se ajustem às condicionantes da natureza, especialização e ambiente interno das instituições, sob pena de se tornarem num instrumento sem sentido e com morte anunciada.

De qualquer forma, independentemente do modelo a dotar, as mudanças a introduzir na gestão dos hospitais devem ter 3 objetivos comuns, a saber:

- Aumentar a racionalidade interna, tanto da gestão como das próprias decisões clínicas, melhorando a eficiência e a qualidade dos cuidados prestados.
- Melhorar o acesso e a articulação entre as instituições prestadora de cuidados.
- Aumentar a satisfação dos doentes e profissionais através da consecução dos dois objetivos anteriores.

Para que os hospitais não soçobrem face ao atual e conturbado momento que atravessamos, é imperioso que se proceda a uma rápida e profunda reestruturação interna das organizações, seja por via da reorganização do seu nível operacional, seja pela implementação de modelos desconcentrados de gestão.

A criação destes últimos permitirá que os órgãos de gestão de topo (máxime o Conselho de Administração) se concentrem na função estratégica libertando-se da gestão tática e corrente das unidades funcionais, que deverá ser deixada para outros níveis de decisão.

Para o conseguir, a solução será descentralizar e aproximar a gestão dos serviços, envolvendo e associando os profissionais de saúde na tomada das decisões e agilizando

simultaneamente os processos decisórios através do achatamento da estrutura hierárquica.

É neste quadro que se inscreve a organização interna dos hospitais em níveis intermédios de gestão.

De acordo com Mintzberg (2004) a descentralização pode ser classificada como vertical, em que há dispersão do poder formal para os níveis inferiores da hierarquia, através da figura da “delegação de funções”, ou horizontal que pressupõe a passagem do controlo dos processos de decisão para pessoas situadas fora da linha hierárquica.

Mas porquê descentralizar uma organização? Segundo o mesmo autor as decisões tomadas em vários centros de decisão aumentam o nível de sucesso da organização, permitem uma resposta rápida às condições locais e estimulam a motivação dos profissionais.

Numa ótica de descentralização das organizações de saúde, Starkweather e Shropshire (1994) referem que uma das dimensões imprescindíveis numa organização hospitalar é a existência de uma efetiva gestão descentralizada, centrada no doente e com enfoque na melhoria da qualidade.

Grudson (2002) refere que: *“otimizar a gestão, recorrendo a formas de descentralização da gestão, de que a contratualização interna é uma modalidade, supõe que seja conferida vitalidade às estruturas cujo perímetro seja adequado à prossecução dos objetivos definidos, favorecem a participação do pessoal, e permitem simplificar os circuitos de decisão sem criar um nível suplementar na organização”*.

Na mesma linha de raciocínio, Ribeiro (1990) enumerou as seguintes vantagens decorrente da implementação de um nível intermédio de gestão:

- supervisão direta, permitindo um controlo mais eficiente;
- tomada de decisões num menor espaço de tempo;
- melhor conhecimento da realidade, através da maior proximidade;
- libertar os órgãos de gestão de topo para decisões de maior importância;
- processo de gestão mais prático e realista.

No entanto não existem só vantagens nos modelos de descentralização. A implementação cega e forçada deste tipo de gestão pode gerar uma tensão intolerável face aos princípios deontológicos da profissão médica. A pressão para o cumprimento de objetivos como a diminuição da demora média, a redução da utilização de meios complementares de diagnósticos mais dispendiosos, a substituição de terapêuticas mais onerosas, pode comprometer a qualidade dos resultados em saúde.

Deste modo, a gestão intermédia não pode ser encarada como a panaceia dos males que enferma a organização interna dos hospitais, mas antes uma janela de oportunidade para que estas introduzam soluções técnicas tendentes a aperfeiçoar e a melhorar o seu funcionamento.

Embora a descentralização conduza à partilha de responsabilidades entre os níveis de gestão e os profissionais, continua a ser competência do órgão máximo manter a coordenação e a unidade da organização, evitando que esta possa resvalar para a sua balcanização ou desagregação interna.

4.3 Os Atuais desafios da gestão hospitalar

As instituições hospitalares são organizações muito complexas, com impacto determinante, porventura mesmo excessivo, na prestação de cuidados de saúde, com implicações marcantes nos domínios económico e social. A sua enorme relevância política (como recentemente aconteceu com as reações populares face à reforma da rede de urgências e das maternidades), implica que cada passo levado a cabo no âmbito da reorganização hospitalar tenha de ser ponderado nas suas múltiplas repercussões e consequências.

A reorganização hospitalar é uma necessidade inerente à própria sustentabilidade do sistema, ameaçada pelo crescente aumento dos custos decorrentes do aumento da esperança de vida, pelo crescimento imparável de tratamentos e tecnologias sofisticadas e caras, e por uma gestão que em muitos casos se mostra ineficiente e geradora de considerável desperdício.

O modelo organizacional dos nossos hospitais é ainda um modelo conservador que compromete o desempenho assistencial, já que sendo fortemente dependente do núcleo do “serviço” fragmenta a prestação de cuidados e impede na prática uma gestão descentralizada e participada. Mesmo a recente empresarialização hospitalar, não trouxe consigo as alterações que se esperavam da arquitetura organizacional e da prática gestonária, com exceção no que concerne à agilização na contratação de recursos humanos e à maior capacidade negocial nas aquisições de bens e serviços.

A assunção de um novo modelo passa pela centralidade no doente, visto como o pivô da organização em torno do qual os cuidados se estruturam e não o contrário. Esta evolução para novos modelos operacionais deve potenciar outras dinâmicas de gestão mais eficientes e ativas.

Outro pilar da reforma será edificar uma nova cultura de gestão, através da assunção de um pensamento estratégico, devidamente consensualizado, planeado e calendarizado. Pretende-se assim, implementar uma atitude de clara transparência sobre o rumo que a instituição deve seguir, concorrendo para uma política de verdadeira responsabilização e envolvimento organizacional de todos.

A excessiva preocupação em objetivos de produção, potenciada por mecanismos de financiamento nem sempre ajustados, pode não favorecer a qualidade, comprometendo inclusive a própria efetividade dos cuidados prestados. (Escoval, 2008)

Deste modo, sem prejuízo do cumprimento das metas contratualizadas (produção e económicas), a nova gestão tem de focalizar-se igualmente no controlo da qualidade, adequação e pertinência dos cuidados através da avaliação e monitorização das boas práticas, na formação permanente dos colaboradores, bem como análise do seu empenho e motivação. Se o não fizer arrisca-se a contribuir para o deslize orçamental, bem como da própria sustentabilidade do sistema de saúde.

Outro dos desafios diz respeito aos sistemas de informação. A necessidade de se produzirem indicadores consistentes e fiáveis tem constituído um dos maiores obstáculos quer à prática clínica quer à atual gestão, inviabilizando muitas das vezes decisões atempadas, sustentadas e corretas. Por isso, a construção e a interligação de uma rede

integrada de informação deve assumir-se como uma meta estruturante e disciplinadora na organização das instituições hospitalares, de modo a possibilitar uma avaliação séria do seu desempenho a todos os níveis.

O reforço da autonomia é outras das pedras angulares da nova gestão hospitalar, através da adoção de políticas internas que descentralizem poderes e autoridades em níveis intermédios de gestão, nomeadamente em instituições de grandes dimensões, onde a complexidade da gestão mais se acentua.

É neste contexto que tem sentido falar em Centros de Responsabilidade como um modelo organizativo capaz de ajudar a implementar soluções mais compreensivas e menos estanques no domínio hospitalar. Com adoção desta nova arquitetura organizativa e gestonária garantir-se-á uma visão global do doente, uma melhor cooperação interdisciplinar e conseqüentemente uma utilização mais eficaz dos recursos utilizados.

Por outro lado, emergindo esta estrutura intermédia de gestão de uma política descentralizadora de competências, as decisões que dela resultam são intrinsecamente marcadas pelo binómio autoridade – responsabilidade, conseguida pela implementação de uma política de prestação de contas à qual ninguém fica alheio.

Ligada a esta questão da responsabilidade, o futuro da gestão hospitalar deve igualmente patrocinar uma política de incentivos com o objetivo de apoiar e estimular o desempenho coletivo dos profissionais, com base nos ganhos de eficiência conseguidos. Estes incentivos podem recair sobre melhorias das condições de trabalho, participação em ações de formação e estágios, no apoio à investigação e ainda atribuição de prémios de produtividade e mérito.

Esta recompensa, que deve ser extensível a todos os colaboradores, deve surgir como um ato natural de reconhecimento pelo cumprimento de objetivos e “standards” criteriosamente estabelecidos em sede de contratualização entre o serviço e as unidades autónomas de gestão.

Em conclusão, não faltam razões que justifiquem e reclamem uma alteração à reorganização hospitalar, firmemente centrada no interesse do doente e nos princípios da boa governação clínica e de gestão. O verdadeiro desafio que atualmente a gestão

hospitalar se debate, não é apenas identificar o destino que se pretende (o qual de resto é há muito conhecido por todos), mas encetar uma verdadeira e corajosa estratégia de mudança, ao nível da estruturas e processos das instituições hospitalares, sem que isso implique descentrar atenção do seu escopo assistencial.

5. GOVERNAÇÃO DOS HOSPITAIS

5.1 A gestão clínica

A Governança dos hospitais

O desenvolvimento dos sistemas de saúde e o modo da prestação de cuidados encontram-se inevitavelmente associados a outros aspetos que vão para além dos ganhos em saúde, particularmente os financeiros.

Deste modo as decisões clínicas são também decisões de gestão, forçando assim um relacionamento apertado entre o “mundo da gestão” e a “comunidade clínica”.

Sem esquecer que uma das grandes dificuldades da gestão das unidades hospitalares reside nas duas linhas de autoridade que nela permanentemente coabitam, a legal (administrativa) e a profissional (informal) muitas das vezes em rota de colisão, a solução desta idiosincrasia não passa por ignorá-las, mas antes aproximá-las esbatendo as diferenças que as separam.

Para isso a gestão não pode ser o arauto desta ou daquela corporação, isolada da organização e acantonada numa posição privilegiada, mas antes ser obrigatoriamente partilhada, num contexto pluridisciplinar de atores e sufragada em objetivos comuns. De outro modo as decisões tomadas serão inconsistentes, incompreendidas e até impraticáveis.

A gestão do futuro tenderá a ser cada vez mais no sentido da “administração” à “governance” em que os profissionais de saúde, naturalmente a par dos profissionais da gestão hospitalar, devem ser chamados a exercer funções executivas sejam elas de organização, coordenação ou avaliação das estruturas e dos processos, tendo em conta a posição privilegiada que lhes confere o “saber” e o “conhecimento técnico” que dominam.

5.1 A Gestão clínica

A implementação de programas de melhoria contínua de qualidade assume-se no quadro da saúde como estratégias absolutamente determinantes no aumento da qualidade da prestação de cuidados, propiciando melhores resultados em saúde e aumentando a satisfação dos utentes. Para o conseguir, a ação interna e externa do hospital é decisiva, seja no que diretamente diz respeito à procura e oferta de cuidados, seja no que se relaciona com a sua estrutura e equilíbrio de poderes que nela se desenvolvem.

Apesar do papel chave que os médicos possuem no contexto da prática clínica, (Antunes, 2001) a “clinic governance” nasce como um processo de envolvimento multidisciplinar, quer dos profissionais de saúde quer dos gestores, por forma a manter um equilíbrio entre a dimensão clínica e a sustentabilidade económica dos recursos utilizados.

A perceção de que a boa gestão hospitalar reclama a centralidade do doente, e que o fulcro dessa mesma gestão se situa na prestação dos cuidados de saúde, conduz invariavelmente aos modernos conceitos de governação clínica. Esta é encarada como conjunto de políticas e processos baseados na qualidade sustentadas em programas economicamente equilibrados.

O exercício da governação clínica pressupõe assim um equilíbrio, um compromisso entre a dimensão clínica e a sustentabilidade dos processos, em que simultaneamente se entrelaçam as competências dos que “sabem fazer e “como fazer” com aqueles que “sabem explicar o porquê”. A adoção desta postura exige contudo pressupostos organizacionais claramente definidos e consensualmente aceites.

Desde logo impõe-se a existência de um modelo desconcentrado na tomada de decisão, ao consentir-se sem reservas a assunção de uma autonomia de gestão a nível intermédio, cujas responsabilidades pelos resultados obtidos reflitam o exato compromisso das metas acordadas, sejam elas com o topo (conselhos de administração), sejam elas com a base (direções de serviço).

Este tipo de governação é claramente indutora de uma política de prestação de contas, de todos perante todos, de cima para baixo e de baixo para cima, já que todos contribuem, ainda que a diferentes níveis, para o resultado final da ação. O diretor de serviço é neste quadro de responsabilidades um pilar decisivo e determinante na qualidade e eficiência da prestação de cuidados de saúde, pois é a primeira linha de autoridade e decisão do negócio. (Antunes,2001)

O seu envolvimento direto na fixação e monitorização das metas de produção e custos, na definição das prioridades no investimento e da implementação dos projetos de inovação e desenvolvimento, constitui uma matriz obrigatória no modelo de gestão descentralizado e responsabilizante que caracteriza a “clinic governance”.

Naturalmente que esta ação não pode ser levada a cabo apenas por uma só pessoa, mas antes por uma equipa, exigindo-se ao diretor de serviço que encontre nos médicos, enfermeiros e técnicos que dirige aliados de peso para a consecução dos objetivos comprometidos.

Este relacionamento top-botton-top (CA, unidades intermédias de gestão e serviços e vice-versa) tem de emergir através de processos de contratualização interna, construídos em bases exigentes e rigorosas, mas necessariamente reais, sob pena de se tornarem peças de ficção sem qualquer interesse prático por serem inatingíveis.

Por outro lado, esta cultura de responsabilização arrasta consigo inexoravelmente uma prática de avaliação contínua de resultados, encarada como uma ação natural da atividade. A monitorização da governação clínica se bem entendida (e tê-lo-á que ser por todos) é o corolário de uma ação hospitalar que se quer orientada para o cumprimento de uma missão objetiva e mensurável.

Através dos seus resultados será possível reorientar a organização adotando as medidas preventivas ou mesmo corretivas que a situação o exija, garantindo desse modo a sua sustentabilidade o mesmo quererá dizer sobrevivência.

6. ORGANIZAÇÃO DOS HOSPITAIS

6.1 Estruturas intermédias de gestão

6.2 Unidades clínicas integradas

A Organização dos hospitais

Longe vão os tempos em que Taylor ao definir a organização do trabalho defendia que aos trabalhadores tão só competia a tarefa de “executar”, o mesmo se diga trabalhar, enquanto à administração estavam reservados os poderes de “dirigir”, “coordenar” e “avaliar”.

O modelo de gestão perfilhado pelos hospitais do SNS quando integravam o sector público administrativo do Estado (SPA) era fortemente inspirado na teoria weberiana. Este modelo caracterizava-se por ser essencialmente burocrático, vocacionado para o cumprimento de normas e regulamentos, a sua estrutura assentava numa relação fortemente hierarquizada e centralizadora, e ao nível económico o clima era marcado por uma anestesia de custos.

Em conclusão este modelo administrativo vivia sob a lógica do rigor formal, visto como a madre de todas as coisas, minorizando a importância da dimensão económica das decisões clínicas.

O papel que cabia às administrações estava apenas confinado à competência de angariar recursos e de fornecer os meios e as condições exigidas pelos seus profissionais, pelo que a subalternização da função e o seu amadorismo tornava-a muito discreta e sobretudo dissociada do pulsar clínico da atividade hospitalar. Era em termos práticos uma atividade secundária.

Deste modo não era de estranhar que o desenho das estruturas organizacionais, bem como o seu funcionamento, fosse centralizado exclusivamente no poder e autoridade clínica, sem preocupações de sustentabilidade ou do equilíbrio económico. Este modo de estar acabou por fortalecer no âmbito da organização interna hospitalar uma política de balcanização dos serviços, assente nos princípios da reserva absoluta dos seus espaços, e da relação direta entre a importância do serviço e a sua dimensão. Este tipo de estrutura de cuidados fomentou por sua vez uma prática clínica fortemente individualista, sem grandes preocupações de integração ou complementaridade de cuidados, muito centrada no caso do doente, e pouco ou nada motivada para o seu problema de saúde. Finalmente neste modelo os cargos de direção estavam previamente reservados a alguns (os escolhidos de entre os eleitos), sem que muitas das vezes possuíssem o perfil de liderança que os lugares exigiam.

Este modelo compatível com ambientes estáveis acabou por se mostrar totalmente inapropriado face a uma realidade caracterizada por uma forte instabilidade económica e de grande mutabilidade social. Com a agonia do Estado Providência algumas das garantias sociais que se julgavam inabaláveis como era exemplo a “sustentabilidade” do SNS, passaram a estar em dúvida justificando as profundas reformas estruturais de que são atualmente alvo.

Não podendo os hospitais fugir a estas convulsões sejam elas exógenas ao sistema de saúde, designadamente políticas e económicas, ou endógenas relacionadas com o domínio tecnológico, acabaram por sofrer uma profunda reestruturação organizacional e gestonária que culminou com a adoção de novos modelos de gestão.

O caminho da “empresarialização” que as instituições hospitalares vieram assumir no quadro de um renovado SNS, primeiramente como hospitais SA e agora como hospitais EPE, determinou um corte profundo quer no modelo de gestão até então praticado, quer na vertente da sua organização interna. Por via deste novo modelo pretende-se que a gestão de topo tenha o comando estratégico da atividade, materializada nos seguintes tipos de ação: i) definição das grandes linhas de desenvolvimento e atuação, ii) elaboração dos planos diretores, iii) catalisação das ações e integração de recursos e ainda iv) a coordenação global e avaliação dos resultados.

Para atingir estes objetivos exige-se dos titulares dos órgãos de gestão o perfil, a competência e sobretudo uma liderança forte.

Como diz Peter Drucker *“management is doing things right, leadership is doing the right things”*.

Por outro lado, a necessidade de promover um efetivo controlo do desempenho clínico, dos recursos utilizados e dos custos associados desencadeou a necessidade de se criarem níveis intermédios de gestão com autonomia decisória, sobretudo nas grandes unidades hospitalares onde a dificuldade da governabilidade é maior. Finalmente é importante que as escolhas para as direções de serviço, peças absolutamente essenciais na implementação das políticas de descentralização dos poderes e competências, recaíam sobre elementos a quem são reconhecidos não só atributos de conhecimento técnico e reconhecimento

inter pares, mas também a quem se exige o dever e responsabilidade de prestar contas pelo desempenho alcançado e recursos utilizados.

Temos para nós que este caminho é irreversível no quadro da nova gestão hospitalar, encarada como uma cultura de resultados, pese embora ainda incompleta e longe de ter atingido toda a sua plenitude. No entanto parece ser evidente que a sua assunção natural pelos **stakeholders** deste sistema é um bom princípio que não devemos desperdiçar, de modo a iniciarmos sem demoras uma efetiva reorganização interna dos nossos hospitais, quer no âmbito clínico quer gestor. Para isso há que implementar modelos assentes em critérios de funcionalidade e de desenvolvimento, descentralizados e participados, que permitam atingir quatro objetivos; i) agilizar os processos decisórios, ii) achatar a estrutura hierárquica, iii) comprometer toda a equipa no cumprimento de objetivos e finalmente iv) assegurar uma prática de recompensa da produção e do mérito.

Este tema será aquele que de seguida procuraremos abordar com maior detalhe.

6.1 As Estruturas intermédias de gestão

A fixação de objetivos claros e a elaboração de estratégias globais em cada hospital implica a necessidade de conferir maior dinâmica gestora às estruturas funcionais existentes. Para isso deverá existir um compromisso sem estereótipos ou ideias pré-concebidas de procurar aperfeiçoar ou mesmo redesenhar outros modelos de organização e funcionamento interno dos hospitais, capazes de os ajudar a tornarem-se cada vez mais eficazes e naturalmente eficientes.

A criação de estruturas intermédias de gestão (sejam elas centros de responsabilidade, unidades autónomas de gestão ou unidades integradas de gestão), têm a capacidade de articular o lado operativo da área clínica, de cariz marcadamente assistencial, com a responsabilização dos profissionais de saúde pela gestão dos recursos utilizados. Essa combinação permitirá potenciar uma maior produtividade, otimizar os meios disponíveis e reduzir os custos operacionais nas suas unidades orgânicas. O combate ao desperdício e o incremento da intensidade na utilização dos recursos são objetivos que as estruturas intermédias de gestão podem facilmente alcançar. Na realidade encontrando-se estas mais

próximas do lado operacional dos cuidados, e assumindo uma função de coordenação transversal sobre os serviços que tutelam, podem em cada momento afetar de modo flexível os recursos disponíveis às necessidades e à pressão da procura, rentabilizando as estruturas técnicas, físicas e humanas, o que de outro modo seria muito difícil de conseguir.

Estes modelos desconcentrados de poder e autoridade constituem também veículos facilitadores para uma nova sensibilização da prática clínica, que estando naturalmente ao serviço do doente não é incindível da dimensão económica que a envolve. Não nos podemos esquecer que embora o resultado da ação clínica tenha por primeiro objetivo alcançar um determinado “outcome” no estado de saúde do doente, ela induz necessariamente uma despesa, um custo a suportar pelo erário público, o mesmo quererá dizer dos impostos de cada um. Daí ser um direito dos contribuintes exigir dos profissionais de saúde responsabilidade pelas decisões que soberanamente tomam em nome dos doentes, sob pena de colocarem em causa a sustentabilidade do próprio sistema, e desse modo a prestação de cuidados.

É bom não esquecer que no momento em que um profissional de saúde decide não prescrever um determinado medicamento ou efetuar um procedimento, por entender que sob ponto de vista clínico o mesmo não traduz efetividade para o doente, essa decisão equivale a um desconto de 100% na despesa do SNS. Os efeitos que daqui decorrem em termos de racionalização de meios são incomensuravelmente maiores que os descontos de quantidade (rappel) ou diminuição do preço médio conseguidos por via de negociações com os fornecedores. Na realidade este tipo de eficiência é meramente marginal pois não controla a essência da despesa clínica que se mantém, e que só é possível dominar com o envolvimento direto dos profissionais de saúde e nunca nas suas costas.

No plano gestor a criação das estruturas intermédias de gestão com um conteúdo funcional próprio e dotadas de verdadeira autonomia decisória são um passo incontornável para colocar a responsabilidade nas áreas nevrálgicas onde se decide a quantidade e a qualidade dos cuidados prestados, ou seja, onde se gera o essencial da despesa e do desperdício.

Este modelo organizacional de cariz descentralizado deve ser adaptado à missão, complexidade e grau de diferenciação da cada instituição hospitalar, já que não existe uma

única e melhor forma de organizar. Pelo contrário cada instituição deve adotar o modelo que melhor se adapte ao seu clima interno e aos interesses técnicos e de gestão considerados importantes. Apesar desta diferenciação, este modelo de gestão intermédia, para cumprir com os objetivos de envolvimento dos profissionais e partilha de responsabilidades, deverá incorporar na sua conceção as seguintes premissas: i) facilidade de leitura da cadeia do comando hospitalar, ii) facilidade de avaliação, iii) agregação departamental por afinidades nos processos produtivos e nos recursos utilizados, iv) delimitação clara das áreas de gestão sem sobreposições e sem fragmentação das linhas de produção, e finalmente v) definição sem equívocos dos circuitos de responsabilidade.

As estruturas intermédias de gestão devem assim ser encaradas como alternativas aos esquemas organizativos tradicionais, que se têm revelado limitativos e até inibidores do desenvolvimento de novas soluções de organização e de gestão dos serviços. Porém, para que não venham a soçobrar no momento da sua criação, é absolutamente decisivo que sejam dotadas de início de uma verdadeira autonomia funcional e organizacional. Para tal é mandatário que possuam capacidade efetiva de poderem contratualizar os seus objetivos e definir os meios necessários à sua realização, pois só assim será possível agilizar os processos de tomada de decisão e tornar mais fluida e oportuna a resolução de problemas. (Moutinho, 1999)

Naturalmente que esta autonomia terá um grau adequado sem que, em momento algum, possa colocar em causa a unidade do hospital e a capacidade de avocação de poderes pelo órgão de topo da organização. A materialização desta autonomia deve efetivar-se através do instituto da delegação de competências, com a atribuição de poderes claramente definidos a fim de se evitarem conflitos positivos ou negativos de competências.

Outro dos aspetos com maior relevância nestes modelos descentralizados de gestão assenta na chamada “contratualização interna”. Por via deste instrumento é possível definir objetivos de produção, de eficiência, de qualidade e de acessibilidade, em cadeia, abrangendo os diferentes níveis de gestão (operacional, intermédia e de topo). A contratualização interna manifesta-se através de um processo negocial que culmina com a celebração formal de um contrato-programa entre os serviços e as estruturas intermédias de gestão, e depois numa 2ª fase entre estas e o Conselho de Administração. Nesse

documento definem-se expressamente os níveis de desempenho consensualmente acordados, bem como um orçamento de custos e proveitos em função do financiamento disponível e do orçamento global do hospital.

O cumprimento do contrato programa reveste-se assim da maior importância na assunção da verdadeira autonomia e responsabilidade destas estruturas intermédias de gestão, esperando-se que a sua aplicação, para além de garantir os níveis de produção contratualizados, promova igualmente um controle real dos custos operacionais. Para isso exige-se que a sua intervenção gestonária ultrapasse a mera fase da “monitorização” e se volte para a “influência efetiva” sobre a despesa através de uma estratégia externa e interna.

Externamente sobre os player's (fornecedores e prestadores), já que grande parte do êxito na redução dos custos na saúde tem de ser alcançada logo no momento da compra, pois quando um cirurgião utiliza uma prótese, ou o médico um antibiótico, o preço destes produtos já se encontra previamente definido, não podendo estes profissionais intervir na despesa que imediatamente se gera por via do consumo dos produtos ou utilização dos dispositivos.

Internamente sobre os utilizadores (profissionais de saúde) através de informação ainda que meramente indicativa sobre os custos da atividade. Pretende-se por esta via sensibilizá-los para o valor da despesa que diariamente realizam, induzindo quando possível alternativas diagnósticas ou terapêuticas que possam gerar poupanças de recursos ou reduções de gastos. Só assim entendemos ser possível alcançar um quadro orçamental equilibrado, ou na sua impossibilidade, o menos deficitário possível, sem colocar em causa a qualidade dos cuidados prestados.

Temos para nós que a eficácia destas estruturas intermédias de gestão passa por ser dirigida não na figura centralizada e unipessoal do Diretor, potencialmente redutora de uma visão clínica das questões, mas por um órgão colegial composto por um médico, um administrador hospitalar e um outro profissional de saúde (dependendo das áreas funcionais abrangidas). A composição eclética deste órgão permitirá assim uma abordagem multidisciplinar das decisões, facilitando desse modo a sua ponderação sob prisma clínico quer de gestão, e ao mesmo tempo que responsabilizando os seus membros pelos efeitos

que daí resultam para a estrutura de cuidados. Só assim se criará uma verdadeira cultura de resultados e de prestação de contas.

O financiamento destas estruturas deve assentar em regras específicas e enquadradas no modelo de financiamento do próprio hospital. O seu cálculo deverá ter por base o volume de atividades, ponderado pela sua complexidade através do índice de case mix, associando (ainda que a título experimental) remunerações dos seus profissionais pelo desempenho, e não exclusivamente pela carreira e categoria.

Afastando liminarmente a ideia que o objetivo seja alcançar o lucro, tendo em conta que os hospitais “não produzem riqueza” mas antes “bem-estar”, tal premissa não pode impedir que as estruturas intermédias de gestão promovam um acompanhamento periódico e rigoroso dos orçamentos dos serviços que tutelam, tendo em vista intervir na correção dos desvios e pugnar pelo seu equilíbrio. De resto sem equilíbrio económico qualquer resultado em saúde fica à partida comprometido, pois não é possível assegurar qualidade assistencial quando esta se apoia num quadro de permanente deficit e de custos descontrolados, já que mais cedo ou mais tarde essa realidade acabará por asfixiar a solvabilidade da organização conduzindo inevitavelmente à degradação da oferta de cuidados, e no limite ao seu encerramento.

Simultaneamente e não menos importante, estas estruturas devem identificar oportunidades de captação de proveitos alternativos ao contrato programa, através da prestação de serviços a terceiros alargando desse modo as suas fontes de receitas mediante esquemas de autofinanciamento.

Conceptualmente estas estruturas gestionárias assumem-se como “intermédias” pois colocam-se entre o nível operacional e o nível estratégico da organização, e agrupam por princípio, serviços ou unidades funcionais com base em critérios clínicos coerentes.

Assim para além do clássico agrupamento por “áreas de atividade” que se distribuem pelo internamento, ambulatório, urgência e meios complementares de diagnóstico e terapêutica, é possível realizar uma agregação tendo por base o critério das “especialidades” que apresentem entre si interligações homogéneas de atividade. Neste caso a agregação será repartida entre as especialidades médicas, as especialidades

cirúrgicas, as especialidades da mulher e criança, da urgência e cuidados intensivos e ainda da psiquiatria. Outros dos critérios possíveis é o da “afinidade funcional” especialmente utilizado na área dos meios complementares de diagnóstico e terapêutica, como é o exemplo a área dos laboratórios, da imagiologia. Mais recentemente são os critérios baseados nas “patologias” que têm determinado a organização clínica destas estruturas intermédias de gestão. São exemplo disso a constituição das unidades ligadas às neurociências que engloba a neurologia, neurocirurgia, neuroradiologia e mesmo a neurofisiologia, ou então a do aparelho locomotor que integra as especialidades de ortopedia e traumatologia e a medicina física e reabilitação.

Qualquer um destes critérios de agregação é controverso, não existindo uma resposta que indique qual a melhor forma de constituir estas estruturas, pelo que cada hospital deve criar o seu próprio desenho organizacional que melhor se adapte ao seu funcionamento.

A informação é outro dos pilares decisivos na construção deste desenho organizacional. Por isso o desenvolvimento de sistemas e tecnologias de informação são absolutamente vitais para que seja possível disponibilizar dados em tempo útil e simultaneamente fiáveis. Não mais é possível realizar uma “gestão à vista” dos serviços assente apenas no “jeito” do gestor ou do diretor. A fixação de objetivos e a necessidade de monitorizar os indicadores de desempenho e financeiros, em que se baseia o modelo de gestão intermédia, impõem a presença de análises técnicas a vários níveis, nomeadamente as variações de produção ou de custos (face ao período homólogo ou face ao orçamentado), a deteção e estudo dessas causas, a adoção de planos de contenção preventivos ou corretivos, a monitorização das ações executadas, o cruzamento de variáveis para explicação de fenómenos anormais ou excecionais, e finalmente as projeções de resultados. Sem informação que permita realizar estas análises de gestão a monitorização e controlo da atividade fica irremediavelmente comprometida.

A gestão intermédia dos hospitais não é a panaceia das dificuldades organizativas com que atualmente estas instituições se defrontam, no entanto há que reconhecer que a sua existência e funcionamento permite geri-las melhor.

Estas estruturas permitem mais agilidade decisória porque achatam e simplificam a estrutura interna, garantem maior eficácia nos resultados efetuam uma monitorização

permanente e atuante sobre a produção e melhoram a eficiência nos recursos utilizados já que os orçamentos são encarados como pontos de partida e chegada, responsabilizando todos os colaboradores pelo seu cumprimento.

Todas estas características fomentam, em suma, um clima de efetiva autonomia mas também de responsabilidade, sem que isso descentre ou possa colocar em causa o seu principal atributo, que é de proporcionar cuidados de saúde de qualidade num clima de sustentabilidade económica.

Trata-se no fundo como referia John Naisbitt de *“pensar globalmente, agir localmente”*.

6.2 As Unidades clínicas integradas

A estratégia dos nossos hospitais públicos está hoje muito dominada pelas questões da eficiência, seja ela clínica ou económica, sobretudo porque no decurso das últimas décadas, os hospitais tiveram uma evolução impressionante em volume de serviços prestados e na efetividade dos seus resultados. Para tal contribuiu o facto destas organizações viverem mergulhadas num clima de permanente evolução do conhecimento e da tecnologia, de novas profissões e superespecialização das existentes, da crescente qualidade técnica dos cuidados e sucesso das terapêuticas.

Esta realidade acabou igualmente por gerar uma mudança do paradigma da gestão, bem como da própria organização dos serviços clínicos.

Assim, de uma gestão facilitadora vocacionada para a angariação de fundos e adoção de novas tecnologias, passamos hoje em dia para modelos de gestão racionalizadores da oferta em que se procuram desenvolver sinergias entre serviços. Estes modelos permitem estabelecer uma fronteira clara entre o que é “mera novidade” da verdadeira “inovação” clínica, fomentar a prática de horários de trabalho mais adequados e sobretudo ajustados ao fluxo da procura, potenciar mecanismos de certificação e acreditação que garantam a segurança dos doentes, criar alternativas consistentes ao internamento clássico e finalmente implementar políticas muito centradas na contenção dos custos de modo a reduzir drasticamente os níveis de desperdício na despesa.

É obvio que estes modelos de gestão mais exigentes e menos simpáticos face aos múltiplos interesses em presença tocam de forma direta o “core business” da atividade hospitalar, ou seja a prática clínica.

Deste modo, a arquitetura adotada na organização dos cuidados não ficou imune a esta mudança, ainda que de uma forma mais lenta do que aquela que se verificou no âmbito da gestão.

Com efeito, o modelo tradicional em que se estruturavam os cuidados hospitalares, fortemente centrada em serviços monovalentes e que equivaliam à especialidade médica, tem vindo a ser sucessivamente alterada pela criação de unidades integradas multidisciplinares, nas quais se privilegia o interesse do doente encarado no seu todo, bem como a própria eficiência clínica.

A constituição destas unidades, que começa a dar os seus primeiros passos nos hospitais públicos, centra-se não apenas em torno da patologia do doente, mas essencialmente no problema de saúde visto como um todo. A abordagem do doente passa a ser progressivamente holística, ultrapassando a mera visão orgânica da doença, ao promover-se uma gestão integrada desta em todas as suas vertentes.

Estas unidades garantem deste modo uma oferta de cuidados diferenciados nas áreas de intervenção, orientadas por critérios de boas práticas e executadas por equipas de profissionais multidisciplinares e integradas.

Por sua vez o seu funcionamento trará maior rentabilidade dos recursos existentes já que são as necessidades dos doentes que atraem os cuidados até si, impondo por isso a constituição de equipas multi e interdisciplinares que se organizam entre si para dar resposta ao problema de saúde no seu todo.

Este será um caminho que permite ultrapassar as dificuldades de articulação com que hoje os serviços clínicos ainda se deparam quando necessitam da colaboração de outras áreas de cuidados, esbarrando muitas das vezes em burocracias sem sentido, ou em deficientes formas de comunicação.

Por outro lado estas unidades ao desenvolverem a sua atividade de forma intensiva e exclusiva na área para a qual são reconhecidas geram seguramente padrões de eficiência mais elevados quando comparadas com o funcionamento dos serviços autónomos, que apenas têm uma visão segmentada da doença. Os profissionais que aí exercem a sua atividade acabam por adquirir conhecimento e experiência que lhes permite ultrapassar com rapidez a natural curva de aprendizagem diagnóstica e de tratamento, alcançando elevados níveis de qualidade técnica e de efetividade no resultado.

Simultaneamente este modelo de prestação de cuidados apresenta reais vantagens no quadro da eficiência alocativa. Com efeito, por via da concentração dos recursos que implicam, evitam despesas desnecessárias como aquelas a que frequentemente assistimos, e que se prendem ora com a falta de resposta em tempo oportuno das estruturas de apoio clínico, ou com decisões clínicas que não sendo integrada por vezes são inúteis, pois em nada contribuem para o esclarecimento do problema do doente.

Estas ineficiências potenciam perdas e desperdícios que um estudo independente realizado pelo Tribunal de Contas ao SNS quantificava num valor aproximado de 25%. (Antunes, 2012)

Finalmente, para além de garantir a adequabilidade diagnóstica e de tratamento através da articulação intensiva e qualificada dos cuidados, estas unidades podem igualmente constituir centros de investigação clínica e epidemiológica, assegurando a utilização de novas técnicas terapêuticas experimentais e de ensaios clínicos, colaborando assim no desenvolvimento da investigação básica e translacional.

Em suma, apesar da saúde não ter um preço, na verdade ninguém pode ignorar que a mesma tem um custo, que se apresenta caro, descontrolado e por isso insustentável face à riqueza que o país produz.

Por isso é perfeitamente lícito no atual quadro económico marcado por uma forte contenção orçamental, ao qual a saúde não é alheia, exigir às estruturas de cuidados que repensem as suas tradicionais formas de organização, mediante uma nova abordagem do fenómeno da doença verdadeiramente centradas no interesse do doente e na sustentabilidade do sistema.

Estas exigências são a nosso ver ditadas por 3 ordens de razões incindíveis entre si: primeiro porque os doentes são acionistas do sistema de saúde por via dos impostos que pagam, em segundo lugar porque as características do SNS (geral e universal) lhes confere o direito a um acesso sem reservas ou discriminatório aos cuidados de saúde, e finalmente porque numa sociedade humanista como a nossa o SNS constitui uma razão de orgulho e de sucesso que foi possível conquistar e que nenhum de nós em consciência quererá por certo perder.

7. METODOLOGIA DO TRABALHO

Metodologia de Trabalho

Este trabalho foi desenvolvido no Centro Hospitalar de São João EPE, cuja missão é sucintamente responder às necessidades em saúde da sua população, prestando um serviço de elevada qualidade em todas as suas valências.

A estratégia encontrada pelo CHSJ EPE, para dar resposta ao objetivo de promover a autorresponsabilização dos seus profissionais, foi a descentralização da gestão, alinhada com o aumento de valor em saúde e a satisfação dos seus profissionais.

Desde a Lei de Gestão Hospitalar de 1988 (Dec. Lei 19/88 de 21 de Janeiro) que a gestão intermédia, ou descentralizada, tem vindo a ser incentivada ao nível da saúde, numa perspetiva de aumentar a qualidade e produção dos cuidados, como de promover o controlo da despesa por estes gerada.

A avaliação do desempenho neste contexto merece lugar de destaque, já que é por via da monitorização que se mostra possível avaliar a eficácia e eficiência dos novos modelo de gestão intermédia, verificando até que ponto os seus resultados se traduzem efetivamente em mais valias clínicas e económicas relativamente ao modelo anterior.

De acordo com Escoval “et.al” (1998) para se monitorizar e avaliar uma unidade de gestão intermédia devem ser criados indicadores de acessibilidade, oportunidade de cuidados, qualidade, eficiência, efetividade e satisfação dos doentes, que permitam não só auxiliar o processo de tomada de decisão, como simultaneamente realizar comparações com outras estruturas idênticas, apurando a performance de cada uma delas.

Conjeturando a melhor forma de avaliar o desempenho das UAG’s tendo patentes as dificuldades conceptuais e operacionais que esta matéria gera, o modelo adotado pelo CHSJ tomou por base as seguintes linhas de orientação: os indicadores definidos pela DGS (2007), a metodologia do contrato-programa e ainda outros indicadores que resultaram de uma parceria com uma empresa consultora em saúde denominada IASIST.

A preocupação que sempre esteve na base da definição dos indicadores de desempenho das UAG’s é que os mesmos fossem fiáveis, precisos, comparáveis e obtidos em tempo real de modo a responder aos objetivos estratégicos deste novo modelo experimental, tanto

mais que para alguns este modelo era impraticável numa estrutura hospitalar de tão grandes dimensões, como era o Hospital de São João.

Os indicadores que foram então assumidos para avaliação da atividade aquando da constituição das UAG's, e que serão objeto de posterior avaliação, recaíram nas seguintes dimensões: acesso, eficiência técnica, qualidade/efetividade, produção, económicos e de satisfação.

Passemos de seguida à abordagem, ainda que naturalmente sumária, do significado e importância de cada um destes parâmetros de avaliação:

Acesso

De acordo com o conceito Europeu (INE,2003) acessibilidade é a *“caraterística de um ambiente ou de um objeto que permite a qualquer pessoa estabelecer um relacionamento com esse ambiente ou objeto, e utilizá-los de uma forma amigável, cuidadosa e segura”*.

A nível nacional esta área assume particular relevo devido à potencial política de seleção/desnatação que os hospitais possam praticar (acessibilidade passiva), e pela disponibilização de informação que permita aos doentes escolher os seus prestadores (acessibilidade ativa). (Costa & Costa Lopes, 2009)

O acesso proporcionado pelos serviços de saúde em geral é analisado através do número de doentes em lista de espera para consulta (LEC) e para cirurgia convencional e ambulatória (LIC), bem como pela mediana de dias de espera nestas duas linhas de cuidados. Outro indicador é a taxa de acessibilidade da consulta, através da qual se afere o peso das primeiras consultas sobre o seu total, medindo a real capacidade de oferta dos serviços face à procura externa. A taxa de ocupação que corresponde à percentagem de camas ocupadas ao nível de internamento também é entendido como um indicador de acesso, uma vez que permite ter um conhecimento sobre a capacidade do internamento, verificando se este se encontra ou não adequado às necessidades da população, quando relacionada com uma demora média adequada.

Eficiência técnica

Por eficiência técnica entende-se: *"a combinação de recursos que atinge um resultado desejado ao mais baixo custo"*. (Costa,2005)

Os indicadores mais comumente utilizados para medir a eficiência técnica são os custos médios e a demora média, que têm comportamentos inversos entre si, pois é sabido que a intensidade de recursos tende a diminuir à medida que aumentam os dias de internamento (Costa,2005).

A demora média é um indicador que exprime o número médio de dias de internamento utilizados por um doente saído face um determinado período de tempo. Por sua vez os custos médios traduzem o valor médio gasto por doente no tratamento. É bom não esquecer que este último indicador pode não representar por si só a realidade económica da organização ou do serviço. Com efeito se a estrutura de cuidados em análise comporta serviços clínicos muito diferentes entre si, é necessário cruzar esta variável com a complexidade dos doentes tratados através do índice de case mix.

Na verdade o sistema de custeio é aquele que poderia traduzir um custo fidedigno dos cuidados prestados, uma vez que ao mapear e valorizar todas as atividades clinicas que cada episódio consome permite chegar a um valor real por doente assistido, o mesmo quererá dizer por patologia tratada, e não a um custo médio.

Adjacente a estes indicadores também importa aqui dar destaque à taxa de ambulatorização.

Este item permite saber o peso da cirurgia de ambulatório no total das cirurgias programadas, e tem uma importância decisiva na avaliação da eficiência de qualquer estrutura hospitalar. Com efeito dirigindo-se este tipo de cirurgia para os casos que carecem de internamento inferior 24 horas, ela tem um forte impacto em 4 dimensões a saber, i) na redução da dimensão da LIC uma vez que potenciando uma utilização mais intensiva dos recursos aumenta a produtividade dos serviços possibilitando um maior número de cirurgias realizadas por tempo operatório, ii) na diminuição da demora média já que apenas pressupõe internamentos de curta duração, iii) uma descida nos custos face ao internamento clássico pois implica menor tempo de internamento e conseqüentemente

menor consumo de recursos, e finalmente iv) aumento da qualidade já que reduz o risco de infeções nosocomiais, tendo em conta que o contacto do doente com a estrutura hospitalar se circunscreve ao mínimo exigido pelas boas práticas.

Qualidade dos Cuidados / Efetividade

Quando se abordam em geral as questões relacionadas com a qualidade/efetividade dos cuidados, o objetivo pretendido reside no essencial em conhecer qual o impacto que a prestação teve na evolução do estado de saúde do doente, aferindo se os recursos despendidos, se revelaram adequados às necessidades sentidas.

Deste modo a efetividade pode ser definida como; *“a capacidade de um ou conjunto de procedimentos melhorar a saúde de um indivíduo ou população”* (Pereira,1993), medida através das *“taxas de mortalidade, complicações e de reinternamento”*. (Costa Lopes, 2005)

Apesar destes indicadores poderem traduzir os níveis de qualidade/efetividade dos cuidados prestados, a sua utilização terá de ser especialmente ponderada tendo em conta as seguintes particularidades:

Em primeiro lugar, a taxa de mortalidade “per si” pode não ser um indicador plausível, pois existem inúmeras variáveis que podem contribuir para esse fim sem que esteja em causa a qualidade do processo. É o caso da gravidade do estado de saúde do doente traduzido pelo índice de case mix, das variações na eficácia das tecnologias médicas, quando consideradas individualmente. Deste modo o mais correto será ajustar este indicador à gravidade e complexidade dos doentes, para se aferir de um valor correto.

Em segundo lugar quanto às complicações estas são definidas na Portaria nº45/2008 de 15 de Janeiro como: *“ todas as situações novas de doença ou limitação funcional não esperada que surjam na sequência da instituição das terapêuticas e não sejam imputáveis a situações independentes dos procedimentos instituídos ”*. Na verdade alguns estudos aconselham a análise de algumas complicações específicas que possam traduzir os níveis de segurança hospitalar dos doentes como sejam: a úlcera de cúbito, a morte em GDH de baixa

mortalidade, as infeções nosocomiais, a falha respiratória pós-cirúrgica, a hemorragia ou hematomas pós-operatórios, os embolismos pulmonares ou trombozes pós-operatórias.

Em terceiro lugar sobre a questão das readmissões, o referido diploma legal define-as como: “*episódios de internamento subsequentes a outros episódios ocorridos num período de tempo igual ou inferior a 30 dias exceto quando os segundos episódios respeitem aos GDH 249,317,409,410,465,466 e 492*”. Esta matéria é particularmente sensível no âmbito da gestão hospitalar, uma vez que o atual modelo de financiamento ao considerar o tempo de internamento como um fator determinante dos proveitos a auferir pelas instituições de saúde (exp: cálculo doente / equivalente, valor do GDH), pode pressionar a decisão médica para altas precoces, que mais tarde podem vir a traduzir-se em readmissões de todo evitáveis.

Na realidade os hospitais tentados a maximizar o valor da receita por cada GDH produzido procuram que o doente esteja internado o menos tempo possível. Com efeito, de acordo com as atuais regras de financiamento as instituições hospitalares recebem exatamente o mesmo por cada dia a mais, até ao limiar máximo do GDH.

Deste modo a análise deste indicador é muito pertinente no atual contexto da avaliação da qualidade assistencial.

Embora se verifique alguma controvérsia em torno da definição da janela temporal a considerar para efeitos de reinternamento, seguindo a orientação traçada a este respeito pelo contrato programa, a dilação considerada neste trabalho é de 5 dias.

Produção

Principalmente devido ao facto do modelo de financiamento de saúde em Portugal fazer depender o valor da receita dos níveis de produção realizados pelas instituições, a definição e a parametrização dos indicadores de desempenho são fundamentais na avaliação da produção, e no cálculo do financiamento.

A panóplia de indicadores de produção hospitalar é bastante vasta, porém com interesse para o CHSJ e em particular para este estudo serão utilizados os seguintes parâmetros:

número de doentes saídos, número de primeiras consultas, número de consultas subsequentes, número de doentes intervencionados em cirurgia convencional, número de doentes intervencionados em cirurgia de ambulatório, número de MCDT realizados e número de intervenções cirúrgicas programadas convencionais e de ambulatório, e ainda o número de sessões em hospital de dia.

Resultados Financeiros

O elevado volume financeiro que o SNS necessita é obtido através dos impostos pagos pelos contribuintes exige uma ilimitada diligência na defesa de uma aplicação correta destas verbas na área da saúde. Neste contexto a análise dos indicadores de gestão financeira reveste-se da maior importância para aferir quer o grau de estabilidade e de solvabilidade dos hospitais, quer o próprio nível de eficiência e da boa gestão praticada pelos Conselhos de Administração (CA).

Para além deste efeito, estes indicadores podem ter ainda um outro impacto tão importante quanto o primeiro. Com efeito instituições que gozem de boa “saúde financeira” através de resultados operacionais ou EBITA’s positivos potenciam a captação dos melhores profissionais, tendo em conta as expectativas destes poderem ter acesso a novas e melhores tecnologias, de verem facilitada a sua formação técnica, de usufruírem de modernas condições de trabalho, como ainda de melhorar o seu próprio rendimento disponível.

A este respeito será importante referir que, a visão do futuro terá de passar por mecanismos e estratégias que possam otimizar o “valor do dinheiro”. Para isso é essencial implementar planos de avaliação individual que conduzam simultaneamente à criação de uma política de incentivos e de responsabilização dos agentes internos (gestores e prestadores) pelo cumprimento dos objetivos da organização. (Reis,2005)

Este modelo designado de - *Pay for Performance* – que permite compensar o colaborador em função da produtividade alcançada, é imprescindível para motivar e incentivar os profissionais de saúde a aumentarem o seu nível de desempenho, substituindo o atual

sistema de retribuição que baseado na carreira e categoria para além de ser iníquo, não valoriza nem reconhece a meritocracia.

Satisfação

Não obstante esta dimensão não permita retirar conclusões silogísticas sobre a performance das instituições de saúde (o mesmo se diga dos serviços clínicos) já que a satisfação é um indicador subjetivo, mostra-se no entanto importante conhecê-la, como meio de apurar a avaliação que os doentes fazem da instituição hospitalar.

Neste sentido a opinião por estes formulada sobre as amenidades e resultado do processo assistencial é soberana, pois não existe ninguém melhor do que eles para exprimir a experiência em matérias de conforto, atendimento e outcomes da prestação de cuidados de que foram alvo.

É bom não esquecer que o nosso sistema de saúde caminha a passos largos para um mercado concorrencial assente na dicotomia público/privado mas também público/público. Por isso a avaliação que os utentes produzem sobre a qualidade dos cuidados recebidos será cada vez mais determinante na explicação do nível da procura expressa e consequentemente da própria sustentabilidade económica das instituições de saúde.

Neste contexto vem a propósito parafrasear um economista da saúde que sobre este assunto diz o seguinte: *“Um doente satisfeito é um doente que regressa em caso de necessidade”*. (Pereira,1993)

A operacionalização deste indicador pode ser realizada por várias vias, delas se destacando as três mais usadas no domínio hospitalar: a taxa de resolatividade, a relação do número de reclamações apresentadas sobre o total de doentes observados, e por fim os inquéritos de satisfação.

A falta de dados consistentes da primeira técnica leva-nos a que neste trabalho sejam apenas abordados os resultados obtidos através dos dois últimos parâmetros.

Abordados que estão os indicadores normalmente utilizados para avaliar o desempenho hospitalar, o passo seguinte deste trabalho será, com base nos mesmos, apurar a performance assistencial e gestonária da UAGC.

A análise dos dados reporta-se a um espaço temporal de seis anos, compreendido entre 2006 (data da sua criação) e 2011 (últimos dados disponíveis).

No processo de recolha da informação foi devidamente acautelada a exclusão de informação sigilosa, e as fontes utilizadas foram em exclusivo as que se encontram oficialmente publicadas no relatório e contas (R&C) do HSJ.

No apuramento dos custos foram considerados os valores registados pela contabilidade em cada centro de custo dos serviços que integram a UAGC designadamente: internamento, consulta externa, blocos operatórios, hospitais de dia e MCDT, excluindo-se os atendimentos no serviço de urgência e MCDT realizados fora da UAGC que pertencem a outras UAG's.

Não foi possível contabilizar os custos indiretos dos doentes tratados, por ausência no momento da elaboração do trabalho dos valores da contabilidade analítica.

De forma a ser conhecida a orgânica e dinâmica global da UAGC no que concede à análise do seu ambiente interno, inclui-se neste estudo uma breve descrição dos serviços clínicos que a integram, da sua estrutura organizativa bem como dos recursos físicos, humanos e financeiros a ela afetos ao ano de 2011, por ser o mais atual.

Quanto à análise do ambiente externo, a sua caracterização corresponde por natural sobreposição às áreas de influência e atração cirúrgicas do CHSJ, com base nas regras de referenciação estabelecidas pela ARSN.

**8. CENTRO HOSPITALAR
DE SÃO JOÃO E.P.E.**

8.1 Breve caracterização

8.2 As unidades autónomas de gestão

Centro Hospitalar de São João EPE

8.1 Breve caracterização

O Centro Hospitalar de São João EPE, é “ *uma pessoa coletiva de direito público com a natureza de entidade pública empresarial dotada de personalidade jurídica, autonomia administrativa, financeira, patrimonial e de natureza empresarial*” (artº2 do Regulamento Interno do CHSJ, 2012)

Foi criado pelo Dec. Lei 30/11 de 2 de Março, resultando da fusão de dois hospitais: do Hospital de São João EPE (instituição com a maior dimensão de toda a zona norte do país e o segundo a nível nacional) que deu origem ao polo do Porto, e do Hospital de Nossa Senhora da Conceição de Valongo, dando origem por sua vez ao polo de Valongo.

O CHSJ tem como missão “ *prestar os melhores cuidados de saúde, com elevados níveis de competência, excelência e rigor, fomentando a formação pré e pós-graduada e a investigação, respeitando sempre o princípio da humanização e promovendo o orgulho e sentido de pertença de todos os profissionais*” (artº3 Regulamento interno do CHSJ, 2012).

Como centro universitário, desenvolve ainda atividades complementares de ensino superior em parceria com a Faculdade de Medicina da Universidade do Porto no âmbito da licenciatura em medicina.

Sumariamente este centro hospitalar prossegue os seguintes objetivos:

- prestação de cuidados de saúde humanizados, de qualidade e em tempo oportuno;
- aumento da eficiência e da eficácia, num quadro de equilíbrio económico e financeiro sustentável;
- desenvolvimento de áreas de diferenciação e de referência na prestação de cuidados de saúde;
- implementação de projetos de prestação de cuidados de saúde em ambulatório e domicílio, no sentido de minimizar o impacto da hospitalização;
- promoção do ensino e da investigação clínica e não clínica.

Antes de passarmos à caracterização geral do CHSJ convém desde já tomar em consideração duas questões preliminares. A primeira decorre do facto do último Relatório e Contas relativo ao ano de 2011 apenas contemplar o movimento de 9 meses, isto é a partir de 1 de Abril de 2011, por ser esta a data da criação do centro hospitalar, e não da totalidade do ano.

A segunda relaciona-se com o bloco operatório do polo de valongo que esteve encerrado para obras de remodelação entre 1 Junho de 2011 a 30 de Janeiro de 2012, o que deixa a produção cirúrgica do CHSJ nestes nove meses abaixo da capacidade instalada.

Feitas estas considerações e tendo por base o Relatório e contas atrás referido, o CHSJ EPE no final do ano de 2011 possuía 47 serviços clínicos e 18 não clínicos, e a lotação praticada foi de 1.133 camas e 43 berços.

A área de influência do CHSJ ou de 1ª linha envolve as áreas geográficas dos Centros de Saúde ou Unidades de Saúde Familiares pertencentes aos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES) do Porto Oriental, Maia e Valongo, abrangendo 330.379 habitantes.

Relativamente à área de atração ou de 2ª linha, o CHSJ envolve assistência aos hospitais dos Distritos de Braga, Viana do Castelo e Porto para um total aproximado de 2.300.000.00 cidadãos.

O total de doentes saídos foi de 33.827 correspondendo a 32.183 doentes equivalentes, para um ICM que atingiu o valor de 1,527. A demora média foi de aproximadamente 8 dias sem recém-nascidos, passando para 7,7 se estes forem considerados, enquanto que a taxa de ocupação atingiu os 81% no mesmo período em análise.

O número de intervenções cirúrgicas foi de 27.725, das quais 11.447 de ambulatório, 11.963 convencionais e 4.315 urgentes. A demora média pré-operatória foi de 1,04 dias excluindo os episódios com proveniência da urgência, passando para 1,81 se estes forem considerados. A lista de espera cirúrgica apresentava 9.227 doentes inscritos, para uma mediana de 2,97 meses.

O número total de consultas (médicas e não médicas) nestes nove meses ultrapassou o meio milhão, fixando-se concretamente em 538.870 episódios, dos quais 129.702 foram

primeiras consultas e 409.168 consultas subsequentes. Se centramos a análise apenas nas consultas médicas, o seu total ascendeu a 509.541 episódios, registando uma taxa de acessibilidade de 24%. A lista de espera possuía 33.168 doentes, com uma mediana de 2,20 meses.

Ao nível dos hospitais de dia o total de sessões foi 92.327 para um total de 14.261 doentes, o que equivale a 6 sessões por doente.

Em 2011 o total de admissões no serviço de urgência foi de 232.933, das quais 70,8% disseram respeito a adultos, 4,6% foram obstétricas e 24,7% pediátricas. Do universo destas admissões apenas 7,2% deram origem a posterior internamento e o tempo médio verificado entre a admissão e a alta neste serviço foi de 2h59m e 19s.

O número de partos foi de 2.127 dos quais 29,29% dizem respeito a cesarianas, valor este ainda muito elevado tendo em conta que a meta preconizada pela OMS é de 15%.

A taxa de mortalidade foi de 3,76%.

O número de MCDT realizados no CHSJ foi de 5.878.208, sendo que a produção da patologia clínica, medicina física e reabilitação e radiologia representam 82% deste valor total. A consulta é responsável pela requisição de 41,3% destes pedidos, seguindo-se o internamento com 34,2%, o serviço de urgência com 20,4%, os hospitais de dia 3,5% e finalmente outros 0,5%.

O CHSJ requisitou ao exterior 11.024 exames seja porque não dispunha de capacidade técnica para os realizar internamente, ou possuindo-a não os podia realizar em tempo útil.

Na área da colheita e transplantação em 2011 foram efetuadas 154 colheitas e 279 transplantes assim distribuídos: 65 renais; 20 cardíacos, 44 de células hematopoiéticas e 150 córneas.

Finalmente em 2011, o CHSJ referenciou para a RNCCI 430 doentes dos quais 113 para unidades de média duração e reabilitação, 105 para unidades de convalescença, 88 para a equipa de cuidados continuados integrados, 66 para unidades de longa duração e manutenção e 58 para unidades de cuidados paliativos.

No gabinete do utente deram entrada 1.109 reclamações, 69 louvores e 9 sugestões.

O CHSJ possuía a 31.12.2011 um total de 5.729 colaboradores ativos, em que 36,7% eram enfermeiros, 24,9% médicos, 20,7% assistentes operacionais, 7,7% assistentes técnicos, 6% TDT e 4% outros.

Ao nível dos principais indicadores financeiros, o CHSJ tendo por base a produção contratada com o SNS neste 9 meses obteve um financiamento em 221.660.221,94€.

Os proveitos totais ascenderam a 255.731.069€, e os custos a 255.454.075€, originando um resultado positivo antes de imposto (RAI) de 276.994€.

O resultado operacional ascendeu a 863.800€ fruto do crescimento da produção conjugado com o controlo dos custos estruturais.

O EBITDA atingiu em 2011 os 10.985.792€ positivos.

Quanto à estrutura dos custos, as matérias de consumos ascenderam a 38% e os custos com pessoal a 44% do total de custos em 2011, pelo que o seu peso conjunto foi de 82%,

A autonomia financeira do CHSJ foi de 25,67% e a sua solvabilidade de 34,54%

O total do investimento realizado foi de 4.440.020,99€ correspondendo a 646.510,50€ em obras e 3.793.510,49€ em equipamentos.

8.2 As Unidades autónomas de gestão

Como já foi referenciado ao longo deste trabalho, a empresarialização do Hospital de São João EPE operada inicialmente por via do Dec. Lei 233/05 de 29 de Dezembro, confirmada pelo Dec. Lei 30/2011 de 2 de Março com a aprovação do Centro Hospitalar de São João EPE, constituiu uma oportunidade não desperdiçada de repensar estrategicamente o modelo de gestão interna adotado neste centro hospitalar.

Na realidade com a constituição das primeiras seis Unidades Autónomas de Gestão criadas em Março de 2006 (cirurgia, medicina, urgência e cuidados intensivos, mulher e criança, meios complementares de diagnóstico e terapêutica e psiquiatria) procurou-se desmistifi-

car o “mito da ingovernabilidade do Hospital de São João”. Este desígnio era até então assumido como uma inevitabilidade institucional tendo por base dois fatores: por um lado a dimensão física e complexidade técnica da estrutura do hospital, e por outro lado o ritmo descontrolado da despesa, que ninguém ousava enfrentar receoso das consequências imprevisíveis que daí poderiam resultar.

Foi a visão corajosa do Conselho de Administração em exercício no ano de 2006 ao decidir romper com o “status quo” existente e experimentar um outro modelo de gestão, que permitiu perceber qual era o verdadeiro problema deste grande hospital central e universitário. Com efeito este não residia nem na qualidade nem na quantidade dos seus colaboradores, nem na sua estrutura física e técnica, nem na sua ligação à Faculdade, nem na despesa que consumia, e muito menos nos doentes que tratava, mas antes e apenas “na forma como se encontrava organizado clinica e gestionariamente”. Esta era a condicionante que asfixiava a eficiência do hospital e que não permitia refundá-lo, pelo que sem a alteração da estrutura de poder e autoridade interna que até então vigorava qualquer ação de gestão estaria votada ao fracasso.

A solução encontrada para enfrentar este problema foi então de “fatiar” o HSJ em 6 pequenos hospitais, o mesmo se diga em seis unidades autónomas de gestão, encaradas como unidades de negócio a quem competia globalmente otimizar processos, garantir eficiência, monitorizar e cumprir objetivos e fomentar um clima de responsabilidade profissional.

Para atingir tais objetivos, estas estruturas intermédias de gestão dotadas de autonomia e dirigidas por um conselho diretivo constituído por um médico, um administrador hospitalar e um profissional de enfermagem, passaram a exercer poderes de autoridade e direção sobre as áreas clínicas que se encontram sob a sua tutela.

O seu exercício com origem na delegação de poderes atribuído pelo Conselho de Administração através do regulamento interno (previamente aprovado pela tutela e devidamente publicitado através do jornal oficial do Estado), permitiu a descentralização dos níveis de decisão, desburocratizando o processo decisório, tornando-o mais célere e transparente junto dos serviços operacionais.

Por outro lado esta autonomia acabou igualmente por traduzir-se numa cultura de responsabilização voltada para o cumprimento de objetivos e de prestação de contas de todos perante todos. Para isso passaram a ser anualmente contratualizados em cascata entre as direções dos serviços clínicos e as direções da UAG's, e depois entre estas e o órgão máximo de gestão, um contrato programa anual. Neste além de se fixarem objetivos de produção e de orçamento, são estabelecidas as admissões programadas de pessoal, os montantes de investimento a realizar e ainda os projetos de inovação e desenvolvimento a concretizar.

Deste modo o nível de desempenho deixou de estar envolto em matérias discricionárias ou subjetivas, para se reportar a dados concretos e mensuráveis.

Volvidos seis anos sobre a implementação deste modelo, a realidade daí resultante evidencia sem sombra de dúvida que este era de facto o caminho correto. Para tal bastará analisar os resultados (clínicos e de gestão) alcançados pela UAGC abordados mais à frente neste trabalho para chegarmos sem esforço a essa conclusão. Naturalmente que este modelo não é estático, devendo ajustar-se não só à própria dinâmica interna da instituição como ao contexto externo em que ela se move.

Por isso não é de estranhar que, na sequência da nova reorganização interna subjacente à constituição do CHSJ operada a partir de Abril de 2012, o modelo descentralizado que até então vigorava tenha evoluído, sobretudo na sua estrutura e operacionalidade.

Verifica-se assim que das 6 UAG's iniciais atualmente permanecem três: a UAG da Cirurgia, a UAG da Medicina e a UAG da Urgência e Medicina Intensiva.

A UAG da Mulher e da Criança extinguiu-se por via da autonomização das áreas da mulher e da criança antes juntas, dando origem respetivamente à Clínica da Mulher e ao Hospital Pediátrico Integrado.

A UAG da Psiquiatria por sua vez passa a designar-se por Clínica de Psiquiatria e Saúde Mental uma vez que a sua dimensão centrada num único serviço não justificava o tipo de estrutura que a UAG comporta.

Finalmente a UAG dos MCDT vê-se substituída pela criação dos centros autónomos de Imagiologia e Medicina Laboratorial, com o propósito de que cada uma destas áreas possam potenciar a externalização dos seus serviços de uma forma autónoma e menos complexa, que a sua integração na mesma UAG's impunha.

Outra das alterações verificadas nas atuais atribuições e responsabilidade das UAG's e das Clinicas recentemente criadas, é a capacidade de gerirem um orçamento global.

Assim desde 2012 que cada uma destas direções passa a ter a responsabilidade de controlar e monitorizar não só os custos dos serviços (como já vinha fazendo), mas também os proveitos com origem no contrato programa estabelecido com o Conselho de Administração. Este é pois um novo desafio que se coloca a estas estruturas intermédias de gestão.

Estas modificações, que mais não são do que fruto da evolução do tempo, apontam inexoravelmente para duas consequências de grande importância no atual modelo de gestão intermédia do CHSJ. Por um lado consolidam-o como estratégia para maximizar a partilha de recursos, elevando os níveis de eficiência, por outro reforçam o papel de contratualização interna como instrumento decisivo para garantir a melhor aplicação dos recursos financeiros disponíveis, assegurando o equilíbrio económico e a sustentabilidade do CHSJ.

Creemos sinceramente que, mau grado as suas eventuais imperfeições, este modelo teve a enorme virtualidade de inverter um rumo gestionário que por todos era consabido como falido e impraticável, mas que teimosamente persistia por falta de vontade, saber ou mesmo coragem, de quem tinha o poder de mudar as coisas, mas que pelas mais variadas razões foi adiando no tempo as reformas tidas como indispensáveis.

9. UNIDADE AUTÓNOMA DE GESTÃO DE CIRURGIA

- 9.1 Missão e objectivos
- 9.2 Organização e funcionamento
- 9.3 Indicadores de desempenho

9 . Unidade Autónoma de Gestão de Cirurgia

9.1 Missão e Objetivos

A Unidade Autónoma de Gestão de Cirurgia surge no quadro da atividade gestionária do CHSJ como uma estrutura intermédia de gestão no âmbito da produção clínica, nos termos conjugados nos artsº 25 nº1 e nº2 e 30º do Regulamento Interno do CHSJ.

A UAGC tem por missão prestar cuidados de saúde diferenciados do foro cirúrgico, com níveis de qualidade, eficiência e humanização elevados, em articulação com os cuidados de saúde primários, com os hospitais integrados na rede do Serviço Nacional de Saúde e ainda com as instituições que participam na Rede Nacional dos Cuidados Continuados Integrados.

Constitui ainda missão da UAGC a investigação, o desenvolvimento científico e tecnológico na área da cirurgia e a formação pré e pós-graduada.

A UAGC tem como objetivo o desenvolvimento e implementação de medidas ativas que no domínio da gestão e área clínica conduzam à melhoria da qualidade dos cuidados prestados e grau de satisfação dos doentes, garantindo desse modo uma resposta adequada às necessidades em saúde da população que serve.

Essa resposta passa pela melhoria dos indicadores de acessibilidade dos cuidados cirúrgicos, da sua qualidade técnica, produtividade, eficiência e efetividade.

9.2 Organização e funcionamento

Orgãos

A UAGC integra um total de onze serviços cirúrgicos e seis unidades funcionais assim identificadas: Anestesiologia; Cirurgia Geral; Cirurgia Plástica, Reconstructiva e Maxilofacial; Cirurgia Vasculár: Cirurgia Cardiorácica; Estomatologia; Neurocirurgia; Oftalmologia; Ortopedia; Otorrinolaringologia e Urologia. Fazem parte ainda desta estrutura intermédia de gestão as seguintes unidades: Bloco Operatório Central, Unidade de Cirurgia de

Ambulatório; Unidade de Queimados; Unidade da Dor, Unidade de Cuidados Intermédios de Cirurgia e finalmente a Unidade Pós-Anestésica.

Face à sua complexidade e número de serviços que integra, a UAGC é dirigida por uma comissão diretiva constituída por um médico, por um administrador hospitalar e por um enfermeiro supervisor nos termos previstos no artº32º nº1 do Regulamento do CHSJ. A nomeação destes elementos é realizada pelo Conselho de Administração por um período de três anos em regime de comissão de serviço. A Direção é apoiada por sua vez por um secretariado próprio que assegura a rotina administrativa e ainda por um gabinete de gestão que integra dois técnicos superiores com funções de assessoria técnica quer a este órgão, quer aos diretores dos serviços clínicos.

Como já atrás tivemos oportunidade de referir, a composição multidisciplinar deste órgão colegial traduz-se numa inegável mais-valia gestonária, pois permite uma abordagem multifacetada dos assuntos e problemas que fazem parte da gestão corrente desta UAG, ao incorporar as dimensões clínica e económica que indissociavelmente existem nas decisões em saúde.

Por outro lado, a sua natureza eclética e não meramente tecnocrática, facilita a implementação dos processos decisórios ao nível operacional, atenuando a tensão e até alguma conflitualidade que normalmente as decisões de gestão podem gerar no seio dos profissionais de saúde, que não raramente as associam a limitações de ordem económica.

Atribuições e Competências

Em consonância com as orientações e objetivos estratégicos definidos pelo Conselho de Administração, à UAGC compete em geral assegurar a coordenação global da atividade clínica, administrativa e financeira dos serviços cirúrgicos que a integram.

Enquanto modelo descentralizado de gestão, a UAGC estabelece anualmente com o CA um contrato-programa, através de um processo de contratualização interna, em que se definem metas objetivas de desempenho que em concreto abrangem as seguintes áreas: i) produção ii) orçamento de custos e proveitos, iii) plano de investimento (inovação e de

substituição), iv) proposta de admissão de recursos humanos e finalmente v) uma lista de projetos de inovação e de desenvolvimento.

Naturalmente que este contrato-programa por sua vez é o resultado dos contratos que em cascata a UAG previamente negociou e consensualizou com os diferentes serviços cirúrgicos que a integram, representando o “compromisso formal” de gestão pelo qual é responsável.

Este compromisso gestor da UAGC é assumido na prática numa dupla vertente. Por um lado na responsabilidade permanente em monitorizar e acompanhar os indicadores de atividade e de custos dos serviços, e por outro na autonomia de que dispõe em proceder às intervenções preventivas ou mesmo corretivas que entenda por necessárias, sempre e quando sejam detetados desvios às metas estabelecidas.

Sucedem porém que esta intervenção não tem, na prática, o mesmo grau de intensidade e resultado.

Na realidade o seu impacto é sobretudo visível na produção dos serviços, onde a ação da UAGC é verdadeiramente real através de políticas de controlo ativas, que podem passar pela alteração da organização do trabalho (horários, definição das equipas, contratações, regimes de trabalho extraordinário ou de prevenção), como pela afetação de recursos técnicos, ou de estrutura suscetíveis de produzirem o efeito pretendido.

Na esfera dos custos porém a ação da UAGC já não tem a mesma relevância. Nesta área a sua atividade está sobretudo vocacionada para a sensibilização da despesa junto dos profissionais através de 3 vias: i) informação sobre os preços e consumos dos produtos e materiais utilizados, ii) justificação obrigatória dos serviços de gastos excecionais ou aparentemente inadequados, e ainda iii) pela sensibilização dos profissionais para a realização de escolhas alternativas menos onerosas, sejam elas terapêuticas ou diagnósticas, quando ambas apresentam o mesmo grau de efetividade. Com efeito a autonomia técnica que os serviços dispõem em resultado da sua competência e conhecimento científico dificulta (senão mesmo impede) a imposição de medidas transversais de poupança, sobretudo em áreas como a dos produtos farmacêuticos ou de

consumo clínico, quando exercidas de “cima para baixo”, sem que haja a audição dos serviços clínicos envolvidos.

Daí que uma das prioridades da gestão da UAGC é trazer sempre à discussão os profissionais de saúde que tem o poder de decidir o que utilizar em cada momento com os doentes, de modo a conseguir-se uma poupança efetiva na despesa clínica, muito superior aquela que se obtém exclusivamente por via económica, que é sempre temporária. A este propósito é importante, no entanto, sublinhar que grande parte da eficiência económica se situa a montante da utilização dos produtos, isto é no momento em que a sua aquisição é realizada. Acresce dizer ainda a este propósito que, alguma da eficiência económica em saúde também passa a “montante” da utilização dos produtos, isto é no momento da fixação dos preços. É que quando os medicamentos, reagentes ou o material de consumo clínico são utilizados pelos prestadores o seu custo já está determinado, restando apenas à UAG uma política persuasiva para a utilização racional desses recursos, a qual sendo importante pode não ser só por si suficiente.

Em conclusão, apesar da UAGC ter um papel determinante e efetivo quer no controlo da produção quer na monitorização dos custos a ela associados, não podemos escamotear a existência de alguma dificuldade quando se pretende intervir mais ativamente no volume da despesa gerada. Na realidade existem fatores que para ela contribuem diretamente, mas que passam à margem do poder e competência destas estruturas intermédias de gestão.

Infraestruturas e Equipamentos

A existência de infraestruturas modernas e de equipamentos atuais são condições determinantes na evolução da ciência. Esta conclusão ganha particular relevo na área da saúde onde grande parte do avanço do conhecimento clínico só é possível com o recurso a uma tecnologia cada vez mais sofisticada e cara.

Por outro lado encontrando-se a qualidade dos cuidados intimamente relacionada com a sua humanização, a perceção do doente é decisiva no grau de satisfação demonstrado. Por isso não é despicienda a existência de amenidades que predisponham o doente à cura,

ou que minimizem o desconforto da doença, como meio de potenciar o aumento do seu nível de satisfação.

A UAGC beneficiou largamente dos projetos de remodelação hoteleira que foram executados no HSJ entre 2002 e 2009 graças ao IIIº Quadro Comunitário de Apoio. Através deste instrumento diversos serviços cirúrgicos de internamento puderam ver modernizadas as suas estruturas físicas, com o conforto e funcionalidade próprias de um hospital central do século XXI.

Encontram-se nesta situação os serviços de Cirurgia Geral; Cirurgia Cardiorácica; Cirurgia Vasculuar; Oftalmologia; Ortopedia; Otorrinolaringologia; Unidade de Cuidados intermédios de Cirurgia; Unidade de Queimados; a Unidade Pós-Anestésica e Urologia. Todos eles possuem atualmente quartos individuais ou pequenas enfermarias de 2 ou 3 camas dotadas de WC privativos, camas elétricas, sistemas de áudio e vídeo próprios, monitorização por telemetria à distância, amplas zonas de convívio, modernas áreas de trabalho médico, de enfermagem e tratamento, incluindo sala de reuniões e biblioteca e ainda ar condicionado central em todos os compartimentos que assegura uma eficiente climatização. Todo este espaço é por sua vez personalizado por duas cores suaves e aço escovado.

Por sua vez os serviços de Cirurgia Plástica; Estomatologia; Neurocirurgia e Traumatologia convivem ainda em instalações que remontam à data da fundação do hospital (1959). Apesar destes serviços terem sofrido obras de remodelação, não deixam porém de perpetuar uma época hospitalar marcadamente ultrapassada, já que são dotadas de enfermarias com 8 camas, apoiadas por instalações sanitárias exíguas onde faltam áreas de convívio e lazer, fazendo sentir aos doentes a existência de dois hospitais num só edifício.

Naturalmente que esta situação só poderá ser solucionada em definitivo quando o país puder de novo reequacionar medidas de investimento público, hoje paralisadas por força do desequilíbrio das contas do Estado que comprometem a possibilidade do CHSJ poder completar este projeto de remodelação inacabado.

Não temos dúvidas que a modernização da área hoteleira é de fundamental importância na eventual concorrência que o sector privado da saúde possa vir a fazer ao sector público. Se

o sistema de saúde caminhar no sentido da livre escolha, temos como certo que uma das razões que pode ser decisiva na escolha da instituição pelo doente será o conforto ambiental. Deste modo os hospitais públicos devem atempadamente preparar-se para esse desafio, já que sob ponto de vista técnico a sua eficácia é incontestada.

A atual lotação da UAGC é de 410 camas assim distribuídas: Cirurgia Geral 116; Cirurgia Plástica 30, Cirurgia Cardiorácia 52, Cirurgia Vasculuar 32, Neurocirurgia 45, Oftalmologia 18, Ortopedia 67, Otorrinolaringologia 15 e Urologia 35. Acrescem ainda mais 19 camas técnicas assim alocadas: 9 na Unidade de Cuidados Intermédios de Cirurgia, 5 na Unidade Pós-Anestésica e 5 na Unidade de Queimados.

A lotação da UAGC representa 37,8% da capacidade total de internamento do CHSJ.

Ao nível dos blocos operatórios a UAGC dispõe de 25 salas dedicadas à cirurgia eletiva, seja ela convencional ou de ambulatório. A sua distribuição reparte-se entre as 11 salas no Bloco Operatório Central, 3 no Serviço de Cirurgia Cardiorácica; 2 no Serviço de Neurocirurgia, 3 em Oftalmologia, 2 em Otorrinolaringologia, 1 em Estomatologia e 4 salas de cirurgia de ambulatório das quais 2 no polo de São João dedicadas à cirurgia minor (<50K), e as outras 2 no polo de Valongo para cirurgia média (>50K e <110K) e major (>110K).

Apesar do CHSJ dispor de uma estrutura de apoio e logística autónoma designada por Centro de Ambulatório (CAM), onde são realizadas de forma centralizada todas as consultas externas, encontram-se fora deste centro 4 ambulatórios cuja atividade decorre no interior do próprio serviço. São eles a Cirurgia Cardiorácica; a Otorrinolaringologia; a Oftalmologia e a Estomatologia. Relativamente a estas consultas a estrutura organizativa e logística das mesmas é da exclusiva responsabilidade da UAGC, a quem cabe alocar os recursos humanos e técnicos necessários ao seu funcionamento, bem como proceder à manutenção das infraestruturas e equipamentos aí instalados.

Quanto aos equipamentos instalados na UAGC, merecem destaque pela sua importância ou existência impar no país os seguintes: Litotritor extracorporal por ondas de choque (LEOC) no Serviço de Urologia; o Deep Brain Stimulator (DBE) na Neurocirurgia que permite o tratamento da doença de Parkinson através da implantação cirúrgica de estimuladores

cerebrais profundos, técnica de que este serviço foi pioneiro no país, o Retgame único em Portugal e que permite ao nível da Oftalmologia tratar a retinopatia da prematuridade, e finalmente o único Centro Nacional de Elevada Diferenciação para tratamento cirúrgico da obesidade (CED-O) onde são operados os casos mais complexos do foro da cirurgia bariátrica.

Para além destes equipamentos de ponta, a UAGC dispõe ainda de vários outros para o tratamento cirúrgico dos casos mais complexos que vão da cirurgia vascular endoscópica à artroscopia, passando pela cirurgia cardíaca com circulação extracorporeal, à criocirurgia, à laparoscopia, ao laser cirúrgico utilizado em várias especialidades, bem como à microcirurgia.

Finalmente embora não esteja diretamente relacionada com a sua atividade, a UAGC disponibiliza equipamento e instalações cirúrgicas para a realização de colheitas e transplantes de órgãos nomeadamente hepáticos, pulmonares, cardíacos, renais, de osso e córnea.

Tecnologias de informação

A existência e a disponibilização de informação de forma consistente e em tempo útil, constitui uma condição absolutamente essencial à tomada de decisão pela gestão, seja ela de topo, intermédia ou operacional. Neste contexto as tecnologias de informação desempenham um papel primordial tendo em conta que as decisões de gestão têm de ser suportadas em dados fiáveis, tempestivos, coerentes e integrados.

Como forma de dar resposta concreta a esta necessidade de informação, quer o Conselho de Administração quer as UAG's dispõem atualmente de uma base informática de gestão denominada "Business Intelligence" ou BI.

Esta plataforma de cariz interoperativo com os restantes programas informáticos existentes no CHSJ (clínico, de logística, contabilístico e de pessoal), permite aceder de forma imediata e de um modo simples a um vasto conjunto de indicadores standards, sejam eles de produção, financeiros e ou de recursos humanos.

Esta ferramenta permite por outro lado, construir “dash boards”, através do cruzamento dos mais diferentes indicadores de análise, situação que não seria possível obter por via da utilização isolada dos sistemas informáticos existentes. (exp: SONHO, SAM, CPC, ProClínico, IEG)

As potencialidades que se retiram do BI tem sido decisivas na avaliação e monitorização do desempenho dos serviços cirúrgicos que integram a UAGC. Para tal facto contribuiu não só a circunstância do reporte dos dados serem praticamente instantâneos, mas também a possibilidade de fazer a comparabilidade retrospectiva (ano-1), real (objetivos) e prospetiva (projeção).

Finalmente o layout utilizado no BI permite ao utilizador retirar de imediato uma conclusão sumária sobre o desempenho global da atividade, uma vez que é associado a cada indicador numérico uma sinalética bicolor (vermelha e verde) que traduz o nível negativo ou positivo do valor face ao objetivo.

Recursos Humanos

Os recursos humanos em saúde são pedras angulares na prestação de cuidados de saúde. Esta conclusão advém da conjugação de dois factos: i) a ausência de soberania do consumidor exige a presença de um terceiro (médico) que interprete e defina as suas necessidades em saúde através de uma relação de agência, ii) a relação clínica é intrinsecamente interpessoal e direta.

Por outro lado na saúde não se verifica, como acontece no mercado normal o efeito substitutivo da mão-de-obra por força da modernização dos meios de produção. Bem pelo contrário, a sofisticação do platô técnico exige cada vez mais profissionais de saúde mais diferenciados, sem os quais não é possível realizar diagnósticos ou propor terapêuticas.

Neste contexto foi e é preocupação da UAGC dotar-se de profissionais de saúde em número e com qualificação necessárias para responder em tempo, com segurança e de forma humanizada às necessidades cirúrgicas dos doentes admitidos em qualquer dos serviços que tutela. A sua formação pré e pós graduada tem sido igualmente uma prioridade

gestionária, tendo em conta a natureza universitária e de investigação que caracteriza o CHSJ.

O Regulamento interno da UAGC atribuiu-lhe um mapa de pessoal próprio de 1.460 colaboradores distribuídos por 6 carreiras profissionais, que representam 25,48% do total dos recursos humanos existentes à data de 31 de Dezembro de 2011 no CHSJ.

Decompondo por categoria profissional, 426 colaboradores (29,2%) enquadram-se na carreira médica, dos quais 132 em formação como internos de especialidade, 648 na carreira de enfermagem (44,38%), 27 na de Técnico Diagnóstico e Terapêutica (1,84%), 10 na de Técnico Superior de Saúde (0,68%), 52 na de Assistente Técnico (3,56%) e 297 na carreira de Assistente Operacional (20,34%).

As admissões de novos elementos restringem-se exclusivamente às que se encontram previstas no contrato programa, sob proposta da UAG e previamente autorizadas pelo Conselho de Administração. A contratação é precedida de concurso, e encontra-se sujeita ao regime do contrato individual de trabalho, com uma carga horária semanal de 40 horas.

Estes contratos dispõem de uma cláusula remuneratória acessória, designada por prémio de assiduidade e que corresponde a um acréscimo de 20% sobre o vencimento base, paga mensalmente desde que o trabalhador não falte ao serviço mais do que 2 dias por mês, num total máximo permitido de 12 dias por ano.

Recursos Financeiros

Um dos pilares onde assenta a verdadeira autonomia e responsabilidade das UAG's encaradas como estruturas intermédias de gestão é precisamente o facto de possuírem um orçamento próprio, em face do qual é aferida a sua governação económica.

Por isso não é de estranhar que o mesmo seja uma das peças mais importantes do contrato programa por dois motivos. Por um lado porque estabelece um teto de despesa máximo que o conselho diretivo tem de cumprir face às metas de produção previamente contratualizadas com o Conselho de Administração, e por outro porque a sua execução não pode limitar ou comprometer a qualidade dos cuidados prestados.

Deste modo a sua monitorização e controlo têm de ser permanentes. A haver correções face a eventuais desvios detetados, as mesmas só serão eficazes se forem conhecidas e tomada em tempo oportuno.

Estes atributos de rigor e responsabilidade orçamental apenas são exequíveis se a previsão de custos e receitas for igualmente exequível. Quero com isto dizer que, a sua construção tem de ser fundamentada e realista, sob pena de se tornar num documento meramente contabilístico, que por ser incumprível gera um clima de anestesia quanto à responsabilidade da sua execução.

A existência de orçamentos ao nível das UAG's encontra-se prevista no artº 44 alínea a) do Regulamento Interno do CHSJ EPE, e a subsequente responsabilidade dos conselhos diretivos na sua monitorização e acompanhamento contemplada no artº44 alínea c) do mesmo documento.

Os orçamentos que anualmente são elaborados pela UAGC partem do apuramento dos custos diretos que a contabilidade analítica regista em cada um dos centros de custo dos serviços que a integram para depois, sem prejuízo das orientações traçadas nesta matéria pelo conselho de administração, apresentarem uma correlação com os níveis de produção contratualizados. Este método é habitualmente utilizado na estimativa dos custos com produtos farmacêuticos e consumo clínico, enquanto que ao nível dos encargos com pessoal é já o *turnover* dos colaboradores que determina a base previsional inscrita no orçamento. Para os valores das assistências técnicas e da conservação e reparação são tidos em consideração os históricos contabilísticos destas rubricas.

Sucedo que pela primeira vez em 2012 os orçamentos das UAG's contam igualmente com uma parcela de proveitos. Estes correspondem à repartição do valor do contrato programa em função da percentagem dos custos que cada UAG representa no total do CHSJ. No caso em particular da UAGC, esse valor será de 28%.

Temos consciência que esta pode não ser a forma mais correta de financiar as UAG's uma vez que "quem mais gasta" é nestes casos "quem mais recebe", deixando assim de existir um incentivo à eficiência. Porém o CHSJ não está ainda preparado para efetivar um modelo

de custeio por atividade, que permita apurar o custo real por doente tratado, e a UAG ser “paga” pelo produto final que gera.

Este projeto pressupõe um árduo e longo trabalho de base que necessita de tempo para ser desenvolvido e testado, para só depois poder constituir uma base sólida para a contratualização dos proveitos.

Apesar da vicissitude do modelo de financiamento acabado de descrever, somos de opinião que o mesmo deve ser encarado como o início de um caminho que familiarize os gestores intermédios (sobretudo médicos) com a responsabilidade de gerirem uma conta de exploração com custos e proveitos. Desse modo estaremos a sensibilizá-los para os resultados económicos que as decisões clínicas geram, que não tendo que ser forçosamente positivos (proveitos superiores aos custos), têm no entanto que ser equilibrados ou com o menor deficit possível.

O orçamento da UAG para 2012 aponta para uma estimativa de despesa no valor de 69.943.323.00€. Este montante é inferior em 2,8 % face à despesa efetiva de 2011 que ascendeu a 71.951.457.09€, apesar da produção contratualizada ser superior em: 1,7% de doentes saídos, 4% no total de consultas, 7% de doentes intervencionados e 2% nas sessões de hospital de dia.

Quanto à estrutura dos custos prevê-se que 32,6% se relacionam diretamente com consumos, 1,4% com subcontratos; 1,9% com fornecimento e serviços externos, 58,9% com custos com pessoal e 5,2% com outros custos.

9.3 Indicadores de desempenho

Neste capítulo abordaremos o desempenho global da Unidade Autónoma de Gestão de Cirurgia.

Para isso será nosso propósito comparar atividade desenvolvida no período que decorreu entre 2006 ano da criação das UAG's, e 2011 por ser o ano com os dados finais mais recentes. Serão assim objeto de tratamento e comentário vários indicadores de produção, acesso, eficiência, económicos e de qualidade, que normalmente são utilizados pelas

instituições hospitalares para medir o seu desempenho, e que constam inclusivamente dos contratos programas outorgados com a tutela.

Os dados utilizados neste trabalho são unicamente aqueles que se encontram oficialmente publicados pelo CHSJ EPE.

Finalmente queremos desde já alertar para o facto de nem sempre se mostrar possível retroagir a análise de todos os indicadores ao ano de 2006, seja porque esses dados não existiam, ou porque essa informação não se encontrava disponível. Nestes casos a comparação retrospectiva será efetuada com base na primeira informação acessível.

Produção

Entre 2006 e 2011 a lotação da UAG diminuiu passando de 446 camas para 429, o que equivale a uma redução de 17 camas ou seja -3,8%.

Esta realidade está em consonância com as orientações preconizadas pelo Ministério da Saúde quanto à necessidade de aumentar a ambulatorização dos cuidados em detrimento do internamento clássico, não só por razões clínicas fundadas no aumento da eficácia das terapêuticas e dos tratamentos, mas também por motivos económicos de redução da despesa. Como veremos mais à frente, esta redução da capacidade instalada acabou por se impor naturalmente face à tendência de crescimento da cirurgia de ambulatório tornando por desnecessárias camas de internamento antes utilizadas no âmbito da cirurgia convencional.

Apesar desta redução, o número de doentes saídos cresceu 18,9% passando de 20.096 para 23.906, o mesmo acontecendo em relação ao número de doentes saídos por cama que subiu de 45,05 para 55,72, sobretudo devido à diminuição da lotação e da demora média de internamento.

Ao nível das consultas externas assistiu-se igualmente a um aumento substancial da oferta de cuidados nesta linha produção. Na realidade não só o seu número total subiu 24,5% (195.165 em 2006 para 242.978 episódios em 2011), como mais significativo foi o crescimento registado nas primeiras consultas médicas em 47,7% correspondendo a mais

23.788 episódios realizados, tendo em conta que são estas que determinam a evolução das listas de espera (LEC).

Relativamente ao movimento operatório, o indicador analisado incide exclusivamente sobre o número de doentes intervencionados e não no número de cirurgias realizadas. Com efeito a implementação do SAM (sistema de apoio médico) utilizado para registo das intervenções, ao desmultiplicar os atos e procedimentos cirúrgicos, acabou por provocar artificialmente um aumento da atividade operatória, induzindo em erro qualquer análise da produção cirúrgica se apenas efetuada com base neste indicador.

Assim entre 2006 e 2011 o número de doentes intervencionados em cirurgia eletiva aumentou 62,1%, passando de 16.593 para 26.899 doentes, contribuindo decisivamente a subida exponencial da cirurgia de ambulatório em 175,8% com mais 7.925 doentes operados, seguindo-se a cirurgia convencional com mais 2.381 (+19,7%) e finalmente a cirurgia adicional com mais 1.217 doentes (+51%).

Quanto aos hospitais de dia a produção aumentou em igual período 2.581 sessões equivalendo a um crescimento de 62,8%, sobretudo pela atividade da Unidade da Dor Crónica, da Terapia da Fala e da Acupunctura.

Em conclusão, podemos dizer que os indicadores de produção da UAGC entre 2006 e 2011 registaram aumentos em todas as linhas de produção (internamento, consulta externa, bloco operatório e hospitais de dia), saldando-se como extremamente positivos os resultados da atividade assistencial desenvolvida.

Acesso

Os indicadores que monitorizam o acesso são de extrema relevância na avaliação do desempenho das unidades de saúde, uma vez que traduzem a verdadeira capacidade de oferta de cuidados face à procura que lhe é referenciada do exterior. Através deles é possível retirar duas importantes análises: uma relacionada com a oportunidade da prestação de cuidados, verificando se os tempos de resposta garantidos são os adequados

aos pedidos referenciados, a outra se a capacidade instalada está ou não suficientemente aproveitada, ou seja se é possível fazer mais com os mesmos recursos

Ao nível do internamento o indicador utilizado é a taxa de ocupação. Ora entre 2006 e 2011 o valor deste parâmetro subiu na UAGC de 77,2% para 85,3%. Este resultado é tanto mais relevante quanto no mesmo período se registou uma diminuição da demora média de 6,3 para 5,6 dias. O aumento da taxa de ocupação resultou, então, do aumento do número de doentes saídos em 18,9% como atrás já tivemos a oportunidade de referir.

Por seu turno na consulta externa o peso das primeiras consultas médicas sobre o total das consultas também aumentou, passando de 25,5% para 30,3% (+23.788 primeiras consultas). Significa isto que a capacidade de oferta do ambulatório da UAGC face às necessidades dos cuidados primários cresceu 4,8pp, fazendo aumentar em 18,8% a acessibilidade dos doentes às consultas das especialidades cirúrgicas.

Sucedo porém que não obstante a UAGC ter aumentado a sua oferta de cuidados, o impacto verificado na LIC e na LEC não teve o mesmo resultado.

Assim, enquanto que ao nível da LEC o aumento das primeiras consultas em 18,8% refletiu-se na diminuição do número de doentes em espera em menos 1.931 doentes (-12,3%), o comportamento da LIC reagiu em sentido oposto. Com efeito, apesar de ter aumentado em 62,1% o número de doentes operados em cirurgia eletiva, a lista de espera cresceu em 2.012 doentes (+31,8%), ainda que percentualmente abaixo da primeira.

Daqui se conclui que, não é sinónimo de eficácia pensar simplisticamente no aumento das consultas, se em simultâneo não se avaliar a real capacidade cirúrgica. É que estas duas áreas funcionam em regime de vasos comunicantes, pelo que se foi muito positivo elevar o nível da oferta de cuidados nas consultas, o efeito que a seguir se gerou em termos de oferta cirúrgica acabou por não ser consequente, traduzindo-se antes no aumento do número de doentes em LIC.

Naturalmente que para tentar neutralizar este impacto menos positivo, uma linha de ação passaria por melhorar a capacidade de ocupação e utilização das salas operatórias. Porém como mais à frente teremos oportunidade de constatar, estes indicadores encontram-se

perto do seu limite máximo face aos recursos disponíveis, o que impede dar uma resposta eficaz a este problema.

É bom não esquecer que em saúde não é a procura que determina a oferta, mas antes o inverso, ou seja, é a oferta que condiciona a procura. Significa isto então que, quanto maior for a oferta maior será a procura, pelo que qualquer ação que vá neste sentido deve merecer alguma cautela, dadas as ineficiências que pode provocar a jusante do sistema.

A despeito desta conclusão, como efeito positivo ligado ao aumento da oferta de cuidados, foi o que se verificou no encurtamento da mediana dos tempos de espera na consulta. Com efeito, a LEC regrediu de 125 para 73 dias (-41,6%), ao que não foi alheia a obrigação dos hospitais terem de respeitar desde 12 de Julho de 2008 os prazos da CTH previstos na Portaria nº 615/08 de 11 de Julho.

Por sua vez na área cirúrgica, apesar do aumento do número de doentes inscritos na LIC, o tempo de espera manteve-se praticamente inalterado, passando de 98 para de 101 dias.

Estamos no entanto convencidos que esta situação só foi possível de manter por duas ordens de razões.

A primeira pela entrada em vigor do Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia (SIGIC) através da Portaria 1450/04 de 25 de Novembro (atualmente revogada pela Portaria 45/08 de 15 de Janeiro de 2008), que permitiu a transferência dos doentes do sector público para o privado ou social sempre que a intervenção do doente não fosse agendada dentro dos seguintes limites temporais: 9 meses para as situações normais, 2 meses para as prioritárias e 15 dias para as muito prioritárias.

No entanto, o efeito desta medida na mediana dos tempos de espera cirúrgico dos doentes na UAGC foi mitigado, dado que em 2011 foram operados um total de 26.899 doentes, sendo que para o setor público, privado ou social apenas 453 doentes foram transferidos para o exterior, quase todos eles das especialidades da cirurgia vascular e ortopedia .

A segunda por via da “produção adicional” como programa específico do sector público para combate às listas de espera previsto no Despacho do Ministro da Saúde 24 036/04 de

22 de Novembro. Este diploma, ao permitir uma remuneração à peça de toda a equipa cirúrgica envolvida na intervenção, que obrigatoriamente tem de decorrer fora do seu período normal de trabalho, veio aumentar em 1.217 o número de doentes operados em cirurgia adicional (+51%) com a subsequente diminuição do tempo de espera por cirurgia.

Como conclusão, podemos inferir destes resultados que a acessibilidade da UAGC melhorou, ressaltando a lista de espera cirúrgica (número de doentes e o tempo de espera) cujo os resultados ficaram aquém das expectativas, pelas razões já apontadas.

Eficiência Técnica

Os indicadores utilizados na apreciação desta dimensão foram os seguintes: a demora média de internamento; a percentagem da ambulatorização cirúrgica; a demora média pré-operatória, as taxas de utilização e ocupação dos BO's e a ratio 1^a/consultas subsequentes.

A demora média de internamento entre 2006 e 2011 passou de 6,3 para 5,6 dias correspondendo a uma redução de 10%. Para este resultado foi decisiva a ação dos diretores de serviço quer na monitorização diária dos tempos internamento, ao promoverem a alta dos doentes logo que clinicamente aconselhável, quer na particular atenção dispensada aos episódios de evolução prolongada. Nestes últimos a ratio de doentes saídos acima do limiar superior do GDH passou de 1,24% em 2009 para 0,94% em 2011. Esta tendência é bem demonstrativa do acompanhamento e vigilância apertada que estes casos excecionais são alvo.

Por outro lado passou a constituir um procedimento obrigatório para todos os serviços do CHSJ a sinalização para a equipa de gestão de altas (EGA) dos doentes que no momento da admissão seja expectável virem a necessitar do apoio da rede de cuidados continuados, procurando-se assim evitar o prolongamento do internamento por motivos sociais.

Finalmente, e não menos importante, para este resultado muito contribuiu a diminuição da demora média pré-operatória que mais à frente abordaremos com maior detalhe.

A diminuição da demora média teve igualmente reflexos quer no aumento da taxa de ocupação quer no número de doentes saídos, como consta da análise da produção já efetuada no ponto 9.3.1 supra.

A ambulatorização cirúrgica foi igualmente uma das áreas com maior impacto no grau de eficiência desta UAG, tendo a taxa subido de 27,1% em 2006 para 46,2% em 2011.

Este resultado teve por base a sucessiva transferência de várias patologias cirúrgicas convencionais para este tipo cirúrgico, reservando-se a cirurgia convencional para os casos mais complexos, ou para os doentes que não se enquadrem nos pressupostos exigidos para a cirurgia de ambulatório (exp: idade, comorbilidades). Apesar deste crescimento, o facto dos últimos dados disponíveis da IASIST apontarem ainda para um potencial crescimento da ambulatorização cirúrgica, determinou a decisão do CA, após a constituição do CHSJ EPE, de transformar a área cirúrgica do polo de Valongo na atual Unidade de Cirurgia de Ambulatório. Esta nova estrutura que iniciou a sua atividade em 31 de Janeiro de 2012 encontra-se dotada de 3 modernas salas operatórias (ainda que nesta 1ª fase apenas duas se encontrem em funcionamento) e uma unidade de recobro com 12 camas e 6 cadeirões, estimando-se que até ao final do ano sejam operados 3.500 doentes, incluindo o programa “one day surgery”. Depois de consolidada a organização e o funcionamento desta unidade é objetivo do CHSJ que o potencial de ambulatorização cirúrgica possa ultrapassar os 50% do total dos doentes operados.

A demora média pré-operatória constitui igualmente um indicador de fundamental importância na avaliação da eficiência de qualquer estrutura cirúrgica. Tendo e conta que, quanto mais cuidada for a preparação pré cirúrgica do doente menor será o tempo gasto entre a admissão e a cirurgia, esta situação, para além de ter um impacto direto na diminuição da demora média de internamento, evita consumos desnecessários, o mesmo quererá dizer despesa clínica dispensável.

Compreendido por todos os diretores de serviço a importância deste indicador, o esforço por estes realizado acabou por se traduzir numa notável diminuição em 53% no seu valor, o qual passou de 2,26 dias em 2007 (já que de 2006 não existe informação disponível) para 1,06 dias em 2011.

Tendo em conta que os blocos operatórios constituem plataformas de utilização transversal a vários serviços cirúrgicos, a produção destes encontra-se em larga escala dependente da sua organização e funcionamento. Para além do indicador quantitativo relacionado com o número de doentes operados já atrás abordado, as taxas de ocupação e utilização são igualmente indicadores avaliativos da eficiência quanto ao aproveitamento da capacidade instalada.

Assim quando em Março de 2006 foi criada a UAGC, desde logo se tornou patente a necessidade urgente de se proceder a uma avaliação do funcionamento do BO's, tendo em conta os problemas recorrentes que chegavam ao nosso conhecimento.

As dificuldades assentavam fundamentalmente nos seguintes fatores: i) grande irregularidade na hora de início das intervenções; ii) ausência atempada da programação cirurgia, iii) distribuição pouco coerente das especialidades por sala e dias, iv) falta de critérios na atribuição dos tempos cirúrgicos, v) ausência de auditoria diária da atividade cirurgia.

Assim relativamente ao incumprimento do horário do início das intervenções, era apontando para este facto as mais diversas causas. Umas passavam pelo atraso da equipa de enfermagem, do anestesista ou cirurgião, outras pela demora do doente em chegar ao bloco, e outras ainda pela falta de vaga nos cuidados intensivos.

Por outro lado não existia um mecanismo de controlo que permitisse conhecer com objetividade quais os verdadeiros motivos para essa ineficiência, a qual já era praticamente aceite por todos como um fenómeno quase inultrapassável.

Deste modo a solução encontrada passou por duas linhas de ação.

A primeira de natureza formal que consistiu na elaboração e aprovação de um Regulamento interno do BO's que definiu sem ambiguidades as normas de funcionamento que todos os utilizadores teriam obrigatoriamente que respeitar, eliminando a discricionariedade de entendimentos e comportamentos que até então existiam.

A segunda passou pela monitorização da atividade diária dos BO's através do preenchimento de uma folha de registo por cada intervenção e sala. Esse procedimento que passou a ser obrigatório, é realizado pela enfermeira anestesista permitindo saber com precisão entre outros os seguintes dados fundamentais: i) hora de chegada do doente à sala, ii) hora do início da indução anestésica, iii) hora do início e fim da intervenção, e ainda iv) destino do doente após a cirurgia. No dia seguinte o conjunto dos registos são enviados para o conselho diretivo da UAG, que os analisa individualmente e caso se verifiquem desconformidades são as mesmas imediatamente transmitidas ao Diretores de Serviço para conhecimento e posterior informação à UAG.

Os resultados obtidos por via desta monitorização revelaram-se surpreendentes.

Em primeiro lugar eliminou-se o enigma que imperava sobre o motivo do atraso do início das cirurgias, ficando claro a origem do problema. Assim, sempre que este residia no incumprimento do horário do anestesista ou do cirurgião, na falta do consentimento informado do doente, na ausência de vaga previamente cativada nos cuidados intensivos, na falta de requisição de unidades de sangue na véspera da cirurgia, ou qualquer outra causa impeditiva da realização da cirurgia na hora programada, os diretores de serviço eram (e são) informados destes factos, sendo-lhes simultaneamente solicitada uma justificação para a mesma. Ora o que se verificou na prática foi que os serviços ao constatarem este tipo de controlo, e tendo em conta as consequências que daí derivam, sobretudo na atribuição dos tempos cirúrgicos no ano seguinte, vieram progressivamente a diminuir a frequência destas desconformidades, as quais hoje são praticamente residuais.

Em segundo lugar por via desta maior responsabilização, os tempos cirúrgicos passaram a ser melhor aproveitados, aumentando o número de doentes operados e reduzindo os tempos marginais entre cirurgias.

Em terceiro lugar e último, o diretor do serviço passou acompanhar com precisão todas as ocorrências anómalas verificadas com os seus colaboradores no BO, ficando assim ao corrente do sentido e alcance da decisão da UAG aquando da renegociação anual dos tempos cirúrgicos a atribuir a cada especialidade.

Quanto à problemática da programação cirúrgica, passou a ser obrigatória a sua apresentação até às 12h da véspera, só podendo ser alterada por razões de força maior e após autorização do Diretor do BO, o mesmo se passando em relação aos BO's periféricos.

Relativamente à distribuição das especialidades que utilizavam o BOC por salas e dias, a realidade existente traduzia-se num puzzle desconstruído que em muito afetava o movimento cirúrgico. Como alternativa foi possível concentrar no mesmo dia e na mesma sala a programação cirúrgica de cada especialidade potenciando desse modo uma maior rentabilidade das equipas cirúrgicas pelo facto destas passarem a beneficiar de tempos operatórios seguidos (manhã e tarde) na mesma sala.

Por outro lado a distribuição dos tempos cirúrgicos foi revista, passando a obedecer aos seguintes critérios: i) número de camas; ii) número de doentes em LIC e mediana do tempo de espera, e as iii) taxas de ocupação e utilização das salas de operações. Foi igualmente consensualizado que esta distribuição seria revista anualmente, tendo em conta a realidade clínica do momento e a performance de cada serviço.

Procurou-se, assim, ratear os tempos cirúrgicos de forma equilibrada e proporcional às necessidades de cada serviço cirúrgico.

Como resultado das medidas tomadas, ao longo deste cinco anos foi possível inverter totalmente a realidade que se vivia, como objetivamente demonstram as taxas de ocupação e utilização dos BO's, que de 83,6% e 72,9% em 2007, subiram para 93% e 86,4% nos finais de 2011 respetivamente.

Quanto ao último indicador de eficiência, "ratio 1as/consultas subsequentes" também ele é favorável à UAG. Como é sabido o número total de consultas, embora possa dar uma panorâmica geral sobre a produção do ambulatório, não pode ser analisado isoladamente sob pena de poder conduzir a conclusões erradas. Por isso mostra-se necessário refinar a análise deste indicador avaliando a relação existente entre primeiras e consultas subsequentes, de modo a quantificar-se qual o número de segundas consultas que são geradas por cada primeira.

Sabendo-se que a diminuição da LEC resulta diretamente do aumento da taxa de acessibilidade, e que esta por sua vez varia em relação direta com o número de primeiras consultas efetuadas, conclui-se que quanto maior for a ratio 1^{as}/consultas subsequentes menor é a capacidade de resposta do serviço face à referenciação externa. Conscientes que as consultas subsequentes são indispensáveis para acompanhar a evolução clínica do doente, não podem no entanto ser excessivas, já que sob a capa de aparentemente fortalecerem a produção do serviço efetivamente reduzem a sua eficiência, pois retira-lhe capacidade para realizar primeiras consultas, enfraquecendo o seu nível de oferta à procura do exterior.

Em 2006 a ratio 1^{as}/consultas subsequentes foi de 1/2,92 consultas, passando em 2011 a ser de 1/2,30, variação que contribuiu para aumentar a taxa de acessibilidade da UAGC em 18,8% ao fixá-la nos 30,3%.

Apesar desta melhoria, a nossa convicção é que este indicador pode ser ainda fortemente potenciado com a diminuição das consultas subsequentes, sobretudo quando estas se repetem desnecessariamente, seja por falhas ligadas à organização (exp: ausência do MCDT no dia da consulta) ou falta de efetividade clínica (exp. passagem de receituário). Não nos podemos esquecer que o custo de oportunidade de uma consulta subsequente desnecessária traduz-se na impossibilidade do acesso a uma primeira consulta necessária, daqui resultando graves consequências para a saúde dos utentes que carecendo de cuidados diferenciados de ambulatório se vêm impossibilitados de o conseguir por motivos não justificados.

Pelo exposto se conclui que em seis anos de funcionamento da UAGC todos os padrões de eficiência assistencial melhoraram, significando com isso que a par do aumento da produção, esta desenvolveu-se no sentido de retirar da capacidade instalada a sua máxima potencialidade, de modo a responder em tempo e de forma eficaz às necessidades cirúrgicas que foram referenciadas do exterior.

Económicos

Como questão preliminar é de referir que, os dados económicos aqui apresentados apenas têm em linha de conta os custos diretos gerados pela atividade UAGC, uma vez que à data de elaboração deste trabalho, os custos indiretos (gases medicinais, eletricidade, água, comunicações e limpeza) não tinham sido ainda imputados pela contabilidade analítica.

Entre 2006 e 2011 a despesa total da UAGC passou de 55.638.494,18€ para 71.951.457,09€, correspondendo a um acréscimo de 16.312.962,91€, ou seja, mais 29,3%

Fruto deste aumento o peso da despesa da UAG no total do CHSJ passou em igual período de 18,3% para 28%.

Os custos fixos em 2006 ascenderam a 35.966.151,94€ representando 66% da despesa, enquanto que os custos variáveis totalizaram 18.511.948,44€ (34%). Em 2011 a decomposição dos custos registou um ligeiro decréscimo dos primeiros que se fixaram em 65,4% do seu total (46.411.634,44€) e os segundos ascenderam a 34,6% no valor de 24.481.878,00€. Conclui-se assim do exposto que, a decomposição dos custos fixos e variáveis no sexénio mostram um comportamento praticamente estável, com uma preponderância da componente fixa.

As rubricas que contribuíram para o aumento de custos entre 2006 e 2011 foram especialmente as seguintes: despesas com pessoal em 8.047.216,82 (+23%), consumos em 5.453.383,87€ (+31%), outros custos em 2.577.370,25€ (+233%), e finalmente os fornecimentos e serviços externos em 337.441,24€ (+32%). Em sentido contrário o valor dos subcontratos registaram uma quebra de 102.449,27€ ou seja menos 9%.

Estes aumentos têm de ser encarados como normais, tendo em conta que o facto de que, em igual período a produção da UAGC ter sido muito superior em todas as suas linhas, o que inevitavelmente é sinónimo de mais despesa.

Por outro lado algumas despesas não são de todo controladas pela ação da UAG, limitando-se esta assumir os seus efeitos. São exemplo disso no âmbito dos custos com pessoal, os aumentos verificados anualmente nos vencimentos entre 2006 e 2010 (já quem em 2011 as remunerações acima dos 1.500€ sofreram um corte progressivo até ao limite de 10%), bem

como as suas diretas repercussões sobre o valor/hora das noites, suplementos e trabalho extraordinário. Do mesmo modo se diga da subida do valor dos incentivos que resulta diretamente da majoração em 20% das remunerações base dos contratos individuais de trabalho, como dos encargos relacionados com a produção adicional (vulgo SIGIC), e ainda os custos relacionados com os encargos sociais sobre as remunerações.

Também os custos com as assistências técnicas fogem por completo ao controlo da UAG, que se limita assumir o valor das negociações diretamente acordadas entre os fornecedores e o SIE.

Deste modo a análise económica que faremos de seguida incidirá sobretudo nas áreas de despesa sobre as quais a UAGC tem uma intervenção direta, analisando simultaneamente a sua evolução ao cruzá-la com a produção que lhe está associada, avaliando assim o grau de eficiência alcançado.

Os custos unitários diretos por doente saído na UAGC entre 2006 e 2011 subiram 9,3% ao passarem de 2.524,22€, para 2.760,31€. Porém quando confrontamos este valor com o aumento registado na linha do produção do internamento (+3.810 doentes saídos), conclui-se pelo elevado nível de eficiência alcançado nesta área de cuidados.

Já quanto ao valor por consulta este diminui ligeiramente, ao passar de 25,16€ para 24,54€, correspondendo a -2,45%.

Como já referimos foi na despesa com pessoal que se registou a maior subida dos custos, no caso 8.047.216,82€ (+23%).

Para esta subida contribuíram os seguintes fatores a saber:

- i) aumento das remunerações base em 8% equivalendo a mais 1.700.252,47€, devido por um lado à admissão de 96 novos colaboradores e à atualização anual dos vencimentos para a função pública ocorrida entre 2006 e 2010,
- ii) aumento das prevenções em 23.322,89€ e das noites em 365.244,87€, consequência direta do aumento do valor/hora dos vencimentos, uma vez que não se verificou reforço das equipas médica, enfermagem e auxiliar que pudessem justificar esta subida,

iii) aumento dos outros suplementos em 4.030.834,48€ devido essencialmente a três motivos: pagamento às equipas cirúrgicas pela realização da produção adicional no âmbito do SIGIC que subiu 2.296.390,82€ (+127%), pagamento de incentivos e prémios no valor de 962.929,79€ (+412%) relacionados com a majoração em 20% das remunerações base dos contratos individuais de trabalho, e 642.593,53€ (+97%) de subsídio de refeição pelo já exposto no ponto i).

iv) finalmente outros custos com pessoal em mais 2.489.544,64€ (+40%) explicado pelo aumento dos encargos sobre as remunerações que só por si subiram 3.531.624,14€.

Já em sentido contrário, a rubrica de horas extraordinárias diminuiu em igual período 561.982,53€ (-30%) com particular destaque para o pessoal médico em -242.919,62€, de enfermagem em -154.438,32 € e ainda dos assistentes operacionais em -166.238,39€. Assim o peso desta rubrica no total de custos com pessoal baixou de 5,4% para 3,1% respetivamente.

Os motivos que estiveram na base desta poupança foram distintos para cada uma das carreiras profissionais, assentando sucintamente no seguinte.

Para os médicos procedeu-se a uma reorganização das escalas de urgência em algumas especialidades, bem como a uma melhor interligação entre o trabalho dedicado às residências internas e ao serviço de urgência. Por outro lado, através de uma política de desfasamento de horários foi possível alongar em certos serviços a carga diária de trabalho médico até às 20h, de modo a que o regime de trabalho extraordinário apenas se inicie a partir dessa hora, e nunca antes

Finalmente a admissão de novos anestesiólogos para além de ter permitido aumentar a produção convencional, viabilizou uma redução das horas extraordinárias dedicadas ao serviço de urgência e à urgência de obstetrícia.

Por sua vez quer do lado do pessoal de enfermagem quer auxiliar, a redução destes custos encontram-se diretamente relacionada com fatores de organização e método de trabalho.

Por um lado pela sensibilização das chefias de que o trabalho extraordinário é um expediente excecional a ser utilizado apenas para fazer face a situações imprevistas e que coloquem em causa o normal funcionamento do serviço, e não com até então se verificava, como meio de substituição automática dos elementos faltosos. Por outro lado foram redefinidas algumas dotações de efetivos por serviço e turno, o que permitiu gerar disponibilidade de recursos posteriormente mobilizados para outros serviços que apresentando carência de profissionais, tinham um forte impacto no gasto de horas extraordinárias.

A segunda rúbrica com maior peso no aumento na despesa, relaciona-se com os consumos que registaram entre 2006 e 2011 um crescimento de 31% equivalendo a mais 5.453.383,87€.

É no entanto responsável por este aumento quase em exclusivo a rúbrica de consumo clínico, a qual nesse período subiu 5.267.190,47€ equivalendo a +51%.

Tendo como premissa que este tipo de material é essencialmente utilizado no bloco operatório, verificamos que o seu aumento acaba por ser inferior à subida do número de doentes operados em cirurgia eletiva, os quais entre 2006 e 2011 cresceram 62,1%. Por isso quando apuramos o valor unitário do custo de material de consumo clínico por doente operado não é de estranhar o seu decréscimo em 6,8%, passando de 622,65€ para 579,90€ respetivamente.

Este resultado não pode deixar de ser surpreendente se atendermos ao facto de nestes seis anos se ter verificado um acréscimo muito significativo de cirurgias mais dispendiosas, como é exemplo o serviço de cirurgia cardiotorácica que aumentou o número de doentes operados em 35,5%, da neurocirurgia cujo número de estimuladores cerebrais profundos implantados cresceu 200%, da cirurgia vascular com a crescente colocação de próteses endovasculares, e ainda do aumento generalizado da cirúrgica laparoscópica em praticamente todas as especialidades.

No que aos medicamentos diz respeito, apesar de se ter registado um aumento em 18,9% do número de doentes saídos, o seu valor teve um ligeiro decréscimo de 35.569,68€ (-1%). Este resultado deve-se a dois fatores que embora exógenos à UAG vieram a beneficiá-la

diretamente. Por um lado a diminuição do preço médio de alguns medicamentos, e por outro a definição de guide lines pela direção clínica no tratamento de determinadas patologias.

Assim, quanto ao primeiro fator a verdade é que o equilíbrio económico que o HSJ EPE e depois o CHSJ EPE conseguiu obter ao longo destes 6 anos, permitiu ao CA consolidar uma forte capacidade negocial junto da indústria farmacêutica, daí resultando avultadas notas de crédito em favor da instituição, que tendo permitido diminuir os preços médios dos medicamentos reduziram a despesa por estes gerada.

Já quanto ao segundo fator, foram consensualizados protocolos terapêuticos com entre a direção clínica e os serviços sobretudo em patologias cuja a variabilidade de fármacos utilizada não se traduzia em maior efetividade no tratamento dispensado ao doente. Deste modo não existindo justificação clínica objetiva para as diferenças nos fármacos prescritos e dos custos a eles associados, foram estabelecidas normas de orientação clínica (NOC) que só podem ser violadas com base em justificações clinicamente sustentadas e com evidência científica comprovada.

Ao diminuir-se deste modo a variabilidade da prescrição medicamentos, os custos destes produtos que galopadamente aumentavam ano após ano tiveram um forte travão. Esta contenção não significou nem quebra de qualidade do tratamento nem a proibição de administrar um medicamento quando necessário, mas apenas exigir maior responsabilização por parte dos médicos quando decidem utilizar alguns destes produtos extremamente dispendiosos, com base em critérios clínicos consensualizados e devidamente protocolados.

Tal como aconteceu para com o material de consumo clínico, também nesta rubrica a UAGC alcançou um indicador de eficiência económica ao diminuir o custo de produtos farmacêuticos (medicamentos e matérias primas) por doente saído em 16,3%, passando de 334,41€ em 2006 para 279,86€ em 2011.

Os fornecimentos e serviços externos tiveram igualmente uma subida de 337.441,24€ (+32%). Este resultado deve-se essencialmente ao aumento remuneratório dos contratos de manutenção e assistência técnica que subiram em seis anos 348.736,49€ (+76%).

Creemos no entanto que o valor desta rúbrica irá sofrer uma forte quebra, tendo em conta o facto da medida 3.72 prevista no Memorandum de Entendimento (MoU), impor uma redução dos custos operacionais dos hospitais em 15 % entre 2011 e 2013.

A rubrica outros custos viu aumentar significativamente o seu valor em 2.577.370,25€ ou seja +233%, unicamente pela subida em 2.398.265,68€ (+218%) do montante das amortizações do exercício, que mais que duplicaram nestes cinco anos.

Para esta situação não é alheio o facto da UAGC ter por um lado beneficiado de um programa de profunda remodelação interna ao nível de vários serviços de internamento através do Programa Saúde XXI, e por outro da implementação de um alargado plano de investimentos, quer de inovação quer de substituição, que foi possível concretizar até 2009.

Sucede porém que as dificuldades financeiras sentidas em geral no país e no CHSJ em particular têm impedido a UAGC de poder concretizar qualquer medida de investimento desde 2010. Esta situação é deveras preocupante, não só porque uma das maiores dificuldades com que hoje nos deparamos se relaciona com as avarias ou obsolência de alguns equipamentos disponíveis, como também a médio prazo irá ser cada vez mais difícil mantermo-nos na vanguarda dos avanços técnicos, que quotidianamente acontecem na área médica, e em particular na cirúrgica.

Finalmente a rúbrica subcontratos teve uma quebra de 102.449,27€ equivalendo a menos 9%, sobretudo pela diminuição dos exames requisitados ao exterior.

Pelo exposto, podemos concluir que não obstante se ter verificado um aumento bruto da despesa entre 2006 e 2011, tal facto derivou não só do aumento quantitativo da produção, mas sobretudo pela maior complexidade dos casos clínicos que inevitavelmente acarretam mais consumos, e por isso mais despesa.

No entanto quando a análise se centra nos custos unitários, são evidentes os ganhos de eficiência económica registados quer em consumo clínico quer em medicamentos, ficando comprovado que ao longo deste 5 anos foi possível fazer mais a custos mais reduzidos, como comprovam os valores acabados de expor.

Terminada a abordagem dos custos, é agora momento de analisarmos as receitas geradas pela atividade da UAGC. Porém a primeira dificuldade com que nos deparamos neste domínio foi a de que, o CHSJ não dispõe nem trata este tipo de informação de forma individualizada, sendo esta completamente ausente dos indicadores económicos produzidos pelos serviços financeiros.

Deste modo, o presente trabalho servirá pelo menos em tese, para procurar apurar esse valor.

A segunda dificuldade resultou do facto de não encontrarmos dados fiáveis nos permitissem calcular o valor que a UAGC deveria retirar do preço recebido por cada GDH, pela atividade dos serviços clínicos, que a montante da alta contribuíram para esse proveito.

Deste modo assumiu-se para o estudo que o preço pago será uma receita exclusiva do serviço responsável pela alta do doente.

Para além desta premissa, outras quatro foram consideradas no cálculo das receitas a saber: **i)** a percentagem de doentes equivalentes gerados por cada GDH médico e cirúrgico foi aquela que se encontra prevista nos contratos programas de 2006 e 2011; **ii)** a decomposição da produção pelos GDH's produzidos foi repartida entre 77% para os GDH's cirúrgicos e 33% para de GDH's médicos por ser esta a média constatada no mesmo período em análise; **iii)** foi retirado o valor da produção adicional pelo facto deste programa se encontrar abrangido por um sistema financiamento próprio; e finalmente **iv)** que todos os doentes intervencionados na cirurgia de ambulatório geraram GDH.

Os preços considerados para o internamento e cirurgia de ambulatório foram aqueles que se encontram previstos nos contratos programa do HSJ e CHSJ em 2006 e 2011, ajustados pelo ICM. Do mesmo modo, para cálculo da receita da consulta externa e hospitais de dia, tomamos por base os preços definidos nos mesmos contratos, para cada umas destas linha de atividade.

Assim utilizados para cálculo da receita todos os pressupostos acima enunciados, é possível desde já extrair sumariamente três importantes conclusões:

A primeira resulta do facto dos proveitos gerados pela atividade cirúrgica da UAG serem em muito superiores aos seus custos operacionais. A segunda relaciona-se com a sustentabilidade deste resultado positivo ao longo dos anos, mesmo quando os preços por linha da atividade diminuem, e finalmente a terceira de que o impacto do financeiro da UAG no total dos proveitos do CHSJ é extremamente significativo e relevante.

Passemos de seguida à demonstração económica destas conclusões.

Em 2006 as receitas potencialmente obtidas pela UAGC através da sua produção totalizaram 86.581.862,66€, representando 40,1% do total do financiamento do HSJ que ascendeu a 215.491.170,00€

A origem das receitas geradas por cada linha de produção em 2006 foi a seguinte:

61.450.924,50€ no internamento

17.336.506,95€ nas consulta externas

7.692.963,62€ na cirurgia de ambulatório

101.467,60€ nos hospitais de dia

Conclui-se assim que o valor dos proveitos obtidos pela atividade cirúrgica foi superior em 30.943.368,48€ aos custos diretos registados nesse ano, os quais ascenderam como atrás se referiu a 55.638.494,18€.

Em 2011 o total das receitas obtidas foi 128.265.641,91€, representando um aumento de 41.683.779,25€ face a 2006 (+48,1%), apesar dos preços do internamento e da cirurgia de ambulatório terem baixado no mesmo período 1,8%.

Tal como acontecera em 2006, também em 2011 o valor da receita potencialmente produzida pela UAGC foi superior em 56.314.184,82€ à despesa direta que totalizou 71.951.457,09€.

Por efeito da subida da receita da UAG, o peso desta no total do financiamento do CHSJ que em 2011 ascendeu a 221.660.221,94€, aumentou para 57,8%.

Decompondo agora o montante da receita pelas diferentes linhas de produção, os valores registados pela UAGC foram em 2011 os seguintes:

83.409.090,65€ no internamento

26.702.937,43€ nas consulta externas

17.991.338,68€ na cirurgia de ambulatório

162.275,14€ nos hospitais de dia

A rúbrica que maior aumento percentual registou no período em análise foi naturalmente a do ambulatório em 133,8% correspondendo a mais 10.298.375,06€, contribuindo para tal o crescimento da atividade cirúrgica em 175,8%. Segue-se os hospitais de dia com mais 60% (+60.807,54€); a consulta externa em 54% (+9.366.430,48€), e finalmente o internamento em 35,7% (+21.958.166,16€).

Antes de terminar convirá referir para total transparência dos resultados apresentados que, o aumento do financiamento da consulta externa deriva de dois importantes fatores. Por um lado o incremento da atividade em 24,5%, (+47.813 episódios), e por outro pela alteração do modelo de financiamento.

Na verdade enquanto que em 2006 o contrato programa contemplava um único preço por episódio, em 2011 passaram a considerar-se dois preços distintos em função do tipo de consulta realizada, conforme se trata de uma primeira consulta ou de uma subsequente. Como consequência desta alteração, o preço médio por episódio subiu 26,5%, o que não se verificou em nenhuma outra linha de produção.

Finalmente é importante referir ainda que, o esforço de maximização dos proveitos conseguidos pela UAGC entre 2006 e 2011 foi bastante maior do que o registado no seu conjunto pelo CHSJ, tendo em conta que os primeiros cresceram 48,1% face aos 2,8% dos segundos respetivamente.

Podemos em síntese concluir que nos anos em análise os custos operacionais da UAGC foram sempre inferiores aos proveitos gerados, mesmo com preços de financiamento mais baixos. Acresce dizer que esta tendência também se verificou nos anos intermédios de

2007 a 2010, apenas não explicitados no trabalho uma vez que a comparabilidade dos dados até agora seguida se reporta unicamente ao ano de 2006 e de 2011.

Naturalmente que estes resultados positivos não são sinónimo automático de lucro, sobretudo pelas dificuldades que sentimos no apuramento destes valores e que atrás tivemos oportunidade de referir. No entanto não deixam de ser demonstradores das potencialidades económicas que produzem no financiamento do CHSJ e portanto no seu equilíbrio, constituindo assim uma área de negócio absolutamente estratégica na gestão deste centro hospitalar.

Qualidade / Efetividade

Em relação a esta dimensão a análise do desempenho da UAGC passará pela avaliação do índice de case mix (ICM), taxa de readmissões, taxa de reoperações, comorbilidades, e ainda pela taxa de infeção nosocomial e de mortalidade respetivamente.

A avaliação do ICM é absolutamente essencial numa análise da qualidade de desempenho, já que permite aquilatar o índice de complexidade da patologia tratada em termos de consumo de recursos, assumindo-se que quanto maior for este indicador mais graves são os doentes tratados.

Ora entre 2006 e 2011 o ICM na UAGC passou de 1,74 para 1,79 correspondendo a um aumento de 2,87 %. Este aumento é o resultado da crescente complexidade cirúrgica realizada em geral por todas as especialidades da UAGC, sendo de destacar pela sua importância as seguintes: a cirurgia cardiotorácia; a hepatobilopancriática, a cirurgia de Parkinson, a cirurgia mini-invasiva do sistema arterial periférico, a cirurgia laparoscópica e finalmente atividade de transplantação cardíaca, renal e da córnea.

Na sequência desta maior diferenciação cirúrgica, a subida do ICM apresenta-se como um resultado normal, o qual de resto se enquadra no contexto cirúrgico altamente especializado do CHSJ. Não nos podemos esquecer que a UAGC integra serviços cirúrgicos que são a última referência possível na hierarquia hospitalar da zona norte, pelo que

devido à sua elevada preparação técnica realizam procedimentos que outras instituições não fazem por ausência de capacidade.

Outro indicador importante nesta área de análise é a taxa de reinternamento, aqui reportada a cinco dias, por ser aquela que nos contratos programa de 2006 e 2011 era assumida como indicador de qualidade.

Na realidade a pressão que a gestão coloca sobre a atividade médica na redução da demora média, como forma de diminuir a despesa operacional dos hospitais, pode levar em tese a que se verifiquem altas precoces dos doentes. Esta situação é no entanto altamente ineficiente quer sob prisma clínico quer económico, uma vez que acabam mais tarde por se traduzir em novos e mais demorados internamentos, geradores de maiores consumo de recursos face ao agravamento do estado de saúde dos doentes.

Por isso não é de estranhar que este indicador constitua um sinal de qualidade da prática clínica e gestionária dos cuidados de agudos.

Na UAGC a primeira taxa de reinternamento calculada remonta ao ano de 2007 atingindo o valor de 1,8%, passando em Dezembro de 2011 para 1,4%. Este resultado é sinónimo de qualidade clínica, não só porque o valor se situa claramente abaixo do limite estabelecido para o CHSJ que em 2011 era de 2,43%, como demonstra prudência e segurança clínica nos cuidados prestados. Na realidade tendo este indicador diminuído em simultâneo com a demora média, permite-nos concluir que foi possível ser mais eficiente no internamento por via da redução dos tempos de internamento, sem que daí tenha resultado qualquer impacto negativo para o restabelecimento ou cura dos doentes, uma vez que o risco de reinternamento também diminuiu.

Passemos de seguida à análise da taxa de reoperações. A este respeito convirá referir que a sua abordagem deve ser efetuada com especial cautela, uma vez se trata de um fenómeno clínico que envolve vários outros fatores, independentes da boa ou má prática. Deste modo a sua análise terá que ser obrigatoriamente conjugada com o ICM e com as comorbilidades dos doentes tratados, para que então se possa retirar uma conclusão sustentada deste indicador.

Assim no que à UAGC diz respeito apesar da complexidade dos doentes tratados (ICM) ter aumentado em 2,87%, a taxa de reoperações diminuiu entre 2006 e 2011, passando respetivamente de 0,23% para 0,11%.

Esta tendência revela o elevado grau de eficácia dos procedimentos cirúrgicos executados por duas ordens de razões.

Por um lado pelo facto dessa percentagem (0,11%) constituir um valor meramente residual face ao total de doentes operados, e por outro porque entre 2008 e 2011 o número de doentes saídos nos 13 GDH's cirúrgicos com maiores comorbilidades associadas aumentou em 16,5% correspondendo a mais 164 doentes. Para tal basta analisar o número de altas verificadas nos GDH's 545 (procedimento em válvula cardíaca), 549 (procedimentos cardiovasculares major, com CC), 823 (queimadura da espessura total da pele, ... com CC) e 793 (procedimentos por traumatismos múltiplos significativos,,,, CC major ...) para se concluir neste sentido.

De igual modo em reforço do que se acaba de referir é de salientar ainda que os 2 GDH's cirúrgicos mais complexos da UAGC no caso 821 (queimaduras extensas de 3ª grau, com enxerto de pele) e 103 (transplante cardíaco) com ICM de 26,35 e 22,26 praticamente duplicaram o número de doentes saídos, o que se traduz num sinal inequívoco de que apesar de doentes mais graves, tal facto não se traduziu em maior número de reoperações, como poderia à primeira vista poderia acontecer.

A taxa de mortalidade é outro indicador que naturalmente avalia a qualidade dos cuidados prestados.

Tendo em conta os dados disponíveis, a taxa de mortalidade entre 2006 e 2011 passou de 1,60% para 0,87%, o que traduz uma clara melhoria deste indicador dado que diminuição registada em 0,73pp, corresponde a menos 45,6%. Este resultado não deixa de ser também altamente favorável para a qualidade dos cuidados cirúrgicos da UAGC, pois se é certo que a complexidade dos doentes tratados aumentou em 2,87% (ICM), na verdade esse fenómeno não teve qualquer efeito sob a mortalidade, que inclusivamente baixou.

Finalmente a taxa de infeção nosocomial é igualmente um fator determinante na avaliação da qualidade clinica. Os dados que dispomos constam dos relatórios anuais publicados pela

Comissão de Controlo e Infeção Hospitalar (CCIH) relativos aos anos de 2007 e 2011, e reportam-se às taxas de prevalência das infeções registadas nos serviços cirúrgicos auditados.

Antes de passarmos à análise dos dados é, no entanto de referir que os pressupostos de base em que assentaram os estudos aqui considerados são bastante diferentes entre si. Assim em 2007 o número de serviços cirúrgicos abrangidos foi de apenas 7 (não foram considerados a cirurgia plástica, a traumatologia, a ortopedia infantil e a urologia), e o número de doentes estudados correspondeu a 30% da amostra, enquanto que em 2011 o número dos serviços envolvidos foi já de 11, correspondendo a um total de 38% de doentes da amostra.

Apesar destas diferenças poderem afetar os resultados obtidos, e conseqüentemente as suas conclusões, não queremos deixar de os abordar ainda que a título indicativo, dado que não possuímos outras fontes de informação sobre esta matéria tão pertinente

Assim em 2007 a taxa média de infeção nosocomial registada na UAGC foi de 8,5%, tendo em 2011 subido para 9%. Para este aumento contribui a infeção da ferida operatória, que em idêntico período subiu de 2,2% para 7,9%. Este resultado permite explicar o motivo pelo qual a infeção do local cirúrgico que em 2007 no HSJ era de apenas de 4,3% e que correspondia ao 6º tipo de infeção, tenha subido em 2011 para o 2º tipo de infeção mais prevalente com uma taxa de 17,6%

Embora saibamos que as infeções nosocomiais estão associadas à maior gravidade clínica dos doentes, expondo-os de uma forma mais vulnerável à ação dos agentes patogénicos que existem quer no meio hospitalar quer na comunidade, não deixa também de ser pertinente a necessidade de mudança de algumas práticas internas de modo a minorar este fenómeno.

Estamos a referir-nos em concreto à simples lavagem das mãos por parte dos profissionais que diretamente contactam com os doentes, à utilização racional dos antibióticos de largo espectro evitando a resistência bacteriana que cada vez é maior, ao correto manuseamento dos instrumentos de limpeza evitando que sejam veículos da transmissão da infeção entre espaços, à limpeza profunda das instalações e equipamento e

à utilização de adequados desinfetantes para esse efeito; ao cuidado na utilização da roupa e fardas, com particular ênfase do pessoal dos blocos operatórios.

Finalmente mas não menos importante a educação cívica dos visitantes, informando-os e convencendo-os que o seu comportamento no interior do hospital é absolutamente decisivo no combate à transmissão de infeção por agentes da comunidade.

Apesar das reservas metodológicas os resultados obtidos devem contudo merecer uma séria reflexão, uma vez que se repercutem diretamente na evolução do estado de saúde dos doentes, bem como no aumento dos custos de tratamento, que um recente estudo estima situar-se na ordem dos 10%. (Costa, 2011)

A UAGC tem neste capítulo ainda um longo caminho a percorrer sobretudo na “divulgação permanente de informação” e na “sensibilização dos profissionais” para o combate deste flagelo. Entendemos que a melhor estratégia será em fazer sentir a cada um deles que esta luta não é um fim em si mesmo, mas uma postura, uma atitude, que deve permanentemente acompanhar cada um nós, todos os dias e em qualquer lugar.

Em conclusão podemos também aqui referir que, tendo em conta os diversos indicadores de qualidade/efetividade acabados de tratados, todos eles (com exceção da taxa de infeção, ainda que com a reserva de análise já referida) apresentam uma evolução altamente favorável no contexto assistencial da UAGC, significando com isso que os cuidados cirúrgicos prestados revelam um elevado padrão de qualidade e segurança técnica

Satisfação

A dimensão da satisfação dos doentes é aqui analisada sob o vértice das reclamações apresentadas no gabinete do utente e dos resultados obtidos por via dos inquéritos de satisfação que anualmente são lançados nos serviços da UAGC.

Relativamente às reclamações, a falta de dados circunscritos em exclusivo à UAGC no ano de 2006 leva-nos a considerar para esta análise apenas os registos durante o triénio de 2009 a 2011.

Neste período o número de reclamações apresentadas no gabinete do utente apresentou uma diminuição de 4,8%, ao passar de 187 para 178, enquanto que ao nível dos louvores o seu valor se manteve praticamente inalterado.

A esmagadora maioria das reclamações tiveram por objeto as relações interpessoais, visando em especial o pessoal médico, e logo depois os tempos de espera na consulta e para cirurgia, que os utentes consideraram excessivos.

Já quanto aos louvores eles direcionam-se em exclusivo à qualidade técnica da prestação e ao humanismo como os cuidados são prestados.

Quanto à avaliação da satisfação dos doentes, a UAG desde 2008 que promove anualmente um inquérito, quer ao nível do internamento dirigido a todos os doentes (com mais de 14 anos) que durante uma semana aí se encontram, como aos doentes da consulta externa. Os temas abordados centram-se em três áreas: **i)** no relacionamento com a equipa do serviço, **ii)** nas amenidades hospitalares proporcionadas e com **iii)** a qualidade percebida dos cuidados prestados.

Tendo em conta que o padrão de satisfação e insatisfação dos doentes desta UAG se tem mantido praticamente inalterado ao longo deste quatro anos, por uma questão de síntese e objetividade de análise os dados que passaremos a tratar dizem apenas respeito à última avaliação realizada em 2011.

Foram distribuídos 2026 inquéritos entre 9 e 16 de Março de 2011, tendo respondido validamente 804 doentes o que representa uma taxa de respostas de 39,7%. Deste universo 21,1% (170) tiveram origem no internamento e os restantes 634 (78,9%) nas consultas externas.

As principais conclusões que foi possível retirar da análise das respostas recebidas foi a seguinte:

No internamento o índice de satisfação global foi de 74,26% As dimensões que mereceram os mais elevados estadios de satisfação foram: o atendimento dos profissionais, o profissionalismo revelado no seu desempenho funcional; o humanismo como os cuidados são prestados e a limpeza e higiene das instalações

Já em sentido contrário, as queixas são praticamente transversais em toda a UAG quanto à falta de roupa; à qualidade das refeições, à falta de silêncio nas enfermarias e ainda ao tempo excessivo que se verifica para a admissão no bloco operatório. Já quanto ao desconforto das instalações, a mesma apenas se manifesta nos doentes internados nos serviços ainda não remodelados.

Na consulta externa o grau de satisfação foi de 72%. Os itens que mereceram maior satisfação dos doentes inquiridos foram: a atenção e a disponibilidade dos profissionais, a sua competência, a informação prestada sobre o problema de saúde, a humanização na prestação dos cuidados e finalmente as instalações e sua limpeza.

Quanto aos itens de insatisfação eles focalizaram-se essencialmente no seguinte: horários inadequados de consulta, elevado tempo de espera para a consulta, sinalética deficiente, falta de estacionamento automóvel para os doentes e sanitários insuficientes.

Finalmente são apontados pelos doentes as seguintes sugestões para melhoria do seu grau de satisfação:

- i) no internamento a remodelação dos serviços que ainda não foram objeto dessa intervenção, aumento do número das peças de roupa disponíveis em especial pijamas, toalhas de banho e cobertores, e ainda a melhoria da apresentação da palamenta e confeção das refeições servidas,
- ii) na consulta pretende-se o alargamento do horário médico dedicado ao ambulatório, maior rigor no cumprimento da hora marcada, melhoramento da sinalética e a existência de lugares de estacionamento automóvel dedicado aos doentes.

Com base nestes resultados a UAGC, em parceria com as direções dos serviços clínicos mais visados nas reclamações, tem procurado aperfeiçoar e melhorar alguns processos de organização interna onde se regista maior insatisfação dos doentes. É exemplo disso a existência já em toda a UAG de consultas por hora marcada; do aviso por SMS do dia da consulta com 48 horas de antecedência, e o aumento de turnos médicos dedicados à consulta.

Ao nível do internamento, após reuniões com a dietética foi assumido por esta um compromisso de melhorar a apresentação das refeições e sempre que seja clinicamente

possível possibilitar ao doente a escolha de um dos dois pratos de peixe ou carne confeccionados nesse dia. O nível de stock de roupa foi também reforçado evitando a sua carência ou mesmo falta, e finalmente foi agilizado o transporte dos doentes para o bloco operatório através de uma equipa dedicada especificamente a esse fim.

Apesar da remodelação das instalações não dependerem diretamente da ação da UAGC, este assunto não deixa de ser uma das nossas prioridades quando com o CA abordamos as futuras decisões estratégicas do CHSJ.

10. CONCLUSÕES

10. Conclusões

O objetivo deste trabalho não é traçar o “el dourado” da gestão intermédia hospitalar, pois todos sabemos que o ambiente complexo em que esta se movimenta, dominado por condicionalismos económicos, corporativos e até políticos, torna difícil saber até que ponto seria possível ir mais longe, face aos resultados obtidos.

Apesar desta incerteza, não temos porém dúvidas que a ingovernabilidade dos hospitais, sobretudo dos universitários como era o caso do HSJ, assentava num mito, simplista e passivamente justificado pela dimensão, complexidade técnica, e intenso movimento de pessoas e doentes que gravitavam à sua volta.

Esta enorme barreira de dificuldades que a todos paralisava e que se mostrava intransponível acabou no entanto por se desvanecer. Para tanto bastou parar e pensar, sem medos e preconceitos, para rapidamente nos apercebermos que a implosão do HSJ não teria de ser dirigida à sua estrutura física como todos advogavam, mas antes à sua organização interna.

Esta assentava numa “desorganização organizada” que impedia as reformas que se impunham levar a cabo no interior do HSJ, tal era a rigidez da sua estrutura hierárquica, filiada em burocracias inúteis e totalmente divorciada dos critérios de eficiência económica. Por outro os serviços clínicos, peças nucleares da prática assistencial, viviam num intrínseco isolacionismo organizativo, sinónimo do poder de quem os dirigia e cuja articulação se baseava mais no voluntarismo dos seus colaboradores do que propriamente na integração funcional que a prática clínica impunha.

A empresarialização hospitalar em que o HSJ mergulhou após 2006 surgiu então como uma janela de oportunidades, que em boa hora não se deixou escapar. A subsequente reengenharia interna e funcional que dela emergiu, apoiada numa firme estratégia descentralizadora e responsabilizante, permitiu ao HSJ romper em definitivo com a letargia gestonária que até então vivia, constituindo as unidades autónomas de gestão um sinal concreto dessa profunda mudança organizativa.

Estas estruturas intermédias de gestão, e no que em particular à UAGC diz respeito, foram capazes de reformar a organização melhorando a qualidade, através de uma política

centrada em três esteios fundamentais: cumprimento de objetivos, equilíbrio económico e partilha de responsabilidades.

Através destes compromissos, e sem nunca perder a noção de que o CHSJ tem uma função vocacionada para o bem-estar e não para produzir riqueza, foi possível produzir ao longo destes 6 anos mais cuidados, aumentar a sua acessibilidade e induzir ganhos de eficiência através do controlo dos custos, como os indicadores de desempenho desta UAG o demonstram.

A conclusão mais óbvia que pudemos retirar deste trabalho é a de que não era a dimensão do HSJ que o tornava ingovernável, mas antes o anacronismo da sua desorganização, tendo a UAGC em particular contribuído para o desmistificar.

Obviamente que este trabalho não pretende ser nem redutor na forma de organizar internamente os hospitais, nem considerar este processo de descentralização gestionária concluído, ou sequer isento de erros e falhas. O nosso propósito foi apenas dar a conhecer os resultados sérios de um projeto concretizado, e simultaneamente poder refletir em “voz alta” sobre as suas potencialidades e fraquezas.

Materializar uma reforma estrutural num contexto de forte constrangimento orçamental, é um enorme desafio ao qual a gestão hospitalar não está imune. Neste contexto as estruturas intermédias de gestão constituem uma das vias mais eficazes para responder a esse objetivo, dado que podem contribuir para uma efetiva redução de despesa de forma seletiva e local, afastando os perigos e até alguma injustiça que os cortes cegos e transversais habitualmente geram.

Com esta abordagem pretende-se apenas contribuir para uma reflexão mais aprofundada sobre os modelos de gestão dos hospitais, de modo a melhorar quer a sua qualidade técnica mas também política, que os atuais tempos de contenção inevitavelmente a todos exigem.

11. BIBLIOGRAFIA

- Reis, V. (2007). *Gestão em saúde, um espaço de diferença* (1ª ed.,pp. 63) Lisboa.
- Harfouche, A. (2008). *Hospitais transformados em empresas: Impacto na eficiência*, Universidade Técnica de Lisboa, Instituto Superior da Ciências Sociais e Políticas (pp. 37) Lisboa.
- Rubio, V & Señaris, J. (2003). *Estado y mercado en sanidad*. In BADIA, J et al – *Gestion Sanitaria: Innovaciones y desafios* (pp. 3-16) Barcelona.
- Barros, P. (1999). *Eficiência e modos de pagamento aos hospitais*, Barros, P. & Simões, J. Livro de homenagem a Augusto Mantas, Associação Portuguesa de Economia da Saúde (1ªed.,pp. 237-259) Lisboa.
- Silva, J.A. (2006). *O valor acrescentado da intervenção farmacêutica. O Futuro da saúde em portugal*, Associação Portuguesa de Administradores Hospitalares & Associação Portuguesa para o Desenvolvimento Hospitalar (1ªed.,pp. 163-166) Lisboa.
- Edwards, N., Hensher & Werneck. (1998). *Changing hospital systems*. In Figueras, J., Sakelarides, C., Saltman, & Altman, R., *Critical challenges for health care reform in Europe* : Open University Press, Buckingham.
- Barros, P. (2004). *O Mix bang das reformas do sector da saúde*. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, volume temático (pp. 53-55) Lisboa.
- CARVALHO, M. (2008). *Gestão e liderança em saúde: uma abordagem estratégica*. *Vida Económica*, Porto.
- COSTA, C., & LOPES, S. (2005). *Avaliação do desempenho dos hospitais SA, memorando: resultados provisórios*. Universidade Nova de Lisboa, Escola Nacional de Saúde Pública, Lisboa.
- REIS, J. (1983, Abril, Maio; Junho). *A criação de áreas intermédias de gestão nos hospitais*. *Gestão Hospitalar* (pp. 25-30) Lisboa.
- Costa, C. (2011). *Custos e preços na saúde*. Fundação Francisco Manuel dos Santos (pp. 4-23) Lisboa.

Roseira, M. (2006). O Futuro da saúde do futuro, Associação Portuguesa de Administradores Hospitalares & Associação Portuguesa para o Desenvolvimento Hospitalar (1ªed., pp. 169-178) Lisboa.

Moutinho, R. (1999). Organização dos hospitais em centros de responsabilidade integrados. TecnoHospital, pp. 26-29.

Mintzerbg, H. (2004). Estrutura e dinâmica das organizações (3ªed.). Publicações Dom Quixote.

Starkweather, D. & Shropshire, D. (1994). Management effectiveness, Taylor, R. e Taylor, S. The AUPHA manual of Health Services Management. Maryland.

Gruson, B. (Maio 2002). Contractualisation interne: extraits du colloque organisé par la DHOS. L'expérience d'une structure de gestion décentralisée aux hôpitaux universitaires de Genève. Gestion Hospitalières, pp. 305-311.

Ribeiro, M. T. (1990). Centros de responsabilidade: um novo conceito de gestão: sua criação no HDB. Trabalho de Dissertação no âmbito do XVIII do Curso de Especialização de Administração Hospitalar, Escola Nacional de Saúde Pública, Lisboa.

Escoval, A. (2008). Financiamento, Inovação e Sustentabilidade, Associação Portuguesa para o Desenvolvimento Hospitalar (pp. 20), Lisboa.

Antunes, M. (2011). A doença da saúde, (4ª ed., pp. 72,91,100) Lisboa.

Escoval, A. (Junho 1998). O hospital organizado em Centros de Responsabilidade. O hospital português: Direção Geral da Saúde, Ministério da Saúde (pp. 129-131), Lisboa.

Costa, C., Costa, F., & Lopes, S. (2007). Avaliação do desempenho dos hospitais públicos (internamento) e Portugal Continental, resultados (versão provisória), Universidade Nova de Lisboa, Lisboa.

Costa, C. (2005). Ajustamento pelo risco: da concetualização à operacionalização. Revista Portuguesa de Saúde Pública, 5 , pp. 7-38.

12. ANEXOS

INDICADORES DE EFICIÊNCIA TÉCNICA	2006	2011
Demora Média	6,3	5,6
Taxa de Ambulatorização	27,11%	46,2%
Doentes acima do Limiar Superior GDH	** 1,24%	0,94%
Demora Média Pré-Operatória	* 2,26	1,06
	2007	2011
Taxa de Ocupação do BOC	83,6%	93,0%
Taxa de Utilização do BOC	72,9%	86,4%
Rácio 1 ^{as} Consultas/Subsequentes	1/2,92	1/2,3
	2009	2011
Rácio de Doentes acima do Limiar Máximo	1,2%	0,9%

(*) Ano disponível: 2007 (**) Ano disponível: 2009

(Elaboração própria com base em informação recolhida no Centro Hospitalar de São João)

INDICADORES DE QUALIDADE/EFFECTIVIDADE	2006	2011
Índice Case-Mix	1,74	1,79
Taxa Reinternamento < 5 Dias	* 1,80%	1,41%
Taxa Mortalidade	1,60%	0,87%
	2008	2011
Tx Reoperações	0,23%	0,11%
Tx Infecção	* 8,5%	9%

(*) Ano disponível: 2007

(Elaboração própria com base em informação recolhida no Centro Hospitalar de São João)

INDICADORES DE SATISFAÇÃO	2009	2011
Reclamações	187	178
Louvores	20	19
Grau de Satisfação		
Internamento	ND	74,26%
Consulta	ND	72,0 %

ND (Não disponível)

(Elaboração própria com base em informação recolhida no Centro Hospitalar de São João)

INDICADORES DE RECURSOS HUMANOS	2006	2011
Pessoal Médico	379	426
Pessoal de Enfermagem	594	648
Pessoal Tecn Diagnóstico e Terapeutica	25	27
Pessoal Assistente Técnico	53	52
Pessoal Assistente Operacional	304	297
Pessoal Técnico Superior	9	10
Total Recursos Humanos	1364	1460

(Elaboração própria com base em informação recolhida no Centro Hospitalar de São João)

INDICADORES DE PRODUÇÃO

INTERNAMENTO	2006	2011
Doentes Saídos	20.096	23.906
Doentes Saídos/Cama	45,05	55,72
Lotação	446	429

CONSULTA EXTERNA

1 ^{as} Consultas	49.791	73.579
Consultas Totais	195.165	242.978

BLOCO OPERATÓRIO**N.º DOENTES INTERVENCIÓNADOS**

Cirurgia Programada Base	14.214	23.303
Convencional	9.707	11.348
Cirurgia Ambulatória	4.507	11.955
Cirurgia Programada Adicional	2.379	3.596
Convencional	2.379	3.119
Cirurgia Ambulatória		477
Cirurgia Urgente	2.668	4.036

HOSPITAL DE DIA

N.º Sessões	4.108	6.689
-------------	-------	-------

(Elaboração própria com base em informação recolhida no Centro Hospitalar de São João)

INDICADORES DE ACESSO

	2006	2011
Taxa Ocupação	77,2%	85,3%
Taxa de Acessibilidade	25,5%	30,3%
Lista de Espera Cirúrgica	* 6.337	8.349
Mediana do Tempo de Espera	98	101
Lista de Espera p/ Consulta	15.580	13.649
Mediana do Tempo de Espera	125	73

(*) Ano disponível: 2007

(Elaboração própria com base em informação recolhida no Centro Hospitalar de São João)

DECOMPOSIÇÃO DE CUSTOS

	2006	2011
Custos Fixos *	34.864.553,86 €	42.911.770,68 €
	1.101.598,08 €	3.499.863,76 €
	66%	65,4%
	35.966.151,94 €	46.411.634,44 €
Custos Variáveis **	17.448.285,09 €	22.901.668,96 €
	1.060.799,45 €	1.398.240,69 €
	1.643,00 €	180.037,45 €
	1.220,90 €	1.931,26 €
	34%	34,6%
Custos Totais ***	54.478.100,38 €	70.893.512,44 €

(*) Custos com pessoal + Amortizações do exercício

(**) Consumos + FSE + Outros Custos e Perdas Operacionais + Custos e Perdas Extraordinárias

(***) Custos Totais - Subcontratos

(Elaboração própria com base em informação recolhida no Centro Hospitalar de São João)

	2006	2011
Custos totais	55.638.494,18 €	71.951.457,00 €
Custos associados ao internamento	50.726.854,18 €	65.987.980,00 €
Custos associados à consulta	4.911.640,00 €	5.963.477,00 €

(Elaboração própria com base em informação recolhida no Centro Hospitalar de São João)

	2006	2011
N.º Doentes Saídos	20.096	23.906
Custo Unitário p/ Doente Saído	2.524,22 €	2.760,31 €
N.º Consultas	195.165	242.987
Custo Unitário p/ Consulta	25,16 €	24,54 €

(Elaboração própria com base em informação recolhida no Centro Hospitalar de São João)

INDICADORES ECONÓMICOS**DESPESA REALIZADA**

	2006	2011	2011/2006	
			(em €)	(em %)
Consumos	17.448.285,09	22.901.668,96	5.453.383,87	31%
Medicamentos	6.720.351,00	6.684.781,32	-35.569,68	-1%
Matérias Primas		5.433,36	5.433,36	
Gases Medicinais		0,00		
Reagentes	31.643,03	39.568,89	7.925,86	25%
Material de consumo clínico	10.331.688,00	15.598.878,47	5.267.190,47	51%
Produtos alimentares		0,00	0,00	
Material de consumo hoteleiro	231.128,61	451.140,17	220.011,56	95%
Material de consumo administrativo	80.954,88	87.605,55	6.650,67	8%
Material manutenção e conservação	52.519,57	34.261,20	-18.258,37	-35%
Outro Material de Consumo		0,00	0,00	
Subcontratos	1.160.393,80	1.057.944,53	-102.449,27	-9%
Exam.Ext.Entid.Minist.Saúde	1.160.393,80	46.125,85	-1.114.267,95	-96%
Exam.Ext. Outras Entidades		1.007.172,02	1.007.172,02	
Transporte Doentes		4.646,66	4.646,66	
Fornecimentos e Serviços Externos	1.060.799,45	1.398.240,69	337.441,24	32%
FSE I	12.594,17	19.948,74	7.354,57	58%
Electricidade		0,00	0,00	
Combustíveis		0,00	0,00	
Água		0,00	0,00	
Livros e documentação		725,00	725,00	
Rendas e Alugueres	12.594,17	19.223,74	6.629,57	53%
FSE II	63.482,48	49.859,91	-13.622,57	-21%
Comunicação		304,98	304,98	
Seguros		0,00	0,00	
Transporte mercadorias		33,19	33,19	
Transporte pessoal	436,38	3.186,52	2.750,14	630%
Deslocações e estadas	1.714,56	2.464,86	750,30	44%
Honorários	61.331,54	43.870,36	-17.461,18	-28%
FSE III	984.722,80	1.328.432,04	343.709,24	35%
Contencioso e notariado		0,00	0,00	
Assistência Técnica	457.860,00	806.596,49	348.736,49	76%
Outras	376.796,30	430.809,31	54.013,01	14%
Publicidade e propaganda		0,00	0,00	
Limpeza		0,00	0,00	
Segurança		0,00	0,00	
Serviços informática		3.848,42	3.848,42	
Alimentação		0,00	0,00	
Lavandaria		0,00	0,00	
Serviços Técnicos de recursos Humanos		35.471,25	35.471,25	
Outros trabalhos especializados	150.066,50	51.706,57	-98.359,93	-66%
Custos com Pessoal	34.864.553,86	42.911.770,68	8.047.216,82	23%
Remunerações dos órgãos directivos		0,00	0,00	
Remunerações Base do Pessoal	21.348.178,99	23.048.431,46	1.700.252,47	8%
Pessoal dirigente	255.293,76	40.699,50	-214.594,26	-84%
Pessoal médico	9.203.637,00	10.250.594,68	1.046.957,68	11%
Pessoal de enfermagem	9.249.980,00	9.712.149,20	462.169,20	5%
Pessoal tecn diagnóstico e terapeutica	235.689,51	384.009,39	148.319,88	63%
Pessoal técnico superior	72.591,72	164.556,91	91.965,19	127%

(cont.)

	2006	2011	2011/2006	
			(em €)	(em %)
Pessoal assistente técnico	468.138,00	503.546,70	35.408,70	8%
Pessoal assistente operário	1.862.849,00	1.992.875,08	130.026,08	7%
Pessoal informático		0,00	0,00	
Outro pessoal		0,00	0,00	
Horas Extraordinárias	1.900.459,51	1.338.476,98	-561.982,53	-30%
Pessoal Médico	1.266.298,00	1.023.378,38	-242.919,62	-19%
Pessoal Enfermagem	414.929,00	260.490,68	-154.438,32	-37%
Pessoal Técnico Diagnóstico e Terapeutica	706,28	0,00	-706,28	-100%
Pessoal Técnico Superior	229,71	334,69	104,98	46%
Pessoal Assistente Técnico	994,52	3.209,62	2.215,10	223%
Pessoal Assistente Operacional	217.302,00	51.063,61	-166.238,39	-77%
Pessoal Informática		0,00	0,00	
Outro pessoal			0,00	
Prevenções	847.962,59	871.285,48	23.322,89	3%
Pessoal Médico	589.654,44	609.526,88	19.872,44	3%
Pessoal Enfermagem	196.539,77	191.568,66	-4.971,11	-3%
Pessoal Técnico Diagnóstico e terapeutica	28.767,91	30.490,49	1.722,58	6%
Pessoal Técnico Superior	33.000,47	37.680,64	4.680,17	14%
Pessoal Administrativo			0,00	
Pessoal Assistente Operacional		2.018,81	2.018,81	
Pessoal Informática		0,00	0,00	
Outro pessoal			0,00	
Noites	1.714.717,37	2.079.962,24	365.244,87	21%
Pessoal Médico	130.453,90	212.873,31	82.419,41	63%
Pessoal Enfermagem	1.392.942,33	1.619.756,54	226.814,21	16%
Pessoal Técnico Diagnóstico e Terapeutica	408,55	207,72	-200,83	-49%
Pessoal Técnico Superior		15,65	15,65	
Pessoal Assistente Técnico	199,70	4,93	-194,77	-98%
Pessoal Assistente Operacional	190.712,89	247.104,09	56.391,20	30%
Pessoal Informática		0,00	0,00	
Outro Pessoal		0,00	0,00	
Outros Suplementos	2.841.577,95	6.872.412,43	4.030.834,48	142%
Subsídio de turno		0,00	0,00	
Abono para falhas		0,00	0,00	
Subsídio de refeição	660.108,71	1.302.702,24	642.593,53	97%
Ajudas de custo	1.161,54	24,71	-1.136,83	-98%
SIGIC	1.807.887,83	4.104.278,65	2.296.390,82	127%
Gratificações		59.659,37	59.659,37	
Incentivos e prémios	233.956,18	1.196.885,97	962.929,79	412%
Subsidio de fixação		200,00	200,00	
Perícias forenses		0,00	0,00	
Outros	138.463,69	208.661,49	70.197,80	51%
Outros Custos com Pessoal	6.211.657,45	8.701.202,09	2.489.544,64	40%
Prestações sociais directas	115.778,28	54.595,00	-61.183,28	-53%
Subsidio de férias e natal	2.261.468,39	1.827.644,89	-433.823,50	-19%
Prémios de Desempenho			0,00	
Pensões	1.154.326,22	373.918,37	-780.407,85	-68%
Encargos sobre remunerações	2.672.737,47	6.204.361,61	3.531.624,14	132%

(cont.)

	2006	2011	2011/2006	
			(em €)	(em %)
Seguros acidentes trab e doen·prof.		3.006,58	3.006,58	
Encargos sociais voluntários		196.805,78	196.805,78	
Outros custos com o pessoal	7.347,09	40.869,86	33.522,77	456%
Outros Custos	1.104.461,98	3.681.832,23	2.577.370,25	233%
Outros custos e perdas operacionais	1.220,90	1.931,26	710,36	58%
Amortizações do exercício	1.101.598,08	3.499.863,76	2.398.265,68	218%
Provisões do Exercício		0,00	0,00	
Custos e perdas financeiras		0,00	0,00	
Custos e perdas extraordinários	1.643,00	180.037,21	178.394,21	10858%
TOTAL	55.638.494,18	71.951.457,09	16.312.962,91	29%

ORÇAMENTO 2012

Consumos	22.816.327,30
Medicamentos	7.135.144,60
Matérias Primas	5.485,26
Gases Medicinais	0,00
Reagentes	40.511,92
Material de consumo clínico	15.067.739,69
Produtos alimentares	0,00
Material de consumo hoteleiro	446.484,95
Material de consumo administrativo	86.917,44
Material manutenção e conservação	34.043,44
Outro Material de Consumo	
Subcontratos	916.624,14
Exam.Ext.Entid.Minist.Saúde	46.125,85
Exam.Ext. Outras Entidades	867.400,52
Transporte Doentes	3.097,77
Fornecimentos e Serviços Externos	1.331.414,21
FSE I	19.948,74
Electricidade	0,00
Combustíveis	0,00
Água	0,00
Livros e documentação	725,00
Rendas e Alugueres	19.223,74
FSE II	58.001,59
Comunicação	304,98
Seguros	0,00
Transporte mercadorias	33,19
Transporte pessoal	3.186,52
Deslocações e estadas	2.464,86
Honorários	52.012,04
FSE III	1.253.463,88
Contencioso e notariado	0,00
Assistência Técnica	757.241,91
Outras	405.195,73
Publicidade e propaganda	0,00
Limpeza	0,00
Segurança	0,00
Serviços informática	3.848,42
Alimentação	0,00
Lavandaria	0,00
Serviços Técnicos de recursos Humanos	35.471,25
Outros trabalhos especializados	51.706,57
Custos com Pessoal	41.240.785,33
Remunerações dos órgãos directivos	
Remunerações Base do Pessoal	22.893.433,96
Pessoal dirigente	42.686,46
Pessoal médico	10.425.627,22

(cont.)

Pessoal de enfermagem	9.529.244,70
Pessoal tecn diagnóstico e terapeutica	388.010,29
Pessoal técnico superior	180.790,95
Pessoal assistente técnico	508.252,89
Pessoal assistente operário	1.818.821,45
Pessoal informático	0,00
Outro pessoal	0,00
Horas Extraordinárias	1.244.013,80
Pessoal Médico	999.455,48
Pessoal Enfermagem	200.350,00
Pessoal Técnico Diagnóstico e Terapeutica	0,00
Pessoal Técnico Superior	334,69
Pessoal Assistente Técnico	3.209,62
Pessoal Assistente Operacional	40.664,01
Pessoal Informática	0,00
Outro pessoal	
Prevenções	817.495,24
Pessoal Médico	555.736,64
Pessoal Enfermagem	191.568,66
Pessoal Técnico Diagnóstico e terapeutica	30.490,49
Pessoal Técnico Superior	37.680,64
Pessoal Administrativo	2.018,81
Pessoal Assistente Operacional	0,00
Pessoal Informática	
Outro pessoal	
Noites	2.047.149,58
Pessoal Médico	212.869,14
Pessoal Enfermagem	1.614.239,66
Pessoal Técnico Diagnóstico e Terapeutica	207,72
Pessoal Técnico Superior	15,65
Pessoal Assistente Técnico	0,00
Pessoal Assistente Operacional	219.817,41
Pessoal Informática	0,00
Outro Pessoal	0,00
Outros Suplementos	6.812.424,73
Subsídio de turno	0,00
Abono para falhas	0,00
Subsidio de refeição	1.295.438,95
Ajudas de custo	6.699,00
SIGIC	3.954.090,27
Gratificações	59.659,37
Incentivos e prémios	1.287.675,65
Subsidio de fixação	200,00
Perícias forenses	0,00
Outros	208.661,49

(cont.)

Outros Custos com Pessoal	7.426.268,02
Prestações sociais directas	52.155,29
Subsidio de férias e natal	386.583,16
Prémios de Desempenho	
Pensões	370.871,62
Encargos sobre remunerações	6.334.764,51
Seguros acidentes trab e doen · prof.	3.006,58
Encargos sociais voluntários	238.017,00
Outros custos com o pessoal	40.869,86
Outros Custos	3.638.171,54
Outros custos e perdas operacionais	1.931,26
Amortizações do exercicio	3.456.203,07
Provisões do Exercício	0,00
Custos e perdas financeiras	0,00
Custos e perdas extraordinários	180.037,21
TOTAL	69.943.322,52

RECEITA 2006

INTERNAMENTO	DOENTES EQUIV.	%	ICM	PREÇO	TOTAL
GDH's Médicos	3.692	90,61	0,8413	2.342,38 €	7.275.618,73 €
GDH's Cirúrgicos	13.044	95,62	1,7731	2.342,38 €	54.175.305,00 €

CIRURGIA AMBULATORIO	NÚMERO	ICM	PREÇO	TOTAL
GDH's Cirúrgicos	4.507	0,7287	2.342,38 €	7.692,963,62 €

CONSULTAS EXTERNAS	NÚMERO	PREÇO	TOTAL
	195.165	88,83 €	17.336.506,95 €

HOSPITAIS DE DIA	NÚMERO	PREÇO	TOTAL
	4.108	24,70 €	101.467,6 €

TOTAL RECEITA	86.581.862,66 €			
----------------------	------------------------	--	--	--

RECEITA 2011

INTERNAMENTO	DOENTES EQUIV.	%	ICM	PREÇO	TOTAL
GDH's Médicos	4.451	93,08	0,9998	2.300,40 €	10.237.032,58 €
GDH's Cirúrgicos	15.536	97,07	2,0474	2.300,40 €	73.172.058,08 €

CIRURGIA AMBULATORIO	NÚMERO	ICM	PREÇO	TOTAL
GDH's Cirúrgicos	11.955	0,6542	2.300,40 €	17.991.338,68 €

CONSULTAS EXTERNAS	NÚMERO	PREÇO	TOTAL
1 ^{as}	73.579	118,69 €	8.733.091,51 €
Subsequentes	169.399	106,08 €	17.969.845,92 €

HOSPITAIS DE DIA	NÚMERO	PREÇO	TOTAL
	6.689	24,26 €	162.275,14 €

TOTAL RECEITA	128.265.641,91 €			
----------------------	-------------------------	--	--	--