

_Relatório Final

do Grupo Técnico para a Reforma Hospitalar

_Os Cidadãos no centro do Sistema

Os Profissionais no centro da mudança_



GOVERNO DE
PORTUGAL

MINISTÉRIO DA SAÚDE

_Relatório Final realizado pelo Grupo Técnico para a Reforma Hospitalar criado pelo Despacho N.º 10.601/2011 do Ministro da Saúde, publicado em Diário da República N.º 162, 2ª Série, de 24 de Agosto de 2011

Elementos:

_José António Mendes Ribeiro (Coordenador)

Agostinho Xavier Dourado Barreto

Jorge Augusto Vasco Varanda

Jorge Manuel Virtudes dos Santos Penedo

José Carlos Ferreira Caiado

José Martins Nunes

Nina de Sousa Santos

Paulo Alexandre Faria Boto

Rui dos Santos Ivo

Tiago Alexandre Carvalho dos Santos

Índice

Lista de siglas e acrónimos	5
Sinais convencionais.....	5
Lista de figuras, gráficos e quadros	6
Lista de figuras, gráficos e quadros (continuação).....	7
Agradecimentos	9
Sumário Executivo	11
1. Abordagem conceptual para a reforma hospitalar	21
2. Introdução.....	23
3. Onde estamos. Como estamos?	27
4. Iniciativas Estratégicas	51
4.1 Uma rede hospitalar mais coerente	55
4.2 Uma política de financiamento mais sustentável.....	81
4.3 Integração de cuidados para melhorar o acesso	113
4.4 Hospitais mais Eficientes.....	141
4.5 A Qualidade como trave mestra da reforma hospitalar.....	185
4.6 As tecnologias e a informação como investimento e factor de sustentabilidade.....	217
4.7 Melhorar a governação	231
4.8 Reforço do papel do cidadão.....	247
5. <i>Framework</i> para a implementação	271
6. Cronograma	283
7. bibliografia	289
8. anexos	299
8.1 Composição do Parque Hospitalar	300
8.2 Situação Financeira dos Hospitais.....	301
8.3 Conta de Exploração dos Hospitais	302
8.4 Capacidade Instalada dos Hospitais.....	303
8.5 Produção hospitalar	304
8.6 Produtividade hospitalar	305
8.7 Medicamento.....	306
8.8 Capitação	307
8.9 Dias de Internamento Evitáveis	308
8.10 O desenvolvimento da rede de CCI.....	309
8.11 Evolução da situação Económica, Financeira e de Exploração dos Hospitais	314
8.12 Parâmetros de desempenho dos hospitais – qualidade do edifício.....	315
8.13 Parâmetros de desempenho dos hospitais – qualidade dos serviços Clínicos	317
9. Agradecimento dos contributos.....	363

LISTA DE SIGLAS E ACRÓNIMOS

Siglas e Acrónimos	ACES	Agrupamento de Centros de Saúde
	ACSS	Administração Central do Sistema de Saúde
	AIM	Autorização de Introdução no Mercado
	ARS	Administração Regional de Saúde
	CA	Conselho de Administração
	CHLC	Centro Hospitalar de Lisboa Central
	CNPD	Comissão Nacional de Protecção de Dados
	CTH	Consulta a Tempo e Horas
	DGS	Direcção Geral de Saúde
	DGTF	Direcção-Geral do Tesouro e Finanças
	EGP	Estatuto de Gestor Público
	EPE	Entidades Públicas Empresárias
	ERS	Entidade Reguladora da Saúde
	GDH	Grupos de Diagnóstico Homogéneo
	IPO	Instituto Português de Oncologia
	MoU	Memorando de Entendimento celebrado entre o Estado Português e Banco Central Europeu, a União Europeia e Fundo Monetário Internacional
	PPP	Parceria Público-Privada
	RNCCI	Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados
	SEE	Sector Empresarial do Estado
	SIGIC	Sistema de Gestão dos Utentes Inscritos para Cirurgia
	SNS	Serviço Nacional de Saúde
	SPA	Sector Público Administrativo
	SPMS	Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, E.P.E.
	ULS	Unidade Local de Saúde
	USF	Unidade de Saúde Familiar

SINAIS CONVENCIONAIS

Sinais Convencionais	n.d.	Valor não disponível
	n.a.	Não aplicável
	RC	Valor Rectificado
	N.	Valor Absoluto em unidades
	%	Percentagem
	€ / Eur	Valor em unidades de Eur
	m Eur	Valor em milhares de Eur
	M Eur	Valor em milhões de Eur

LISTA DE FIGURAS, GRÁFICOS E QUADROS

Tipo	N.	Descrição
Figuras	1	Abordagem conceptual para a Reforma Hospitalar
	2	Relação de Habitantes por Cama, por Médico e por Bloco Operatório
	3	Relação de Camas/Médico e Produção Cirúrgica
	4	Mix da Estrutura de Custos dos Hospitais - 2010
	5	Relação da Capitação Real e Ajustada e Custo Médio Padrão por ARS - 2010
	6	Ajustamento da Capitação Hospitalar por ARS
	7	Mudança de Paradigma
	8	Transformação / As Iniciativas Estratégicas
	9	Rede Hospitalar mais coerente
	10	Definição dos Pólos de Oferta de Cuidados de Saúde à população da cidade de Lisboa
	11	Política de Financiamento Sustentável
	12	Exemplo do Modelo "European Customer Satisfaction Index"
	13	Mortalidade global anual, por categoria de doença
	14	Exemplo de Clinical Pathway
	15	Acesso e Integração de Cuidados
	16	Hospitais mais eficientes
	17	Hospitais mais eficientes (cont.)
	18	A Qualidade como trave mestra
	19	Pagamento de acordo com o cumprimento de medidas estabelecidas
	20	A Tecnologia e Informação
	21	Universo dos stakeholders de um hospital
	22	Melhorar a Governação
	23	Níveis de envolvimento do cidadão
	24	Reforçar o papel do Cidadão
	25	Site do National Health Service Direct
	26	Framework para a Reforma Hospitalar
	27	Objectivos do <i>benchmarking</i>
Gráficos	1	Evolução da Despesa Pública do SNS - 2002 a 2010
	2	Evolução da Aplicação de Fundos do SNS em Hospitais (EPE e SPA e Outros) - 2002 a 2010
	3	Composição do Parque Hospitalar – em 30.06.2011
	4	Lotação Praticada – 2007-2010
	5	Evolução da Demora Média – 2007-2010
	6	Evolução da Produção de Partos e Cesarianas - 2007 a 2010
	7	Realizações de Capital Estatutário em Falta por ARS – 2007-2010 (acumulado)

LISTA DE FIGURAS, GRÁFICOS E QUADROS (CONTINUAÇÃO)

Tipo	N.	Descrição
Quadros	1	Evolução da aplicação de fundos do SNS - 2002 a 2011
	2	Evolução do Custo Total com Hospitais- 2008-2010
	3	Distribuição do Parque Hospitalar por Tipo e por ARS - em 30.06.2011
	4	Distribuição das Camas Hospitalares por ARS – 2009
	5	Distribuição das Salas de Bloco Operatório (BO) por ARS – 2009
	6	Evolução da Lotação Praticada e Demora Média – 2007-2010
	7	Top 9 dos Hospitais com melhor Demora Média - 2009 a 2010
	8	Distribuição de Médicos Hospitalares por ARS – 2010
	9	Evolução da Resultado Líquido (RL) e do Capital Próprio (CP) (universo comparável - 2010) – 2007 a 2010
	10	Evolução do Passivo Total (universo comparável - 2010) - 2007 a 2010
	11	Realizações de Capital Estatutário em Falta por Unidade Hospitalar – 2007-2010 (acumulado)
	12	Preços dos GDH por tipo de produção
	13	A evolução do mercado e da despesa com medicamentos - 2005 a 2010
	14	Evolução da despesa do SNS, dos hospitais e da despesa com - 2005 a 2010
	15	Evolução da despesa com medicamentos em ambiente hospitalar - 2007 a 2010
	16	Evolução da despesa com Dispositivos Médicos a nível hospitalar no contexto global da despesa do SNS e hospitalar - 2007 a 2010
	17	Grupos terapêuticos com maior peso na despesa hospitalar com medicamentos nos principais hospitais - Janeiro a Setembro de 2011
	18	Consumo de Medicamentos: custos por doente internado e no ambulatório hospitalar
	19	Cenários de poupança na despesa com medicamentos
	20	Consumo de Medicamentos: custos unitários das 20 substâncias activas de maior consumo em valor
	21	Simulação dos Custos com Base nos Cenários 1 e 2
	22	Princípios gerais do Modelo de Financiamento Actual
	23	Formulas de pagamento consoante o tipo de cuidado prestado
	24	Proposta de preço por tipo de produção
	25	Proposta de preço por eventos de hospital de dia
	26	Impactos estimados das medidas de redução de proveitos e custos
	27	Percentagem de cirurgias realizadas em regime de ambulatório - comparação Portugal e Reino Unido
	28	Redução dos dias de internamento devido à aproximação a valores de referência na cirurgia de ambulatório
	29	Taxa de Prevalência de Infecções Nosocomiais em Países europeus
	30	Taxa de Prevalência de doentes infectados com Infecções Nosocomiais em Portugal – 2003, 2009 e 2010
	31	Formas de cálculo do custo da Infecção Nosocomial
	32	Potenciais complicações devido ao aumento dos dias de internamento
	33	Exemplo das vantagens de alinhar incentivos financeiros com os objectivos
	34	Remuneração dos membros do CA Hospitais EPE 2011 - Valor padrão: 2812,16 (Desp. 8035/2002)
	35	Tipologia dos Hospitais
	36	Proposta de indicadores para a avaliação dos gestores hospitalares

AGRADECIMENTOS

O Grupo de Trabalho para a Reforma Hospitalar quer prestar um público agradecimento a todos quantos se disponibilizaram para colaborar com o trabalho desenvolvido.

Uma das formas de colaboração traduziu-se nas largas dezenas de contributos escritos que foram recebidos em resposta a convites enviados a especialistas e instituições.

A informação solicitada e preparada pelas Administrações Regionais de Saúde e pelos Conselhos de Administração dos Hospitais foram de uma enorme valia que desde já se agradece também.

Agradecemos ainda a disponibilidade mostrada por muitas das pessoas com as quais houve contactos pessoais para esclarecimento ou debate de algum aspecto específico do trabalho.

Agradecemos muito especialmente à equipa da Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS) todo o apoio na recolha de informação, seu tratamento e desenvolvimento de vários trabalhos destacando o excelente contributo e a permanente disponibilidade do Dr. António Alves.

Agradecemos também o apoio prestado pela Secretaria Geral do Ministério da Saúde e por todos os serviços do Ministério aos quais foi pedida colaboração, nomeadamente o INFARMED.

Gostaríamos de agradecer ao Conselho de Administração da Fundação Francisco Manuel dos Santos o importante contributo prestado através do acesso aos trabalhos do estudo desenvolvido com a Escola Nacional de Saúde Pública sobre "Preços e Custos na Saúde".

Destacamos também a excelente contribuição do Prof. Doutor Carlos Costa da ENSP, no tratamento dos dados dos hospitais reportados ao ano de 2010 que permitiu fazer uma análise actual sobre o potencial de eficiência dos hospitais.

Por fim um agradecimento muito especial ao Dr. Pedro Coutinho pela sistematização da recolha da documentação de suporte e pelo apoio na edição dos trabalhos.

SUMÁRIO EXECUTIVO

_Os cidadãos no centro do sistema.

_Os profissionais no centro da mudança.

O Governo assumiu no Memorando de Entendimento celebrado com a União Europeia, o Banco Central Europeu e o Fundo Monetário Internacional o compromisso de melhorar o desempenho e aumentar o rigor na gestão dos hospitais do Serviço Nacional de Saúde através da utilização otimizada e eficiente dos recursos disponíveis, e continuando a assegurar o direito constitucional de protecção da saúde. Neste sentido, pelo Despacho do Ministro da Saúde n.º10601/2011, de 16 de Agosto, publicado no Diário da República, II Série, n.º162, de 24 de Agosto, foi criado o Grupo Técnico para a Reforma Hospitalar com a missão de propor um conjunto de medidas que visem reorganizar a rede hospitalar através de uma visão integrada e racional do sistema de saúde e que permita:

- a. Melhorar o acesso e a qualidade das prestações de Saúde;
- b. Melhorar a eficiência hospitalar;
- c. Garantir a sustentabilidade económica e financeira;
- d. Melhorar a governação e o desempenho dos profissionais ao serviço dos hospitais;
- e. Reforçar o protagonismo e o dever de informação aos cidadãos.

O presente trabalho foi desenvolvido em cumprimento do referido Despacho.

As recomendações que o Grupo Técnico para a Reforma Hospitalar apresenta ao Governo têm como objectivo a melhoria da qualidade, a melhoria do nível de eficiência e o aumento da produtividade dos diferentes recursos empregues na produção de cuidados de saúde nos hospitais do SNS.

Aqueles objectivos têm como corolário atingir uma redução da despesa pública hospitalar total compatível com a redução “no período compreendido entre 2011 e 2013, dos custos operacionais dos hospitais, pelo menos em 15%, face ao nível de custos de 2010.”

O programa que se apresenta tem por ambição uma reforma estrutural do sector que venha a permitir um plano plurianual de ajustamento, entre os anos de 2012 a 2014 assumindo os seguintes pressupostos:

- Parte do montante da redução de custos que será obtida nos exercícios propostos de 2012 e 2013, através das medidas excepcionais de redução dos salários aprovadas pelo Governo, não voltará a ser exigida em exercícios seguintes;

- A inversão da trajectória de resultados operacionais negativos nos hospitais, que os constrangimentos orçamentais tornam imperioso que se inicie quanto antes, e cuja correcção se distribuirá ao longo do período do Programa de Eficiência.

Para o efeito foram delineadas três estratégias genéricas, suportadas em **8 Iniciativas Estratégicas**, que compõem o programa de ajustamento necessário para alcançar os objectivos de curto prazo impostos pelos compromissos assumidos por Portugal com a ajuda financeira internacional mas, ao mesmo tempo, cuidar da mudança estrutural que garanta a sustentabilidade futura do modelo de Serviço Nacional de Saúde existente, em que o sector hospitalar é responsável por mais de metade da despesa.

A alavanca fundamental desta mudança estrutural é a **Qualidade**. A qualidade dos resultados clínicos. A qualidade dos serviços prestados. A qualidade da gestão. Só um empenho total na melhoria da qualidade permitirá reduzir o desperdício e o mau desempenho.

O foco na qualidade deverá acompanhar as restantes alavancas que suportam o racional da intervenção proposta: a clarificação do modelo de governação dos hospitais, a transparência da informação, a alteração do modelo de financiamento da actividade, o estímulo à competição pelos melhores resultados clínicos, a racionalização da rede de oferta.

A qualidade é ainda o pilar central do desenvolvimento dos programas de eficiência desenhados especificamente para cada hospital de modo a permitir o ajustamento progressivo dos seus custos operacionais aos desempenhos exigidos. A qualidade é também o suporte do desenvolvimento de algumas iniciativas centrais, prioritárias, que contribuam de forma transversal para a eficiência global do sector.

Contudo, a primeira e mais premente prioridade é a melhoria definitiva da qualidade da informação existente no Ministério da Saúde. Não é possível governar ou decidir sem boa informação.

Já muito se fez nos últimos anos mas persistem problemas por resolver: cada instituição tem os seus formatos de registos; para o mesmo parâmetro existem, muitas vezes, valores muito diferentes consoante a fonte utilizada; a informação disponível tem grande atraso temporal; a fiabilidade do processo de recolha de dados é pouco sistematizada. Esta será, sem dúvida, uma enorme prioridade.

Do conjunto de recomendações que incorporam as iniciativas propostas, podem destacar-se as seguintes orientações:

- I. Centrar o sistema no cidadão, significando com isso garantir desde já a **liberdade de escolha e a livre circulação** de todos os doentes no universo dos hospitais públicos,

respeitando as suas escolhas e assim também incentivando a competição entre hospitais, como um mecanismo regulador da melhoria da qualidade e de estímulo às melhores práticas. Seria incompreensível que a proximidade da implementação da directiva europeia de liberdade de circulação de doentes nos Estados-Membros não se iniciasse por idêntica medida no plano interno.

- II. Disponibilizar **informação relevante** para os cidadãos fazerem as suas escolhas informadas, quer sobre os níveis de serviço de cada hospital (tempos de acesso) como quanto aos resultados clínicos verificados em cada instituição (*outcomes*).
- III. Informar o cidadão dos seus direitos mas sensibilizá-lo também para os custos das **prestações de saúde** que lhe são disponibilizadas, através da emissão, no acto, de uma **factura proforma** onde conste o custo do respectivo episódio (internamento, consulta, urgência ou sessão de hospital de dia), destacando a componente a seu cargo (taxa moderadora) e o montante que o Hospital facturará ao Estado pelo custo do respectivo episódio.
- IV. Implementar um modelo de **reporting uniforme** de resultados clínicos, informação de actividade e informação financeira, igual para todos os hospitais do SNS, independentemente da sua natureza jurídica (PPP, SPA ou EPE);
- V. Melhorar a eficácia do **processo de codificação** de episódios e conferência dos actos praticados pelos hospitais que suportam a respectiva facturação à entidade pagadora, assegurando que não ultrapassa no máximo 6 meses de diferimento.
- VI. Assegurar a automatização progressiva do **processo de facturação** dos hospitais à ACSS, através da criação de um Sistema de Pagamentos interno do SNS.
- VII. Melhorar a contabilidade analítica e os **sistemas de custeio** interno dos hospitais.
- VIII. Promover a interoperabilidade dos **sistemas de informação**, em articulação com a SPMS, para que os mesmos aportem fiabilidade e oportunidade no tratamento da informação.
- IX. Desenvolver o **Registo de Saúde Electrónico** como um poderoso meio de facilitação da integração de cuidados e de melhoria do acesso.
- X. Implementar um processo de **gestão de compras** eficiente recorrendo à utilização das ferramentas existentes e disponibilizadas pela SPMS.
- XI. Melhorar os processos de **suporte à actividade hospitalar**, em especial nos centros hospitalares que integraram novas unidades, e de que não resultaram ainda planos concretos de fusão dos serviços de apoio e racionalização nos respectivos custos;.

- XII. Reformular o modelo de financiamento da actividade hospitalar, visando adoptar uma **tabela única de preços** com aplicação universal a todos os hospitais, e incentivos associados ao melhor desempenho clínico, induzindo por essa via uma competição salutar entre instituições que estimule a melhoria de eficiência de cada unidade hospitalar. A tabela de preços não deve ajustar-se à realidade de cada entidade mas cada entidade é que deverá ajustar os seus custos face à tabela praticada.
- O primeiro passo desta medida estrutural passará pela adopção de um regime transitório de concentração do financiamento de quatro para dois *clusters* de hospitais, com um preço ainda diferenciado, mas que passará a ser único a partir de 2014.
- XIII. Valorizar a **componente da qualidade clínica** de forma progressiva, fixando-a desde já em 10% para o período de 2012-2014.
- XIV. Estabelecer **Contratos-Programa plurianuais de 3 anos**, o primeiro para uma vigência entre os anos de 2012-2014, associando a cada contrato um conjunto de indicadores de qualidade e de desempenho, igual para todos os hospitais com financiamento público sejam Centros Hospitalares, hospitais em Parceria Público-Privada, Unidades Locais de Saúde ou Hospitais EPE.
- XV. Melhorar o **modelo de governação** corporativa e de **governação clínica** do sector hospitalar que promova um maior nível de exigência na articulação entre os hospitais e os cuidados primários e continuados. Recomenda-se que as Administrações Regionais de Saúde possam ter um dos elementos do respectivo Conselho Directivo focado na gestão dos hospitais da respectiva região.
- XVI. Criação de uma **área dedicada aos hospitais**, na ACSS, responsável pelo acompanhamento e cumprimento das suas metas de gestão e reporte de resultados. Este novo sector deverá também centralizar a gestão dos contratos PPP, actualmente dispersos por vários ARS, garantindo assim a devida retenção do conhecimento que uma unidade dedicada permite.
- XVII. Transformação de todos os hospitais que integram a rede pública em **Hospitais EPE**, preferencialmente através da incorporação das pequenas unidades remanescentes no regime SPA nos centros hospitalares já existentes.
- XVIII. Criar uma **comissão executiva nos conselhos de administração dos hospitais EPE** incluindo o presidente e os vogais executivos, passando o director-clínico e o enfermeiro-director a exercer funções como vogais não executivos, revendo-se as suas competências de forma a promover a gestão clínica e libertá-los das tarefas burocráticas.
- XIX. Celebrar **contratos de gestão** com os conselhos de administração e avaliar o seu desempenho de acordo com um quadro de referência que inclui os indicadores

adoptados nos contratos programa e nos contratos para avaliação de gestores de empresas do Sector Empresarial do Estado, de forma a permitir a comparabilidade dos resultados de forma transversal.

XX. Aprovar o **Código de Ética dos Hospitais EPE** com os objectivos de divulgar os valores da missão prosseguida, reforçar as relações de confiança com os *stakeholders* e clarificar as regras de conduta que gestores, dirigentes, demais responsáveis e colaboradores devem observar nas suas relações recíprocas e com terceiros.

XXI. Racionalizar e modelar o **parque hospitalar** em função da conclusão do estudo de acesso e da concentração de recursos em desenvolvimento pela Entidade Reguladora de Saúde e do estudo do plano para a rede de urgências em curso por Comissão especializada nomeada pelo Governo. Não obstante e sem prejuízo das conclusões dos referidos trabalhos são propostas desde já as seguintes intervenções:

a. Reformulação da **rede da Área Metropolitana de Lisboa** como uma prioridade absoluta, dada a abertura ocorrida do novo Hospital de Cascais, a abertura a breve trecho de uma nova unidade hospitalar em Loures (Janeiro 2012) e de uma nova unidade em Vila Franca de Xira (2013);

Com 3 novos hospitais a servir a região não pode deixar de haver uma correcção da oferta existente. Em consequência é proposta a Integração plena e imediata da Maternidade Alfredo da Costa e do Hospital Curry Cabral no **Centro Hospitalar de Lisboa Central** (CHLC) que procederá à racionalização da sua oferta, dos seus recursos físicos, técnicos e humanos, em consequência da abertura, no futuro próximo, do novo Hospital de Loures;

De igual forma é necessário reavaliar o enquadramento do Hospital Pulido Valente, decorrente do mesmo impacto.

b. Avaliação imediata do lançamento do projecto do **Hospital Oriental de Lisboa** (vulgo Hospital Real de Todos os Santos) cujo financiamento está assegurado pelo consórcio que ganhou o concurso de construção e manutenção por 30 anos, uma vez que se confirma que o custo para o Estado com as rendas actualizadas do novo edifício, são económica e financeiramente mais vantajoso do que os custos das rendas e da manutenção do actual parque hospitalar a que acrescem ainda os ganhos de eficiência decorrentes da concentração e da melhoria de qualidade assistencial que o novo hospital comporta.

c. Constituição do **Pólo de Saúde da Beira Interior**, como uma experiência piloto de alargamento do conceito de Unidade Local de Saúde à plena articulação ou mesmo integração do Hospital da Cova da Beira e da ULS da Guarda (e/ou de Castelo Branco) e também do ACES da Cova da Beira, potenciando a missão dos respectivos

hospitais enquanto hospitais com Ensino Universitário, dada a criação em finais de 1998 do Curso de Medicina da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade da Beira Interior.

- d. Repensar o desenho actual da oferta no **sector materno infantil**. A situação existente em Coimbra com as Maternidades Daniel de Matos e Bissaya Barreto merecem ponderação e constituem um exemplo de intervenção. A situação existente na Beira Interior com 3 maternidades abertas e com um total de partos anual na ordem dos 2.000 é um outro exemplo, que também exige também uma profunda reflexão;
- e. Reavaliação no âmbito de cada Região de Saúde, em consenso com o "contratador", dos **centros de referência** necessários para responder às necessidades da população, respeitando a escala adequada ao treino de recursos qualificados mas também à protecção dos respectivos investimentos. Veja-se o caso dos centros de Cirurgia Cardio-Torácica Pediátrica cuja elevada diferenciação não justificará mais que 3 centros no País.

A necessária reorganização da rede hospitalar deverá pois ter em conta um conjunto de factores na identificação de oportunidades e das soluções a propor: Critérios de Qualidade Clínica; Proximidade geográfica; Nível de especialização; Capacidade instalada; Mobilidade dos recursos; Procura potencial; Acessibilidades; Redes de referência por especialidade; Equipamento pesado de MCDT disponível; *Benchmarking* internacional; Realidade sócio-demográfica de cada região;

- f. Intensificação da parceria com o sector social da saúde, em especial com a **União das Misericórdias** Portuguesas, para o desenvolvimento de modelos de cooperação como uma hipótese de potenciação de recursos e de partilha de risco permitindo desenvolver unidades de saúde com manifestos benefícios para o Estado e para as populações;
- g. Avaliação da criação de uma **estrutura única para gestão dos IPO's**, através da fusão dos 3 institutos existentes que poderão dar origem a uma única entidade empresarial. Os ganhos inerentes à fusão dos serviços de suporte, à partilha de sistemas de informação, à uniformização das melhores práticas médicas e à decisão partilhada sobre a introdução de medicamentos de inovação pode ter um impacto positivo nos custos operacionais que são especialmente sensíveis nas actividades ligadas à doença oncológica;
- h. Avaliar oportunidades que permitam potenciar competências específicas, como é o caso do **Hospital Termal Rainha D. Leonor, nas Caldas da Rainha**.

- XXII. Promover a identificação de **Centros de Excelência Clínica** nos diferentes hospitais e regiões, tendo em vista a sua promoção conjunta em novos mercados de destino,

designadamente como potenciais prestadores de cuidados a cidadãos dos Países que integram a CPLP ou a Países europeus com tempos de acesso pontualmente elevados para certas áreas clínicas.

- XXIII. Apoiar o desenvolvimento da investigação e dos **ensaios clínicos**, mobilizando as autoridades portuguesas, os centros de investigação e a indústria farmacêutica, incluindo o Health Cluster Portugal e potenciando a participação em protocolos internacionais no âmbito da investigação e intervenção no quadro dos Programas Europeus de Apoio e Financiamento da Investigação em Saúde.
- XXIV. Lançar um **Programa Interno de Eficiência** desenhado à medida das necessidades de ajustamento de cada hospital às exigências do seu *Contrato-Programa* plurianual (2012-2014). O Contrato-Programa estabelecerá, a partir do *benchmarking* efectuado, os objectivos em demora média esperada, taxa de ambulatorização de cirurgias, níveis de redução da infecção hospitalar, proposta de ajustamento dos níveis de consumos intermédios e dos custos relativos dos diferentes factores.
- XXV. Desenvolver um **Programa de Tecnologias de Informação e Comunicação**, como uma iniciativa transversal de serviços partilhados, que poderá ser alojada na SPMS, e que até final de 2012 possa garantir.
- XXVI. Desenvolver um Programa de gestão do **Medicamento Hospitalar**, utilizado no Internamento e no Ambulatório Hospitalar.
- XXVII. Desenvolver um **Programa específico para os dispositivos médicos**, com introdução de um sistema de avaliação prévia dos principais dispositivos pelo INFARMED, em articulação com a ACSS, de acordo com critérios clínicos e económicos, e a adopção de normas de orientação para a sua utilização.
- XXVIII. Melhorar a **articulação com a rede dos cuidados de saúde primários** através do lançamento de experiências piloto de partilha de imagens médicas, ao nível regional, entre grupos de hospitais e os centros de saúde que referenciam para aqueles, evitando a duplicação de exames e a demora no seguimento dos doentes em consulta, por dificuldade de acesso aos exames, bem como desenvolvendo processos de reconciliação da terapêutica entre ambos os níveis de cuidados, sobretudo para os doentes crónicos.
- XXIX. Introduzir progressivamente, na organização dos hospitais, a figura do **médico “assistente”**, (função habitualmente exercida nos hospitais pelos médicos internistas), que fará a gestão dos episódios de internamento de um grupo de doentes e assegurará a troca de informação com o Médico de Cuidados Primários do doente.

- XXX. Estimular a utilização da Linha Saúde 24 bem como dotar, progressivamente, os CS dos recursos humanos e técnicos necessários para disponibilizarem consultas aos cerca de 40% de doentes, em cuja triagem nas **urgências hospitalares** tem sido atribuída a classificação de verde ou azul, garantindo um tempo de resposta de consulta não superior a 12 horas.
- XXXI. Promover a **disponibilização de consultas** de algumas especialidades médicas em centros de saúde como forma de melhorar os tempos de resposta aos doentes.
- XXXII. Criar um ambiente de motivação dos profissionais através da introdução progressiva de **sistemas de remuneração associados ao desempenho** e ao cumprimento das metas e objectivos traçados para cada unidade hospitalar, em função dos níveis de produtividade e do cumprimento dos indicadores de qualidade negociados em sede de *Contrato-Programa*.
- XXXIII. Avaliação regular do **desempenho das equipas de gestão** em face das metas contratuais acordadas e estabelecimento de um prémio de mandato à equipa de gestão em resultado do seu êxito.
- XXXIV. Apoiar o recurso ao *outsourcing* da gestão de alguns serviços da **área do diagnóstico** (imagem, patologia clínica, anatomia patológica) sempre que seja possível alcançar custos unitários e custos totais inferiores aos custos implícitos no cumprimento do *Contrato-Programa*, conforme decorre de algumas experiências bem sucedidas desenvolvidas em alguns hospitais.
- XXXV. Expandir a **Cirurgia de Ambulatório**, tendo como meta atingir, em 2015, 70% do total das cirurgias. Esta medida deverá ser acompanhada de um conjunto de linhas de actuação que visem a progressiva ambulatorização dos cuidados de forma a reduzir o peso do internamento no conjunto dos cuidados hospitalares, gerando em simultâneo eficiência e qualidade.
- XXXVI. Apostar na criação de **novos modelos de cuidados e na difusão das melhores práticas**, simplificação do processo de referenciação para a RNCCI e expansão desta, fazendo coincidir a alta clínica com a alta hospitalar, através da criação de um modelo eficaz de planeamento de altas, com um procedimento de *follow-up*, como contributo para a redução dos reinternamentos.
- XXXVII. O cumprimento da missão dos Hospitais e a sua sustentabilidade não podem efectivar-se sem o contributo da **Qualidade** e da **Segurança dos cuidados**. Para tal, é imperativo reconhecer-se o contributo de gestão da Qualidade não só para os fins últimos da Saúde, como para a eficiência dos cuidados prestados. Nessa linha de pensamento, opta-se pela forma mais avançada de gestão da Qualidade, inserida estrategicamente, ao mesmo nível da gestão financeira.

- XXXVIII. Criar um programa específico para a **redução da Infecção Nosocomial**, dado o peso insustentável da situação actual. O objectivo será o de atingir o nível do melhor País europeu na matéria, a França.
- XXXIX. **Melhorar a referenciação hospitalar** e a intensificação da colaboração dos Hospitais com as Unidades da Rede Nacional de Cuidados Continuados integrados tendo em vista a redução da infecção e a melhoria da qualidade. Este esforço deverá ser dirigido aos Lares das respectivas zonas de influência, aproveitando a rede existente, de forma a reduzir os reinternamentos, as taxas de infecção e as úlceras de pressão.

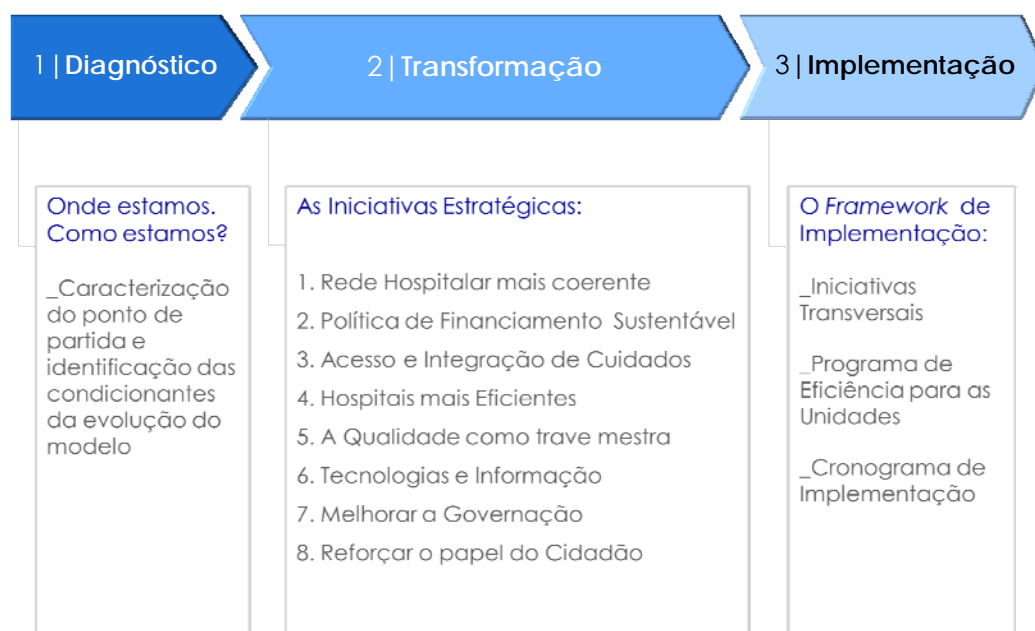
1. ABORDAGEM CONCEPTUAL PARA A REFORMA HOSPITALAR

A abordagem proposta pelo Grupo de Trabalho para a Reforma Hospitalar partiu de um **diagnóstico** sobre a situação actual, ilustrada por alguns dos indicadores de actividade e financeiros, que permitiram uma breve caracterização do ponto de partida.

Depois, definiu-se aquilo que se designou como “**Onde queremos chegar**” para traçar um conjunto de orientações que suportam o processo de **transformação** e que se designaram como Iniciativas Estratégicas.

As **Iniciativas Estratégicas** dão corpo a um conjunto de medidas que procuram sistematizar as intervenções propostas no plano operacional. Destas resultam um plano de **implementação** que comporta as iniciativas transversais ao SNS, cuja execução depende de orientação central e o **Programa de Eficiência**, a ajustar a cada hospital e cuja implementação é da responsabilidade de cada unidade, vertida em sede de contrato de gestão a assinar com cada equipa.

Figura 1 – Abordagem conceptual para a Reforma Hospitalar



2. INTRODUÇÃO

A rede hospitalar portuguesa é um dos mais significativos activos e um dos mais importantes investimentos realizados nas últimas décadas na construção de um Serviço Nacional de Saúde (SNS) de acesso universal para responder a uma procura de cuidados de saúde cada vez mais sofisticada e exigente por parte dos cidadãos.

A competição internacional e a regulação mais apertada da actividade dos hospitais impõem um permanente desafio à sua gestão, agora ampliado com a necessidade de responder também à complexa situação orçamental que o País atravessa.

Faz cerca de 10 anos que se iniciou o programa de empresarialização dos hospitais. A criação dos hospitais empresa é um meio, e não um fim, que tem como propósito a modernização dos hospitais, a agilização da sua capacidade de resposta à população e a gestão mais eficiente da aplicação dos recursos públicos.

O elevado investimento público anual na manutenção do SNS seria por si razão bastante para impor a todos quantos gerem ou trabalham nos hospitais uma responsabilidade acrescida pela eficiente utilização dos recursos que lhe estão confiados. Mas, a natureza da própria missão dos hospitais, exige que a actividade de cada unidade tenha um foco especial no seu objectivo primordial: servir o doente da forma mais qualificada, mais célere, mais eficaz e mais humana.

O tempo encarregou-se de mostrar que a empresarialização dos hospitais foi um bom instrumento de melhoria da qualidade da oferta existente, do aumento do acesso e da modernização do parque hospitalar. A qualidade que se alcançou em muitas áreas é digna de registo e de comparação positiva com muitos centros de renome internacional.

Também ficou provado que a flexibilidade do seu novo modelo de gestão tem possibilitado ganhos significativos de eficiência ao mesmo tempo que tem permitido responder melhor e mais rápido às necessidades dos seus utilizadores. Os hospitais empresa não fizeram selecção adversa, aumentaram a produção e alcançaram um custo médio por doente tratado muito inferior.

O interesse do modelo reúne hoje um vasto consenso na sociedade portuguesa, como é patente pela expansão progressiva da sua rede, efectuada pelos sucessivos governos ao longo dos últimos anos. O número de unidades que ainda se encontram inscritas no sector público administrativo é já residual.

O novo figurino jurídico que introduziu o modelo de gestão empresarial dos hospitais bem como o lançamento de algumas experiências de parceria Público Privada na construção e gestão

dos hospitais está confirmado junto da opinião pública e tem obtido uma adesão crescente à mudança ocorrida.

Contudo, a sustentabilidade financeira da manutenção da rede hospitalar (e de todo o SNS) é um tema muito crítico da agenda actual do sector da saúde em resultado da grave situação financeira dos hospitais, em boa parte como consequência do abandono e falta de acompanhamento político que a sua gestão conheceu, nos anos mais recentes.

Vários foram os sucessivos erros foram acumulados: uma desorçamentação perigosa, expressa pelo enorme passivo acumulado em dívidas a fornecedores que duplicou entre 2007 e 2010; capital estatutário de vários hospitais por realizar, num montante superior a 400 milhões; constituição de um engenhoso fundo de financiamento que retirou capital aos hospitais para o fazer regressar sob a forma de empréstimo.

Apesar das múltiplas adversidades os hospitais empresa têm evoluído para uma maior transparência de informação e uma significativa melhoria do nível de serviço, designadamente na redução dos tempos de espera para cirurgia, ganhos que no seu conjunto bem justificaram a sua criação em 2002.

A maior ameaça à sustentabilidade futura que a rede de hospitais enfrenta é o resultado do conjunto de decisões mal fundamentadas, das soluções adiadas e de uma grande fragilidade da sua liderança política e técnica.

A fusão de hospitais sem critério de racionalidade ou conteúdo programático, a criação de centros hospitalares sem qualquer economia de escala antecipada, o desenvolvimento de serviços partilhados que geraram mais encargos que poupanças são exemplos dos erros cometidos.

A manutenção de conselhos de administração sobredimensionados, as sistemáticas interferências normativas da Tutela na gestão corrente dos recursos, em detrimento do exercício do seu poder accionista, a persistência de grandes dificuldades de comunicação e de integração entre os vários níveis de cuidados, a insuficiente utilização de tecnologias de informação, a desresponsabilização dos gestores e a falta de acompanhamento regular do seu desempenho, são factores que conduziram os hospitais à situação actual.

Todos estes aspectos merecem uma reflexão profunda e uma solução adequada e urgente. A maior ameaça reside aí e não na eterna discussão sobre a natureza jurídica que possa assumir o prestador dos cuidados.

A qualidade médica dos hospitais portugueses tem sido, felizmente, muito superior à qualidade de gestão que se tem verificado no sistema.

A qualidade dos cuidados de saúde prestados à população deve ser avaliada tomando em consideração se as decisões clínicas estão apoiadas na melhor evidência científica disponível, mas também através da avaliação da sua adequação às necessidades e percepções individuais do doente. Demasiado frequentemente é ainda a preferência e a conveniência do prestador, muito mais que o utente, quem guia a escolha do local e a oportunidade do tipo de cuidados que são prestados.

E é neste desígnio de a prestação de cuidados ser dirigida primordialmente às necessidades da população que devemos encarar os cuidados de saúde hospitalares no todo mais amplo da prestação de cuidados em geral.

Temos de clarificar que não é aos hospitais que compete a prestação de cuidados de saúde gerais de proximidade e de que é necessário redefinir qual deve ser a verdadeira missão dos hospitais portugueses. Redefinir qual a sua articulação real e a sua interdependência com os cuidados de saúde primários e com os cuidados de saúde continuados.

A reforma dos hospitais é imperiosa e urgente. É urgente criar uma organização mais consonante com as expectativas dos cidadãos. Um hospital mais competitivo, mais inovador, mais humanizado, onde seja possível a liberdade de escolha, e a competitividade entre os diversos hospitais como factor de indução de um melhor desempenho. Os fluxos financeiros deverão, gradualmente, compensar e premiar a eficiência e a qualidade.

Uma reforma que tem que assentar no princípio da liberdade de opção, ditada por imperativos de solidariedade e de justiça, alicerçada na ideia de humanização dos serviços a prestar ao cidadão, curando da sua viabilidade e sustentabilidade financeira, sem perder de vista o sagrado postulado da igualdade de oportunidades. Uma reforma pensada em nome da coesão nacional, onde o interior e a periferia não sejam excluídas, por dificuldade no acesso às terapias mais avançadas e oportunas.

A qualidade e a segurança dos cuidados prestados serão a grande prioridade deste novo impulso de reforma dos hospitais. Os níveis perigosos de infecção hospitalar registados obrigam a uma actuação eficaz, urgente e determinada na sua diminuição.

Em 2002, no lançamento do processo de empresarialização dos hospitais, a prioridade era melhorar e garantir o acesso cirúrgico a centenas de milhares de pessoas em listas de espera.

Em 2012 a prioridade é redefinir o modelo de prestação de cuidados que permita melhorar a qualidade da prestação e dos níveis assistenciais, em simultâneo com a desaceleração da respectiva despesa pública.

A visão proposta para o futuro assenta num objectivo muito claro: colocar os hospitais ao serviço da população, melhorando a qualidade, aumentando a eficiência e introduzindo uma decisiva e total liberdade de escolha do prestador público, por parte do utente do SNS.

Para alcançar esta visão são propostas três estratégias genéricas:

- Governação estratégica e liderança institucional;
- Alinhamento da prática clínica com as necessidades do cidadão;
- Construção de um modelo de gestão assente na eficiência e na qualidade.

Não se trata de mais uma tentativa de reforma ou de uma mera resposta conjuntural. É indispensável que esta reforma assente numa dinâmica de mudança estrutural da rede hospitalar, acompanhada por uma exigente profissionalização das suas equipas de gestão.

Não há soluções únicas nem milagrosas. À inércia é preferido o risco da inovação. Às soluções pré-formatadas é contraposta a construção de uma rede apoiada na diversidade e na flexibilidade bem como no pragmatismo da acção que conduza a resultados.

A justiça e a solidariedade dos princípios em que assenta o SNS, sem curar da sustentabilidade do sistema podem facilmente conduzir à falência dos objectivos, por mais avançados e nobres que se apregoem. Ao invés, uma visão predominantemente economicista do modelo, sem mais, pode rapidamente conduzir à postergação de princípios de igualdade de oportunidades e de acesso aos cuidados de saúde que a todos cumpre, por razões éticas e sociais, morais e colectivas, defender e preservar.

Somos por isso, pelo equilíbrio pragmático e pelo pragmatismo do equilíbrio, certos e seguros de que o humanismo, o personalismo, a solidariedade e a igualdade são e serão, sempre, para além das modas efémeras e dos paliativos de ocasião, princípios sagrados e postulados indisfarçáveis, a prosseguir.

Portugal não pode nem está em condições de perder mais uma oportunidade.

Este é o desafio proposto ao Governo: colocar os cidadãos no centro do sistema e os profissionais no centro da mudança.

Lisboa, Novembro de 2011

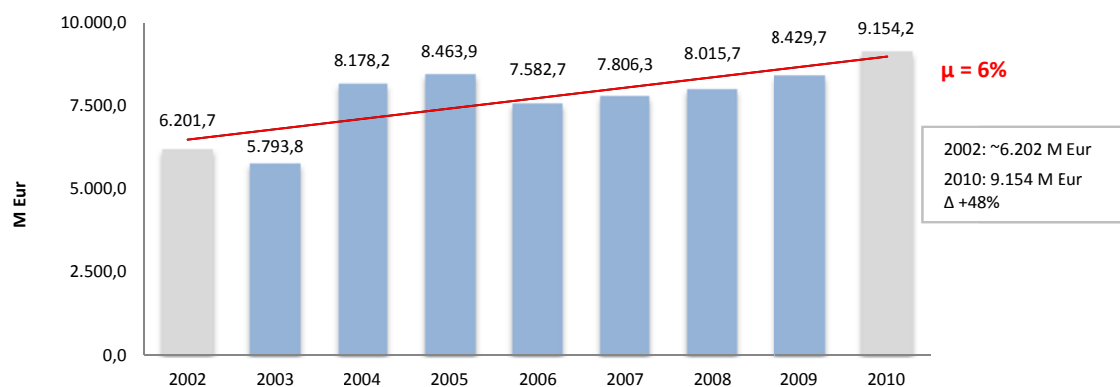
Grupo Técnico para a Reforma Hospitalar

3. ONDE ESTAMOS. COMO ESTAMOS?

3.1 O sector hospitalar português. Evolução recente

A despesa com saúde em Portugal tem vindo a crescer em média **6%**, desde 2002 a 2010, perfazendo um total de aplicação de fundos em cerca de **9.154,2 milhões Eur**, em que a despesa com unidades hospitalares representa cerca de **50%** em média (no período em análise).

Gráfico 1 – Evolução da Despesa Pública do SNS - 2002 a 2010



Fonte: ACSS

Quadro 1 – Evolução da aplicação de fundos do SNS - 2002 a 2011

Unidade: M Euros

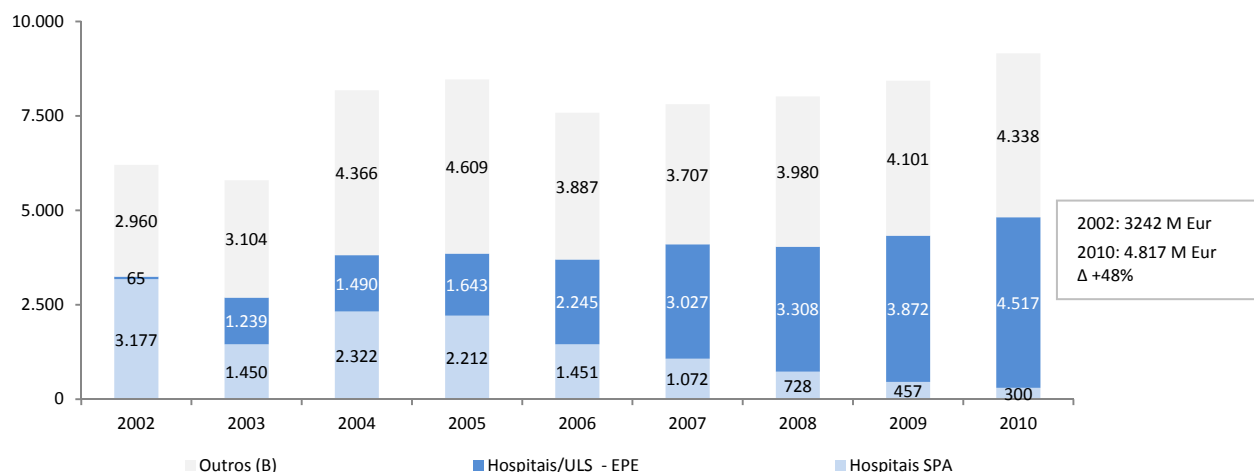
Aplicação de Fundos	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
ARS's	2.705,4	2.916,8	3.802,9	3.694,1	3.575,9	3.421,6	3.642,5	3.771,2	4.023,5
Hospitais SPA	3.177,3	1.450,4	2.322,2	2.212,1	1.450,9	1.072,2	728,4	457,4	299,8
Hospitais/ULS - EPE	64,9	1.239,4	1.489,8	1.643,0	2.244,7	3.027,4	3.307,6	3.871,7	4.516,7
Serviços Autónomos	105,5	46,4	90,8	125,2	114,9	126,5	114,1	144,9	159,9
Serviços Psiquiátricos	65,0	63,0	65,2	73,4	66,5	65,3	62,6	46,1	46,9
Outras Despesas (a)	83,6	77,8	107,3	115,6	129,8	93,3	160,5	138,4	107,4
Amortização	...	...	300,0	600,5	...	...	...	...	...
Adiantamento DGT	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Total	6.201,7	5.793,8	8.178,2	8.463,9	7.582,7	7.806,3	8.015,7	8.429,7	9.154,2
Variação anual (%)	...	-7%	41%	3%	-10%	3%	3%	5%	9%

Fonte: ACSS

Legenda: (a) inclui transferências para IPSS, Convenções Internacionais, Protocolos Subsistemas de Saúde, etc.

No período entre 2002 e 2010, assistimos também a uma estabilização do peso relativo dos Hospitais no total da despesa pública em saúde, constituindo no seu conjunto o peso relativo destes no total de despesas em saúde, em média, **50%**. Este peso relativo médio altera-se de 50% para 52%, se apenas no período compreendido entre 2007 a 2010.

Gráfico 2 – Evolução da Aplicação de Fundos do SNS em Hospitais (EPE e SPA e Outros) - 2002 a 2010



Fonte: ACSS

A produção hospitalar atinge contudo um valor global de **5.020 milhões Eur**, cerca de **54,8%** do total do orçamento do SNS do ano de 2010, quando incluímos neste valor o montante dos contratos programa com as unidades hospitalares do perímetro do SNS (hospitais EPE, SPA), as Unidades Locais de Saúde e os acordos regulares com prestadores institucionais na área da hospitalização, como é o caso dos Acordos existentes com o Hospital da Prelada, Cruz Vermelha Portuguesa e União das Misericórdias.

O valor global dos contratos plurianuais e dos contratos em PPP é de **219 milhões Eur**, em 2010, representando as transferências para os operadores privados ou sociais cerca de **2,2%** do total.

Quadro 2 – Evolução do Custo Total com Hospitais¹ - 2008-2010

Unidade: M Euros e %

Aplicação de Fundos	2008	2009	2010	% Rel 2010 (do SNS)
Hospitais SPA	728	457	300	3,3%
Hospitais/ULS - EPE	3.308	3.872	4.517	49,3%
Contratos Plurianuais	194	63	58	0,6%
PPP's	5	78	146	1,6%
Total	4.235	4.471	5.020,4	54,8%

Fonte: ACSS

¹ O Custo total resulta da inclusão do valor dos Contratos Plurianuais e PPP's

Na última década, depois de duas experiências piloto de constituição de hospitais de gestão empresarial (Hospital da Feira e do Barlavento Algarvio) e da criação da primeira experiência de criação de uma Unidade Local de Saúde (Matosinhos) seguiu-se uma primeira onda de empresarialização de metade da produção hospitalar, com 31 hospitais transformados em hospital empresa (2002), continuada ao longo dos anos seguintes com a progressiva integração da maioria dos hospitais do sector público administrativo no Sector Empresarial do Estado.

Mais recentemente, foram desenvolvidas diversas experiências de concentração de pequenos hospitais, integrando-os em Centros Hospitalares (21) e criando novas Unidades Locais de Saúde (7).

Uma boa parte dos hospitais do sector público apresenta um conjunto de graves problemas de gestão que se têm traduzido por:

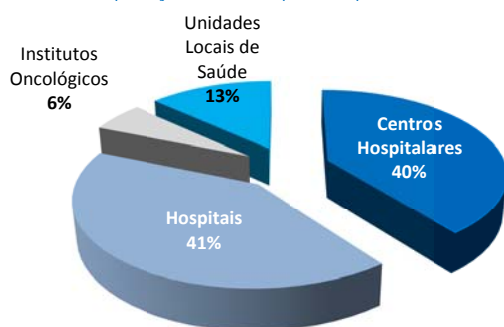
- Défices crónicos de exploração;
- Excessivo endividamento face ao seu volume de actividade, com tendência de agravamento;
- Tempos de espera para acesso em consultas e cirurgias acima de um padrão razoável para o cidadão, e;
- Insustentabilidade futura agravada em cada ano de actividade.

A capacidade de investimento tem ficado, em consequência, crescentemente condicionada e ameaçada pelas limitações financeiras que decorrem da exploração corrente deficitária de muitas das unidades hospitalares, reduzindo o espectro das opções de desenvolvimento estratégico de muitas instituições.

3.2 A dimensão do parque hospitalar

A dimensão do parque hospitalar público português pode caracterizar-se pela existência de **21** Centros Hospitalares (40%), **22** Hospitais (41%), **3** Institutos Oncológicos (6%) e **7** Unidades Locais de Saúde (13%).

Gráfico 3 – Composição do Parque Hospitalar – em 30.06.2011



Fonte: ACSS

Esta oferta hospitalar é ainda complementada com 2 Hospitais sob o regime de Parceria Público-Privada (Hospital de Cascais, Hospital de Braga) a que se acrescentarão 2 novos Hospitais já contratados: o novo Hospital de Loures (abertura em 2012) e o Hospital de Vila Franca de Xira (abertura em 2013).

Quadro 3 - Distribuição do Parque Hospitalar por Tipo e por ARS - em 30.06.2011

Unidade: Qtd e %

Regiões de Saúde	Tipo de Unidade Hospitalar						TOTAL	% Rel.
	Hospitais SPA	Hospitais EPE				Hospitais PPP		
		CH	H ^(a)	ULS	Subtotal			
ARS Norte		9	3	3	15	1	16	30%
ARS Centro	4	5	2	2	9		13	25%
ARS LVT	5	6	5		11	2	18	34%
ARS Alentejo			2	2	4		4	8%
ARS Algarve		1	1		2		2	4%
Total	9	21	13	7	41	3	53	100%

Fonte: ACSS, Contributos para a Reforma Hospitalar da Unidade Operacional de Investimentos, Outubro de 2011

Legenda: (a) Inclui IPO's

A produção hospitalar total conta ainda com dois acordos específicos – o Hospital da Cruz Vermelha (Lisboa) e o Hospital da Prelada (Porto), um Acordo com a União das Misericórdias Portuguesas que envolve 12 instituições da zona Norte do País e ainda o programa de cirurgias através do acesso ao regime convencionado estabelecido no âmbito do SIGIC.

Na sua totalidade os hospitais portugueses, na esfera do SNS, são responsáveis por um parque directo de **23.085 camas**, em que as regiões de maior concentração populacional (Norte e Lisboa e Vale do Tejo) representam cerca de 70%, no seu conjunto.

Quadro 4 - Distribuição das Camas Hospitalares por ARS – 2009

Unidade: Qtd e %

Regiões de Saúde	% Relativa da População	N.º de Camas (2009)	% Rel Camas	Distribuição de Camas / 100.000 Hab
ARS Norte	36%	7.499	32%	205
ARS Centro	18%	5.187	22%	294
ARS LVT	37%	8.601	37%	234
ARS Alentejo	5%	992	4%	194
ARS Algarve	4%	806	3%	179
Total	100%	23.085	100%	μ=229

Fonte: ACSS, Contributos para a Reforma Hospitalar, Unidade Operacional de Investimentos, Outubro.2011

Para além do parque de camas hospitalares encontram-se contratadas no programa especial de **Cuidados Continuados**, cerca de **5.595 camas**, distribuindo-se estas entre Unidades de Convalescença, Unidades de Cuidados Paliativos, Unidades de Longa, Média ou de Reduzida Duração por todo País.

Existe um total **532 Salas de Bloco Operatório** no panorama nacional público, com prevalência nas regiões de maior concentração populacional (Norte e Lisboa e Vale do Tejo) representando estas regiões cerca de 70%.

Quadro 5 - Distribuição das Salas de Bloco Operatório (BO) por ARS – 2009

Unidade: Qtd e %

Regiões de Saúde	% Relativa da População	Salas BO (sem Urgência)	Salas BO (Urgência)	TOTAL BO (2009)	% Rel	Distribuição de BO's / 100.000 Hab
ARS Norte	36%	141	24	165	31%	5
ARS Centro	18%	109	13	122	23%	7
ARS LVT	37%	184	24	208	39%	6
ARS Alentejo	5%	18	4	22	4%	4
ARS Algarve	4%	12	3	15	3%	3
Total	100%	464	68	532	100%	μ=5

Fonte: ACSS

Relativamente à demora média e lotação praticada, verifica-se um aumento de **2,92 %** na demora média de ocupação das camas disponíveis de 2007 a 2010 e um decréscimo da lotação em **6,51%** também nesse período.

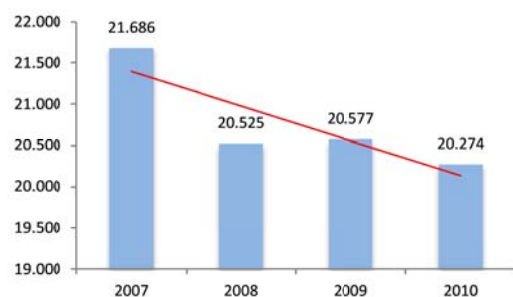
Quadro 6 – Evolução da Lotação Praticada e Demora Média – 2007-2010

Unidade: em N.º e Dias

Indicador	2007	2008	2009	2010
Lotação Praticada (N.º)	21.686	20.525	20.577	20.274
Demora Média (Dias)	7,47	7,47	7,57	7,69

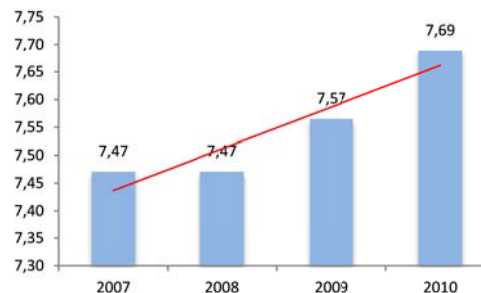
Fonte: ACSS

Gráfico 4 – Lotação Praticada – 2007-2010 (N.º)



Fonte: ACSS

Gráfico 5 – Evolução da Demora Média – 2007-2010 (Dias)



Fonte: ACSS

Ainda de salientar que, os nove hospitais com melhor média registam uma demora média total de 6,5 dias em 2010, algo distante da média nacional de 7,69 dias.

Quadro 7 – Top 9 dos Hospitais com melhor Demora Média - 2009 a 2010

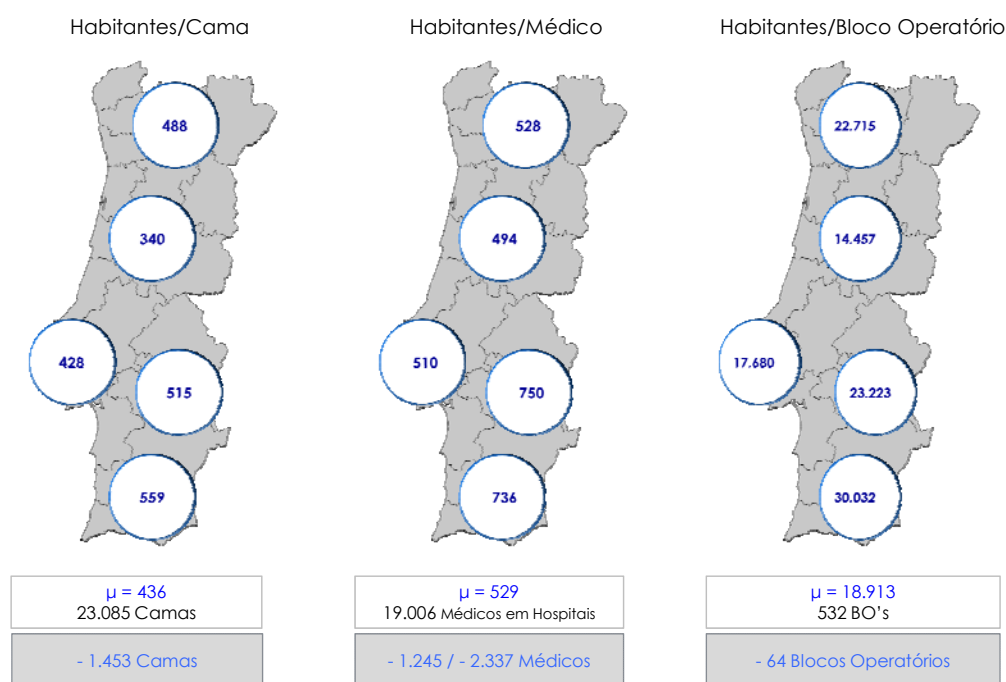
Unidade: em Dias

Unidade Hospitalar	Demora Média	
	2009	2010
Centro Hospitalar de Entre o Douro e Vouga, EPE	4,8	5,0
Centro Hospitalar Povoia de Varzim/Vila do Conde, EPE	5,6	5,7
Centro Hospitalar do Médio Ave, EPE	6,1	6,3
Hospital de Santo André, EPE - Leiria	6,3	7,0
Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, EPE	6,4	7,1
Hospital Infante D. Pedro, EPE - Aveiro	6,7	6,8
Centro Hospitalar do Oeste Norte	6,6	7,0
Hospital Fernando da Fonseca, EPE	6,8	7,0
Centro Hospitalar do Porto, EPE	7,0	7,0
Média total	6,3	6,5

Fonte: ACSS

Apresenta-se, sumariamente, um panorama nacional da relação de habitantes em função da disponibilidade de camas, do conjunto de médicos e de blocos operatórios, evidenciando algumas das assimetrias regionais existentes no sector.

Figura 2 – Relação de Habitantes por Cama, por Médico e por Bloco Operatório



Fonte: Construção própria com base em dados da ACSS

_3.3 Os recursos humanos

De um total de **125.527 profissionais** que desenvolvem a sua actividade no SNS, os hospitais e as Unidades Locais de Saúde totalizam **98.156 profissionais** (78,2% do total) não incluindo este número os recursos contratados através de empresas, especialmente médicos.

Em termos hospitalares, existem 19.006 médicos, em 2010, em que 74% do total estão concentrados nas regiões Norte e Lisboa e Vale do Tejo.

Quadro 8 – Distribuição de Médicos Hospitalares por ARS – 2010

Unidade: Qtd

Regiões de Saúde	% Relativa da População	Médicos (Qtd)	% Rel	Distribuição de Médicos / 100.000 Hab
ARS Norte	36%	6.926	36%	189
ARS Centro	18%	3.572	19%	203
ARS LVT	37%	7.215	38%	196
ARS Alentejo	5%	681	4%	133
ARS Algarve	4%	612	3%	136
Total	100%	19.006	100%	μ=189

Fonte: ACSS

Analisando o número de médicos hospitalares disponíveis verifica-se uma grande assimetria da respectiva distribuição regional face à população servida, mostrando carência de médicos na região Sul (Alentejo e Algarve) contra uma maior concentração nas regiões Centro e em Lisboa e Vale do Tejo.

Existem várias situações mal quantificadas que correspondem a médicos contratados através de empresas médicas e também um conjunto de médicos aposentados novamente contratados para o exercício de funções em hospitais.

A situação menos conhecida corresponde a um número de médicos aos quais foram autorizadas licenças sem vencimento e que foram novamente contratados, em muitos casos pela própria unidade hospitalar de origem, para o desempenho de funções ao abrigo de novos contratos em regime individual de trabalho. Trata-se de uma situação que merece um pleno esclarecimento e quantificação.

_3.4 A actividade desenvolvida

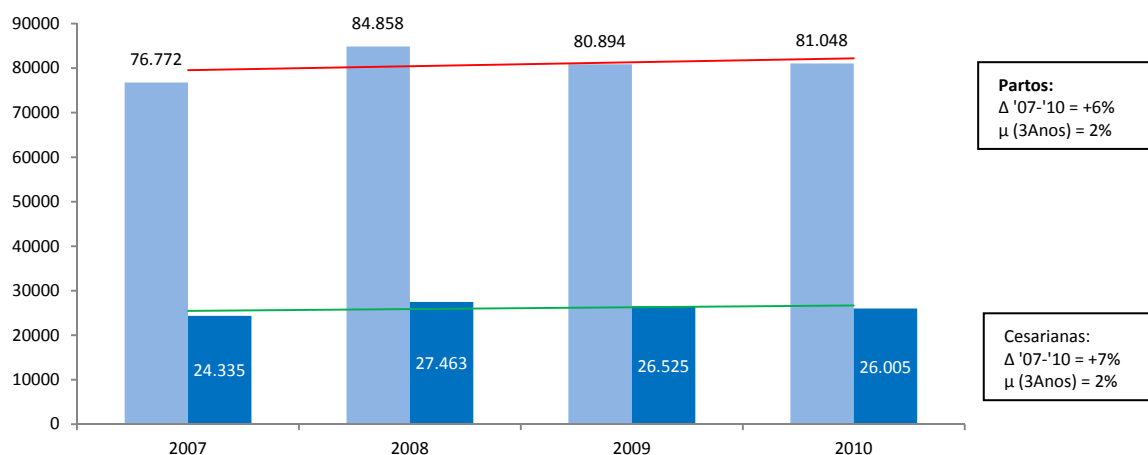
A actividade desenvolvida em 2010 pelos hospitais na assistência a uma população de cerca de **10.144.940 pessoas** (e das quais se estima que 7.039.970 tenham tido acesso a cuidados primários de saúde), resultou em **10.409.900 consultas** médicas (1,03 consultas *per capita*), das quais **2.978.086** foram primeiras consultas (28,6%) e **7.431.814** consultas subsequentes.

Os hospitais, no seu conjunto, internaram ao longo do ano um total de **814.143 doentes**, a que corresponderam **6,3 milhões de dias de internamento**, com uma demora média de aproximada de **7,83 dias**, por doente. A taxa de ocupação dos hospitais rondou os **82,9%** da capacidade instalada.

No mesmo ano foram efectuadas **405.747 cirurgias programadas**, das quais **209.074** em regime ambulatorio, a que corresponde uma taxa de **51,5%** do total. As cirurgias urgentes ascenderam a **114.715**, perfazendo assim um total de 520.462 cirurgias realizadas nos hospitais portugueses em 2010, menos **5,2 %** quando comparado com as **548.748** cirurgias realizadas em 2009.

Foram efectuados **78.067 partos** nos hospitais públicos portugueses, ou seja cerca de 77% dos partos ocorridos no País. Dos partos em hospital, **24.967**, ou seja **32%** do total, foram partos por cesariana.

Gráfico 6 – Evolução da Produção de Partos e Cesarianas - 2007 a 2010 (em Qtd)

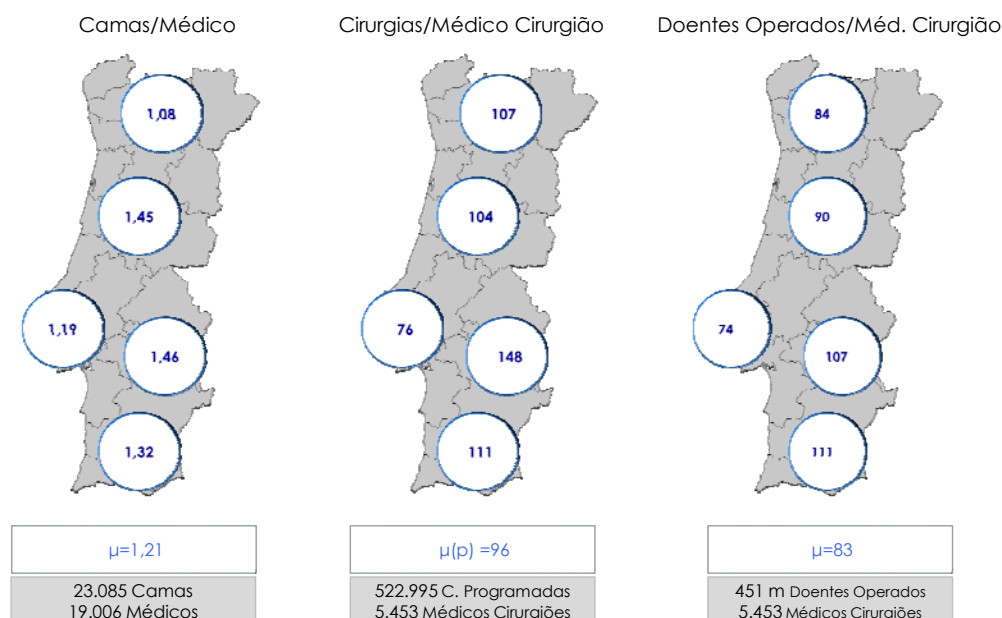


Fonte: ACSS

O número de atendimentos de urgência atingiu os **6,084 milhões**, em ligeira queda face ao ano anterior, apesar de se ter verificado também uma significativa quebra nos atendimentos dos SAP (serviços de atendimento permanente dos centros de saúde), superior a **23%**.

Apresenta-se, seguidamente, uma visão geral da produtividade cirúrgica a nível nacional e no conjunto das Regiões de Saúde.

Figura 3 – Relação de Camas/Médico e Produção Cirúrgica



Fonte: Construção própria com base em dados da ACSS

_3.5 Os indicadores económicos e financeiros dos Hospitais EPE

Dada a não comparabilidade directa dos sistemas de contabilidade dos hospitais SPA e EPE e, atendendo a que estes últimos representam cerca de 90% do valor total da produção verificada em 2010, optou-se por fazer incidir a análise dos indicadores financeiros apenas para este universo de entidades.

O ano de 2010 face a 2009 apresenta, em geral, uma degradação expressiva da maioria dos indicadores reportados pela ACSS, designadamente quanto à Autonomia financeira que caiu de **0,28** para **0,22**, a Solvabilidade Total que recua de **0,39** para **0,28** e a Liquidez Geral que passa de **0,99** para **0,90**.

O indicador de Endividamento persiste na sua tendência de crescimento para níveis já muito preocupantes passando de **0,72** contra **0,78**.

Estes indicadores são a tradução da degradação da situação financeira dos hospitais, particularmente observável no aumento do Prazo Médio de Pagamentos que passou de **126** para **212 dias**.

_3.6 O desempenho económico e financeiro

O desempenho dos Hospitais EPE evidencia um resultado operacional negativo de **395,4** milhões de euros, para proveitos totais de **5.185** milhões. Os proveitos, na sua quase totalidade, têm origem nos **4.781** milhões correspondentes ao montante dos contratos programa celebrados com o Estado.

O Resultado Líquido apurado foi de **-322,1 milhões**, que somarão aos Resultados Transitados de anos anteriores, que acumulavam já prejuízos no montante de **-1.449,2** milhões. Em consequência os Fundos Próprios sofreram nova erosão de **9,9%**.

Quadro 9 – Evolução da Resultado Líquido (RL) e do Capital Próprio (CP) (universo comparável - 2010) - 2007 a 2010

Unidade: M Euros

Regiões de Saúde	2007		2008		2009		2010	
	RL	CP	RL	CP	RL	CP	RL	CP
ARSN	-13,6	636,0	-37,7	692,0	-91,9	697,6	-11,5	703,4
ARSC	-2,0	291,0	-9,8	262,7	-21,1	298,9	-32,2	301,8
ARSLVT	-85,4	551,3	-142,9	485,9	-150,4	469,8	-213,4	289,7
ARSALENT	-18,2	78,1	-50,7	42,2	-19,2	45,0	-25,7	30,2
ARSALG	-14,8	-15,8	-44,0	-54,5	-27,7	-58,7	-28,7	-42,1
Total	-134	1.541	-285	1.428	-310	1.453	-311	1.283
Variação anual (%)	n.a.	n.a.	-113%	-7%	-9%	2%	0%	-12%

Fonte: ACSS |

Legenda: RL – Resultado Líquido do Exercício; CP – Capital Próprio

O Passivo consolidado do sector empresarial da saúde atingiu o montante de **4.566** milhões de euros, o que representa um agravamento de **26,7%** face ao ano anterior.

Quadro 10 – Evolução do Passivo Total (universo comparável - 2010) - 2007 a 2010

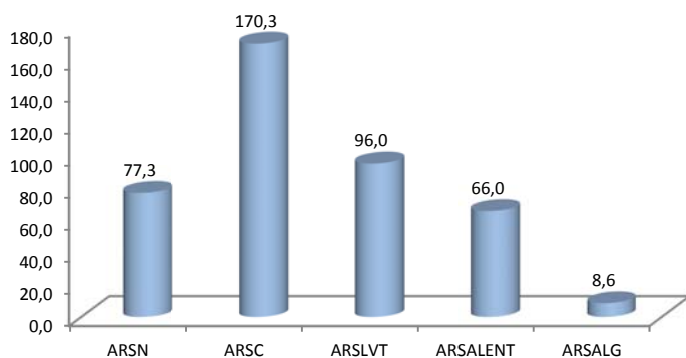
Unidade: M Euros e %

Regiões de Saúde	2007		2008		2009		2010	
	M Euros	%	M Euros	%	M Euros	%	M Euros	%
ARSN	704,3	30,0%	769,6	26,6%	1.193,1	31,1%	1.203,4	25,0%
ARSC	352,0	15,0%	537,1	18,6%	714,9	18,6%	1.103,1	22,9%
ARSLVT	1.108,3	47,1%	1.253,9	43,3%	1.503,0	39,1%	1.822,1	37,8%
ARSALENT	99,5	4,2%	168,7	5,8%	158,1	4,1%	212,2	4,4%
ARSALG	87,4	3,7%	164,8	5,7%	272,9	7,1%	476,9	9,9%
Total	2.351	100%	2.894	100%	3.842	100%	4.818	100%
Variação anual (%)	n.a.	n.a.	-23%	n.a.	-33%	n.a.	25%	n.a.

Fonte: ACSS

A razão de agravamento do passivo dos hospitais prende-se com a degradação dos seus capitais próprios, mas também com o facto de faltar ainda realizar cerca de 418 milhões de euros num total de 823 milhões subscritos de capital estatutário na constituição dos novos centros hospitalares e hospitais EPE desde o ano de 2007.

Gráfico 7 – Realizações de Capital Estatutário em Falta por ARS – 2007-2010 (acumulado) (M Eur)



Fonte: ACSS

Quadro 11 – Realizações de Capital Estatutário em Falta por Unidade Hospitalar – 2007-2010 (acumulado)

Unidade: M Euros e %

ARS	Unidades Hospitalares - EPE	Total de realizações em falta em 2011	% de realização até 31Dez2011
EPE Criadas em 2007			
ARSN	CH de Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE	10,2	79,2%
ARSN	CH de Vila Nova de Gaia/Espinho, EPE	30,4	62,0%
ARSN	CH do Porto, EPE	13,2	82,7%
ARSN	CH do Tâmega e Sousa, EPE	11,1	72,5%
ARSC	CH de Coimbra, EPE	17,0	62,3%
ARSALENT	Hospital do Espírito Santo de Évora, EPE	33,2	42,1%
ARSALENT	ULS do Norte Alentejano, EPE	0,0	100,0%
EPE Criadas em 2008			
ARSN	CH Povoia do Varzim/Vila do Conde, EPE	1,0	93,1%
ARSN	ULS do Alto Minho, EPE	11,5	62,3%
ARSC	Hospitais da Universidade de Coimbra, EPE	86,3	20,5%
ARSC	ULS da Guarda, EPE	34,1	28,9%
ARSLVT	Hospital Prof. Dr. Fernando Fonseca, EPE	59,0	23,6%
ARSALENT	ULS do Baixo Alentejo, EPE	23,3	45,5%
ARSALG	Hospital de Faro, EPE	8,6	72,2%
EPE Criadas em 2009			
ARSLVT	CH Barreiro Montijo, EPE	21,0	34,4%
EPE Criadas em 2010			
ARSC	ULS de Castelo Branco, EPE	32,9	10,8%
ARSLVT	Hospital Curry Cabral, EPE	16,0	11,1%
ARSALENT	Hospital do Litoral Alentejano, EPE	9,5	32,1%
Total por realizar em Outubro de 2011		418,2	.....

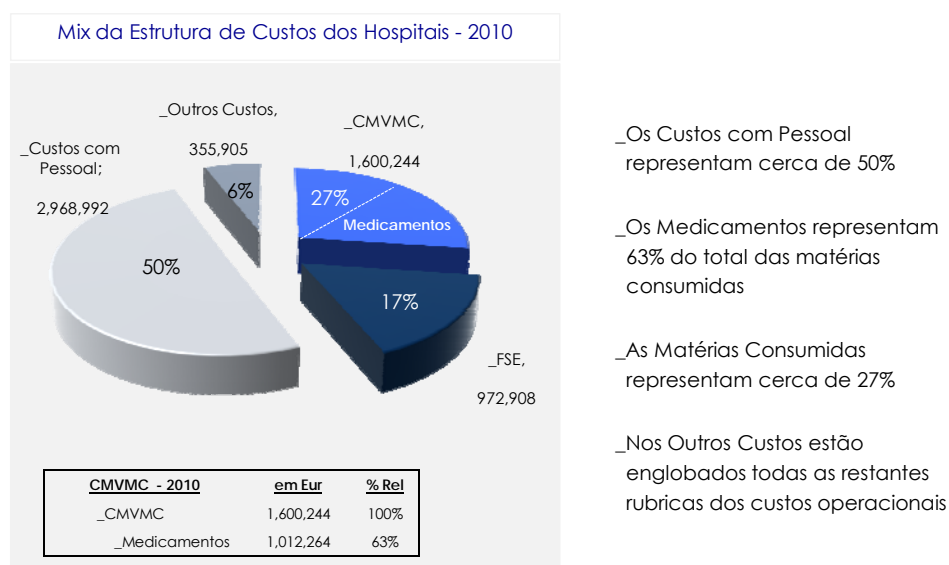
Fonte: ACSS

O agravamento das Dívidas a Terceiros a Curto Prazo atinge o montante de **3.839** milhões de euros, em 31 de Dezembro de 2010, valor que equivale a cerca de 80,3% do montante dos contratos programa negociados com estes hospitais.

As Dívidas a Terceiros a Curto Prazo agravaram-se dos **2.862** milhões verificados em 2009 para **3.839** milhões, a que corresponde uma taxa de **34,1%** num único exercício.

Apresenta, em seguida, o “*Mix*” da estrutura de custos dos hospitais referente ao exercício económico de 2010, salientando o peso de Custos com Pessoal na ordem dos 50% do total registado, ou seja, um valor de aproximadamente **2.900** milhões, seguido dos custos relacionados com Consumos (CMVMC) na ordem dos 27% do total, i.e., **1.600** milhões.

Figura 4 – Mix da Estrutura de Custos dos Hospitais - 2010



Fonte: Construção própria com base em dados da ACSS

_3.7 O processo de facturação dos Hospitais à ACSS

Os hospitais são financiados por adiantamentos mensais que resultam dos montantes contratados em sede de Contrato-Programa celebrado com a ACSS. Em Junho de 2011 boa parte do processo de conferência de facturas de 2009 e 2010 não estava ainda realizado.

No processo de conferência da facturação é validada a codificação dos episódios de GDH facturados pelo Hospital. Segundo amostragem recente da ACSS, em mais de 50% dos casos a codificação não está correcta o que obriga à devolução de facturação e sua correcção. O processo é muito ineficiente, lento e de reduzida fiabilidade.

Estudos desenvolvidos pela Escola Nacional de Saúde Pública evidenciam que em muitos casos, de forma cumulativa, a sobrefacturação de episódios pode atingir montantes significativos na ordem das centenas de milhões de euros.

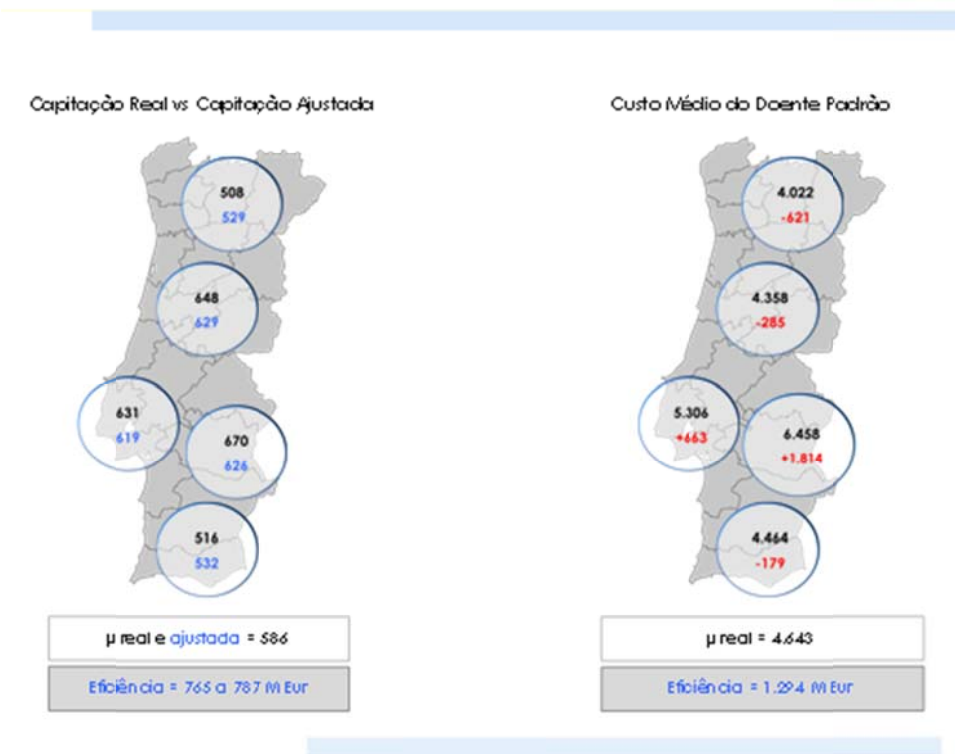
_3.8 As condições de exploração

O custo unitário do doente padrão, conceito que agrega as diferentes actividades do hospital, ponderadas pelo seu peso relativo e pela sua complexidade (metodologia ACSS) tem uma enorme variabilidade entre hospitais e regiões.

Do mesmo modo se verifica uma grande dispersão de valores em termos de demora média, mesmo depois de ajustada pelo índice de “*case-mix*” de cada unidade hospitalar, o que confirma práticas médicas muito diversas, a insuficiente capacidade da rede de cuidados continuados e obviamente uma enorme oportunidade de melhoria.

A produção hospitalar, medida em doentes internados, cirurgias, consultas e episódios de urgência pode ser ilustrada com o seguinte quadro:

Figura 5 – Relação da Capitação Real e Ajustada e Custo Médio Padrão por ARS - 2010



Fonte: Construção própria com base em dados da ACSS

A tabela seguinte demonstra o ajustamento da capitação hospitalar de cada região em função do melhor desempenho registado e o seu potencial de eficiência, estimado entre **765** e **787** milhões de euros.

Figura 6 – Ajustamento da Capitação Hospitalar por ARS

O Ajustamento da Capitação Hospitalar de cada Região em função do melhor desempenho (região Norte) permitiria uma eficiência potencial entre **765** e **787** M Eur

Administrações Regionais de Saúde	População Atracção Directa (Census 2011) (em N.º)	% Rel.	Custos (2010) (em Eur)	Índice Composto Normativo 2012 (ACSS)	Custos/Habitante (capitação real) (em Eur)	Ajustamento Custos/Hab vs Índice Composto Normativo (em Eur)	Diferenças de Ajustamento (em Eur)	
							Melhor Capitação Real	Melhor Capitação Ponderada pelo I. Composto Normativo
ARS Norte	3,658,793	36%	1,858,762,714	0.96	508	529	0	0
ARS Centro	1,763,782	18%	1,142,534,111	1.03	648	629	246,486,639	239,307,417
ARS LVT	3,677,502	37%	2,321,693,100	1.02	631	619	453,425,723	444,535,023
ARS Alentejo	510,906	5%	342,391,050	1.07	670	626	82,837,415	77,418,145
ARS Algarve	450,484	4%	232,668,430	0.97	516	532	3,810,754	3,928,612
Total	10,061,467	100%	5,898,049,404	n.a.	586	586	786,560,531	765,189,196

_3.9 A referenciação entre Cuidados Primários, Hospitais e Cuidados Continuados

As redes de referenciação existentes não são fáceis de usar e não têm representado um compromisso de gestão respeitado por todas as entidades envolvidas. Acresce que continuam por cobrir muitas das especialidades hospitalares e a globalidade das geografias e situações requeridas com indicação para referenciação.

Há no terreno três instrumentos de actuação central que têm por missão facilitar a referenciação, embora com objectivos diferentes:

- **Consulta a Tempo e Horas**, para referenciar doentes dos cuidados primários para as consultas nos hospitais;
- **SIGIC** que permite referenciar doentes em espera cirúrgica de um certo hospital para outro hospital da rede do SNS ou convencionado, e;
- **Plataforma da RNCC** que permite através das equipas de gestão de altas dos hospitais referenciar os doentes para a rede de cuidados continuados.

O sistema da CTH que tem por missão agilizar o processo de referenciação de acesso às primeiras consultas de especialidade entre os cuidados primários e as entidades hospitalares da rede do SNS cobre ainda uma limitada parte dos pedidos. Em 2010, em cerca de **2.978.086** de primeiras consultas realizadas nos hospitais, apenas **966.955** foram referenciadas através do sistema de CTH, ou seja **32,4%** das consultas efectuadas.

Dos pedidos registados através do sistema de CTH apenas **65%** foram efectivamente atendidos, ou seja **21%** do total de consultas de especialidade realizadas nos hospitais, o que coloca sérias interrogações sobre o interesse dos resultados obtidos com esta operação.

Alguns médicos dos Centros de Saúde queixam-se que vários hospitais, embora dispondo da tecnologia instalada para suportar este sistema de CTH não respondem aos “emails” de alerta do sistema, nem dão suficiente *feed-back* aos médicos de cuidados primários que requereram a sua intervenção, colocando o doente em terra de ninguém.

A classificação de Prioridade das Consultas tem 3 níveis: **Muito Prioritário**, até **30 dias**; **Prioritário**, até **60 dias** e **Normal**, até **150 dias**.

Os resultados obtidos em 2010 mostram que apenas **51%** do total das consultas **Muito Prioritárias** foram realizadas dentro do prazo definido como máximo (30 dias); **60%** das consultas **Prioritárias**

(60 dias) e **71%** das consultas classificadas como **Normal** foram realizadas dentro dos prazos limite.

“Através do CTH é efectuada a referenciação electrónica de pedidos de primeira consulta de especialidade no SNS, obedecendo a um conjunto de regras claras e homogéneas em todos os pontos de utilização”. É um sistema com enorme potencial mas é mais um caso em que embora já dispondo da tecnologia a mesma não chega a todo o lado e ainda não se conseguiu gerir eficazmente os processos que lhe deram origem.

Por outro lado, na área da espera cirúrgica dispomos de um sistema central – o **SIGIC** – que regista todos os doentes referenciados para cirurgia, em cada hospital, acompanhando os respectivos prazos de realização e tomando decisões atempadas quanto ao encaminhamento alternativo dos doentes em caso de esgotamento dos prazos contratualizados.

A mediana do tempo de espera por cirurgia tem vindo a diminuir de forma sustentada ao longo dos anos. A resolução de situações pontuais, como foi o exemplo da oftalmologia, pode representar uma boa base de experiência para novas áreas de resposta.

3.10 O sistema de preços existente

A Tabela de Preços dos GDH utilizada para a compra de cuidados aos hospitais tem um valor de referência diferente, consoante um dos 4 “clusters” em que se encontram classificados os hospitais.

O GDH padrão, bem como a restante produção (episódios de urgência, consultas e actos de hospital de dia) são pagos, em sede de Contrato-Programa, de acordo com o seguinte quadro:

Quadro 12 – Preços dos GDH por tipo de produção

Tipo de Produção	Grupos de financiamento	Preços 2010 (em €)	Preços 2011 (em €)	Variação (de Preço)	Qtd. Contratada 2010	% Rel.
A. Internamento e ambulatório de GDH Médicos e Cirúrgicos (preço base)	1	2.396,25	2.300,40	-4%	378.763	23%
	2	2.396,25	2.300,40	-4%	781.094	48%
	3	1.841,56	1.767,90	-4%	14.220	1%
	4	1.936,91	1.859,43	-4%	466.858	28%
	Total				1.640.935	
B. Primeiras Consultas	1	137,08	131,60	-4%	230.739	8%
	2	121,55	116,69	-4%	1.457.265	54%
	3	50,90	48,86	-4%	49.294	2%
	4	77,00	73,92	-4%	977.772	36%
	Total				2.715.070	
C. Consultas Subsequentes	1	124,62	119,64	-4%	692.223	10%
	2	110,50	106,08	-4%	3.916.763	59%
	3	46,27	44,42	-4%	87.329	1%
	4	70,00	67,20	-4%	1.983.456	30%
	Total				6.679.771	
D. Urgência (atendimento)	1	95,07	91,27	-4%	111.002	2%
	2	137,92	132,40	-4%	2.239.104	47%
	3	39,35	37,78	-4%	126.090	3%
	4	69,11	66,35	-4%	2.316.044	48%
	Total				4.792.240	

Fonte: ACSS

Na busca de maiores ganhos, a criação de uma situação de maior competição pode estimular o ajustamento dos recursos dos operadores, como é recomendado pela "Troika", corrigindo o efeito que a diferenciação de preços pode estar a provocar no enviesamento dos resultados que a "clusterização" inicial pretendeu obter, dada a perpetuação da experiência de desempenho de anos passados que acabam por ser sempre repercutidos na tabela de preços futura.

No período inicial da empresarialização dos hospitais, a diferenciação dos preços por *cluster* fez sentido dada a necessidade de dar algum tempo aos hospitais para a redefinição da sua missão, acerto dos seus planos de actividade em face dos objectivos de toda a rede e, em consequência, a correcção das suas estruturas.

O financiamento atribuído teve ainda em consideração, em vários casos, a dificuldade do ponto de partida e, em consequência, foi criada uma dotação especial de "convergência" para permitir que o ajustamento das estruturas requerido aos hospitais fosse feito de forma progressiva sem afectar o nível nem a qualidade dos serviços prestados.

Foi também identificado ao longo deste estudo que a fusão de hospitais e a criação de novos centros hospitalares não teve como se suporia uma reavaliação dos respectivos contratos programa, acabando o financiador, em vários casos, a comprar mais cara a produção média das unidades, já que se estendeu a toda a produção dos hospitais agrupados o valor padrão mais elevado praticando no hospital inserido num cluster melhor remunerado.

_3.11 Tecnologias de Saúde: Medicamentos e Dispositivos Médicos

O medicamento desempenha um papel central em qualquer sistema de saúde, quer a nível ambulatorio, quer a nível hospitalar, tanto em termos de eficiência como para a qualidade dos cuidados de saúde. E, crescentemente, o mesmo se passa com os dispositivos médicos, desde os equipamentos médicos de diagnóstico e terapêutica aos dispositivos para diagnóstico *in vitro*.

No âmbito do Memorando de Entendimento celebrado pelo Estado Português com a Comissão Europeia, o Banco Central Europeu e o Fundo Monetário Internacional, estão estabelecidos um conjunto de objectivos nas áreas relativas ao medicamento e aos dispositivos médicos a nível hospitalar, com vista a promover a eficiência e efectividade do sistema, gerando poupanças nos custos operacionais a nível hospitalar, nomeadamente:

1. Criação de um sistema centralizado de compras para os produtos de uso médico e farmacêutico no SNS, de forma a reduzir custos através de acordos preço-volume e a combater o desperdício;
2. Adopção de normas de orientação terapêutica e introduzir um sistema de auditoria à sua aplicação, bem como promover a monitorização da utilização dos medicamentos.

A par dos ganhos em saúde que proporcionam e do investimento que representam na saúde e bem-estar das populações, estas tecnologias de saúde constituem um importante custo a nível da despesa hospitalar.

E é a nível hospitalar que actualmente se regista um maior incremento da inovação farmacêutica, sendo que cerca de 2/3 dos novos fármacos autorizados em cada ano são de utilização hospitalar ou requerem condições que obrigam à sua dispensa pelos hospitais.

A evolução do mercado do medicamento evidencia que o mercado total tem vindo a sofrer alterações, denotando-se em valor um peso cada vez maior dos medicamentos em meio hospitalar – 20,4 % em 2005 e 23,6% bem 2010 (cf. Quadro 13). O crescimento da despesa

hospitalar com medicamentos regista valores mais elevados que o crescimento a nível ambulatorio, apesar de um abrandamento em 2010.

No que se refere à despesa pública com medicamentos, os dados de 2010 indicam que os medicamentos consumidos a nível hospitalar representam cerca de 22,8% da despesa total dos hospitais do Serviço Nacional de Saúde (cf. Quadro 14), sendo a 2ª maior despesa a seguir à despesa com pessoal (app. 50%) (cf. Fig 4, pág 34).

Quadro 13 – A evolução do mercado e da despesa com medicamentos - 2005 a 2010

Unidade: M Euros e %

Indicadores	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Mercado Total (M Eur)	3.905	3.979	4.132	4.249	4.294	4.238
Variação (%)	4,70	1,90	3,85	2,83	1,06	-1,30
Mercado Ambulatório (M Eur)	3.105	3.162	3.288	3.353	3.321	3.238
Variação (%)	2,80	1,84	3,98	1,98	-0,95	-2,50
Despesa do SNS com Medicamentos em Ambulatório (M Eur)	1.446	1.423	1.398	1.467	1.559	1.640
Variação (%)	-1,60	-1,59	-1,76	4,94	6,27	5,20
Despesa Pública com Medicamentos em Ambulatório em % PIB	1,16	1,08	1	1,04	1,09	1,09
Despesa Pública com Medicamentos em Ambulatório em % PIB - UE 27 ¹	1,02	0,99	0,96	0,98	1,01	-
Despesa Pública Total com Medicamentos (M Eur)	2.585	2.555	2.531	2.681	2.811	2.880
Variação (%)		-1,16	-0,94	5,93	4,85	2,45
Despesa Hospitalar com Medicamentos (M Eur)	800	817	843	895	972	1.003
Variação (%)	12,70	2,13	3,18	6,17	8,60	3,19
Despesa Pública Total com Medicamentos em % PIB	1,68	1,59	1,49	1,56	1,67	1,67

Fonte: INFARMED

Legenda: ¹ Média calculada com os dados disponíveis: 20 Países de 2005 a 2008, e 17 Países em 2009

Contudo, o ano de 2011, e de acordo com os dados publicados pelo INFARMED, I.P., relativos aos 3 primeiros trimestres de 2011, evidencia uma forte diminuição da despesa pública com medicamentos, com uma redução acumulada de -21,5% no ambulatorio, mas com um crescimento de 2,7% a nível hospitalar (Cf. Análise do Mercado de Medicamentos no âmbito do Serviço Nacional de Saúde, em Meio Hospitalar (CHNM), em www.infarmed.pt).

A este respeito os dados mais recentes da ACSS apontam para um menor crescimento, na ordem de 0,63%. (Cf. Monitorização Mensal de Hospitais e Centros Hospitalares, nos termos do Despacho n.º 11374/2011, do Secretário de Estado da Saúde, de 29.08.2011 – DR, 2ª, 172, 7.9.2011, em www.acss.min-saude.pt).

Quadro 14 – Evolução da despesa do SNS, dos hospitais e com medicamentos - 2005 a 2010

Unidade: M Euros e %

Indicadores	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Total de aplicação de fundos SNS	8.464	7.583	7.806	8.016	8.430	9.154
Variação (%)		-10,4%	2,9%	2,7%	5,2%	8,6%
Prestação de cuidados hospitalares (EPE+SPA) ¹	3.855	3.635	3.966	3.903	3.999	4.443
Peso Relativo (%)	45,5%	47,9%	50,8%	48,7%	47,4%	48,5%
Medicamentos (EPE + SPA)	762	815	852	886	975	1.012
Peso Relativo nos cuidados hospitalares	19,8%	22,4%	21,5%	22,7%	24,4%	22,8%

Fonte: ACSS e INFARMED

Legenda: 1 - Não contempla as PPP, Prelada e Cruz Vermelha. Foi retirada por estimativa a produção de cuidados de saúde primários das Unidades Locais de Saúde, EPE

Quadro 15 – Evolução da despesa com medicamentos em ambiente hospitalar - 2007 a 2010

Unidade: M Euros e %

Indicadores	2007	2008	2009	2010
Total de aplicação de fundos SNS	7.806	8.016	8.430	9.154
Prestação de cuidados hospitalares (EPE+SPA) ¹	3.966	3.903	3.999	4.443
Peso Relativo (%)	50,8%	48,7%	47,4%	48,5%
Despesa Medicamentos - Internamento (M€) ²	163	130	141	188
Peso Relativo (%)	19%	14%	15%	19%
Despesa Medicamentos - Hospital de Dia (HD) (M€) ²	206	183	204	296
Peso Relativo (%)	24%	20%	21%	29%
Despesa Medicamentos - Ambulatório Hospitalar (Consulta Externa - CE) (M€) ²	265	201	252	406
Peso Relativo (%)	31%	22%	26%	40%
Peso Relativo CE+HD (%)	56%	43%	47%	70%
Despesa Total Hospitalar com Medicamentos (M€) ²	844	896	973	1.003
Peso Relativo (Medicamentos/EPE+SPA) (%)	21,3%	23,0%	24,3%	22,6%

Legenda: 1 - Não contempla as PPP, Prelada e Cruz Vermelha. Foi retirada por estimativa a produção de cuidados de saúde primários das Unidades Locais de Saúde, EPE

2 - Dados do INFARMED

3 - Os dados da despesa desagregada em internamento, hospital de dia e consulta externa reflectem o carácter progressivo do número de hospitais abrangidos, sendo que os valores globais reflectem o total do universo (apenas com excepção do Hospital Fernando da Fonseca e dos hospitais em regime de PPP).

A despesa com dispositivos médicos evidencia um crescimento importante nos últimos anos, tendo passado de 333 milhões de euros em 2007 para cerca de 400 milhões em 2010, (cf. Quadro 16).

Quadro 16 – Evolução da despesa com Dispositivos Médicos a nível hospitalar no contexto global da despesa do SNS e hospitalar - 2007 a 2010

Unidade: M Euros e %

Indicadores	2007	2008	2009	2010
Total de aplicação de fundos SNS	7.806	8.016	8.430	9.154
Variação (%)		2,7%	5,2%	8,6%
Prestação de cuidados hospitalares (EPE+SPA) ¹	3.966	3.903	3.999	4.443
Peso Relativo (%)	50,8%	48,7%	47,4%	48,5%
Despesa hospitalar com dispositivos médicos	333	361	394	400
Peso Relativo nos cuidados hospitalares	8,4%	9,3%	9,8%	9,0%

Fonte: ACSS

Legenda: 1 - Não contempla as PPP, Prelada e Cruz Vermelha. Foi retirada por estimativa a produção de cuidados de saúde primários das Unidades Locais de Saúde, EPE

Analisando de forma mais detalhada a despesa com medicamentos a nível hospitalar, observa-se claramente que as componentes que influenciam a despesa são as que correspondem ao hospital de dia (onde a oncologia corresponde à parte mais substancial) e sobretudo à que se refere à dispensa em ambulatório hospitalar. Como se conclui a partir dos dados dos Quadros 15 e 17, estas duas componentes representam no seu conjunto mais de 70% da despesa evidenciando um peso crescente desde 2007, influenciado sobretudo pelo crescimento mais acentuado da despesa com os medicamentos de dispensa em ambulatório hospitalar.

Quadro 17 – Grupos terapêuticos com maior peso na despesa hospitalar com medicamentos nos principais Hospitais - Janeiro a Setembro de 2011

Unidade: M Euros e %

Indicadores	Valor	Peso Relativo (%)	Variação (%)
_Global			
- Imunomoduladores	182	23,7%	4,4%
- Antivíricos	167	21,8%	9,9%
- Citotóxicos	77	10,0%	0,0%
Total	426	55,5%	....
_Ambulatório			
- VIH/SIDA	158	60,8%	11,2%
- Artrite Reumatóide	47	18,2%	16,1%
Total	205	79,0%	.....

Fonte: INFARMED

Em termos de grupos terapêuticos, verifica-se que mais de 50% da despesa se concentra em 3 grupos terapêuticos (imunomoduladores, antivíricos e citotóxicos), largamente representados na despesa ambulatorial e em hospital de dia. Ao nível do ambulatório verifica-se que a despesa com os medicamentos para o tratamento do HIV/SIDA e os medicamentos para as doenças relacionadas com a artrite reumatóide, integrados respectivamente nos grupos de antivíricos e imunomoduladores, representam 79% dessa despesa e correspondem a 26,7% da despesa total realizada em 2011.

Apesar de não ter sido possível recolher informação exaustiva ao nível dos hospitais da rede do SNS, da informação recolhida e que consta dos Quadros 18 e 19, é possível concluir que existem variações importantes ao nível do custo por doente internado e doente ambulatorio entre os vários hospitais, de acordo com os respectivos perfis. Também o custo unitário dos medicamentos correspondentes às principais substâncias activas, regista diferenças entre os vários hospitais.

Quadro 18 – Consumo de Medicamentos: custos por doente internado e no ambulatorio hospitalar

Unidade: Euros

Indicadores	Custo por doente internado		Custo por doente em ambulatorio	
	2010	1º Sem 2011	2010	1º Sem 2011
_Hospitais do Grupo I e Grupo II				
- Valor Mínimo	137	153	1.725	1.050
- Valor Máximo	717	780	4.683	2.989
- Média	407	394	2.861	1.882
- Mediana	435	366	2.875	1.737
- Nº elementos da amostra	12	12	9	9
_Hospitais do Grupo III e Grupo IV				
- Valor Mínimo	129	119	1.161	625
- Valor Máximo	406	467	3.018	2.037
- Média	197	208	2.303	1.547
- Mediana	171	186	2.517	1.764
- Nº elementos da amostra	7	7	4	4

Fonte: ACSS, Inquérito aos Hospitais, realizado pelo GTRH

Quadro 19 – Cenários de poupança na despesa com medicamentos

Unidade: Euros

Indicadores	Custo por doente internado		Despesa Total Indicada	Cenários - Despesa	
	Mediana	P 25%		C Unit - Mediana	C Unit - P 25%
Hospitais do Grupo I e Grupo II	435	214	98.790.332	77.569.954	47.254.358
Diferença				-21.220.378	-51.535.974
Hospitais do Grupo III e Grupo IV	171	152	24.580.855	20.858.496	19.242.394
Diferença				-3.722.359	-5.338.461
Total			123.371.187	98.428.450	66.496.752
Diferença				-24.942.737	-56.874.435

Fonte: ACSS, Inquérito aos Hospitais, realizado pelo GTRH

Quadro 20 – Consumo de Medicamentos: custos unitários das 20 substâncias activas de maior consumo em valor

Unidade: Euros

Indicadores	Despesa	Cenários - Despesa	
	C Unit x Q	C Unit = C Min	C Unit = 1.1 x C Min
Total	291.828.618	266.882.314	279.715.679
Diferença		-24.946.304	12.833.365
Variação (%)		-9%	5%

Fonte: ACSS, Inquérito aos Hospitais, realizado pelo GTRH

NB: A primeira simulação assume que os custos unitários dos medicamentos são para todos os hospitais considerados equivalentes ao custo mínimo. No segundo caso considerámos que os custos unitários dos medicamentos não seriam 10% superiores ao custo unitário mínimo.

Com base nas simulações efectuadas (Quadros 19 e 20), existe um potencial de eficiência na redução da despesa com medicamentos.

Sem prejuízo de acções de carácter transversal com vista ao reforço da racionalidade e eficiência na utilização dos medicamentos e dispositivos médicos no hospital, esta evidência aponta claramente para a alteração do modelo de financiamento dos medicamentos que do foco no internamento tem de se orientar para o "ambulatório hospitalar". Aliás esta necessidade é tanto mais evidente quanto o facto de a entrada de novos medicamentos deverá continuar a reforçar esta área intermédia entre o internamento e o ambulatório "puro", em farmácia.

Como se indicará, estando os custos com medicamentos principalmente concentrados no ambulatório hospitalar, o actual modelo de financiamento tem de evoluir para acomodar esta realidade, adoptando modelos novos de acesso, incluindo a gestão partilhada do risco entre os titulares de autorizações de introdução no mercado e os hospitais, e reforçando os mecanismos de gestão destes custos, sem prejuízo de ser equacionada a passagem da dispensa de alguns medicamentos para o ambulatório da farmácia de oficina.

Por outro lado, estando o denominado "ambulatório hospitalar" abrangido por uma panóplia de despachos e normas avulsas, para além de práticas em áreas como a oncologia, tratamento da hepatite B e outras em que não existe suporte legal para a dispensa ambulatória, que indiciam desperdício e falta de controlo no acesso a este sistema, urge concretizar uma revisão global do sistema, criando um modelo robusto e transparente.

Um Relatório de Auditoria à Cedência Hospitalar de Medicamentos de Ambulatório realizado aos hospitais da ARS do Norte (Setembro de 2011) evidenciou uma percentagem elevada de cedências de medicação em ambulatório, cujos episódios não se encontravam em conformidade com os atributos de facturação especificados no contrato-programa nem com a legislação aplicável a cada uma das patologias auditadas. As conclusões apontam para a necessidade de submeter todas as prescrições a sistema electrónico e garantir que o sistema permite verificar todos critérios de inclusão dos medicamentos no respectivo regime em vigor.

Relativamente aos dados disponíveis sobre o consumo e despesa com medicamentos hospitalares, actualmente coligidos pelo INFARMED e pela ACSS, existem formas diferentes de recolher e reportar a informação. Esta situação evidencia divergências e dificulta a sua análise e a tomada de decisão. É pois, essencial, para assegurar a implementação das medidas propostas neste relatório, adoptar um modelo harmonizado de recolha e difusão da informação sobre o consumo e a despesa com medicamentos, entre a ACSS e o INFARMED.

4. INICIATIVAS ESTRATÉGICAS

As recomendações que se apresentam ao Governo são a síntese de uma análise extensa e consistente da realidade do sector hospitalar com os objectivos fundamentais do SNS inscritos no texto constitucional e na Lei de Bases da Saúde.

Obviamente que é também imperioso responder ao caderno de encargos que a ajuda internacional coloca a Portugal. No âmbito específico dos hospitais, o grupo de trabalho teve presente os desafios que são lançados e que constam das medidas acordadas:

3.69. Implementar a centralização de compras de produtos médicos através da recém-criada SPMS, utilizando o sistema de codificação uniforme de produtos médicos e produtos farmacêuticos.

3.75. Fornecer uma descrição detalhada das medidas destinadas a alcançar uma redução de **200ME** nos custos operacionais dos hospitais em 2012 (**100ME** em 2012, além de economia de mais de **100ME** já em 2011), incluindo a redução no número de pessoal de gestão, como resultado da concentração e racionalização dos hospitais estatais e dos centros de saúde.

3.76. Continuar a publicação de directrizes clínicas e instaurar um sistema de auditoria da sua aplicação.

3.77: “Melhorar os critérios de selecção e adoptar medidas para assegurar uma selecção mais transparente dos presidentes e dos membros das administrações hospitalares. Estes deverão ser, por lei, pessoas de reconhecido mérito na saúde, gestão e administração hospitalar.”;

3.78: “Criar um sistema que permita a comparação do desempenho hospitalar (*benchmarking*) com base num conjunto abrangente de indicadores e elaborar relatórios anuais regulares, sendo o primeiro publicado no final de 2012”;

3.79. Assegurar a plena interoperabilidade de sistemas de TI nos hospitais, de modo a que a ACSS possa reunir informações em tempo real sobre as actividades hospitalares e elaborar relatórios mensais para o Ministério da Saúde e Ministério das Finanças. (**1T 2012**)

3.80: “Prosseguir com a reorganização e a racionalização da rede hospitalar através da especialização e da concentração de serviços hospitalares e de urgência e da gestão conjunta dos hospitais (de acordo com o Decreto-Lei n.º 30/2011, de 2 de Março) e do funcionamento conjunto dos hospitais. Estas melhorias deverão permitir reduções adicionais nos custos operacionais em, pelo menos, 5% em 2013. Um plano de acção detalhado será

publicado em 30 de Novembro de 2012 e a sua implementação será finalizada no primeiro trimestre de 2013. De forma global, no período compreendido entre 2011 e 2013, os custos operacionais dos hospitais deverão ser reduzidos em, pelo menos, 15%, face ao nível de custos de 2010.”;

3.81: “Transferir alguns serviços hospitalares em ambulatório para Unidades de Saúde Familiares”.

3.82. Actualizar anualmente o inventário de todos os médicos activos por especialidade, idade, região, centros de saúde e hospitalares, sector público e privado de modo a se ser capaz de identificar os médicos activos e projectar as necessidades actuais e futuras em cada uma das categorias. (3T 2011)

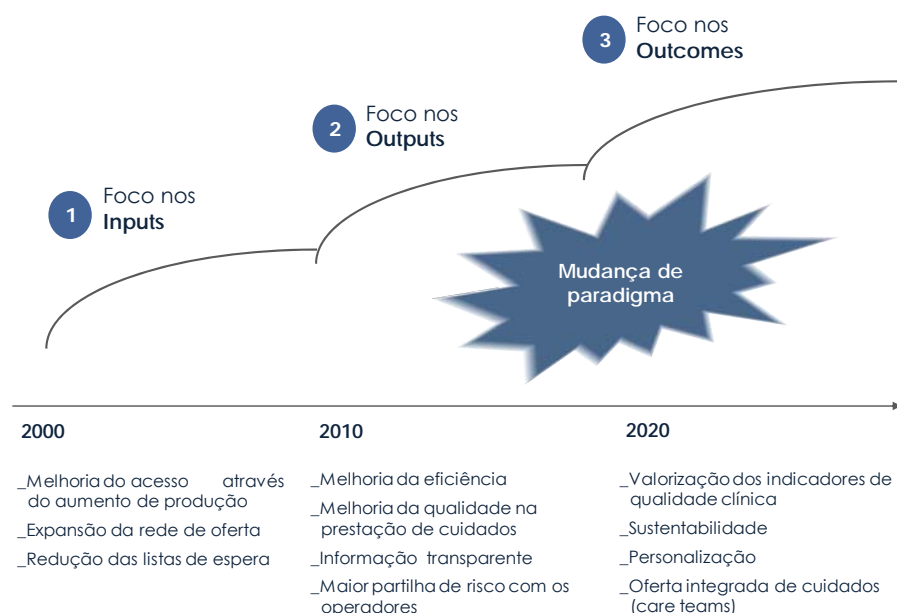
3.83. Preparar relatórios periódicos anuais, o primeiro a ser publicado até ao final de Março de 2012, apresentando os planos para a distribuição de recursos humanos no período até 2014. O relatório especificará os planos para transferir funcionários qualificados e funcionários de apoio no âmbito do SNS. (3T 2011)

3.84. Introduzir regras para aumentar a mobilidade dos profissionais de saúde (incluindo médicos) dentro e entre regiões de saúde. Adoptar para todos os funcionários (incluindo médicos) regimes de tempo flexível, com o objectivo de reduzir em pelo menos 10% os gastos na compensação de horas extras em 2012 e outros 10% em 2013. Implementar um controlo mais rigoroso dos horários de trabalho e actividades do pessoal no hospital. (1T 2012)

3.86. Finalizar a instalação de um sistema electrónico de registos médicos dos pacientes. (2T 2012)

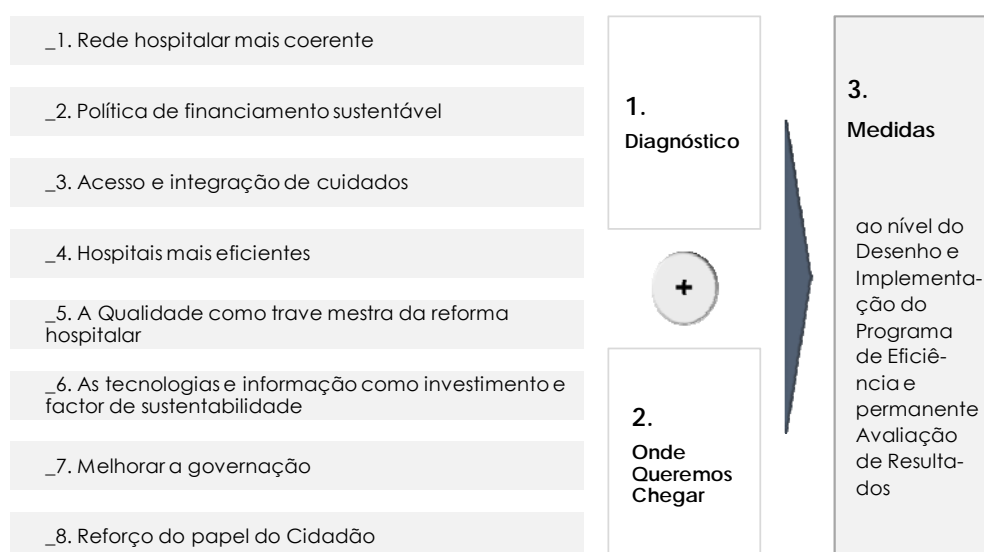
O cumprimento de um programa de mudança com a extensão, profundidade e densidade que se propõe pode constituir a base de uma verdadeira reforma estrutural do sector hospitalar português e não apenas uma resposta pontual à difícil conjuntura orçamental e financeira que o País atravessa.

Figura 7 – Mudança de Paradigma



Para o alcançar, como já foi referido, são propostas 8 iniciativas estratégicas que enquadram um conjunto de medidas que lhe dão corpo:

Figura 8 – Transformação / As Iniciativas Estratégicas



Para além das iniciativas que enquadram os princípios da política hospitalar que é proposta, sugere-se um “Framework” que visa permitir a cada hospital dispor de um instrumento para a acção, avaliando no seio da sua organização e com as suas equipas as iniciativas que poderão contribuir para o ajustamento dos seus recursos e para a captura de eficiência nos diversos domínios sugeridos.

O sucesso de qualquer política mede-se pela sua capacidade de implementação para a qual a monitorização dos seus resultados é essencial.

4.1 UMA REDE HOSPITALAR MAIS COERENTE

_4.1.1 Enquadramento

Redefinir e redimensionar a rede de prestação de cuidados

A reestruturação e redimensionamento da rede hospitalar é uma necessidade reconhecida por todos mas o seu ajustamento é sempre motivo de grande debate na sociedade, muitas vezes sem a serenidade necessária ao debate útil e eficaz.

O crescimento da rede que tem sido feita em Portugal ao longo das últimas décadas, de forma pretensamente planeada, tem sido baseada na ausência de estudos ou ditada em muitos casos pela vontade política mais preocupada em satisfazer o ciclo eleitoral que a verdadeira necessidade do País.

Vários têm sido os problemas que levaram à actual situação. Falta de informação coerente, estruturas com geometria variável ao longo dos anos, desenvolvimentos voluntariosos nas instituições à revelia de coordenações superiores e algumas iniciativas locais e regionais desenquadradas do todo nacional, são disso exemplo. A não existência de redes de referência para a grande maioria das especialidades e a não existência de planos estratégicos actualizados e elaborados em tempos sobreponíveis têm contribuído igualmente para este crescimento disforme.

Importa igualmente referir que a análise da rede hospitalar não deverá ficar limitada a uma análise da quantidade e localização das unidades hospitalares mas considerar igualmente os seus programas funcionais. O desenvolvimento desconexo de funcionalidades hospitalares com a implementação de novas tecnologias e a abertura indiscriminada de valências médicas tem levado a consumos exagerados e a gastos desnecessários.

A abertura de várias unidades hospitalares e a previsão de abertura de novas, o processo de crescente ambulatorização, a desejável transformação de camas de agudo em camas de cuidados continuados bem como a mudança de práticas ocorridas nos últimos anos leva inevitavelmente a um processo de encerramento de camas nas actuais unidades, a sua transformação nouro tipo de unidades e mesmo ao encerramento de unidades.

Em 2008, o Governo, decidiu mesmo agir administrativamente impondo uma orientação muito concreta sobre um programa de encerramento de camas que deveria atingir os 15% do parque hospitalar total.

Tal facto tem levado ao encerramento de algumas camas sem que no entanto se se tenha sentido o seu efeito, ou seja uma repercussão real e proporcional na despesa em geral e no número de unidades ou sectores de hospitais. Considerando que o número de camas não influencia directamente o financiamento facilmente se constata que a diminuição de camas que tem ocorrido nos últimos anos não tem tido uma repercussão proporcional na diminuição da despesa.

A necessária reorganização da rede hospitalar deverá pois ter em conta um conjunto de factores na identificação de oportunidades e das soluções a propor:

- a) Proximidade geográfica
- b) Nível de especialização
- c) Capacidade instalada
- d) Mobilidade dos recursos
- e) Procura potencial
- f) Acessibilidades
- g) Redes de referênciação por especialidade
- h) Equipamento pesado de MCDT disponível
- i) *Benchmarking* internacional
- j) Realidade sócio-demográfica de cada região

Importa pois detalhar um pouco os factores acima referidos:

Proximidade geográfica - Possibilidade de articular serviços garantindo níveis mínimos de cobertura geográfica (p. ex., a nível da urgência e das consultas externas). Manter a oferta de proximidade, implementando Unidades Locais de Saúde (Medicina Geral e Familiar, Cuidados Continuados, Cuidados Paliativos), fundindo assim as várias estruturas de proximidade;

Nível de especialização - Definição do nível de diferenciação das valências hospitalares considerando que nem todos os serviços dentro da mesma especialidade deverão ter o mesmo nível de diferenciação;

Capacidade instalada - Optimização dos indicadores de serviço e de eficiência por articulação ou fusão de recursos (físicos, humanos, tecnológicos);

Mobilidade dos recursos - Flexibilidade de deslocação inter e intra-hospitalar dos recursos com vista à sua melhor rentabilização;

Procura - Dimensionamento da oferta em função da procura e não em função das disponibilidades em estruturas ou recursos humanos;

Acessibilidades - As acessibilidades existentes ou previstas constituem constrangimentos relevantes que é fundamental considerar no desenho da futura rede;

Redes de referênciação por especialidade – sem estas redes não é possível redesenhar qualquer rede de forma estruturada e consistente;

Equipamento pesado de MCDT disponível e necessário – existe equipamento pesado já instalado ou contratualizado que importa rentabilizar. A sua existência poderá influenciar o desenho a estabelecer;

Benchmarking internacional – os ratios internacionais utilizados para programação de cuidados hospitalares deverá ser tido em conta, não devendo esta aplicação ser feita de forma cega e não adaptada;

Realidade sócio-demográfica – as diferentes realidades locais deverão ser tidas em conta pela necessidade de não criar soluções ideais do ponto de vista técnico de saúde e profundamente desajustada do que é a realidade geográfica do local.

O planeamento da oferta de cuidados de saúde a nível nacional e em especial a nível hospitalar deve ter em consideração uma visão global, estratégica de nível nacional, o planeamento regional e individual das instituições e as propostas de reforço da sua complementaridade. Este planeamento é urgente, pelo que surge como essencial realizar:

1. Avaliação da procura actual e evolução prevista de cuidados de saúde nos próximos anos;
2. Elaboração de cenários prospectivos de oferta de cuidados com base na oferta actual e aberturas/fechos previstos de hospitais e evolução prevista de capacidade;
3. Análise de *Gap* entre Oferta e Procura;
4. Revisão do mapa actual hospitalar em termos horizontais, em articulação com as diferentes redes de referênciação a elaborar, com propostas de articulação entre hospitais desde a definição de protocolos de cooperação, à criação de novos centros hospitalares e ao encerramento parcial ou total de unidades hospitalares;
5. Definição do conceito de Centros de Excelência/ Referência e sua implementação;
6. Criação de mecanismos eficazes de articulação vertical dos Hospitais com os cuidados primários e os cuidados continuados;
7. Estudo de viabilidade de criação de unidades de cuidados mono-especialidade para casos pouco complexos em unidades hospitalares já existentes e/ou novas unidades (conceito “focused factory” já testado com sucesso nos EUA, Canada e Holanda, entre outros Países);
8. Avaliação e desenvolvimento do conceito de Centros de Alta Resolução, enquanto unidades de ambatório e em regime de maior proximidade às regiões que servem;
9. Avaliação das sinergias possíveis entre ARS's, em especial nas zonas limítrofes de cada uma delas.

Em paralelo importa definir novos modelos de organização da rede com vista a uma melhoria das sinergias inter-hospitais. Como exemplo podem-se apontar as seguintes hipóteses:

- A. Afiliação de unidades, tendo em consideração as vantagens de proximidade, assim como a gradativa descompressão na oferta;
- B. Parcerias com o sector hospitalar privado ou com o sector social (IPSS), em situações onde o sector publico encontre dificuldades ocasionais ou permanentes na resposta na prestação de cuidados

A reestruturação e redimensionamento da rede hospitalar passa ainda por uma **reclassificação** dos hospitais de acordo com a evolução ocorrida nos últimos anos e a que deve vir a ocorrer. Nesse sentido importa definir que deverá ser utilizada a tipologia utilizada pela ACSS.

Questões como a dimensão dos hospitais e as economias de escala associadas, os serviços prestados, os serviços de urgência necessários e os cuidados continuados, os hospitais de proximidades e outros temas devem também ser motivo de reflexão.

Importa igualmente referir que a avaliação da actual rede hospitalar se encontra em estudo pela Entidade Reguladora da Saúde, com um detalhe a nível concelhio, pelo que importa conhecer as respectivas conclusões antes do redesenho da nova arquitectura da rede. Sector importante de cuidados é o das Urgências. A análise do impacto da rede de urgências na rede hospitalar não deve ser no sentido de a condicionar mas sim no sentido da sua melhor articulação.

Encontra-se igualmente em fase de estudo a definição funcional de um conjunto de novos hospitais que importa avaliar e de perceber a sua necessidade em função do novo desenho de rede bem como da sua viabilidade financeira.

Importa igualmente, ao propor uma alteração da rede hospitalar, promover uma avaliação económica e financeira das mudanças propostas e o impacto previsto.

A reorganização e redimensionamento da rede hospitalar é uma necessidade estratégica do País e do sector da saúde. Relewa-se que importa que se proceda, pela primeira vez em Portugal, de forma uniforme, homogénea, garantindo critérios objectivos, juntando todos os *inputs* necessários e no mesmo momento temporal de molde a poder construir uma rede hospitalar moderna, eficiente e financeiramente sustentável.

Importa pois promover a criação de uma rede hospitalar mais dinâmica, articulada e sustentável. Olhando para a realidade nacional sem descurar a realidade local.

O actual momento constitui inequivocamente um momento para sermos mais racionais e sistemáticos. Importa olhar para a actual rede e actuar ao nível de todas as variáveis. Só desta forma podemos construir uma nova rede mais eficaz, mais sustentável e mais moderna.

Uma rede de excelência, altamente eficaz e segura, que permita o desenvolvimento técnico de todos os profissionais que neles trabalham. Garantindo a qualidade assistencial, aprofundando o modelo de ensino e permitindo o desenvolvimento de um modelo de investigação translacional.

Uma rede que nos prepare para um desafio maior: [a criação de uma rede hospitalar europeia](#).

4.1.2 Medidas

Apresentam-se, sumariamente, as medidas preconizadas no âmbito desta iniciativa estratégica.

[Figura 9 – Rede Hospitalar mais coerente](#)

MEDIDAS:

1. Elaboração da Rede de Referenciação Hospitalar
2. Arquitectura da Rede Hospitalar
3. Carta de Equipamentos “Pesados” do Sector Hospitalar
4. Criação do Instituto Nacional de Oncologia
5. Construção do Hospital Oriental de Lisboa e Redimensionamento da Rede Hospitalar da Região de Lisboa e Vale do Tejo
6. Aprofundar a Parceria Estratégica com o Sector Social
7. Criação e Desenvolvimento de Centros de Excelência
8. Um novo modelo para a cooperação entre os hospitais e as Faculdades de Medicina

Para cada medida será apresentada: (i) Justificação; (ii) Descrição; (iii) Impactos; (iv) Fases de implementação e calendarização; (v) Entidades envolvidas; (vi) Monitorização e acompanhamento.

1. Elaboração da Rede de Referenciação Hospitalar

1.1. Justificação

As redes de referenciação hospitalar (RRH) têm por objectivo estabelecer, nas diferentes especialidades médicas e cirúrgicas, a articulação entre hospitais do SNS, de modo a garantir a prestação de cuidados adequados às necessidades dos doentes no local de atendimento que disponha de diferenciação técnica e tecnológica para disponibilizar a resposta que é exigida pela situação clínica (1). Cada RRH constitui um sistema integrado e hierarquizado que visa satisfazer, de forma concertada, as necessidades de assistência hospitalar no diagnóstico, de formação, de investigação, de colaboração interdisciplinar e de garantia de qualidade no âmbito de determinada especialidade (2).

Analisando o actual quadro das RRH em Portugal pode constatar-se que:

- Das 41 especialidades hospitalares definidas pela Ordem dos Médicos existem 19 redes aprovadas, 1 em revisão, 5 em regime de aprovação e 3 em elaboração;
- Das 19 redes aprovadas 14 foram aprovadas há mais de 5 anos;
- 7 das Redes aprovadas não o foram ainda por despacho ministerial.

Importa ainda referir que vários documentos têm vindo a ser apresentados, aprovados e/ou implementados ao longo dos anos sem que haja uma coerência com as RRH já aprovadas e entre elas. Veja-se os exemplos da Carta Hospitalar, da Carta Hospitalar de Pediatria, das várias Redes de Referenciação regional, de Redes de Referenciação local ou da Carta de Equipamentos de Saúde.

Constata-se pois que a actual situação se caracteriza por um conjunto de itens: falta de aprovação de mais de 50% das redes, não revisão de grande parte das já aprovadas, não integração entre RRH de diferentes especialidades que se interpenetram, redes que só integram recursos públicos não integrando convencionados e privados nos casos em que se possa aplicar, desajuste entre lógica demográfica, de região e de distrito, não integração dos conceitos de centros de excelência, desajustes provocados pela criação nos últimos anos de Centros Hospitalares, não articulação com os cuidados primários e continuados e não definição do prazo máximo de vigência de cada RRH.

Se considerarmos que a rede hospitalar com financiamento público engloba 116 unidades hospitalares (3) pode imaginar-se o impacto de tal anarquia.

Se considerarmos as respectivas implicações ao nível de investimento, desenvolvimento de novos pólos tecnológicos, de contratações, de financiamento, de contratualização, do SIGIC, do CTH, do movimento de doentes, etc., podemos facilmente perceber o impacto desta situação.

Importa referir que o desenvolvimento da **Carta Hospitalar** e das **Redes de Referência** têm de ter um desenvolvimento paralelo e integrado. Caso tal não aconteça poderemos estar a criar uma rede hospitalar desajustada das redes ou redes não implementáveis por incongruências da rede.

II. Descrição

Propõe-se a elaboração da Rede Nacional de Referência Hospitalar.

No âmbito da definição das novas redes, deverá ser definido um novo perfil funcional para cada hospital do SNS, que tenha em conta os níveis mínimos de actividade para as actividades altamente diferenciadas em Portugal.

Os Hospitais deverão ser incentivados a cumprir este novo perfil funcional a definir, nomeadamente através do não pagamento de actividade que não esteja prevista no âmbito do seu perfil funcional.

A implementação desta medida deverá ter em conta as questões relativas à acessibilidade, de forma a não prejudicar os utentes do SNS, garantindo-lhes uma distribuição equitativa dos recursos do SNS.

III. Impactos

Aumento da eficiência dos cuidados prestados, bem como melhoria da sua qualidade.

IV. Fases de implementação e calendarização

1ª Fase

_Definição das necessidades do País para cada especialidade, tipo de centros de acordo com *ratios* tipo de hospitais. Esta fase deverá ser elaborada com o recurso a uma comissão de peritos por especialidade e ocorrer em simultâneo para todas as especialidades.

_Tempo previsto = 3 meses

2ª Fase

_Cruzamento das necessidades com a elaboração da Carta Hospitalar

_Tempo previsto = 3 meses

3ª Fase

_Elaboração e aprovação da Rede Nacional de Referência Hospitalar e Redes sectoriais

_Tempo previsto = 2 meses.

_V. Entidades envolvidas

ACSS, ARS e Ordem dos Médicos

_VI. Monitorização e acompanhamento

ACSS e ERS

2. Arquitectura da Rede Hospitalar

_I. Justificação

Da análise da vasta documentação existente e de alguns dos estudos estratégicos já disponíveis quanto à proposta de tipologias e de cobertura regional do País, é possível assumir desde já um conjunto de propostas e outras tantas decisões que não põem em causa decisões futuras.

As decisões que aqui se referem correspondem a situações já devidamente avaliadas e que importa decidir no curto prazo.

A saber:

- **A Área Metropolitana de Lisboa é provavelmente a região mais crítica no que se refere ao redesenhar da oferta por várias ordens de razão:**
 - Elevado número de hospitais e camas hospitalares;
 - Hospitais criados em edifícios conventuais, alguns com centenas de anos;
 - Não adaptação do parque de Lisboa, ao longo dos anos, à nova realidade da procura decorrente do aparecimento de novos hospitais nascidos na coroa metropolitana de Lisboa;
 - Não programação de desarticulação evolutiva de camas e edifícios de acordo com o planeamento de novas unidades apesar de já plasmada em vários dos estudos realizados nos últimos anos.

Importa ainda referir que a região de Lisboa é provavelmente a região do País com mais estudos efectuados nos últimos anos. Todos estes estudos apontam para a construção de um novo hospital em Lisboa, na zona oriental, e a desarticulação de velhos hospitais a par de uma redução de números de camas e recursos. Esta redução é facilmente sustentada pela criação de mais oferta na periferia de Lisboa o que leva a um excesso da mesma na cidade de Lisboa.

Em Lisboa cidade, a grande prioridade será trocar número e quantidade por qualidade e diferenciação.

Em Lisboa importa ainda repensar a dimensão e desenvolvimento do Centro Hospitalar de Lisboa Norte, em especial no referente ao Hospital Pulido Valente e o repensar da actual situação do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental considerando que poucas alterações decorreram desde a sua criação em termos de sinergias e economias de escala.

Na região Centro e na região Norte existem unidades identificadas nos estudos de planeamento disponibilizados pela ACSS que não justificam a sua existência com a carteira de cuidados que actualmente dispõem, sendo necessário avaliar o seu ajustamento face às novas realidades.

São disso exemplo alguns dos pequenos hospitais de proximidade que poderão evoluir na linha de uma carteira de serviços menos diferenciada e com um maior compromisso com a Rede de Cuidados Continuados.

Potenciais situações de novas fusões possíveis são também oportunidades a avaliar criteriosamente, de forma a garantir melhores cuidados de saúde às populações que servem. Um exemplo seria o da eventual fusão entre a ULS da Guarda (e/ou Castelo Branco) com o Centro Hospitalar da Cova da Beira, e com o ACES da Cova da Beira, criando assim um espaço mais amplo de intervenção e de partilha de recursos.

Também no sector materno infantil importa repensar o desenho actual da oferta. A situação existente em Coimbra com as maternidades Daniel de Matos e a Bissaya Barreto merecem ponderação. A situação existente na Beira Interior com 3 maternidades abertas e com um total de partos anual na ordem dos 2.000 exige também uma profunda reflexão.

Exemplos há em que importa utilizar e potenciar competências específicas, como é o caso do Hospital Termal Rainha D. Leonor nas Caldas da Rainha. Na literatura científica há novos elementos de grande valia que confirmam o conhecimento médico, institucional de experiência feita: os efeitos positivos para a saúde dos tratamentos hidrotermais e a redução do consumo de medicamentos entre os doentes tratados. Assim poderia ser desencadeada uma acção integrada ao nível das ARS que cobrem a área geográfica tradicional da procura termal (Centro e Lisboa e Vale do Tejo), de forma a facilitar o fluxo de doentes com as patologias recomendadas pela composição e características das águas termais.

II. Descrição

A operacionalização das decisões de redimensionamento da rede hospitalar deve ser submetida à aprovação do Governo, em resultado do estudo a concluir pela unidade dedicada que venha a ser criada na ACSS para a contratualização e acompanhamento dos hospitais, depois de conhecidos os resultados do estudo da Entidade Reguladora da Saúde e das conclusões da Comissão para as Urgências.

III. Impactos

Não avaliados

IV. Fases de implementação e calendarização

1ª Fase

_Definição da metodologia a aplicar

_Tempo previsto = 30 dias

2ª Fase

_Estudo detalhado da situação actual

_Tempo previsto = 90 dias

3ª Fase

_Desenho da rede

_Tempo previsto = 120 dias

4ª Fase

_Discussão pública

_Tempo previsto = 30 dias

V. Entidades envolvidas

Ministério da Saúde, ACSS, ARS, ERS

VI. Monitorização e acompanhamento

ACSS

3. Carta de Equipamentos “Pesados” do sector Hospitalar

I. Justificação

O SNS tem vindo modernizar-se gradualmente nos últimos anos no que se refere à disponibilização à população portuguesa de um vasto conjunto de equipamentos médicos quer ao nível do diagnóstico quer do tratamento. O desenvolvimento tecnológico tem vindo a produzir uma miríade de equipamentos com uma sobrevida particularmente baixa e com uma componente de inovação marginal especialmente alta.

Ao longo dos anos este crescimento tem sido efectuado sem um controlo efectivo da sua aquisição nem da sua renovação. A duplicidade de equipamentos, a aquisição não sustentada e justificada dos mesmos, o desconhecimento do que se passa nas diferentes instituições tem levado a um gasto excessivo e tem resultado em níveis não optimizados da sua utilização.

O Estado através do SNS não tem hoje um conhecimento minimamente aceitável de qual é o parque de equipamentos pesados nem na estrutura interna da oferta do SNS nem no sector convencionado. Tal situação é por demais insustentável pelo que importa proceder a um levantamento exaustivo da actual situação existente em Portugal.

II. Descrição

Promover a actualização da Carta de equipamentos pesados em saúde abrangendo o SNS e o sector convencionado com actualizações obrigatórias por triénio.

Esta carta deverá demonstrar a capacidade instalada bem com os ratios a aplicar para uma utilização racional do número de equipamentos a disponibilizar.

III. Impactos

É expectável uma melhor utilização da capacidade instalada em equipamentos.

IV. Fases de implementação e calendarização

1ª Fase

_Levantamento da situação e definição de ratios a aplicar

_Tempo previsto = 6 meses

2ª Fase

_Elaboração da Carta de Equipamentos

_Tempo previsto – 2 meses

V. Entidades envolvidas

ACSS, DGS

VI. Monitorização e acompanhamento

ACSS

4. Criação do Instituto Nacional de Oncologia

I. Justificação

Em 1923 é criado no Hospital de Santa Marta o Instituto Português para o estudo do Cancro com vários objectivos entre os quais se destacavam a organização da luta contra o cancro em Portugal, praticar o estudo do cancro, divulgar os conhecimentos e preceitos úteis ao público e fundar laboratórios de investigação científica. Em 1928 o Professor Francisco Gentil profere a conferência “ O Instituto Português do Cancro” pormenorizando aquele que haveria de ser o projecto da sua vida. Os 88 anos que se seguiram foram sinónimo de evolução e mudança e que vieram a dar origem a três centros regionais que se mantêm nos dias de hoje. Com o evoluir dos anos e a progressiva autonomia dos mesmos, perdeu-se o fim de condutor que esteve na sua origem. De uma lógica e política de actuação comum, passou-se a três.

De uma situação em que a maioria dos hospitais portugueses não abordava o cancro de forma sistemática passou-se a uma realidade, a actual, em que são vários os hospitais que ganharam competências e experiência no tratamento do mesmo.

Importa pois redefinir o actual modelo organizativo gerado em torno dos actuais três centros regionais de oncologia e construir uma entidade única, em Portugal, que estabeleça regras comuns de funcionamento de actuação e procedimentos clínicos uniformes. Aí se deverão concentrar os principais núcleos de investigação em oncologia e no tratamento de patologias raras. Criando uma instituição destinada a coordenar e dinamizar a luta contra o cancro, promovendo a educação da população e o estabelecimento de prioridades. Onde seja possível gerir de modo eficaz, potenciando sinergias e reduzindo desperdício.

II. Descrição

Criação do Instituto Nacional de Oncologia, Francisco Gentil, EPE, fundindo os actuais 3 IPO's sob a gestão de uma entidade única e um CA único.

III. Impactos

Não avaliado

IV. Fases de implementação e calendarização

1ª Fase

_Preparação do Plano de Negócios do INO, EPE

_Tempo previsto = 4 meses

2ª Fase

_Aprovação do diploma que cria o Instituto Nacional de Oncologia, EPE

_Tempo previsto = 30 dias

V. Entidades envolvidas

Ministério da Saúde e ACSS

VI. Monitorização e acompanhamento

Ministério da Saúde e ACSS

5. Construção do Hospital Oriental de Lisboa e Redimensionamento da Rede Hospitalar da Região de Lisboa e Vale do Tejo

I. Justificação

Ao longo dos anos verificou-se uma redução significativa do número de habitantes da cidade de Lisboa, em resultado da sua deslocação para os arredores da cidade. Este facto conduziu a

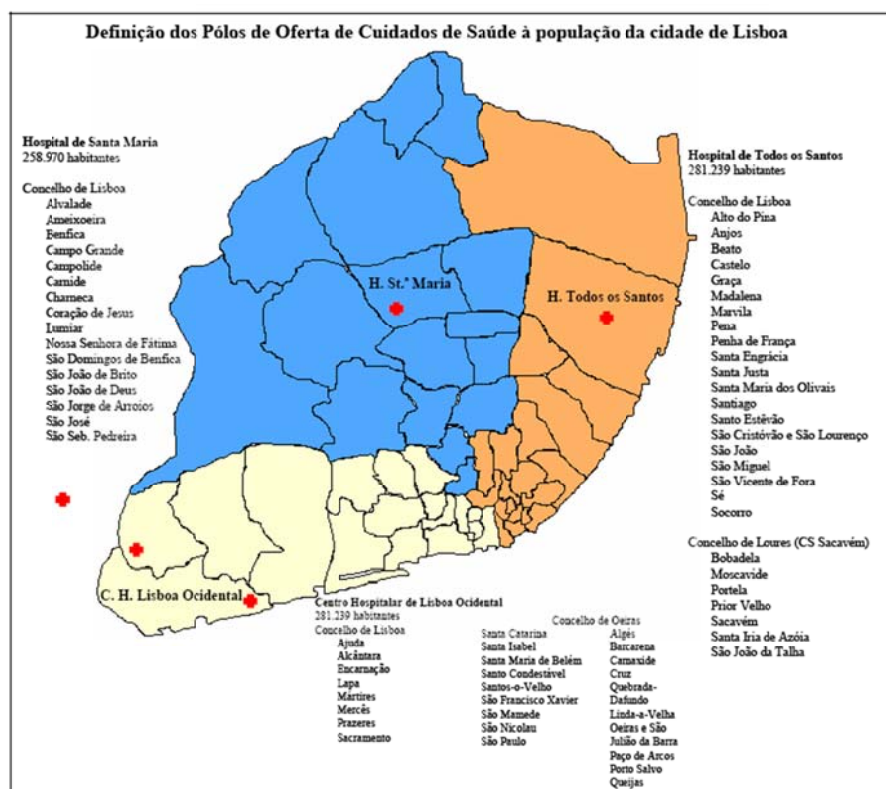
um excesso de oferta hospitalar na cidade de Lisboa e um crescente défice de oferta de cuidados hospitalares nos arredores.

Neste contexto, o Ministério da Saúde, com o objectivo de minimizar os impactos decorrentes deste facto realizou um esforço significativo de investimento como são o caso do Hospital Garcia de Orta e do Hospital Amadora Sintra, e, mais recentemente, o exemplo dos Hospitais de substituição de Cascais e de Vila Franca de Xira, bem como o novo Hospital de Loures.

Em resultado concluiu-se pela necessidade de reformular o parque hospitalar da cidade de Lisboa, tendo para o efeito estabelecido que a oferta hospitalar da cidade deveria ser concentrada em três grandes pólos de atracção da procura de cuidados de saúde hospitalares, designadamente, o Centro Hospitalar de Lisboa Norte, o Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental e um novo hospital localizado na zona oriental da cidade, zona actualmente satisfeita pelos estabelecimentos de saúde que integram o Centro Hospitalar de Lisboa Central.

Tendo por base este objectivo estratégico e o estudo de acessibilidades elaborado pela TIS.PT, em Julho de 2006 foi elaborada a seguinte distribuição das freguesias da cidade de Lisboa por unidade hospitalar apresentada na figura seguinte:

Figura 10 – Definição dos Pólos de Oferta de Cuidados de Saúde à população da cidade de Lisboa



Fonte: "Hospital de Todos os Santos - Estudo Estratégico e Económico-Financeiro"

- Importa ainda referir que o programa funcional que esteve na base do concurso público que decorre desde há alguns anos foi sustentado pela transferência dos hospitais acima referidos e grande parte das especialidades existentes no H. de Curry Cabral para o novo hospital e a projecção das necessidades a 30 anos;
- Foi igualmente considerado no seu programa que seria este o **Centro de Transplantação de Lisboa**, agrupando todos os tipos de transplantes dispersos por vários hospitais;

Chegados a este ponto, deparamo-nos com a seguinte questão: no actual momento do País quais as vantagens e desvantagens associadas à concentração da actividade assistencial no actual Centro Hospitalar de Lisboa Central ou no Novo Hospital Oriental de Lisboa?

A resposta a esta questão poderá ser analisada em duas perspectivas distintas: benefícios qualitativos e quantitativos.

No que se refere aos benefícios qualitativos, a manutenção da prestação de cuidados no CHLC, é uma alternativa possível à construção de uma nova unidade hospitalar, uma vez que, na realidade, as necessidades de cuidados hospitalares da população residente estão a ser satisfeitas, embora com múltiplas limitações e constrangimentos, com base em capacidades existentes.

Considera-se, no entanto, que a manutenção da satisfação das necessidades de cuidados hospitalares nas actuais condições conduziria a um conjunto de factores prejudiciais para a população, quando comparada com a construção de uma nova unidade hospitalar, de entre os quais se destacam os seguintes:

- a. Acessibilidades: o HOL permitirá incrementar, e muito, a acessibilidade da população residente na sua área de influência, com evidentes benefícios para a comodidade das populações servidas e, consequentemente, para o grau de satisfação dos utentes;
- b. Qualidade dos cuidados de saúde: os cuidados de saúde estão actualmente a ser prestados em estruturas hospitalares antigas e dispersas, as quais condicionam tanto a qualidade dos serviços de saúde prestados como o nível de satisfação dos utentes;
- c. Eficiência na prestação de cuidados: a dispersão da actividade clínica por uma multiplicidade de unidades hospitalares, dada a antiguidade das mesmas conduz a elevados custos operacionais e a duplicidade de recursos humanos necessários;
- d. Localização da capacidade hospitalar: a permanência do parque hospitalar actualmente existente no centro da cidade de Lisboa, a par da tendência de despovoamento do centro, conduz a prejuízos significativos, não só pelo crescente afastamento dos utentes do ponto de prestação de cuidados de saúde, mas também

por contribuir para a manutenção do actual congestionamento dos acessos ao centro da cidade.

No que respeita aos impactos quantitativos, e tendo presente que a construção do Hospital Oriental de Lisboa afigura-se como uma medida fundamental para permitir a reestruturação da oferta hospitalar na cidade de Lisboa. Importa avaliar os impactos financeiros associados aos dois cenários que o Estado enfrenta:

_Cenário 1: Manutenção da situação actual (manutenção da oferta de cuidados hospitalares nos estabelecimentos de saúde que integram o CHLC, MAC e o HCC);

_Cenário 2: Construção do Hospital Oriental de Lisboa

Neste sentido, tendo presente o pressuposto de centralização da oferta hospitalar em três grandes pólos e o facto de que tanto a MAC como o HCC sofrerem um impacto muito significativo com a entrada em funcionamento do hospital de Loures, seja pela perda de recursos como pela expressiva redução de procura, considerou-se que para efeitos de comparação dos dois cenários referidos supra, os custos associados ao MAC e ao HCC seriam incluídos no Cenário 1.

Para efeitos de custeio do **Cenário 1**, consideraram-se os pressupostos assumidos para efeitos de apuramento do Custo Público Comparável. Adicionalmente, e com o objectivo de assegurar a comparabilidade entre os dois cenários avaliados, para efeitos de custeio do Cenário 1 foram adicionadas as rendas a pagar à ESTAMO pelo CHLC e HCC, nos próximos 30 anos, montante que só no ano de 2011 totaliza 7,3 milhões de euros, a valores actualizados de 2008.

No **Cenário 2**, construção do HOL, considerou-se o valor do Custo Público Comparável, 463 milhões de euros (Valor Actualizado Líquido (VAL) a Janeiro de 2008). No que se refere ao Cenário 1 de manutenção da situação actual de prestação dos cuidados de saúde nos estabelecimentos de saúde do CHLC, a metodologia e os pressupostos assumidos para efeitos do custeio conduziram à obtenção de um montante de despesa de 534 milhões de euros, (VAL a Janeiro de 2008).

Neste contexto, verifica-se que a construção e a prestação dos serviços de apoio, incluídos no projecto de parceria apenas para o Edifício do Hospital Oriental de Lisboa permitiria obter uma poupança líquida final de 72 milhões de euros, face aos custos incorridos nos estabelecimentos de saúde incluídos no CHLC.

Tendo por base os pressupostos anteriormente referidos, apuraram-se os seguintes montantes para os dois cenários em análise:

Quadro 21 – Simulação dos Custos com Base nos Cenários 1 e 2

Unidade: M Euros e %

Tipo de Custo	Cenário 1 (Actual)	Cenário 2 (HOL)	Variação	
			Valor	%
Custos Infra-estrutura	306	351	45	15%
Custos Operacionais	229	112	-117	-51%
Total	535	463	-72	-13%

Fonte: Construção própria

Verifica-se, portanto, que a diferença entre os custos a suportar pelo Estado entre os dois cenários é de tal forma significativa que a opção de construção do novo hospital, por um período de 30 anos, permitiria ao Estado obter as poupanças necessárias para “financiar” a construção do novo edifício hospitalar e ainda poupar cerca de 72 milhões de euros.

A este propósito importa, no entanto, relembrar os condicionalismos constantes do Memorando de Entendimento relativamente à contratação de novas parcerias.

Por último, importa referir que nas poupanças referidas supra, não foram consideradas as poupanças relativas à prestação de cuidados de saúde em instalações modernas, bem dimensionadas e impulsionadoras de sinergias entre serviços, as quais serão certamente muito significativas.

Numa outra abordagem, é útil reapreciar a avaliação que foi oportunamente feita ao Programa de Parcerias Público Privadas que levou em consideração o *stock* de projectos existentes em 2006.

As conclusões do estudo desenvolvido pela Escola de Gestão do Porto, realizado em 2006, suportam esta mesma decisão ao atribuir a pontuação e prioridade máxima ao Hospital Oriental de Lisboa, quando comparado com os restantes projectos analisados, que se distribuem pelas diferentes regiões do País.

_Prioridade investimento em PPP:

A definição pelo Ministério da Saúde das prioridades de investimento nas PPP em saúde foi baseada num estudo solicitado à Escola de Gestão do Porto (EGP) para a avaliação de prioridades², tendo por base uma lista de seis unidades hospitalares:

² "Relatório Final – Estudo de Avaliação de Prioridade de Investimento com o Objectivo de Apoiar o Processo de Decisão, ao Nível Político, Quanto à Sequência Estratégica de Implementação dos Hospitais Inseridos na 2ª Vaga do Programa de Parcerias para o Sector Hospitalar", Fevereiro de 2006.

_Prioridade investimento em PPP (continuação):

- Novo Hospital de Vila do Conde/Póvoa de Varzim (em substituição do Centro Hospitalar Póvoa de Varzim/Vila do Conde);
- Novo Hospital de Vila Nova de Gaia (em substituição do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia);
- Novo Hospital Oriental de Lisboa (Hospital de Todos os Santos);
- Novo Hospital da Margem Sul do Tejo (localização a definir);
- Novo Hospital de Évora (em substituição do Hospital do Espírito Santo);
- Novo Hospital do Algarve (em substituição do Hospital Distrital de Faro).

Para o efeito, a EGP definiu os seguintes critérios de selecção:

Critério	Peso Relativo Final
C1 - Necessidades não satisfeitas	40,0%
_Necessidades não satisfeitas	15,0%
_Necessidades futuras	15,0%
_Insuficiências críticas	10,0%
C2 - Grau de definição do projecto hospitalar	12,5%
_Disponibilidade dos terrenos	5,0%
_Garantia de acessibilidades	5,0%
_Garantia de infra-estruturação e acesso a redes	2,5%
C3 - Factores de custo/ineficiência e de falta de qualidade nos cuidados de saúde prestados	25,0%
_Sobrecusto	10,0%
- Sobrecusto de exploração actual (custo de funcionamento)	5,0%
- Custos de investimento indispensáveis e justificados	5,0%
_Insuficiências de qualidade na prestação de serviços	15,0%
- Tempo médio de espera em listas de espera (Consulta)	1,1%
- Média do número de pessoas em lista de espera (Consulta)	1,1%
- Tempo médio de espera em listas de espera (Cirurgia)	1,1%
- Média do número de pessoas em lista de espera (Cirurgia)	1,1%
- Qualidade das infra-estruturas: adequadas/inadequadas	2,1%
- Taxas de reinternamento	2,1%
- % de internamento por infecções nosocomiais	2,1%
- % de cirurgias em ambulatório	2,1%
- Taxa de mortalidade geral	2,1%
C4 - Contributo para a racionalização da rede de estabelecimentos hospitalares existente e para a melhoria global dos cuidados de saúde prestados por esta rede de estabelecimentos	15,0%
C5 - Contributo para a competitividade/desenvolvimento da região ou de sectores da economia portuguesa particularmente relevantes	7,5%
	100,0%

Fonte: Estudo da EGP, 2006

Prioridade investimento em PPP (continuação):

Tendo por base os critérios anteriormente estabelecidos, assentes i) nas necessidades não satisfeitas, ii) no grau de definição do projecto, iii) no custo/ineficiência e falta de qualidade dos serviços prestados, iv) no contributo para a racionalização da rede de estabelecimentos hospitalares e v) no contributo para a competitividade/desenvolvimento da região, foi definida a seguinte priorização do investimento:

Hospital	Ranking
Hospital de Todos os Santos	69,58
Hospital de Faro	62,22
Hospital da Margem Sul do Tejo	53,85
Hospital de Évora	49,18
Hospital de Vila Nova de Gaia	35,64
Hospital da Póvoa de Varzim/Vila do Conde	13,31

Fonte: Estudo da EGP, 2006

Assim, e considerando a metodologia e os pressupostos utilizados no estudo, o Hospital de Todos os Santos foi colocado no primeiro lugar do ranking das prioridades para o investimento no sector da saúde.

Em caso de decisão governamental de avanço deste projecto, como se justifica e propõe, recomenda-se a reapreciação do seu número de camas projectadas, com uma potencial redução entre 15 a 20% do seu total, face aos seguintes factores: a) A demora média de 7 dias é superior em pelo menos em 1 dia, quando comparada com os indicadores do estudo da ENSP que nos foram disponibilizados, o que faz com que pelo menos 14,2% das camas possam estar a mais; b) A taxa de Cirurgia de Ambulatório assumida foi de 60% e a meta para que apontamos está nos 70%, o que significa cerca de 10% das camas cirúrgicas em excesso; c) A taxa de ocupação média prevista de 80%, face à média de 82,5% praticada nos hospitais, traduz uma enorme disponibilidade, que permite a referida redução.

II. Descrição

Construção no Hospital Oriental de Lisboa e encerramento dos hospitais de S. José, Capuchos, Santa Marta, São Lázaro, D. Estefânia, Curry Cabral e Maternidade Alfredo da Costa.

Imediata integração da MAC e do HCC no perímetro do actual CHLC, com ajustamento da oferta à capacidade a disponibilizar pela nova unidade hospitalar a iniciar funcionamento em Loures.

III. Impactos

Poupança líquida final de 72 milhões de euros, face aos custos incorridos nos estabelecimentos de saúde incluídos no CHLC.

IV. Fases de implementação e calendarização

1ª Fase

_Aprovação do projecto

_Tempo previsto = 60 dias

2ª Fase

_Construção

_Tempo previsto = 36 meses

V. Entidades envolvidas

Ministério da Saúde, Ministério das Finanças, ARSLVT e ACSS

VI. Monitorização e acompanhamento

Ministério da Saúde, Ministério das Finanças, ARSLVT e ACSS

6. Aprofundar a Parceria Estratégica com o Sector Social da saúde

I. Justificação

O Sector Social da Saúde e em especial as Misericórdias portuguesas, desempenham um importante papel, desde há vários séculos na prestação de cuidados à população portuguesa.

Um papel mais centrado, nos últimos anos, nos cuidados de ambatório e em cuidados continuados. Estes tipos de cuidados, prestados numa lógica de proximidade, têm-se constituído como uma peça essencial no equilíbrio da qualidade dos cuidados prestados.

As Misericórdias são actualmente detentoras de um vasto parque onde funcionam várias unidades de saúde exploradas pelo SNS. Da análise de várias unidades ao longo do País

constata-se da possibilidade de se proceder à sua transformação funcional em Centros de Alta Resolução ou Unidades de Cuidados Continuados.

Após uma análise mais fina da futura rede hospitalar dever-se-á ter este dados em consideração ao proceder-se a eventuais transformações das mesmas.

O desenvolvimento de modelos de cooperação com o Sector Social surge pois como uma hipótese de potenciação de recursos e de partilha de risco permitindo desenvolver unidades de saúde com manifestos benefícios para o Estado e para as populações.

II. Descrição

Aprofundar uma parceria estratégica com o Sector Social da Saúde, em especial com a União das Misericórdias com vista à devolução de unidades aos seus proprietários e contratualização de serviços aos mesmos, libertando o SNS de custos fixos e assentando os novos acordos em produção variável.

III. Impactos

A determinar

IV. Fases de implementação e calendarização

1ª Fase

_Definição e concepção do modelo de parceria a efectuar

_Tempo previsto = 3 meses

2ª Fase

_Elaboração e Avaliação dos protocolos a estabelecer em função da Carta hospitalar

_Tempo previsto = 6 meses

3ª Fase

_Implementação

_Tempo previsto = 12 meses

V. Entidades envolvidas

ACSS, ARS, União das Misericórdias

VI. Monitorização e acompanhamento

ACSS e ARS

7. Criação e Desenvolvimento de Centros de Excelência

I. Justificação

O desenvolvimento da Medicina em todo o mundo em geral e em Portugal em especial tem-se feito pela concentração de saberes e experiências a par de um incremental desenvolvimento tecnológico. O crescimento do saber especializado atingiu valores assombrosos nas últimas décadas sabendo-se hoje que mais de 50% do nosso conhecimento se modifica em menos de 5 anos.

Dos tempos enciclopedistas aos dias de hoje a viagem tem sido rápida. Hoje já não é expectável que todos saibamos de tudo. Na Medicina esse pressuposto tem constituído um dos temas mais discutidos nos últimos anos. Das poucas especialidades médicas de há alguns anos passamos hoje para 47 especialidades, 11 sub-especialidades e 7 competências. As especialidades mães deram origem a novas especialidades. Várias formas de organização foram sendo criadas e deram origem a diferentes modelos organizativos. Várias foram as motivações e justificações para o aparecimento das mesmas.

O diagnóstico e terapêutica das mais diferentes patologias médicas e cirúrgicas exige, em especial nas menos frequentes, um tratamento de excepção que passa inequivocamente pela concentração de casuística e recursos, envolvendo equipas multidisciplinares, com um controlo muito mais exigente e com um importante peso de investigação e ensino.

Várias são as áreas do saber médico onde este tema tem sido estudado e avaliado. Vários são as especialidades onde, ao longo dos anos, temos vindo a desenvolver centros em excesso para aquelas que são as necessidades do País. Tal facto tem levado a um excesso de consumo de recursos, escassez aparente de profissionais, desvio de recursos para onde seriam mais necessários. Esta é uma situação que tem de ser interrompida e Portugal precisa de definir o que entende por Centros de Excelência, áreas nas quais são prioritários, quais as exigências a que devem ser sujeitos e como podem e deve garantir-se o respectivo acesso. Num momento em que os direitos dos doentes em matéria de cuidados de saúde transfronteiriços estão em plena discussão na Europa e em Portugal este tema ganha especial importância podendo ser mesmo condição de sobrevivência e de competição para sectores estratégicos da Medicina Portuguesa.

A própria União Europeia e várias Sociedades médicas têm explanado esta preocupação ao definir com precisão o modelo de funcionamento e os *ratios* de centros a colocar em funcionamento.

A aprovação da futura Carta Hospitalar em articulação com a construção da Rede Nacional de Referência hospitalar deverá ter em conta os pressupostos e definições aprovados para estes Centros.

II. Descrição

Definição do conceito de Centro de Excelência e de qual a sua integração no Sistema Nacional de Saúde seguido da definição da Rede Nacional de Centros de Excelência.

III. Impactos

Não quantificados.

IV. Fases de implementação e calendarização

1ª Fase

_Definição do conceito de Centro de Excelência

_Tempo Previsto: 90 dias

2ª Fase

_Definição dos Centros de Excelência a implementar a nível nacional

_Tempo Previsto: 30 dias

3ª Fase

_Integração dos Centros de Excelência na Carta Hospitalar

_Tempo previsto: até ao final dos trabalhos da mesma

V. Entidades envolvidas

ACSS, ARS e Ordem dos Médicos

VI. Monitorização e acompanhamento

A definir

8. Um novo modelo para a cooperação entre os Hospitais e as Faculdades de Medicina

1. Justificação

Desde há centenas de anos que existe uma ligação muito presente e estrita entre o ensino médico e hospitais. Os modelos que têm suportado essa relação têm-se modificado ao longo dos anos. O predomínio de um ou de outro têm igualmente variado ao longo do tempo.

O actual modelo de relacionamento encontra-se profundamente desajustado relativamente aquilo que foi a evolução das Escolas Médicas e dos Hospitais.

A Educação Médica é hoje entendida como um processo contínuo no qual a formação pré-graduada é o primeiro passo de uma educação continuada. Assim o demonstra o investimento que as escolas médicas têm vindo a fazer na educação pós-graduada.

Os Hospitais devem assumir claramente qual o seu papel no desempenho de todo este processo de educação contínua e assumir que é necessário introduzir alterações no seu modo de funcionamento e no seu relacionamento com o mundo escolar.

Para tal importa reformular profundamente as carreiras clínicas e académicas no sentido da sua integração potenciando os recursos existentes e aproveitando sinergias.

E este relacionamento não se reflecte somente no nível mais restrito do ensino médico. Ao nível assistencial e ao da investigação translacional também importa estender a nossa reflexão.

O próprio desenvolvimento dos modelos de gestão e do funcionamento hospitalar a par de novas exigências e novos postulados leva a que o modelo de prestação de cuidados se alterou profundamente. O peso crescente dos MCDT e a diminuição marcada das demoras médicas são bons exemplos de como o ensino médico tem vindo a ser confrontado com novos desafios decorrentes da prática clínica actual.

Esta “rapidez” da prestação médica associada ao crescimento do número de alunos admitidas nas escolas médicas têm vindo a originar um ambiente desfavorável ao ensino médico.

O quadro legislativo que rege o ensino médico tem hoje cerca de 17 anos e o que rege as relações entre ambos 7 anos. Legislação esta que, no entanto, é reconhecida, bilateralmente, como desadequada.

Importa pois actuar de forma a mudar este quadro e adapta-lo aos dias de hoje. Importa clarificar as regras do jogo, actualizar os conceitos e definir os deveres de ambas as partes.

II. Descrição

Estabelecimento de uma Parceria para o Ensino Médico entre instituições de saúde e de ensino médico. Definição e avaliação de um modelo que consubstancie o conceito de Parceria.

III. Impactos

Não quantificados.

IV. Fases de implementação e calendarização

1ª Fase

_ Definição e avaliação de um modelo que consubstancie o conceito de Parceria.

_Tempo Previsto: 30 dias

2ª Fase

_Implementação do modelo

_Tempo Previsto: 6 meses

V. Entidades envolvidas

Ministério da Saúde e Ministério da Educação

VI. Monitorização e acompanhamento

Ministério da Saúde e Ministério da Educação

4.2 UMA POLÍTICA DE FINANCIAMENTO MAIS SUSTENTÁVEL

_4.2.1 Enquadramento

O papel económico e social dos Hospitais é da maior relevância, seja quando considerada a sua dimensão global, seja quando se atende à sua esfera geográfica e sectorial de actuação, pelo que se torna claro o quão importante é que os hospitais tenham modelos de governo que não só atinjam elevados níveis de desempenho, como contribuam para a difusão das boas práticas nesta matéria, incluindo a adopção de estratégias concertadas de sustentabilidade nos domínios económico, social e ambiental.

Devem ser instituídos os mecanismos de tomada de decisões, de divulgação de informação e de fiscalização das decisões susceptíveis de induzir uma utilização eficiente dos recursos disponíveis, em benefício exclusivo dos fins para que estas entidades foram criadas.

A adopção de princípios e práticas de boa governação das empresas do SEE, onde os HEPE se incluem, foi impulsionada pelas recomendações da OCDE e do Banco Mundial, na sequência do movimento da governação empresarial que se afirmou a partir de 1990.

O conceito de boa governação empresarial não é unívoco reunindo vários temas que vão desde a criação de valor, passando pelos conflitos de interesse, cumprimento das leis, regulamentos e códigos de conduta, pelos processos de decisão, controlo interno, divulgação de informação e *accountability*/responsabilização.

_Planeamento Estratégico

Relativamente aos instrumentos de gestão previstos no Decreto-Lei nº 233/2005, que aprova os estatutos das entidades públicas empresariais, um dos instrumentos de gestão e reflexão estratégica que está previsto é a elaboração de planos plurianuais de actividade, de investimentos e económico-financeiros, com um horizonte de médio prazo (Planos Estratégicos). Nos últimos anos, o processo de planeamento estratégico que deveria ser revisto e actualizado de três em três anos e que deveria ter sido dinamizado pela ACSS não foi concretizado, existindo um conjunto de entidades que não têm planos estratégicos actualizados.

Todo o processo de criação de novas entidades empresariais deve ser suportado por um Plano de Negócios a médio prazo, que incorpore os objectivos estratégicos da nova entidade a criar/transformar. Deve igualmente ser definido o capital estatutário necessário para a criação de cada uma dessas novas entidades empresariais.

Apesar, desta metodologia estar definida e de ter sido aplicada ao longo dos anos, em 2010 e 2011 procedeu-se à criação de novas entidades empresariais sem que os respectivos Planos de Negócio tivessem sido elaborados e aprovados pelas entidades competentes.

Informação de gestão e monitorização de desempenho

O processo de empresarialização dos hospitais, pressupõe a disponibilização regular de informação de gestão por parte das diferentes entidades e a definição de um processo integrado de monitorização e acompanhamento do desempenho destas instituições. Este processo foi realizado entre 2003 e 2005 pela Unidade de Missão dos Hospitais SA e posteriormente pelo IGIF/ACSS.

Estas reuniões de acompanhamento sistemático do desempenho dos hospitais foram realizadas até 2008, com o patrocínio e envolvimento da Tutela, e com resultados significativos ao nível do controlo de crescimento da despesa nas unidades hospitalares. A partir dessa altura, o ritmo dessas reuniões abrandou e nos últimos anos deixaram de se realizar. A ACSS iniciou, em Outubro de 2011, um processo de divulgação de indicadores de desempenho das unidades de saúde e a realização de reuniões de acompanhamento e controlo de gestão junto de ARS e hospitais.

Modelo de financiamento dos hospitais

Ao nível do financiamento dos hospitais, o actual modelo de financiamento assenta nos seguintes princípios gerais:

Quadro 22 – Princípios gerais do Modelo de Financiamento Actual

Racional de opção	Descrição
1. Linhas de actividade	Linhas de produção remuneradas em função de uma tabela de preços definida em função de grupos de estrutura de hospitais
2. Cirurgia de ambulatório	Preço da cirurgia em ambulatório inferior à actividade cirurgia convencional
3. Base de contratação	Contratação da produção com base em doentes equivalentes a nível do internamento, o que obriga a uma correcta e atempada codificação dos GDH, S.
4. Ajustamento /complexidade	Ajustamento dos preços de algumas linhas de actividade em função do case mix contratado com cada hospital
5. Grupos de estrutura	Os hospitais estão agrupados em “Clusters” , com preços finais diferentes de acordo com o “Cluster” a que pertence.
6. Estrutura fixa	Pagamento de parte dos custos fixos da produção não realizada , até ao valor contratualizado, nomeadamente ao nível da urgência.
7. Indicadores de qualidade	Existência de indicadores de qualidade e eficiência cujo cumprimento está indexado ao recebimento de incentivos institucionais
8. Partilha de risco	Pagamento da actividade a preços marginais acima do contratado. Produção acima de 110 % do contratado não é paga.
9. Adiantamentos	Adiantamentos mensais do <i>Contrato-Programa</i> por duodécimos, a regularizar com a apresentação da facturação mensal.
10. Financiamento dos investimentos	O actual modelo de financiamento não prevê o financiamento dos investimentos.

Fonte: ACSS

A remuneração da actividade SNS é feita da seguinte forma:

Quantidade X preço base X complexidade + qualidade/desempenho

Quadro 23 – Fórmulas de pagamento consoante o tipo de cuidado prestado

Tipo de cuidado	Variável de medida	Quantidade contratada	Índice de Case Mix	Preço	Pagamento
Internamento	Nº doentes equivalentes	x	ICMi	Preço grupo	x * ICMi * Preço grupo
Ambulatório	Nº doentes equivalentes	y	ICMa	Preço grupo	y * ICMa * Preço grupo
Consulta Externa	Nº consultas	z	-	Preço grupo (1as consultas + 10%)	z * Preço grupo
Urgência	Nº Urgências	w	-	Preço grupo	w * Preço grupo
Hospital de Dia	Nº sessões	m	-	Preço/tipo sessão	m * Preço/tipo sessão
Internamento de crónicos	Diária	t	-	Preço/dia	t * Preço/dia
Serviço Domiciliário	Nº visitas	v	-	Preço/visita	v * Preço/visita

NOTA: O internamento tem dois ICM: o de Medicina e o Cirúrgico. O mesmo sucede com o ambulatório

Fonte: ACSS

A produção efectuada pelas unidades hospitalares até 10% da produção contratada é paga a um preço marginal, nas diferentes linhas de produção, à excepção dos GDH cirúrgicos programados, que não são objecto de qualquer limite.

Transformação de todos os Hospitais em EPE

A existência de realidades jurídicas diferentes relativamente aos hospitais públicos, torna difícil a forma como são feitas as análises de desempenho das diferentes entidades. Para além disso, a existência de mais que um modelo jurídico hospitalar, origina uma maior dificuldade em termos da consolidação das contas do Serviço Nacional de Saúde.

Contratos Programa Plurianuais

Os contratos programa, actualmente, são elaborados anualmente, sem ter em conta o que foi acordado em termos de planeamento estratégico trianual. No processo de Planeamento Estratégico já são considerados volumes de actividade para cada um dos anos subsequentes, mas que não são considerados para efeitos da contratualização anual. Desta forma, não é possível prever, numa base tão estável como é desejável, o conjunto das operações financeiras que cada hospital tem com o Serviço Nacional de Saúde, decorrente do seu plano de produção estimado e acordado em sede de Plano Estratégico com as Tutelas conjuntas.

Avaliação do nível de satisfação dos utentes

A monitorização anual da satisfação dos utentes, através de inquéritos da satisfação apercebida dos utentes foi iniciado em 2003, o que permitiu anualmente perceber quais as prioridades de actuação dos respectivos conselhos de administração que permitam melhorar o nível de atendimento dos utentes, de acordo com as necessidades referidas pelos utentes.

Esta monitorização foi feita ao longo dos anos, desde 2003, no entanto, nos últimos anos este processo não foi concretizado ou publicitada a informação ao público em geral.

Apesar de referido em muitos planos estratégicos das unidades de saúde, não existe uma metodologia objectiva que permita avaliar a orientação para o utente das iniciativas de investimento previstos.

A prestação de **cuidados de saúde**, de um serviço público, deve ser **orientada para o cidadão/utente, eficiente, sustentável, aberto, transparente, auditável e responsável**.

A Lei n.º 27/2002, de 8 de Novembro (novo regime jurídico de gestão hospitalar), veio “acentuar o modelo de gestão hospitalar baseado no paradigma empresarial e os membros do órgão de gestão dos hospitais EPE estão também sujeitos ao Estatuto do Gestor Público e à adopção de

princípios de bom governo das empresas do Sector Empresarial do Estado" conforme refere o Tribunal de Contas

As boas práticas respeitantes à definição de estratégias de sustentabilidade referem que os Hospitais devem elaborar **Planos Estratégicos, de Actividades, Orçamentos** (investimento, exploração e tesouraria) adequados aos recursos e fontes de financiamento disponíveis e dos Planos de Investimento anuais e plurianuais, tendo em conta o cumprimento da missão e objectivos de que estas empresas tenham sido incumbidas, bem como definir estratégias de sustentabilidade nos domínios, económico, social e ambiental, identificando, para o efeito, os objectivos a atingir e explicitando os respectivos instrumentos de planeamento, execução e controlo.

A boa administração de uma unidade de saúde exige análises quantificadas, na óptica social ou da colectividade, que permitam aos decisores escolherem entre variantes de aplicação de um mesmo recurso em contexto de restrição orçamental.

A **transparência** constitui um princípio basilar de boa governação empresarial sendo especialmente assegurada pela divulgação pública.

A **informação disponibilizada deve ser transparente**, importante e actualizada sobre a vida da empresa e deve incluir, entre outros, as obrigações de serviço público a que está sujeita, os termos contratuais da prestação de serviço público, o modelo de financiamento subjacente e os apoios financeiros recebidos do Estado nos últimos três exercícios.

A implementação de um quadro **estratégico de indicadores de desempenho**, deverá corresponder a um conjunto de indicadores institucionais standard que sejam produzidos pelas unidades de saúde, independentemente da sua natureza jurídica, de acordo com um tratamento uniforme, estável e fiável que permita a avaliação interna e externa do desempenho da gestão e a publicação sistemática do desempenho de cada unidade hospitalar.

O sistema de **controlo interno**, na sua vertente administrativa, contabilística, estratégica e operacional pode ser reforçado através da função de Auditoria Interna, definida como uma actividade independente de garantia e de consultoria, destinada a acrescentar valor e a melhorar as operações de uma organização. Ajuda a organização a alcançar os seus objectivos, através de uma abordagem sistemática e disciplinada, na avaliação e melhoria da eficácia dos processos de gestão de risco, de controlo e de governação, que deve reportar directamente ao CA garantindo deste modo a independência de acesso sem restrições.

O fim último da actividade hospitalar deve estar orientada para os **interesses dos utentes e da comunidade**, isto é, permite estreitar o relacionamento entre o hospital e os seus utentes,

familiares e cidadãos em geral (*stakeholders*), de modo a garantir, por exemplo, o atendimento célere, a humanização da prestação dos cuidados, o encaminhamento adequado após alta, incluindo a facilitação do acesso a outras redes de prestadores (Rede de Cuidados Continuados ou Rede de Cuidados Primários), bem como a consideração da **opinião perceptível sobre a qualidade dos serviços prestados**.

Com as medidas enunciadas a seguir, pretende-se:

- a. **Reforçar e dinamizar o processo de planeamento estratégico** das unidades hospitalares. A abordagem de planeamento estratégico seguida deve ter por base o conhecimento no terreno, com um planeamento individual das instituições enquadrado pelas ARS do ponto de vista de melhoria da complementaridade regional e tendo em conta as prioridades e planos regionais e pela ACSS do ponto de vista da coerência e prioridades nacionais.

Neste sentido, terminando o ciclo de planeamento individual das instituições, os planos estratégicos regionais devem ser definidos/actualizados com base nas oportunidades de melhoria identificadas, prioridades definidas e linhas de acção acordadas. Os planos regionais para cada triénio, responsabilidade das ARS em articulação com a ACSS, devem ter por base, em termos de cuidados secundários, os planos estratégicos dos Hospitais da região.

A nível nacional devem ser retiradas conclusões quer do ponto de vista funcional quer do ponto de vista transversal da oferta de cuidados.

O planeamento em termos funcionais (recursos financeiros, físicos, humanos, sistemas de informação, iniciativas na área da qualidade) deve ter por base as prioridades identificadas no terreno pelas Administrações Hospitalares em fórum de Plano Estratégico. Neste sentido propõe-se a preparação de resumo das prioridades comuns aos Hospitais em termos funcionais que deverá alimentar o Planeamento nas respectivas áreas e nortear as iniciativas a lançar em cada ano pelo Ministério da Saúde, de uma forma transversal às diferentes unidades.

- b. **Melhorar o processo de disponibilização da informação e monitorização do desempenho das instituições hospitalares**, propondo-se para isso a produção de um quadro estratégico único de indicadores de avaliação do desempenho que permita o *benchmarking* entre as diferentes unidades hospitalares independentemente da sua natureza jurídica. Propõe-se igualmente a existência de um **Departamento próprio na ACSS que assuma o papel de único responsável pela reporte periódico da informação, gestão e avaliação de desempenho de cada hospital**. Este departamento, deve, igualmente, coordenar todo o processo de revisão periódica do planeamento estratégico dos hospitais, deve apoiar a negociação dos contratos programa e o

desenvolvimento dos planos de actividade e promover a difusão de melhores práticas dentro da rede hospitalar.

- c. **Revisão do actual modelo de financiamento hospitalar**, com o objectivo de até 2015 poder evoluir para uma tabela de preços única, para todas as unidades hospitalares, incluindo os hospitais em regime de parcerias público privadas. Numa primeira fase, a entrar em vigor já em 2012, propõe-se a existência de apenas dois grupos de financiamento em vez dos quatro grupos actualmente em vigor, bem como o reforço significativo do peso dos objectivos institucionais no financiamentos dos hospitais. Desta forma pretende-se que o modelo de financiamento possa induzir as unidades hospitalares a convergir para melhores desempenhos, nas suas diferentes dimensões e permitam uma trajectória de maior sustentabilidade dos hospitais a médio prazo.
- d. **Transformação de todas unidades hospitalares** que ainda se encontram no sector publico administrativo em **entidades públicas empresariais**. Desta forma, garante-se uma melhor comparabilidade no desempenho dos diferentes modelos de organização das unidades hospitalares, permitindo uma melhor e mais fácil consolidação das contas do Serviço Nacional de Saúde. **Actualmente**, mais de 90% da actividade e da estrutura de custos referente à actividade hospitalar está concentrada nos hospitais EPE, pelo que se propõe a transformação de todas as unidades hospitalares que permanecem no sector público administrativo, para entidades públicas empresariais, através de integração ou constituição de novas entidades públicas empresariais.
- e. **Elaboração de contratos programa plurianuais**, que acompanhem a vigência do plano estratégico e desejavelmente, o mandato de cada Conselho de Administração permitindo aos hospitais planear a oferta de cuidados de saúde e a actividade a médio prazo, desenvolvendo um instrumento estruturado que permita ao CA do hospital, planear e gerir a sua actividade.

A celebração de contratos programas plurianuais, obriga igualmente o Estado a um esforço de planeamento das necessidades de actividade a contratar com cada unidade hospitalar a médio prazo e garantir os recursos financeiros necessários para o pagamento previsto para cada um dos anos futuros.

Este facto, tem consequências ao nível da elaboração do orçamento do SNS para cada ano, uma vez que tem que ter em conta a produção já acordada com cada instituição e a consequente necessidade de recursos financeiros que permita garantir o pagamento dessa actividade, já acordada em anos anteriores.

- f. **Garantir a avaliação da qualidade apercebida pelos utentes, de forma a incorporar o contributo do cidadão/utente para o desempenho e organização do SNS**, nomeadamente, no que se refere à humanização de cuidados, comodidade, limpeza,

acolhimento dos utentes. Torna-se igualmente possível avaliar os impactos de decisões de gestão sobre a qualidade percebida, a satisfação dos utentes e consequentemente a previsão dos efeitos de alterações na satisfação sobre diversos indicadores de desempenho das organizações. Permite aos Conselhos de Administração orientarem as suas decisões de gestão em função dos resultados de satisfação percebidos pelos utentes e alinharem as suas estratégias com as necessidades identificadas pelos utentes.

4.2.2 Medidas

Apresentam-se, sumariamente, as medidas preconizadas no âmbito desta iniciativa estratégica.

Figura 11 – Política de Financiamento Sustentável

MEDIDAS:

1. Planeamento Estratégico e Operacional das Unidades Hospitalares
2. *Benchmarking* Hospitalar e Quadro Estratégico de Indicadores de Desempenho
3. Unificação da Tabela de Preços Hospitalar
4. Transformação de todos os Hospitais em EPE
5. Elaboração de Contratos-Programa Plurianuais (3 anos)
6. Incorporação do Nível de Satisfação dos Utentes na Avaliação de Desempenho dos Hospitais
7. Desenvolvimento de um Sistema de Custeio e de Contabilidade de Custos uniforme
8. Melhoria do Processo de Cobranças

Para cada medida apresentada apresentar-se-á: (i) Justificação; (ii) Descrição; (iii) Impactos; (iv) Fases de implementação e calendarização; (v) Entidades envolvidas; (vi) Monitorização e acompanhamento.

1. Planeamento Estratégico e Operacional das Unidades Hospitalares

I. Justificação

O processo de planeamento estratégico de cada unidade hospitalar, decorre dos instrumentos de gestão previstos no Decreto – Lei nº 233/2005. A contratualização da relação entre cada unidade hospitalar e o Estado, enquanto accionista/Tutela, deve ser assegurada através de um plano estratégico que concorra para a concretização, em paralelo, de dois objectivos:

- Objectivo de planeamento estratégico e controlo de gestão da actividade corrente de cada unidade hospitalar;
- Objectivo instrumental, através da formalização de um “compromisso” bilateral com o accionista/Tutela.

II. Descrição

Todo o processo de criação de novas entidades públicas empresariais deve ser suportado por um plano de negócios a médio prazo, que incorpore os objectivos estratégicos da nova entidade a criar/transformar, plano de recursos humanos, plano de investimentos, plano de produção e um plano de acção com vista à implementação de acções de melhoria que permitam à instituição convergir para melhores desempenhos.

Este plano estratégico deve incorporar igualmente demonstrações de resultados previsionais por linha de actividade, balanços previsionais e mapas de *cash-flows* previsionais. Este documento deverá servir de base para a definição dos capitais estatutários a considerar no momento da criação/transformação de qualquer unidade hospitalar em entidade pública empresarial.

A implementação de um processo de planeamento estratégico ao nível dos hospitais, com a definição de planos a três anos, deve englobar a definição de objectivos estratégicos, principais linhas de acção, planos de investimentos e projecções económico-financeiras para o período, bem como a explicitação dos ganhos de eficiência e de produtividade prevista que permita garantir a sustentabilidade a médio prazo de cada instituição. Os planos estratégicos de cada entidade deverão explicitar os princípios orientadores de actuação das respectivas administrações e constituirão o compromisso da unidade hospitalar na convergência para melhores padrões de eficiência na prestação de cuidados clínicos, de qualidade de atendimento e de equilíbrio económico-financeiro.

III. Impactos

Esta medida permitirá uma melhor gestão do risco entre o Estado e cada uma das unidades hospitalares, na medida em que existem um conjunto de objectivos estratégicos que estão acordados e cuja concretização fará com que aquelas unidades hospitalares possam convergir para melhores níveis de desempenho nas suas diferentes dimensões, económico-financeira, qualidade, acessibilidade, eficiência, e produtividade. Por outro lado, o acompanhamento permanente do nível de concretização do plano estratégico plurianual e a sua monitorização periódica, poderá traduzir-se num dos vectores essenciais de garantia da sustentabilidade destas unidades hospitalares.

IV. Fases de implementação e calendarização

Qualquer criação/trans formação de uma nova entidade pública empresarial deverá ser suportada por um plano estratégico onde fique demonstrada a sua sustentabilidade económica e financeira, a médio prazo, e onde sejam identificados os ganhos decorrentes da criação/trans formação/fusão, destas entidades.

Por outro lado, o processo de planeamento estratégico deverá ser objecto de renovação trianual, desejavelmente, coincidente com os mandatos dos respectivos conselhos de administração dessas entidades.

V. Entidades envolvidas

Este processo inicia-se no seio de cada entidade, com reuniões aos diferentes níveis da estrutura das unidades hospitalares. Destas reuniões deverão resultar os objectivos estratégico, os valores, a missão e a visão da instituição. O passo seguinte deverá ser a elaboração de um documento formal que permita a discussão das propostas contidas no plano com as diferentes estruturas do Ministério da Saúde e das Finanças. Ao nível do Ministério da Saúde deverá existir uma validação da ARS respectiva, tendo em conta os volumes de actividade previstos e as necessidades da região, bem como as opções estratégicas em termos de investimentos regionais. A ACSS deverá ter um papel de validação de todos os compromissos de desempenho económico – financeiro, ganhos de eficiência e de produtividade e de garantia da sua sustentabilidade. A ACSS, juntamente com a DGTF, deverá avaliar os respectivos planos estratégicos relativamente às necessidades de capital estatutário e estabelecer os critérios para a definição dos mesmos.

VI. Monitorização e acompanhamento

O acompanhamento dos planos deverá ser feito anualmente, através da produção de um relatório de progresso de modo a verificar a trajetória do desempenho que cada instituição

conseguiu alcançar face aos objectivos inicialmente definidos e tendo em conta a necessidade destas entidades necessitarem de garantir uma situação de sustentabilidade a médio prazo. Esta monitorização poderá ser feita pela Unidade de Estudos e Planeamento da ACSS e deverá ser objecto de análise pelas Tutelas conjuntas, Ministérios da Saúde e das Finanças.

Recomenda-se que esta Unidade de Estudos e Planeamento evolua para um Departamento focado apenas nos hospitais, agregando os recursos dispersos por várias unidades da ACSS, e dando corpo a um verdadeiro departamento focado no sector hospitalar do SNS, como uma estrutura permanente.

2. *Benchmarking* Hospitalar e Quadro Estratégico de Indicadores de Desempenho

1. Justificação

O quadro estratégico de indicadores de desempenho para as unidades hospitalares deverá ser uma ferramenta fundamental para um processo de acompanhamento e monitorização sistemático destas unidades, no sentido de poderem ser introduzidas as medidas correctivas necessárias, face aos desvios que se verificarem em cada momento. Só com um quadro de indicadores nas diferentes dimensões, disponíveis ao diferentes níveis (central, regional e local) se poderá tornar efectivo o processo de controlo de gestão que permita comparar desempenhos entre as diferentes unidades.

O quadro estratégico de indicadores de desempenho das unidades hospitalares deverá responder às aspirações, expectativas e necessidades dos diferentes *stakeholders*: Ministério da Saúde (objectivos de política de saúde e de desempenho operacional e económico – financeiro), Ministério das Finanças (objectivos de sustentabilidade e de eficiência na utilização dos recursos financeiros), Utentes (objectivos relacionados com os níveis de qualidade apercibida).

No sentido de permitir uma comparação rigorosa entre os diferentes tipos de entidades (hospitais, centros hospitalares, PPP), os parâmetros de análise e de monitorização do desempenho devem ser os mesmos.

II. Descrição

Para a promoção da eficiência e monitorização do compromisso da gestão das unidades do SNS é fundamental a existência deste quadro estratégico de indicadores de desempenho que:

- a. Disponibilize de forma sistematizada e intuitiva informação para os diferentes níveis de decisão – Central (Gabinete Ministro, Administração Central do Sistema de Saúde) e Local (Administrações Regionais de Saúde e Unidades Prestadoras);
- b. Promova a **transparência e a competitividade das instituições** através da comparação pública;
- c. Contribua para a **definição clara de prioridades de gestão** nos diferentes níveis de actuação – programas transversais promovidos pelos organismos centrais ou programas locais para unidades com limitações específicas.

Cada Indicador deverá ter um bilhete de identidade (BI) que seja claro e transparente que contenha a sua descrição, unidade de medida, objectivo, fonte de informação, fórmula de cálculo, frequência de monitorização e entidade responsável pela monitorização e fiscalização.

Após a disponibilização do quadro estratégico de indicadores de desempenho, é fundamental assegurar **o processo de monitorização e controlo**, nomeadamente com a implementação de:

- Reuniões regulares entre o Ministério da Saúde (ACSS/ARS) com as Entidades Prestadoras:
 - _Análise de desempenho e da execução orçamental;
 - _Medidas a adoptar na rede para a correcção de desvios;
 - _Novos projectos e ponto de situação de projectos em curso.
- Reuniões Temáticas com Grupos Específicos de Prestadores:
 - _Discussão de temas/desafios comuns ao grupo em questão;
 - _Lançamento de plano de acções para os temas identificados;
 - _Participação de convidados externos para discussão de melhores práticas no âmbito dos temas levantados.
- Reuniões Individuais de Desempenho:
 - _Análise de causas para os desvios identificados - face ao orçamento e aos objectivos estabelecidos;
 - _Apresentação pelo prestador do plano de acções para correcção de desvios;
 - _Discussão das Medidas Propostas e partilha com melhores práticas na rede.

A existência deste quadro estratégico de indicadores de desempenho, **permitirá a realização de *benchmarking* entre as diferentes unidades hospitalares** e promover as boas práticas que devem ser prosseguidas pelas unidades hospitalares que têm desempenhos desadequados relativamente aos melhores desempenhos da rede hospitalar.

III. Impactos

Este processo de disponibilização de informação sistemática permitirá um maior nível de visibilidade do desempenho de cada unidade hospitalar, permitindo a comparação do desempenho entre si e desta forma poder tornar-se num factor de estímulo à competição para melhores desempenhos. Por outro lado, a realização de reuniões sistemáticas de desempenho, permite identificar, com oportunidade situações de desvios significativos, entender esses desvios e identificar medidas que possam contribuir para a correcção dos mesmos.

No âmbito deste processo é possível igualmente, identificar e partilhar boas práticas no sentido das mesmas poderem ser disseminadas por toda a rede hospitalar.

IV. Fases de implementação e calendarização

Este processo deve iniciar-se imediatamente com base nos indicadores do *Contrato-Programa* que já são objecto de acompanhamento e avaliado e melhorado com o objectivo de poder estar em funcionamento pleno a partir de Janeiro de 2012. O quadro de indicadores deverá ser produzido mensalmente.

O futuro quadro estratégico de indicadores de desempenho deverá ser igual para todas entidades hospitalares, independentemente da natureza jurídica (SPA, EPE ou PPP). A base para a definição deste quadro estratégico de indicadores de gestão deverá ser o quadro de indicadores que actualmente já estão a ser objecto de acompanhamento para as Parcerias Público Privadas.

Paralelamente, deverão iniciar-se de imediato, as reuniões de monitorização e de desempenho das unidades hospitalares e para isso propõem-se os seguintes critérios, na definição das reuniões prioritárias de acompanhamento:

- a. Hospitais Críticos – 25% dos Hospitais com maior desvio face ao orçamento e objectivos (mix entre valor absoluto e percentagem);
- b. Hospitais Top Desempenho – 5 a 10% dos Hospitais com melhor desempenho económico (variação face ao período homólogo);
- c. Restantes Hospitais – hospitais com situação estável e considerados como não prioritários ou de monitorização reactiva.

O **Quadro Estratégico Indicadores Desempenho** deverá ser produzido mensalmente, com a **participação de uma entidade independente, preferencialmente a uma Universidade**, que garanta a articulação com a equipa de projecto no sentido de tratar os dados e produzir indicadores certificados. A certificação da informação produzida é fundamental para uma maior transparência e credibilidade da informação que é disponível.

_V. Entidades envolvidas

Deverão estar envolvidas neste processo as ARS respectivas e a ACSS. No entanto, este projecto deverá ser coordenado pela ACSS, no âmbito das competências das unidades de Financiamento e Contratualização, Estudos e Planeamento e Unidade operacional de Gestão Financeira.

_VI. Monitorização e acompanhamento

O Acompanhamento e monitorização das medidas que resultarem das reuniões com as diferentes unidades hospitalares deverão ser objecto de relatório a produzir pela ACSS, disponibilizado aos diferentes níveis (central, regional), de modo a permitir identificar o plano de acção a levar a cabo por cada entidade para atingir os objectivos acordados para cada ano, no âmbito do processo de contratualização e plano de actividades para cada ano.

Estes documentos deverão ficar disponíveis ao público através do site da ACSS.

3. Unificação da Tabela de Preços Hospitalar

_I. Justificação

Passados quase dez anos desde a implementação do modelo de financiamento original para o pagamento da actividade dos hospitais empresa e tendo em conta a transformação verificada ao longo destes anos, nomeadamente com a criação de Unidades Locais de Saúde e de Centros hospitalares, torna-se necessário analisar e aprofundar o modelo de financiamento em vigor. Por outro lado, as restrições orçamentais actualmente existentes e a necessidade dos hospitais estabelecerem planos de redução significativa da sua estrutura de custos faz com que a necessidade de revisão do actual modelo de financiamento seja ainda mais premente.

II. Descrição

Os elementos chave do actual modelo de financiamento dos hospitais assentam:

- a. Pagamento pela actividade realizada, medida em termos de produtos finais (número de doentes equivalentes de internamento, número de consultas, número de episódios de urgência, número de sessões de hospital de dia...) e não com base num orçamento histórico;
- b. Quantidades contratadas, claramente especificadas, o que obriga à partilha de risco entre o contratador e os prestadores e estabelece limites à despesa total do SNS;
- c. Sistema de preços diferentes para cada um dos quatro “clusters” em que cada hospital foi classificado, com níveis de remuneração fixados pelo contratador (pagador), o que “obriga” a unidade prestadora a alcançar os níveis de eficiência necessários, sem comprometer a qualidade mínima que é imposta,
- d. Atribuição de um incentivo institucional ao cumprimento de determinados objectivos que são estratégicos, a nível nacional ou a nível regional.

A comparabilidade do desempenho das diferentes unidades hospitalares, independentemente da sua natureza jurídica, só pode ser assegurada através da convergência a prazo, para uma tabela de preços única. Para além de uma tabela única para o pagamento da actividade hospitalar, o novo modelo de financiamento deve assegurar, o pagamento da disponibilidade da urgência, independentemente da sua utilização, a exemplo do que já acontece com as parcerias público privadas, bem como o pagamento de outros custos de estrutura específicos de determinadas unidades hospitalares e que não são corrigidas pelo índice de *case-mix* de cada hospital.

O modelo de financiamento deve ser um instrumento de indução de eficiência e não deve ajustar-se à estrutura de custos de cada hospital. Por outro lado, o modelo de financiamento deve incorporar uma componente crescente de resultados.

Proposta de revisão do actual modelo de financiamento:

- a. O **modelo de financiamento** deverá assim evoluir **para um preço único**, abandonando os actuais grupos de estrutura.
- b. O ICM continuará a ser usado como factor ponderador do financiamento hospitalar, porquanto reflecte a complexidade média dos casos tratados por cada hospital. O ICM deverá ser actualizado anualmente, de forma a retribuir de forma mais justa a produção de cada unidade.

- c. **Numa primeira fase, é proposta a manutenção de dois grupos de estrutura**, que actualmente correspondem aos grupos II e IV.
- d. A tabela de preços deverá ser ajustada de modo a ter em conta esta redução de 4 para 2 grupos de estrutura.
- e. O novo modelo de financiamento deverá permitir um maior incentivo à cirurgia de ambatório, de modo a alinhar os objectivos globais do sistema com os objectivos individuais de cada unidade.
- f. Deverá ser dada uma atenção muito especial no modelo de financiamento aos internamentos indevidos, pelo que deverá ser fomentada e **incentivada a referenciação ou a contratualização, por parte de cada unidade hospitalar, com os cuidados continuados**. Para tanto deverá ser considerada uma linha especial de financiamento para que os hospitais que não consigam colocar os doentes na rede de cuidados continuados possam eles próprios contratualizar camas de cuidados continuados, mediante o pagamento de uma diária.
- g. Para uma maior transparência do modelo de financiamento, deverá ser introduzida **uma nova linha de financiamento para as consultas não médicas** (psicologia, nutrição, enfermagem, etc.), uma vez que se trata de uma actividade relevante e que não é objecto de financiamento, actualmente.
- h. **Alargar a linha de financiamento “VIH/SIDA – Novos Doentes”** aos restantes doentes em tratamento, que actualmente apenas são objecto de financiamento através do pagamento de sessões de hospital de dia. (Cf. proposta para definição de um modelo de financiamento específico para os medicamentos disponibilizados em ambatório hospitalar).
- i. Propõe-se a evolução para a nova versão de GDH, mais actualizada.
- j. Propõe-se a revisão dos limiares mínimos e máximo dos GDH'S.
- k. A realização de **auditorias clínicas** é indispensável à verificação dos resultados clínicos, ao cumprimento de padrões de qualidade, dos tempos de espera e de internamento ou ainda do rigor nas altas clínicas. Deste modo, contribuem para a verificação de dados não fidedignos ou incompletos, que permite aperfeiçoar os instrumentos de medição do desempenho clínico.
- l. Aumentar o peso dos incentivos institucionais em função do desempenho, nomeadamente do desempenho clínico, no total do financiamento que já existe, de forma a fazer com que os hospitais tenham um estímulo ainda maior na convergência para melhores desempenhos e para garantia da sua

sustentabilidade económica e financeira. Propõe-se que estes incentivos **evoluam dos actuais 3% do valor global do contrato, para 10%.**

III. Impactos

Esta revisão do modelo de financiamento permitirá uma melhor e mais justa distribuição dos recursos financeiros existentes, em alternativa a um mero corte administrativo dos preços dos contratos programa, permitindo também explicitar o nível de esforço que cada hospital terá que conseguir para que acompanhe os melhores desempenhos da rede hospitalar.

A proposta de aplicação imediata de apenas dois grupos de estrutura, em vez dos quatro actualmente em vigor, será viabilizada através da passagem dos hospitais que ainda permanecem no grupo III de financiamento, para o grupo IV (tratam-se de situações residuais) e a passagem dos hospitais do grupo I, para o grupo II de financiamento (tratam-se também de situações pontuais). Esta alteração tem um impacto muito reduzido face ao actual modelo de financiamento com quatro grupos de estrutura.

Para além da concentração em apenas dois grupos de estrutura, propõe-se igualmente a redução do preço no internamento, em cerca de 15% e a manutenção dos preços das restantes linhas de actividades, e não uma redução de 5% no preço em todas as linhas de actividade, conforme está previsto para o *Contrato-Programa* de 2012.

A redução do preço do internamento será possível através da concretização de medidas que permitam a redução da demora média do internamento, uma vez que de acordo com os dados disponíveis de 2010, o potencial de redução deste indicador é significativo.

Quadro 24 – Proposta de preço por tipo de produção

Grupos Estrutura	Tipo de Produção	Preço (CP 2011)	Proposta 2012
		<i>em Eur</i>	<i>Em Eur</i>
1	Internamento	2.300,40	...
2		2.300,40	1.955,34
3		1.767,90	...
4		1.859,43	1.580,52
1	Primeiras Consulta (s/icm)	131,6	...
2		116,69	116,69
3		48,86	...
4		73,92	73,92
1	Consulta Subsequentes(s/icm)	119,64	...
2		106,08	106,08
3		44,42	...
4		67,2	67,2
1	Urgência	91,27	...
2		132,4	132,4
3		37,78	...
4		66,35	66,35

Fonte: ACSS

Quadro 25 – Proposta de preço por eventos de hospital de dia

Hospitais de Dia	Preço (CP 2011)	Proposta 2012
Quimioterapia	...	...
Hematologia	353,55	353,55
Infecologia	496,93	496,93
Imuno.	353,55	353,55
Psiquiatria – Hospital de Dia	36,73	36,73
Outras	24,26	24,26

Fonte: ACSS

A proposta apresentada permitirá uma redução no financiamento das unidades hospitalares para 2012 de cerca de 358 milhões de euros, em linha com a redução do orçamento da saúde para 2012 para os Hospitais.

Paralelamente, haverá uma redução potencial, da estrutura de custos das unidades hospitalares estimada em cerca de 476 milhões de euros resultante dos efeitos combinados das medidas individuais de cada unidade hospitalar reportadas na sequência do Despacho nº 10783/A/2011, de 31 de Agosto (redução de 11% dos custos operacionais) e dos efeitos estimados, das medidas constantes da proposta de orçamento do estado para 2012, transversais a todas as unidades hospitalares.

O impacto combinado destes dois efeitos, redução de proveitos de 358 milhões de euros e redução de custos de 476 milhões de euros, permitirá uma melhoria potencial, dos resultados dos hospitais em cerca de 117 milhões de euros.

De seguida, apresentamos o mapa com os impactos estimados, que decorrem das medidas que já enunciadas.

Quadro 26 – Impactos estimados das medidas de redução de proveitos e custos

Unidade: Euros

Regiões de Saúde	Valor Contratado	Peso Relativo	Valor Simulado	Redução Proveitos (a)	Redução Custos (b)	Efeito Combinado (a + b)
ARS Norte	1,481,530,358	34.2%	1,356,435,818	-125,094,539	114,481,719	-10,612,820.11
ARS Centro	839,321,974	19.4%	768,089,456	-71,232,518	79,759,298	8,526,780.00
ARS LVT	1,702,551,466	39.3%	1,566,757,465	-135,794,001	232,984,840	97,190,839.23
ARS Alentejo	158,244,066	3.6%	145,477,802	-12,766,264	25,711,932	12,945,668.87
ARS Algarve	155,376,286	3.6%	141,340,926	-14,035,360	23,627,521	9,592,160.67
Total	4,337,024,150	100%	3,978,101,468	-358,922,682	476,565,311	117,642,628.66

Fonte: ACSS

IV. Fases de implementação e calendarização

Este processo deve iniciar-se já em 2012, com a implementação de apenas dois grupos de financiamento, que deverá incorporar o *Contrato-Programa* plurianual, que se pretende que possa vigorar para os anos de 2012 a 2014. O aprofundamento do modelo e a sua concretização deve desenvolver-se durante os próximos três anos, para que a partir de 2015 seja possível ter uma tabela única que possa ser aplicada a todos os hospitais, de modo a promover a transparência e a comparação de desempenhos. Paralelamente à implementação do novo modelo de financiamento dos hospitais deverá ser concretizada a concentração das competências de contratador e pagador na ACSS, assumindo esta, todo o processo de conferência da facturação efectuada pelos hospitais no âmbito dos contratos programa.

As ARS serão chamadas, numa fase anterior ao *Contrato-Programa* de cada ano, a discutir o plano de produção geral para a sua região, mas o processo decorrerá sob a orientação da ACSS.

V. Entidades envolvidas

A entidade que em primeiro lugar deverá estar envolvida no processo de revisão do modelo de financiamento é a ACSS, através da sua Unidade Operacional de Financiamento e Contratualização, uma vez que é responsável pela definição da metodologia a ser aplicada em todas as regiões.

VI. Monitorização e acompanhamento

O Acompanhamento e monitorização do novo modelo de financiamento são fundamentais. Este é o principal instrumento que pode ser utilizado para induzir maior eficiência nos hospitais. Para isso torna-se fundamental uma grande clarificação dos conceitos, indicadores e modelos utilizados para que todas as entidades tenham o mesmo entendimento sobre o modelo de financiamento. É fundamental a realização de auditorias clínicas sistemáticas às unidades hospitalares, para que os níveis de qualidade definidos em sede de *Contrato-Programa* possam ser avaliados sistematicamente.

4. Transformação de todos os Hospitais em EPE

I. Justificação

Neste momento, mais de 90% da actividade e da estrutura de custos referente à actividade hospitalar está concentrada nos hospitais EPE. Existem hospitais de pequena dimensão e complexidade que ainda permanecem no sector público administrativo. Para uma melhor comparabilidade e análise de desempenho entre as diferentes entidades hospitalares e de forma a permitir uma melhor consolidação das contas do Serviço Nacional de Saúde, é importante ter apenas um tipo de realidade jurídica, no que se refere à rede hospitalar pública. Assim, entende-se propor a transformação de todas as unidades hospitalares que permanecem no sector público administrativo, para entidades públicas empresariais.

II. Descrição

A transformação das entidades públicas administrativas em entidades empresariais, pode ser concretizada, através da criação de novas entidades jurídicas autónomas, ou através da integração em Centros Hospitalares já existentes.

Neste processo de transformação/integração em entidades públicas empresariais é fundamental que partam de uma situação financeira equilibrada e dotadas dos capitais necessários ao desenvolvimento da sua estratégia.

No processo de preparação destas unidades para entidades públicas empresariais, deve ser assegurada:

- a. A disponibilização de um mapa com toda a actividade desenvolvida no ano em curso e evolução nos últimos três anos, nas principais linhas de actividade (consulta externa,

hospital de dia, urgência, internamento e cirurgia de ambulatório). Esta informação deverá ser desagregada entre actividade SNS e não SNS.

- b. Fundamental que o hospital proceda a um levantamento rigoroso da qualidade do registo da actividade do hospital.
- c. Deverá ser elaborado um **plano de investimentos** que permita criar as condições necessárias a uma reestruturação funcional destas unidades de forma a contribuir para a garantia da sua sustentabilidade económica.
- d. Deverá ser desenvolvido um **plano de negócios** (*business plan*) a médio prazo que identifique claramente, o enquadramento, ameaças e oportunidades externas, que espelhe um exercício de reflexão interna do hospital e uma formulação estratégica que explicita oportunidades de melhoria e linhas de actuação a privilegiar.

A determinação do capital estatutário para estas novas entidades a transformar em empresas deverá assentar nos seguintes critérios:

- 1. Os capitais permanentes devem cobrir os activos fixos – **regra do equilíbrio financeiro**.
(Após reestruturação do activo – eliminação dos activos não realizáveis e constituição de provisões justificáveis).
- 2. Deverá permitir ao hospital desenvolver um plano de investimentos que permita criar as condições necessárias a uma reestruturação funcional destas unidades de forma a garantir a sua sustentabilidade.

III. Impactos

Com a transformação destas entidades, em entidades públicas empresariais, o seu financiamento passa a ser feito em função da sua actividade. Assim, torna-se fundamental que estas novas entidades empresariais procedam a uma correcta identificação e codificação dos actos praticados para que os mesmos possam ser objecto de facturação e de pagamento.

A consideração dos Hospitais Empresa fora do sector das Administrações Públicas tem um impacto imediato na composição da despesa pública.

A estrutura de despesa altera-se, passando o pagamento dos actos médicos pelo SNS a ser contabilizado na óptica das contas públicas, como aquisição de serviços aos HEPE. Deixa de haver uma desagregação por natureza de despesa, relativamente a estes hospitais.

_IV. Fases de implementação e calendarização

1º Trimestre de 2012

_Identificação das unidades a transformar autonomamente ou a integrar em Centros Hospitalares.

2º Trimestre de 2012

_Início da preparação dos Planos de Negócios que suportem a transformação dessas unidades.

Julho de 2012

_Transformação efectiva de todas as unidades hospitalares em entidades públicas empresariais.

_V. Entidades envolvidas

Necessário envolver cada uma das unidades hospitalares objecto dessa transformação, as ARS respectivas, a ACSS e a Direcção Geral do Tesouro e Finanças.

_VI. Monitorização e acompanhamento

Este processo deverá ser coordenado e acompanhado no terreno e na articulação com a Direcção Geral do Tesouro e Finanças, pela Unidade Operacional de Estudos e Planeamento da ACSS.

5. Elaboração de Contratos-Programa Plurianuais (3 anos)

_I. Justificação

Os Hospitais elaboram Planos estratégicos a três anos, onde acordam os volumes de produção, enquadramento económico, plano de recursos humanos e investimentos necessários para a concretização do seu plano de produção. Neste sentido, a versão final do orçamento do SNS para cada ano deveria comportar os valores de proveitos (produção) dos Hospitais EPE, que constam dos planos estratégicos aprovados. Assim, o *Contrato-Programa* estabelecido entre cada hospital e o seu principal “cliente”, o SNS, deveria ser um *Contrato-Programa* plurianual, que acompanhe a vigência do plano estratégico e desejavelmente, o mandato de cada Conselho de Administração. Desta forma é possível aos hospitais planear a oferta de cuidados de saúde e actividade a médio prazo, desenvolvendo um instrumento estruturado que permita

ao CA do hospital, planear e gerir a sua actividade, definindo planos para melhoria de cuidados de saúde a prestar, dentro de um enquadramento de viabilidade económica e financeira da unidade.

II. Descrição

O plano de actividades e orçamento económico que incorpora o *Contrato-Programa* estabelecido entre cada hospital e o SNS, deverá explicitar, ao nível dos proveitos, a previsão das operações financeiras a estabelecer com o Estado, no âmbito do *Contrato-Programa* a celebrar com cada um dos hospitais.

Os contratos programa plurianuais devem integrar os orçamentos económicos e planos de actividades que deverão ser completados com os desdobramentos necessários para permitir a descentralização de responsabilidades e o adequado controlo de gestão.

Todas as previsões apresentadas deverão estar fundamentadas através de uma nota explicativa.

O processo de orçamentação e contratualização deve traduzir-se num compromisso efectivo entre todas as partes envolvidas e deve assentar nos seguintes pressupostos:

- Rigor (na informação)
- Objectivos exequíveis
- Envolvimento de todos os serviços
- Prioridades de actuação
- Desdobramento necessário à sua compreensão
- Melhoria sustentada

III. Impactos

A formalização de contratos programas plurianuais permite às unidades hospitalares gerir de modo mais adequado os recursos que vão ser disponibilizados para o período de vigência do contrato, podendo desta forma planear melhor a sua actividade e os níveis de esforço que têm que concretizar de modo a garantir uma trajectória de convergência para melhores desempenhos e de garantia da sua sustentabilidade.

IV. Fases de implementação e calendarização

Este processo deverá ser concretizado para o período de 2012 a 2014.

V. Entidades envolvidas

Necessário envolver cada uma das unidades hospitalares as ARS respectivas e a ACSS.

VI. Monitorização e acompanhamento

Este processo deverá ser coordenado e acompanhado pela Unidade de Financiamento e Contratualização da ACSS.

6. Incorporação do Nível de Satisfação dos Utentes na Avaliação de Desempenho dos Hospitais

I. Justificação

A par dos indicadores que monitorizam as dimensões económico-financeiras e de desempenho objectivo do sistema, é necessário produzir novos indicadores que promovam uma atitude participativa e informada por parte dos principais agentes do sistema.

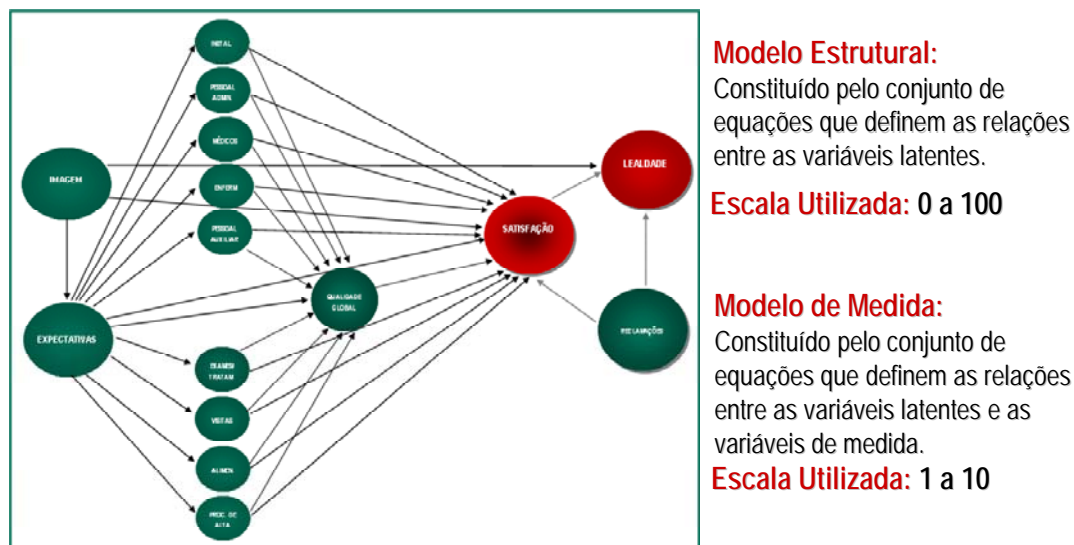
É assim necessário aprofundar o conceito de cidadania participativa no qual o cidadão participa nas decisões da sua própria saúde e do funcionamento do sistema, assim como concretizar o desígnio de colocar o utente no centro do Sistema. A avaliação da satisfação dos utentes deverá ser um dos indicadores nacionais objecto de acompanhamento e deve ser parte dos incentivos institucionais que são pagos a cada unidade hospitalar no âmbito dos contratos programa.

II. Descrição

Monitorização periódica da satisfação dos clientes através da realização de um inquérito por amostragem, o qual fornece informação para a estimação de um conjunto de modelos de satisfação do cliente/utente das unidades hospitalares do SNS.

Estes modelos devem incluir factores explicativos considerados relevantes, como sejam as instalações, a actuação dos vários profissionais de saúde e o processo de atendimento/admissão mas também considerar igualmente a relação entre satisfação, as reclamações e a lealdade do cliente/utente. Sugere-se a utilização de metodologias comprovadas a nível internacional, e que permitam a comparação e o *benchmark* com unidades de saúde de outros sistemas de saúde assim como com outras indústrias de serviços que possam servir como referência.

Figura 12 – Exemplo do Modelo “European Customer Satisfaction Index”



_III. Impactos

Os resultados produzidos pelo modelo permitem às organizações identificar e quantificar as relações de causalidade entre a satisfação do utente, os seus determinantes e os seus consequentes (como a lealdade e outros indicadores do desempenho dos hospitais).

Torna-se assim possível avaliar os impactos de decisões de gestão sobre a qualidade percebida, a satisfação dos utentes e consequentemente a previsão dos efeitos de alterações na satisfação sobre diversos indicadores de desempenho das organizações.

O Sistema de Saúde passará assim a:

1. Ter uma maior capacidade de avaliação, por parte do utilizador, da qualidade e do custo/benefício dos serviços de saúde (*accountability*) de forma a promover a competição no mercado.
2. Identificar as melhores práticas e promover a convergência das diferentes unidades em termos de satisfação dos utentes.
3. Avaliar o desempenho e orientação ao utente dos CA e Profissionais de Saúde.
4. Identificar das áreas de intervenção prioritária a nível local, regional e nacional: lançamento de projectos de melhoria com base nas prioridades identificadas.

_IV. Fases de implementação e calendarização

1º Trimestre de 2012

_Validação da metodologia, preparação do trabalho de campo

2º Trimestre de 2012

_Trabalho de campo e recolha da informação

3º Trimestre de 2012

_Tratamento dos dados e elaboração de relatórios (Nacionais, Regionais e por Hospital)

4º Trimestre

_Apresentação pública dos resultados e definição de programas de melhoria

_V. Entidades envolvidas

Necessário envolver entidades centrais do Ministério da Saúde (DGS e/ou ACSS) para acompanhamento e gestão do projecto e, ao nível metodológico e de trabalho de campo, a avaliação deve ser independente e cientificamente comprovada.

Neste domínio, a consistência da análise dos resultados é fundamental, pelo que se recomenda o envolvimento da Universidade Nova de Lisboa / ISEGI – Instituto Superior de Estatística e Gestão de Informação, que iniciou o modelo em 2003.

_VI. Monitorização e acompanhamento

A assegurar pelas entidades competentes do Ministério da Saúde em dois níveis distintos:

1. Acompanhamento e monitorização de qualidade do trabalho de campo e relatórios finais;
2. Monitorização dos indicadores das diferentes unidades e garantia da definição de objectivos de melhoria.

7. Desenvolvimento de um Sistema de Custeio e de Contabilidade de Custos uniforme

I. Justificação

Os Hospitais são estruturas complexas, em termos da sua organização interna e altamente qualificadas. Trata-se de organizações que são ao mesmo tempo, **plataformas tecnológicas sofisticadas**, têm que **atender pessoas debilitadas** e em sofrimento e ao mesmo tempo têm que promover a **investigação e o ensino da saúde**. Um hospital é uma organização **altamente qualificada**, quer em termos de **peçoal** (médico, enfermagem, técnicos de diagnóstico, etc.) quer em termos de **tecnologia** (equipamento médico altamente evoluído tecnologicamente) quer no que se refere a toda a **logística** que apoia e suporta a actividade de prestação de cuidados.

Assim, dentro de uma organização como uma unidade hospitalar, existe um confronto permanente entre objectivos diversos e complexos, que passam pela garantia do melhor acesso dos doentes, prestação de cuidados com elevados níveis de qualidade, conforto e satisfação para o doente, mas ao mesmo, a custos comportáveis para as unidades hospitalares e para os cidadãos em geral. Nesse sentido, é fundamental a existência de sistemas de custeio e de contabilidade de custos que permitam aos decisores, em cada momento, tomar as opções mais eficazes para os utentes e para o cidadão em geral.

II. Descrição

A existência de uma contabilidade analítica adequada e sistemas de custeio nos hospitais são absolutamente fundamentais. Trata-se de instrumentos essenciais para que cada instituição possa gerir proactivamente a sua actividade, identificando melhor as alavancas de actuação necessárias para melhorar o seu desempenho.

Permite, de uma forma mais objectiva e clara conhecer os custos de cada serviço, unidade ou mesmo de cada actividade, o que permitirá identificar melhor as áreas de ineficiência. Por outro lado as unidades hospitalares, com o conhecimento que passam a dispor da sua estrutura de custos podem preparar melhor a negociação do seu *Contrato-Programa* para cada ano e do enquadramento económico em que será concretizado esse *Contrato-Programa*.

Por outro lado se todas as unidades hospitalares tiverem sistemas de contabilidade analítica e sistemas de custeio adequados, permitirá um reporte de informação mais adequado e correcto que possibilitará comparar e medir o que é feito em cada instituição de modo a permitir que cada entidade possa melhorar os seu padrões de desempenho.

A existência desta informação mais consistente em todas as unidades hospitalares poderá constituir uma referência de grande importância para a definição dos preços dos actos prestados pelas diferentes entidades. Para isso é fundamental a existência de uma base de dados a nível central que permita a análise necessária para a definição dos preços no SNS.

A existência desta informação de gestão e a consolidação da mesma a nível central, permitirá ao Ministério da Saúde e à ACSS a definição de preços numa base mais sólida e adequada e permitirá aos hospitais conhecer melhor a sua estrutura de custos e definir uma melhor estratégia na alocação de recursos, de modo a melhorar a sua eficiência sem por em causa a qualidade do serviço prestado e a satisfação do utente.

III. Impactos

Alinhamento estratégico entre os objectivos centrais (ACSS) na definição dos preços e os objectivos individuais de cada unidade hospitalar no melhor conhecimento da sua estrutura de custos e a possibilidade de comparar com outras unidades de modo a maximizar a sua eficiência. O apuramento e controlo de custos são de extrema relevância para qualquer instituição e em particular para as unidades de saúde devido às limitações de recursos existentes, pelo que a informação correcta sobre os custos é fundamental para a adequação da gestão e para a tomada de decisões mais sustentadas.

IV. Fases de implementação e calendarização

Este processo deverá ser iniciado em 2012, e deverá constar dos objectivos do *Contrato-Programa* para que possa ter uma implementação efectiva em todas as unidades hospitalares.

V. Entidades envolvidas

Necessário envolver entidades centrais do Ministério da Saúde (ACSS) para acompanhamento e gestão do projecto quer ao nível metodológico quer ao nível do acompanhamento da evolução do projecto nas diferentes unidades hospitalares.

Para além da ACSS, todas as unidades hospitalares devem estar envolvidas desde o início do projecto, ou seja desde o momento da sua concepção, análise e implementação.

VI. Monitorização e acompanhamento

A assegurar pelas entidades competentes do Ministério da Saúde, nomeadamente pela Unidade Operacional de Gestão Financeira e Unidade de Contratualização e Financiamento da ACSS, com a elaboração de pontos de situação trimestrais.

8. Melhoria do processo de Cobranças

I. Justificação

Mais de 90% dos proveitos dos hospitais decorrem dos contratos programa estabelecidos com o SNS, pelo que o problema de cobrança decorre essencialmente das dificuldades para com os subsistemas, seguradoras e particulares. Ainda assim, os volumes de facturação por cobrar nas instituições hospitalares são significativos e exigem um esforço permanente e atento no sentido de garantir atempadamente a cobrança dos actos praticados.

II. Descrição

O problema da cobrança nos hospitais tem a ver com todo o ciclo da receita, que se inicia com a identificação correcta do doente, identificação adequada de todos os episódios do utente, facturação correcta e cobrança assegurada dos serviços prestados.

Uma boa e correcta identificação do utente, identificação da entidade financeira responsável, formação do pessoal administrativo e um sistema de informação que permita definir alertas sempre que informação relevante para efeitos de facturação não esteja preenchida é fundamental para uma cobrança eficaz. Deverá ser possível parametrizar nos sistemas de gestão de doentes que o operador quando está a registar os dados do utente não pode avançar para outros campos sem ter preenchido os campos obrigatórios que permitam uma correcta identificação dos doentes.

Os utentes, detentores de seguros de saúde ou beneficiários de subsistemas de saúde, devem apresentar os seus documentos de identificação desses subsistemas ou seguradoras de forma a permitirem aos hospitais a cobrança das suas despesas a essas entidades.

Para que o processo de identificação dos utentes seja o mais rigoroso possível, devem ser efectuadas auditorias sistemáticas ao sistema de registo dos utentes e deverá promover-se a formação adequada dos profissionais que asseguram esta função.

Por outro lado, a cobrança das taxas moderadoras deverá ser solicitada e garantida sempre que possível, no momento em que o doente está no hospital. No caso de não ser possível, deve solicitar-se o pagamento, facilitando o mesmo, através da possibilidade de pagamento por multibanco.

Se a questão da facturação aos subsistemas é relativamente pacífica na medida em que a assunção de responsabilidades pelos actos é assumida ou pré-contratualmente pelo subsistema, através de termos de responsabilidade, ou no decurso do livre acesso dos beneficiários aos hospitais públicos, a responsabilidade é confirmada retrospectivamente, ou seja, o beneficiário usufrui dos cuidados de saúde e o subsistema responsabiliza-se *a posteriori*.

No que respeita aos seguros de saúde, que não os seguros pessoais, há efectivo excesso de demora, por parte das seguradoras, no assumir das responsabilidades pelas ocorrências, quer se tratem de acidentes de viação, quer se tratem de acidentes de trabalho. Assim, é fundamental que os hospitais tenham pessoas dedicadas ao acompanhamento destes processos para que os prazos de cobrança possam ser mais adequados. Os Serviços de Gestão Financeira têm a responsabilidade de garantir a resolução destas situações, nomeadamente através de acções de contencioso que permitam assegurar as cobranças devidas.

III. Impactos

Se todo o ciclo da receita estiver perfeitamente implementado e possibilitar a sua auditoria, permitirá uma correcta identificação de toda a actividade prestada nos hospitais, uma facturação mais correcta e eficiente e uma cobrança mais atempada e eficaz, contribuindo desta forma para a melhoria do desempenho, quer económico, quer financeiro das unidades hospitalares. Permitirá aumentar os proveitos e melhorar a situação de tesouraria dos hospitais.

IV. Fases de implementação e calendarização

Este processo deverá ser iniciado em 2012 e deverá ser objecto de uma recomendação por parte da Tutela a todas as unidades hospitalares.

V. Entidades envolvidas

Necessário envolver entidades centrais do Ministério da Saúde (ACSS) para acompanhamento e avaliação da evolução verificada no sistema. Para além da ACSS, todas as unidades hospitalares devem estar envolvidas desde o início do projecto, ou seja desde o momento da sua concepção, análise e implementação.

VI. Monitorização e acompanhamento

A assegurar pelas entidades competentes do Ministério da Saúde, nomeadamente pela Unidade Operacional de Gestão Financeira e Unidade de Estudos e Planeamento da ACSS.

4.3 INTEGRAÇÃO DE CUIDADOS PARA MELHORAR O ACESSO

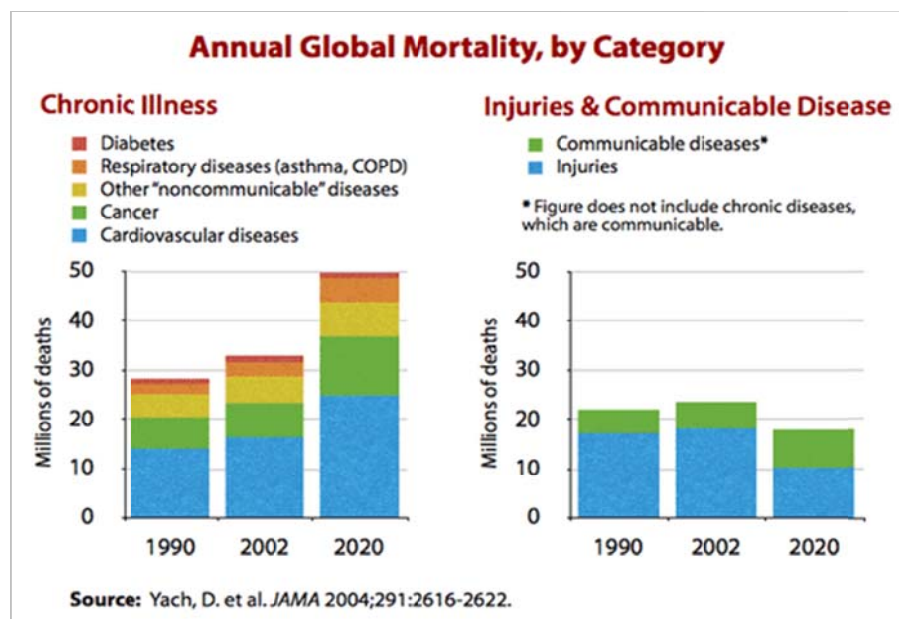
4.3.1 Enquadramento

Os sistemas de saúde deparam-se actualmente com novos problemas e desafios, de entre os quais destacamos o envelhecimento da população e a consequente prevalência crescente de patologias crónicas (Pew Commission, 1998, citado em Costa e Santana, 2008), os avanços científicos no tratamento da doença, a pressão económica e a crescente escassez de recursos, e a necessidade de melhorar o nível de qualidade assistencial. Como exemplo, o Inquérito Nacional de Saúde 2005/2006 refere que 5,2 milhões de portugueses (54% da população) sofrem de, pelo menos, uma doença crónica, mas há cerca de 2,6 milhões (29 por cento) que sofrem de duas ou mais doenças crónicas.

A incidência das doenças crónicas é crescente e aumenta com a idade, tendo um impacto significativo na duração e na qualidade de vida dos doentes. As doenças crónicas estão entre as principais causas de morte, doença e incapacidade nas sociedades ocidentais. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), as doenças crónicas representam mais de 60% da morbilidade mundial e, consequentemente, representam uma ameaça para a saúde pública e para a economia dos Países.

Estima-se que o tratamento destas patologias represente cerca de 60% a 80% das despesas em saúde.

Figura 13 – Mortalidade global anual, por categoria de doença



Estas alterações traduzem-se frequentemente por maior procura de cuidados, e as unidades prestadoras de cuidados de saúde, enquanto elementos fundamentais dos sistemas de saúde, têm procurado adaptar-se a estes novos desafios, procurando garantir uma resposta flexível e adaptativa ao seu meio envolvente.

No entanto, os cidadãos portugueses deparam-se, há anos, com dificuldades no acesso a cuidados de saúde. Os exemplos mais frequentemente citados incluem os tempos de espera para **consultas de especialidades hospitalares** e cirurgias ainda observados (vide, por exemplo, o último relatório do programa Consulta a Tempo e Horas, CTH), mas observam-se também grandes tempos de espera para realização de alguns meios complementares de diagnóstico e terapêutica.

Têm sido tomadas, ao longo dos últimos anos, medidas que tentam obviar alguns destes problemas, mas com sucesso relativo. A referenciação pelos médicos de Medicina Geral e Familiar para consultas hospitalares, por exemplo, tem, nalgumas especialidades e áreas geográficas, sido normalizada, com a definição por ambas as partes de critérios explícitos e protocolos de referenciação, mas esta não é ainda a realidade para todo o território e para todas as áreas clínicas. Da mesma forma, há experiências de colaboração de especialistas hospitalares com os Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES) mas também estas se limitam a determinadas especialidades e áreas geográficas. Grosso modo, hospitais e ACES nem sempre articulam de forma tão próxima quanto desejável, falhando a tão desejada **integração** na prestação de cuidados.

Simultaneamente, e apesar de haver alguma abertura a **contactos à distância** entre médico e doente, estes são, no sector público, a excepção e não uma possibilidade real.

É neste contexto, e no âmbito dessa resposta, que surge o movimento de integração de cuidados de saúde. Este movimento surge como forma alternativa de organização da oferta de cuidados de saúde, de forma a responder aos desafios que se colocam aos sistemas de saúde (Saltman e Figueras, 1988).

A criação de organizações integradas tem o objectivo de reduzir a fragmentação do sistema e a desarticulação entre as várias estruturas da oferta de cuidados de saúde. De entre os potenciais ganhos proporcionados pela integração de cuidados de saúde podemos destacar o aumento do poder de mercado das unidades integradas (maior vantagem negocial face aos fornecedores), a melhoria da qualidade assistencial (redução da variação clínica e dos erros médicos e maior partilha de conhecimento), a maior focalização no utente (processo contínuo mais centrado nas necessidades dos consumidores), o aumento da promoção do bem-estar (promovem-se as actividades relacionadas com a promoção da saúde e prevenção da doença), a disseminação do risco de negócio (subsidiarização cruzada entre as actividades

desenvolvidas ao longo do *continuum*), a criação de economias de escala (e a consequentemente melhoria dos níveis de eficiência económica) e a minimização de conflitos (devido à gestão conjunta das diferentes dimensões e níveis).

A progressiva introdução do conceito de integração de cuidados de saúde em muitos Países europeus (Leichsenring, 2004; Contandriopoulos et al., 2003) deve-se ao facto de se acreditar nas suas potencialidades como possível solução para os problemas dos sistemas de saúde, nomeadamente no que respeita a ganhos de qualidade assistencial e melhores resultados em Saúde (Byrne e Ashton, 1999). É geralmente aceite pelos autores que a falta de integração entre os diferentes níveis de cuidados pode resultar em falta de qualidade e ineficiência, e é prejudicial aos utentes (Grone e Garcia-Barbero, 2001).

A integração de cuidados de saúde tem registado um grande crescimento em vários sistemas de saúde em todo o mundo e tem sido alvo de um interesse crescente por parte de grande parte dos *stakeholders* (Brown e McCool, 1986; Devers et al., 1994; Sicotte, D'Amour e Moreault, 2002). No entanto, o seu desenvolvimento não foi semelhante em todos os Países, tendo-se verificado particularmente nos Estados Unidos da América (EUA) durante a década de 90.

Em Portugal, não obstante terem sido encetados alguns movimentos de integração de cuidados de saúde, designadamente através da criação de Centros Hospitalares, Agrupamentos de Centros de Saúde ou Unidades Locais de Saúde (ULS), continua a verificar-se uma deficiente integração de cuidados, nomeadamente entre diferentes níveis de prestação.

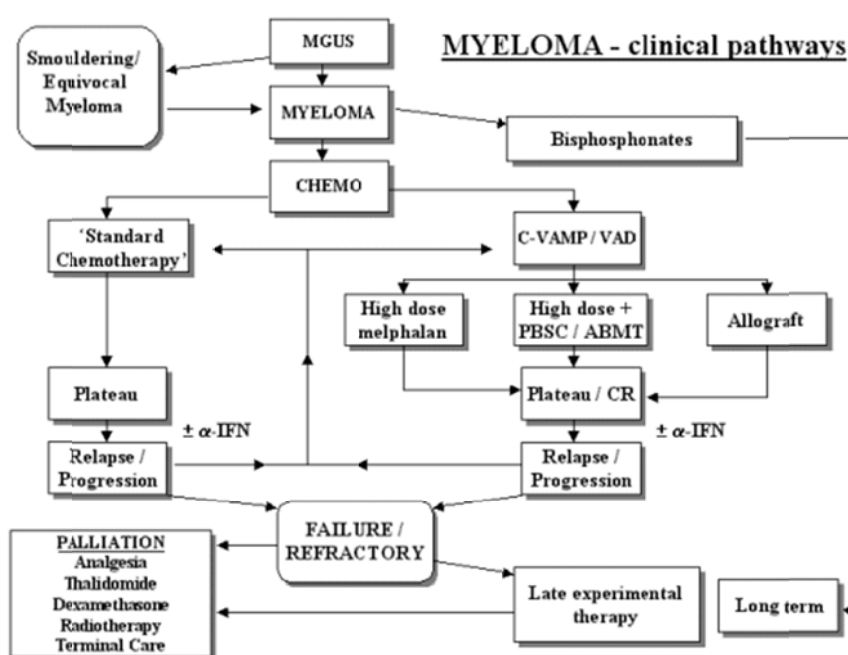
Como potenciais efeitos nefastos consequentes da fragmentação dos cuidados de Saúde, podemos referir a promoção da doença e a perda de eficiência, designadamente para o pagador, bem como a falta de acessibilidade, a perda de qualidade assistencial e a desorientação dos consumidores do sistema. Esta falta de integração de cuidados coloca actualmente uma pressão crescente sobre os hospitais, particularmente sobre as suas áreas dedicadas ao acompanhamento de doentes em ambulatório.

A insuficiência de resposta por parte dos cuidados primários, aliada ao facto de os hospitais estarem tradicionalmente mais vocacionados para o tratamento de casos agudos e ao facto de as respostas não estarem integradas entre os dois níveis de cuidados, origina uma situação de desajuste entre a oferta e a procura de cuidados em ambulatório, que tem resultado em elevadas listas de espera que, em algumas especialidades, ultrapassa um ano de espera.

Por outro lado, o facto de não existirem "*clinical pathways*" perfeitamente definidos e consensualizados para os diferentes doentes/patologias, cria uma grande variação de prática clínica e é uma importante fonte de ineficiência hospitalar.

Existe necessidade premente de definir com maior rigor a periodicidade, o número e a necessidade de MCDT para acompanhamento de cada tipo de doente crónico, bem como os fármacos mais adequados para cada fase clínica da sua doença, promovendo a denominada reconciliação da terapêutica entre os diferentes níveis de cuidados e, assim, diminuindo o número de efeitos adversos relacionados com o medicamento, reduzindo reinternamentos e recurso às urgências hospitalares.

Figura 14 – Exemplo de Clinical Pathway



Fonte: NHS

A falta de integração de cuidados, e de uma clara definição de “clinical pathways” consensualizados entre níveis de cuidados, contribui também para gerar problemas de acessibilidade relacionados com o facto de os cuidados hospitalares se encontrarem congestionados com a prestação de cuidados menos diferenciados e que poderiam ser prestados no âmbito dos cuidados primários.

Efectivamente, todos os anos no Sistema Nacional de Saúde são efectuadas mais de 7 milhões de consultas subsequentes, em que os pacientes regressam ao hospital para serem acompanhados nos seus progressos clínicos e realizarem novos meios complementares de diagnóstico, ou para analisarem, em conjunto com o seu médico assistente, os resultados dos MCDT realizados.

Uma proporção considerável destas consultas subsequentes são clinicamente desnecessárias, criam desconforto e ansiedade aos pacientes e consomem recursos valiosos. A proporção de consultas subsequentes varia consoante o hospital analisado, situando-se actualmente entre 60 e 80 % do total (excluindo hospitais especializados, que têm necessariamente mais consultas subsequentes), sendo que o total do SNS se situa em cerca de 70 % das consultas realizadas.

Realizam-se anualmente mais de 7 milhões de consultas subsequentes que custam ao SNS, mais de 700 milhões de euros. Por outro lado, verifica-se que a maior parte das faltas se verifica em consultas subsequentes, sendo uma fonte importante de desperdício.

Esta situação condiciona fortemente a acessibilidade dos doentes aos cuidados de saúde hospitalares, porquanto os hospitais têm os seus recursos mais orientados no sentido de dar resposta às suas consultas subsequentes, em detrimento da realização de primeiras consultas, não dando assim resposta às longas listas de espera que actualmente existem.

Geralmente a ênfase da gestão da procura e do controlo do acesso tem sido colocada na interface do primeiro contacto do paciente com o Hospital, no sentido de gerir a procura e de evitar primeiras consultas. Efectivamente, o foco não tem sido colocado na gestão das consultas subsequentes, ao contrário do que seria desejável, de forma a aumentar a taxa de acessibilidade e de aumentar a qualidade dos cuidados prestados.

Em suma, estamos perante uma situação em que os recursos não são usados de forma a promover acessibilidade, e em que os cuidados nem sempre são prestados no nível de cuidados mais adequado, decorrendo a situação de uma falta de integração de cuidados que urge corrigir.

Outro exemplo deste facto é a **sobrelotação das urgências hospitalares**, em parte com casos que são depois triados como não urgentes.

Na outra extremidade do espectro, a inexistência, durante décadas, de camas de **cuidados continuados** foi causa de permanência inapropriada de doentes nos Hospitais de agudos. Não era, nem é, a única causa, mas uma causa principal.

Para garantir uma continuação da prestação de cuidados, mas não necessariamente em meio hospitalar, foi criada há relativamente pouco tempo a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI). A criação e o desenvolvimento da Rede de Cuidados Continuados Integrados, desde 2006 é uma solução para o problema da utilização inapropriada do internamento hospitalar, através da satisfação de necessidades de saúde e de natureza social, com relevo para as que decorrem do envelhecimento populacional.

A Unidade de Missão dos Cuidados Continuados Integrados descreve a natureza e objectivos da Rede da seguinte forma:

"A RNCCI, que se constitui como um novo modelo organizacional criado pelos Ministérios do Trabalho e da Solidariedade Social e da Saúde, é formada por um conjunto de instituições públicas e privadas, que prestam cuidados continuados de saúde e de apoio social. Estas novas respostas promovem a continuidade de cuidados de forma integrada a pessoas em situação de dependência e com perda de autonomia. São objectivos da RNCCI a prestação de cuidados de saúde e de apoio social de forma continuada e integrada a pessoas que, independentemente da idade, se encontrem em situação de dependência. Os Cuidados Continuados Integrados estão centrados na recuperação global da pessoa, promovendo a sua autonomia e melhorando a sua funcionalidade, no âmbito da situação de dependência em que se encontra."

Ainda de acordo com a Unidade de Missão dos CCI:

"Portugal é o quarto País da União Europeia com a população mais envelhecida e o sexto da OCDE com maior índice de dependência de idosos. Em 4 anos, a RNCCI prestou cuidados a mais de 50 mil pessoas que, não estando em situação que justifique internamento hospitalar, necessitam de cuidados que garantam a sua reabilitação e reintegração social. A RNCCI assume um papel estratégico no reforço da capacidade de intervenção do Serviço Nacional de Saúde na prestação de cuidados de saúde e apoio social ao nível da reabilitação e da promoção da autonomia e, consequentemente, na redução dos reinternamentos. "

A prestação de cuidados continuados integrados é assegurada por:

- **Unidades de internamento** – Unidades de Convalescença; Unidades de Média Duração e Reabilitação; Unidades de Longa Duração e Manutenção; Unidades de Cuidados Paliativos;
- **Unidades de ambulatório** – Unidades de Dia e de Promoção da Autonomia;
- **Equipas domiciliárias** – Equipas de Cuidados Continuados Integrados; Equipas Comunitárias de Suporte em Cuidados Paliativos.

O desenvolvimento recente e previsto para a Rede é resumido no Anexo 8.11 [Desenvolvimento da Rede CCI].

Podemos constatar que as taxas de desenvolvimento da Rede são muito diversas, de Região para Região. A média Nacional é de 38,4% do inicialmente previsto. A Região Norte aproxima-se da média nacional com 38,2%. As Regiões Centro, Alentejo e Algarve estão claramente acima da média nacional, com 54,4%, 61,6% e 62,2%, respectivamente. A região de Lisboa e Vale do Tejo tem os maiores problemas, com 22,4%. Com esse valor acrescenta-se mais um contributo para a menor eficiência dos Hospitais da Região.

Para além do volume de camas existentes, há a referir o escasso desenvolvimento das Equipas de Cuidados Continuados Integrados, e a não regulamentação das Unidades de Dia e de Promoção da Autonomia, ou seja de toda a área de cuidados de ambulatório.

Na área social, a carência de camas em lares cria bloqueios à alta de doentes provenientes da base da Rede, ou seja das Unidades de Longa Duração e a partir daí até aos Hospitais. Qualquer estrangulamento na rede social e na RNCCI reflecte-se a montante, ou seja a nível hospitalar, bloqueando a alta de doentes que das mesmas necessitem.

Tudo isto implica um desperdício de grandes dimensões, constituindo uma das causas do sobredimensionamento hospitalar. Na prática, até à data, a criação da RNCCI sobrepôs uma nova estrutura e uma nova fonte de custos à estrutura e custos hospitalares, sem que estes se reduzissem. Há que corrigir a situação de forma a tirar proveito pleno de um complemento de grande valor no contexto do SNS.

Esta não tem, no entanto, sido capaz de dar resposta a todos os pedidos de apoio, e vê-se, ela própria, a braços com casos que não são especificamente do foro da saúde. Por outro lado, os dados no Anexo 8.11 [Dados da Referenciação para a RNCCI em 2011-10-20 (até 31.08.2011)] mostram, Hospital a Hospital, o volume de doentes referenciados e os dias gastos internamente para a referenciação e externamente para encontrar vaga. As diferenças significativas, na coluna dos Dias para Referenciar, mostram que há problemas internos de gestão do processo de referenciação e não apenas problemas de falta de vagas na Rede.

Os tempos do internamento até à identificação de vaga na rede variam significativamente entre o Norte e o resto do País e são significativamente piores na Região de Lisboa e Vale do Tejo.

A Região de Lisboa e Vale do Tejo apresenta valores de tal modo elevados que exige uma intervenção específica que altere a situação. A Região Norte, apesar de estar longe ainda da disponibilidade de camas da Rede, apresenta valores comparativamente melhores, o que poderá indicar melhor gestão geral das altas e maior eficácia do processo de referenciação. As ULS do Alto Minho e de Matosinhos apresentam resultados interessantes, a juntar aos Hospitais e Centros Hospitalares acima referidos. A maior disponibilidade de recursos de CCI no Algarve e no Alentejo não parece ser suficiente para a obtenção dos melhores resultados.

Que fazer? Com a Rede apenas a 38,4% não haverá solução satisfatória. No entanto, o seu crescimento subsequente parece dever ser rigorosamente acompanhado de uma diminuição das camas e correspondentes recursos a nível hospitalar. Nesse crescimento incluem-se as estruturas de ambulatório e os cuidados domiciliários.

A medida mais relevante parece ser a da desburocratização do processo de colocação do doente na Rede, de forma fazer coincidir, a partir da situação ideal da sua expansão até 100% das necessidades previstas, a alta clínica com a saída do Hospital. Qualquer dia a mais é desperdício.

Parece ainda ser aconselhável a fusão das Unidades de Convalescença com as Unidades de Média Duração e Reabilitação, permitindo uma gestão mais flexível e alargando a capacidade existente, por uma melhor taxa de ocupação.

Será da maior importância que à Segurança Social caiba estudar as carências em Lares, de forma a evitar o estrangulamento existente.

Sendo que os Hospitais concorrem com os Centro de Saúde nas vagas para a Rede, parece de estudar quais as prioridades a seguir, em particular para as Unidades de longa Duração e Manutenção.

As Regiões mais carenciadas, com relevo para Lisboa, carecem de um programa prioritário para reduzir o fosso que as separa das restantes.

Deverá ser aberta, aos Hospitais, a possibilidade de criarem camas de cuidados continuados em espaços até agora ocupados por camas de agudos e, sendo financiados pelos preços estabelecidos para a Rede.

Os Hospitais e as Unidades da Rede devem utilizar um processo de Planeamento de Altas, com supervisão da gestão de topo da organização e controlo, através de indicadores que reflectam os seus resultados e definição da política da organização na matéria. O processo deve reflectir a multidisciplinaridade da função do Planeamento de Altas, com uma vertente social liderante, de acordo com a origem e tradição do mesmo.

É ainda de grande relevância o *follow-up* dos doentes após a alta, a partir do Hospital, pelo impacto que tem na resolução de problemas e consequente redução de reinternamentos.

Por outro lado, recomenda-se uma melhoria da qualidade da referenciação e da informação que acompanha o doente para a Rede. Sobre esta última recomendação, veja-se o testemunho da Dr.ª Inês Guerreiro, disponível no site da UMCCI e no Anexo 8.11 [Testemunho da Dr.ª Inês Guerreiro sobre a qualidade da referenciação].

Finalmente, uma palavra para a aparente dificuldade dos **processos de contratualização**, desenvolvidos e implementados entre nós há cerca de uma década, de resolverem estas situações.

Para resolver alguns dos problemas descritos, será necessário promover mecanismos que promovam uma nova forma de integração de cuidados entre diferentes níveis de prestação e uma nova abordagem à prestação de cuidados ambulatoriais por parte dos hospitais.

No que respeita à integração de cuidados, deverá ser dada prioridade à integração clínica e de informação entre diferentes níveis de cuidados.

É consensualmente aceite que a integração clínica é a dimensão mais importante da integração, sendo aquela que mais contribui para a prestação de cuidados mais custo-efectivos e com qualidade. A integração clínica pode ser definida como o grau de coordenação de cuidados de saúde no que respeita às funções, actividades e unidades operativas de um sistema e podemos afirmar que é constituída por seis componentes base (Devers et al, 1994, citado em Costa e Santana, 2009): 1) O desenvolvimento de protocolos clínicos, 2) A uniformidade e acessibilidade aos registos médicos, 3) A recolha e utilização de resultados clínicos, 4) O esforço de programação e a planificação clínica, 5) A partilha dos serviços clínicos de suporte e 6) A partilha das linhas de produção clínicas.

A gestão da doença tem sido uma das formas de agrupamento mais implementadas no âmbito da integração clínica, e pode ser definida como a gestão e prestação de cuidados, a uma população que se encontra em risco, ou à qual já foi diagnosticada uma determinada doença, através de um sistema integrado, utilizando as melhores práticas clínicas, tecnologias de informação e recursos (The Boston Consulting Group).

Um dos aspectos mais importantes da integração clínica é o funcionamento de equipas multidisciplinares (entre diferentes especialidades profissionais) e interdisciplinares (entre elementos da mesma equipa) (Shortell et al, 1993), sendo que podem tratar-se de equipas com integração vertical ou horizontal.

Para promover este tipo de integração, é importante que as equipas envolvidas no *continuum* de cuidados sejam incentivadas através de mecanismos que promovam a coordenação e o seu funcionamento numa lógica conjunta e harmonizada (Ackerman, 1992; Galvin, 1995).

Outros aspectos também referidos como sendo importantes para a integração clínica são: 1) a proximidade geográfica que é necessária existir entre os elementos do sistema de prestação (Conrad e Dowling, 1990; Parker et al, 2001) e 2) o processo de referenciação médica entre prestadores de primeira e segunda linha, uma vez que um bom processo melhora a qualidade e a eficiência dos cuidados prestados (Gandhi et al, 2000).

A integração de informação é também entendida como um requisito fundamental para garantir a coordenação efectiva da prestação de cuidados de saúde. Alguns autores consideram mesmo que a existência de sistemas de informação é fundamental para o sucesso da integração, considerando a sua ausência como uma barreira à integração (Shortell, et al, 2000).

Outros consideram que, sem integração ao nível da informação, não será possível garantir as restantes dimensões funcionais, designadamente a clínica. Só com este suporte tecnológico será possível incorporar os dados clínicos, garantindo que independentemente do local onde seja realizada a prestação de cuidados de saúde, a informação se encontre disponível (Duffy, 1996).

Caso de sucesso - Processo Clínico Partilhado

Em 2007, foi criada na Região de Aveiro a rede telemática para a saúde (www.rtsaude.org), abrangendo um total de 345 000 habitantes. Esta rede permite a ligação da informação clínica de 2 hospitais e 6 centros de saúde, que passam a partilhar a informação clínica dos seus pacientes. Cada episódio gera informação que alimenta um processo clínico regional resumido, que passa a estar disponível aos médicos e enfermeiros das unidades envolvidas na rede. A rede foi criada com os necessários requisitos de autenticação, estando aprovada pela CNPD.

Um dos aspectos críticos mais referidos no âmbito desta dimensão é a existência de um processo clínico electrónico por doente. A existência deste processo clínico permite a centralização de todos os dados do doente num único suporte, que, suportado em ferramentas de tecnologias de informação, pode reproduzir o conceito de cadeia de produção centrado no *continuum* e no acompanhamento do doente ao longo do processo de produção (Leaf, Pink e Gurriere, 2000).

De forma a encontrar um fórum que permita e promova a implementação de uma maior integração de cuidados, interessará formalizar “espaços” onde se as estruturas se encontrem e consensualizem as formas de melhor tratarem os doentes da sua área de influência. A este propósito importará analisar o funcionamento das Unidades Coordenadoras Funcionais para a área da Saúde Materna e Infantil (UCF). As Unidades Coordenadoras Funcionais (UCF) da Saúde Materna e Neonatal foram criadas pelo despacho n.º 6/91, de 28 de Maio, tendo as suas competências sido alargadas para a saúde da criança e do adolescente, pelo despacho n.º 12917/98, de 27 de Junho.

Estas estruturas têm-se imposto como a estrutura central, promotora do diálogo entre as diferentes instituições prestadoras de cuidados de saúde, sendo responsáveis pela identificação dos problemas e necessidades da população a nível de saúde da mulher, da criança e dos

adolescentes. No âmbito deste modelo de integração, cada entidade mantém a sua autonomia, órgãos e processos de gestão, trabalhando em conjunto, de forma a promover a integração de cuidados de saúde dos doentes da sua área de influência.

A UCF integra geralmente profissionais do Hospital (Obstetra, Pediatra, enfermeiro, Técnico Serviço Social) e profissionais dos Centros de Saúde/ACES da sua área de influência (Médico de família e enfermeiro coordenador de Saúde materna e infantil), que consensualizam entre si circuitos assistenciais, protocolos de referenciação e modos de actuação, tendentes a uma maior integração de cuidados de saúde e à melhoria das qualidade dos cuidados prestados.

Durante os seus quase 20 anos de existência, as UCF desempenharam um papel fundamental na promoção da saúde materna e neonatal, da criança e do adolescente, assim como na indispensável articulação entre a prestação de cuidados de saúde primários e hospitalar, tendo permitido uma melhoria significativa nos indicadores, sendo Portugal hoje apontado como País de referência dos indicadores materno -infantis.

Por se tratar de uma estrutura com provas dadas em Portugal (designadamente no que respeita aos seus resultados), por existir experiência bem sucedida na sua implementação e por se tratar de um modelo de integração que é consensual entre os cuidados primários e os cuidados hospitalares, pensamos que as UCF poderão ser um modelo a replicar em outras áreas de cuidados.

Caso de sucesso - Unidades Coordenadoras funcionais

As Unidades Coordenadoras Funcionais são geralmente constituídas pelos Centros de Saúde e por Hospitais de uma determinada área de influência, com o objectivo de promover o intercâmbio bilateral de experiências, trabalhos e informação entre os cuidados primários e os cuidados hospitalares. É no âmbito destas unidades que são discutidas e consensualizadas as intervenções de cada um dos níveis de cuidados e a forma como se devem articular as diferentes intervenções de cada uma das unidades de saúde. A sua consolidação como organização funcional, tem proporcionado uma melhoria significativa nos indicadores de saúde materno infantil, e contribui de forma decisiva para o facto de o Portugal se situar entre os 10 Países do Mundo com mais baixas taxas de mortalidade infantil.

Em paralelo com a integração de cuidados, será fundamental que os hospitais repensem a forma como prestam os cuidados de saúde em ambulatório, reafectando os seus recursos de forma a prestar um serviço mais centrado no cidadão e que promova o aumento das taxas de acessibilidade dos cuidados hospitalares.

Para isso, será fundamental uma definição clara das tipologias de doentes que deverão ser acompanhados em ambiente hospitalar e uma reorganização do modelo de

acompanhamento dos doentes crónicos, de forma a promover a realização de episódios "One Day Clinic" e de consultas não presenciais.

Assim, a primeira questão a colocar deverá ser se a consulta subsequente é realmente necessária. É sabido que a cultura hospitalar institucionalizou a marcação de consultas subsequentes, como regra praticamente "obrigatória" do processo de cuidados, vendo a consulta subsequente como uma "precaução necessária" e procedendo à sua marcação de uma forma quase automatizada. É necessário que os cuidados hospitalares mudem o paradigma de marcação de consultas subsequentes, de uma lógica "*just in case*", para uma lógica de "não marcar se não existir uma razão clínica específica".

O segundo aspecto a ter em conta é que, em caso de necessidade de consulta subsequente esta deve ocorrer no nível de cuidados apropriado e ser realizada pelo profissional mais apto para esse acto. Assim, no caso de ser efectivamente necessária deverá ser analisado se o **doente pode ser acompanhado pelos cuidados primários**. Nesse caso, o doente deverá ter alta para os cuidados primários, passando a ser acompanhado pelo seu Centro de Saúde, devendo ser acautelada a necessária transferência de informação e resultados de exames entre níveis, de forma a garantir um *continuum* de cuidados.

A marcação de consultas subsequentes em ambiente hospitalar deve ser reservada aos casos estritamente necessários e clinicamente apropriados. Mesmo nos casos em que se justifica clinicamente o acompanhamento do paciente pelo hospital, deverão ser **desenvolvidas novas formas não presenciais de contacto**.

Numa época cada vez mais dominada pelas tecnologias de informação, o contacto via e-mail, questionário Web ou telefone pode substituir a consulta subsequente, com vantagem quer para o doente, quer para o hospital. Este tipo de contacto permite resolver muitos casos, nomeadamente aqueles que respeitam ao acompanhamento e aconselhamento de doentes crónicos em condição estável, com custos substancialmente inferiores para o SNS. Essa consulta não presencial deverá ser acompanhada dos registos respectivos, quer em SI do hospital, quer em sede de processo clínico do paciente.

Em suma, trata-se integrar, definir regras de articulação entre diferentes níveis de cuidados e de mudar o paradigma de prestação de cuidados hospitalares a doentes em ambulatório, centrando a organização mais nas necessidades do doente.

Assim, de forma a tornar possíveis estas mudanças, e para além de um conjunto de outras medidas abordadas noutros capítulos mas também com impacto no acesso (por exemplo, as respeitantes aos sistemas de informação ou à ambulatorização da cirurgia), o GTRH propõe a implementação de 7 medidas principais, designadamente 1) Definir critérios de referenciação entre os Cuidados de Saúde Primários e hospitalares, 2) Promover a ida de especialistas hospitalares

aos Cuidados de Saúde Primários, 3) Promover reuniões entre as direcções clínicas de hospitais e Cuidados de Saúde Primários, criando eventualmente UCFs, 4) Promover consultas com recurso a novas tecnologias, 5) Atender os doentes triados como não urgentes fora das urgências hospitalares, 6) Agilizar a referenciação de utentes para a RNCCI, 7) Adequar a contratualização de consultas e cirurgias à procura, e 8) reduzir os cuidados baseados no Internamento (ambulotorização de cuidados).

O conjunto de medidas abaixo procura dar resposta a cada um destes problemas, facilitando o acesso dos cidadãos ao sistema e o seu fluxo uma vez dentro do mesmo:

- Esperamos, por estas vias, normalizar o processo de referenciação para consultas de especialidade hospitalar; cumpridos os protocolos, reduzem-se as referenciações desnecessárias e as necessárias chegam ao hospital já com os exames básicos preparados. O acesso deixa de ser distinto de região para região ou de especialidade para especialidade, aumentando a equidade no funcionamento do SNS.
- A generalização da colaboração de especialistas hospitalares com os ACES a maior número de áreas geográficas e clínicas melhorará a qualidade do serviço prestado aos utentes, reduzindo igualmente referenciações e exames desnecessários ao mesmo tempo que permitirá acelerar a circulação pelo sistema dos doentes que de facto precisam de cuidados hospitalares.
- É fundamental para ambas que hospitais e ACES reúnam de forma periódica e trabalhem efectivamente em conjunto, formalizando eventualmente esta colaboração em estruturas semelhantes às Unidades Coordenadoras Funcionais, que funcionaram e nalguns casos ainda funcionam bem, na área da Saúde Materno-Infantil.
- A realização de consultas não presenciais deve ser uma possibilidade aberta aos doentes, aligeirando o volume de doentes que precisam de se deslocar de facto aos hospitais.
- Acreditamos que a ambulotorização de cirurgias vai ajudar a resolver problemas com tempos de espera; a área de Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica (MCDT) tem que ser estudada a fundo, para identificar as instituições e áreas clínicas cuja capacidade instalada está sub-aproveitada, e aquelas onde pelo contrário não há já capacidade para fazer mais e portanto a redução de tempos de espera pode de facto exigir mais recursos.
- A contratualização pode ir mais longe, especificando a actividade que esperamos que cada hospital realize (nomeadamente nas áreas das consultas externas e cirurgias).
- Por fim, a RNCCI tem que estar adaptada às necessidades locais e regionais e tem que ser capaz de dar resposta em tempo útil às solicitações, para libertar recursos hospitalares para os casos clínicos que precisam de facto desse nível de cuidados

Estas medidas serão seguidamente melhor descritas nas suas principais características e nos aspectos a observar para a sua correcta implementação.

_4.3.2 Medidas

Apresentam-se, sumariamente, as medidas preconizadas no âmbito desta iniciativa estratégica.

Figura 15 – Acesso e Integração de Cuidados

_MEDIDAS:

1. Definição de critérios de Referenciação entre a Rede de Cuidados Primários e a Rede Hospitalar
2. Promover a consulta de Especialidades Hospitalares nos Centros de Saúde
3. Promover protocolos de actuação entre os ACES e os Hospitais e, a eventual criação das UCFs
4. Promover consultas com recurso às novas Tecnologias em situações específicas
5. Atender os Doentes triados como “Não Urgentes” fora das Urgências Hospitalares
6. Agilizar a referenciação de Utentes para a RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados
7. Adequar a contratualização de Consultas e de Cirurgias à respectiva Procura

Para cada medida apresentada apresentar-se-á: (i) Justificação; (ii) Descrição; (iii) Impactos; (iv) Fases de implementação e calendarização; (v) Entidades envolvidas; (vi) Monitorização e acompanhamento.

1. Definição de critérios de Referenciação entre a Rede de Cuidados Primários e a Rede Hospitalar

_1. Justificação

Uma das áreas em que os utentes se debatem com mais dificuldades de acesso é a das consultas hospitalares. Em parte, este facto deriva de algumas referências consideradas pelos especialistas hospitalares como indevidas (outro será a continuação dos utentes em consulta hospitalar quando nalguns casos já não há justificação clínica).

Por outro lado, a falta de critérios claros para referenciação de doentes entre os cuidados primários e os cuidados hospitalares leva a que nem sempre o doente seja tratado no local adequado e da forma mais custo-efectiva.

Alguns doentes não são referenciados atempadamente para os cuidados hospitalares, levando a admissões tardias que são geralmente geradoras de aumento de custos hospitalares; outros permanecem tempo demais em acompanhamento em meio hospitalar, mesmo não necessitando de um nível de cuidados tão diferenciado.

As taxas de acessibilidade dos hospitais confirmam esta situação, existindo uma percentagem de consultas subsequentes superior àquela que seria de esperar em unidades essencialmente vocacionadas para tratamento de casos agudos, em detrimento de primeiras consultas.

Há já muita experiência com o estabelecimento de protocolos de referenciação entre cuidados de saúde primários e hospitalares, com bons resultados. Falta estender esta experiência a todo o território de forma regular, e a mais especialidades clínicas.

II. Descrição

É necessário definir critérios de referenciação claros e consensualizados entre os cuidados primários e hospitalares, para o acompanhamento de doentes crónicos. Os diferentes serviços hospitalares e os ACES das áreas geográficas relevantes devem estabelecer protocolos de referenciação que garantam que os doentes chegam às consultas de especialidade hospitalar com o estudo clínico mínimo realizado, para permitir otimizar o seu atendimento.

Este critérios de referenciação, deverão fazer parte dos Percursos Clínicos consensualizados no seio das UCF a criar, e deverão ser fundamentados na melhor evidência médica disponível.

A definição destes critérios de referenciação deverá ser prioritariamente definida para as áreas mais problemáticas, designadamente naquelas onde serão criadas as UCF para promoção da integração de cuidados em doenças crónicas.

Como ponto de partida deverá assumir-se que, sempre que possível, o doente deverá ser acompanhado nos cuidados primários. Os Centros de Saúde/Unidades de Saúde de Familiar deverão continuar a ser a principal "porta de entrada" do Sistema de Saúde.

Por outro lado, cada Serviço hospitalar deverá analisar a sua produção de forma a identificar os casos em que o doente deverá ter alta para os cuidados primários, devendo a transferência para esse nível de cuidados ser articulado em sede de UCF respectiva. Os CA dos Hospitais deverão dinamizar estas avaliações, dando prioridade ao Serviços com maior proporção de consultas subsequentes e com maior número de doentes crónicos em acompanhamento.

Para incentivar esta mudança, propõe-se que as quantidades de consultas subsequentes e de primeiras consultas contratadas anualmente aos hospitais sejam calculadas em função deste objectivo, levando a um progressivo aumento da taxa de acessibilidade.

Propõe-se que os objectivos de taxa de acessibilidade previstos em sede de anexo ao contrato-programa dos hospitais (indicadores de qualidade e eficiência), passem a fixar metas mais ambiciosas. A meta global deverá subir progressivamente até atingir, em 2015, a meta global de 40 % (actualmente é de cerca de 30 %). Estas metas poderão ser ajustadas em função da tipologia do hospital e do seu “*mix*” de doentes tratados, devendo os incentivos privilegiar não só os hospitais com melhores resultados de taxa de acessibilidade, mas principalmente os que mais melhoram nesse indicador.

Em alternativa, propõe-se uma redefinição da lógica de financiamento das consultas, em que o preço das primeiras consultas seja majorado a partir de uma determinada percentagem, e que o inverso se verifique nas consultas subsequentes (o preço comece progressivamente a diminuir a partir de uma determinada proporção de consultas subsequentes, no total de consultas).

III. Impactos

Esta medida facilitará a referenciação dos utentes para serviços hospitalares, evitando os atrasos decorrentes de uma referenciação extemporânea e evitando a eventual repetição de exames complementares de diagnóstico (a medida pode ter ganhos adicionais se se promover a realização de pelo menos alguns destes MCDTs no próprio hospital) e alterações de terapêutica, melhorando a adesão terapêutica e diminuindo eventuais reacções adversas relacionadas com medicamentos e o consequente recurso a novas consultas

Com a implementação destas mudanças, o doente seria mais provavelmente tratado no nível de cuidados adequado e tenderia a aumentar a qualidade dos cuidados prestados e os seus resultados em saúde. Além disso, o facto de se privilegiarem os cuidados de proximidade contribuiria certamente para a melhoria da satisfação dos pacientes.

Por outro lado, é expectável que esta definição mais clara dos critérios de referenciação leve a uma redução de consultas subsequentes em meio hospitalar, libertando recursos para a realização de primeiras consultas, aumentando o acesso e reduzindo as listas de espera para consulta.

Também será expectável uma redução de custos para o SNS, dado que a transferência de cuidados hospitalares para os cuidados primários poderá ser acompanhada de uma redução de custos, porquanto os cuidados prestados nos cuidados primários apresentam geralmente custos unitários mais baixos.

IV. Fases de implementação e calendarização

Até ao final do 1º semestre de 2012, todos os ACES devem ter protocolos de referenciação estabelecidos com os hospitais de referência para pelo menos 80% do volume de doentes que referenciam (note-se que se podem aproveitar muitos dos protocolos já utilizados para acelerar o processo).

Hospitais e ACES deverão focar-se prioritariamente na definição de Percursos clínicos consensualizados e de critérios de referenciação entre níveis de cuidados. Os critérios de referenciação definidos deverão ser amplamente divulgados nos dois níveis de cuidados e integrados nos sistemas de informação usados para a referenciação. Estes critérios deverão ser imediatamente aplicados, quer aos novos doentes, quer àqueles que já se encontrem a ser acompanhados em meio hospitalar.

Os novos objectivos de taxas de acessibilidade devem aplicar-se nos contratos-programa para 2013.

V. Entidades envolvidas

Os serviços hospitalares devem elaborar os protocolos com os requisitos que consideram necessários. As ARS devem garantir a implementação da medida no terreno.

VI. Monitorização e acompanhamento

A monitorização far-se-á pela percentagem de doentes referenciados ao abrigo de protocolos, e pela percentagem de doentes devolvidos ao ACES por referenciação precoce.

As ARS deverão ainda monitorizar a produção hospitalar, de forma a fique evidenciada a redução de consultas subsequentes e o aumento da taxa de acessibilidade dos hospitais; para este efeito, deverão produzir um relatório semestral, a partir do 1º semestre de 2012, com indicação das áreas onde se verifica essa redução de consultas subsequentes.

2. Promover a consulta de Especialidades Hospitalares nos Centros de Saúde

I. Justificação

De novo, uma medida dirigida à melhoria de funcionamento da área das consultas hospitalares. Há já várias variantes desta medida em curso pelo SNS: especialistas hospitalares

que vão aos ACES ver casos específicos, reunir com os médicos assistentes para fazer sessões com casos clínicos, consultas conjuntas, e por vezes ao contrário, especialistas de MGF que vão fazer estágios de curta duração numa especialidade a um hospital. Não prescrevemos um modelo único: desde que funcione! Falta tornar esta experiência a norma, comum a todo o território, e às especialidades clínicas julgadas adequadas em cada caso (nota: nesta como na medida anterior, é fundamental a realização de reuniões entre os CA dos ACES e os dos hospitais relevantes, à partida e depois de forma periódica, para monitorização).

II. Descrição

Os diferentes serviços hospitalares e os ACES das áreas geográficas relevantes devem estabelecer protocolos de colaboração que evitem referenciações desnecessárias e que por outro lado acelerem o processo sempre que se justifique clinicamente.

III. Impactos

Esta medida facilitará a referenciação dos utentes para serviços hospitalares, e contribuirá para a melhoria do acesso.

IV. Fases de implementação e calendarização

As ARS devem durante o 1º trimestre de 2012 identificar os mecanismos de colaboração existentes e divulgá-los. Até ao final do 1º semestre de 2012, todos os ACES devem ter protocolos de colaboração estabelecidos com os hospitais de referência para pelo menos 80% das especialidades, em funcionamento.

V. Entidades envolvidas

Os serviços hospitalares devem propor esquemas de colaboração com os ACES da área imediata de referência. As ARS devem garantir a implementação da medida no terreno.

VI. Monitorização e acompanhamento

A monitorização far-se-á pela percentagem de especialidades abrangidas por colaborações deste género em cada área geográfica.

3. Promover protocolos de actuação entre os ACES e os Hospitais e, a eventual criação das UCFs

I. Justificação

A necessidade de promover a integração de cuidados de saúde encontra justificação no potencial que esta forma de organização dos cuidados poderá ter sobre a eficiência e a efectividade dos cuidados prestados aos doentes.

A prestação de cuidados não pode continuar a estar fragmentada entre diferentes níveis de cuidados, devendo antes assentar em parcerias reais entre os hospitais e os cuidados primários de saúde, onde ambas as estruturas contribuam para uma melhoria dos cuidados prestados. A abordagem da doença crónica não pode ser efectuada com base em episódios isolados, devendo antes existir um *continuum* de cuidados, baseado em protocolos consensualizados e adequados a situação clínica de cada paciente.

Para dar cumprimento a esse objectivo, assume-se que a UCF será a estrutura com maior potencial de sucesso, quer pelo facto de ter sido implementada com sucesso na área materno-infantil em Portugal, como pelo facto de não obrigar à criação de novas estruturas e/ou novos modelos de governação.

II. Descrição

Durante o ano de 2012, todos os hospitais e ACES da sua área de influência deverão criar UCF para as patologias com maior prevalência de doença crónica, onde seja mais premente a necessidade de coordenação de cuidados (diabetes, hipertensão, asma e DPOC, entre outras). No âmbito das UCF, deverão ser definidos Percursos Clínicos consensualizados, fundamentados na melhor evidência médica disponível.

A consensualização de protocolos e “*guidelines*” clínicas, a implementação de planos de coordenação entre unidades funcionais, a existência de equipas inter- e multidisciplinares ou a estruturação da oferta de cuidados em programas de gestão de doença, deverão ser prioridades para as Unidades Coordenadoras Funcionais.

Os programas de gestão de doença poderão incluir a deslocação de especialistas aos Centros de saúde/USF como consultores, ou a instalação de equipamentos de MCDT em coordenação com os hospitais, nos casos em que tal se mostre ser benéfico.

A colaboração entre hospitais e ACES deverá estender-se a outras áreas onde existam possíveis ganhos de eficiência, nomeadamente na partilha de serviços de apoio ou na partilha/centralização de meios tecnológicos.

III. Impactos

Uma maior integração de cuidados permitirá reduzir a fragmentação do sistema e a desarticulação entre as várias estruturas da oferta de cuidados de saúde, resultando em ganhos na qualidade assistencial e em melhores resultados em Saúde.

Em termos quantitativos, é expectável que se verifique uma redução de actividade hospitalar, por via da melhor articulação do acompanhamento de doentes crónicos, redução da duplicação de exames que deverá resultar dessa melhor articulação, bem como uma consequente redução de custos

IV. Fases de implementação e calendarização

Durante o 1º semestre de 2012, as ARS deverão promover os primeiros contactos, marcando as primeiras reuniões entre os CA dos Hospitais e as direcções dos ACES, comunicando com clareza a estratégia e os objectivos a atingir.

Cada estrutura deverá indicar os nomes dos profissionais que integrarão as UCF a criar.

O 2º Semestre de 2012 poderá servir para criar formalmente UCFs, através de despacho ministerial. Como ponto de partida poderá assumir-se o plasmado no Despacho n.º 9872/2010, que define as regras de funcionamento e as atribuições das UCFs existentes para a área da saúde materno-infantil. As UCF deverão ser plenamente implementadas no final de 2012, devendo apresentar um plano de actividades para 2013, onde fiquem claramente plasmados os objectivos a atingir em termos de melhoria da articulação assistencial e da acessibilidade.

V. Entidades envolvidas

A iniciativa pode partir das Administrações Regionais de Saúde, ou dos Conselhos de Administração dos Hospitais e das Direcções dos Agrupamentos de Centros de Saúde.

VI. Monitorização e acompanhamento

A ACSS tem em curso um projecto de medição do grau de integração vertical entre cuidados primários de saúde e cuidados hospitalares, com o objectivo de ser aplicado às Unidades Locais

de Saúde. Propõe-se que o modelo seja aplicado também as UCF a criar, atentas as devidas alterações de forma a medir o desempenho da integração que deverá ser promovida.

A medição do grau de integração (em termos de existência de PC partilhado, de programas de gestão de doença partilhados, entre outros indicadores), deverá resultar num indicador de integração (conforme modelo desenvolvido pela ACSS), ao qual deverão ser associados incentivos e penalizações. Propõe-se que os incentivos e penalizações associados à integração de cuidados nas áreas onde serão criadas as UCF seja aplicado apenas a partir de 2013, dando tempo aos hospitais e centros de saúde, para organizarem estas estruturas a criar.

As ARS deverão elaborar, no final de 2012, um relatório específico relativo à criação das UCF.

4. Promover consultas com recurso às novas Tecnologias em situações específicas

1. Justificação

A consulta médica sem a presença do utente é definida como um “acto de assistência médica sem a presença do utente, que resulta num aconselhamento, prescrição ou encaminhamento para outro serviço. Esta consulta pode estar associada a várias formas de comunicação utilizada, designadamente através de terceira pessoa, por correio tradicional, por telefone, por correio electrónico ou outro e obriga a registo no processo clínico do utente”, conforme plasmado na Portaria n.º 132/2009 de 30 de Janeiro.

A realização de consultas médicas sem a presença do doente poderá permitir um acompanhamento efectivo e mais eficiente para um número considerável de doentes, assim se tratem de doentes estáveis e sem necessidade de realização de novos MCDT ou de alterações nos seus esquemas fármaco terapêuticos.

Num cenário em que as listas de espera continuam a ultrapassar os TMRG em muitas especialidades, e em que existe escassez de recursos hospitalares para fazer face à procura existente, importa dar prioridade aos doentes que deverão ser observados em presença física, incentivando a realização de consultas não presenciais nos casos em que as condições do doente o permitam e sem prejuízo da qualidade dos cuidados.

II. Descrição

No caso de doente crónico, com necessidade de acompanhamento em meio hospitalar, mas em situação estável e sem perspectivas de alteração dessa situação, o médico deverá colocar ao doente a possibilidade de a próxima consulta ser efectuada de forma não presencial, através de meio a acordar entre as partes (telefone, email ou outro meio a acordar).

Para isso, o SONHO deverá acomodar o agendamento de consultas médicas não presenciais, onde constem as informações que permitam ao clínico realizar esse contacto.

Os hospitais deverão criar espaços de agendamento para consultas não presenciais nos horários de trabalho médicos, de forma que o profissional tenha o tempo necessário para realizar o contacto e proceder aos necessários registos.

A ACSS deverá calcular um preço justo para a realização desta tipologia de consultas, que tenha em conta os custos associados a este tipo de consulta (que serão necessariamente baixos), mas que seja suficiente alto para incentivar os hospitais a realizar este tipo de produção. Como consequência desse contacto não presencial o médico poderá optar por agendar nova consulta sem presença do doente ou por proceder ao agendamento de consulta médica com presença física do doente, assim lhe seja solicitado pelo doente ou seja entendido como justificado pelo clínico.

O volume de consultas não presenciais acordadas em sede de contrato-programa com o hospital, deverão ser deduzidas ao volume das consultas médicas subsequentes, de forma a esta medida não se traduza num aumento da produção contratada.

III. Impactos

Dado o tipo de doentes que se poderão enquadrar neste tipo de consultas não presenciais, é expectável que esta forma de contacto se traduza num aumento da satisfação dos pacientes. Também será expectável que as consultas médicas não presenciais apresentem tempos médios de realização inferiores aos das consultas médicas subsequentes, o que deverá libertar os médicos para a realização de mais primeiras consultas, aumentando assim as taxas de acessibilidade dos hospitais.

Dado que estas consultas terão necessariamente um preço inferior aos das consultas médicas subsequentes, e que a realização destas não resultará num aumento da produção contratada, é expectável que esta medida se traduza num aumento de eficiência do sistema.

IV. Fases de implementação e calendarização

Durante o 1º semestre de 2012, a ACSS deverá calcular os preços a atribuir às consultas médicas sem presença do doente e proceder as mudanças necessárias no SONHO para acomodar esta nova necessidade.

No 2º Semestre de 2012 – Divulgação e formação dos clínicos, a ACSS deverá divulgar as mudanças implementadas no Sonho, que permitam ao clínico fazer o agendamento de consultas não presenciais de forma específica.

Deverá ser dada formação e/ou disponibilizados recursos para esclarecimento das dúvidas que possam surgir. Os agendamentos realizados no 2º semestre de 2012, para consultas a realizar em 2013, já deverão contar com esta possibilidade.

Os contratos-programa a celebrar para 2013 já deverão contar com esta linha de produção. Propõe-se que a proporção de consultas não presenciais se situe inicialmente na ordem dos 5 % do total de consultas subsequentes, devendo em posteriores contratos ser avaliada a possibilidade de ir subindo progressivamente.

V. Entidades envolvidas

A iniciativa compete aos CA dos Hospitais, embora a ACSS tenha um papel de incentivador e de monitorização.

VI. Monitorização e acompanhamento

Deverá ser monitorizada a produção realizada nesta nova linha de produção, bem como o seu impacto nas taxas de acessibilidade dos hospitais.

5. Atender os Doentes triados como “Não Urgentes” fora das Urgências Hospitalares

I. Justificação

Sabemos há anos que nem todas as idas às urgências correspondem a verdadeiras necessidades de tratamento urgente conforme definido tecnicamente.

As urgências hospitalares vêm-se assim confrontadas com um volume enorme de doentes, que exigem por sua vez um grande número de profissionais disponíveis para os atender. Esta exigência tem enormes custos em recursos humanos para os hospitais. No entanto, se não oferecermos alternativas às populações, a situação manter-se-á.

O primeiro objectivo do sistema deve ser o de conseguir evitar que os doentes não urgentes se desloquem às urgências. Isto só acontecerá se tiverem alternativas satisfatórias noutros níveis de cuidados, nomeadamente nos Cuidados de Saúde Primários. Não vamos pronunciar-nos sobre as alterações a promover neste nível de cuidados, visto haver um grupo de peritos designados para o fazer especificamente, ao mesmo tempo que existe um grupo nomeado para estudar as urgências de forma global.

O objectivo fundamental é, portanto, evitar que as populações se desloquem às urgências hospitalares, e não necessariamente "devolvê-las" uma vez que lá se encontrem (embora entendamos que não se deva excluir igualmente essa hipótese).

Portugal usa há anos em grande parte das suas urgências hospitalares o sistema de triagem de Manchester. Com todos os problemas que possa ter, o sistema resolveu um problema gravíssimo antes da sua entrada em vigor: os utentes eram tratados simplesmente por ordem de chegada, sem qualquer critério clínico

Uma solução possível, preconizada inclusivamente pelo grupo de triagem de Manchester (Mackway-Jones *et al.*, 2006), passa pelo direccionamento dos doentes menos urgentes para outros níveis de cuidados. Estes têm necessariamente que estar disponíveis. Há que decidir adicionalmente que protocolos orientarão o reencaminhamento: os utilizados no sistema de triagem de Manchester? Os utilizados na Linha de atendimento telefónico Saúde 24 (que, note-se, em muitas circunstâncias já aconselha os doentes a não ir a urgências hospitalares, sugerindo antes o recurso ao Centro de Saúde ou inclusivamente aconselhando o doente a ficar no domicílio)?

II. Descrição

Urge, antes de mais, caracterizar, por área geográfica, a população triada como menos urgente nas urgências hospitalares: que patologias têm? De que áreas geográficas vêm? Este conhecimento permitirá planejar programas de gestão clínica dirigidos a patologias e grupos populacionais específicos.

Em segundo lugar, urge promover a utilização pelos cidadãos da Linha de atendimento telefónico supracitada.

Depois, conforme previsto já na legislação que organiza os serviços de urgência, e sem prejuízo do que venha a propor o grupo de trabalho nomeado especificamente para estudar as urgências, para descongestionar serviços centrais, temos que garantir a funcionalidade de Serviços de Urgência Básicos, que consigam resolver a maior parte das questões *minor*.

A medida exige a revisão da rede de SUB existentes e a dotação de cada um com as condições mínimas para funcionar (para além da capacidade de realizar exames complementares de diagnóstico simples, como análises, ECG e RX, é fundamental dotar estas unidades de profissionais com o *know-how* e o *à-vontade* suficiente para dar de facto resposta cabal às solicitações, nomeadamente médicos de MGF com experiência de serviços de urgência hospitalar e/ou especialistas hospitalares, incluindo internistas, cirurgiões gerais e/ou pediatras).

III. Impactos

Esta medida terá sobretudo impacto em termos qualitativos, reduzindo o tempo de espera nas urgências hospitalares. Tem também enorme impacto sobre os doentes, que não precisam de se deslocar a serviços de urgência mais distantes e/ou congestionados. Em termos financeiros, os investimentos à periferia terão que ser compensados por ajustamentos a nível central (nas urgências a descongestionar).

IV. Fases de implementação e calendarização

Está em curso a revisão da actual rede de urgências. O 1º semestre de 2012 deverá permitir a realização de estudos de caracterização do problema a nível local e a garantia de condições nos diferentes SUB para que até final de 2012 estejam a funcionar em pleno, descongestionando as urgências mais centrais. Deve começar igualmente, no 1º semestre de 2012, uma campanha de sensibilização da população para as vantagens e a segurança de utilizar a linha de aconselhamento telefónico. Quanto ao eventual reencaminhamento de doentes para outros níveis de cuidados, pode começar-se apenas pelos menos urgentes (cor azul), por serem os que apresentam menor risco.

V. Entidades envolvidas

Para além do trabalho de fundo a ser desenvolvido pelo grupo de trabalho supracitado, cabe aos hospitais a análise da realidade em cada local, e às ARS a supervisão do funcionamento da rede a nível regional.

VI. Monitorização e acompanhamento

A monitorização do volume de doentes por urgência permitirá acompanhar o desenvolvimento das capacidades sub-regionais. É importante monitorizar igualmente as taxas de eventuais complicações (por exemplo, a necessidade de internamento a posteriori de doentes triados como não urgentes).

6. Agilizar a referenciação de Utentes para a RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

I. Justificação

Os hospitais só conseguirão funcionar de forma eficiente se conseguirmos garantir que os doentes circulam com fluidez entre os diferentes níveis do sistema.

A referenciação de utentes para a RNCCI tem-se processado de forma desigual, com menor capacidade de resposta e maiores tempos de espera nalgumas regiões (a ARSLVT, por exemplo) e menores taxas de referenciação, ocupação e aproveitamento da capacidade instalada noutras (a ARSN, por exemplo). Doentes que não são devidamente referenciados para a rede ocupam desnecessariamente camas hospitalares, com os custos que daí advêm, para além de poderem eventualmente interferir com a admissão de outros.

Há globalmente que assegurar a articulação e a complementaridade entre as redes hospitalar e de CCI.

II. Descrição

Os diferentes serviços hospitalares e os ACES das áreas geográficas relevantes devem rever as taxas e processos de referenciação para a RNCCI, de forma a garantir o melhor aproveitamento possível da capacidade instalada.

Um dos aspectos a promover é o da utilização da ferramenta que permite a referenciação directa e que a Unidade de Missão para os CCI tem alertado que não tem sido suficientemente aproveitada.

_III. Impactos

Esta medida otimizará quer a utilização de camas hospitalares quer de camas de cuidados continuados.

_IV. Fases de implementação e calendarização

As ARS devem, durante o 1º trimestre de 2012, em colaboração com a gestão nacional da RNCCI, avaliar as suas taxas de referência para a rede, e identificar e procurar resolver eventuais estrangulamentos neste processo.

_V. Entidades envolvidas

A liderança do processo deve caber à gestão nacional da RNCCI (ACSS), mas em estreita cooperação com as equipas regionais e locais.

_VI. Monitorização e acompanhamento

A monitorização far-se-á pela utilização da capacidade instalada em termos de camas da RNCCI, e dos tempos de espera associados.

7. Adequar a contratualização de Consultas e de Cirurgias à respectiva procura

_I. Justificação

O SNS instituiu há anos o hábito de contratualizar com os hospitais a realização anual de determinados volumes de actividades diversas. Numa lógica de contratar/contratualizar para responder às necessidades das populações, garantindo acesso às áreas onde a falta do mesmo mais se faz sentir, temos que ir mais longe, acordando com os hospitais a realização de consultas e cirurgias específicas.

_II. Descrição

A contratualização deve ser tornada mais específica, contratualizando volumes específicos (quer em termos de consultas, quer em termos de cirurgias) para as áreas clínicas em que existam tempos de espera acima dos tempos clinicamente aceitáveis.

_III. Impactos

Esta medida melhorará o acesso, adequando a oferta à procura determinada por necessidades normativas (via ACES, e não uma procura não validada cientificamente, como a exercida directamente pelos utentes).

_IV. Fases de implementação e calendarização

A ACSS e as ARS devem incorporar, durante 2012, este aspecto no processo de contratualização para 2013. Idealmente, far-se-ia durante a 1ª metade de 2012 acordos ao contrato em vigor para este ano, procurando começar já a dar resposta a alguns dos problemas.

_V. Entidades envolvidas

A liderança do processo deve caber à ACSS e às ARS.

_VI. Monitorização e acompanhamento

A monitorização far-se-á pela avaliação dos tempos de espera para consulta e cirurgia, por especialidade e área geográfica.

4.4 HOSPITAIS MAIS EFICIENTES

4.4.1 Enquadramento

Em termos globais, a população portuguesa apoia a existência de um Serviço Nacional de Saúde, sustentado nos seus conceitos principais: acessível a todos, praticamente livre de encargos no local da prestação de cuidados e pago pelos impostos do Estado. Para a maior parte das pessoas, a existência de um Serviço Nacional de Saúde, continua a ser a melhor forma de obter cuidados compreensivos e de elevada qualidade para todos os portugueses.

No entanto, existe uma crença generalizada de que o Sistema Nacional de Saúde (SNS) é ineficiente e não corresponde ao investimento que nele é feito. Dito de outra forma, uma grande parte dos portugueses acredita que se está a gastar demasiado com a prestação de cuidados de saúde e que o SNS poderia produzir bastante mais com os recursos de que dispõe.

As dificuldades sentidas ao nível do acesso aos cuidados de saúde (com extensas listas de espera para consultas e cirurgias), bem como as falhas que por vezes se verificam ao nível da qualidade do atendimento, do conforto, da informação e da pontualidade, contribuem para a criação da ideia de que o sistema é ineficiente e pouco equitativo.

Será justo dizer que o SNS tem actualmente um nível de desempenho e uma qualidade de gestão consideravelmente superior àquela que teve no passado. E apresenta, igualmente, excelentes resultados em termos de ganhos em saúde como o comprovam vários indicadores a nível internacional. Para isso contribuíram decisivamente um conjunto de reformas que foram sendo operadas, de entre as quais podemos destacar a empresarialização dos hospitais, a adopção de sistemas prospectivos de financiamento hospitalar ou a promoção de novos modelos de gestão e contratualização interna, entre os quais se incluem a criação de centros de responsabilidade, bem como as reformas ao nível dos cuidados de saúde primários.

Por outro lado, verifica-se uma melhoria considerável na qualidade dos gestores e nas ferramentas de gestão que tem ao seu dispor, bem como uma cada vez maior sensibilidade dos Directores de Serviço e dos Enfermeiros chefes, para questões como racionalização de custos e a necessidade de introduzir sistemas de gestão da qualidade.

No entanto, ainda existe um longo caminho a fazer. Nos próximos anos será necessário garantir a coesão de um serviço público sustentável, ou seja, duradouro e não constantemente à beira da ruptura, carecendo sempre e a todo o momento de dotações extraordinárias de capital.

Não obstante os estudos sobre eficiência do SNS sejam relativamente escassos, parece existir evidência relativamente à existência de uma margem de melhoria nos hospitais portugueses.

Recentemente, a Fundação Francisco Manuel dos Santos apresentou ao GTRH um estudo aprofundado da eficiência do SNS, realizado por uma equipa liderada pelo Prof. Doutor Carlos Costa. Neste trabalho, a equipa utilizou uma metodologia desenvolvida pelo Jefferson Medical College (EUA) com o objectivo de identificar os episódios com cuidados inapropriados nos hospitais portugueses e associou a esses cuidados inapropriados o seu custo estimado.

Os principais resultados do estudo são os seguintes:

- A falta de eficiência dos hospitais, quando o comparador é a média dos hospitais portugueses, origina um aumento dos custos em 7,8%;
- As complicações de cuidados, como por exemplo, as infecções pós-procedimento, as infecções urinárias ou as úlceras de decúbito, implicam um aumento dos custos na ordem dos 10%;
- As readmissões a 30 dias pelo mesmo motivo implicam um aumento dos custos de 4,8%;
- A adequação dos cuidados prestados também originou um aumento significativo no aumento dos custos, de cerca de 12%, com grande expressão na duração de internamento excessiva, expressão importante nas situações que poderiam ter sido tratadas em ambulatório e uma expressão mais reduzida nas admissões tardias, ou seja nas que apresentam mais gravidade;
- A elevada taxa de cesarianas existente nos hospitais portugueses, embora não tenha grande expressão financeira, pelos problemas de qualidade associados merece atenção especial;
- Embora com possibilidade de sobreposição dos custos estimados em excesso, este estudo identifica áreas que podem permitir uma redução dos custos do SNS em cerca de 10%.

Não existindo margem para um novo aumento da carga fiscal ou para contracção de mais dívida, é preciso encontrar alternativas para a sustentabilidade do sistema, quebrando este ciclo em que os hospitais se encontram sistematicamente em falência técnica, e em que o défice anual incontrolado e as dívidas do SNS, continuam a ameaçar os seus fornecedores.

De forma a dar cumprimento aos objectivos que nos são impostos no âmbito do plano de ajustamento, os hospitais terão necessariamente de fazer profundas mudanças nas suas estruturas e na forma como prestam os cuidados. A identificação das áreas onde seja possível reduzir custos, sem prejuízo da qualidade dos cuidados, e o encetar de acções concretas para atingir essa necessária redução, deverá ser um dos principais objectivos das administrações dos hospitais nos próximos anos.

Esta necessidade de racionalização e redução nas despesas é agravada pela actual situação económico-financeira do País, que por via dos compromissos assumidos no âmbito do plano de ajustamento firmado com as entidades internacionais, obrigará os hospitais a cortar pelo menos 11 % nos seus custos operacionais, já em 2012, conforme previsto no Despacho n.º 10783-A/2011 (poderá ser admissível uma redução menor nos casos e na medida em que tal garanta um orçamento económico equilibrado).

O subsector Hospitalar é actualmente o principal responsável pelos custos do Serviço Nacional de Saúde, correspondendo a mais de 50 % dos seus custos. Importaria por isso analisar onde estão concentrados os custos deste subsector e quais as áreas onde existirá margem para redução.

No entanto, trata-se de uma tarefa de difícil execução. Por um lado, porque é difícil aceder aos custos reais dos hospitais, dado que a informação reportada às entidades oficiais nem sempre corresponde ao custo final em que o Hospital incorre. Este problema foi particularmente constatado no âmbito dos custos com medicamentos, divulgados pelo INFARMED, I.P., dado que os custos reportados não incluem, em grande parte dos casos, os descontos obtidos pelos hospitais junto dos fornecedores.

Por outro lado, é difícil analisar os custos da prestação de cuidados de saúde hospitalares públicos em Portugal, designadamente pelo facto não existir nenhum hospital publico que consiga informar com rigor quais os custos que tem com determinado procedimento ou tratamento.

Para isso seria necessário que existissem sistemas de custeio por actividades que, como é sabido, imputam os custos directos e indirectos a cada doente tratado no hospital, para que, no final do processo, seja possível apurar qual o custo exacto de tratamento de cada paciente tratado. No sector hospitalar, este tipo de sistemas é praticamente inexistente, não sendo por isso possível apurar, com rigor, os custos associados ao tratamento de uma determinada patologia.

Um dos problemas fundamentais no âmbito do controlo de gestão da actividade hospitalar, consiste na identificação dos custos das actividades e na poupança que é possível realizar em cada área. Devido à natureza complexa de determinadas actividades toma-se difícil identificar o custo verdadeiro dos serviços prestados pois muitas vezes não é possível identificar as relações que existem entre vários factores. Por exemplo, factores como a dimensão da unidade hospitalar, a tecnologia disponível e a sua localização podem influenciar a estrutura de custos. Só é possível identificar todos os custos se for possível identificar as fontes ou se existir um custeamento baseado nos custos de actividades o que, até a data, ainda não foi implementado nos hospitais portugueses.

Sem prejuízo de se tratar de um sector onde estes sistemas são de difícil implementação, o seu potencial é tão grande e os seus benefícios expectáveis para a gestão hospitalar seriam tão importantes, que a sua adopção terá necessariamente que ser entendida como prioritária para o Serviço Nacional de Saúde.

Ao sabermos com rigor os custos de tratamento associados a cada doente/patologia, poderíamos mais facilmente identificar as áreas de ineficiência, focando os nossos esforços na redução do desperdício nesses sectores. Na verdade, se os gestores das organizações hospitalares não conhecerem os custos reais dos serviços prestados, torna-se extremamente difícil gerirem a sua organização de forma competitiva e eficiente.

A obtenção de custos por episódio/doente tratado permitiria ainda uma comparação mais precisa do desempenho de cada hospital no tratamento dos seus doentes, permitindo identificar os mais eficientes em cada área. Ao identificarmos os mais eficientes, poderíamos com maior rigor analisar as suas práticas e processos internos de gestão, de forma a identificarmos quais os factores que determinam essa maior eficiência.

Além disso, a identificação dos mais eficientes seria fundamental quer para serem usados como referencial no âmbito de comparação de desempenho entre hospitais, como referencial para o cálculo dos preços a pagar para um determinado acto/episódio.

Dado que em Portugal os preços a que é paga a produção do sector hospitalar são definidos com base nos custos médios dos hospitais para o tratamento de um determinado episódio, o apuramento de custos por doente tratado seria fundamental para o cálculo de preços mais justos e mais adequados às actuais estruturas de custos dos hospitais. Uma correcta definição de preços será essencial para não incentivar os prestadores para a especialização excessiva como forma de aumento da receita ou para a subsidiação cruzada entre diferentes áreas.

Sem prejuízo de poder existir alguma margem para aumento da receita por parte dos hospitais, designadamente daquela que não tenha origem em financiamento público, é desejável que os ganhos de eficiência se façam essencialmente à custa da redução dos custos operacionais dos hospitais. Para isso, será necessário um esforço para identificar as áreas onde será possível reduzir os custos, mantendo elevados padrões de qualidade nos cuidados.

Nesse sentido, foi efectuada uma análise das oportunidades de melhoria nas principais áreas de custos, designadamente Recursos Humanos, Tecnologias de saúde e Fornecimentos e Serviços Externos (FSE). Para além destas três grandes áreas de custos, o grupo debruçou-se também sobre as medidas que, no âmbito da governação clínica e da gestão dos Serviços Clínicos, pudessem representar oportunidades para ganhos de eficiência.

Os autores realizaram também as necessárias revisões de literatura, de forma a evidenciar as melhores práticas internacionais, analisando a sua adequação ao caso Português. Para além disso, recorreu-se à consulta de um vasto conjunto de especialistas, recolhendo a sua opinião sobre as oportunidades de melhoria de eficiência, para as diferentes áreas analisadas. Sem prejuízo disso, todas as propostas aqui plasmadas são de exclusiva responsabilidade e autoria do Grupo Técnico.

Tentou-se elaborar um roteiro de medidas por área que, não só fossem rapidamente exequíveis, como também se pudessem traduzir em consideráveis ganhos para o SNS e que aumentassem a qualidade global dos cuidados prestados.

Nesse sentido é importante clarificar que o Grupo não teve como objectivo retratar todas as medidas de contenção de custos. Existem matérias que por caírem na gestão operacional de cada serviço/unidade, se enquadram no âmbito da autonomia de cada Hospital e deverão por isso ser alvo da acção específica de cada CA. O grupo preocupou-se antes em propor medidas e orientações globais que, pela sua relevância e exequibilidade, pudessem ser importantes factores de mudança para o SNS como um todo.

No âmbito da redução de custos ao nível da governação clínica, foi analisada a possibilidade de otimizar um conjunto de processos, de forma a aumentar a eficiência da prestação e a aumentar a qualidade dos cuidados prestados.

As medidas incluem as áreas dos blocos cirúrgicos (aumento das taxas de ambulatorização, uniformização de protocolos pré-operatórios e melhorias no funcionamento do SIGIC), do internamento (análise e penalização da inapropriação de cuidados) e dos Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica (racionalização dos pedidos).

Relativamente aos Recursos Humanos, as medidas procuram por um lado promover uma melhor adequação dos quadros e competências de RH às necessidades em saúde das populações e, por outro, compensar de forma mais eficaz os melhores profissionais, valorizando e motivando os trabalhadores mais capazes e empenhados.

O medicamento e, igualmente, os dispositivos médicos, mereceram uma especial atenção por parte do Grupo, nomeadamente pelo facto de apresentarem uma tendência de crescente aumento da despesa e pela sua contribuição para o aumento dos custos hospitalares nos últimos anos.

No âmbito deste ponto foram analisadas principalmente os seus processos de avaliação prévia e de aquisição, bem como os seus regimes de dispensa e utilização em meio hospitalar.

Na área do medicamento hospitalar a prioridade aponta para o reforço da eficiência nos processos de compras, para a promoção de uma melhor qualidade na utilização dos medicamentos reduzindo as diferenças entre os custos por doente, para a reformulação do regime aplicável à dispensa de medicamentos em sistema ambulatorio e para a definição um sistema de financiamento próprio que racionalize os mecanismos de dispensa, promovendo a redução de ineficiências e reduzindo a despesa com medicamentos a nível hospitalar.

Estima-se que as medidas apontadas promovam a qualidade de utilização dos medicamentos e dispositivos médicos, com as consequentes reduções da despesa.

Por último, aborda-se a questão dos FSE, designadamente nas suas componentes de Serviços de Apoio e de Eficiência energética. No âmbito dos FSE terá particular importância a centralização/normalização dos processos de compras, via envolvimento da SPMS.

É expectável que a execução destas medidas de eficiência contribua decisivamente para a melhoria dos níveis de eficiência dos hospitais portugueses e para a sustentabilidade do SNS, sendo por isso de fundamental importância a sua implementação.

4.4.2 Medidas

Apresentam-se, sumariamente, as medidas preconizadas no âmbito desta iniciativa estratégica.

MEDIDAS:

1. Aumentar as taxas de Cirurgia de Ambulatório
2. Uniformização de Protocolos Pré-Operatórios
3. Optimização do funcionamento do SIGIC
4. Criação do Programa Nacional de Revisão da Utilização
5. Racionalização dos pedidos de MCDT
6. Ajustamento dos Quadros de Pessoal dos Hospitais em função das necessidades da Procura de Cuidados
7. Promover a Mobilidade dos Profissionais de Saúde
8. Promoção de contratos-mistos com remuneração associada ao desempenho
9. Atribuição de novas actividades aos Enfermeiros
10. Reformular o processo de compra de Medicamentos e de Dispositivos Médicos

MEDIDAS (continuação):

11. Revisão do quadro legal da dispensa de Medicamentos em Ambulatório Hospitalar
12. Desenvolver normas terapêuticas orientadas para as áreas terapêuticas prioritárias apoiadas em TI
13. Sujeição dos acordos de avaliação prévia de Medicamentos aos Contratos-Programa
14. Sistema de Monitorização dos Medicamentos - Internamento e no Ambulatório Hospitalar
15. Partilha de serviços entre Farmácias Hospitalares
16. Implementar Sistema de Avaliação Prévia e de custo benefício dos principais Dispositivos Médicos
17. Adopção de Normas Orientadoras para a utilização de Dispositivos Médicos
18. Implementação de um Programa de Reutilização de Dispositivos Médicos
19. Partilha de Serviços de Apoio
20. Implementação de um Programa de Eficiência Energética

Para cada medida apresentada apresentar-se-á: (i) Justificação; (ii) Descrição; (iii) Impactos; (iv) Fases de implementação e calendarização; (v) Entidades envolvidas; (vi) Monitorização e acompanhamento.

1. Aumentar as taxas de Cirurgia de ambulatório

1.1. Justificação

As vantagens da progressiva ambulatorização das cirurgias são indiscutíveis. Entre as principais, destacamos a preferência que muitos doentes têm por passar o mínimo tempo possível em meio hospitalar, preferindo a convalescença em casa, e a diminuição que esta opção acarreta no risco de contrair uma infecção nosocomial. Acresce que esta modalidade de cirurgia também apresenta custos menores associados, representando vantagens quer do ponto de vista da qualidade dos cuidados, como no âmbito da redução de custos do SNS.

A taxa de ambulatorização tem naturalmente limites, dado que um conjunto considerável de pacientes continuará a apresentar critérios clínicos que não permitem a realização das suas cirurgias em regime de ambulatório. No entanto e não obstante os hospitais tenham feito um importante esforço nos últimos anos, parece existir margem para um aumento das taxas de ambulatorização cirúrgica em Portugal.

Se analisarmos os dados portugueses para um determinado conjunto de cirurgias (geralmente passíveis de realizarem realizadas em regime de ambulatório) e os compararmos os dados do NHS inglês, é possível verificar que ainda estamos longe dos resultados obtidos em outros Países. Efectivamente, apesar da diferença temporal (os dados ingleses remontam a 2002-2003), é possível observar que, para este conjunto de patologias, as taxas verificadas no NHS já eram superiores às que observamos mais recentemente em Portugal.

Quadro 27 – Percentagem de cirurgias realizadas em regime de ambulatório - comparação Portugal e Reino Unido

Unidade: %

Cirurgias realizadas em Regime de Ambulatório	Portugal (2008 e 2009)	Reino Unido (2003)
Laqueação e stripping de veias varicosas	36%	54%
Catarata	90%	94%
Hernia inguinal	33%	47%
Miringotomia com inserção de tubo	45%	87%
Libertação do túnel cárpico	73%	90%
Artroscopia	14%	65%
Extracção de dente	56%	97%
Remoção de dispositivos implantados nos ossos	26%	47%
Artroscopia do joelho	15%	81%
Excisão local de lesão da mama	37%	66%

Fonte: Dados portugueses: ACSS (2008-2009); dados ingleses: UK NHS (2002-2003)

Se, para estas patologias, os Hospitais Portugueses atingissem as mesmas taxas de ambulatorização cirúrgica praticadas no NHS, poderiam ser poupados cerca de 83.000 dias de internamento (conforme detalhado no quadro seguinte). Este exemplo é bem representativo da potencial poupança que o aumento das taxas de ambulatorização poderá representar

Quadro 28 – Redução dos dias de internamento devido à aproximação a valores de referência na cirurgia de ambulatório

Unidade: Qtd.

	Impacto (dias)
Laqueação e stripping de veias varicosas	-11.610
Catarata	-10.289
Hernia inguinal	-10.223
Miringotomia com inserção de tubo	-9.582
Libertação do túnel cárpico	-9.088
Artroscopia	-9.085
Extracção de dente	-6.455
Remoção de dispositivos implantados nos ossos	-6.283
Artroscopia do joelho	-5.758
Excisão local de lesão da mama	-5.498
Total	-83.871

Fonte: Dados portugueses: ACSS (2008-2009); dados ingleses: UK NHS (2002-2003).

II. Descrição

Os hospitais têm que se reorganizar para aumentar as suas taxas de cirurgia de ambulatório. Para todos os doentes com indicação cirúrgica, deverá primeiro ser analisada a possibilidade de o doente ser intervencionado em regime de ambulatório. A abordagem convencional, com recurso a internamento, apenas deverá ser considerada no caso de a intervenção em regime de ambulatório ser clinicamente inapropriada.

Para incentivar os hospitais a implementarem esta medida, propõe-se que sejam adoptadas as seguintes regras:

- Deverão ser reforçados os objectivos de taxa de ambulatorização para o SNS, de forma a atingir uma taxa global de 70 % em 2015 (conforme proposto pela Associação Portuguesa de Cirurgia de Ambulatório);
- Deverão ser definidas metas por patologia, e por hospital, de acordo com a sua tipologia e mix de produção. Estas metas deverão ter reflexo quer nas quantidades contratadas nos contratos-programa (GDH cirúrgicos de ambulatório e de internamento), quer no âmbito dos objectivos de qualidade e eficiência dos Contratos-programa;
- Deverá ser analisada a possibilidade de pagar com GDH de ambulatório, os doentes que deram origem a GDH cirúrgicos de internamento sem ter indicação clínica para tal. Trata-se no fundo de responsabilizar os hospitais pela sua eventual má prática, aqui entendida como a realização de uma cirurgia com internamento, quando na verdade o doente poderia ser intervencionado em regime de ambulatório.

III. Impactos

- Redução dos custos, com relevo para o impacto da redução de camas de cirurgia convencional;
- Melhoria da qualidade, incluindo a satisfação dos doentes e famílias;
- Modernização do sistema de prestação de cuidados hospitalares.

IV. Fases de implementação e calendarização

1º Semestre de 2012:

_Criação de grupo de apoio para a ambulatorização cirúrgica por parte da ACSS.

_Introdução dos princípios enunciados nos CP 2012.

2013, 2014 e 2015:

_Reforço dos objectivos de ambulatorização cirúrgica nos CP, de forma a atingir a taxa global de 70 %.

_V. Entidades envolvidas

O trabalho fundamental a desenvolver cabe aos hospitais, com o apoio da ACSS, das ARS, e da Associação Portuguesa de Cirurgia do Ambulatório.

_VI. Monitorização e acompanhamento

A monitorização da progressiva ambulatorização far-se-á pelo acompanhamento das taxas de cirurgia realizadas neste formato.

2. Uniformização de Protocolos Pré-Operatórios

_I. Justificação

São realizadas anualmente mais de 200 mil cirurgias programadas nos hospitais portugueses. Por rotina realizam-se um conjunto de exames pré-operatórios na avaliação de pacientes aparentemente saudáveis, ou para diagnóstico de situações que possam influenciar a decisão sobre os seus tratamentos/cirurgias a realizar. Estas rotinas incluem a realização de exames imagiológicos, testes de coagulação, testes de glicemia, entre outros. Estes exames são também requisitados, por rotina, em toda a área dos MCDT's executados sob sedação, nomeadamente na gastroenterologia, imagiologia, cardiologia de intervenção, entre outras especialidades não cirúrgicas.

Vários estudos sugerem que parte dos exames pré-operatórios padronizados em doentes saudáveis são desnecessários, sendo uma importante fonte de desperdício de recursos, designadamente pelo elevado peso financeiro que representam no custo total da cirurgia.

Em Portugal, parece não existir uniformização nos protocolos para exames pré-operatórios usados nos hospitais, resultando em custos acrescidos difíceis de determinar.

Países como a Inglaterra, Estados Unidos, e alguns Países Nórdicos criaram protocolos de Consensus para a prescrição dos exames complementares de Diagnóstico no âmbito dos protocolos Pré-Operatórios. Dá-se como exemplo o protocolo do *National Institute for Clinical Excellence (NICE)*, do NHS, que resultou de um amplo consenso entre os Departamentos de Anestesiologia Ingleses, tendo esse protocolo sido posteriormente transposto para os protocolos dos Serviços hospitalares.

II. Descrição

Propõe-se a adopção de critérios de protocolos pré-operatórios uniformizados, com base na melhor evidência clínica e em critérios de custo-efectividade. Os novos protocolos deverão ser elaborados com o apoio da Ordem dos Médicos, designadamente através do colégio de especialidade respectivo e da Sociedade Portuguesa de Anestesiologia.

Os critérios e os protocolos deverão ser disseminados e adoptados por todos os hospitais portugueses.

III. Impactos

Tendo em consideração a realidade nacional, a economia conseguida pela aplicação destas Guidelines poderá ascender a várias dezenas de milhões de euros por ano.

A adopção de protocolos uniformizados traduzir-se-á ainda em maior rapidez no agendamento de doentes para cirurgia, ma redução das demoras médias e na diminuição do número de MCDT inapropriados ou desnecessários.

IV. Fases de implementação e calendarização

1º Semestre de 2012

_Elaboração dos protocolos Pré-Operatórios com o apoio da Ordem dos Médicos, da Sociedade Portuguesa de Anestesiologia e da Direcção-Geral da Saúde.

2º Semestre de 2012

_Disseminação e implementação dos protocolos em todos os hospitais portugueses

V. Entidades envolvidas

DGS, Ordem dos Médicos, CA dos hospitais e Serviços Hospitalares

VI. Monitorização e acompanhamento

Os Hospitais deverão realizar auditorias clínicas internas aos processos clínicos dos doentes cirúrgicos (por amostragem) para avaliação de implementação da medida.

3. Optimização do funcionamento do SIGIC

I. Justificação

O Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia (SIGIC) foi criado na sequência dos programas especiais de combate às listas de espera para cirurgia, tendo contribuído nos últimos anos quer para uma maior transparência na gestão e organização das listas de espera, bem como para uma redução dos doentes em espera para cirurgia.

Actualmente, o SIGIC regula toda a actividade cirúrgica programada e abarca todas as etapas do processo de gestão do utente, desde a sua inscrição na lista cirúrgica até à conclusão do processo, após realização da cirurgia.

No âmbito do SIGIC, é ainda garantido um tempo máximo de resposta garantido (180 dias), após o qual o doente pode ser intervencionado numa unidade cirúrgica convencionada.

No entanto, a gestão centralizada do SIGIC tem proporcionado desconformidades relativamente à gestão orçamental, aos agentes dos processos, e na sobreposição de actividade públicas e privadas desses mesmos agentes.

Propõe-se que sejam introduzidas alterações ao actual funcionamento do SIGIC, de forma a melhorar o seu desempenho. Há necessidade de alterar o modelo instituído no que à transferência de doentes diz respeito e que aguardam pela cirurgia, através dos vales-cirurgia, e aos respectivos pagamentos.

II. Descrição

De forma a optimizar o funcionamento do programa, propõe-se a adopção das seguintes regras de funcionamento:

- 1º Após ser ultrapassado o TMRG, os doentes devem poder escolher livremente o hospital onde serão intervencionados, dentro da rede de hospitais convencionados a nível nacional, não devendo existir restrições à sua livre escolha;
- 2º Os hospitais públicos passam a poder adquirir, em concorrência com outros hospitais públicos e com o sector privado, os vales cirurgia emitidos por outros hospitais. Sem prejuízo disso, deverá ser garantido o equilíbrio entre a produção base e a produção adicional realizada por cada hospital;

- 3º O Hospital de onde sai o doente deverá ser penalizado no volume contratado para GDH cirúrgicos programados para esse ano, em sede de contrato-programa.

_III. Impactos

A medida permitirá que os hospitais sejam mais responsabilizados pelas respostas aos doentes, adequando melhor a sua oferta de serviços. Além disso, permitirá aos doentes uma maior liberdade de escolha, dando-lhes a possibilidade de escolher o hospital mais adequado às suas necessidades.

_IV. Fases de implementação e calendarização

1º Semestre de 2012

_Implementação das novas regras, nomeadamente no que respeita à sua transposição para os CP de 2012;

_Adaptação da plataforma informática SIGLIC, de forma a incorporar as novas regras.

_V. Entidades envolvidas

ACSS, Unidade Central de Gestão de Inscritos para Cirurgia (UCGIC), Unidades Regionais de Gestão de Inscritos para Cirurgia (URGIC), e Unidades Hospitalares de Gestão de Inscritos para Cirurgia (UHGIC).

_VI. Monitorização e acompanhamento

A ACSS deverá reportar os efeitos decorrentes da aplicação das novas regras, designadamente no que respeita à melhor taxa de utilização dos vales-cirurgia emitidos.

4. Criação do Programa Nacional de Revisão da Utilização

_I. Justificação

A demora média é, ainda hoje, o principal indicador de gestão dos hospitais, dado o peso do internamento na respectiva estrutura da despesa (cerca de 60%). Tratando-se de um indicador

do domínio da eficiência, é também um indicador que interessa à qualidade, designadamente pelo risco associado à permanência do doente no hospital, com uma possibilidade acrescida de infecção nosocomial.

A avaliação sistemática do tempo de internamento, com o objectivo de averiguar se os doentes estão a receber os cuidados adequados no tempo estritamente necessário, e a identificação das situações em que tal não acontece, constitui um excelente meio de controlar os custos e de contribuir para a qualidade dos cuidados prestados.

Em Portugal parece ainda existir margem para optimização das demoras médias dos hospitais, designadamente se compararmos os desempenhos dos hospitais portugueses com os de outros Países com melhores resultados.

Por outro lado, existem diferenças significativas entre as demoras médias dos diferentes hospitais do País, mesmo quando se efectua o necessário ajustamento pelo risco. Para isso, parecem contribuir não só os doentes internados sem indicação clínica que justifique esse internamento em Hospitais de agudos, mas também doentes internados cujas necessidades não correspondem a nenhum dos cuidados especializados que esses Hospitais têm para lhes oferecer no internamento.

Por ser assim, importa desenvolver metodologias que permitam averiguar se o hospital de agudos é o meio adequado para determinado episódio de internamento e, em caso afirmativo, se o doente permanece internado o tempo estritamente necessário, ou, se poderia ser tratado, sem perda de qualidade com recursos menos diferenciados.

II. Descrição

Para ganhar efectividade de gestão, os hospitais deverão adquirir a capacidade de medir o uso inapropriado de recursos, identificar as respectivas causas, para depois intervir sobre essas mesmas causas, reduzindo sistematicamente a dimensão da inapropriação.

Para isso, propõe-se o relançamento do programa nacional de revisão de utilização do internamento (já usado pela Unidade de Missão dos Hospitais SA), utilizando o Protocolo de Revisão de Utilização (PRU), na sua versão médico-cirúrgica.

A Revisão de Utilização pode ser definida como uma técnica para identificar as situações e as razões pelas quais os doentes foram admitidos ou permaneceram num hospital, quando poderiam ter sido tratados em meio menos diferenciado, ou utilizando menos dias de internamento, bem como o tipo de cuidados em que o doente deveria estar integrado, de forma alternativa. Os critérios do PRU dividem-se em duas grandes categorias: critérios de

validação da admissão e critérios da validação de um dia de internamento. A primeira categoria é constituída por duas secções: intensidade dos cuidados prestados e gravidade da doença. A segunda categoria divide-se em três secções: cuidados médicos, cuidados de enfermagem e suporte de vida e situação clínica do doente.

Para relançamento do PRU, deverá ser reorganizada a logística em que esta actividade deve assentar, incluindo a aplicação informática desenvolvida há cerca de 8 anos para este efeito e as equipas de médicos revisores. Importa referir que a primeira versão deste programa, aplicada pela Unidade de Missão dos Hospitais SA, foi considerada como sendo clinicamente valida e fiável nos seus resultados.

Não sendo economicamente viável proceder à revisão de todos os episódios de internamento, propõe-se que a medição feita nos hospitais seja feita por amostragem aleatória estratificada.

Posteriormente ao desenvolvimento e aplicação do PRU em todos os Hospitais, propõe-se que a % de inapropriação de cuidados seja incluída como indicador de qualidade e eficiência nos CP dos hospitais.

III. Impactos

Este programa permitirá determinar percentagens de inapropriação de admissões e de dias de internamento, bem como identificar as suas principais causas e ainda as áreas onde existem problemas. Permitirá ainda estabelecer o "perfil de utilização" do hospital e dos serviços, para além de facilitar o planeamento e a tomada de decisões correctivas adequadas.

É expectável que a introdução do PRU na rotina dos hospitais, contribua para uma substancial diminuição da utilização inapropriada dos seus recursos e para a melhoria geral do seu funcionamento.

IV. Fases de implementação e calendarização

1º Semestre de 2012

_Início do projecto que deverá ser dirigido pela ACSS. Deverá ser actualizada a aplicação informática do PRU. Além disso, deverá ser programado um novo programa de formação para Médicos Revisores.

2º Semestre de 2012

_Desenvolvimento do programa de formação.

1º Semestre de 2013

_Início do PRU nos hospitais

_Introdução do Indicador de inapropriação de cuidados nos indicadores de qualidade e eficiência dos CP

V. Entidades envolvidas

ACSS e CA dos Hospitais

VI. Monitorização e acompanhamento

O indicador de inapropriação de cuidados deverá ser incluído nos indicadores de qualidade e eficiência dos hospitais, bem como na metodologia de *benchmarking* a desenvolver para os hospitais.

5. Racionalização dos pedidos de MCDT

I. Justificação

Os Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica, desempenham cada vez mais um papel de fundamental importância no processo de diagnóstico e tratamento dos doentes. Os modernos recursos tecnológicos de diagnóstico vieram proporcionar ao médico todos os meios necessários para um diagnóstico preciso e mais precoce, com evidente benefício para os pacientes.

Por outro lado, a crescente especialização dos hospitais no diagnóstico e tratamento de doenças de alta complexidade, é acompanhada por uma tendência de crescente diferenciação dos MCDT disponíveis nos hospitais, sendo esta maior diferenciação acompanhada por um custo crescente associado a estes meios. É expectável que esta tendência se mantenha no futuro, sendo materializada através do surgimento de novos equipamentos, novos aparelhos e novos recursos diagnósticos e terapêuticos.

Parece existir um excesso de pedidos internos de MCDT nos hospitais, clinicamente desnecessários, geradores de custos em excesso e potencialmente nocivos para os doentes. Este excesso de pedidos leva a que os hospitais não disponham de capacidade instalada para responder a essas solicitações, tendo necessidade de dilatar os tempos de resposta e/ou de comprar MCDT ao exterior.

O actual contexto de restrição económica, bem como a necessidade de obtenção de maiores níveis de eficiência, obriga a utilização mais racional e eficiente dos recursos disponíveis em MCDT, sem prejuízo da garantia de acesso efectivo dos cidadãos, com elevada qualidade, aos cuidados de saúde que os seus casos clínicos exigem. No acto de prescrição de um MCDT, o prescritor deverá ter sempre presente as suas indicações, as suas limitações, os seus riscos e a sua relação custo-efectividade, para cada caso em particular.

II. Descrição

Perante a actual situação de restrição financeira, não existe margem para o alargamento da actual capacidade instalada em MCDT. Por outro lado, parece existir uma situação de sobreprescrição de MCDT, que deverá merecer a melhor atenção por parte dos hospitais. Por ser assim, é desejável que o ajustamento nos MCDT seja efectuado mais do lado da procura, do que do lado da oferta.

Para isso, propõem-se duas linhas de actuação:

1. Propõe-se que sejam elaboradas *guidelines* específicas para as patologias que correspondam a maiores volumes de prescrição de MCDT, com indicação dos casos e m que um determinado MCDT deve ser prescrito e da periodicidade mínima clinicamente aconselhável para a repetição do MCDT.

Os sistemas de prescrição electrónica de MCDT, deverão ser apensados de alertas/condicionalismos informáticos de requisição, nomeadamente relacionados com periodicidade, só ultrapassáveis com justificação clínica específica.

2. Todos os hospitais deverão avaliar a oportunidade de recorrerem à subcontratação para as suas áreas de MCDT (nomeadamente na Imagiologia e na Patologia Clínica), designadamente se esta alternativa resultar na redução dos seus custos operacionais, atentas as necessidades de garantia da qualidade e segurança do Serviço. De forma a apoiar os CA dos hospitais na definição os termos e especificações dos contratos de *outsourcing*, deverão ser divulgadas as práticas de negociação existentes em vários hospitais que já implementaram, com sucesso, este tipo de soluções, em Seminário/Fórum organizado especificamente para este efeito.

III. Impactos

Redução dos custos associados aos MCDT, contribuindo para a redução dos custos operacionais dos hospitais. É ainda expectável que a redução do número de MCDT desnecessários contribua para uma melhor resposta do hospital aos seus doentes, contribuindo para uma redução dos tempos de espera e para um aumento da satisfação dos pacientes.

_IV. Fases de implementação e calendarização

1º Semestre de 2012

_Definição de *guidelines* para as principais áreas/Serviços com maior peso no total de pedidos.

_Avaliação das oportunidades de subcontratação pelos hospitais.

2º Semestre de 2012

_Parametrização das aplicações usadas na prescrição de MCDT

1º Semestre de 2013

_Implementação da funcionalidade no SI

_V. Entidades envolvidas

ACSS, DGS, CA dos Hospitais

_VI. Monitorização e acompanhamento

Deverão ser analisados os indicadores: Peso do custo com MCDT no total de custos do Hospital, MCDT enviados ao exterior, Número médio de MCDT por doente e Tempos de espera para a realização de MCDT.

6. Ajustamento dos quadros de Pessoal dos Hospitais em função das necessidades da Procura de Cuidados

_I. Justificação

São os profissionais da saúde que, em última instância, definem que serviços serão consumidos os recursos, como serão consumidos, onde, em que quantidade e, consequentemente, que impacto estes serviços terão sobre o estado de saúde das pessoas.

O sucesso das acções de saúde depende, portanto, da organização do trabalho, ou seja, de definições sobre a quantidade, a combinação (o *mix*) de competências, a distribuição, o treino e as condições de trabalho dos profissionais da saúde.

O facto de mais de 50% dos custos totais dos hospitais corresponderem a custos com recursos

humanos (formação, pagamento de serviços prestados, benefícios sociais), dá-nos uma boa noção da importância deste tema para a eficiência hospitalar.

Em Portugal, parecem existir assimetrias consideráveis nos quadros de pessoal dos hospitais, designadamente se ponderados em função da sua produção. É necessário acabar com a situação de excesso de profissionais em determinados hospitais e de grave carência em outras unidades hospitalares.

Sem prejuízo das suas limitações, o recente relatório da ACSS contribui para relançar a discussão relativa à distribuição de Recursos Humanos médicos pelos Hospitais, criando a necessidade de trabalharmos no sentido de adequar melhor estes recursos à actividade das unidades hospitalares.

II. Descrição

Propõe-se que seja encetado um processo de melhoria relativa ao documento de diagnóstico da ACSS, relativo à distribuição e necessidades de RH médicos no SNS, de forma a calcular um quadro adequado à produção prevista para cada hospital e especialidade.

Os hospitais deverão ser envolvidos na melhoria do documento, de forma a identificar as especificidades que permitam otimizar o cálculo do número de Médicos desejáveis para cada Serviço/hospital. Este documento deverá permitir: 1) caracterizar de forma mais aprofundada a distribuição de recursos humanos médicos, 2) avaliar as características dos efectivos, 3) detectar áreas/serviços carenciados e outros com excesso de trabalhadores, 4) eventuais assimetrias regionais na distribuição destes trabalhadores e 5) previsão de necessidades de RH para os 10 próximos anos (tendo em conta projecções de movimentos de procura de cuidados de saúde).

Depois de o referido documento estar rectificado e consensualizado, deverá ser encetado um programa de realocação de pessoal, recorrendo a mecanismos de mobilidade especial, rescisões amigáveis e, outros mecanismos de ajustamento necessários. Importa aqui referir que este objectivo está previsto no âmbito do MoU, designadamente na sua medida 3.79: *"Preparar relatórios periódicos anuais, o primeiro a ser publicado até ao final de Março de 2012, apresentando os planos para a distribuição de recursos humanos no período até 2014. O relatório especificará os planos para transferir funcionários qualificados e funcionários de apoio no âmbito do SNS"*.

O processo deverá ser liderado pela Tutela e deverá garantir a manutenção dos direitos adquiridos pelos trabalhadores que decidam aderir à mobilidade.

_III. Impactos

A melhor adequação dos recursos humanos à procura, permitirá a sua afectação de forma mais eficiente, permitindo responder melhor às necessidades em saúde das populações e contribuindo para a melhoria da acessibilidade aos cuidados de Saúde.

_IV. Fases de implementação e calendarização

1º Semestre de 2012

_Revisão e reformulação do documento pela ACSS, em conjunto com os hospitais e ARS

2º Semestre de 2012

_Implementação do Programa de realocação de pessoal

_V. Entidades envolvidas

ACSS, ARS, CA dos Hospitais

_VI. Monitorização e acompanhamento

O estudo deverá ter continuidade, devendo acompanhar o número de efectivos médicos de cada Serviço/Hospital, de forma a comprovar o sucesso do programa. Este objectivo está aliás previsto no âmbito da medida 3.78 do Memorando de Entendimento: *“Actualizar anualmente o inventário de todos os médicos activos por especialidade, idade, região, centros de saúde e hospitalares, sector público e privado, de modo a se ser capaz de identificar os Médicos activos e projectar as necessidades actuais e futuros em cada uma das categorias”*.

7. Promover a mobilidade dos Profissionais de Saúde

_I. Justificação

A medida 3.80 do Memorando de Entendimento prevê a *introdução de regras para aumentar a mobilidade dos profissionais de saúde (incluindo médicos) dentro e entre regiões de saúde (...)*.

Sucedem porém que a esta matéria se encontram regulamentada nos regimes legais das carreiras previstos em diplomas e em acordos colectivos de trabalho, não sendo possível a sua alteração sem a competente renegociação sindical.

Apesar dos obstáculos de carácter legal que inviabilizam a adopção de medidas gestionárias que promovam a mobilidade dos profissionais de saúde, indicam-se os aspectos que podem vir a favorecer esse regime.

II. Descrição

Promover a mobilidade de profissionais de saúde.

Este objectivo pode ser prosseguido pelas seguintes formas:

- a) Alteração dos critérios para definição de 'local de trabalho' com referência à distância quilométrica em causa;
- b) Facilitação dos instrumentos de mobilidade como a licença sem vencimento;
- c) Aprofundar a cooperação no domínio da saúde com a CPLP, facilitando a transferência de conhecimentos, a criação de uma agenda de cooperação nos domínios técnico e científico, e o intercâmbio de profissionais.

III. Impactos

Será de esperar um impacto positivo em termos do desempenho global do hospital com inerentes consequências financeiras.

IV. Fases de implementação e calendarização

Estima-se que o processo negocial deveria ser concluído até Outubro de 2012, de forma a poder fazer incidir o respectivo impacto no orçamento de Estado para 2013.

V. Entidades envolvidas

Tutela e ACSS

VI. Monitorização e acompanhamento

A Tutela deverá acompanhar com proximidade o desenvolvimento do processo negocial.

8. Promoção de contratos-mistos com remuneração associada ao desempenho

I. Justificação

No âmbito da gestão de RH dos hospitais, o grande desafio com que se deparam os gestores dos hospitais consiste em utilizar a política salarial como instrumento estratégico, ao serviço dos objectivos institucionais da organização, reforçando a sua cultura e os comportamentos necessários para aumentar os resultados em saúde dos seus pacientes.

Dado que o actual sistema de remuneração não incentiva nem a produção, nem a eficiência, importa encontrar novas formas de retribuição mais justas e adequadas. Efectivamente, importa encontrar forma de premiar os melhores profissionais e de penalizar aqueles com pior desempenho.

Neste contexto, a remuneração variável associada ao desempenho pode desempenhar um importante papel na comunicação dos objectivos, valores, e estratégias das instituições, valorizando o compromisso dos trabalhadores com os objectivos do hospital.

II. Descrição

De forma a ajustar a remuneração à actividade produzida, a política de recursos humanos deverá privilegiar a celebração de contratos mistos com os profissionais de saúde, em especial em áreas consideradas chave, sempre que possível e adequado às funções a desenvolver.

No âmbito destes contratos mistos, deverão ser previstas as seguintes componentes de remuneração: componente base (que reflecta a qualificação e o cargo do profissional) + componente associada a actividade (qualidade + quantidade) + componente associada aos objectivos organizacionais (propõe-se a adopção dos actuais indicadores de qualidade e eficiência). O cálculo da parte variável deverá reportar-se aos objectivos a atingir por cada profissional, não devendo contribuir para o aumento de custos dos hospitais.

É fundamental que a metodologia de cálculo das componentes variáveis da remuneração seja transmitida de forma clara e transparente aos trabalhadores, devendo ser percebido como justo e adequado pelos trabalhadores. Esta condição é fundamental para o sucesso da implementação deste tipo de remuneração, sob pena de poder vir a tornar-se contraproducente.

Propõe-se que a adopção deste contratos-mistos seja primeiro implementada no âmbito de uma experiência piloto, devendo depois ser avaliada e eventualmente disseminada por todos os hospitais da rede SNS.

_III. Impactos

Melhoria do desempenho dos profissionais, em termos qualitativos e quantitativos, bem como melhoria dos níveis de satisfação e de motivação dos profissionais.

_IV. Fases de implementação e calendarização

1º Semestre de 2012

_Definição do modelo de cálculo da remuneração, incluindo dos critérios para atribuição de componente variável. Simulação do modelo e discussão com os parceiros sociais.

2º Semestre de 2012

_Aplicação do novo modelo aos novos contratos da unidade-piloto.

1º Semestre de 2013

_Avaliação dos resultados da experiência e eventual disseminação do modelo de remuneração.

_V. Entidades envolvidas

MS, ACSS, Unidade-piloto, Parceiros Sociais, CA dos Hospitais.

_VI. Monitorização e acompanhamento

Deverá ser avaliado o desempenho dos profissionais contratados através desta tipologia de contrato, devendo ser comparado com um grupo de controlo (profissionais contratados com recurso a CIT sem remuneração associado ao desempenho), de forma a analisar eventuais diferenças de desempenho.

9. Atribuição de novas actividades aos Enfermeiros

9.1. Justificação

Existem necessidades crescentes de acompanhamento de doença crónica e de realização de outras tarefas de seguimento complementares a actos médicos que poderão ser realizadas por outros profissionais de saúde, que não o médico, em particular por parte dos enfermeiros, atendendo às suas competências técnicas e profissionais. Esta é hoje uma realidade evolutiva em todos os sistemas de saúde, observando-se estratégias já bem firmes em Países como o Reino Unido, a Espanha, entre outros.

Por outro lado, as insuficiências de RH médicos em determinadas áreas e a necessidade de racionalizar e reduzir custos, aconselham a repensar as tarefas e atribuições dos diferentes grupos profissionais do hospital, propiciando que elas são realizadas ao nível adequado e evitando, nomeadamente, a ocupação do pessoal médico com tarefas que não requerem o seu nível de competências e qualificação. Esta questão é particularmente relevante no que respeita à possível alocação de tarefas a enfermeiros.

Existem argumentos suficientemente validos, que abonam em favor desta possível transferência de tarefas:

- a. Em Portugal, verifica-se a existência de uma forte carência de especialistas, em determinadas áreas de prestação (ver recente relatório da ACSS, apesar das suas limitações). Concomitantemente, verifica-se que o rácio enfermeiros/médico é bastante inferior à média dos nossos congéneres europeus (1,5 vs 2,6);
- b. Trabalhos recentes nesta área (ver trabalho do Pedro Pita Barros, 2011), demonstram que à medida que aumenta o rácio entre médicos e enfermeiros, parece haver uma redução de custos. Estes trabalhos parecem indicar que poderá haver uma combinação ineficiente na utilização destes recursos e margem para *taskshifting* entre médicos e enfermeiros;
- c. Existem experiências internacionais nesta área, perfeitamente consolidadas, com resultados benéficos para os sistemas de saúde onde foram implementadas. Os estudos demonstram que os enfermeiros podem melhorar o acesso e reduzir tempos de espera, sendo que em termos de custos, o impacto é de redução ou de manutenção do custo. Demonstram ainda que, para um determinado tipo de pacientes (menos complicados e que requerem mais *follow-up*) os enfermeiros conseguem desempenhos com a mesma qualidade dos médicos (OECD Health Working Papers No. 54, Nurses in Advanced Roles, A description and evaluation of experiences in 12 developed countries);

- d. Em Portugal a substituição já acontece em algumas áreas da prestação de cuidados, nomeadamente no âmbito da Triagem de Manchester, e no Saúde 24, sendo actualmente aceites por todos os *stakeholders* envolvidos;
- e. Parecem existir áreas onde existe consenso relativamente ao possível envolvimento do enfermeiro, designadamente na vigilância da gravidez não complicada, no acompanhamento de doenças crónicas estáveis, na prescrição de ajudas técnicas e na terapêutica não farmacológica.

II. Descrição

Será necessário definir a carteira de Serviços/actividades que poderão ser desempenhadas pelos enfermeiros. Esta realocação de tarefas não será fácil, sem o envolvimento dos profissionais nesta discussão, designadamente através das suas Ordens Profissionais. Deverá competir às Ordens Profissionais entenderem-se numa lógica de complementaridade e de melhor aproveitamento de competências, consensualizando áreas de intervenção para um dos grupos profissionais, de forma a encontrar a solução que melhor sirva o SNS.

Os contratos-programa deverão passar a incluir linhas de produção/financiamento para consultas de enfermagem. Os preços deverão ser calculados com base no consumo de recursos esperados e deverão ser substancialmente inferiores ao das consultas médicas (pelo menor consumo de tecnologias e pelas diferenças salariais). A produção prevista para as consultas de enfermagem, deverá obrigar à proporcional redução de consultas médicas, dado tratar-se de uma transferência de tarefas e não de um aumento de produção.

III. Impactos

A libertação dos médicos para cuidados mais diferenciados, permitirá uma melhoria dos níveis de acessibilidade e da satisfação dos utentes. É ainda expectável uma melhoria da eficiência da prestação de cuidados, como consequência de uma melhor alocação de recursos humanos às actividades desenvolvidas nos hospitais.

IV. Fases de implementação e calendarização

Esse processo deverá ser concluído durante o 1º semestre de 2012. Deverá ser definido um programa de implementação até ao final de 2012, que inclua um programa de formação e certificação de competências para a realização de determinados actos. Em 2013, a transferência de tarefas deverá estar concluída e implementada.

_V. Entidades envolvidas

Ordens Profissionais, ACSS, CA dos Hospitais

_VI. Monitorização e acompanhamento

A ACSS deverá monitorizar o volume de produção transferida entre as linhas de produção Consultas médicas e Consultas de Enfermagem.

10. Reformular o processo de compra de Medicamentos e de Dispositivos Médicos

_I. Justificação

Os hospitais assumem hoje a quase totalidade das compras de medicamentos, ainda que tendo por base o catálogo de compras fornecido pela SPMS. Da experiência actual e face à eficiência demonstrada por muitas das unidades hospitalares, considera-se que o modelo de compras deve potenciar as vantagens da negociação e aprovisionamento centralizado, bem como os benefícios das compras descentralizadas e da negociação ao nível do hospital. Pretende-se assim manter a concorrência e flexibilidade da negociação local que deve ser valorizada num contexto nacional, obviando a algumas dificuldades reais existentes com as compras centralizadas, como os prazos de concretização de concursos e a rigidez dos mesmos.

A assunção destas componentes deverá permitir a maior eficiência nos processos de aquisição, conforme demonstram os dados de consumo a nível nacional.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde, um sistema de *procurement* efectivo deve ter como objectivo estratégico a aquisição dos medicamentos mais custo efectivo.

A nível europeu os procedimentos utilizados são, em regra, um *mix* de concursos e procedimentos por negociação, ou a conjugação de ambos os mecanismos.

_II. Descrição

Preconiza-se um modelo que inclua as seguintes componentes:

1. Sistema de concurso centralizado para aprovisionamento de medicamentos e dispositivos médicos de uso bem estabelecido e utilizados pela generalidade das unidades hospitalares (incluindo os medicamentos para os quais existem medicamentos genéricos com vários anos de mercado), reforçando a eficiência em termos de quantidades e preços (e.g. preço único e preço de referência baseado no preço do medicamento genérico de preço mais baixo quando exista). Neste procedimento deve considerar-se a oportunidade de incluir os produtos utilizados ao nível dos cuidados de saúde primários.
2. Sistema de acordos-quadro para os demais medicamentos, agrupados de acordo com tipologias várias (e.g. grupos fármaco-terapêuticos, medicamentos de ambulatório (e.g. HIV, artrite reumatóide), *clusters* de hospitais), complementada com negociações hospitalares em função de volumes e consumos locais.

Na prática seria definido um Catálogo com condições de pré-qualificação ou pré-negociação que serviriam de ponto de partida à intervenção dos hospitais. Este mecanismo requer a monitorização pela SPMS dos resultados das negociações locais.

III. Impactos

Traduzir-se numa maior custo-efectividade do processo de compras de medicamentos, com a consequente racionalização da despesa com medicamentos a nível hospitalar e melhor sustentabilidade.

IV. Fases de implementação e calendarização

I Fase: 1 mês

_Definição da lista de medicamentos (tipo Formulário) e dispositivos médicos a abranger pelo sistema centralizado de aquisições (com base em informação técnica e de consumos a disponibilizar pelo INFARMED e ACSS).

_Apuramento de necessidades.

_Definição dos critérios e tipologia dos acordos-quadro a lançar.

II Fase: 1 mês

_Preparação dos processos de aquisição e criação das respectivas Comissões.

III Fase: 1 mês

_Lançamento gradual dos procedimentos.

_V. Entidades envolvidas

SPMS, INFARMED, ACSS e CA dos Hospitais.

_VI. Monitorização e acompanhamento

Deverá ser monitorizado o volume de compras centralizadas através da SPMS, bem como a redução de custos dos medicamentos adquiridos através do novo processo de compras (custos unitários e despesa global).

11. Revisão do quadro legal da dispensa de Medicamentos em Ambulatório Hospitalar

_I. Justificação

A componente mais importante da despesa com medicamentos a nível hospitalar corresponde à dispensa de medicamentos ao nível ambulatório, registando, igualmente, taxas de crescimento mais elevadas. Esta componente representa mais de 40% da despesa com medicamentos a nível hospitalar, ultrapassando os 70% se juntarmos os consumos do hospital de dia.

Acresce que é neste âmbito que se observa a introdução de maior número de novos medicamentos. Por outro lado, o actual sistema de dispensa de medicamentos em ambulatório hospitalar rege-se por um elevado número de despachos e regras específicas, sem que exista um regime uniforme de aplicação das mesmas ao nível de todos os hospitais, desde o acesso às condições de dispensa. Da experiência, sabe-se que o controlo é insuficiente e que o sistema permite desperdício e acesso por parte de pessoas sem direito ao benefício (e.g. cidadãos estrangeiros, ou desvio de medicamentos para circuitos paralelos).

_II. Descrição

O actual enquadramento deve ser revisto nas várias componentes:

1. Sistema de financiamento:
 - a. Adopção de regras de financiamento específicas de partilha de risco entre o financiador e a unidade hospitalar, baseada no modelo de GDH para as patologias

abrangidas e tratadas em regime ambulatorio ou por adaptaçao do mecanismo em vigor para os medicamentos para o VIH/SIDA (preço compreensivo);

- b. Criar na ACSS um sistema de controlo centralizado da despesa com estes medicamentos, sujeitando a dispensa a um modelo de prescriçao uniforme, decorrente de uma implementaçao obrigatória de prescriçao electrónica através de aplicaçoes certificadas pela ACSS para este fim, a ser controlada pelo CCF, com base na sua tarificaçao pelos hospitais.
- c. Monitorizaçao mensal da despesa destes medicamentos, mediante relatórios uniformes.

2. Sistema de aquisiçao:

- a. Implementar concursos-quadro para a aquisiçao destes medicamentos.

3. Enquadramento regulamentar e de acesso:

- a. Definição clara dos fármacos abrangidos pela dispensa gratuita na farmácia hospitalar e dos fármacos passíveis de serem vendidos, eliminando áreas com vazio legislativo;
- b. Definir condições homogéneas para o acesso dos doentes a estes medicamentos, sua elegibilidade/enquadramento no regime de avaliação prévia, periodicidade de dispensa, quantidades a dispensar, incluindo a partilha (ou centralizaçao) das bases de dados dos utentes beneficiários para que não ocorra duplicaçao entre instituicoes da cedência da terapêutica e definir, para medicamentos/patologias específicas, centros habilitados a efectuar esta dispensa.
- c. Replicar boas práticas existentes em outros hospitais com vista ao controlo e racionalizaçao da utilizaçao dos medicamentos de dispensa ambulatoria, tais como a Consulta Farmacêutica adoptada no HVFX e no HSM/CHLN nas áreas da SIDA e da hepatite.
- d. Avaliar o custo-efectividade de casos específicos de medicamentos em que possa ser considerada a sua dispensa em farmácia de oficina.

III. Impactos

De acordo com os dados recolhidos, a introdução das medidas preconizadas deverão traduzir-se numa maior uniformizaçao de práticas e na consequente racionalizaçao de custos.

IV. Fases de implementaçao e calendarizaçao

I Fase

- _Definição de um modelo uniforme de prescrição para controlo centralizado.
- _Definição de um modelo específico de financiamento e de controlo da utilização dos medicamentos de dispensa ambulatoria.
- _Definição de condições homogéneas para o acesso dos doentes a estes medicamentos, sua elegibilidade, periodicidade de dispensa e quantidades a dispensar
- _Implementação de um sistema centralizado de controlo na ACSS (através do CCF).
- _Lançamento dos procedimentos de aquisição (concursos-quadro).
- _Duração: 2 meses.

II Fase

- _Avaliação da passagem de determinados medicamentos para o ambulatório em farmácia de oficina.
- _Duração: 1 mês.

_V. Entidades envolvidas

ACSS, SPMS, INFARMED, CA dos Hospitais, Ordens Profissionais.

_V. Entidades envolvidas

ACSS, SPMS, INFARMED e CA dos Hospitais.

_VI. Monitorização e acompanhamento

Deve ser monitorizada a evolução dos custos dos medicamentos de dispensa em ambulatório hospitalar. Deve ser, igualmente, elaborado um Relatório anual por parte dos Hospitais, em função da informação fornecida pelas Unidades/Serviços utilizadores das terapêuticas abrangidas por este sistema, contendo informação acerca do número de doentes abrangidos, incluindo dados de evolução quantitativa e qualitativa.

12. Desenvolver normas terapêuticas orientadas para as áreas terapêuticas prioritárias apoiadas em TI

_I. Justificação

Devem ser elaboradas e adoptadas normas de orientação terapêutica a nível hospitalar e priorizar as áreas terapêuticas com maior peso na despesa dos hospitais com medicamentos (nomeadamente abrangendo o ambulatório e o hospital de dia, em particular a oncologia). As

normas terapêuticas devem assumir carácter nacional, devendo assentar em critérios de custo-efectividade e ter em conta as boas práticas existentes a nível local. Deverão ter em conta a avaliação prévia do realizada pelo INFARMED, I.P., e assegurar um mecanismo de auscultação pública de forma a incorporar informação actualizada. Deverão ser automaticamente reavaliadas sempre que se altere o contexto de utilização (novos medicamentos na mesma área terapêutica, alterações de preços ou aparecimento de genéricos)..

II. Descrição

As normas a elaborar serão definidas pela Direcção-Geral da Saúde (em articulação com a ACSS e o INFARMED) e devem ser preparadas através de grupos de médicos e farmacêuticos provenientes das Comissões de Farmácia e Terapêutica dos hospitais, em articulação com as Ordens dos Médicos e Farmacêuticos.

O plano deve enquadrar-se no modelo de aprovação geral de normas em curso sob a égide da Direcção-Geral da Saúde - a fim de evitar sobreposições e redundâncias e, deve garantir as prioridades a definir pela ACSS e INFARMED, bem como a inclusão das componentes de análise de custo-efectividade(em que já assenta a avaliação prévia dos medicamentos hospitalares conduzida pelo INFARMED).

As normas elaboradas e outras que venham a ser definidas posteriormente serão incluídas na prevista Plataforma de Comissões de Farmácia e Terapêutica e no Formulário Hospitalar Nacional de Medicamentos, o qual deve evoluir para se constituir como suporte/repositório de *guidelines*/protocolos de âmbito terapêutico (tendo em conta que, com actual quadro legal e regulamentara, a sua actual configuração requer revisão. Esta mudança implicará reequacionar o papel da Comissão do Formulário Hospitalar Nacional de Medicamentos existente no INFARMED.

III. Impactos

A medida trará maior eficiência e racionalidade na utilização de medicamentos a nível hospitalar, reduzindo o desperdício e induzindo redução de custos.

IV. Fases de implementação e calendarização

I Fase

Definição de critérios clínicos e fármaco-económicos para elaboração das normas terapêuticas, tendo em conta as boas práticas existentes e os consumos.

_Definição das normas terapêuticas a desenvolver.

_Criação dos Grupos de Peritos para cada ou várias normas.

_Duração: 1 mês.

II Fase

_Elaboração das normas terapêuticas.

_Duração: 2 meses.

V. Entidades envolvidas

DGS, ACSS, INFARMED, Comissões de Farmácia e Terapêutica dos Hospitais.

VI. Monitorização e acompanhamento

Deve ser monitorizada a evolução dos custos dos medicamentos abrangidos pelas normas, bem como indicadores específicos de aplicação dos aspectos clínicos das normas (complementadas com auditorias clínicas).

13. Sujeição dos acordos de avaliação prévia de Medicamentos aos Contratos-Programa

I. Justificação

De acordo com o Decreto-Lei nº 195 /2006, republicado pelo Decreto-Lei n.º 48-A/2010 de 13 de Maio em vigor desde 2007, os novos medicamentos de utilização hospitalar estão sujeitos a uma avaliação prévia pelo INFARMED que emite uma autorização de utilização hospitalar pelos hospitais do SNS, cabendo após esta avaliação às Comissões de Farmácia e Terapêutica decidir da utilização de cada medicamento no respectivo hospital.

Tal processo de avaliação culmina com um contrato acordado entre o INFARMED e a empresa titular da AIM do medicamento que, entre outras disposições que poderão variar de medicamento para medicamento, inclui a definição de um preço de referência e um valor máximo de despesa assente na previsão de tratamento de um número determinado de doentes. O contrato é válido durante 2 anos, após o que poderá ser revisto. Parece não existir

alinhamento entre o plasmado nestes contratos e os consumos dos hospitais, designadamente no que respeita a volumes e consumos.

II. Descrição

Propõe-se a integração do processo de contratação entre o INFARMED e o titular de AIM com o sistema de financiamento dos hospitais, de modo a tornar estes contratos efectivos e orientados para os seus objectivos específicos, tendo em consideração os processos de autorização especial durante o processo de avaliação/negociação. Esta integração deverá permitir, igualmente, definir as condições de aplicação a nível nacional, de forma a garantir o cumprimento das condições previstas nos contratos firmados entre o INFARMED I.P. e o titular da AIM.

Neste quadro, deve ser equacionado um mecanismo de inclusão dos medicamentos autorizados antes de 2007 e não abrangidos pelo Decreto-Lei nº 195 /2006, bem como das autorizações de utilização especial emitidas na pendência da conclusão do processo de avaliação prévia.

III. Impactos

A integração que se propõe para este processo deverá proporcionar maior eficiência na obtenção dos resultados previstos nos contratos e permitir a sua efectiva monitorização e controlo.

IV. Fases de implementação e calendarização

I Fase

_Análise do sistema actual pela ACSS e INFARMED e elaboração da respectiva proposta.

_Duração: 2 meses.

II Fase

_Preparação da regulamentação ou instrumentos de implementação.

_Duração: 1 mês.

III Fase

_Aprovação e aplicação do novo mecanismo.

_Duração: periodicidade a definir (e.g. trimestral).

_V. Entidades envolvidas

ACSS e INFARMED.

_VI. Monitorização e acompanhamento

Devem ser monitorizados os custos e os doentes abrangidos, de acordo com os indicadores do contrato-programa.

14. Implementação de um Sistema de Monitorização dos Medicamentos utilizados no Internamento e no Ambulatório Hospitalar

_I. Justificação

A partir da informação disponível verifica-se que há diferenças significativas ao nível da utilização de medicamentos nos diferentes hospitais, como pode ser comprovado pela análise do custo por doente internado ou do custo por doente tratado em regime ambulatorio. Torna-se essencial definir suportes validados que permitam a caracterização de perfis regionais e nacionais de prescrição e utilização de medicamentos, bem como desenvolver um *benchmark* de indicadores adequados.

_II. Descrição

Os hospitais devem adoptar sistemas de prescrição electrónica a nível interno. Propõe-se um sistema de monitorização de utilização de medicamentos a nível hospitalar, assente no sistema já existente e baseado no CHNM, que permita a elaboração de relatórios que sustentem a avaliação da prescrição e utilização de medicamentos nos hospitais com base em indicadores específicos. Estes sistemas de monitorização deverão ser suportados em registos electrónicos.

A adopção de um sistema deste tipo requer a uniformização dos padrões em vigor nos vários sistemas de informação disponibilizados pelos diferentes fornecedores, com eventual certificação pela ACSS das aplicações informáticas.

III. Impactos

O sistema permitirá uma maior eficiência na gestão dos recursos disponíveis, aumentando a transparência de informação sobre a utilização de medicamentos.

IV. Fases de implementação e calendarização

I Fase

_Elaboração de proposta de modelo de monitorização e indicadores, através de grupo a criar com elementos dos hospitais, ACSS e INFARMED.

_Duração: 1 mês.

II Fase

_Identificação das necessidades de adaptação dos sistemas de informação.

_Duração: 1 mês.

V. Entidades envolvidas

ACSS, INFARMED e CA dos Hospitais.

VI. Monitorização e acompanhamento

Deve ser monitorizada a evolução de custos em contexto de *benchmarking* a nível regional e nacional.

15. Partilha de serviços entre Farmácias Hospitalares

I. Justificação

Existem a nível hospitalar necessidades que são hoje satisfeitas de forma pouco eficiente e que nem a criação de centros hospitalares permitiu ultrapassar. São exemplos destas necessidades um conjunto de áreas dispendiosas como a preparação de estéreis ou manipulados. Estas áreas

poderiam ser objecto de alguma centralização, reduzindo custos e promovendo a efectiva criação de grupos de hospitais operando em conjunto nestas matérias.

II. Descrição

As unidades hospitalares deverão analisar a possibilidade de partilhar áreas/serviços farmacêuticos altamente diferenciados, de forma a garantirem condições mínimas de segurança/qualidade e de partilharem os custos associados a essas unidades (ex: unidades para preparação de citotóxicos).

Aliás, acresce que, caso se mantenha a situação actual, muitas das pequenas unidades farmacêuticas nos hospitais não serão compatíveis com o cumprimento das normas aplicadas pelo INFARMED, e definidas a nível europeu ou internacional (e.g. para preparações de pequena escala.).

As soluções a adoptar nestas áreas deverão dispor de apoio por parte do INFARMED, nomeadamente no que se refere ao respectivo desenho e licenciamento, tendo em consideração as novas directrizes europeias em preparação. Dever-se-á antecipar a necessidade de utilização de unidades adequadas no meio hospitalar para a preparação de terapias avançadas (somática ou celular, bem como tecidos modificados), áreas em evolução.

III. Impactos

Deste modo, seriam reduzidos os custos operacionais para grupos de hospitais, ainda que seja necessário definir um modelo próprio de financiamento.

IV. Fases de implementação e calendarização

I Fase

_Identificação de necessidades pelo INFARMED e Hospitais.

_Duração: 2 meses

II Fase

_Elaboração de propostas de definição dos serviços de partilha (ACSS, INFARMED, ARS).

_Duração: 1 mês

_V. Entidades envolvidas

ACSS, INFARMED e CA dos Hospitais.

_VI. Monitorização e acompanhamento

Analisar a evolução dos custos com estes produtos.

16. Implementar Sistema de Avaliação Prévia e de custo efectividade dos principais Dispositivos Médicos

_I. Justificação

Actualmente a introdução de novos dispositivos médicos não está sujeita a um sistema nacional de avaliação prévia da sua utilização (como acontece com os medicamentos), cabendo aos hospitais a decisão sobre a sua utilização.

Esta falta de avaliação leva a que os dispositivos adoptados, nem sempre apresentem razões de evidência científica que justifiquem a sua aquisição e uso pelo SNS.

Representando os dispositivos médicos, uma crescente componente da despesa hospitalar, deve ser criado um sistema que efectue a avaliação prévia dos principais dispositivos médicos, com base em critérios de custo-efectividade.

_II. Descrição

Propõe-se que os dispositivos a partir de um determinado valor unitário a fixar (ou de volume total de consumo previsível), e tendo em conta critérios adicionais de inovação ou condições específicas de utilização, passem a ser sujeitos a uma sistema de avaliação prévia, semelhante àquele que é actualmente usado para a avaliação de medicamentos, salvaguardando as respectivas características e modelo regulamentar próprio.

Esta competência deverá ser atribuída ao INFARMED I.P. designadamente pelo facto de se poder usufruir da experiência da sua equipa de avaliação fármaco-económica.

_III. Impactos

A adopção de um tal sistema irá proporcionar maior qualidade, racionalidade e transparência nas condições de utilização dos dispositivos médicos, promovendo uma melhor custo-efectividade do consumo.

_IV. Fases de implementação e calendarização

I Fase

_Criar grupo técnico para definir o modelo e preparar a sua regulamentação.

_Duração: 5 meses.

II Fase

_Desenvolver a sua implementação, definindo um período piloto para o efeito.

_Duração: 2 meses.

_V. Entidades envolvidas

INFARMED, ACSS e CA dos Hospitais.

_VI. Monitorização e acompanhamento

Monitorização dos custos com dispositivos médicos.

17. Adopção de Normas Orientadoras para a utilização de Dispositivos Médicos

_I. Justificação

Não obstante representem uma elevada % dos consumos dos hospitais, são poucos os dispositivos médicos cuja utilização esteja regulamentada através de Normas de Utilização Clínica (NOC's)/ *Guidelines*.

Devem ser elaboradas e adoptadas normas de orientação para utilização a nível hospitalar de dispositivos médicos (activos, não activos, de diagnóstico *in vitro*), priorizando as áreas com maior peso na despesa dos hospitais com dispositivos médicos. As normas de utilização devem

assumir carácter nacional e assentar em critérios de custo-efectividade, bem como nas boas práticas existentes a nível local.

II. Descrição

Propõe-se que, à semelhança do que se verifica na área dos medicamentos, sejam produzidas NOC's que regulamentem a utilização de dispositivos médicos, de acordo com a melhor evidência clínica e com critérios de custo-efectividade. O esforço inicial para a produção destas NOC's, deverá incidir sobre os dispositivos que mais contribuam para a despesa do SNS com estes produtos.

As normas a elaborar serão definidas pela Direcção-Geral da Saúde (em articulação com a ACSS e o INFARMED) e devem ser preparadas através de grupos de médicos, farmacêuticos e outros profissionais provenientes dos hospitais [NB: o plano deve enquadrar-se no modelo de aprovação geral de normas em curso sob a égide da Direcção-Geral da Saúde (a fim de evitar sobreposições e redundâncias), mas deve garantir a prioridade a definir pela ACSS e INFARMED.

III. Impactos

É expectável uma utilização mais racional dos dispositivos médicos, com consequente redução do seu peso no total de custos do Hospitais.

IV. Fases de implementação e calendarização

1º Semestre de 2012

_Início da preparação das NOC's.

2º Semestre de 2012

_Disseminação e implementação das primeiras NOC's.

V. Entidades envolvidas

DGS, ACSS, INFARMED e CA dos Hospitais.

VI. Monitorização e acompanhamento

Monitorização da evolução dos custos com dispositivos médicos.

18. Implementação de um Programa de Reutilização de Dispositivos Médicos

I. Justificação

Em 2010, os dispositivos médicos de uso único, representaram em Portugal uma despesa de aproximadamente 665 milhões de euros. Verifica-se ainda que o crescimento do seu consumo tem variado, nos últimos anos, entre 3 a 6%.

Há cerca de 20 anos, alguns Países encetaram com sucesso programas de reprocessamento destes materiais (EUA, Alemanha, entre outros).

Dado ser possível reprocessar cerca de 10 a 16 % dos dispositivos utilizados, esta prática poderá resultar numa poupança imediata de cerca de 45 milhões de euros por ano. Existem ainda razões ambientais e de segurança (o material reprocessado é analisado individualmente e não por amostragem), que apoiam esta opção. Importa ainda referir que já existem empresas em Portugal (filiais de empresas internacionais), que se dedicam a esta actividade.

O reprocessamento de dispositivos médicos está a ser avaliado pela Comissão Europeia, tal como estabelecido pelo artigo 12º da Directiva 93/42/CEE, com a sua actual redacção conferida pela Directiva 2007/47/CE. Ao abrigo deste artigo, a Comissão Europeia publicou um relatório em 27 de Agosto de 2010, que alerta para os cuidados a ter na avaliação dos dispositivos passíveis de serem reutilizados, bem como para os critérios em ter em conta para validação do processamento destes dispositivos. As conclusões do referido relatório deverão ser especialmente analisadas no âmbito da implementação deste programa.

II. Descrição

Os hospitais deverão trabalhar em conjunto com a SPMS de forma a identificar todos os dispositivos clínicos passíveis de serem reprocessados. A SPMS deverá procurar no mercado a proposta para reprocessamento de dispositivos que melhor sirva os interesses dos hospitais.

Dado que o actual contexto legal não define explicitamente esta actividade de reprocessamento, o MS deverá legislar no sentido de dar enquadramento legislativo a esta actividade de reprocessamento.

O INFARMED IP deverá ser envolvido na avaliação dos dispositivos médicos de usos único reprocessados, antes da sua colocação no mercado, aplicando as mesmas regras exigidas aos fabricantes.

III. Impactos

Redução do custo com dispositivos médicos, bem como redução do impacto ambiental resultante destes dispositivos.

IV. Fases de implementação e calendarização

1º Semestre de 2012

_Análise e quantificação dos dispositivos médicos passíveis de serem reprocessados, atentas as necessidades de garantia de segurança

2º Semestre de 2012

_Procedimento para reprocessamento de dispositivos médicos de usos único, dirigido pela SPMS

V. Entidades envolvidas

SPMS, INFARMED, ACSS, CA dos Hospitais

VI. Monitorização e acompanhamento

Para verificar se os hospitais estão a implementar o programa de reutilização de dispositivos, a ACSS deverá acompanhar a % de dispositivos reutilizados pelos hospitais, bem como a despesa do hospital com dispositivos médicos.

19. Partilha de Serviços de Apoio

I. Justificação

O facto de cada hospital negociar de forma separada as condições dos sub-contratos aplicáveis às actividades de apoio, leva a que o SNS não usufrua do efeito de volume e de

capacidade negocial de que poderia beneficiar se as negociações fossem mais articuladas/centralizadas.

Incluem-se nestas actividades de apoio: a alimentação, a esterilização, a limpeza, lavandaria/tratamento de roupa/fardamentos, segurança, bem como as actividades de apoio administrativo passíveis de serem subcontratadas (contabilidade, gestão de RH, cobranças, entre outras).

II. Descrição

Incentivar os hospitais a recorrer à SPMS para a compra de Serviços de apoio, nomeadamente nas áreas supra-referidas.

A SPMS deverá analisar os requisitos do serviço solicitado por cada unidade hospitalar, de forma a tornar possível a negociação de acordos-quadro globais com os fornecedores, dos quais resultem claramente ganhos de eficiência por via da negociação conjunta para todo o SNS.

A SPMS deverá consultar os hospitais com maior capacidade instalada nas áreas de apoio supra-referidas, de forma a analisar a possibilidade de concentrar a actividade de alguma dessas áreas numa única estrutura que possa prestar serviços a várias unidades hospitalares (Ex: a esterilização para um conjunto de hospitais, poderá ser centralizada naquele que tenha maior capacidade de resposta).

III. Impactos

É expectável uma redução de custos e uma maior uniformização das condições contratuais, resultando em ganhos de eficiência globalmente positivos para o SNS.

IV. Fases de implementação e calendarização

1º Semestre de 2011

_Definição de carteira de serviços sub-contratados e das necessidades e especificações de cada Hospital.

2º Semestre de 2011

_Procedimentos concursais e adjudicação dos Serviços.

_V. Entidades envolvidas

SPMS, CA dos Hospitais.

_VI. Monitorização e acompanhamento

A ACSS deverá monitorizar o peso dos custos com Serviços de apoio no total dos custos totais, bem como os custos com subcontratos por área de apoio subcontratada.

20. Implementação de um Programa de Eficiência Energética

_I. Justificação

Em termos energéticos, os hospitais são tradicionalmente grandes consumidores. Estes elevados consumos devem-se à utilização contínua dos edifícios, aos elevados níveis de conforto térmico requeridos para os pacientes, aos exigentes padrões de qualidade do ar interior e às utilizações específicas existentes neste tipo de instalações.

A gestão de energia reveste-se de grande importância, apresentando um enorme potencial ao nível da redução dos custos de exploração e do incremento das condições de conforto dos hospitais.

Existe evidência de que existe margem para uma maior poupança energética nos hospitais, nomeadamente se tivermos em conta os ganhos de eficiência energética recentemente obtidos em vários hospitais portugueses.

_II. Descrição

A gestão de energia deverá permitir reduzir a factura energética, reduzir custos relativos à substituição/reparação de equipamentos, melhorar o conforto térmico e reduzir as emissões poluentes.

Para isso os hospitais deverão obrigatoriamente proceder a uma auditoria energética, que resulte num plano de acção para a eficiência energética.

No âmbito desse plano deverão equacionados os seguintes aspectos:

- a. Possibilidade de negociação agregada dos consumos em electricidade dos hospitais (através da SPMS);

- b. Substituição de iluminação standard por lâmpadas de baixo consumo, associadas a sensores de movimento (retorno do investimento em cerca de 10 meses);
- c. Aumento da eficiência térmica (isolamento de janelas, tubagens, etc.);
- d. Redução dos níveis de intensidade de refrigeração/aquecimento;
- e. Acautelar baixos consumos por equipamentos em aquisições futuras;
- f. Instalação de centrais de co-geração;
- g. Disseminação de boas práticas de poupança energética.

Esse plano deverá ser implementado, cabendo ao Hospital produzir um relatório que documente as melhorias no âmbito da sua eficiência energética.

Todas as acções deverão proporcionar ganhos a curto-prazo, resultando em reduções de custo e ganhos de eficiência.

III. Impactos

É expectável uma redução dos custos com energia dos hospitais, bem como a melhoria dos seus níveis de conforto. É ainda expectável que se reduzam as emissões poluentes, com os consequentes efeitos benéficos para o meio ambiente.

IV. Fases de implementação e calendarização

1º Semestre de 2012

_Realização de auditoria energética e preparação de plano de acção

2º Semestre de 2012

_Implementação do plano de eficiência energética

V. Entidades envolvidas

SPMS, CA dos Hospitais

VI. Monitorização e acompanhamento

A ACSS deverá monitorizar os custos com energia dos Hospitais, nomeadamente através da comparação de períodos homólogos, para análise de variações.

4.5 A QUALIDADE COMO TRAVE MESTRA DA REFORMA HOSPITALAR

_4.5.1 Enquadramento

_1. Papel estratégico da Gestão da Qualidade

Os princípios e métodos da Qualidade, desenvolvidos nas últimas décadas e aplicados nos diferentes sectores económicos, tornaram-se imprescindíveis na boa gestão dos Hospitais.

Confrontados em Portugal com escassez de recursos para manter o actual nível de gastos com a Saúde, há que lembrar três perspectivas diversas para abordar o problema:

- A de que só se pode distribuir o que se produz (Salazar, nos anos 40, para recusar a generalização dos serviços de saúde);
- A de que se destrói o SNS, quando se perspectiva a gestão dos recursos com eficiência;
- A de que a Saúde é uma componente activa da competitividade nacional.

É nesta terceira perspectiva que o problema deve ser colocado, implicando que os gastos com a Saúde sejam apenas justificados pelo valor criado, eliminando o desperdício e o erro. Por isso se torna imprescindível a incorporação da Qualidade ao mais alto nível da gestão.

Nestes termos, torna-se insuficiente o caminho da simples aplicação de metodologias e, eventualmente, de programas, isolados da gestão, e isolados entre si, seja pela gestão local, seja por acção dirigida ao conjunto dos Hospitais ou das organizações prestadoras de cuidados.

_1.1 A Qualidade inserida ao mais alto nível da organização

Em alternativa, defende-se a forma mais avançada de gestão da Qualidade, inserida estrategicamente, ao mesmo nível da gestão financeira, utilizada como instrumento de planeamento dos cuidados e serviço prestados, do controlo estatístico e da melhoria contínua e persistente da estrutura, dos processos de trabalho e dos resultados.

Os dois caminhos resultam em diferentes amplitudes e profundidades. Tratando-se de gestão, toda a estrutura será envolvida, os colaboradores chamados a participar, a satisfação e os interesses dos doentes colocados em primeiro lugar, na missão e na vida da organização. No máximo dos seus efeitos é desejável que se dê origem a um fenómeno de reacção em cadeia da Qualidade, acelerando o tempo de adopção das melhores e mais avançadas práticas, facilitando o acesso ao conhecimento e aumentando a competitividade.

Esta perspectiva deve ser consciente e formalmente assumida e inscrita nos documentos que inspiram e regulamentam a actividade hospitalar, inspirando a respectiva missão, objectivos, visão e acção prática.

As actividades dispersas relacionadas com a Qualidade devem, pois, ser enquadradas e geridas em conjunto: garantia da Qualidade (acreditação/certificações ISO e aplicação de outras normas); adopção de *Guidelines*, modelação de cuidados e difusão de boas práticas; medição/indicadores da Qualidade; gestão da segurança dos cuidados (risco clínico); controlo das infecções; melhoria contínua da Qualidade.

1.2 Condições de êxito

Tratando-se de uma mudança cultural profunda, implica apoio e acompanhamento para o conjunto dos Hospitais, ou seja liderança e apoio directo à mudança. Implica ainda a escolha de um programa conjunto de actividades, capazes de iniciarem uma nova era de gestão, na qual o desperdício e o erro se tornem visíveis e combatidos, como 'insuportáveis'.

Assinalam-se como condições de êxito desta mudança estratégica:

- Liderança, a todos os níveis, idealmente a começar pelos mais altos níveis do Estado. Cabe ao Ministério definir o caminho e manter a atenção e acção dos gestores centrada na política da Qualidade.
- Efectiva colocação do doente no centro das organizações. Isto implica que se adopte o princípio da capacitação do doente e que se considerem os seus interesses antes dos demais. Quer os cuidados clínicos, quer o serviço prestados, devem ser desenhados com base neste princípio.
- Dinâmica: não deixando as organizações adormecidas e mantendo-as em constante melhoria. Juntar novos objectivos e programas à medida que as organizações tiverem capacidade de os assumir, alimentando, assim, o processo de mudança e de melhoria constante.
- Difusão das inovações e das melhores práticas, implicando o domínio dos métodos que ajudem a obter o maior efeito no mais curto espaço de tempo.
- Visibilidade dos avanços, êxitos e diferenças, assumindo os princípios da transparência e da partilha de resultados. Para isso, importa desenvolver em paralelo uma capacidade acurada de atenção e de análise para aproximar a acção do que se exige fazer em cada momento.

- Acompanhamento dos esforços dos profissionais para obtenção de melhores resultados, pois é na capacidade de transformação dos profissionais que reside a viabilidade desta orientação.
- Obtenção de apoio externo em áreas chave (ex.: Controlo de Infecção; úlceras de pressão; erros de medicação). Há que aprender com os melhores, estejam onde estiverem e ambicionar ser tão bons quanto eles.
- Conjugação dos objectivos e programas da Qualidade com o sistema de financiamento.

1.3 Conteúdo da função de Gestão da Qualidade

- Antes de mais, o Planeamento da Qualidade: tudo o que tem a ver com novos desenhos da estrutura e dos processos de trabalho, visando a melhoria dos resultados. Tem extremo relevo a produção e aplicação das designadas 'Guidelines'. Podem ainda usar-se 'os métodos de engenharia industrial' ou a 'investigação operacional' para desenhar novas formas de organizar os cuidados e o serviço prestado.
- Por sua vez, o Controlo da Qualidade visa essencialmente a medição das várias dimensões da Qualidade, para detecção de problemas e exploração de oportunidades de melhoria.
- A Melhoria da Qualidade, projecto a projecto, e de forma contínua, resolvendo problemas que conduzam ao desperdício e removendo as causas do erro médico, inseridas na estrutura ou nos processos de trabalho. O desenho de novos procedimentos permite muitas vezes o alargamento da sua aplicação a todas as situações semelhantes na organização, e ainda a difusão no conjunto dos hospitais por efeito de partilha, contribuindo para alargar o impacto de melhoria.

O exemplo dos Hospitais SA exige ser lembrado aqui. Foi um projecto centrado num modelo de modernização da gestão, com uma equipa de apoio aos Hospitais que ao mesmo tempo orientou a mudança e acompanhou as equipas de gestão dos Hospitais, ajudando-os a fazer bem o seu trabalho. A Qualidade foi inserida, à partida, na referida estrutura de apoio, em conjunto com a Produção, e em parceria com os Financeiros e os Recursos Humanos.

Tratou-se de uma equipa coesa e focada na modernização da gestão e em bons resultados, dando visibilidade ao desempenho dos Hospitais e dinamizando-os através de projectos.

Lembra-se ainda o papel da liderança na transformação e o papel catalisador da Acreditação e de outros projectos modernizadores com reflexo na Qualidade, nos domínios da imagem, da comunicação e do serviço ao doente.

A avaliação final mandada elaborar pelo Governo seguinte acabou por reconhecer a eficácia da acção em diversas áreas (ex. aumento da produção; cirurgia de ambulatório; redução da demora média) e, surpreendentemente, na redução da taxa de mortalidade.

_1.4 Propostas de acção

1. Há duas escolhas à partida: acreditação e *guidelines*. A escolha do modelo de acreditação deve ser vista como um investimento e um instrumento de estruturação e aplicação da gestão da qualidade. O custo deve ser minimizado, e importa estudar a questão dos benefícios económicos e do enquadramento estratégico da Qualidade
2. Reforço da aplicação prática dos projectos lançados pela DGS, no domínio da qualidade e da segurança dos cuidados
3. Utilizar para melhoria todos os programas de indicadores em uso
4. Criar um indicador agregado de segurança dos cuidados e sua publicitação nacional, logo que a versão dos GDH seja actualizada
5. Identificar as melhores práticas e difundi-las
6. Criar de um programa para salvar vidas humanas, à semelhança do Institute for Healthcare Improvement (Boston, EUA) e com a sua assistência
7. Dar prioridade à qualificação das Urgências (ex: eliminação de macas nos corredores, utilizando as melhores práticas em Portugal, de que se destaca o caso do Hospital do Barlavento Algarvio)
8. Medicamentos. Generalizar uma política de uso racional de antibióticos. Aplicar generalizadamente o princípio da reconciliação medicamentosa, sempre que o doente entra no Hospital ou muda de serviço
9. Aplicar com eficácia as melhores práticas na luta contra a infecção gerada em meio hospitalar acção decisiva para a sua redução a nível nacional. O mesmo para as úlceras de pressão
10. Conjugar um programa de melhoria, coordenado a nível central, com um programa anual de melhoria da qualidade definido a nível de cada Hospital, incluindo a melhoria do serviço e arte de cuidar

_1.5 Conclusão

Temos consciência da necessidade de alargar a perspectiva assumida no Memorando de Entendimento estabelecido com a Comissão Europeia, o Banco Central Europeu e o Fundo Monetário Internacional na área da Saúde, assumindo o papel imprescindível da gestão da Qualidade na geração de eficiência, para além das medidas a que nos obrigámos (ex: publicação de normas de orientação clínica). Este é o caminho que urge assumir, não apenas no curto, mas no médio e longo prazo.

A Qualidade, na perspectiva defendida, foi e é a condição do êxito económico de empresas e Países, como o Japão e é também o modelo dos melhores Hospitais nos EUA.

Há que assumir claramente a dimensão do nosso atraso neste campo e que os atrasos só se eliminam com um caminho seguro e com rapidez de recuperação. Resta-nos procurar o exemplo e o caminho dos melhores, pois se nos enganamos, mais nos atrasamos, sabendo que a Qualidade é um elemento imprescindível para a sustentabilidade do SNS e a Saúde da competitividade nacional.

2. Segurança dos Cuidados

2.1 Importância crescente

O risco e as políticas de segurança dos cuidados de saúde têm ganho crescente importância desde os anos 90 do século passado. Para tal contribuíram diferentes factores:

- a. A generalização do uso pela Saúde das metodologias da gestão da Qualidade, desde meados dos anos 80, momento em que a Saúde tomou consciência de que 80% dos erros ocorridos têm causa ou na estrutura ou em processos de trabalho defeituosos.
- b. Mudança consequente do foco da responsabilidade: Tornou-se obrigatório estudar e remover as causas dos erros, em vez de perseguir o profissional que, na ocasião, havia praticado o acto, adoptando novos processos de trabalho, desenhados para garantir a segurança dos cuidados.
- c. O erro passou a ser entendido como oportunidade de melhoria, utilizando as falhas para produzir alterações destinadas a evitar a sua efectivação/repetição.
- d. A mediatização de eventos adversos dramáticos.
- e. O aumento da litigância em Tribunal e do valor das indemnizações.

O momento mais significativo desta evolução foi a publicação no ano 2000 do relatório «To Err is Human. Building a Safer Health System», da responsabilidade do Committee on Quality of Health Care in America; do Institute of Medicine, dos EUA. Seguiu-se a este relatório outro, em 2001, intitulado «Crossing the Quality Chasm. A New Health System for the 21st Century».

O texto transcrito de seguida faz parte do respectivo Sumário Executivo do primeiro dos dois relatórios e os seus dados correram o Mundo:

The knowledgeable health reporter for the *Boston Globe*, Betsy Lehman, died from an overdose during chemotherapy. Willie King had the wrong leg amputated. Ben Kolb was eight years old when he died during "minor" surgery due to a drug mix-up.

These horrific cases that make the headlines are just the tip of the iceberg. Two large studies, one conducted in Colorado and Utah and the other in New York, found that adverse events occurred in 2.9 and 3.7 percent of hospitalizations, respectively. In Colorado and Utah hospitals, 6.6 percent of adverse events led to death, as compared with 13.6 percent in New York hospitals. In both of these studies, over half of these adverse events resulted from medical errors and could have been prevented.

When extrapolated to the over 33.6 million admissions to U.S. hospitals in 1997, the results of the study in Colorado and Utah imply that at least 44,000 Americans die each year as a result of medical errors. The results of the New York Study suggest the number may be as high as 98,000. Even when using the lower estimate, deaths due to medical errors exceed the number attributable to the 8th-leading cause of death. More people die in a given year as a result of medical errors than from motor vehicle accidents (43,458), breast cancer (42,297), or AIDS (16,516).

Total national costs (lost income, lost household production, disability and health care costs) of preventable adverse events (medical errors resulting in injury) are estimated to be between \$17 billion and \$29 billion, of which health care costs represent over one-half.

In terms of lives lost, patient safety is as important an issue as worker safety. Every year, over 6,000 Americans die from workplace injuries. Medication errors alone, occurring either in or out of the hospital, are estimated to account for over 7,000 deaths annually.

Medication-related errors occur frequently in hospitals and although not all result in actual harm, those that do, are costly. One recent study conducted at two prestigious teaching hospitals, found that about two out of every 100 admissions experienced a preventable adverse drug event, resulting in average increased hospital costs of \$4,700 per admission or about \$2.8 million annually for a 700-bed teaching hospital. If these findings are generalizable, the increased hospital costs alone of preventable adverse drug events affecting inpatients are about \$2 billion for the nation as a whole.

2.2 Dinamismo internacional

O dinamismo dos Países mais avançados em matéria de redução do risco na saúde e de progresso na segurança dos cuidados prestados ao doente contrasta com a lentidão com que a realidade evoluiu em Portugal.

De facto, têm-se multiplicado as iniciativas internacionais:

- Criação da National Foundation for Patient Safety, em 1997, nos EUA, integrando o Lucian Leape Institute, para a elaboração de pensamento estratégico e inovador no domínio da segurança do doente. Esta Fundação é hoje uma de várias Fundações com vocação semelhante, nos EUA e noutros Países (caso da Australian Patient Safety Foundation).
- Iniciativas do Institute for Healthcare Improvement, nos EUA, líder mundial na matéria.
- Acções da Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations, entre muitas outras: política de relato e análise de Eventos Sentinela (casos de morte ou dano grave, quer físico, quer psicológico); focalização da matriz de acreditação nos sistemas críticos para segurança e qualidade dos cuidados prestados ao doente; criação do *Protocolo universal para prevenir a cirurgia do local errado, o procedimento cirúrgico errado e o doente errado*; criação em 2005 do International Center for Patient Safety.

- Criação no Reino Unido em 2001 da National Patient Safety Authority com a finalidade de melhorar a segurança do doente no NHS, através do encorajamento ao relato voluntário de erros médicos, da análise dos mesmos e da tomada de iniciativas de prevenção do erro. Medida semelhante viria a ser tomada em Portugal pelo Ministério da Saúde, através da DGS.

2.3 Intervenção da Organização Mundial de Saúde

Em Outubro de 2004, a OMS lançou a World Alliance for Patient Safety em resposta à Resolução da Assembleia Mundial da Saúde (2002), apelando à OMS e aos Estados Membros para que prestem a maior atenção possível ao problema da segurança do doente. A Aliança visa a tomada de consciência e o compromisso político para melhorar a segurança dos cuidados e facilitar o desenvolvimento de uma política e prática de segurança do doente em todos os Estados Membros da OMS.

No seguimento da referida Resolução, em Abril de 2007, aprovou as seguintes nove soluções inaugurais para publicação e disseminação:

1. Nomes de medicamentos semelhantes ou que soam de forma semelhante
2. Identificação do doente
3. Comunicação durante a passagem de responsabilidade do doente
4. Realização do procedimento correcto no ponto correcto do corpo
5. Controlo de soluções electrolíticas concentradas
6. Garantir a correcção da medicação nas transições de cuidados
7. Evitar as desconexões de cateteres e tubos
8. Uso único de dispositivos de injeção
9. Higiene melhorada das mãos para prevenir as infecções associadas aos cuidados de saúde

Em Abril de 2007 iniciou ainda o processo lançar uma segunda leva de soluções:

- Prevenção de quedas dos doentes
- Prevenção de úlceras de pressão
- Resposta ao doente em estado de saúde em deterioração

- Comunicação de resultados críticos de exames
- Prevenção de infecções, via sanguínea, associadas a cateteres venosos centrais.

A intenção dos dois conjuntos de Soluções é a de guiar o redesenho dos processos de cuidados aos doentes para prevenir os erros humanos inevitáveis que hoje os atingem.

2.4 Em Portugal

Em Portugal, o tema chegou aos Hospitais através do processo de acreditação, obrigando à gestão do risco, e ganhou a opinião pública em 2004 com o livro 'O Erro em Medicina. Perspectivas do Indivíduo, da Organização e da Sociedade', da autoria dos Professores José Fragata e Luís Martins.

O Hospital de Santa Marta, no final da década de 90 iniciou o ciclo das acreditações, impulsionadas depois pelo Instituto da Qualidade na Saúde (1998) e pela Unidade de Missão dos Hospitais SA (2002-2005). Muito se fez ainda e continua a fazer no domínio da certificação com base em normas internacionais, com relevo para a certificação de sistemas de gestão da Qualidade (ISO 9001). Os Serviços de Medicina Transfusional, em particular, foram impelidos para a aplicação dessa norma, devido a uma exigência europeia de 2004 de existência de um sistema de qualidade em cada Serviço.

Os casos mediáticos têm igualmente ajudado a sentir a necessidade de mudar o estado das coisas neste domínio.

Os processos de acreditação trouxeram, por sua vez, a actividade organizada no sentido de prevenir as causas dos erros, a procura dos erros ocorridos e o incentivo à sua comunicação. Foi assim que a gestão do risco clínico passou a fazer parte da organização de alguns Hospitais e diversas foram as actividades iniciadas em conformidade.

Continua, porém, a não haver estudos que meçam o impacto efectivo do erro nos resultados em Saúde. Se extrapolarmos para o Portugal os dados do referido relatório do IOM, dos EUA, as mortes decorrentes do erro nos Hospitais pode situar-se entre 1000 e 3000 mortes, consoante se assumirem os dados do estudo do Colorado e do Utah ou de Nova Iorque. Haveria ainda que conhecer os custos dos erros.

_3. Infecções adquiridas em Hospitais

Os dados dos inquéritos de prevalência realizados em Hospitais Portugueses em 2003, 2009 e 2010 evidenciam o seguinte:

- Taxa de doentes infectados, entre as mais elevadas da Europa (2003).

Quadro 29 – Taxa de Prevalência de Infecções Nosocomiais em Países europeus

Taxa de prevalência de IN em Países Europeus	
Grécia (2001)	9,3
Portugal (2003)	8,4
Reino Unido (2006)	8,2
Suíça (2002)	8,1
Holanda (2007)	6,9
Espanha (2005)	6,8
Noruega (2003)	5,1
França (2006)	5

- Agravamento da taxa de doentes infectados:

Quadro 30 – Taxa de Prevalência de doentes infectados com Infecções Nosocomiais em Portugal – 2003, 2009 e 2010

Taxa de prevalência de doentes infectados		
2003	2009	2010
8,4	9,8	9,8

A situação dos Países europeus que realizaram inquéritos semelhantes difere, reflectindo, da parte dos melhores, a maior eficácia das políticas adoptadas. Os valores não são exactamente comparáveis, mas nem por isso deixam de ter significado.

_3.1 Se os outros podem, porque é que nós não havemos de poder também?

A França aparece na posição cimeira, com dados de 2006 e uma taxa de 4,9, merecendo, pois, uma cuidada análise das políticas que têm ajudado a melhorar a situação. Tem para nós um valor especial: trata-se de um País europeu, próximo de Portugal, com o qual temos afinidades, sendo, pois, um exemplo que nos pode ajudar a melhorar a nossa realidade. Pode servir de *benchmark* para definirmos um objectivo a atingir: reduzir cinco pontos na taxa de doentes infectados.

É legítimo perguntarmo-nos sobre o que se exige juntar às políticas actuais para inverter a situação e iniciar um caminho efectivo de melhoria.

Mais longe, poderemos encontrar bons exemplos nos EUA, em Hospitais com 'zero infections' em áreas específicas de infecções. Um caso, entre outros, anunciado em 13.12.2010 (<http://www.methodisthealth.com/body.cfm?id=495&action=detail&ref=735>):

Methodist Willowbrook Hospital in Houston reports that it has not recorded a healthcare-acquired infection (HAI) in the top three at-risk areas for 14 consecutive months.

The 251-bed hospital, part of the Methodist Hospital System, achieved a zero infection rate in ventilator associated pneumonias, central line bloodstream infections, and urinary catheter infections. Hospitals nationwide have been charged with reducing the number of hospital-acquired infections and other preventable injuries as a result of the Institute of Medicine's patient safety initiatives. Published studies show that there are 1.7 million infections in hospitals annually, resulting in almost 100,000 deaths a year—most in the above three categories.

O debate acerca das infecções preveníveis e não preveníveis está a mudar, a partir dos êxitos conseguidos:

Noted infection prevention expert William Jarvis, MD, of Jarvis and Associates based in Hilton Head, S.C., alludes to the struggle over just how many infections are preventable. "There has been much debate over the years," says Jarvis, who spent 23 years at the Centers for Disease Control and Prevention (CDC). "When I was at the CDC and I would say one-third of infections are preventable, a number of people would argue, 'that's way too high, you can't do that.' But with various collaboratives and other interventions in the last five to eight years, what we have seen is that a much higher proportion of infections is preventable, whether we are talking about surgical site infections, ventilator-associated pneumonia (VAP), central line-associated bloodstream infections, or even methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* (MRSA) infections. Interventions have prevented well over 50 percent and in some cases even 80 percent and 90 percent of infections, so now if we can get clinicians to implement the evidence-based recommendations that we know work, we will be very successful at preventing many infections."

Jarvis continues, "Will we reach zero? No, but the attitude that I think we are moving toward, is one where clinicians don't see these infections as inevitable. There are very sick patients who need a lot of invasive devices and procedures, so they are going to get infections. We need the attitude of trying to preventing all infections, and if one occurs, investigating to see what went wrong."

3.2 Custos da Infecção hospitalar

Pressupostos:

- Taxa de Infecção Nosocomial: 9,9% dos Doentes Tratados.
- Doentes Tratados (fonte: ACSS, dados de 2010): 848 664

- Demora Média (mesma fonte): 7,71
- Índice de aumento da demora média devido a infecção: 3,5
- Índice de aumento do custo por doente tratado: 2,8
- Custo por Doente Tratado: 2 640€. (Fonte: ACSS)
- Custo de Dia de Internamento: 403,31. (Mesma fonte)

Quadro 31 – Formas de cálculo do custo da Infecção Nosocomial

Unidade: N. e Euro

Cálculos	Doentes com IN		Custo por Doente Tratado		Demora Média		Custo do DI		Factor	Total (em Eur)
Custo por doente tratado	84.018							X	2	443.615.040,00
Custo por dia de internamento (DI)	84.018	X	€ 2.640,00	X	7,71	X	€ 403,31	X	2	522.511.319,52

Fonte: ACSS

_Proposta: Assumir como objectivo, com as devidas condições de êxito: reduzir o referido custo indicativo a metade, num período de três anos, ou seja, de cerca de 280.000.000 Eur (entre 310.526 832 Eur e 261.252.522 Eur), através da redução a metade da Taxa de Infecção Nosocomial.

_3.3 Condições de êxito

1. Liderança ao mais alto nível do Ministério da Saúde.
2. Reforço complementar das entidades representativas mais relevantes de doentes e de profissionais
3. Existência de um núcleo central, mandatado pelo Ministro da Saúde e com poderes e estatuto suficientes para liderar e coordenar o esforço dos Hospitais e conjugar apropriadamente a sua acção com os organismos competentes, designadamente com a DGS e as ARS.
4. Existência de recursos suficientes.
5. Esforço coordenado com as iniciativas na matéria da DGS.
6. Esforço coordenado ainda com a Saúde Pública e Lares e Unidades de Cuidados Continuados para aplicação das boas práticas também nessas instituições, de forma a reduzir os impactos cruzados de altas taxas de infecção institucional.

7. Obtenção de apoios internacionais para transferência de boas práticas.
8. Conjugação com os processos de acreditação e de manutenção das creditações já obtidas.
9. Reflexo no financiamento, quer das más práticas/maus resultados, quer das boas práticas/bons resultados.
10. Transparência e comunicação dos dados da infecção nosocomial.

3.4 Condições a gerar em cada Hospital

O texto seguinte, retirado de 'Zero Tolerance for Infections: A Winning Strategy, de Kelly M. Pyrek, publicado por *Spotlight on Prevention* (<http://www.scdhec.gov/hai>), traduz com exactidão o ambiente e o enquadramento geral para o êxito dentro de cada Hospital:

HAIs also create tremendous opportunity cost. Patients with HAIs stay in the hospital three to four times longer than those without HAIs. That's akin to one patient using four beds instead of one. HAIs tie up patient flow and remove opportunities for new admissions.

Create a culture of safety: Involve everyone in the solution. IP needs to be a shared responsibility. It's critical to fully integrate infection prevention across the entire healthcare institution, and to set the expectation that IP measures will be applied consistently by all healthcare workers, 100 percent of the time. That means elevating IP beyond a box-checking activity. It means weaving IP into every job description, into every performance appraisal, to make it clear that everyone in the healthcare system plays a role in prevention. It also means creating a culture of transparency and learning, where staff members are free to hold coworkers accountable for IP, and where mistakes and poor systems and processes can be openly discussed without fear of penalty. CFOs can help lead and reinforce this effort by ensuring that staff at all levels understand the significant financial toll that HAIs take on the hospital's bottom line.

Identify and apply best practices. Because of the opportunity for cost savings, CFOs should have a vested interest in ensuring that recommended practices in HAI elimination are being consistently implemented. They will find that the cost of implementing these practices is inexpensive compared with the costs of treating infections.

AT A GLANCE

* Hospital-acquired infections (HAIs) take a significant toll not only on patients, but also on a hospital's bottom line.

* By taking a zero tolerance approach to HAIs, hospital leaders can improve patient safety and financial performance.

* Eliminating HAIs requires clear goals, a committed leadership, access to resources, a best-practice mindset, effective people management, and ongoing vigilance.

Há ainda que assegurar, como se deduz do texto anterior, o total compromisso e liderança deste processo no interior de cada Hospital.

A luta contra a infecção hospitalar deve ser enquadrada na gestão da qualidade e segurança do doente e inserida numa cultura institucional centrada no doente e na melhoria contínua da estrutura, dos processos de trabalho e dos resultados inerentes aos cuidados prestados.

3.5 A interacção viciosa das taxas elevadas de infecções nosocomiais e de elevados valores elevados da demora média no internamento hospitalar

Em toda esta linha de acção deve ter-se presente a influência mútua das demoras médias elevadas com altas taxas de infecção nosocomial. É não só o impacto directo da redução da demora média por redução da taxa de infecção nosocomial, como também a redução desta última, pela ambulatorização de cuidados.

O estudo seguinte, publicado pela FierceHealthcare ('Longer hospital stays increase chances of infection', August 30, 2011, por Karen M. Cheung) mostra exactamente o que se diz:

The longer a patient stays in the hospital the chances of him or her acquiring an infection, having an adverse drug reaction, or developing a pressure ulcer go up, according to a new study to be published in the *Medical Care* journal. What's more, one in five patients who are hospitalized for a week acquire an infection during their stay, reports the *Sydney Morning Herald*.

Researchers at the Monash University and Imperial College London found that patients who stayed at the hospital had the following risks for infection, adverse drug reactions, and pressure ulcers.

Quadro 32 – Potenciais complicações devido ao aumento dos dias de internamento

Unidade: N. e %

Number of nights at the Hospital	Risk of infection (%)	Risk of adverse drug events (%)	Risk of pressure ulcer
1	11,7	3,4	0,4
5	17,5	5,5	3,1
7	20 (appx)	6,1	2,5

Fonte: Monash University and Imperial College London

On average, every night a patient stays in the hospital increases his or her chance of infection by 1.6 percent, adverse drug reaction by 0.5 percent (because of errors or unknown allergy), and pressure ulcer by 0.5 percent (from not being moved enough).

The infections are usually a result of non-sterile equipment, catheter mistakes, or urinary tract infections, according to lead author Dr. Katharina Hauck of Imperial College London. Hauck recommended that hospitals consider early discharge and home-based programs.

A GE report last month found that healthcare-acquired infections are the fourth leading cause of death in the U.S., affecting one in 20 patients, that is, 1.7 million inpatients each year. The report called for hospitals to invest in technology and strong leadership practices.

3.6 Impacto ainda sobre os reinternamentos

Deverá ainda ser estudado de forma autónoma o tema dos reinternamentos.

No entanto, deve assinalar-se desde já o impacto positivo da redução das infecções hospitalares sobre os mesmos.

Parte dos reinternamentos deve-se a infecções declaradas já com os doentes na comunidade, mas com origem em internamentos prévios.

Fica aqui essa referência, bem como a recomendação de que haja um acompanhamento e medição apropriada dos efeitos cruzados dos temas acima referidos.

Da maior importância é ainda a criação de 'comunidades' de acção conjunta contra a infecção, abrangendo os Hospitais, os Lares e as Unidades de Cuidados Continuados, em conjugação com os médicos de Saúde Pública.

4.5.2 Medidas

Apresentam-se, sumariamente, as medidas preconizadas no âmbito desta iniciativa estratégica.

Figura 18 – A Qualidade como trave mestra

MEDIDAS:

1. Melhorar a Qualidade e a Segurança dos Doentes
2. Redução da Taxa de Infecção Nosocomial
3. Promover a recertificação de Profissionais de Saúde
4. Associar o Financiamento dos Prestadores a Indicadores de Qualidade
5. Reduzir a Taxa de Cesarianas
6. Promover a utilização de um Painel Uniforme de Indicadores de Qualidade
7. Criação do Centro Nacional de Simulação Médica
8. Realização regular de Auditorias Clínicas
9. Promover o controlo do Risco Clínico
10. Desenvolver os Ensaios Clínicos em Portugal

Para cada medida apresentada apresentar-se-á: (i) Justificação; (ii) Descrição; (iii) Impactos; (iv) Fases de implementação e calendarização; (v) Entidades envolvidas; (vi) Monitorização e acompanhamento.

1. Melhorar a Qualidade e a Segurança dos Doentes

1.1. Justificação

Os fins últimos da prestação de cuidados de saúde garantem-se hoje através da aplicação dos princípios e metodologias da qualidade, inseridos numa visão estratégica e sistémica de Gestão da Qualidade, acompanhados do conhecimento e utilização da mais actualizada da qualidade técnica médica.

Importa para tanto assegurar uma liderança competente e inspiradora, processos de trabalho seguros, envolvimento e motivação dos profissionais, reconhecimento do primado dos interesses do doente e promoção da sua capacitação, defesa dos interesses da comunidade, medição e melhoria contínua dos resultados. Sem isso não haverá capacidade de, sustentadamente, de promover a produção de valor e de atacar as duas principais fontes de uso inapropriado de recursos: o desperdício e o erro.

Importa reafirmar a inserção da qualidade na estrutura, nos processos e objectivos da gestão dos Hospitais.

A relação íntima entre a missão dos Hospitais e os seus resultados de natureza empresarial impõe a inserção da gestão da Qualidade ao nível superior da estrutura hospitalar, reconhecendo que contribui tanto para os fins e a sustentabilidade dos Hospitais como a gestão económica e financeira.

Em resumo, o caminho que se propõe é o da obtenção dos melhores cuidados, a custos mais reduzidos, através de uma acção sistémica de melhoria

II. Descrição

Esta medida desdobra-se nas seguintes iniciativas:

1. Revisão do organograma dos Hospitais e colocação da gestão da qualidade (planeamento, controlo e melhoria), agrupando todas as funções a ela associadas (actividades de acreditação, indicadores de qualidade, programa de melhoria da qualidade, controlo da infecção, gestão do risco e demais actividades da mesma natureza) ao mesmo nível da gestão económica e financeira.
2. Lançamento de um programa de acreditação envolvendo os Hospitais ainda por acreditar e manutenção dos processos de acreditação, no caso dos já acreditados.
3. Iniciativa legislativa que assegure uma reserva de confidencialidade de dados e de informação gerados no exclusivo âmbito da estrutura de gestão da qualidade e do risco, no processo de análise das causas raiz dos erros clínicos
4. Programa de melhoria da qualidade, com partilha anual e publicitação dos resultados dos projectos realizados por cada Hospital.
5. Criação de um indicador agrupado da segurança dos cuidados por Hospital.
6. Medição da satisfação dos doentes.
7. Programa de melhoria do serviço prestado.

III. Impactos

- As medidas indicadas, em conjunto com os programas de redução da demora média e da infecção hospitalar, são contributos imprescindíveis para garantir o equilíbrio económico e financeiro dos Hospitais, através da redução do desperdício e redução do erro.
- Promoção da satisfação dos doentes e famílias.
- Promoção da satisfação dos profissionais.

_IV. Fases de implementação e calendarização

- Revisão do organigrama. Final de Janeiro 2012.
- Lançamento de um programa de acreditação. Até final do 1.º trimestre de 2012.
- Iniciativa legislativa: até final do 1.º trimestre de 2012.
- Programa de melhoria da qualidade: Lançamento até final do 1.º trimestre. Execução anual: 2012 e anos seguintes.
- Indicador agrupado de segurança: início de 2013
- Medição da satisfação dos doentes: Anual.
- Programa de melhoria do serviço prestado: elaborado até final do 1.º trimestre.

_V. Entidades envolvidas

ACSS, DGSS, ARS, Hospitais. Entidades representativas (Ordens e Associações profissionais), entidades representativas dos doentes e entidades especializadas no domínio da Qualidade.

_VI. Monitorização e acompanhamento

Grupo de acompanhamento do conjunto de programas e projectos a aprovar, definindo os relatórios de acompanhamento e a sua periodicidade. Acções de melhoria e correcção a partir dos dados de execução.

2. Redução da Taxa de Infecção Nosocomial

_I. Justificação

Portugal apresenta uma das taxas mais elevadas de prevalência de infecções adquiridas em Hospital entre os Países europeus que realizaram inquéritos similares. O mais recente estudo da DGS concluiu que em 9,8% dos doentes foi identificada infecção nosocomial, mostrando uma tendência de aumento ao longo da primeira década do século.

O estudo mediu também a prevalência de infecções provenientes da comunidade, concluindo: “Na altura do estudo 32,2% dos doentes tinham uma infecção o que vem reforçar a

importância do problema, já que, também os doentes com IC (que representam dois terços dos casos) constituem fontes de transmissão cruzada de infecção nas instituições de saúde."

A situação dos Países europeus com melhores resultados parece reflectir a maior eficácia das políticas adoptadas. Os valores não são exactamente comparáveis, mas nem por isso deixam de ter significado.

A França aparece na posição cimeira, com dados de 2006 e uma taxa de 4,9, merecendo, pois, uma cuidada análise das políticas seguidas. O seu caso tem um valor especial por se tratar de um País com o qual Portugal tem afinidades, podendo servir de *benchmark* para fixar o objectivo a atingir: **reduzir de 11,7 até 5 a prevalência de infecções adquiridas em Hospitais.**

Mais longe, poderemos encontrar bons exemplos nos EUA, em Hospitais com "zero infections" em áreas específicas de infecções. Um caso, entre outros, anunciado em 13.12.2010, Para além das mortes e sofrimentos associados à infecção hospitalar importa recordar os elevados custos associados às infecções adquiridas em hospital. Com base nos seguintes pressupostos:

- Taxa de prevalência da Infecção Nosocomial: 9,8% dos Doentes Tratados.
- Doentes Tratados (fonte: ACSS, dados de 2010): 848.664.
- Índice de aumento do custo por doente tratado: 2,8 (valor calculado em estudo realizado pela Dra. Ana Bico no Hospital de S. Francisco Xavier para doentes com infecção da ferida operatória)
- Custo por Doente Tratado: 2 640€. (Fonte: ACSS)

Aumento de custos associado às infecções adquiridas em Hospital: 494.000.000 euros.

O alargamento desta análise às infecções provenientes da Comunidade permite-nos entrever uma realidade de elevadíssimas proporções.

II. Descrição

Iniciativa ao mais alto nível do Ministério da Saúde, utilizando os princípios de actuação sistémica em rede utilizados no caso da Saúde Materno-infantil, usando os métodos da melhoria contínua da qualidade.

1. Liderança ao mais alto nível do Ministério da Saúde.
2. Reforço complementar das entidades representativas mais relevantes de doentes e de profissionais.
3. Liderança institucional do topo da gestão dos Hospitais, com reforço do papel das Comissões de Controlo da Infecção e dos responsáveis dos serviços.

4. Existência de um núcleo central, mandatado pelo Ministro da Saúde, com poderes e estatuto suficientes para liderar e coordenar o esforço dos Hospitais e conjugar apropriadamente a sua acção com os organismos competentes.
5. Existência de recursos suficientes.
6. Esforço coordenado com as complementares das iniciativas da DGS na matéria.
7. Coordenação ainda com a Saúde Pública, envolvendo os Lares e as Unidades de Cuidados Continuados da comunidade para aplicação das boas práticas, de forma a reduzir os impactos cruzados de altas taxas de infecção institucional.
8. Obtenção de apoios internacionais para transferência das melhores práticas.
9. Conjugação com os processos de acreditação e de manutenção das acreditações já obtidas.
10. Criação de incentivos de financiamento, abrangendo Hospitais e Unidades de Cuidados Continuados Integrados.
11. Transparência e comunicação dos dados da infecção nosocomial.

III. Impactos

- Redução, ao longo de 3 anos, a 5% da taxa de prevalência das infecções adquiridas em Hospital.
- Poupança de uma parte dos recursos gastos em infecção nosocomial, 282.000.000 Euros, a estimar, tendo em conta o impacto tanto sobre os custos variáveis, como, desejavelmente, sobre os custos fixos.
- Poupança correspondente à redução das infecções com origem na Comunidade (Lares e Unidades de Cuidados Continuados).

IV. Fases de implementação e calendarização

- Criação do núcleo de coordenação a nível central. Dezembro 2011.
- Apresentação do programa de acção. Final de Janeiro de 2012.
- Reforço do papel das Comissões de controlo de Infecção. Final de Janeiro 2012.
- Obtenção de apoio internacional. Final de Fevereiro 2012.
- Execução do programa: a partir do final de Fevereiro 2012.

V. Entidades envolvidas

DGS. ACSS.ARSS. Hospitais. Associações representativas.

_VI. Monitorização e acompanhamento

- Medição mensal, segundo protocolo a definir pelo Núcleo Coordenador.
- Publicação das taxas de infecção nosocomial por Hospital.

3. Promover a recertificação de Profissionais de Saúde

_I. Justificação

Os recursos humanos são o coração de qualquer sistema de prestação de cuidados de saúde. Por esta razão, será recomendável um enfoque na formação periódica, através de programas qualificados e dirigidos à actualização de conhecimentos e à prática clínica.

De facto, é admissível que com o passar do tempo, algumas capacidades possam ser progressivamente perdidas, com impacto na qualidade dos cuidados prestados.

Existem, naturalmente, preocupações individuais que levam os profissionais a actualizarem-se, e preocupações das ordens profissionais, em proporcionar programas formativos aos seus grupos profissionais. Há que encontrar e definir um modelo formativo que possa certificar e recertificar competências com periodicidade.

_II. Descrição

Os diferentes grupos profissionais, através das suas organizações profissionais (Ordens) envolvidos na prestação de cuidados (médicos, enfermeiros, técnicos, farmacêuticos, entre outros) devem apresentar propostas de planos de recertificação.

_III. Impactos

Esta medida terá um enorme impacto em termos qualitativos: teremos, pela primeira vez, garantia periódica da capacidade técnica de todos os prestadores.

_IV. Fases de implementação e calendarização

O ano de 2012 deve ser o da apresentação, discussão e aprovação de propostas, para aplicação a partir de 1 de Janeiro de 2013.

_V. Entidades envolvidas

As ordens profissionais podem lançar os projectos, embora deva haver acompanhamento de estruturas centrais do Ministério da Saúde (nomeadamente a ACSS).

_VI. Monitorização e acompanhamento

O acompanhamento da recertificação dos profissionais pode ser feito pelas ordens profissionais, com acompanhamento de estruturas centrais do Ministério da Saúde (nomeadamente a ACSS).

4. Associar o financiamento dos Prestadores a Indicadores de Qualidade

_I. Justificação

Diferentes sistemas de saúde têm progressivamente incorporado nos seus sistemas de pagamento aos prestadores os resultados de avaliação da qualidade dos cuidados prestados (a expressão “pay for performance” sendo talvez a mais conhecida nesta matéria). Podemos citar, a título de exemplo, o trabalho realizado no Reino Unido, na área de cuidados de saúde primários: o cumprimento de um número de medidas de processo em maior ou menor grau reflecte-se em melhor ou pior pagamento.

Figura 19 – Pagamento de acordo com o cumprimento de medidas estabelecidas

Clinical Domain	Indicator No.	Description	Points	Payment Range* (%)
Asthma	6	The percentage of patients with asthma who have had an asthma review in the previous 15 mo	0–20	25–70
Cancer	2	The percentage of patients with cancer (diagnosed since April 1, 2003) reviewed within 6 mo of confirmed diagnosis, including assessment of support needs and review of coordination arrangements with secondary care	0–6	25–90
Chronic obstructive pulmonary disease	3	The percentage of patients with chronic obstructive pulmonary disease in whom diagnosis has been confirmed by spirometry and reversibility testing	0–5	25–90
Coronary heart disease	6	The percentage of patients with coronary heart disease whose last blood pressure measurement (within the previous 15 mo) was 150/90 mm Hg or less	0–19	25–70
Diabetes	12	The percentage of patients with diabetes whose last blood pressure measurement was 145/85 mm Hg or less	0–17	25–55

Fonte: Doran T, Fullwood C, Gravelle H, Reeves D, Kontopantelis E, Hiroeh U, Roland M. Pay-for-performance programs in family practices in the United Kingdom. *N Engl J Med*. 2006 Jul 27;355(4):375–84

O relatório do IOM de 2001, "Crossing the quality chasm", sugere que para facilitar os processos de melhoria contínua da qualidade das instituições, há que alinhar incentivos financeiros com os objectivos, e vários documentos, quer da OMS quer do Banco Mundial sugerem que se dê uma importância progressivamente crescente a esta componente, em detrimento dos custos históricos (que potencialmente promovem a ineficiência).

Quadro 33 – Exemplo das vantagens de alinhar incentivos financeiros com os objectivos

Unidade: N. e %

Weighting Factor Year	Historical Costs	Weighted capitation share	Performance based budget
1	95%	5%	0%
2	90%	5%	5%
3	70%	20%	10%
4	50%	30%	20%
5	0%	50%	50%
5+	0%	50%	50%

Fonte: World Bank, 2004; WHO, 2007

Este tipo de filosofia já tem sido implementada em Portugal mas com um impacto reduzido, o que leva os prestadores a darem-lhe menos importância que a devida.

II. Descrição

O financiamento/pagamento das instituições deve depender, numa percentagem maior, do desempenho num conjunto de indicadores de qualidade seleccionados. Os indicadores a utilizar devem ser válidos e fiáveis, sugerindo-se a adopção de um conjunto a seleccionar de entre os utilizados já por outros Países.

III. Impactos

Esta medida tem enorme potencial de colocar a qualidade como um dos objectivos estratégicos das instituições.

IV. Fases de implementação e calendarização

2012 deve ser o ano da identificação dos indicadores a utilizar e da preparação do terreno para a colheita da informação necessária, de forma automática. Os resultados medidos em 2013 devem influenciar os orçamentos para 2014 em pelo menos 10 %.

V. Entidades envolvidas

O trabalho de fundo será desenvolvido pela DGS (nomeadamente através do seu Departamento de Qualidade na Saúde), em estreita colaboração com a ACSS, responsável principal pelos processos de contratualização.

VI. Monitorização e acompanhamento

Por um lado, far-se-á a monitorização dos indicadores de qualidade seleccionados; por outro, terá que fazer-se em simultâneo o acompanhamento das consequências financeiras do nosso sistema de pagamento.

5. Reduzir a Taxa de Cesarianas

I. Justificação

A taxa de cesarianas observada em Portugal nos últimos anos está bastante acima dos valores preconizados como aceitáveis pela OMS. A realização de cesarianas sem absoluta necessidade técnica tem riscos acrescidos para a mãe e para o feto, facto que as torna claramente desaconselháveis.

Adicionalmente, a realização de cesarianas exige um tempo de internamento prolongado, com custos adicionais e risco acrescido de contrair infecções em meio hospitalar. Apesar destes factos serem largamente conhecidos de todos há alguns anos, não temos conseguido corrigir estas taxas.

II. Descrição

Os hospitais devem reduzir a taxa de cesarianas. De forma, a promover esta redução propõe-se que, no caso de se verificar a existência de um episódio de cesariana sem que exista indicação clínica para tal, passe a ser pago o GDH relativo a parto vaginal e não o GDH relativo á cesariana. A aplicação desta medida deverá ser garantida através de auditorias clínicas especificamente dirigidas a esta área de prestação.

III. Impactos

Para além das vantagens em termos de menor risco para mãe e filho, a redução destas taxas trará menores custos quer em termos de dias de internamento, quer evitando infecções desnecessárias.

_IV. Fases de implementação e calendarização

Os hospitais devem analisar as suas taxas e procurar encontrar justificação para taxas elevadas durante o 1º trimestre de 2012, e devem tomar depois medidas adequadas à redução das taxas até final do ano.

_V. Entidades envolvidas

Os hospitais devem tomar as medidas consideradas necessárias e adequadas à redução das taxas; a DGS e as ARS devem monitorizar a situação a nível regional e nacional.

_VI. Monitorização e acompanhamento

A monitorização far-se-á pelo acompanhamento mensal das taxas observadas.

6. Promover a utilização de um painel uniforme de indicadores de qualidade

_I. Justificação

Portugal está a dar os primeiros passos em termos de avaliação sistemática da qualidade nos seus hospitais. Proliferam pelo País indicadores de qualidade, sendo que nem todos terão a mesma validade e fiabilidade. Há, pelo contrário, a nível internacional, um número enorme de indicadores válidos e fiáveis. A monitorização da qualidade é o primeiro passo para por um lado garantirmos a qualidade do que se faz, uma obrigação que o sistema tem para com os seus utentes, e por outro para podermos melhorar de forma contínua o desempenho dos prestadores.

_II. Descrição

Serão definidos centralmente, a partir duma *pool* de indicadores usados internacionalmente, um conjunto básico a aplicar a todos os hospitais.

_III. Impactos

A monitorização da qualidade permitirá à administração do sistema verificar a qualidade dos cuidados que são prestados e depois acompanhar a melhoria esperada. Os resultados devem

ser utilizados em sede de contratualização, com impacto nos orçamentos dos hospitais que incentivem os hospitais a melhorar nesta matéria.

IV. Fases de implementação e calendarização

O Departamento de Qualidade em Saúde definirá durante o 1º trimestre de 2012 o conjunto de indicadores a monitorizar. A ACCS montará as infra-estruturas no terreno necessárias à recolha da informação até ao final de 2012. A monitorização poder-se-á iniciar a 1 de Janeiro de 2013.

V. Entidades envolvidas

A iniciativa desta medida ficará com o Departamento de Qualidade em Saúde, com o apoio da ACSS.

VI. Monitorização e acompanhamento

A monitorização far-se-á pelo acompanhamento pelo menos trimestral destes indicadores no terreno.

7. Criação do Centro Nacional de Simulação Médica

I. Justificação

A Simulação Biomédica é, no contexto actual uma excelente “enxada” pedagógica, simultaneamente científica e técnica, com vista á diminuição do erro médico e ao aumento da segurança do doente.

Num contexto mundial de constante inovação é imprescindível que a formação médica, inicial ou ao longo da carreira, se adapte a novas metodologias no sentido de aumentar os níveis de qualidade e eficiência na prestação dos cuidados de saúde. A tónica assenta, cada vez mais, na participação activa dos formandos no processo de aprendizagem, desenvolvendo a capacidade de resolução de problemas e de gestão da informação através da utilização adequada das novas tecnologias de informação e comunicação, bem como na motivação dos profissionais em aumentar o seu nível de conhecimentos e a qualidade do seu desempenho ao longo de toda a sua vida profissional.

Os Hospitais da Universidade de Coimbra reuniram as condições de referência e a especial capacidade técnica e científica para a Simulação Médica e Biomédica de escala humana devido aos recursos humanos altamente qualificados, à experiência em projectos de investigação e desenvolvimento tecnológicos e científicos nacionais e internacionais, aos créditos dos processos formativos e de gestão de equipas e unidades de Saúde e ao conhecimento profundo do inovador domínio científico e tecnológico da Simulação aplicada à Medicina.

Em Portugal, com a concretização deste projecto, os HUC acompanharam a mais promissora linha internacional de desenvolvimento formativo das equipas de Saúde, abrindo igualmente perspectivas para investigação própria e para uma relação mais vasta com a Comunidade.

O primeiro Centro de Simulação Biomédica, Imersiva, integrado e multidisciplinar do País, instalado num grande hospital público universitário, está a tornar-se numa referência científica internacional, melhorando os padrões de assistência em Saúde, permitindo a publicação de resultados e metodologias próprias, desenvolvendo capacidades interdisciplinares endógenas - designadamente com centros de investigação interdisciplinares universitários - e abrindo uma nova linha de certificação, qualificação e inovação de processos e produtos com possibilidades fantásticas para a Saúde Humana.

II. Descrição

Transformação do Centro de Simulação Biomédica dos HUC, no **Centro Nacional de Simulação Médica**, à semelhança de outros Países Europeus com idêntica população, v.g. Dinamarca (DIMS). Serão avaliados centralmente as propostas de organização, conteúdos formativos, abrangência de actuação, plano de acção a curto, médio e longo prazo, assim como plano de investimentos e resultados expectáveis em segurança do doente e diminuição do erro médico.

III. Impactos

A exploração do CSB, integrado por um Centro de Custos do Hospital, gera receitas próprias que garantem as despesas de pessoal, sendo reinvestidos 50% e os restantes 50% constituem reservas.

Do ponto de vista custo/benefício, o alargamento dos seus programas de formação conduz ao aumento da segurança do doente e à diminuição do erro médico

IV. Fases de implementação e calendarização

Até 31 de Janeiro de 2012 aprovação da transformação do CSB dos HUC no CNSM.

V. Entidades envolvidas

Hospitais da Universidade de Coimbra e Centro de Simulação Biomédica dos HUC

VI. Monitorização e acompanhamento

A monitorização e o acompanhamento serão feitos através da Direcção Geral de Saúde, no que reporta ao cumprimento dos programas de formação, objectivos e contributos para maior "segurança do doente" e diminuição do "erro médico", e pela ACSS no que respeita aos objectivos económicos e financeiros e aos projectos de investigação e parcerias IDI, a desenvolver com entidades nacionais e estrangeiras, publicas e privadas e entre eles com os Países da CPLP.

8. Realização regular de Auditorias Clínicas

I. Justificação

Para assegurar a melhoria contínua do desempenho do hospital a realização de avaliações externas ao cumprimento dos protocolos clínicos e das normas de orientação terapêutica é essencial. Estas avaliações contribuem de forma fundamental para a gestão da qualidade e para a análise custo-benefício, podendo ainda servir para o reconhecimento fundamentado do mérito submetido à avaliação do desempenho dos profissionais.

A falta de realização destas avaliações traduz-se na não adopção de uma boa prática que permitiria evidenciar objectivos e padrões de desempenho clínico, que possibilitariam a melhoria contínua dos processos internos.

As avaliações apelam a outras fontes de conhecimento clínico à luz das quais poderá ser obtida a confirmação empírica da eficácia das diferentes intervenções já ocorridas, de modo a promover a generalização das melhores práticas.

II. Descrição

Realização regular de auditorias clínicas

Propõe-se que as auditorias sejam feitas, naturalmente, serviço a serviço, de forma a permitir a melhoria gradual da qualidade dos cuidados de saúde prestados.

Estas auditorias só podem ser efectuadas por entidades externas ao hospital e de acordo com a sua metodologia.

_III. Impactos

Esta medida tem custos que devem ser considerados, mas que se estima que sejam facilmente compensados através da redução de eliminação de factores de risco proporcionalmente muito mais onerosos para o hospital.

_IV. Fases de implementação e calendarização

Os hospitais devem realizar pelo menos uma auditoria clínica anual a sectores chave da organização.

_V. Entidades envolvidas

CA dos hospitais EPE e dirigentes intermédios.

_VI. Monitorização e acompanhamento

O acompanhamento da actividade dos hospitais, assegurado em particular pela Administração Central do Sistema de Saúde, IP e pelas Administrações Regionais de Saúde, irá reflectir o impacto desta medida a médio e longo prazo.

9. Promover o controlo do Risco Clínico

_I. Justificação

Os hospitais são organizações complexas que prestam diferentes tipos de cuidados de saúde à população que cuidam, gerando múltiplas situações potenciadoras de riscos. Trata-se de erros ou acidentes associados à prática clínica ou à utilização dos equipamentos e instalações hospitalares que afectam potencialmente a segurança dos utentes e dos prestadores de cuidados de saúde.

A gestão dos riscos passa pela sua identificação, instituição de controlos, estabelecimento de normas de actuação, reporte de erros e acidentes e ainda pelo treino ou formação. Por isso, a gestão do risco clínico deve envolver activamente todos os grupos de profissionais que

trabalham nas organizações hospitalares, bem como todos os que com elas se relacionam, sejam utentes, familiares ou fornecedores.

II. Descrição

A promoção do controlo do risco é assegurada através da existência de uma estrutura dedicada à gestão do risco ou esta função específica.

Pretende-se que esta estrutura permita a identificação prospectiva das trajectórias de acidentes nos cuidados de saúde, a aprendizagem a partir dos erros cometidos, o conhecimento das suas causas com vista à prevenção e à melhoria dos processos internos que contribuem para a realização de uma boa governação clínica.

III. Impactos

Esta medida tem custos que devem ser considerados, mas que poderá facilmente compensar, através da redução de eliminação de factores de risco proporcionalmente muito mais onerosos para o hospital.

IV. Fases de implementação e calendarização

Os hospitais podem implementar a existência de uma estrutura dedicada à gestão do risco ou esta função específica logo que reúnam as condições necessárias para o efeito.

V. Entidades envolvidas

CA dos hospitais EPE.

VI. Monitorização e acompanhamento

O acompanhamento da actividade dos hospitais, assegurado em particular pela Administração Central do Sistema de Saúde, IP e pelas Administrações Regionais de Saúde, irá reflectir o impacte desta medida a médio e longo prazo.

10. Desenvolver os Ensaios Clínicos em Portugal

1. Justificação

A capacidade de desenvolver a investigação clínica e de atracção de ensaios clínicos para Portugal constitui um sinal de competitividade do País e a sua realização traduz-se claramente num benefício para hospitais e doentes.

Portugal tem vindo a perder capacidade de atrair ensaios nos últimos anos. Em 2006 foram aprovados 147 ensaios e 120 em 2010. Um decréscimo de quase 20%. Comparando-se com países de igual dimensão no que se refere a número de ensaios, doentes recrutados e investimento gerado conclui-se que o nosso país realiza menos 55% dos ensaios praticados na Bélgica, 22% do que na Áustria e 32% do que na República Checa.

De acordo com dados da APIFARMA o investimento realizado em ensaios em 2006 em Portugal correspondeu a cerca de 58 m.€ enquanto na República Checa este correspondeu a 231 m€. Uma diferença muito significativa.

A realização de ensaios clínicos constitui pois um importante motor de desenvolvimento científica, dando acesso a plataformas internacionais de investigação, à implementação de normas de boas práticas clínicas e em muitos casos ao apetrechamento dos serviços com equipamento vários necessários ao desenvolvimento dos ensaios.

Constituem ainda um ganho efectivo para os doentes ao permitir o acesso a custo zero a terapêuticas inovadoras e à sua manutenção gratuita até à sua efectiva disponibilização no mercado nacional.

A melhoria da nossa capacidade de recrutamento, o desenvolvimento de centros mais activos e cientificamente competitivos, um controlo mais efectivo do desenvolvimento dos ensaios e uma maior rapidez nas decisões de aceitação constituem factores de sucesso que importa desenvolver.

A relação entre a capacidade de investigação instalada nas nossas faculdades e a realização de ensaios foi igualmente um caminho não traçado. Este é igualmente um desafio para as nossas Universidades e Faculdades.

Constata-se pois que Portugal necessita de ganhar competitividade no sector dos ensaios clínicos sendo necessário demonstrar da sua capacidade e excelência. Tal facto passa por

vários factores que se interligam entre si. A indústria tem de ser capaz de traduzir internacionalmente essa vontade e o País tem de demonstrar que é capaz de o fazer.

II. Descrição

É pois necessário promover e desenvolver a investigação e dos **ensaios clínicos**, mobilizando as autoridades portuguesas, os centros de investigação e a indústria farmacêutica, incluindo o *Health Cluster* Portugal e potenciando a participação em protocolos internacionais no âmbito da investigação e intervenção no quadro dos Programas Europeus de Apoio e Financiamento da Investigação em Saúde.

Será, assim, possível defender um aumento em 30% da nossa capacidade de atracção de ensaios clínicos nos próximos dois anos.

Para tal algumas medidas importa implementar:

- Criação de centros de excelência nos 5 (ou 10) principais hospitais portugueses como estruturas coordenadoras, dinamizadoras e de seguimento de ensaios clínicos;
- Criação de uma plataforma electrónica que permita acompanhar todos os ensaios clínicos realizados no nosso país, permitindo ter permanentemente um retrato exacto da situação e permiti actuar em caso de constrangimentos geradores de atrasos indesejáveis.

III. Impactos

Não avaliados

IV. Fases de implementação e calendarização

Fase 1

_Definição do modelo de Centro de Excelência

_Tempo previsto – 60 dias

Fase 2

_Implementação do modelo definido

_Tempo previsto – 180 dias

Fase 3

_Definição e desenho da plataforma electrónica de acompanhamento de ensaios

_Tempo previsto – 60 dias (em paralelo com a fase 1)

Fase 4

_Implementação da plataforma

_Tempo previsto – 180 dias (em paralelo com fase 2)

_V. Entidades envolvidas

INFARMED, CEIC, APIFARMA

_VI. Monitorização e acompanhamento

INFARMED e CEIC

4.6 AS TECNOLOGIAS E A INFORMAÇÃO COMO INVESTIMENTO E FACTOR DE SUSTENTABILIDADE

_4.6.1 Enquadramento

O desenvolvimento das Tecnologias de Informação em Saúde (TIS) tem sido uma constante nos últimos anos ao longo dos mais variados níveis das instituições de Saúde. Foram adquiridos computadores e impressoras. “Data centers” e bastidores. Software e hardware. Desenvolveram-se redes de dados, locais e de interligação. A Sociedade de Informação marcou fortemente a sua presença no sector da Saúde: do receio de pioneirismo na implementação de novas tecnologias, passou-se ao receio de infoexclusão.

Há que reconhecer que o panorama nos últimos 10 anos se modificou fortemente. No entanto, este processo de desenvolvimento acelerado das TIS não está isento de críticas: a aposta realizada foi feita essencialmente no pressuposto da quantidade e não na qualidade e continua a faltar planeamento estratégico no desenvolvimento das TI a nível nacional.

Com algumas raras excepções, tudo cresceu anarquicamente e de forma desconexa: sobreposição de soluções, excesso de informação recolhida, duplicidade de circuitos, não interoperabilidade da esmagadora maioria das soluções, predomínio do micro sobre o macro, inúmeros projectos lançados sem nunca terem sido materializados, projectos desenvolvidos e nunca actualizados, não desenvolvimento de redes de cooperação, não participação em programas internacionais, não discussão sobre temas essenciais para o sector, instituições não ligadas entre si, informatizações construídas mais na lógica da informática e menos na do profissional de saúde e Soluções pouco funcionais e pouco adaptadas à realidade do dia-a-dia.

Se bem que há quem aponte o panorama nacional em Tecnologias de Informação na Saúde (TIS) como sendo um panorama deficitário, houve também diversos aspectos positivos. De positivo, o facto a informatização ter entrado no nosso dia-a-dia. De positivo o facto de que actualmente na saúde o número de utilizadores é hoje muito significativo. De positivo também o facto de esta primeira vaga tecnológica ter permitido um bom nível de automação de tarefas dentro de cada serviço, estando criadas as condições para um próximo salto tecnológico, em que os fluxos de informação serão automatizados ao longo das cadeias de valor interna e externa das organizações.

Este é pois uma das áreas do sector da saúde em que mais podemos evoluir e melhorar. As TIS são instrumentos essenciais com vista a atingir uma maior eficiência do sistema e fazê-lo com maior qualidade.

Os gastos em TIS, se bem planificados, devem ser encarados mais como importantes investimentos, do que como grandes despesas. Os investimentos a realizar devem ser analisados numa lógica dos ganhos que irão permitir. Uma correcta utilização das TIS é um factor essencial para garantir a sustentabilidade do sistema e o sucesso do mesmo.

Vários são os desafios que importam garantir. O mais importante pelo que pode representar é o criar os mecanismos necessários para garantir a fidedignidade da informação. Igualmente importante é o definir qual o denominador informático mínimo que todos os hospitais têm de dispor. Por outro lado, importa garantir que todas as unidades do sector público comuniquem entre si e permitam o acesso à informação clínica disponível em cada uma delas. Informação que circule com rapidez e com segurança. Também o Registo de Saúde Electrónico pode ocupar um importante papel naquilo que é a comunicação entre médico e doente, entre profissionais de saúde entre si, em território nacional ou internacional. Uma implementação com estudos a mais e implementações a menos.

4.6.2 Medidas

Apresentam-se, sumariamente, as medidas preconizadas no âmbito desta iniciativa estratégica.

Figura 20 – A Tecnologia e Informação

MEDIDAS:

1. Garantir a fidedignidade e fiabilidade da Informação
2. Implementar a partilha de Ferramentas e Aplicações Informáticas por toda a Rede Hospitalar
3. Implementar uma Rede Informática Integrada
4. Garantir Comunicações mais rápidas e seguras
5. Implementar um Programa de Virtualização na Rede Hospitalar
6. Implementar o Registo de Saúde Electrónico

Para cada medida apresentada apresentar-se-á: (i) Justificação; (ii) Descrição; (iii) Impactos; (iv) Fases de implementação e calendarização; (v) Entidades envolvidas; (vi) Monitorização e acompanhamento.

1. Garantir a fidedignidade e fiabilidade da informação

I. Justificação

A informação hospitalar da actividade assistencial, administrativa e financeira constitui hoje uma peça essencial para o conhecimento, para a gestão e para a planificação do SNS.

Este tipo de informação é utilizado pelas mais diversas instâncias nacionais e internacionais. Serve os mais variados propósitos, desde a monitorização de dados de contratualização ao fornecimento de dados para o Eurostat. É exigida por instâncias tais como o Tribunal de Contas, a Entidade Reguladora da Saúde ou o INE. Suporta a decisão de entidades, tais como a ARS ou o Ministério das Finanças. Permite ao cidadão conhecer melhor como funciona o SNS e como ele se comporta.

A questão que agora se coloca é o facto de que a informação de saúde disponível é actualmente uma realidade caótica, desconexa e insegura. A recolha de dados, o seu tratamento e o seu "output" são dispersas e desconexas.

A informação não é tratada de forma sistemática nem consistente. A análise efectuada não permite uma comparação inter-temporal, pelo facto de que a temporalidade da recolha de informação não é sistemática.

Outra questão relevante é a permanente solicitação a que todos os hospitais estão permanentemente sujeitos, no sentido de envio de informação avulsa e de acordo com as mais criativas solicitações. Tal facto rouba tempo às instituições e aos seus profissionais, desviando-os daquilo que deveria ser o seu verdadeiro enfoque.

Dados fidedignos, não duplicados, sem erros associados e que permitam uma utilização rápida e eficaz, garantindo um verdadeiro suporte à decisão, são pois um imperativo.

Esta é uma realidade que importa inverter e tal é reconhecido pela própria Troika no processo de avaliação do sector da Saúde.

II. Descrição

Desenvolvimento e implementação de uma Plataforma de recolha, tratamento e análise de dados referentes à actividade assistencial, administrativa e financeira dos hospitais do SNS.

III. Impactos

Não avaliados.

IV. Fases de implementação e calendarização

1ª Fase

_Diagnóstico

_Tempo previsto = 3 meses

2ª Fase

_Desenho de plataforma

_Tempo previsto = 9 meses

3ª Fase

_Implementação

_Tempo previsto = 3 meses

V. Entidades envolvidas

ACSS/ SPMS

VI. Monitorização e acompanhamento

ACSS

2. Implementar a partilha de ferramentas e aplicações informáticas por toda a Rede Hospitalar

I. Justificação

A informatização dos hospitais é hoje já uma realidade inquestionável.

Constata-se, no entanto, que esta realidade tem vindo a ser desenvolvida de forma muito assimétrica e baseada naquilo que são os entendimentos locais dos diferentes Conselhos de Administração e equipas de informática.

Foi criada uma multiplicidade de funcionalidades que não é obrigatoriamente sinónimo de vantagens mas normalmente de ruído desnecessário e de complexidade indesejável.

As necessidades do País exigem que o quadro da informatização em saúde passe por soluções robustas, em que a intercomunicabilidade entre aplicações e instituições esteja garantida. Só desta forma podemos entender que os gastos em material informático sejam assumidos como investimentos e não constituam simples alíneas de despesa, sem o devido retorno ao nível de eficiência.

É pois desta forma que nos parece essencial definir uma plataforma comum mínima de informatização de todas as unidades de saúde, com vista a garantir objectivos estratégicos por todos defendidos.

Importa igualmente entender que a despesa realizada em algumas soluções informáticas poderá ser recuperada num curto espaço de tempo, quer a nível directo (por exemplo a utilização do PACS no H. S. José permitiu poupar 500.000€ em películas), quer a nível indirecto, em ganhos de eficiência e de segurança para o doente.

II. Descrição

Definição e implementação de plataforma comum mínima de informatização, com integração total das diferentes aplicações de todas as unidades de saúde, nos seguintes vectores:

- *Hospital Information System (HIS)*, como é o exemplo do SONHO e com a obrigatoriedade de todas as aplicações adquiridas terem de ter em conta o necessário interface;
- Um programa tronco de Processo Clínico Electrónico, o SAM/SAPE (sem custos) ou outra aplicação;
- Um programa de Prescrição electrónica para internamento, ambulatório e hospital de dia;
- Informatização da Área de Patologia Clínica;
- Informatização da Área de Imagem com recurso a *Picture Archiving and Communication System (PACS)* e sua integração em RIS (*Radiology Informations System*) em todos os hospitais que disponibilizem Tomografias computadorizadas ou exames de imagem de complexidade superior;
- Informatização da Área de Anatomia Patológica;
- Informatização de electrocardiogramas.

III. Impactos

É expectável uma melhoria da circulação da informação entre diferentes unidades, com a consequente melhoria nos processos de acompanhamento dos seus pacientes.

IV. Fases de implementação e calendarização

1.ª Fase

_Definição de pormenor e prioritização de implementação a nível nacional e avaliação da situação por cada instituição

_Tempo previsto: 2 meses

2ª Fase

_Elaboração de um plano estratégico por cada instituição

_Tempo Previsto: = 2 meses

3ª Fase

_Implementação global

_Tempo previsto = 24 meses

V. Entidades envolvidas

A definir

VI. Monitorização e acompanhamento

A definir

3. Implementar uma rede informática integrada

I. Justificação

A informatização de informação clínica, quer a nível hospitalar, quer de cuidados primários, teve um enorme crescimento nos últimos anos. De dados clínicos à imagem, passando pela patologia clínica e pela prescrição, vários são os exemplos e os patamares de desenvolvimento. Infelizmente, esta enorme mole de informação encontra-se limitada a cada instituição que a gera, não circulando entre instituições nem acompanhando aqueles que são os movimentos dos doentes.

Os doentes são atendidos em várias instituições de acordo com as suas necessidades de saúde e por vezes de acordo com os seus próprios desejos. Circulam entre cuidados primários, hospitalares e continuados. Consomem recursos, realizam exames repetidos, há insuficiências desnecessárias na transmissão de informação, alertas não conhecidos e muitas outras incongruências. Situações de doentes que realizam MCDT em determinada instituição e a repetem noutra na mesma semana por indisponibilidade ou desconhecimento não são, infelizmente, um caso raro.

Importa pois pôr fim a esta situação, através da ligação de todas as instituições de prestação de cuidados de saúde entre si.

Exemplo/ Caso – O exemplo do Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE.

O CHLC, EPE, constituído pelos hospitais de S. José, Santo António dos Capuchos, Dona Estefânia e Santa Marta, tem vindo ao longo dos últimos anos a fazer um forte investimento na área das tecnologias da informação.

Os projectos ao nível dos sistemas de informação que o CHLC, EPE desenvolveu são mais-valias nas áreas abrangidas, proporcionando tanto uma melhoria na qualidade dos cuidados prestados ao utente, como nas condições de trabalho dos profissionais de saúde, associada a uma componente económica que visa racionalizar e, na grande maioria dos casos, reduzir os custos de exploração da instituição. Toda a actividade assenta em princípios básicos de equilíbrio e sobriedade, para que possa ser sustentada e exequível.

A informatização completa do processo clínico totalmente integrado, por protocolos modernos e confiáveis nomeadamente HL7, constitui uma prioridade estratégica do CHLC, EPE.

É nesse sentido que têm vindo a ser informatizadas várias funcionalidades clínicas e a harmonizar as soluções disponíveis em todos os hospitais do centro, nomeadamente:

1. A informatização integral e integrada das Urgências do CHLC;
2. A implementação do PACS, que permitiu uma melhoria significativa do acessos à informação clínica, bem como a redução significativa dos custos (consumo de películas e outros consumíveis) bem como de espaço em arquivo;
3. A unificação aplicacional dos laboratórios, através do pedido e disponibilização dos resultados online, com a introdução de protocolos, monitorização dos pedidos, dos resultados e dos tempos de resposta, com poupanças substanciais de consumos e uma melhor gestão de recursos humanos;
4. A informatização de áreas como a gastroenterologia, anatomia patológica, pneumologia, electrocardiografia, otorrino, neurofisiologia, cardiologia, imunohematerapia, e farmácia, devidamente integradas com o processo clínico electrónico;
5. Ainda em curso a implementação do módulo da dietética, permitindo já obter redução de custos com a alimentação dos doentes.

Exemplo/ Caso – O exemplo do Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE (continuação)

Neste momento encontra-se em curso a ligação/partilha do processo clínico electrónico com os centros de saúde da sua área de influência e com outros hospitais (H. Curry Cabral), o que permitirá não só o aumento das sinergias entre as instituições, como a obtenção de poupanças evitando nomeadamente a repetição da realização de MCDT.

Salienta-se que no CHLC, EPE, desenvolvem actividade cerca de 6.000 profissionais, dos quais cerca de um terço tem acesso a correio electrónico. O parque informático é constituído por 4000 computadores, 800 impressoras, 120 bastidores intermédios.

II. Descrição

Estabelecimento de processo de partilha do processo clínico electrónico, o que inclui MCDT realizados e prescrições, entre todas as unidades de prestação de cuidados do SNS. Entende-se que todos os estabelecimentos do sector privado ou social que assumam convenções com o Estado devem garantir protocolos de partilha da informação gerada com o SNS. Igualmente importante é o de garantir que a adjudicação de soluções informáticas deve garantir os protocolos de partilha de informação.

III. Impactos

Não avaliados.

IV. Fases de implementação e calendarização

1ª Fase

_Avaliação das aplicações informáticas, necessidades, prioridades e calendarização

_Tempo previsto = 2 meses

2ª Fase

_Estabelecimentos dos protocolos de partilha de informação entre instituições

_Tempo previsto = 12 meses

3ª Fase

_Implementação total

_Tempo previsto = 18 meses

V. Entidades envolvidas

ACSS/ SPMS

VI. Monitorização e acompanhamento

ACSS/ SPMS

4. Garantir comunicações mais rápidas e seguras

I. Justificação

A gestão informática de informação, seja ela clínica ou de gestão, assumiu nos últimos anos uma dimensão estrutural no funcionamento de serviços de saúde. É hoje inequívoco o papel que os sistemas de informação assumem no dia-a-dia das instituições. Na qualidade dos serviços prestados, na qualidade do atendimento, na eficácia do desempenho e no garante dos cuidados assistenciais prestados. Ao nível do ensino e da investigação enquanto pilares essenciais do desempenho hospitalar, também os sistemas de informação assumem papel essencial.

Múltiplos têm sido os esforços no sentido de desenvolver localmente soluções informáticas com vista a responder às diferentes soluções.

Independentemente dos modelos desenvolvidos em cada uma das instituições, constata-se que existe um problema grave e estruturante que poderá condicionar todo o desenvolvimento do SNS no que se refere ao seu nível de informatização e que se prende com a largura de banda atribuída a hospitais e centros de saúde. Apesar das mudanças recentes já efectuadas, continuamos a constatar múltiplas insuficiências, em especial no que se refere a desejáveis futuras conexões entre cuidados hospitalares e cuidados primários.

Constata-se igualmente que o desenvolvimento da rede não tem sabido acompanhar ao longo dos anos o que tem sido as exigências crescentes da mesma, levando a situações de enorme desajuste entre o nível de informatização e a disponibilidade da mesma.

Por outro lado a segurança das redes locais tem sido entregue a cada instituição *per si*, sem que no entanto, haja sido definido quais os patamares mínimos de segurança que cada um deve garantir.

II. Descrição

Com base no acima descrito propõe-se adoptar a largura de banda mínima para hospitais de 100 Mb/s e de 10Mb/s para os Centros de Saúde. Deverão ser analisados casuisticamente as

instituições que desenvolvam projectos de Telemedicina e da necessidade de ajustes de largura da mesma.

Propõe-se que as larguras de banda atribuídas sejam avaliadas cada 2 anos de forma a garantir que as mesmas acompanhem o crescimento decorrente de novos modelos de informatização garantindo sempre aquela que seja a velocidade mais adequada para cada momento.

III. Impactos

Não avaliados.

IV. Fases de implementação e calendarização

A avaliar com a ACSS/ SPMS.

V. Entidades envolvidas

ACSS/ SPMS.

VI. Monitorização e acompanhamento

ACSS/ SPMS.

5. Implementar o Registo de Saúde Electrónico

I. Justificação

A existência do Registo de Saúde Electrónico (RSE) constitui, inequivocamente, um modelo de acesso à informação clínica de inestimável valor. Permite a disponibilização permanente ao próprio e aos profissionais de saúde que o atendam em cada episódio da informação clínica do mesmo independentemente do momento ou local. O RSE constituirá um enorme contributo para a melhoria da qualidade e da eficiência dos cuidados de saúde prestados.

Reconhecidamente o RSE poderá constituir um avanço notável do acesso, manuseamento, actualização e disponibilização da informação clínica que importa assumir politicamente de forma efectiva e não só conceptual.

A existência do RSE permitirá, de forma fiável, integrada, ágil e segura, disponibilizar informação de saúde relevante. Permitirá integrar informação dispersa e partilhá-la sempre que necessária para a prestação de cuidados de saúde. Permitirá que a mobilidade de cada cidadão seja

acompanhada pela sua informação de saúde garantindo a prestação de melhores cuidados de saúde.

A implementação do RSE é um processo complexo, que apresenta desafios tecnológicos e implica mudanças culturais e organizacionais relevantes.

Existe a percepção de que todo o processo que envolve o desenvolvimento e implementação do RSE é um processo complexo e com alguma controvérsia associada. O debate em torno deste tema tem-se vindo a arrastar em todos os Países desenvolvidos, tornando-o num tema mais discutido do que desenvolvido. Portugal deverá ter a ambição de ser pioneiro na implementação deste projecto, podendo mesmo vir a assumir um papel pioneiro em termos europeus. A importância deste tema é amplamente reconhecida e faz inclusive parte do Memorando de Entendimento.

II. Descrição

Implementação nacional do Registo de Saúde Electrónico até 2015

III. Impactos

Melhoria a integração da informação entre diferentes prestadores, traduzindo-se numa redução da duplicação de MCDT, numa maior eficiência na prestação de cuidados e numa melhoria dos processos de acompanhamento dos doentes.

IV. Fases de implementação e calendarização

Fase 1 :

_Constituição do Grupo de Trabalho para a definição técnica e funcional do RSE

_Tempo previsto = 30 dias

Fase 2:

_Apresentação do plano de acção do GT com definição da metodologia e calendarização dos trabalhos

_Tempo previsto = 90 dias

Fase 3:

_Desenvolvimento e implementação do RSE

_Tempo previsto = 48 meses

V. Entidades envolvidas

ACSS e SPMS

_VI. Monitorização e acompanhamento

ACSS e SPMS

6. Implementar um Programa de virtualização na Rede Hospitalar

_I. Justificação

A virtualização não é mais do que a partilha de recursos físicos de uma máquina do tipo computador (capacidade de processamento e de armazenamento) entre várias máquinas virtuais, ou seja, a optimização da ocupação de recursos que estejam livres na máquina física.

Num cenário tradicional, é normal a existência de vários servidores físicos, cada um para o seu serviço: um para partilhar ficheiros, outro para armazenar bases de dados, outro para partilhar impressoras, tendo cada um destes servidores um custo, tanto a nível de manutenção de hardware, como a nível de consumo energético e de espaço. Na maioria dos casos constata-se que o aproveitamento dos respectivos recursos de hardware é inferior ao disponível, existindo desta forma desperdício de meios.

Assim, a virtualização surgiu como resposta à necessidade de encontrar uma forma de poupar recursos mantendo o bom funcionamento da plataforma tecnológica.

O grande benefício da virtualização é que, ao invés de existir, por exemplo, 4 servidores a utilizar 10% de recursos de cada um e a gastar 100% de electricidade e manutenção, podemos eventualmente juntá-los todos num só hardware, podendo atribuir-lhes exactamente as percentagens de recursos que desejamos. Ou seja, teríamos apenas uma máquina física a gastar electricidade e sem qualquer degradação de desempenho.

Ao contrário dos sistemas tradicionais, com a virtualização de servidores é possível ter diferentes tipos de servidores em produção simultaneamente num mesmo servidor físico.

A adopção de uma infra-estrutura de virtualização permitirá ainda:

- Aproveitar melhor os recursos existentes: agrupando os recursos da infra-estrutura comum e acabando com o modelo "um servidor para cada aplicação";
- Diminuir os custos em termos de *datacenter*, através da redução da infra-estrutura física: menos servidores e outro hardware resultam em menos requisitos de espaço físico, energia e refrigeração;

- Aumentar a disponibilidade de hardware e aplicações para melhor garantir a continuidade das operações de negócio: Permite efectuar salvaguardas e migrações seguras de ambientes virtuais completos sem interromper os serviços, o que significa a redução do tempo de inactividade e faz com que o sistema seja recuperado imediatamente de problemas inesperados;
- Flexibilidade operacional: Graças a uma gestão dinâmica dos recursos, é possível proceder ao provisionamento rápido de novos servidores.

A par da virtualização de servidores, a virtualização de postos de trabalho e de aplicações proporciona igualmente grandes vantagens às instituições.

A virtualização de aplicações permite a distribuição de aplicações tendo como base, por exemplo o utilizador, o que permite que as suas aplicações estejam sempre disponíveis, qualquer que seja o posto de trabalho em que este vá trabalhar. Por outro lado, as aplicações passam a ser independentes do sistema operativo em que o utilizador está a trabalhar, o que permite reduzir custos adoptando sistemas operativos menos onerosos. Acresce ainda o facto de que as actualizações das aplicações se tornam muito mais rápidas, uma vez que são efectuadas apenas num servidor, o que também garante uma uniformização de versões em todo o parque informático.

A virtualização do posto de trabalho (VDI) permite que o utilizador tenha o seu ambiente de trabalho personalizado disponível em qualquer posto de trabalho em que vá trabalhar.

A gestão deste tipo de infra-estrutura torna-se extremamente simplificada, uma vez que a componente de software se torna completamente independente da componente de hardware, ou seja, em caso de avaria do computador onde o utilizador se encontra, basta aceder a um outro computador para que se recupere o acesso ao ambiente de trabalho exactamente no ponto em que se foi interrompido. Importa ainda referir que a virtualização não implica a mudança dos actuais postos de trabalho, podendo ser efectuada de duas formas:

- A primeira opção corresponde à utilização dos computadores existentes, permitindo o reaproveitamento de hardware mais antigo, que normalmente necessitaria de substituição, uma vez que quase todo o processamento passa a ser efectuado no lado do servidor.
- A segunda opção disponibiliza “terminais” extremamente simples que incorporam clientes de acesso às várias tecnologias de VDI, acrescentando às vantagens referidas para a primeira opção o facto de terem um custo de aquisição muito menor do que o de um computador tradicional, de ocuparem muito menos espaço e de apresentarem um consumo energético várias vezes inferior.

II. Descrição

Implementação de um programa de virtualização de servidores e postos de trabalho a nível nacional.

III. Impactos

É expectável uma redução de custos com a área de SI nos hospitais.

IV. Fases de implementação e calendarização

Cobertura de 75 % da rede em 4 anos

V. Entidades envolvidas

SPMS e CA

VI. Monitorização e acompanhamento

Será necessário acompanhar a evolução dos custos com SI por parte dos hospitais.

4.7 MELHORAR A GOVERNAÇÃO

_4.7.1 Enquadramento

Neste capítulo centramos a nossa atenção na governação corporativa. Desde as primeiras experiências de empresarialização da gestão até ao estatuto de entidades públicas empresariais, passando pelos hospitais sociedades anónimas de capitais exclusivamente públicos que a gestão dos hospitais vem vindo a assumir cada vez maiores níveis de exigência e complexidade.

A prestação de contas, a motivação de recursos humanos com diferentes regimes de trabalho, a implementação de processos de acreditação e a satisfação do cidadão foram aspectos fundamentais que impulsionaram a evolução verificada. Temos hoje, de facto, hospitais melhores, tornando-se necessário promover maior nível de eficiência na gestão dos seus recursos.

Neste desafio imenso, que é fruto do actual contexto económico-financeiro do País, mas que deve ser interiorizado e adoptado como medida de melhoria contínua, cabe aos conselhos de administração dos hospitais liderar um programa exigente de melhoria da eficiência, com a difícil tarefa de reduzir a despesa, sem prejudicar a qualidade dos cuidados prestados. Neste sentido, é essencial que a sua actuação envolva o apoio dos dirigentes e a colaboração dos profissionais, captando sinergias e demonstrando o sentido de compromisso com o serviço público.

As medidas apresentadas visam precisamente introduzir melhorias ao nível da governação dos hospitais, reconhecendo que os conselhos de administração são o motor de desenvolvimento destas diferenciadas unidades prestadoras de cuidados de saúde que condiciona determinadamente a prossecução da sua missão.

Deste modo, é abordado em primeiro lugar o modelo de governação adoptado, fazendo a proposta, na esteira das recomendações do Tribunal de Contas, de criação de uma comissão executiva composta pelo presidente e vogais executivos, com o intuito de separar as competências da estrita gestão administrativa e financeira da gestão clínica, valorizando ambas.

Neste sentido, as funções de director-clínico e de enfermeiro-director, que continuam, de acordo com a proposta efectuada, a integrar o conselho de administração como vogais não executivos, devem ser revistas de forma a serem libertadas o mais possível das tarefas burocráticas para se focarem especificamente na melhoria dos resultados clínicos.

Relativamente ao estatuto remuneratório dos membros dos conselhos de administração alerta-se para a necessidade de actualizar a classificação dos hospitais, propondo-se que sejam consideradas as alterações entretanto ocorridas ao nível da reorganização do mapa hospitalar, carteira de cuidados e requalificação dos serviços de urgência, conforme contributos fornecidos pela ACSS para este trabalho.

Em execução da medida 3.77 prevista no Memorando de Entendimento que determina a selecção mais transparente dos membros dos conselhos de administração dos hospitais propõem-se critérios específicos como a experiência em funções de direcção não inferior a três anos, como forma de promover um melhor desempenho dos gestores hospitalares. Ao nível do processo de selecção propõe-se igualmente maior transparência, submetendo a selecção de candidatos à realização de entrevistas e à análise comparativa das competências, dos vários candidatos.

A celebração de contratos de gestão com o conselho de administração é um procedimento essencial não apenas para formalizar o compromisso estabelecido, mas e principalmente para fixar as regras que especificamente regulem a relação de mandato.

O Estatuto de Gestor Público vem por conseguinte prever que a celebração deste contrato deve ocorrer no prazo de três meses após a nomeação, identificando as áreas sobre que deve versar o seu clausulado. Assim, propõe-se a execução desta norma legal e a elaboração de minuta para o efeito, de forma a assegurar igualdade de tratamento.

Um dos aspectos importantes a incluir no contrato de gestão ora referido é o regime de avaliação de desempenho dos membros do conselho de administração, propondo-se que a mesma seja feita de acordo com um quadro de referência que inclua os indicadores adoptados nos contratos programa e nas orientações estratégicas fixadas para o Sector Empresarial do Estado, de forma a permitir a comparabilidade dos resultados de forma transversal.

A avaliação dos membros do CA depende naturalmente da prestação de todos os colaboradores, propondo-se nesta linha a criação de Unidades de Gestão Intermédia (UGI) que, dotadas de autonomia funcional e organizacional, contratualizam anualmente a sua produção, nível de qualidade a atingir e incentivos que poderão ser de carácter remuneratório.

Por fim, considerando as especificidades que conferem à gestão hospitalar particulares desafios, desde a impossibilidade de não ser possível garantir o sucesso de todas as intervenções ao nível dos cuidados de saúde prestados, até à enorme diversificação do universo de *stakeholders*, *afigura-se* essencial saber o papel de cada um na articulação com os restantes. Neste sentido é proposta a aprovação do Código de Ética dos Hospitais EPE com o objectivo de divulgar os valores da missão prosseguida, reforçar as relações de confiança com

os *stakeholders* e clarificar as regras de conduta que gestores, dirigentes, demais responsáveis e colaboradores devem observar nas suas relações recíprocas e com terceiros.

As propostas efectuadas destinam-se ao universo de hospitais EPE e têm como pressuposto o respectivo regime jurídico, em consonância com a medida apresentada neste trabalho que visa a transformação da natureza jurídica de todas as unidades hospitalares do SNS para EPE.

_4.7.2 Medidas

Apresentam-se, sumariamente, as medidas preconizadas no âmbito desta iniciativa estratégica.

Figura 22 – Melhorar a Governação

_MEDIDAS:

1. Alterar o Modelo de Governação dos Hospitais
2. Actualizar a classificação dos Hospitais para efeitos de cálculo da remuneração dos membros do CA
3. Seleccionar membros para os CA com transparência
4. Celebrar Contratos de Gestão
5. Criação de Unidades de Gestão Intermédia
6. Avaliar o desempenho dos membros do CA
7. Código de Ética dos Hospitais EPE

Para cada medida apresentada apresentar-se-á: (i) Justificação; (ii) Descrição; (iii) Impactos; (iv) Fases de implementação e calendarização; (v) Entidades envolvidas; (vi) Monitorização e acompanhamento.

1. Alterar o modelo de Governação dos Hospitais

_1. Justificação

O modelo de governação adoptado pode contribuir decisivamente para a eficiência dos hospitais na medida em que condiciona a distribuição de responsabilidades, e a organização do trabalho e dos circuitos de informação, constituindo-se como um factor catalisador da actividade orientada para os objectivos estratégicos e operacionais, definidos no quadro da missão e do plano de negócio.

O Tribunal de Contas recomenda no Relatório de Auditoria ao Sistema Remuneratório dos Gestores Hospitalares e aos Princípios e Boas Práticas de Governação dos Hospitais E.P.E. apresentado em 2011: *“Ponderar a reconfiguração do modelo do conselho de administração dos hospitais EPE, considerando, em regra, 3 membros executivos, incluindo o presidente, sendo o director clínico e o enfermeiro director são vogais não executivos e não remunerados pelo exercício dessas funções, reiterando-se o que já havia sido recomendado em 2010.”*

Assim, na esteira das recomendações do Tribunal de Contas, considera-se que o modelo de governação dos hospitais deve incluir uma comissão executiva, e como vogais não executivos, o director clínico e o enfermeiro director, nos termos da al. a) do n.º1 do art. 278º do Código das Sociedades Comerciais.

II. Descrição

Alterar a legislação regulamentadora do regime jurídico dos hospitais EPE, o Decreto-Lei n.º233/2005, de 29 de Dezembro, em particular do artigo 6.º, devendo ainda rever-se as competências do director clínico e do enfermeiro director salientando as matérias de gestão clínica e de enfermagem.

Visa-se assim uma melhor coordenação entre a gestão administrativa e financeira e a gestão da actividade clínica, vocacionando-as para as actividades que lhe são próprias, sem perder o compromisso e a articulação que tem que existir entre ambas de forma a potenciar ganhos de eficiência ao nível da gestão estratégica e operacional.

Propõe-se que a comissão executiva reúna semanalmente e que o conselho de administração reúna mensalmente.

III. Impactos

Não é de esperar uma redução significativa da despesa com esta medida, que no entanto se reflectirá nos resultados dos hospitais EPE.

Ainda não se fez sentir o impacte financeiro do Decreto-Lei n.º 136/2010, de 27 de Dezembro, que reduziu para 4 o número máximo de vogais dos conselhos de administração, existindo actualmente mandatos cujo termo irá ocorrer em 2012 e que de acordo com a alteração introduzida por este diploma deixam de existir.

A alteração do modelo de governação não parece constituir motivo de dissolução do conselho de administração, à luz do disposto no art. 24.º do EGP, sendo sempre possível a dissolução por mera conveniência nos termos do art. 26.º do mesmo diploma.

IV. Fases de implementação e calendarização

A aprovação desta medida deve ocorrer com a máxima brevidade, de forma a vigorar a partir de 1 de Janeiro de 2012.

V. Entidades envolvidas

As medidas propostas podem ser aprovadas e executadas ao nível da Tutela, contudo, face à sua natureza propõe-se que sejam precedidas da audição de entidades que intervenham no âmbito da actuação dos hospitais, como, designadamente, a Administração Central do Sistema de Saúde, IP e as Administrações Regionais de Saúde.

VI. Monitorização e acompanhamento

O acompanhamento da actividade dos hospitais, assegurado em particular pela Administração Central do Sistema de Saúde, IP e pelas Administrações Regionais de Saúde, irá reflectir o impacto desta medida a médio e longo prazo.

2. Actualizar a classificação dos Hospitais para efeitos de cálculo da remuneração dos membros do CA

I. Justificação

O vencimento mensal dos gestores públicos é determinado em função de critérios, a definir por portaria do Ministro das Finanças, decorrentes da complexidade, exigência e responsabilidade inerentes às respectivas funções e atendendo às práticas normais de mercado no respectivo sector de actividade, e de eventuais orientações decorrentes da aplicação do artigo 11.º do Decreto-Lei n.º558/99, de 17 de Dezembro. n.º3 do artigo 28.º do EGP.

Tendo em conta a necessidade de redefinir a remuneração dos membros dos conselhos de administração dos hospitais EPE à luz das alterações ao EGP, tendo em conta o actual contexto de particular emergência financeira e contracção económica que aconselha à redução da despesa pública, não se propõem alterações aos valores que presentemente estão a ser aplicados em termos absolutos.

Não obstante, relativamente para efeitos de classificação dos hospitais de acordo com critérios de complexidade, exigência e responsabilidade com vista à definição da remuneração, propõe-se a actualização da tipologia dos hospitais de acordo as alterações entretanto ocorridas ao nível da reorganização dos mapas hospitalares, carteira de cuidados e requalificação dos serviços de urgência, conforme contributos fornecidos pela ACSS para este trabalho.

II. Descrição

Anexa-se tabela com a tipologia atribuída aos hospitais:

Quadro 35 – Tipologia dos Hospitais

Hospital	Tipologia
Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE	A 1
Centro Hospitalar de São João, EPE	A 1
Centro Hospitalar do Porto, EPE	A 1
Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE	A 1
Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE	A 1
Hospital de Curry Cabral, EPE	A 1
Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE	A 2
Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE	A 2
Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho, EPE	A 2
Centro Hospitalar Tondela-Viseu, EPE	A 2
Hospital de Faro, EPE	A 2
Hospital do Espírito Santo de Évora, EPE	A 2
Hospital Garcia da Orta, EPE	A 2
Centro Hospitalar Barreiro Montijo, EPE	B 1
Centro Hospitalar de Entre o Douro e Vouga, EPE	B 1
Centro Hospitalar de Leiria-Pombal, EPE	B 1
Centro Hospitalar de Setúbal, EPE	B 1
Centro Hospitalar do Alto Ave, EPE	B 1
Centro Hospitalar do Baixo Vouga, EPE	B 1
Centro Hospitalar do Médio Ave, EPE	B 1
Centro Hospitalar do Médio Tejo, EPE	B 1
Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, EPE	B 1
Hospital Distrital de Santarém, EPE	B 1
Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca, EPE	B 1
Unidade Local de Saúde do Alto Minho, EPE	B 1
Centro Hospitalar Cova da Beira, EPE	B 2
Centro Hospitalar de Torres Vedras	B 2
Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio, EPE	B 2
Centro Hospitalar Oeste Norte	B 2
Centro Hospitalar Póvoa de Varzim/Vila do Conde, EPE	B 2
Hospital de Cascais	B 2
Hospital Distrital da Figueira da Foz, EPE	B 2
Hospital do Litoral Alentejano, EPE	B 2
Unidade Local de Saúde da Guarda, EPE	B 2
Unidade Local de Saúde de Castelo Branco, EPE	B 2
Unidade Local de Saúde de Matosinhos, EPE	B 2
Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, EPE	B 2
Unidade Local de Saúde do Nordeste, EPE	B 2
Unidade Local de Saúde Norte Alentejano	B 2
Hospital de Magalhães Lemos, EPE	-
Hospital Santa Maria Maior, EPE	-
IPO - Coimbra, EPE	-
IPO - Lisboa, EPE	-
IPO - Porto, EPE	-

Fonte: ACSS

A **tipologia A1** abrange hospitais que sirvam uma população directa de 350 000 habitantes, uma população de referência de segunda e terceira linha de mais de 650 000 habitantes, integrem a rede de urgência/emergência como polivalentes.

Na **tipologia B1** incluem-se hospitais que sirvam uma população directa de 250 000 a 300 000 habitantes, integrem a rede de urgência/emergência com urgência médico-cirúrgica e disponham de 20 a 24 especialidades (para além das dos hospitais B2 ainda: oncologia médica, nefrologia, endocrinologia, infecciologia, reumatologia, cirurgia vascular e cirurgia plástica, conforme a dimensão populacional).

Na **tipologia A2** abrange hospitais cujas características oscilem entre os A1 e B1, mas integrem a rede de urgência/emergência como polivalentes, possuindo por isso responsabilidades acrescidas na sua área directa e relativamente aos Hospitais B1 e B2 que lhe estão próximos.

Na **tipologia B2** incluem-se hospitais que sirvam uma população directa de 150 000 e integrem a rede de urgência/emergência com urgência médico-cirúrgica. Devem dispor entre 15 a 17 especialidades (medicina interna, cardiologia, gastroenterologia, pneumologia, neurologia, psiquiatria, pediatria, cirurgia geral, ortopedia, urologia, oftalmologia, otorrinolaringologia, dermatologia, ginecologia e obstetrícia, anestesiologia, medicina física e reabilitação e radiologia).

Fazendo a análise destes critérios e chamando à colação os critérios fixados nos Despachos n.º 914/2003, de 1 de Setembro de 2003 e n.º 46/2006, de 28 de Dezembro de 2005, considera-se que o Hospital de Magalhães Lemos, EPE e o Hospital Santa Maria Maior, EPE devem assumir a tipologia B2 e os Institutos Portugueses de Oncologia a tipologia A1.

III. Impactos

O impacto desta medida não é passível de ser mensurado de forma directa, mas apenas através da melhoria da qualidade da gestão, contudo devem esperar-se impactos significativos a médio-longo prazo.

IV. Fases de implementação e calendarização

A aprovação do despacho dos Ministros das Finanças e da Saúde que fixa a remuneração dos gestores públicos que integram os conselhos de administração dos hospitais EPE deve ser prévia às nomeações que venham a ocorrer no futuro.

V. Entidades envolvidas

Ministérios das Finanças e Saúde.

VI. Monitorização e acompanhamento

O acompanhamento da actividade dos hospitais, assegurado em particular pela Administração Central do Sistema de Saúde, IP e pelas Administrações Regionais de Saúde, irá reflectir o impacto desta medida a médio e longo prazo.

3. Seleccionar membros para os CA com transparência

I. Justificação

No âmbito da medida 3.77, prevista no Memorando de Entendimento, e com prazo de execução até Dezembro de 2011, é necessário melhorar os critérios de selecção e adoptar medidas para assegurar uma selecção mais transparente dos presidentes e dos membros dos CA que devem ser, por lei, pessoas de reconhecido mérito na saúde, gestão e administração hospitalar.

Na nova redacção proposta do artigo 12.º do EGP determina-se que os gestores públicos são escolhidos de entre pessoas com comprovadas idoneidade, mérito profissional, competências e experiência de gestão, bem como sentido de interesse público e habilitadas, no mínimo, com o grau académico de licenciatura.

II. Descrição

De forma a assegurar um melhor desempenho dos gestores hospitalares, considera-se que a selecção dos presidentes e dos membros dos CA deve privilegiar pessoas com: i) experiência em funções de direcção não inferior a 3 anos; ii) experiência no sector da Saúde; iii) experiência no sector hospitalar ou Serviço Nacional de Saúde.

Os procedimentos a adoptar no respectivo processo de selecção devem incluir sempre, para além da avaliação do currículo profissional e da adequação do perfil ao cargo a efectuar pela Comissão de Recrutamento e Selecção para a Administração Pública, a análise comparativa das competências de vários candidatos, designadamente através de entrevista, dotando assim o processo de selecção de gestores hospitalares de maior transparência.

III. Impactos

O impacto desta medida não é passível de ser mensurado de forma directa, mas através da melhoria do desempenho dos gestores que a escolha vá determinar, contudo deve esperar-se um impacto significativo a médio-longo prazo na melhoria da eficiência.

IV. Fases de implementação e calendarização

A execução desta medida não carece de acções de carácter legislativo, operacionalizando-se através da aprovação do despacho conjunto dos Ministros das Finanças e da Saúde previsto no artigo 6.º do Estatuto dos Hospitais EPE, publicado em anexo ao Decreto-Lei n.º233/2005, de 29 de Dezembro.

V. Entidades envolvidas

Ministros das Finanças e Saúde.

VI. Monitorização e acompanhamento

O acompanhamento da actividade dos hospitais, assegurado em particular pela Administração Central do Sistema de Saúde, IP e pelas Administrações Regionais de Saúde, irá reflectir o impacto desta medida a médio e longo prazo.

4. Celebrar Contratos de Gestão

I. Justificação

Nos termos da actual redacção do artigo 18.º do EGP a celebração dos contratos de gestão é obrigatória para as empresas públicas.

II. Descrição

Celebrar contratos de gestão com os membros dos conselhos de administração dos hospitais do SEE que venham a ser nomeados e com os gestores que se encontram actualmente em funções.

Para o efeito, deve ser elaborada minuta de clausulado contratual, de forma a assegurar igualdade de tratamento aos gestores hospitalares, independentemente da situação

geográfica da unidade hospitalar, prevendo designadamente as situações de acumulação de funções autorizadas.

O clausulado dos contratos de gestão deve incluir:

- a) As formas de concretização das orientações impostas nos termos do artigo 11.º do Decreto-Lei n.º 558/99, de 17 de Dezembro, envolvendo sempre metas objectivas, quantificadas e mensuráveis anualmente durante a vigência do contrato de gestão, que representem uma melhoria operacional e financeira nos principais indicadores de gestão da empresa;
- b) Parâmetros de eficiência da gestão;
- c) Outros objectivos específicos;
- d) Remuneração e outras regalias ou benefícios.

III. Impactos

O impacto desta medida não é passível de ser mensurado de forma directa, mas através da melhoria do desempenho global, devendo esperar-se um impacto significativo a médio-longo prazo na melhoria da eficiência.

IV. Fases de implementação e calendarização

A celebração dos contratos de gestão deve ocorrer no prazo de três meses após a nomeação, nos termos do EGP, não tendo sido fixado prazo para as situações em que os gestores se encontram actualmente em funções.

V. Entidades envolvidas

Ministro da Saúde.

VI. Monitorização e acompanhamento

O acompanhamento da actividade dos hospitais, assegurado em particular pela Administração Central do Sistema de Saúde, IP e pelas Administrações Regionais de Saúde, irá reflectir o impacte desta medida a médio e longo prazo.

5. Criação de Unidades de Gestão Intermédia

I. Justificação

A governação clínica abrange o conjunto de políticas, estratégias e processos baseados na qualidade, capazes de assegurar a melhoria contínua na forma como o hospital cuida e trata os seus utentes, no modo como presta contas à comunidade e à Tutela e na eficiência com que administra os recursos que lhe são confiados, conforme se refere no Relatório 'Organização interna e a governação dos hospitais', elaborado pelo Grupo de Trabalho nomeado pelo Despacho n.º10823/2010, de 25 de Junho de 2010.

O referido Relatório aborda esta matéria referindo designadamente: *"Mostra-se necessário evoluir de um modelo burocrático de gestão para um modelo de serviço de saúde focado na liderança, sendo assim necessário integrar os diferentes actores de forma a coordenar eficientemente a prestação de cuidados de saúde e, simultaneamente, quebrar as barreiras entre os diferentes profissionais, a gestão tradicional e a comunidade"*.

A criação de estruturas de gestão intermédia com conteúdo funcional e autonomia real, configurando uma intenção séria de descentralização efectiva, poderá contribuir decisivamente para colocar a responsabilidade nas áreas nevrálgicas do hospital, onde se processa e decide a qualidade dos cuidados prestados e onde, simultaneamente, se gera o essencial da despesa e do desperdício.

II. Descrição

Os Hospitais deverão reestruturar a sua organização interna de forma a promover a criação de estruturas de gestão intermédia. Estas estruturas intermédias de gestão, deverão ser dotadas de autonomia funcional e organizacional, contratualizando com o Conselho de Administração do Hospital o seu contrato-programa anual.

A criação destas UGI deve privilegiar o interesse do doente e a eficiência clínica, promovendo o desenvolvimento de unidades integradas multidisciplinares, em detrimento da organização tradicional em serviços monovalentes. A selecção das unidades específicas a desenvolver procurará, naturalmente, rentabilizar capacidades e recursos existentes, mas deverá responder a necessidades locais e gerais identificadas nos planos de saúde e a funções determinadas pela inserção na rede hospitalar.

Estas estruturas poderão ser geridas por um órgão constituído por um médico, um enfermeiro e um administrador, nomeados pelo Conselho de Administração a quem, o respectivo coordenador deste órgão, presta contas.

A criação destas estruturas intermédias deve ser acompanhada de sistemas de monitorização das várias dimensões da sua actividade. Os contratos-programa das diversas UGI, deverão incluir indicadores de produção, de qualidade, de gestão do risco, de avaliação de desempenho, de atribuição de incentivos, de formação e de investigação.

III. Impactos

O impacto desta medida não é passível de ser mensurado de forma directa, mas através da melhoria do desempenho global, devendo esperar-se um impacto significativo a médio-longo prazo na melhoria da eficiência.

IV. Fases de implementação e calendarização

Janeiro de 2012

_Criação de UGI pelos hospitais, de acordo com o seu perfil funcional.

Setembro de 2012

_Preparação do modelo de contratualização interna em hospital piloto.

2013

_Implementação do modelo de contratualização interna.

2014

_Avaliação e disseminação da experiência.

V. Entidades envolvidas

Conselhos de Administração dos Hospitais e dirigentes intermédios.

VI. Monitorização e acompanhamento

O acompanhamento da actividade dos hospitais, assegurado em particular pela Administração Central do Sistema de Saúde, IP e pelas Administrações Regionais de Saúde, irá reflectir o impacte desta medida a médio e longo prazo.

6. Avaliar o desempenho dos membros do CA

I. Justificação

Dotar a gestão dos hospitais de transparência é um imperativo fundamental de sustentabilidade dos hospitais do SNS que assegura as condições essenciais para a sua gestão participada e, por outro lado, constitui um catalisador da melhoria contínua, corolário da gestão clínica.

Com efeito, para que a prestação de contas possa ser eficaz é essencial avaliar, de forma a permitir a verificação do cumprimento dos objectivos e a própria interpretação dos resultados apresentados. Mas para avaliar é preciso saber o que era suposto ter sido feito. E depois é preciso tirar consequências da avaliação efectuada.

II. Descrição

Propõe-se que os gestores hospitalares sejam avaliados de acordo com um painel de indicadores que inclua os indicadores adoptados nos contratos programa e nos contratos de gestão para avaliação de gestores de empresas do SEE, de forma a permitir a comparabilidade dos resultados não apenas ao nível do sector da saúde, mas também ao nível do SEE.

Quadro 36 – Exemplo de painel de indicadores para a avaliação dos gestores hospitalares

Unidade: %

Dimensões	Indicadores	Peso Objectivo
A. Qualidade e Serviço	A.1. Taxa de reinternamentos nos primeiros cinco dias (%)	10%
B. Acesso	B.1. Peso das primeiras consultas médicas no total de consultas médicas (%)	10%
C. Desempenho assistencial	C.1. Peso da cirurgia do ambulatório no total de cirurgias programadas (%)	10%
	C.2. Demora média (dias)	10%
D. Desempenho económico-financeiro	D.1. Resultado Líquido (€)	5%
	D.2. Resultado Operacional (€)	5%
	D.3. Custo unitário por doente padrão tratado (€)	5%
	D.4. Variação homóloga dos consumos (%)	5%
	D.5. Variação homóloga dos FSE face (%)	5%
	D.6. Variação homóloga dos custos com pessoal (%)	5%
E. Eficiência	E.1. Custos operacionais / EBITDA (%)	5%
	E.2. Custos com pessoal / EBITDA (%)	5%
F. Comportabilidade de investimentos e capacidade de endividamento	F.1. Dívida / Capital próprio (%)	5%
	F.2. EBITDA / Juros líquidos (%)	2,5%
G. Prazo médio de pagamento a fornecedores (PMP)	G.1. Evolução do PMP face ao ano anterior (Dias)	5%
H. Rentabilidade e crescimento	H.1. EBITDA / Proveitos totais (%)	2,5%
	H.2. Taxa de crescimento dos proveitos totais (%)	2,5%
I. Remuneração do capital investido	I.1. Resultado líquido / Capital estatutário (%)	2,5%

_III. Impactos

O impacto desta medida não é passível de ser mensurado de forma directa, mas apenas através da melhoria da qualidade da gestão, contudo devem esperar-se impactos significativos a médio-longo prazo.

_IV. Fases de implementação e calendarização

Propõe-se a aprovação do regulamento de avaliação dos gestores hospitalares por despacho conjunto dos Ministros das Finanças e Saúde, que preveja não apenas os indicadores a avaliar, mas as regras procedimentais respeitantes a processo e prazos e ainda as consequências da avaliação.

A realização da avaliação e metodologia adoptada deve ainda ser prevista no clausulado dos contratos de gestão a celebrar.

Mais se propõe que o referido regulamento seja aprovado até ao final do primeiro semestre de 2012.

_V. Entidades envolvidas

As medidas propostas podem ser aprovadas e executadas ao nível da Tutela, contudo, face à sua natureza propõe-se que sejam precedidas da audição de entidades que intervenham no âmbito da actuação dos hospitais, como a Administração Central do Sistema de Saúde, IP e as Administrações Regionais de Saúde.

_VI. Monitorização e acompanhamento

O acompanhamento da actividade dos hospitais, assegurado em particular pela Administração Central do Sistema de Saúde, IP e pelas Administrações Regionais de Saúde, irá reflectir o impacte desta medida a médio e longo prazo.

7. Código de Ética dos Hospitais EPE

_I. Justificação

A actuação dos gestores hospitalares deve ser exemplar do ponto de vista ético e profissional de forma a motivar os profissionais a colaborarem na execução da estratégia delineada. A actuação dos demais trabalhadores deverá igualmente ser irrepreensível e orientada por regras de conduta que visem a transparência e o rigor.

A existência de um documento que alie os Princípios de Bom Governo previstos para o Sector Empresarial do Estado na Resolução do Conselho de Ministros n.º 49/2007, de 28 de Março, às especificidades do sector da saúde, designadamente ao nível da divulgação de informação, princípios de responsabilidade social, de desenvolvimento sustentável, de serviço público e de satisfação das necessidades das partes interessadas, conforme conclusões do Relatório de 2009 da Direcção-Geral do Tesouro e Finanças, tem um efeito positivo na optimização do desempenho do Hospital.

A aprovação do Código de ética dos hospitais EPE tem como objectivos divulgar os valores com os quais se prossegue a missão dos hospitais EPE, reforçar as relações de confiança com os *stakeholders*, e clarificar as regras de conduta que os dirigentes, demais responsáveis e colaboradores devem observar nas suas relações recíprocas e com terceiros.

_II. Descrição

Código de ética dos Hospitais EPE

As regras a incluir no Código de ética dos Hospitais EPE devem abordar os seguintes aspectos, designadamente: informação a divulgar e modo de divulgação (Estatutos, missão, identificação dos membros dos órgãos sociais, remunerações, regulamento interno, informação financeira histórica e actual, apoios financeiros, etc), princípios gerais de actuação, sistemas de controlo implementados, conflito de interesses.

_III. Impactos

O impacte desta medida não é passível de ser mensurado de forma directa, mas através da melhoria do desempenho global, devendo esperar-se um impacte significativo a médio-longo prazo na melhoria da eficiência.

IV. Fases de implementação e calendarização

O Código de Ética dos Hospitais EPE pode ser aprovado por despacho conjunto dos Ministros das Finanças e da Saúde, até ao final do ano de 2012.

V. Entidades envolvidas

Ministérios das Finanças e Saúde.

VI. Monitorização e acompanhamento

O acompanhamento da actividade dos hospitais, assegurado em particular pela Administração Central do Sistema de Saúde, IP e pelas Administrações Regionais de Saúde, irá reflectir o impacte desta medida a médio e longo prazo.

4.8 REFORÇO DO PAPEL DO CIDADÃO

_4.8.1 Enquadramento

O reforço do protagonismo do cidadão tem sido perspectivado por muitos Países como um dos vectores chave para alcançar a excelência dos serviços públicos, colocado no mesmo nível de importância do profissionalismo dos profissionais e da liderança estratégica.

A análise dos melhores serviços públicos mundiais³, independentemente do tipo de serviço, permitiu concluir que as melhores práticas aconselham uma relação próxima entre o cidadão e o profissional público, na medida em que só assim será possível prestar não só um serviço público de qualidade, como um serviço público que o cidadão realmente necessite.

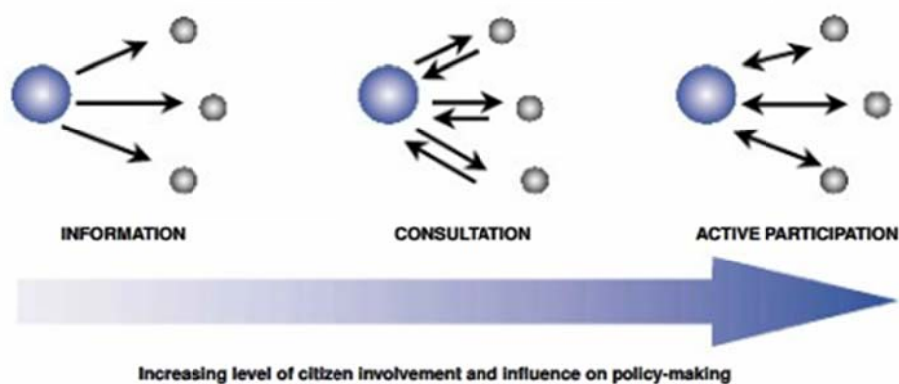
A importância desta temática para o sistema de saúde foi recentemente demonstrada no Plano Nacional de Saúde 2011-2016, tendo sido estabelecida a "Cidadania em Saúde" como um dos quatro eixos prioritários do sistema de saúde, a par de eixos tão relevantes como a "Equidade e Acesso adequado aos cuidados de Saúde", "Qualidade em Saúde" e "Políticas Saudáveis".

Assim, constata-se que um dos pilares fundamentais no reforço do papel dos utentes no sistema de saúde se prende com a capacidade deste influenciar as decisões sobre os cuidados de saúde, ou seja, a capacidade de o utente ter acesso a informação, que a mesma seja clara e transparente, e que a mesma lhe permita ter opções conscientes e informadas e, portanto, mais exigentes e impulsionadoras da qualidade e eficiência dos serviços prestados.

Desta forma, a disponibilidade de informação condiciona fortemente o envolvimento do utente na tomada de decisão. Neste âmbito, consideram-se habitualmente três níveis de envolvimento do cidadão:

³ "Power in People's Hands: Learning from the World's Best Public Services", Cabinet Office, HM Treasury, 2009.

Figura 23 – Níveis de envolvimento do cidadão



Fonte: "Citizens as Partners: information, consultation and public participation in policy-making", OCDE, 2001.

Num primeiro nível, o envolvimento do utente afigura-se como mero receptor de informação, ou seja, caracteriza-se por ser uma relação unidireccional entre as instituições e o utente, na qual os serviços públicos limitam-se a disponibilizar informação ao utente. Posteriormente, o maior envolvimento do cidadão permite alcançar uma relação bidireccional, na qual o cidadão é convidado a contribuir com as suas opiniões. Por último, surge a fase em que a reacção entre o utente e o sistema de saúde se afigura como uma parceria, em resultado da participação activa do utente no processo de decisão e na tomada de decisão.

Face ao exposto, a questão que se coloca é a seguinte: qual o nível de maturidade do envolvimento do utente no sistema de saúde em Portugal?

A resposta a esta questão afigura-se difícil e não consensual. No entanto, e de acordo com um estudo promovido pela OCDE⁴ desenvolvido com base num inquérito dirigido a cada país, identificaram-se as áreas do serviço público com envolvimento do cidadão, tendo-se concluído que Portugal promove a participação do cidadão em diversas áreas relativas do serviço público, no entanto, verifica-se que em Portugal a participação do cidadão no sector da saúde não é promovida.

A este propósito, e se analisarmos os instrumentos e as ferramentas de disponibilização de informação aos cidadãos e os instrumentos de promoção do envolvimento do cidadão na saúde verificamos que, a grande maioria, se resume à disponibilização de informação ao cidadão, não promovendo a sua participação no processo de tomada de decisão. Isto é, no sector da saúde, o nível de maturidade do envolvimento do cidadão parece localizar-se, ainda, próximo do primeiro nível definido pela OCDE, ou seja, o nível de informação, caracterizado pelo carácter unidireccional da informação e o não envolvimento do cidadão.

⁴ "Together for Better Public Services: Partnering with Citizens and Civil Society", OCDE, 2011.

Para obtermos esta conclusão, propõe-se uma análise aos instrumentos disponibilizados pelo Ministério da Saúde e respectivos serviços e organismos, para informação e fomento de participação do cidadão.

No que respeita à informação prestada pelos diferentes organismos e serviços nos diferentes canais comunicacionais, verifica-se, em primeiro lugar, que os principais sites do Ministério da Saúde, designadamente o Portal da Saúde, o site da Direcção-Geral da Saúde, o site da Administração Central do Sistema de Saúde e os sites das Administrações Regionais de Saúde, caracterizam-se pela:

- Não adaptação às necessidades específicas de cada utilizador;
- Difícil acesso à informação disponibilizada;
- Disparidades significativas na qualidade, disponibilidade e acesso a informação nas diferentes regiões do País;
- Inexistência de informação simples, objectiva e útil para as necessidades efectivas dos utentes;
- Inexistência de informação actualizada e temporalmente consistente.

Estes e outros aspectos contribuem de forma significativa para a incapacidade sentida pelo cidadão em assumir um papel mais relevante no sistema de saúde.

De facto, questões que deveriam ter resposta simples e imediata afiguram-se de difícil resposta, como por exemplo, quantos hospitais públicos existem, qual o hospital ou o centro de saúde a qual me devo dirigir relativamente à minha morada, quais as listas de espera, por tipo e por unidade hospitalar, existentes para consultas e para cirurgias, qual a taxa moderadora a pagar pelos diferentes cuidados de saúde prestados, quais os melhores hospitais portugueses para a prestação de determinado cuidado de saúde, etc.

Por outro lado, ao analisarmos as estruturas nacionais e transversais de apoio ao cidadão, como sendo os microsites da DGS e a Linha de Saúde 24, e muito embora se reconheça um esforço de envolvimento do cidadão na gestão da saúde, através da disponibilização de informação adicional quanto ao seu estado de saúde, verificamos que as estruturas se aproximam uma vez mais de entidades de disponibilização de informação ao utente, ao invés da promoção da participação efectiva e empenhada do cidadão no sistema de saúde.

Outra forma de avaliação da importância dada ao envolvimento do utente no sistema de saúde, prende-se com o tratamento dado às sugestões, recomendações e opiniões dos utentes, ou seja, à satisfação dos utentes relativamente aos cuidados prestados. Quanto a este respeito existem duas perspectivas diferentes a analisar.

Por um lado, importa verificar a importância atribuída à participação activa e empenhada do cidadão. Quanto a este aspecto, e de acordo com o Relatório do Sistema Sim-Cidadão, relativo ao ano de 2010, a média nacional de tempo de resposta pelas unidades de saúde às reclamações dos utentes é de 67 dias, existindo serviços de saúde que com tempos de resposta próximos dos 180 dias.

Por outro lado, importa analisar a valorização atribuída pelas entidades à auscultação activa do grau de satisfação dos utentes relativamente à qualidade dos serviços de saúde prestados. Relativamente a este aspecto, os relatórios disponíveis relativos à qualidade e à satisfação dos utentes nos diferentes níveis de cuidados, nomeadamente cuidados primários, hospitalares e continuados, apresentam publicações não periódicas e pouco actualizadas.

Outra questão relevante prende-se com a importância dada pelos organismos e serviços do Ministério da Saúde ao tratamento, análise e implementação de medidas resultantes das sugestões e recomendações dos utentes. Quanto a esta matéria não existem dados concretos passíveis de análise, mas o conhecimento concreto do sistema de tratamento das reclamações releva que as mesmas são tratadas a nível local, por cada unidade de saúde, não existindo um tratamento centralizado das mesmas, essencial para a tomada de medidas concretas para a resolução dos problemas concretos dos utentes.

Apesar das limitações constatadas na existência de informação que permitisse uma conclusão objectiva, e adequadamente fundamentada, relativamente à maturidade do sistema de saúde português na matéria em apreço, concluiu-se que o grau de envolvimento do cidadão, em todas as fases da cadeia de valor (concepção, planeamento, utilização, etc.), ainda se encontra numa fase relativamente embrionária.

Após a caracterização do *state of the art* do envolvimento do utente no sistema de saúde em Portugal, importa agora estabelecer os objectivos a médio e longo prazo relativos ao reforço do papel do cidadão no sistema de saúde, os quais serão materializados tendo por base as medidas apresentadas no ponto seguinte.

O papel do cidadão, enquanto ponto central do sistema de saúde, deverá ser reforçado tendo em vista assegurar que as entidades que integram o sistema de saúde agem em função do cidadão, ajustando o seu comportamento às necessidades efectivas deste, ao invés da situação actual do sistema de saúde, no qual o cidadão terá de se ajustar à oferta de cuidados de saúde.

Neste contexto, a médio e longo prazo a relação do cidadão/utente com o sistema de saúde deverá ser caracterizada pelo seguinte:

- Acessibilidade a informação actualizada e consistente, tanto no que se refere ao sistema de saúde como relativamente a informação de saúde;
- Liberdade de escolha pelos utentes do prestador de cuidados de saúde;
- Capacidade de tomar decisões informadas e conscientes relativamente ao seu estado de saúde, mediante a tomada de decisão conjunta com os profissionais de saúde;
- Capacidade de influenciar as tomadas de decisão estratégica tanto ao nível local como ao nível central;
- Utilização responsável dos recursos de saúde disponíveis, através da maior consciencialização dos custos suportados pelo Estado na prestação dos cuidados de saúde.

_4.8.2 Medidas

Apresentam-se, sumariamente, as medidas preconizadas no âmbito desta iniciativa estratégica.

Figura 24 – Reforçar o papel do Cidadão

_MEDIDAS:

1. Divulgar Informação de Saúde ao Cidadão
2. Disponibilizar maior acesso à informação sobre o Sistema de Saúde
3. Divulgar informação sobre os Tempos de Espera de forma acessível
4. Sensibilizar o Utente relativamente aos custos incorridos pelo SNS em cada episódio clínico (*factura proforma*)
5. Implementação efectiva dos instrumentos de participação do Cidadão na vida do Hospital
6. Implementação do princípio da Liberdade de Escolha do prestador público por parte do Utente
7. Divulgar informação sobre o *benchmarking* clínico
8. Implementar de forma efectiva o Consentimento Informado
9. Retomar o Programa de Avaliação Periódica da Satisfação dos Utentes
10. Monitorização dos níveis de Conforto nas Unidades Hospitalares

Para cada medida apresentada apresentar-se-á: (i) Justificação; (ii) Descrição; (iii) Impactos; (iv) Fases de implementação e calendarização; (v) Entidades envolvidas; (vi) Monitorização e acompanhamento.

1. Divulgar Informação de Saúde ao Cidadão

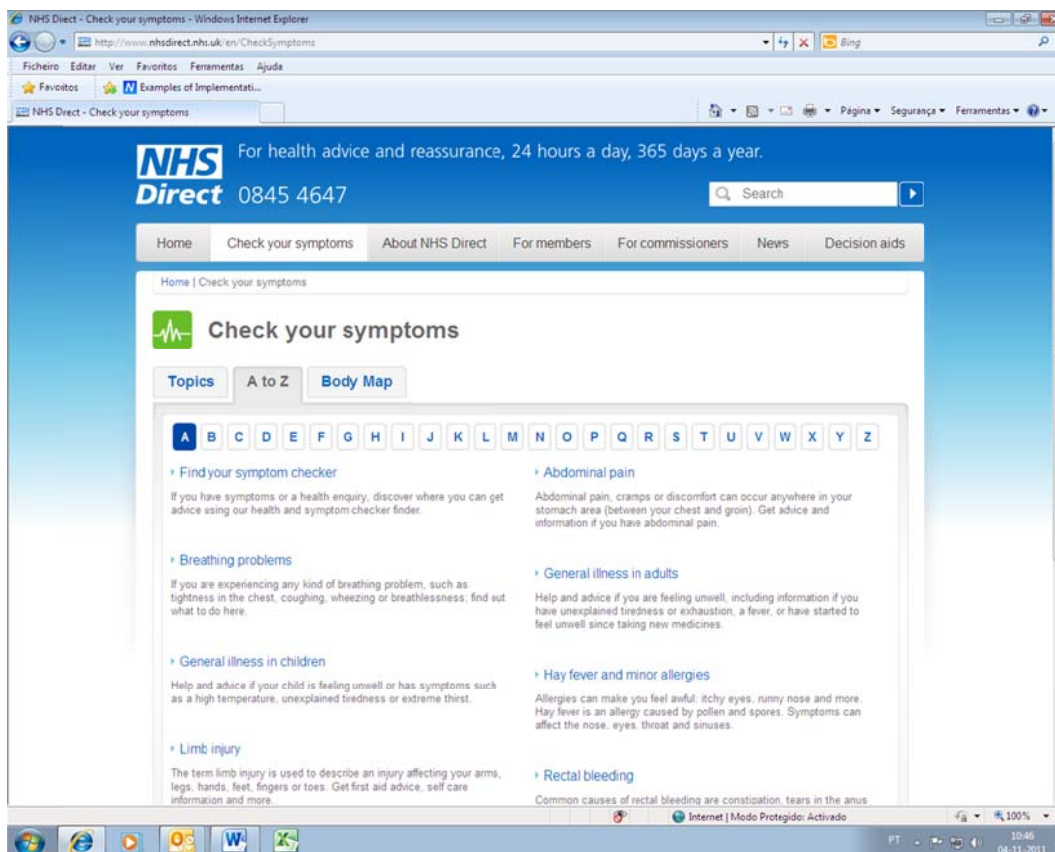
I. Justificação

Difícilmente podemos esperar um protagonismo reforçado dos cidadãos na manutenção da sua saúde (um dever constitucional) e no processo de prestação de cuidados de saúde se não contribuirmos activamente para o seu *empowerment*. Numa altura em que se defende um papel mais activo dos doentes e sociedade civil no geral na gestão da sua saúde e doença, a educação dos mesmos e a disponibilização de informação são fundamentais.

II. Descrição

À semelhança do que fazem outros sistemas de saúde (como o Britânico, por exemplo; veja-se <http://www.nhsdirect.nhs.uk/en/CheckSymptoms>), o SNS disponibilizará aos cidadãos informação online (no site da DGS, por exemplo) que responda a questões simples, sobre sinais e sintomas, por exemplo.

Figura 25 – Site do National Health Service Direct



Fonte: National Health Service Direct website

_III. Impactos

Esta medida não chegará, naturalmente, a todos os cidadãos mas terá necessariamente de fazer parte de um conjunto mais alargado de outras com o mesmo fim. Espera-se que, por um lado, reforce a confiança dos cidadãos na gestão autónoma da sua saúde, evitando simultaneamente o acesso desnecessário a cuidados. Exigirá algum investimento a curto prazo (sendo de explorar um acordo com o SNS Britânico, para a importação do conceito), mas trará benefícios a médio-longo prazo, difíceis de quantificar.

_IV. Fases de implementação e calendarização

O 1º trimestre de 2012 será para estudar a implementação do projecto, esperando-se uma primeira versão piloto no 2º trimestre de 2012.

_V. Entidades envolvidas

Quer pelo conteúdo, quer pela eventual localização da informação no seu site, o trabalho de fundo será desenvolvido pela DGS, em conjunto, eventualmente, com os colégios das especialidades da Ordem dos Médicos e de sociedades científicas.

_VI. Monitorização e acompanhamento

O acompanhamento da disponibilização da informação pode fazer-se através de inquéritos aos utentes, online ou escritos.

2. Disponibilizar maior acesso à informação sobre o Sistema de Saúde

_I. Justificação

A informação actualmente disponível sobre o sistema de saúde português encontra-se (i) dispersa em diferentes sites (ACSS, ARS, DGS, entre outros), dependendo da sua tipologia, (ii) pouco actualizada, consistente e robusta, e (iii) de difícil acesso, interpretação e análise pelos cidadãos, estando mais vocacionada para satisfazer os interesses dos *stakeholders* relacionados com o sector, do que as necessidades efectivas do cidadão. (não é fácil ter acesso a informação simples sobre valores das taxas moderadoras, hospitais e centros de saúde da área de influência, entre outras informações simples).

II. Descrição

Facilitar o acesso pelos utentes de informação acessível, transparente, de fácil interpretação, consistente, completa e efectivamente importante para o utente comum, mediante a criação de um canal de comunicação exclusivo para os utentes, com informação preparada especificamente para o feito. A disponibilização de informação deverá assegurar a equidade de acesso à mesma, independentemente da região de origem do utente.

Para o efeito, deverá ser criado um endereço electrónico exclusivo, o qual deverá abranger diversas áreas, nomeadamente a actividade assistencial dos hospitais, a avaliação da qualidade dos serviços clínicos prestados, as redes de referenciação simplificadas, entre outra informação a seleccionar.

III. Impactos

Não é expectável que esta medida apresente impactos relevantes em termos quantitativos, contudo um cidadão mais informado poderá fazer escolhas mais adequadas às suas necessidades efectivas.

IV. Fases de implementação e calendarização

As fases de implementação desta medida serão as seguintes: (i) identificação da informação a disponibilizar aos utentes, no novo site criado especificamente para o efeito, (ii) recolha e tratamento da informação a disponibilizar, (iii) selecção dos mecanismos de articulação entre as diferentes entidades que disponibilizarão informação para este site, e (iv) implementação efectiva do site. Considerando que a informação a disponibilizar aos utentes já se encontra, na sua grande maioria, disponível, o esforço de implementação desta medida reside essencialmente no tratamento da informação, razão pela qual se considera possível que as fases de preparação da implementação da medida (ponto (i), (ii) e (iii)) sejam executadas até ao final do 1º semestre de 2012, devendo a implementação da mesma ocorrer no 3º trimestre de 2012.

V. Entidades envolvidas

A implementação desta medida envolverá o seguinte conjunto de entidades: (i) a ACSS, DGS, ARS, na definição da informação a disponibilizar aos utentes, (ii) a ACSS e a SPMS, na definição da metodologia de recolha e tratamento dos dados e na preparação dos sistemas de informação e do novo site da internet, e (iii) todos os serviços e organismos do Ministério da Saúde que prestem informação para efeitos de disponibilização aos utentes.

VI. Monitorização e acompanhamento

A ACSS deverá coordenar os trabalhos preparatórios de implementação da medida, devendo nas matérias relativas aos sistemas de informação articular com a SPMS.

3. Divulgar informação sobre os Tempos de Espera de forma acessível

I. Justificação

A informação actualmente disponível relativa a tempos de espera para cuidados de saúde é recolhida e preparada pelo SIGIC e CTH, contudo, e à semelhança da restante informação disponibilizada aos utentes, a mesma apresenta-se pouco actualizada e de muito difícil análise e utilização prática pelo utente.

Neste contexto, e tendo presente que o acesso dos utentes a informação actualizada, detalhada (por hospital, tipo de serviço de saúde e por especialidade) e de fácil acesso e interpretação, afigura-se essencial para a tomada de decisões em tempo útil pelo utente.

II. Descrição

Facilitar o acesso pelos utentes a informação relativa a tempos de espera actualizada, acessível, transparente, de fácil interpretação, consistente e detalhada, que permita a tomada de decisões em tempo útil pelo utente. A disponibilização desta informação poderá aproveitar a plataforma criada no âmbito da medida 2.

III. Impactos

Não é expectável que esta medida apresente impactos relevantes em termos quantitativos, contudo um cidadão mais informado poderá fazer escolhas mais adequadas às suas necessidades efectivas.

IV. Fases de implementação e calendarização

As fases de implementação desta medida serão as seguintes: (i) identificação do detalhe da informação a disponibilizar relativa aos tempos de espera, (ii) recolha e tratamento da informação a disponibilizar, e (iii) selecção dos mecanismos de articulação entre as diferentes entidades que disponibilizarão informação. Considerando que a informação a disponibilizar aos utentes já se encontra, na sua grande maioria, disponível, o esforço de implementação desta medida reside essencialmente no tratamento da informação, razão pela qual se considera

possível que as fases de preparação da implementação da medida (ponto (i) e (ii)) sejam executadas até ao final do 1º semestre de 2012, devendo a implementação da mesma ocorrer no 3º trimestre de 2012.

V. Entidades envolvidas

A implementação desta medida envolverá o seguinte conjunto de entidades: (i) a ACSS e ARS, na definição da informação a disponibilizar aos utentes, (ii) a ACSS e a SPMS, na definição da metodologia de recolha e tratamento dos dados e na preparação dos sistemas de informação, e (iii) todos os serviços e organismos do Ministério da Saúde que prestem informação aos utentes relativa aos tempos de espera.

VI. Monitorização e acompanhamento

A ACSS deverá coordenar os trabalhos preparatórios de implementação da medida, devendo nas matérias relativas aos sistemas de informação articular com a SPMS.

4. Sensibilizar o Utente relativamente aos custos incorridos pelo SNS em cada episódio clínico (*factura proforma*)

I. Justificação

O reforço do protagonismo dos cidadãos deverá passar, necessariamente, pela maior consciencialização do custo associado aos serviços prestados pelas unidades de saúde. O conhecimento pelos utentes dos custos associados aos serviços prestados pelas unidades de saúde, e a consciencialização que, por um lado, os utentes suportam apenas uma ínfima parte dos custos incorridos, e, por outro, que o SNS, ou seja, os impostos pagos por todos os cidadãos, suporta elevados custos com os cuidados prestados, poderá conduzir a maior moderação no “consumo” desnecessário de cuidados de saúde.

II. Descrição

Aquando da prestação do cuidado de saúde, será disponibilizado ao utente uma factura com a discriminação dos custos totais associados ao cuidado de saúde prestado, com desagregação entre os cuidados suportados pelo utente, através de taxas moderadoras, os cuidados de saúde suportados pelo Estado e os cuidados de saúde suportados por terceiras entidades, por exemplo subsistemas, quando aplicável. Adicionalmente, a factura virtual deverá incluir um custeio detalhado de todos os cuidados de saúde prestados, de forma a capacitar o utente da informação necessária para conhecerem os custos associados a todos os tipos de cuidados de saúde e, desta forma, permitir racionalizar na medida do possível o seu “consumo” de cuidados de saúde. À semelhança do sucedido no caso da implementação da factura

virtual no Hospital de Leiria, numa primeira fase a factura poderá não corresponder aos custos suportados com aqueles episódios em particular, mas antes a uma *proxy* dos custos associados, nomeadamente a através da utilização da tabela de preços constante da portaria dos GDH.

III. Impactos

Esta medida permitirá ao utente dispor da informação necessária para alterar a sua relação com o serviço de saúde, na medida em que possuirá as ferramentas necessárias para moderar o acesso aos cuidados de saúde naqueles casos em que os custos associados à prestação não justificarão a deslocação do utente aquele cuidado de saúde. Refira-se, a título de exemplo, a possibilidade desta informação alterar o comportamento dos utentes relativamente à deslocação imediata aos serviços de urgência, ao invés de procurar uma solução mais adequada ao seu estado de saúde, e mais barata, nomeadamente os cuidados primários.

IV. Fases de implementação e calendarização

A implementação desta medida implicará as seguintes fases: (i) definição de factura “modelo”, (ii) definição da metodologia de apuramentos dos custos para efeitos de inclusão na factura, (iii) preparação dos sistemas de informação, e (iv) formação aos profissionais e saúde para a sua implementação.

Tendo em consideração que existem projectos-pilotos de implementação desta medida, nomeadamente no Hospital de Leiria, considera-se ser possível que a implementação desta medida ocorra no 2º semestre de 2012.

V. Entidades envolvidas

A implementação desta medida envolverá um conjunto alargado de entidades, nomeadamente (i) a ACSS, na definição da factura “modelo” e da metodologia de apuramento dos custos, (ii) a SPMS, na preparação dos sistemas de informação, e (iii) todos os serviços e organismos do Ministério da Saúde que facturem serviços de saúde aos utentes, na formação dos seus profissionais e na implementação da medida.

VI. Monitorização e acompanhamento

Pelo seu carácter transversal a ACSS deverá ser a entidade responsável pela coordenação da implementação desta medida, devendo criar os instrumentos necessários para assegurar que todos os serviços e organismos do Ministério da Saúde que facturem serviços de saúde aos utentes estejam em condições para apresentar a factura virtual aos seus utentes até ao final do ano de 2012. No início de 2013 deverá ser seleccionada uma amostra e analisado o seu

processo de facturação virtual, de forma a assegurar não só o seu cumprimento mas também que o mesmo cumpre toda a metodologia e os requisitos definidos.

5. Implementação efectiva dos instrumentos de participação do Cidadão na vida do Hospital

I. Justificação

A atribuição aos utentes de capacidade de intervir nas linhas estratégicas de gestão tanto ao nível de cada unidade de saúde, como ao nível central da administração pública, contribuirá para que o sistema de saúde seja efectivamente orientado para os interesses e necessidades efectivas dos utentes, na medida em que os mesmos poderão ter voz activa na sua definição. Esta questão foi recentemente analisada pelo Tribunal de Contas no relatório de "Auditoria ao Sistema Remuneratório dos Gestores Hospitalares e aos Princípios e Boas Práticas de Governação dos Hospitais EPE", relativamente à qual referiu "A não constituição e/ou a inactividade deste órgão social podem assumir consequências prejudiciais, na medida em que o funcionamento de um órgão desta natureza contribui fundamentalmente para a actividade hospitalar se oriente para os interesses dos utentes e das comunidades...".

II. Descrição

No que respeita ao envolvimento do cidadão no sistema de saúde da sua região, recomenda-se a implementação efectiva dos Conselhos Consultivos junto de cada unidade hospitalar, não só no que se refere aos hospitais EPE, de acordo com o previsto nos estatutos das entidades que integram o Sector Empresarial do Estado, mas também no que se refere aos hospitais SPA. Importa, a este respeito, referir que o actual enquadramento legal existente para os Conselhos Consultivos não se afigura adequado para que o funcionamento dos Conselhos Consultivos traga valor acrescentado para as unidades de saúde. O motivo prende-se essencialmente com a composição do Conselho Consultivo, o qual não promove uma efectiva representatividade dos verdadeiros *stakeholders* do hospital. Neste sentido propõe-se a alteração da actual legislação relativa à composição dos Conselhos Consultivos, tornando-os, de forma efectiva, um local de representatividade organizada dos principais *stakeholders* das unidades de saúde, nomeadamente os cidadãos.

Relativamente à participação do cidadão/utente nas decisões estratégicas do Ministério da Saúde, recomenda-se que o cidadão seja mais envolvido na tomada de decisão, à semelhança do que foi feito, por exemplo, no desenvolvimento do Plano Nacional de Saúde 2011-2016.

III. Impactos

Não é expectável que esta medida acarreta impactos quantitativos de cariz financeiro. Contudo, caso os instrumentos propostos sejam implementados e funcionem de forma efectiva esta medida poderá assegurar que a obtenção de melhor despesa para o Estado, na medida em que a despesa suportada pelo Estado será canalizada de acordo com os interesses demonstrados pelos utentes e, por isso, melhor percebido e valorizado por estes.

IV. Fases de implementação e calendarização

No que se refere à implementação de Conselhos Consultivos, é expectável que mesma possa ser implementada de imediato, na medida em que os estatutos das empresas do SEE a isso obrigam.

Relativamente ao envolvimento dos cidadãos nas decisões estratégicas tomadas ao nível central, deverão ser criados os mecanismos para incentivar a participação do cidadão, por exemplo a realização de consultas públicas, sempre que tal seja considerado adequado e oportuno.

V. Entidades envolvidas

A implementação desta medida envolverá um conjunto alargado de entidades, nomeadamente (i) todos os serviços e organismos do Ministério da Saúde que prestem cuidados de saúde aos utentes e (ii) todos os organismos centrais que tomem decisões estratégicas centrais que afectem os interesses dos utentes.

VI. Monitorização e acompanhamento

Quanto à implementação efectiva dos conselhos Consultivos nos hospitais EPE e SPA, a ACSS enquanto representante do accionista do Ministério da Saúde deverá ser a entidade responsável pela coordenação da implementação desta medida, devendo criar os instrumentos necessários para assegurar que todas as unidades hospitalares implementaram de forma efectiva esta medida.

6. Implementação do princípio da Liberdade de Escolha do prestador público por parte do Utente

I. Justificação

Importa, antes de mais, ter presente que o princípio da liberdade de escolha do prestador de cuidados já é hoje possível nos cuidados de saúde primários. Neste contexto, a Implementação do princípio de liberdade do prestador de cuidados de saúde por parte dos utentes, tendo por base a carteira de prestadores integrada no SNS, afigura-se essencial para assegurar que os utentes estejam efectivamente no centro do sistema de saúde.

Adicionalmente, importa sublinhar que a directiva da União Europeia relativa ao exercício dos direitos dos doentes em matéria de cuidados de saúde transfronteiriços, permitirá, a curto prazo, que cidadãos portugueses se desloquem ao exterior para receber cuidados de saúde os quais serão suportados pelo Estado Português. Neste contexto, não se afigura compreensível que Portugal adopte a liberdade de escolha de prestadores de cuidados de saúde para o exterior e não o faça internamente.

II. Descrição

Possibilitar que o utente escolha de forma livre o prestador de cuidados de saúde, desde que integrados no SNS. A medida pretende manter a característica de *gatekeeper* do sistema pelos cuidados de saúde primários, assegurando, desta forma, que o princípio de liberdade de escolha do utente seja suportado através da escolha conjunta entre o utente e o seu médico de família.

A implementação desta medida pressupõe a prestação de informação ao utente, e ao respectivo médico de família, relativamente às unidades de saúde incluídas no SNS alternativas para prestação dos cuidados de saúde, devendo a mesma assegurar o detalhe necessário que permita aferir a disponibilidade (tempo de espera por especialidade e tipo de actividade), de localização (identificação das unidades de saúde de acordo com um carácter de proximidade geográfica), e de qualidade (identificação das unidades de saúde com melhor qualificação na prestação de determinado cuidado de saúde).

Por último, importa analisar de forma mais aprofundada o impacto que a implementação desta medida teria em algumas áreas específicas, nomeadamente os hospitais em regime de PPP. Por exemplo, no que se refere aos hospitais em PPP, o contrato de gestão inclui um conjunto de regras claras relativamente à realização de actividade assistencial fora do perfil assistencial e da área de influência definida, existindo penalizações remuneratórias pelo seu incumprimento.

III. Impactos

A implementação desta medida permitirá, simultaneamente, (i) incrementar o acesso dos utentes aos cuidados de saúde, (ii) capacitar o utente de optar pelos serviços de saúde que considerar com mais qualidade e segurança, tendo por base informação de *benchmark* dos serviços clínicos, e (iii) introduzir uma competitividade positiva entre as diferentes unidades hospitalares, na medida em que sendo remunerados pela produção realizada os hospitais serão obrigados a disponibilizar serviços em tempo útil, com a maior qualidade e segurança possível.

IV. Fases de implementação e calendarização

A implementação desta medida implicará as seguintes fases: (i) definição da informação a disponibilizar aos utentes para efeitos de exercício do princípio da liberdade de escolha, (ii) preparação dos sistemas de informação, e (iii) formação aos profissionais de saúde para a sua implementação.

Considera-se ser possível que a implementação desta medida ocorra no 2º semestre de 2012.

V. Entidades envolvidas

A implementação desta medida envolverá um conjunto alargado de entidades, nomeadamente (i) as ARS, na gestão a nível regional da implementação do princípio da liberdade de escolha, (ii) a SPMS, na preparação dos sistemas de informação, e (iii) todos os serviços e organismos do Ministério da Saúde que prestem cuidados de saúde aos utentes.

VI. Monitorização e acompanhamento

Pelo seu carácter transversal a ACSS deverá ser a entidade responsável pela coordenação da implementação desta medida, devendo criar os instrumentos necessários para assegurar que todos os serviços e organismos do Ministério da Saúde possibilitem aos utentes o exercício do seu princípio de liberdade de escolha, verificando se todo o processo de disponibilização de informação ao utentes está a ser efectivamente implementado. No início de 2013 deverá ser seleccionada uma amostra e analisado o processo que suporta a aplicação do princípio de liberdade de escolha, de forma a assegurar não só o seu cumprimento mas também que o mesmo cumpre toda a metodologia e os requisitos definidos.

7. Divulgar informação sobre o *benchmarking* clínico

I. Justificação

O alargamento do *benchmark* à totalidade dos serviços clínicos prestados afigura-se essencialmente para a materialização efectiva do princípio de liberdade de escolha.

Por último, importa referir que esta recomendação foi recentemente proposta pelo Tribunal de Contas no relatório de “Auditoria ao Sistema Remuneratório dos Gestores Hospitalares e aos Princípios e Boas Práticas de Governação dos Hospitais EPE”, quando refere “...e a publicação de um ranking dos hospitais EPE;”.

II. Descrição

Reforço da implementação de um sistema de *benchmark* dos serviços clínicos hospitalares, tendo por base o sistema de avaliação da Entidade Reguladora da Saúde, designadamente o SINAS.

Numa segunda fase, deverá ser alargado o âmbito do *benchmark* dos serviços clínicos aos cuidados primários e continuados, assegurando desta forma a existência de informação sobre a qualidade da totalidade dos serviços de saúde prestados a todos os níveis de cuidados.

III. Impactos

A implementação de um sistema de *benchmark* clínico permitiria, *per si*, incrementar o nível de conhecimento dos utentes e profissionais de saúde sobre a qualidade dos serviços prestados por cada unidade hospitalar e, assim, aumentar a pressão para a melhoria do desempenho por cada unidade hospitalar. No entanto, se à implementação de um sistema de *benchmark* clínico acrescentarmos a possibilidade de os utentes poderem optar entre prestadores de cuidados de saúde, o *benchmark* clínico será uma ferramenta poderosa para incentivar os hospitais a melhorarem os serviços clínicos prestados aos utentes.

IV. Fases de implementação e calendarização

A implementação desta medida pode ser repartida em duas fases distintas: numa primeira fase deverá proceder-se ao desenvolvimento do sistema SINAS, tornando-o de mais fácil conhecimento pelos utentes, obrigando-o por exemplo à publicitação por cada hospital da avaliação obtida em cada especialidade. Numa segunda fase, dever-se-á alargar a sua aplicação aos restantes níveis de cuidados de saúde, nomeadamente primários e continuados.

No que se refere ao calendário de implementação da medida e, tendo presente que a ERS já desenvolveu e implementou um sistema de *benchmark* clínico ao nível hospitalar, o SINAS, considera-se possível que durante o 1º semestre de 2012 o SINAS seja avaliado, numa perspectiva de alargamento da sua aplicação a novos níveis de cuidados de saúde, devendo, posteriormente, ser implementado um projecto-piloto durante o 2º semestre de 2012. Durante o ano de 2013, deverão estar reunidas as condições necessárias para a implementação efectiva e abrangente do *benchmark* clínico a todos os níveis de cuidados de saúde.

V. Entidades envolvidas

A implementação desta medida envolverá um conjunto alargado de entidades, nomeadamente (i) a ERS, no desenvolvimento do actual sistema SINAS, e (ii) todos os serviços e organismos do Ministério da Saúde que prestem cuidados de saúde aos utentes.

VI. Monitorização e acompanhamento

Pelo seu carácter transversal a ACSS deverá, em devida articulação com a ERS, ser a entidade responsável pela coordenação da implementação desta medida, devendo criar os instrumentos necessários para assegurar que todos os serviços e organismos do Ministério da Saúde fornecem toda a informação necessária para efeitos de construção do *benchmark* clínico.

8. Implementar de forma efectiva o Consentimento Informado

I. Justificação

O consentimento informado é, acima de tudo, uma exigência de respeito pelo doente, num quadro de responsabilidade pelos princípios humanistas e personalistas em linha com o quadro legal a que obedecem as intervenções médico-cirúrgicas.

Actualmente não existem práticas harmonizadas de aplicação do consentimento informado, considera-se essencial o desenvolvimento dos melhores esforços no desenvolvimento de um processo de consentimento informado uniforme e equilibrado para todas as unidades integradas no SNS.

Por último, importa referir que este tema foi objecto de análise pela ERS no relatório de “Consentimento Informado – Relatório Final”, onde refere “Face à situação diagnosticada de aplicação inadequada do procedimento de obtenção de consentimento informado em numerosas instituições prestadoras de cuidados de saúde e à diferente interpretação sobre a utilidade que a obtenção do mesmo tem, o que se traduz numa elevada percentagem de aplicação inadequada do procedimento...”.

Neste contexto, o consentimento informado, livre e esclarecido é simultaneamente uma exigência ético-legal e um direito de cidadania, previsto como um pré-requisito legal em qualquer intervenção médico-cirúrgica, cabendo ao doente decidir sobre a proposta médica, nomeadamente rejeitar ou anuir a um determinado tratamento, depois de ter compreendido o seu alcance e riscos.

II. Descrição

Atendendo à forma inadequada como o consentimento informado tem vindo a ser aplicado por diversas unidades de saúde, deverá desenvolver-se um esforço de uniformização e harmonização de modelo de obtenção do consentimento informado, não só na obrigatoriedade de obtenção de consentimento informado escrito, mas também na definição clara dos tipos de procedimentos médicos sujeitos a consentimento informado, e ainda na metodologia de obtenção do consentimento informado, período de antecedência, tipologia de utentes abrangidos, entre outros aspectos a considerar.

Sabendo-se que a generalidade dos hospitais já disponibiliza formulários clínicos para o efeito, entende-se que, em nome dos princípios orientadores do estado de direito conjugado com os direitos dos cidadãos e em particular os utilizadores dos Serviços de Saúde, deverá ser reformulada a sua estrutura e aprofundada e a sua utilização.

Para o efeito, sustenta-se a ideia de que é necessário, conjuntamente com a Ordem dos Médicos, encontrar uma forma expedita mas consistente para a generalização da sua utilização, tendo como princípios orientadores:

1. Promover uma cultura de proximidade e informação do doente;
2. Facultar toda a informação que permita ao doente tomar uma decisão, com serenidade e prudência;
3. Garantir que a decisão possa ser a toda a hora comprovada através da recolha de consentimento garantidamente consciente, livre e esclarecido;
4. Desenvolver meios de generalização do consentimento informado;
5. Assegurar ao doente o direito à anulação do consentimento a todo o tempo;
6. Observância pelas normas da Lei de Bases da Saúde (Base XIV), Código Penal (artigos 150, 156 e 157) e Código Deontológico e Estatuto Disciplinar da Ordem dos Médicos.

III. Impactos

A implementação efectiva do consentimento informado, permitirá ao utente ter acesso a informação que permita uma decisão informada e objectiva dos riscos, consequências, impactos e alternativas dos cuidados de saúde, criando as condições necessárias para uma relação utente-médico mais próxima e, por isso, de maior confiança mútua.

IV. Fases de implementação e calendarização

A implementação desta medida obrigará à reavaliação dos procedimentos e métodos actualmente em vigor na obtenção do consentimento informado, incluindo a legislação em vigor, prevendo-se que esta avaliação seja possível ser efectuada para que a implementação desta medida seja possível até ao final do ano de 2012.

V. Entidades envolvidas

Pelo objecto da matéria em apreço, a responsabilidade pela implementação desta medida deverá caber à DGS, em conjunto com os colégios das especialidades da Ordem dos Médicos e de sociedades científicas.

VI. Monitorização e acompanhamento

A monitorização da implementação desta medida deverá ser desenvolvida pela DGS, enquanto entidade responsável pela sua implementação.

9. Retomar o Programa de Avaliação Periódica da Satisfação dos Utentes

I. Justificação

A auscultação do grau de satisfação dos utentes afigura-se essencial para a valorização do utente enquanto "utilizador" final dos produtos de saúde do SNS. Neste sentido, não se afigura compreensível que o processo de gestão de reclamações dos utentes nos serviços de saúde seja tratado de forma inadequada por uma parcela significativa dos serviços de saúde, tratando do processo de reclamação como um *proforma*, com respostas standard e muito dilatadas e sem um efectivo impacto na melhoria dos serviços prestados pelos utentes. Por outro lado, quando o Estado procura conhecer o grau de satisfação dos utentes através de inquéritos, a periodicidade com que os mesmos são feitos, a forma de como são publicitados e não utilização dos resultados dos inquéritos para a melhoria efectiva do sistema de saúde.

II. Descrição

A implementação desta medida apresenta duas vertentes distintas: no que se refere ao tratamento das sugestões e recomendações dos utentes realizadas directamente nos serviços de saúde, propõe-se que todo o processo de tratamento, análise, resposta e melhoria dos cuidados, seja realizado de forma mais cuidadosa, com o objectivo último de considerar o utente como o “cliente” dos serviços de saúde e, assim, melhorar o sistema tendo presente as suas necessidades efectivas. Assim, sugere-se que o financiamento dos diferentes estabelecimentos de saúde tenha em consideração o grau de satisfação dos utentes.

Para o efeito, propõe-se a identificação de boas práticas nos diferentes níveis de cuidados de saúde e a sua disseminação pelos diferentes serviços de saúde, bem como o reforço do papel do SIM Cidadão na disponibilização de informação, no acompanhamento e monitorização do tratamento dado pelos hospitais às sugestões e recomendações dos utentes, podendo actuar junto dos diferentes serviços como entidade consultiva para efeitos de apresentação de recomendações e melhorias no processo de gestão das reclamações e sugestões.

Quanto à realização de inquéritos à satisfação dos utentes, deverá ser implementado um inquérito anual global para todo o SNS, sobre os assuntos macro do SNS, o qual deverá ser complementado pela realização de inquéritos de satisfação por todos os organismos e serviços que prestem cuidados de saúde à população.

III. Impactos

A implementação desta medida permitirá centrar os serviços de saúde na sua tarefa primordial, prestar cuidados de saúde de qualidade e em segurança, tendo por base as necessidades efectivas dos utentes.

IV. Fases de implementação e calendarização

A implementação desta medida ocorrerá em duas vertentes distintas.

No que respeita à realização de inquéritos de satisfação dos utentes, numa primeira fase ocorrerá a reavaliação da metodologia utilizada na realização dos inquéritos de avaliação da satisfação dos utentes, tanto ao nível central como ao nível local, e posteriormente será proposta a nova metodologia de elaboração dos mesmos. Tendo por base o trabalho já desenvolvido, considera-se possível que esta fase ocorra até ao final do 1º trimestre de 2012. Numa segunda fase, proceder-se-á, tanto a nível central como local, à realização dos inquéritos tendo por base a metodologia definida no ponto anterior. Propõe-se que o trabalho seja

desenvolvido para que até ao final do ano de 2012 seja possível a realização da primeira versão dos inquéritos, sendo de esperar que a sua realização ocorra com periodicidade anual.

Relativamente ao processo de tratamento pelas unidades de saúde, das sugestões e recomendações dos utentes, sugere-se que numa primeira fase se efectue uma identificação de boas práticas no seu tratamento pelas unidades hospitalares e, complementarmente, se identifiquem as melhorias a introduzir em todo o processo pelo SIM-Cidadão, não só no que se refere à monitorização de todo o processo mas também na apresentação de sugestões de melhoria às diferentes unidades de saúde, tendo em vista a introdução de melhorias no mesmo.

V. Entidades envolvidas

A implementação desta medida envolverá um conjunto alargado de entidades, nomeadamente (i) a ACSS, tanto na reavaliação da actual metodologia de realização dos inquéritos (a nível global do SNS e local para cada estabelecimento de saúde), como na coordenação da realização futura dos inquéritos, e (ii) todos os serviços e organismos do Ministério da Saúde que prestem cuidados de saúde aos utentes.

VI. Monitorização e acompanhamento

A monitorização deste processo, deverá ocorrer ser centralizada pela ACSS, mediante a criação dos instrumentos necessários para a implementação desta medida, sugerindo-se o reforço das competências do SIM-Cidadão, não só no acompanhamento do processo de sugestões e reclamações, mas também na realização de inquéritos de avaliação da satisfação dos utentes.

10. Monitorização dos níveis de Conforto nas Unidades Hospitalares

I. Justificação

Apesar de ser muito referido nos planos estratégicos dos hospitais não existe uma metodologia objectiva que permita avaliar a orientação para o cliente das iniciativas e investimentos previstos pelas diferentes unidades do SNS. Por outro lado, a nível central no Ministério da Saúde, não existe informação que permita lançar projectos transversais para apoiar grupos de hospitais na resolução de determinados problemas ou desafios comuns no que respeita a melhorias efectivas no conforto e humanização dos cuidados.

II. Descrição

A presente medida é implementada através da dinamização de dois programas complementares:

1. Programa Conforto - Pretende-se avaliar as condições de conforto nas zonas públicas dos Hospitais através da utilização de metodologias qualitativas. Estas metodologias assentam em visitas às unidades, realiza-se um levantamento fotográfico e preenchimento de um questionário semi-estruturado através das condições observadas e das informações disponibilizadas pelo representante do Hospital.
2. Programa Atenção - Pretende-se monitorizar os níveis de serviço das unidades e capacitar as unidades hospitalares do sentido da sua auto-avaliação e formação de equipas de melhoria. Em cada unidade são promovidas sessões de Grupos Focais (Focus Groups) com clientes/utentes e profissionais de saúde cujo objectivo é, através da metodologia dos "Momentos de Verdade" identificar o circuito do doente e avaliar quais os principais vectores que influenciam a sua percepção sobre a qualidade do serviço. Conciliando estas duas visões é possível criar uma matriz de prioridades ao nível de formação, comunicação, imagem, interacção e de gestão da relação Hospital / Doente.

Mediante um ponderador entre os diferentes fenómenos observados em ambos os programas é produzido um ranking que agrupa os hospitais em 3 níveis (vermelho, amarelo e verde) sendo definido posteriormente uma matriz de prioridade/complexidade relativa aos programas transversais ou verticais necessários para as unidades melhorarem o seu nível de conforto e de serviço ao cliente.

III. Impactos

Alinhamento estratégico e operacional com os objectivos definidos para o sistema de saúde, bem como uma monitorização objectiva do desempenho da gestão dos hospitais no que respeita à centralidade no utente/cliente. Pretende-se assim:

- Sensibilizar os hospitais para a necessidade de mudança através da criação de equipas de melhoria da qualidade do serviço;
- Envolver os profissionais no processo de mudança e de monitorização dos níveis de serviço;
- Criação de sistema de alerta que permita identificar situações urgentes de melhoria (de serviço ou de conforto).

_IV. Fases de implementação e calendarização

1º Trimestre de 2012

_Validação da metodologia, preparação do trabalho de campo.

2º Trimestre de 2012

_Trabalho de campo programa Conforto e *Focus Groups* Programa Atenção.

3º Trimestre de 2012

_Elaboração de relatórios e apresentação de resultados e prioridades.

_V. Entidades envolvidas

Necessário envolver entidades centrais do Ministério da Saúde (ACSS) para acompanhamento e gestão do projecto e, ao nível metodológico e de trabalho de campo, a avaliação deve ser independente e cientificamente comprovada procurando envolver equipas conjuntas de trabalho com utentes, profissionais, e especialistas convidados.

_VI. Monitorização e acompanhamento

A assegurar pelas entidades competentes do Ministério da Saúde em dois níveis distintos:

1. Acompanhamento e monitorização de qualidade do trabalho de campo e da pesquisa qualitativa;
2. Monitorização dos indicadores das diferentes unidades e garantia da definição de objectivos de melhoria.

5. FRAMEWORK PARA A IMPLEMENTAÇÃO

Ao longo das diferentes Iniciativas Estratégicas foram identificadas as medidas fundamentais para apoiar o processo de mudança e de transformação dos hospitais.

Uma parte das medidas propostas têm uma aplicação transversal ao sector hospitalar mas boa parte estão circunscritas ao desempenho individual de cada hospital.

Cada unidade hospitalar iniciará uma nova trajectória de convergência dos seus objectivos de gestão para um novo patamar de eficiência que assegure o aumento da produtividade e a plena utilização dos seus recursos no sentido da obtenção de resultados mais ambiciosos no domínio dos resultados clínicos, do cumprimento do seu plano de produção e do alcance do seu equilíbrio financeiro.

O ponto de partida não sendo igual em todas as unidades irá requer um esforço maior a algumas unidades em maior dificuldade mas está prevista uma abordagem plurianual que permite distribuir e maximizar esse esforço ao longo de um período de 3 anos.

O sucesso do PROGRAMA DE EFICIÊNCIA de cada unidade hospitalar depende de três condições essenciais:

1. Capacidade de fixação de objectivos adequados por parte do accionista Estado;
2. Compromisso forte da equipa de gestão do hospital para atingir os objectivos propostos;
3. Capacidade de mobilização de toda a equipa do hospital em torno do programa de mudança.

_1.1 Objectivos do Programa de Eficiência

O Programa de Eficiência será desenvolvido em cinco grandes objectivos:

1. Melhoria da qualidade clínica
2. Produtividade dos Recursos Humanos
3. Controle de custos e combate ao desperdício
4. Melhoria da Satisfação dos doentes
5. Transparência da informação

_Metodologia proposta

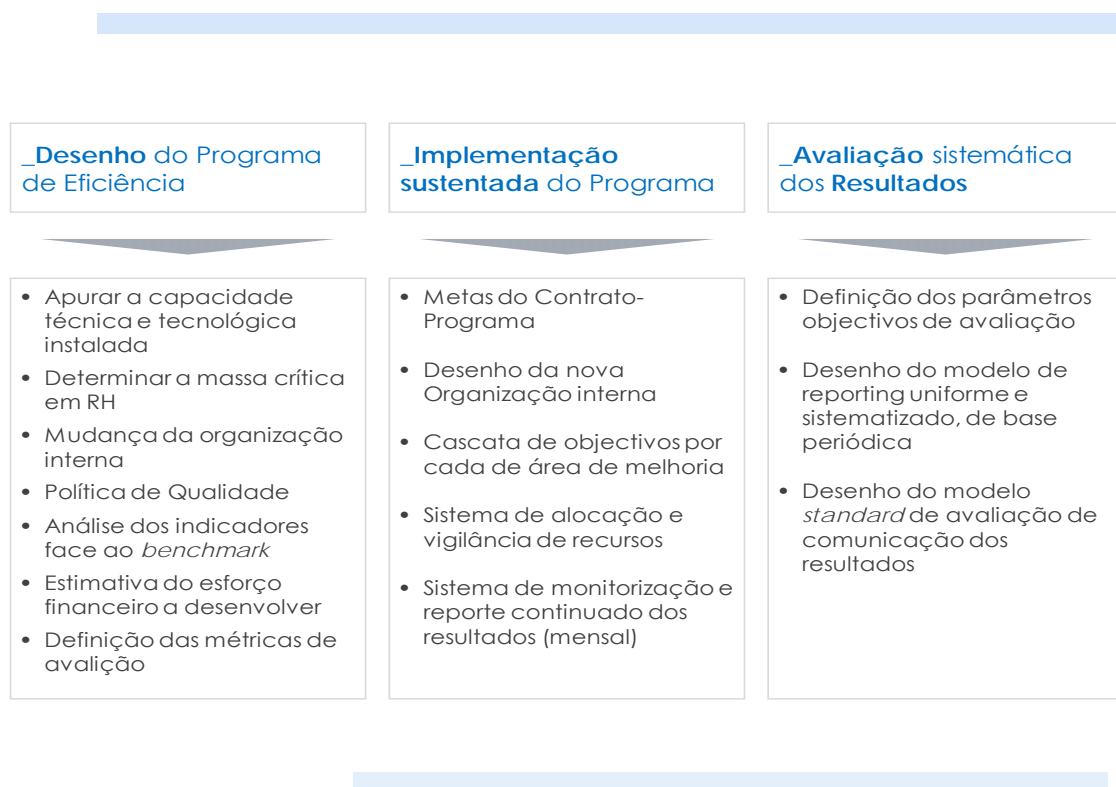
A metodologia que se propõe assenta nas seguintes ideias-força:

1. Definição, por parte da ACSS, do montante de financiamento e do plano de produção para o triénio de 2012-2014;

2. Determinação do potencial de melhoria de cada hospital face ao *benchmarking* elaborado, designadamente quanto ao potencial de redução de dias de internamento inapropriado ou à taxa de cirurgias em ambulatório a realizar;
3. Avaliação e determinação das oportunidades de melhoria em serviços e actividades de suporte recorrendo a serviços partilhados;
4. Definição e cálculo do esforço a considerar para cada "alavanca" de melhoria seleccionada para apoiar a transformação e convergência do hospital com os valores objectivo;
5. Fixação dos objectivos de produção e qualidade a considerar no *Contrato-Programa* plurianual;
6. Elaboração de um Contrato de Gestão com a fixação dos objectivos de aumento de produtividade, melhoria da qualidade e de equilíbrio dos resultados financeiros, com cada Conselho de Administração, para o triénio de 2012-2014;
7. Definição do Painel de Indicadores a avaliar regularmente (mensal, trimestral, semestral e anual) e sua monitorização permanente;

A melhoria operacional dos hospitais exige uma gestão de processo eficaz, um ritmo de implementação bem definido e um acompanhamento e controle permanente.

Figura 26 – *Framework* para a Reforma Hospitalar



_1.2 Implementação do Programa de Eficiência

A partir da identificação do conjunto de iniciativas de melhoria e das respectivas alavancas o Conselho de Administração do hospital deverá proceder à nomeação de uma equipa interna responsável pela gestão do programa, sob a sua supervisão directa.

Os factores críticos de sucesso são:

- Criação de uma equipa, liderada por um profissional experiente, que será o primeiro responsável pela gestão do programa;
- Nomeação de um líder por cada objectivo de melhoria;
- Alto patrocínio do Conselho de Administração do Hospital que constituirá e integrará o respectivo Comité de Acompanhamento do programa;
- Reuniões mensais da Comissão de Acompanhamento para a avaliação do programa e monitorização dos resultados;
- Desenho de um plano de comunicação interna que promova o envolvimento de todas as chefias, todos os serviços e todas as equipas profissionais;

_Colaboração e Apoio Externo

O Programa de Eficiência ganhará com apoio externo especializado, para a totalidade ou parte do programa, que poderá materializar-se pelo convite e o envolvimento de Universidades e Escolas de Gestão ou por Consultoras com experiência no mercado da saúde.

No caso de o hospital decidir o envolvimento de colaboração externa como factor catalisador do processo de mudança, deverá ser privilegiada uma relação contratual assente num *success fee* em face dos resultados obtidos e do cumprimento dos prazos de implementação.

_1.3 Alavancas do Programa de Eficiência

_Melhoria da Qualidade Clínica

- Redução da infecção hospitalar;
- Redução de dias de internamento inapropriados;
- Redução de cesarianas;
- Optimização da demora média, desagregada por serviço;
- Aumento da cirurgia do ambulatório para as metas de 55%, 60% e 65% em 2012, 2013 e 2014, respectivamente;
- Implementação de protocolos de prescrição de medicamentos;
- Criação do médico Internista gestor do doente;
- Melhorar a referenciação com cuidados primários;
- Melhorar a referenciação com cuidados continuados.

_Produtividade dos Recursos Humanos

- Optimização do modelo de urgências;
- Optimização das horas extraordinárias médicas;
- Ajustamento do quadro de pessoal face aos objectivos do *Contrato-Programa*;
- Internalização de MCDT's;
- Exploração de modelos mais eficientes na imagiologia e patologia clínica por eventual recurso a outsourcing e a gestão remota;
- Contratualização em cascata, da produção por serviços.

_Controlo de custos e combate ao desperdício

- Redução da capacidade em camas;
- Melhorar a imputação de custos por serviço e actividade;
- Eliminação de consumos de materiais desnecessários em resultado do plano decidido em cada serviço;
- Monitorização dos consumos clínicos;
- Avaliação de oportunidades de reciclagem de produtos;
- Avaliação de oportunidades de redução de custos de transportes e combustíveis;
- Eficiência energética;
- Optimização dos contratos de comunicações, aquisição de alimentação, lavandaria e segurança;
- Reavaliação de todos os contratos de manutenção de equipamentos;
- Reavaliação do parque de equipamentos e aplicações informáticas;
- Processo Clínico interno;
- Eficácia na gestão de compras e logística;
- Melhoria do processo de cobranças.

_Melhoria da Satisfação dos doentes

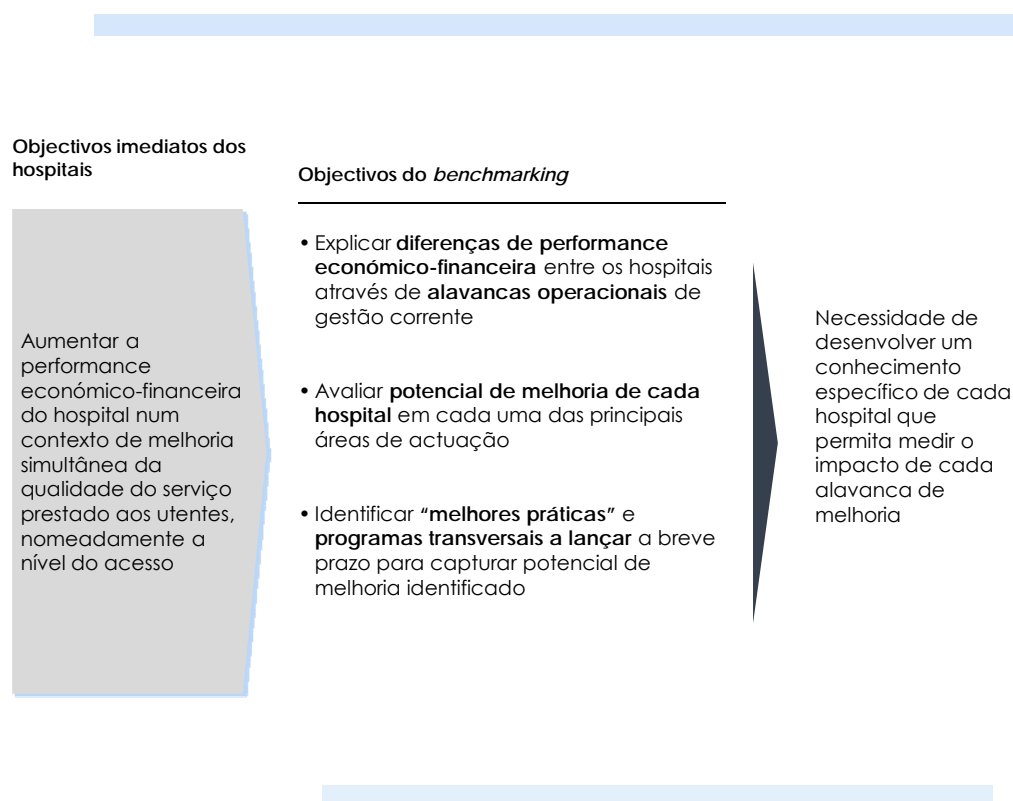
- Redução dos tempos de agendamento para consultas e exames;
- Implementação do programa de conforto dos doentes;
- Recolha e tratamento sistemático da opinião dos doentes sobre os serviços prestados;
- Desburocratização dos procedimentos internos.

_Transparência da informação

- Presença na internet com informação sobre tempos de espera, actividade e desempenho do hospital;
- Entrega da *factura proforma* do serviço prestado, no acto;
- Implementação do *Tableau de Bord* por serviço clínico, com actividade e resultados.

_1.4 Objectivos globais do esforço de *Benchmarking*

Figura 27 – Objectivos do *benchmarking*



_1.5 Programa de Eficiência Hospitalar

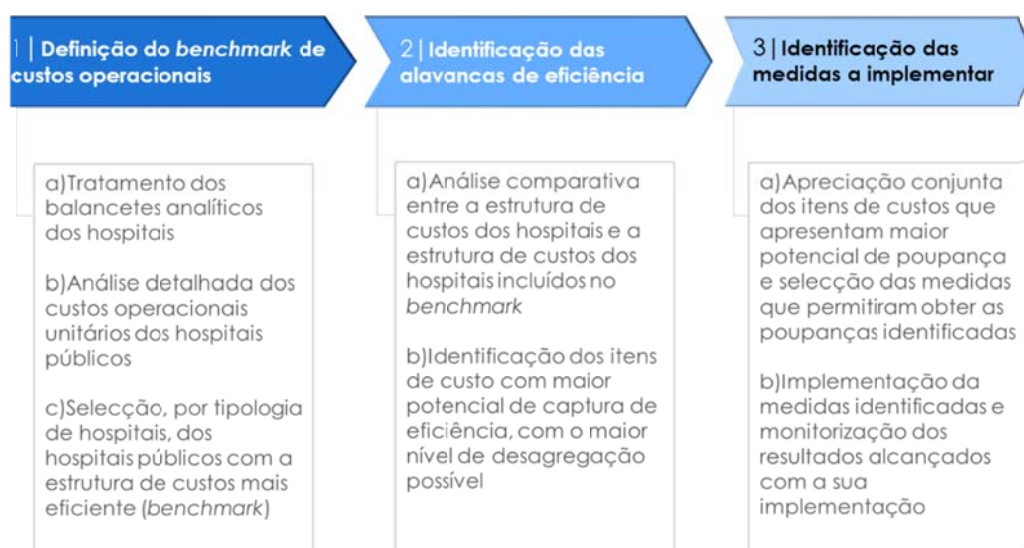
O desenvolvimento de um Programa de Eficiência para cada hospital tem como objectivo identificar o conjunto de iniciativas de melhoria, bem como as respectivas alavancas específicas de cada hospital.

Para o efeito, propõe-se uma análise aprofundada da estrutura de custos operacionais de cada unidade hospitalar, tendo por base uma metodologia a aprofundar e a desenvolver, mas que se poderá basear nas seguintes ideias chave:

- Análise detalhada dos custos operacionais dos hospitais públicos, com a máxima desagregação da estrutura de custos constante do balancete analítico;
- Selecção, por tipologia de hospitais (dimensão e complexidade), dos hospitais públicos com a estrutura de custos mais eficiente;
- Identificação, em cada unidade hospitalar, dos custos operacionais em que, quando comparado com o *benchmark* de custos operacionais dos melhores hospitais públicos, se verifica potencial para melhoria da eficiência;

- Análise, por cada unidade hospitalar, dos itens de custo operacionais identificados como passíveis de melhoria, procurando esclarecer com detalhe as razões que, eventualmente, poderão justificar as diferenças encontradas face ao *benchmark* de custos definidos anteriormente;
- Definição das medidas a implementar em cada hospital para obtenção dos níveis de eficiência anteriormente referidos.

A metodologia pode ser sintetizada na figura seguinte:



Tendo por base a metodologia referida supra, procede-se, em seguida, à tentativa de implementação dos princípios *supra* a duas unidades hospitalares, as quais foram escolhidas tendo por base os hospitais incluídos no IV Grupo de Financiamento, tendo sido escolhido um hospital com maior desequilíbrio operacional (resultado líquido negativo) e um hospital com resultados operacionais positivos, por forma a verificar o potencial de impacto decorrente da implementação do Programa de Eficiência em cada um deles.

Em primeiro lugar, procedeu-se, através de diferentes metodologias, à identificação do potencial expectável de eficiência em cada unidade hospitalar, ou seja, o potencial de redução de custos operacionais.

Para o efeito, utilizaram-se duas metodologias distintas, baseadas, por um lado, na optimização da estrutura de custos e, por outro, na optimização da qualidade dos cuidados prestados:

- **Custo Médio por Doente Padrão:** procedeu-se à aplicação do custo médio por doente padrão verificado nos hospitais mais eficientes do Grupo de Financiamento IV (3 hospitais mais eficientes do Grupo IV comparáveis com os dois hospitais em apreço) ao número de doentes padrão apurados em cada uma das unidades hospitalares seleccionadas;

- **Dias de internamento inapropriados:** tendo por base o Estudo da Escola Nacional de Saúde Pública, relativo aos “Preços e Custos da Saúde”, identificaram-se os dias de internamento inapropriados apurados em cada unidade hospitalar, bem como a respectiva valorização dos mesmos. Assim, para efeitos de identificação do potencial de eficiência em cada unidade hospitalar, considerou-se que os custos operacionais de cada unidade hospitalar seriam expurgados dos custos indevidamente suportados pelas unidades hospitalares em sequências dos dias de internamento inapropriados.

Apresenta-se, na tabela seguinte, os resultados obtidos com a implementação das metodologias de apuramento referidas *supra*:

Unidade: Eur e %

Descrição	Custos Totais (2010)	Ajustamento Doente Padrão			Ajustamento Dias Internamento Inadequados		
		Custo Médio Doente Padrão	Custos Totais Ajustados	Var. %	Dias de internamento inadequados	Custos Totais Ajustados	Var. %
Hospital A	74.890.791	3.154,32	56.689.493	-24%	24.472	65.239.726	-13%
Hospital B	77.884.123	2.889,26	64.364.022	-17%	28.147	70.943.593	-9%
Benchmark Grupo IV							
Hospital 1	83.846.689	2.414,56					
Hospital 2	58.145.002	2.395,63					
Hospital 3	26.576.838	2.352,92					
Média Top 3		2.387,70					
Média Top 10		2.855,41					
Média Grupo IV		3.559,59					

Nota: Valores em euros, com exceção dos dias de internamento (número de dias)

Verifica-se, assim, que a aplicação das duas metodologias referidas *supra* permitiria obter uma redução dos custos operacionais compreendida entre os **24%** (-17,8 M€) e os **13%** (13 M€), no caso do hospital A, e entre os **13%** (-9,7 M€) e os **9%** (6,9 M€), no caso do hospital B.

Após a quantificação do potencial máximo de incremento da eficiência de cada unidade hospitalar, tendo por base o melhor *benchmark* de custos dos hospitais públicos comparáveis, procurou-se identificar, por grandes itens de custo, os principais itens de custo que careceriam de ajustamento por cada uma das unidades hospitalares analisadas.

Para o efeito, apuraram-se os custos unitários médios (por número de doentes padrão, por número de camas e por número de ETC) dos três hospitais considerados mais eficientes e, posteriormente, aplicaram-se os respectivos custos unitários à estrutura de custos do hospital A e B.

As conclusões foram as seguintes:

Rubricas	Benchmark de custos operacionais				Análise comparativa			
	Hosp. 1	Hosp. 2	Hosp. 3	Média	Hosp. A	var. %	Hosp. B	var. %
61 - C. M. V. M. C.								
_Custo unitário por Doente Padrão	443	383	416	414	722	74%	585	41%
_612-Mercadorias								
616-Matérias de consumo								
_Custo unitário por Doente Padrão	443	383	416	414	722	74%	585	41%
- Produtos farmacêuticos								
_Custo unitário por Doente Padrão	246	251	261	253	549	117%	346	37%
Medicamentos								
_Custo unitário por Doente Padrão	189	181	211	194	493	154%	285	47%
Outros Prod. Farmacêuticos								
_Custo unitário por Doente Padrão	57	70	49	59	56	-5%	61	4%
- Material de consumo clínico								
_Custo unitário por Doente Padrão	174	111	121	135	155	14%	211	56%
- Outras matérias de consumo								
_Custo unitário por Doente Padrão	23	21	35	26	19	-28%	28	7%
62 - Fornec. e Serviços Externos								
_Custo unitário por cama	33.612	37.408	40.703	37.241	29.578	-21%	28.636	-23%
621-Subcontratos								
Custo unitário por cama	8.092	10.101	14.187	10.793	10.467	-3%	8.348	-23%
622- Fornecimentos e Serviços								
_Custo unitário por cama	25.520	27.307	26.516	26.448	19.112	-28%	20.288	-23%
- Fornecimentos e Serviços I								
_Custo unitário por cama	3.813	4.227	4.187	4.075	2.125	-48%	3.199	-21%
- Fornecimentos e Serviços II								
_Custo unitário por cama	3.298	11.424	8.066	7.596	5.392	-29%	3.104	-59%
- Fornecimentos e Serviços III								
_Custo unitário por cama	15.680	11.199	14.118	13.666	11.594	-15%	13.794	1%
- Outros fornec. e serviços								
_Custo unitário por cama	2.730	457	144	1.111	0	-100%	191	-83%

Rubricas	Benchmark de custos operacionais				Análise comparativa			
	Hosp. 1	Hosp. 2	Hosp. 3	Média	Hosp. A	var. %	Hosp. B	var. %
63 - Transf. Correntes Concedidas								
64 - Custos com o pessoal								
_Custo unitário por ETC	27.499	31.200	26.857	28.518	29.941	5%	27.822	-2%
- Remunerações Base+Sub F/Natal								
_Custo unitário por ETC	17.858	19.522	17.985	18.455	19.427	5%	16.820	-9%
- Suplementos de Remunerações								
_Custo unitário por ETC	5.241	6.393	3.931	5.188	5.372	4%	6.447	24%
Trabalho Extraordinário								
_Custo unitário por ETC	2.558	2.549	1.766	2.291	2.365	3%	2.323	1%
Noites e Suplementos								
_Custo unitário por ETC	1.258	1.549	1.054	1.287	1.622	26%	1.319	2%
Outros Suplementos								
_Custo unitário por ETC	1.424	2.295	1.110	1.610	1.384	-14%	2.805	74%
- Encargos Sobre Remunerações								
_Custo unitário por ETC	3.601	4.069	3.436	3.702	3.899	5%	3.518	-5%
- Outras Desp. com pessoal								
_Custo unitário por ETC	799	1.216	1.504	1.173	1.243	6%	1.037	-12%
65 - Outros custos e perdas operacionais								
Custo unitário por cama	474	54	150	226	370	64%	314	39%

Tendo por base a metodologia utilizada e os pressupostos considerados, os quais foram simplificadores e que careciam uma análise bem mais detalhada, obtiveram-se as seguintes conclusões:

Hospital A:

- Os custos com CMVMC apresentam um custo unitário por doente padrão excessivamente elevado, atingindo 722 euros por doente padrão, valor 74% superior ao verificado nos hospitais incluídos no *benchmark*, o que é justificado pelo custo unitário por doente padrão relativo aos medicamentos (493 euros Vs 194 euros);
- a estrutura de custos relativa aos FSE apresenta custos unitários por cama significativamente inferiores aos verificados nos hospitais de referência, verificando-se um custo unitário 21% inferior ao *benchmark*;
- no que se refere aos custos com pessoal, os custos unitários por Equivalente a Tempo Completo (ETC) do hospital A é 5% superior aos verificados nos hospitais do *benchmark*, com particular destaque para o custo unitário da rubrica "Noite e suplementos" (1.622 euros Vs 1.287).

Hospital B:

- a) Os custos com CMVMC apresentam um custo unitário por doente padrão excessivamente elevado, atingindo 585 euros por doente padrão, valor 41% superior ao verificado nos hospitais incluídos no *benchmark*, o que é justificado pelo custo unitário por doente padrão relativo aos medicamentos (285 euros Vs 194 euros);
- b) a estrutura de custos relativa aos FSE apresenta custos unitários por cama significativamente inferiores aos verificados nos hospitais de referência, verificando-se um custo unitário 23% inferior ao *benchmark*;
- c) no que se refere aos custos com pessoal, os custos unitários por Equivalente a Tempo Completo (ETC) do hospital B é 2,4% inferior aos verificados nos hospitais do *benchmark*.

Face ao exposto, verifica-se que tanto o hospital A como o hospital B necessitam de analisar com mais detalhe os custos operacionais com medicamentos, na medida em que apresentam custos unitários significativamente superiores aos verificados nos 3 hospitais incluídos no *benchmark*. Adicionalmente, e no que se refere ao hospital A, verifica-se um custo unitário excessivo com pessoal, face ao *benchmark*, nomeadamente no que se refere ao custo suportado com noites e suplementos.

Assim, e procurando identificar o impacto financeiro associado à melhoria da eficiência dos hospitais A e B, nomeadamente no que se refere aos itens de custos identificados anteriormente, verifica-se o seguinte:

Unidade: Eur e %

Descrição	Custos Totais (Situação actual)	Custos Totais (Situação otimizada)	Var. %
_Hospital A			
CEVC	17.149.306	9.828.467	-42,7%
FSE	10.504.871	10.504.871	0,0%
Pessoal	43.356.080	41.295.934	-4,8%
Total	71.010.256	61.629.272	-13,2%
_Hospital B			
CEVC	15.777.482	11.159.028	-29,3%
FSE	14.575.621	14.575.621	0,0%
Pessoal	44.181.291	44.181.291	0,0%
Total	74.534.394	69.915.940	-6,2%

A optimização da estrutura de custos dos hospitais A e B, face à estrutura de custos dos hospitais públicos mais eficientes do seu Grupo de Financiamento, permitiria uma redução dos seus custos operacionais de 13,2% (-9,3 M€), no caso do hospital A, e de 6,2% (-4,6 M€), no caso do hospital B, impactos que se encontram em linha com o potencial de eficiência determinado através da metodologia dos dias de internamento inapropriado, tanto no que se refere ao hospital A como ao hospital B.

Adicionalmente, importa avaliar o impacto da implementação do Programa de Eficiência ao nível dos Resultados Operacionais destes hospitais, considerando não apenas o nível actual de proveitos, mas também o nível de custos decorrente do novo modelo de financiamento proposto no presente documento. Apresenta-se, na tabela seguinte, a explicitação dos dois efeitos anteriores combinados:

Unidade: Eur e %

Descrição	Hospital A	Var. % (face situação actual)	Hospital B	Var. % (face situação actual)
Situação actual (2010)				
Proveitos	61.567.432		82.903.698	
Custos Operacionais	74.890.791		77.884.123	
Resultado Antes de Impostos	-13.323.359		5.019.575	
Ajustamento dos proveitos (novo modelo de financiamento)				
Proveitos	56.928.913	-7,5%	76.111.891	-8,2%
Custos Operacionais	74.890.791	0,0%	77.884.123	0,0%
Resultado Antes de Impostos	-17.961.878	-34,8%	-1.772.232	-135,3%
Ajustamento dos proveitos (novo modelo de financiamento) e dos custos operacionais (Programa de Eficiência)				
Proveitos	56.928.913	-7,5%	76.111.891	-8,2%
Custos Operacionais	57.102.362	-23,8%	64.832.785	-16,8%
Resultado Antes de Impostos	-173.449	98,7%	11.279.106	124,7%

O novo modelo de financiamento proposto para os hospitais conduziria, sem qualquer alteração dos níveis de custos operacionais, a um agravamento significativo dos resultados operacionais dos dois hospitais analisados, independentemente da base de partida de ambos em termos do equilíbrio dos seus resultados operacionais.

No entanto, se considerarmos que os custos operacionais serão ajustados para o nível de eficiência incluído no Programa de Eficiência de cada hospital, definido tendo por base o *benchmark* de hospitais comparáveis, concluiu-se com os resultados operacionais regressam ao equilíbrio, mais ténue no Hospital A, considerando os significativos RAI negativos de partida, e mais significativo no Hospital B, o qual mais que duplica os seus RAI. Verifica-se, portanto, que o novo modelo de financiamento, sendo mais exigente, não impossibilita a obtenção de resultados positivos pelos hospitais, desde que os mesmos implementem um Programa de Eficiência que os conduza ao nível de eficiência dos melhores hospitais públicos.

Por último, importa sublinhar que o exercício desenvolvido supra pretende ser apenas uma demonstração da metodologia referida inicialmente, sendo que os Programas de Eficiência a desenvolver por cada unidade hospitalar terão de ser efectuados com um nível de detalhe bastante mais aprofundado, por forma permitir identificar por exemplo: os medicamentos que justificam os custos unitários verificados ou a categoria profissional e os serviços que justificam o nível de custos com noite e suplementos.

6. CRONOGRAMA

Apresenta-se, seguidamente, o cronograma geral das iniciativas estratégicas, bem como as entidades envolvidas na sua implementação.

_Cronograma de Implementação por Iniciativa Estratégica

	Âmbito	2012	2013	2014
_1. Rede hospitalar mais coerente	MS; ACSS; ARS			
_2. Política de financiamento sustentável	MS; ACSS			
_3. Acesso e integração de cuidados	MS; ACSS; ARS; HH			
_4. Hospitais mais eficientes	ACSS; ARS; SPNG; HH			
_5. A qualidade como trave mestra da reforma hospitalar	MS; ACSS; ARS; HH			
_6. As tecnologias e informação como investimento e factor de sustentabilidade	MS; ACSS; SPNG; HH			
_7. Melhorar a governação	MS; ACSS; HH			
_8. Reforço do papel do cidadão	MS; HH			

Em maior detalhe, podem observar-se os vários cronogramas com as medidas preconizadas por iniciativa estratégica.

Cronograma de Implementação da Iniciativa Estratégica 1 [Rede Hospitalar mais Coerente]

	Âmbito	2012	2013	2014
1. Elaboração da Rede de Referência Hospitalar				
2. Arquitetura da Rede Hospitalar				
3. Canto de Equipamentos "Resposta" do Setor Hospitalar				
4. Criação do Instituto Nacional de Oncologia				
5. Construção do Hospital Oriental de Lisboa e Redimensionamento da Rede Hospitalar da Região de Lisboa e Vale do Tejo				
6. Aprofundar a Parceria Estratégica com o Setor Social				
7. Criação e Desenvolvimento de Centros de Biotécnia				

Cronograma de Implementação da Iniciativa Estratégica 2 [Política de Financiamento Sustentável]

	Âmbito	2012	2013	2014
1. Planeamento Estratégico e Operacional das Unidades Hospitalares				
2. Benchmarking Hospitalar e Quadro Estratégico de Indicadores de Desempenho				
3. Unificação da Tabela de Preços Hospitalar				
4. Transformação de todos os Hospitais em EPE				
5. Elaboração de Contratos-Programa Plurianuais (3 anos)				
6. Incorporação do Nível de Satisfação dos Utentes na Avaliação de Desempenho dos Hospitais				
7. Desenvolvimento de um Sistema de Custos e de Contabilidade de Custos uniforme				
8. Melhoria do Processo de Cobranças				

_Cronograma de Implementação da Iniciativa Estratégica 3 [Acesso e Integração de Cuidados]

	Âmbito	2012	2013	2014
1. Definição de critérios de Referência entre a Rede de Cuidados Primários e a Rede Hospitalar				
2. Promover o acesso da Especialidades Hospitalares nos Centros de Saúde				
3. Promover protocolos de actuação entre os ACES e os Hospitais e a eventual criação das UCRs				
4. Promover consultas com recurso às novas Tecnologias em situações específicas				
5. Atender os Doentes tidos como "Não Urgentes" fora das Urgências Hospitalares				
6. Agilizar a referência de Urgentes para o RNCCI - Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados				
7. Adequar a contratualização de Consultas e de Cirurgias à respectiva Procura				

_Cronograma de Implementação da Iniciativa Estratégica 4 [Hospitais mais Eficientes]

	Âmbito	2012	2013	2014
1. Aumentar as taxas de Cirurgia de Ambulatório				
2. Uniformização de Protocolos Pré-Operatórios				
3. Optimização do funcionamento do SIGC				
4. Criação do Programa Nacional de Revisão da Utilização				
5. Racionalização dos pedidos de MCDT				
6. Ajustamento dos Quadros de Pessoal dos Hospitais em função das necessidades da Procura de Cuidados				
7. Promover a Mobilidade dos Profissionais de Saúde				
8. Promoção de contratos-mistos com remuneração associada ao desempenho				
9. Atribuição de novas actividades aos Enfermeiros				
10. Reformular o processo de compra de Medicamentos e de Dispositivos Médicos				

_Cronograma de Implementação da Iniciativa Estratégica 4 [Hospitais mais Eficientes] (continuação)

	Âmbito	2012	2013	2014
11. Revisão do quadro legal da dispensa de Medicamentos em Ambulatório Hospitalar				
12. Desenvolver normas terapêuticas orientadas para as áreas terapêuticas prioritárias apoiadas em TI				
13. Sujeição dos acordos de avaliação prévia de Medicamentos aos Contratos-Programa				
14. Sistema de Monitorização dos Medicamentos - Internamento e no Ambulatório Hospitalar				
15. Partilha de serviços entre Farmácias Hospitalares				
16. Implementar Sistema de Avaliação Prévia e de custo benefício dos principais Dispositivos Médicos				
17. Adopção de Normas Orientadoras para a utilização de Dispositivos Médicos				
18. Implementação de um Programa de Reutilização de Dispositivos Médicos				
19. Partilha de Serviços de Apoio				
20. Implementação de um Programa de Eficiência Energética				

_Cronograma de Implementação da Iniciativa Estratégica 5 [A Qualidade como trave Mestra da Reforma Hospitalar]

	Âmbito	2012	2013	2014
1. Melhorar a Qualidade e a Segurança dos Doentes				
2. Redução da Taxa de Infecção Nosocomial				
3. Promover a recertificação de Profissionais de Saúde				
4. Associar o Financiamento dos Prestadores a Indicadores de Qualidade				
5. Reduzir Taxa de Cesáreas				
6. Promover a utilização de um Painel Uniforme de Indicadores de Qualidade				
7. Criação do Centro Nacional de Simulação Médica				
8. Realização regular de Auditorias Clínicas				
9. Promover o controlo do Risco Clínico				
10. Desenvolver os Ensaios Clínicos em Portugal				

Cronograma de Implementação da Iniciativa Estratégica 6 [As Tecnologia e Informação como Investimento e Factor de Sustentabilidade]

	Âmbito	2012	2013	2014
1. Garantir a fiabilidade e facilidade da informação				
2. Implementar a partilha de Ferramentas e Aplicações Informáticas por toda a Rede Hospitalar				
3. Implementar uma Rede Informática Integrada				
4. Garantir Comunicações mais rápidas e seguras				
5. Implementar um Programa de Virtualização na Rede Hospitalar				
6. Implementar o Registo da Saúde Electrónico				

Cronograma de Implementação da Iniciativa Estratégica 7 [Melhorar a Governação]

	Âmbito	2012	2013	2014
1. Alterar o Modelo de Governação dos Hospitais				
2. Actualizar a classificação dos Hospitais para efeitos da atribuição da remuneração dos membros do CA				
3. Selecionar membros para os CA, com transparência				
4. Celebrar Contratos de Gestão				
5. Criação de Unidades de Gestão Intermediária				
6. Avaliar o desempenho dos membros do CA				
7. Código de Ética dos Hospitais EPE				

Cronograma de Implementação da Iniciativa Estratégica 8 [Reforço do papel do Cidadão]

	Âmbito	2012	2013	2014
1. Divulgar Informação de Saúde ao Cidadão				
2. Disponibilizar maior acesso à Informação sobre o Sistema de Saúde				
3. Divulgar Informação sobre os Tempos de Espera de forma acessível				
4. Sensibilizar o Utente relativamente aos custos incorridos pela SNS em cada episódio clínico				
5. Implementação efectiva dos Instrumentos de participação do Cidadão na Vida do Hospital				
6. Implementação do princípio da Liberdade de Escolha do prestador público por parte do Utente				
7. Divulgar Informação sobre o benchmarking clínico				
8. Implementar de forma efectiva o Consentimento Informado				
9. Retomar o Programa de Avaliação Periódica de Satisfação dos Utentes				
10. Monitorização dos níveis de Contorno nas Unidades Hospitalares				

7. BIBLIOGRAFIA

- ACKERMAN, K. III - The movement toward vertically integrated regional systems. *Health Care Management Review*. 17: 3 (1992) 81-88.
- ADAMS, SL.; FONTANAROSA PB. - Triage of ambulatory patients. *JAMA*. 1996 Aug 14;276(6):493-4.
- AFILALO, M. - Identification and triage of nonemergency patients from the ED. *Ann Emerg Med*. 1995 Aug;26(2):242-3
- ANTUNES, M.J. - A Doença da Saúde, Serviço Nacional de Saúde: ineficiência e desperdício. Lisboa: Manuel J. Antunes e Livros Quetzal, S.A. .2000
- BAKER, LC. ; BAKER, LS. - Excess cost of emergency department visits for nonurgent care. *Health Aff (Millwood)*. 1994 Winter;13(5):162-71.
- BARROS, P. P.; SIMÕES, J. - Portugal: *Health System Review. Health Systems in Transition*, 2007, 9(5): 1–140.
- BARROS, P.; MACHADO S.; SIMÕES, J. - Portugal: *Health System Review. Health Systems in Transition*, 2011, 13(4); 1-156
- BARROS, P.P. - Substitution at the margin: Physicians vs nurses. In: 12.ª Conferência Nacional de Economia da Saúde. 2011 [Em linha]. [Consult. Nov. 2011] [Disponível em: <http://12cnes.apes.pt/LinkClick.aspx?fileticket=9xLnqdfRb4%3d&tabid=59&language=pt-PT> .]
- BARROS, PP. - Economia da Saúde, Conceitos e Comportamentos. Coimbra: Edições Almedina, S.A.. 2005
- BARROS, PP.; NUNES, LC. - 10 Anos de Política do Medicamento em Portugal. Lisboa: GANEC, Universidade Nova de Lisboa, 2011
- BRILLMAN, JC.; DOEZEMA, D.; TANDBERG, D.; SKLAR, DP.; DAVIS, KD.; SIMMS, S.; SKIPPER, BJ. - Triage: limitations in predicting need for emergent care and hospital admission. *Ann Emerg Med*. 1996 Apr;27(4):493-500.
- BROWN, M.; MCCOOL, B. - Vertical integration: exploration of a popular strategic concept. *Health Care Management Review*. 11: 4 (1986) 7-19.
- CÂMARA MUNICIPAL DE LISBOA – Carta de Equipamentos de Saúde de Lisboa. Março de 2009. . [Em linha]. [Consult. Nov. 2011] [Disponível em: http://pdm.cm-lisboa.pt/RevPDM_Documentos/Carta_dos_Equipamentos_Saude_Marco_2009.pdf .]
- CAMPOS L.; BORGES M.; PORTUGAL R. - Governação dos hospitais. Lisboa: Casa das Letras. 2009
- CAMPOS, A. C. - Confissões Políticas da Saúde, Auto de Breve Governação. Lisboa: Oficina do Livro - Sociedade Editorial, Lda. 2002
- CAMPOS, A. C. - Despesa e défice na saúde (ANÁLISE SOCIAL - Revista do ICSUL, 161, Vol. XXXVI). Lisboa: ICSUL. 2002

CAMPOS, A. C. - Reformas da Saúde, O Fio Condutor. Coimbra: Edições Almedina, S.A. 2008

CARVALHO, M. J.- Gestão e Liderança na Saúde, Uma abordagem estratégica. Porto: Grupo Editorial Vida Económica. 2008

CONRAD, D.; DOWLING, W. - Vertical integration in health services: theory and managerial implications. *Health Care Management Review*. 15: 4 (1990) 9-22.

CONTANDRIOPOULOS, A. *et al.* - The integration of health care: dimensions and implementation. Université de Montreal, 2003. [Em linha]. [Consult. Nov. 2011] [Disponível em: <http://www.irspum.umontreal.ca/rapportpdf/N04-01.pdf> .]

COSTA, A. - A Revisão de Utilização. Boletim Informativo do IGIF N° 3, 2000

COSTA, C. et al - Custos e preços na Saúde: Pode a organização, a gestão e o financiamento das organizações de saúde em Portugal produzir resultados diferentes em termos de eficiência?. Fundação Francisco Manuel dos Santos, 2011

COSTA, C.; SANTANA, R.; LOPES, S.; BARRIGA, N. – A importância do apuramento de custos por doente: metodologias de estimação aplicadas ao internamento hospitalar português. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. Volume Temático 7 (2008) 131-145.

DELAMAIRE, ML.; LAFORTUNE G. - Nurses in Advanced Roles: A Description and Evaluation of Experiences in 12 Developed Countries. OECD health working paper n.º 54. OECD Publishing. 2010 [Em linha]. [Consult. Nov. 2011] [Disponível em: <http://www.oecd-ilibrary.org/docserver/download/fulltext/5kmbrcfms5g7.pdf?expires=1322231748&id=id&accname=quest&checksum=E88416A8C0BAF48749F2FE89325275BB> .]

DELOITTE - Saúde em análise – Uma Visão para o futuro. 2011 [Em linha]. [Consult. Nov. 2011] [Disponível em: [http://www.deloitte.com/assets/Dcom-Portugal/Local%20Assets/Documents/PSLSHC/pt\(pt\)_lshc_saudeemanalise_04022011.pdf](http://www.deloitte.com/assets/Dcom-Portugal/Local%20Assets/Documents/PSLSHC/pt(pt)_lshc_saudeemanalise_04022011.pdf) .]

DEPARTMENT OF HEALTH - Equity and Excellence: Liberating the NHS. UK Stationery Office Limited. Julho 2010. [Em linha]. [Consult. Nov. 2011] [Disponível em: http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/@dh/@en/@ps/documents/digitalasset/dh_117794.pdf .]

DERLET, RW.; KINSER, D. - The emergency department and triage of nonurgent patients. *Ann Emerg Med*. 1994 Feb;23(2):377-9.

DERLET, RW.; KINSER, D.; RAY, L.; HAMILTON, B.; MCKENZIE, J. - Prospective identification and triage of nonemergency patients out of an emergency department: a 5-year study. *Ann Emerg Med*. 1995 Feb;25(2):215-23.

DERLET, RW.; NISHIO, D. - Refusing care to patients who present to an emergency department. *Ann Emerg Med*. 1990 Mar;19(3):262-7.

DERLET, RW.; NISHIO, D.; COLE, LM. ; SILVA, Jr. - Triage of patients out of the emergency department: three-year experience. *Am J Emerg Med*. 1992 May;10(3):195-9.

DESPACHO n.º 11374/2011. D.R. IIª Série. 172 (2011-11-10) 36308-36309 – Determina a divulgação de dados de actividade, desempenho assistencial e económico–financeiro das entidades do Serviço Nacional de Saúde (SNS) e outros serviços autónomos.

DEVERS, K. *et al.* - Implementing organized delivery systems: an integration scorecard. *Health Care Management Review*. 19 : 3 (1994) 7-20.

DUFFY, J. — Information technology needs for integrated delivery systems. *Healthcare Financial Management*. 50 : 7 (1996) 30-31.

EDWARDS, J. *et al.* - Achieving efficiency: lessons from four top-performing hospitals. Commonwealth Fund, 2011. [Em linha]. [Consult. Nov. 2011] [Disponível em: http://www.commonwealthfund.org/~media/Files/Publications/Case%20Study/2011/Jul/1528_Edwards_achieving_efficiency_synthesis_four_top_hosps_v3.pdf .]

FALK, J. - Gestão de custos para hospitais. Editora Atlas. 2001

FARRELL C. - Patient and Public Involvement in Health: The Evidence for Policy Implementation. Department of Health. 2004 [Em linha]. [Consult. Nov. 2011] [Disponível em: <http://www.patientsorganizations.org/attach.pl/312/80/Patient%20and%20Public%20Involvement%20in%20Health%20The%20Evidence%20for%20Policy%20Implementation.pdf> .]

FOLDES, SS.; FISCHER, LR. ;KAMINSKY, K. - What is an emergency? The judgments of two physicians. *Ann Emerg Med*. 1994 Apr;23(4):833-40.

FORUM VIDA ECONÓMICA - O Hospital Português, Os Profissionais de Saúde, A gestão e o Utente. Porto: Vida Económica – Conferforum. 2000

FRAGATA, J.; MARTINS, L. - O erro em medicina: perspectivas do indivíduo, da organização e da sociedade. Coimbra: Almedina, 2004

FREITAS, P.; ESCOVAL, A. - A transparência na contratualização em saúde e o papel dos cidadãos. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, Volume temático: 9. (2010) 129-139

GALVIN, L. - Achieving successful integration. *Healthcare Executive*. 10: 1 (1995) 38-39

GANDHI, T. *et al.* - Communication breakdown in the outpatient referral process. *Journal of General Internal Medicine*. 15: 9 (2000) 626-631

Gil, V. *et al.* - Sostenibilidad Financiera del sistema sanitario. Antares Consulting. 2011 [Em linha]. [Consult. Nov. 2011] [Disponível em: <http://www.antares-consulting.com/uploads/TPublicaciones/5fd46d49c2a66d4132f58b25027804fc11bce74d.pdf> .]

GREENE, A.; BECKMAN, B. MAHONEY, T. - Beyond the efficiency index: finding a better way to reduce overuse and increase efficiency in physician care. *Health Affairs*. 27: 4 (2008) 250-259 [Em linha]. [Consult. Nov. 2011] [Disponível em: <http://www.cms.org/images/uploads/downloads/GreeneBeyondEfficiencyIndex.pdf> .]

GRONE, O.; GARCIA-BARBERO, M. - Integrated care: a position paper of the WHO European Office for integrated health care services. *International Journal of Integrated Care*. 1: 1 (2001) 1-10

GRUMBACH, K.; KEANE, D.; BINDMAN, A. - Primary care and public emergency department overcrowding. *Am J Public Health*. 1993 Mar;83(3):372-8.

HANSAGI H. - Referral of non-urgent cases from an emergency department: patient compliance, satisfaction and attitudes. *Scand J Soc Med*. 1990 Dec;18(4):249-55.

HANSAGI H.; CARLSSON B.; OLSSON M. EDHAG O. - Trial of a method of reducing inappropriate demands on a hospital emergency department. *Public Health*. 1987 Mar;101(2):99-105.

HM TREASURY. CABINET OFFICE. STRATEGY UNIT – Power in People's hands: Learning from the World's Best Public Services. July 2009. [Em linha]. [Consult. Nov. 2011] [Disponível em: http://www.eduweb.vic.gov.au/edulibrary/public/teachlearn/innovation/panddc/Power_in_Peoples_Hands.pdf .]

HOUSE OF COMMONS. HEALTH COMMITTEE – Patient and Public Involvement in the NHS: Third Report of Session 2006-07. Volumel (2007). [Em linha]. [Consult. Nov. 2011] [Disponível em: <http://www.publications.parliament.uk/pa/cm200607/cmselect/cmhealth/278/278i.pdf> .]

JOHNSON, LA. - Triage: limitations and opportunities. *Ann Emerg Med*. 1996 Sep;28(3):372-4.

KAPLAN, R.; PORTER, M., *How to solve the cost crises in Health Care*. *Harvard Business Review*. 2011. 47 (46-64)

KAREN, D. - Learning from high performance health systems around the globe. Commonwealth Fund. 2007. [Em linha]. [Consult. Nov. 2011] [Disponível em: http://www.commonwealthfund.org/usr_doc/996_Davis_learning_from_high_perform_hlt_sys_around_globe_Senate_HELP_testimony_01-10-2007.pdf?section=4039 .]

LEATT, P.; PINK, G.; GUERRIERE, M. – Towards a Canadian model of integrated health care. *Healthcare Papers*. 1 (2000) 13-35.

LEICHSENRING, K. - Developing integrated health and social care services for older persons in Europe. *International Journal of Integrated Care*. Vol 4, 3. 2004 [Em linha]. [Consult. Nov. 2011] [Disponível em: <http://www.ijic.org/index.php/ijic/article/view/URN%3ANBN%3ANL%3AUI%3A10-1-100349/214> .]

LOWE, RA.; BINDMAN, AB. - The ED and triage of nonurgent patients. *Ann Emerg Med*. 1994 Nov;24(5):990-2

LOWE, RA.; BINDMAN, AB.; ULRICH, SK.; NORMAN, G.; SCALETTA, TA.; KEANE, D.; WASHINGTON, D.; GRUMBACH, K. - Refusing care to emergency department of patients: evaluation of published triage guidelines. *Ann Emerg Med*. 1994 Feb;23(2):286-93.

Mackway-Jones K, Marsden J, Windle J. Emergency Triage: Manchester Triage Group. Second edition . Oxford : Blackwell Publishing Ltd 2006.

MARKS, S. – Jonathan Mann's Legacy to the 21st Century: the human rights imperative for public health. *Journal of Law, Medicine and Ethics*. 29 (2001) 131-138.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. ADMINISTRAÇÃO CENTRAL DO SISTEMA DE SAÚDE - Relatório de acompanhamento: Execução dos contratos-programa 2010. ACSS, 2011 [Em linha]. [Consult. Nov. 2011] [Disponível em: http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/Relat%C3%B3rio_Acompanhamento%20da%20Execu%C3%A7%C3%A3o%20dos%20CP%202010%2026_08_2011_vf+Anexos.pdf .]

MINISTÉRIO DA SAÚDE. ADMINISTRAÇÃO CENTRAL DO SISTEMA DE SAÚDE – Balanço Social Global do Ministério da Saúde 2009. ACSS, 2010. [Em linha]. [Consult. Nov. 2011] [Disponível em: http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/Balan%C3%A7o%20Social%20do%20MS_2009.pdf .]

MINISTÉRIO DA SAÚDE. ADMINISTRAÇÃO CENTRAL DO SISTEMA DE SAÚDE, IP – Serviço Nacional de saúde: Relatório e Contas 2010. ACSS, 2011. [Em linha]. [Consult. Nov. 2011] [Disponível em: <http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/Relat%C3%B3rio%20e%20Contas%20do%20SNS%202010.pdf> .]

MINISTÉRIO DA SAÚDE. ADMINISTRAÇÃO CENTRAL DO SISTEMA DE SAÚDE, IP – Estudo de Necessidades Previsionais de Recursos Humanos em Saúde: Médicos. Relatório Final. ACSS, 2009. [Em linha]. [Consult. Nov. 2011] [Disponível em: <http://www.acss.min-saude.pt/Direc%C3%A7%C3%B5esUnidades/EstudosePlaneamento/UnidadeFuncionaldeEstudosePlaneamentoemRH/EstudoseRelat%C3%B3rios/NecessidadesPrevisionaisdeRHemSa%C3%BAdeM%C3%A9dicos/tabid/451/language/pt-PT/Default.aspx> .]

MINISTÉRIO DA SAÚDE. ADMINISTRAÇÃO CENTRAL DO SISTEMA DE SAÚDE, IP – Actuais e Futuras Necessidades Previsionais de Médicos (SNS). ACSS, 2011. [Em linha]. [Consult. Nov. 2011] [Disponível em: <http://saudeimpostos.files.wordpress.com/2011/10/actuais-e-futuras-necessidades-previsionais-de-mc3a9dicos-sns-acss-9-2011.pdf> .]

MINISTÉRIO DA SAÚDE. ADMINISTRAÇÃO CENTRAL DO SISTEMA DE SAÚDE. ADMINISTRAÇÃO REGIONAL DE SAÚDE DO NORTE, IP. - Relatório de Reordenamento hospitalar da área metropolitana do Porto. Ministério da Saúde, 2009 [Em linha]. [Consult. Nov. 2011] [Disponível em: www.min-saude.pt .]

MINISTÉRIO DA SAÚDE. ALTO COMISSARIADO DA SAÚDE- Plano Nacional de Saúde 2011-2016. Ministério da Saúde, 2010 [Em linha]. [Consult. Nov. 2011] [Disponível em: <http://www.acs.min-saude.pt/pns2011-2016/> .]

MINISTÉRIO DA SAÚDE. DIRECÇÃO-GERAL DE SAÚDE - Relatório do Sistema SIM-Cidadão 2010. DGS, [Em linha]. [Consult. Nov. 2011] [Disponível em: <http://www.min-saude.pt/NR/rdonlyres/6DEA76E2-F4EC-465B-BC9C-DDFBC198B22C/0/SimCidadaoRelatorio2010.pdf> .]

MINISTÉRIO DA SAÚDE. ENTIDADE REGULADORA DA SAÚDE – Análise da Sustentabilidade Financeira do Serviço Nacional de Saúde. ERS, 2011. [Em linha]. [Consult. Nov. 2011] [Disponível em: <http://www.ers.pt/actividades/estudos/Relatorio%20Sustentabilidade%20do%20SNS.pdf> .]

MINISTÉRIO DA SAÚDE. ENTIDADE REGULADORA DA SAÚDE - Relatório Final: Consentimento Informado. ERS. 2009. [Em linha]. [Consult. Nov. 2011] [Disponível em: <http://www.ers.pt/actividades/pareceres-e-recomendacoes/Estudo-CI.pdf>.]

MINISTÉRIO DA SAÚDE. ENTIDADE REGULADORA DA SAÚDE, IP – Relatório sobre a Rede Hospitalar com Financiamento Público. Relatório de Progresso. ERS. Julho de 2011. [Em linha]. [Consult. Nov. 2011] [Disponível em: <http://www.ers.pt/actividades/estudos/relatorio-sobre-a-rede-hospitalar-com-financiamento-publico>.]

MINISTÉRIO DA SAÚDE. GRUPO TÉCNICO PARA A REFORMA DA ORGANIZAÇÃO INTERNA DOS HOSPITAIS - A governação interna e a governação dos hospitais. Secretaria-Geral do Ministério da Saúde. 2011. [Em linha]. [Consult. Nov. 2011] [Disponível em: <http://www.spmi.pt/pdf/RelatorioFinalGTHospitaisVersaoFinal2.pdf> .]

MINISTÉRIO DA SAÚDE. INFARMED, IP - Consumo de Medicamentos em Meio Hospitalar, Relatórios Mensais, INFARMED. Setembro de 2011. [Em linha]. [Consult. Nov. 2011] [Disponível em: http://www.rcmpharma.com/sites/default/files/inf/files/CHNM_SET2011.pdf .]

MINISTÉRIO DA SAÚDE. UNIDADE DE MISSÃO PARA OS CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS. Relatório de monitorização do desenvolvimento e da actividade da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI): 1º semestre 2010. Ministério da Saúde. 2010. [Em linha]. [Consult. Nov. 2011] [Disponível em: http://www.observaport.org/sites/observaport.org/files/Relatorio_desenvolvimento_actividadeRNCCI_1semebre2010.pdf .]

MINISTÉRIO DAS FINANÇAS E DA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA. DIRECÇÃO-GERAL DO TESOURO E FINANÇAS – Princípios de Bom Governo. Relatório de 2010. [Em linha]. [Consult. Nov. 2011] [Disponível em: <http://www.dgtf.pt/sector-empresarial-do-estado-see/relatorios-dos-principios-de-bom-governo> .]

MINISTÉRIO DAS FINANÇAS E DA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA. DIRECÇÃO-GERAL DO TESOURO E FINANÇAS – Princípios de Bom Governo. Relatório de 2009. [Em linha]. [Consult. Nov. 2011] [Disponível em: <http://www.dgtf.pt/sector-empresarial-do-estado-see/relatorios-dos-principios-de-bom-governo> .]

MINISTRY OF SOCIAL AFFAIRS AND HEALTH - Medicines Policy 2020: Towards efficient, safe, rational and cost-effective use of medicines. Helsinki University Press. 2011. [Em linha]. [Consult. Nov. 2011] [Disponível em: http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=2765155&name=DLFE-15667.pdf .]

MUNTON, T. et al — Evidence: Getting out of Hospital? Health Foundaton. 2011 [Em linha]. [Consult. Nov. 2011] [Disponível em: <http://www.health.org.uk/public/cms/75/76/313/2539/Getting%20out%20of%20hospital%20full%20version.pdf?realName=khHFDl.pdf> .]

NATIONAL HEALTH SERVICE (NHS) CONFEDERATION - An NHS for patients: *Reform* submission to the NHS Future Forum. NHS, 2011 [Em linha]. [Consult. Nov. 2011] [Disponível em: http://www.reform.co.uk/resources/0000/0278/An_NHS_for_patients.pdf .]

NATIONAL HEALTH SERVICE (NHS) MODERNISATION AGENCY - 10 High Impact Changes for service improvement and delivery: a guide for NHS leaders. NHS. 2004 [Em linha]. [Consult. Nov. 2011] [Disponível em:

http://www.alcohollearningcentre.org.uk/library/Resources/ALC/OtherOrganisation/High_Impact_Changes_Health_Service_Improvement.pdf .]

NATIONAL HEALTH SERVICE (NHS). INSTITUTE FOR INNOVATION AND IMPROVEMENT - Inspiring Change in the NHS: Introducing the Five Frames. NHS. 2009 [Em linha]. [Consult. Nov. 2011] [Disponível em: <http://www.nhsbreakingthrough.co.uk/Pdfs/Inspiring%20Change%20in%20the%20NHS.pdf> .]

NUNES, R.; REGO, G. - Gestão Empresarial dos Serviços Públicos, Uma Aplicação ao Sector da Saúde. Porto: Vida Económica – Editorial, S.A.. 2008

NUNES, R.; REGO, G. - Prioridades na Saúde. Lisboa: Editora McGraw-Hill de Portugal, Lda. 2002

OBSERVATÓRIO PORTUGUÊS DOS SISTEMAS DE SAÚDE - O Estado da Saúde e a Saúde do Estado. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública. 2002

OBSERVATÓRIO PORTUGUÊS DOS SISTEMAS DE SAÚDE - Saúde que rupturas? Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública. 2003

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE - European health for all database (HFA-DB). [Em linha]. [Consult. Nov. 2011] [Disponível em: <http://data.euro.who.int/hfadbf/> .]

ORGANIZAÇÃO PARA A COOPERAÇÃO E DESENVOLVIMENTO ECONÓMICO (OCDE) - Health Data 2011: Statistics and indicators for 30 countries. [Em linha]. [Consult. Nov. 2011] [Disponível em: http://www.oecd.org/document/30/0,3746,en_2649_37407_12968734_1_1_1_37407,00.html .]

ORGANIZAÇÃO PARA A COOPERAÇÃO E DESENVOLVIMENTO ECONÓMICO (OCDE) - Citizens as Partners: information, consultation and public participation in policy-making. 2001 [Em linha]. [Consult. Nov. 2011] Disponível em: http://www.ezd.si/fileadmin/doc/4_AKTIVNO_DRZAVLJANSTVO/Viri/Citizens_as_partners_hanbook_oecd.pdf

ORGANIZAÇÃO PARA A COOPERAÇÃO E DESENVOLVIMENTO ECONÓMICO (OCDE) - Together for Better Public Services: Partnering with Citizens and Civil Society. 2011

PARKER, V. *et al.* — Clinical service lines in integrated delivery systems: an initial framework and exploration. *Journal of Healthcare Management*. 46: 4 (2001) 261-275

PENÃ, J.; GIL, O. – E-Health for Patient Empowerment in Europe. Ministerio de Sanidad y Consumo e Instituto de Salud Carlos III. 2007 [Em linha]. [Consult. Nov. 2011] [Disponível em: http://ec.europa.eu/information_society/activities/health/docs/publications/eh_era-patient-empower.pdf .]

PISCO, L. *et al* - Gestão da Doença & Qualidade em Saúde. Comissão Sectorial da Saúde do IPO. 2000

PORTER, M. ; TEISBERG, E. - Redefining Health Care, Creating Value-Based Competition on Results. Harvard Business School Press. 2006

PREKER, A. - Innovations in Health Service Delivery, the Corporization of Public Hospitals. Washington, The World Bank. 2003

PRESIDÊNCIA DO CONSELHO DE MINISTROS. Memorando de Entendimento sobre Condicionalidades Específicas de Política Económica, CE/BCE/FMI, Maio de 2011/1ª Rev., 2011 [Em linha]. [Consult. Nov. 2011] [Disponível em: http://www.portugal.gov.pt/pt/GC19/Documentos/Programa_GC19.pdf .]

PRESIDÊNCIA DO CONSELHO DE MINISTROS. Programa do XIX Governo Constitucional. 2011 [Em linha]. [Consult. Nov. 2011] [Disponível em: http://www.portugal.gov.pt/pt/GC19/Documentos/Programa_GC19.pdf .]

REGO, G. - Gestão empresarial dos Serviços Públicos: uma aplicação ao sector da saúde. Porto: Vida Económica. 2008

REIS, V. - Gestão em Saúde: um espaço de diferença. Lisboa: Companhia das Ideias. 2007

ROCK, D.; PLEDGE, M. - Priorities of care for the walking wounded: Triage in accident and emergency. *Prof Nurse*. 1991 May;6(8):463-5.

ROSENTHAL, J.; GAUTHIER, A.; ARONS A. - State strategies to improve quality and efficiency: making the most of opportunities in national health reform. Commonwealth Fund. National Academy for State Health Policy. 2010

ROYAL COLLEGE OF GENERAL PRACTITIONERS - Effective Patient and Public Involvement: Briefing Guide. RCGP [Centre for Commissioning](http://commissioning.rcgp.org.uk/wp-content/uploads/2011/09/RCGP-Effective-PPI-Briefing-Guide.pdf). 2011 [Em linha]. [Consult. Nov. 2011] [Disponível em: <http://commissioning.rcgp.org.uk/wp-content/uploads/2011/09/RCGP-Effective-PPI-Briefing-Guide.pdf> .]

SAKELLARIDES, C. - De Alma a Harry: crónica da democratização da saúde. Coimbra: Editora Almedina, 2006

SALE, D. - Garantia da Qualidade nos Cuidados de Saúde: para os Profissionais da Equipa de Saúde. Lisboa: Principia - Publicações Universitárias e Científicas. 1998

SANTANA, P. - Geografias da Saúde e do Desenvolvimento, Evolução e Tendências em Portugal. Coimbra: Edições Almedina, S.A. 2005.

SHORTELL, S. et al - Integrating health care delivery. *Healthcare Forum Journal*. 43:6 (2000) 35-39.

SHORTELL, S. *et al.* - Creating organized delivery systems: the barriers and facilitators. *Hospital and Health Services Administration*. 38:4 (1993) 447-466.

SICOTTE, C.; D'AMOUR, D.; MOREAULT, M. - Interdisciplinary collaboration within Quebec community health care centers. *Social Science & Medicine*. 55. 991 – 1003. (2002) [Em linha]. [Consult. Nov. 2011] [Disponível em: http://www.sciencedirect.com/science?_ob=MasImageURL&_cid=271821&_user=2503198&_pii=S0277953601002325&_check=y&_origin=&_coverDate=30-Sep-2002&view=c&wchp=dGLzVIB-zSkzS&md5=ddbe87f3be200cdf57eb9695a9798a32/1-s2.0-S0277953601002325-main.pdf .]

SILOW-CARROLL, S. ; ALTERAS, T. - Stretching state health care dollars during difficult economic times. The Commonwealth Fund. 2004 [Em linha]. [Consult. Nov. 2011] [Disponível em: http://www.commonwealthfund.org/usr_doc/783_Silow-Carroll_stretching_caregmt.pdf .]

SORENSEN, C.; DRUMMOND, M.; KANAVOS P. - Ensuring Value for Money in Health Care: The role of health technology assessment in the European Union. European Observatory on Health Systems and Policies. 2008

TRIBUNAL DE CONTAS – Auditoria à Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde – INFARMED, I.P., e ao mercado do medicamento. Relatório n.º 20/2011 Processo n.º 41/2010 – Audit. 2011. [Em linha]. [Consult. Nov. 2011] [Disponível em: http://www.tcontas.pt/pt/actos/rel_auditoria/2011/2s/audit-dgtc-rel020-2011-2s.shtm .]

TRIBUNAL DE CONTAS – Auditoria ao Sistema Remuneratório dos Gestores Hospitalares e aos Princípios e Boas Práticas de Governação dos Hospitais E.P.E.. Relatório n.º 17/2011 Processo n.º 20/10 – Audit. 2011.2011. [Em linha]. [Consult. Nov. 2011] [Disponível em: http://www.tcontas.pt/pt/actos/rel_auditoria/2011/2s/audit-dgtc-rel017-2011-2s.pdf .]

TRIBUNAL DE CONTAS – Auditoria de Resultados ao Programa de Intervenção em Oftalmologia. RELATÓRIO n.º 48/2010. Processo n.º 49/2009 – AUDIT. Volume I. 2011. [Em linha]. [Consult. Nov. 2011] [Disponível em: http://www.tcontas.pt/pt/actos/rel_auditoria/2010/audit-dgtc-rel048-2010-2s.pdf .]

TRIBUNAL DE CONTAS – Auditoria Orientada à Consolidação de Contas e à Situação Económico-Financeira do SNS 2008-2009. RELATÓRIO n.º 16/2011. Processo n.º 37/2009 – AUDIT. Volume I. 2011. [Em linha]. [Consult. Nov. 2011] [Disponível em: http://www.tcontas.pt/pt/actos/rel_auditoria/2011/2s/audit-dgtc-rel016-2011-2s.pdf .]

VERZULLI, R.; JACOBS, R.; GODDARD, M. - Do Hospitals Respond to Greater Autonomy?—Evidence from the English NHS. Centre for Health Economics, University of York. 2011. [Em linha]. [Consult. Nov. 2011] [Disponível em: http://www.york.ac.uk/media/che/documents/papers/researchpapers/RP64_Foundation_Trusts.pdf .]

VOGLER, S.; HABL, C.; LEOPLD, C.; MAZAG, J.; MORAK, S.; ZIMMERMANN, N. - PHIS (Pharmaceutical Health Information System) Hospital Pharma Report. 2010. European Commission, Executive Agency for Health and Consumers (EAHC), Austrian Federal Ministry of Health (BMG), Maio. 2010, [Em linha]. [Consult. Nov. 2011] [Disponível em: http://ec.europa.eu/health/healthcare/docs/phishospitalpharma_report_en.pdf .]

WALDROP, RD.; HARPER, DE. ; MANDRY, C. - Prospective assessment of triage in an urban emergency department. South Med J. 1997 Dec;90(12):1208-12.

WILLIAMS, RM. - Triage and emergency department services. Ann Emerg Med. 1996 Apr;27(4):506-8

WOOD, JP. - Identification and triage of nonemergency patients from the ED. Ann Emerg Med. 1995 Aug;26(2):243; author reply 243-4

YOUNG, GP.; WAGNER MB.; KELLERMANN AL.; ELLIS J.; BOULEY D. - Ambulatory visits to hospital emergency departments. Patterns and reasons for use. 24 Hours in the ED Study Group. JAMA. 1996 Aug 14;276(6):460-5.

[Sem indicação de autores] - Ethics of emergency department triage: SAEM position statement. SAEM Ethics Committee (Society for Academic Emergency Medicine). Acad Emerg Med. 1995 Nov;2(11):990-5

8. ANEXOS

8.1 COMPOSIÇÃO DO PARQUE HOSPITALAR

Anexo_8.1

Quadro A.1 - Distribuição do Parque Hospitalar por Tipo e por Região de Saúde - em 30/06/2011

Regiões de Saúde	Tipo de Unidade Hospitalar						TOTAL	% Rel.
	Hospitais SPA	Hospitais EPE				Hospitais em regime de ppp		
		CH	H*	ULS	Subtotal			
ARS Norte		9	3	3	15	1	16	30%
ARS Centro	4	5	2	2	9		13	25%
ARS LVT	5	6	5		11	2	18	34%
ARS Alentejo			2	2	4		4	8%
ARS Algarve		1	1		2		2	4%
Total	9	21	13	7	41	3	53	100%

Fonte: Contributos para a Reforma Hospitalar, de Unidade Operacional de Investimentos, 'Outubro de 2011

Legenda: CH - Centro Hospitalar, H - Hospital incluindo IPO's, SPA - Sector Público Administrativo, * Inclui IPO's

Quadro A.2 – Composição do Parque Hospitalar - 30.06.2011

Unidade: Qtd e %

Composição do Parque Hospitalar	2010	% Rel.
Centros Hospitalares	21	40%
Hospitais	22	42%
Institutos Oncológicos	3	6%
Unidades Locais de Saúde	7	13%
Total	53	100%

Fonte: ACSS

Anexo_8.1

Quadro A.3 - Distribuição do Parque Hospitalar por Região de Saúde, Natureza Jurídica, Tipo e População

Unidade de Saúde	Região de Saúde	Grupo	Natureza Jurídica	Tipologia Hospitalar	Pop. Atração Directa (hab) (Census 2011) Nº Hab
Centro Hospitalar de Coimbra, EPE	ARS Centro	II	EPE	A1	434.360
Centro Hospitalar do Porto, EPE	ARS Norte	II	EPE	A1	304.523
Hospital de Curry Cabral, EPE	ARS LVT	I	EPE	A1	286.544
Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE	ARS LVT	II	EPE	A1	274.714
Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE	ARS LVT	II	EPE	A1	257.942
Hospital de São João, EPE	ARS Norte	II	EPE	A1	236.290
Hospital Garcia de Orta, EPE - Almada	ARS LVT	II	EPE	A2	380.462
Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho, EPE	ARS Norte	II	EPE	A2	333.888
Hospital de Braga (H. São Marcos), PPP	ARS Norte	---	PPP	A2	290.508
Hospital de São Teotónio, EPE - Viseu (CH Tondela Viseu, EPE)	ARS Centro	II	EPE	A2	287.122
Hospital de Faro, EPE	ARS Algarve	II	EPE	A2	286.598
Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE	ARS Norte	II	EPE	A2	281.057
Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE	ARS LVT	II	EPE	A2	280.960
Hospital do Espírito Santo de Évora, EPE	ARS Alentejo	II	EPE	A2	167.434
Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca, EPE	ARS LVT	II	EPE	B1	552.807
Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, EPE	ARS Norte	IV	EPE	B1	520.056
Centro Hospitalar de Entre o Douro e Vouga, EPE	ARS Norte	IV	EPE	B1	330.454
Hospital Infante D. Pedro, EPE - Aveiro (CH Baixo Vouga, EPE)	ARS Centro	IV	EPE	B1	285.888
Hospital de Santo André, EPE - Leiria	ARS Centro	IV	EPE	B1	261.378
Centro Hospitalar do Alto Ave, EPE	ARS Norte	IV	EPE	B1	256.671
Centro Hospitalar do Médio Tejo, EPE	ARS LVT	IV	EPE	B1	252.684
Unidade Local de Saúde do Alto Minho, EPE	ARS Norte	IV	EPE	B1	244.947
Centro Hospitalar do Médio Ave, EPE	ARS Norte	IV	EPE	B1	244.084
Hospital de Reynaldo dos Santos - Vila Franca de Xira	ARS LVT	IV	SPA	B1	243.444
Centro Hospitalar Barreiro Montijo, EPE	ARS LVT	IV	EPE	B1	214.226
Hospital Distrital de Santarém, EPE	ARS LVT	IV	EPE	B1	196.669
Centro Hospitalar de Setúbal, EPE	ARS LVT	IV	EPE	B1	183.340
H. José de Almeida (Cascais), PPP	ARS LVT	---	PPP	B2	205.117
Centro Hospitalar do Oeste Norte	ARS LVT	IV	SPA	B2	175.749
Unidade Local de Saúde de Matosinhos, EPE	ARS Norte	IV	EPE	B2	174.931
Centro Hospitalar de Torres Vedras	ARS LVT	IV	SPA	B2	172.844
Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio, EPE	ARS Algarve	IV	EPE	B2	163.886
Unidade Local de Saúde da Guarda, EPE	ARS Centro	IV	EPE	B2	155.410
Centro Hospitalar do Nordeste, EPE	ARS Norte	IV	EPE	B2	143.777
Centro Hospitalar Póvoa de Varzim/Vila do Conde, EPE	ARS Norte	IV	EPE	B2	142.754
Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, EPE	ARS Alentejo	IV	EPE	B2	139.602
Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano, EPE	ARS Alentejo	IV	EPE	B2	118.952
Unidade Local de Saúde de Castelo Branco, EPE	ARS Centro	IV	EPE	B2	108.202
Hospital Distrital da Figueira da Foz, EPE	ARS Centro	IV	EPE	B2	88.338
Centro Hospitalar da Cova da Beira, EPE	ARS Centro	IV	EPE	B2	87.747
Hospital do Litoral Alentejano, E. P. E.	ARS Alentejo	IV	EPE	B2	84.918
Hospital de Santa Maria Maior, EPE - Barcelos	ARS Norte	IV	EPE	Proximidade	154.853
Hospital Dr. Francisco Zagalo - Ovar	ARS Centro	III	SPA	Proximidade	55.337
Hospital Arcebispo João Crisóstomo - Cantanhede	ARS Centro	III	SPA	Proximidade	36.574
Hospital de José Luciano de Castro - Anadia	ARS Centro	III	SPA	Proximidade	29142
Hospital de Joaquim Urbano	ARS Norte	I	SPA	---	---
Hospital de Magalhães Lemos, EPE	ARS Norte	I	EPE	---	---
Hospital Nossa Senhora da Conceição - Valongo	ARS Norte	III	SPA	---	---
IPO Porto Francisco Gentil, EPE	ARS Norte	I	EPE	---	---
Centro Hospitalar Psiquiátrico de Coimbra	ARS Centro	---	SPA	---	---
CMR Região Centro - Rovisco Pais	ARS Centro	I	SPA	---	---
Hospitais da Universidade de Coimbra, EPE	ARS Centro	II	EPE	---	---
Hospital Cândido de Figueiredo - Tondela	ARS Centro	III	SPA	---	---
Hospital Distrital de Águeda	ARS Centro	IV	SPA	---	---
Hospital Distrital de Pombal	ARS Centro	III	SPA	---	---
Hospital Visconde de Salreu - Estarreja	ARS Centro	III	SPA	---	---
IPO Coimbra Francisco Gentil, EPE	ARS Centro	I	EPE	---	---
Centro Oft. Alameda	ARS LVT	---	---	---	---
Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa	ARS LVT	---	SPA	---	---
Instituto de Oftalmologia Dr. Gama Pinto	ARS LVT	I	SPA	---	---
IPO Lisboa Francisco Gentil, EPE	ARS LVT	I	EPE	---	---
Maternidade Dr. Alfredo da Costa	ARS LVT	I	SPA	---	---

Fonte: ACSS

8.2 SITUAÇÃO FINANCEIRA DOS HOSPITAIS

Anexo_8.2

Quadro A.4 - Evolução do total do Passivo (universo comparável) - 2007 a 2010

Natureza Jurídica	Regiões de Saúde	2007		2008		2009		2010		População em 2010	
		em Eur	% Rel	em Eur	% Rel	em Eur	% Rel	em Eur	% Rel	Nº Hab.	% Rel
EPE	ARSN	654.282.689	30%	706.764.292	27%	1.114.181.112	31%	1.159.455.327	25%	3.741.092	37%
	ARSC	308.554.218	14%	488.716.615	18%	664.970.293	19%	1.054.984.362	23%	1.771.241	17%
	ARSLVT	997.632.540	46%	1.116.515.912	42%	1.338.239.505	38%	1.698.915.188	37%	3.694.586	36%
	ARSALENT	99.482.483	5%	168.687.148	6%	158.051.477	4%	212.174.805	5%	499.038	5%
	ARSALG	87.351.031	4%	164.824.747	6%	272.865.589	8%	476.891.289	10%	437.643	4%
	Total EPE	2.147.302.961	100%	2.645.508.714	100%	3.548.307.976	100%	4.602.420.970	100%	10.143.600	100%
SPA	ARSN	12.144.834	10%	15.065.001	12%	17.695.433	10%	22.133.537	12%	3.741.092	37%
	ARSC	43.479.917	37%	48.337.077	37%	49.978.723	28%	48.085.464	27%	1.771.241	17%
	ARSLVT	62.060.769	53%	66.979.947	51%	110.264.445	62%	109.835.156	61%	3.694.586	36%
	ARSALENT									499.038	5%
	ARSALG									437.643	4%
	Total SPA	117.685.520	100%	130.382.026	100%	177.938.600	100%	180.054.157	100%	10.143.600	100%
EPE + SPA	ARSN	666.427.523	29%	721.829.294	26%	1.131.876.544	30%	1.181.588.864	25%	3.741.092	37%
	ARSC	352.034.135	16%	537.053.692	19%	714.949.016	19%	1.103.069.826	23%	1.771.241	17%
	ARSLVT	1.059.693.309	47%	1.183.495.859	43%	1.448.503.950	39%	1.808.750.344	38%	3.694.586	36%
	ARSALENT	99.482.483	4%	168.687.148	6%	158.051.477	4%	212.174.805	4%	499.038	5%
	ARSALG	87.351.031	4%	164.824.747	6%	272.865.589	7%	476.891.289	10%	437.643	4%
	Total EPE+SPA	2.264.988.481	100%	2.775.890.740	100%	3.726.246.576	100%	4.782.475.127	100%	10.143.600	100%

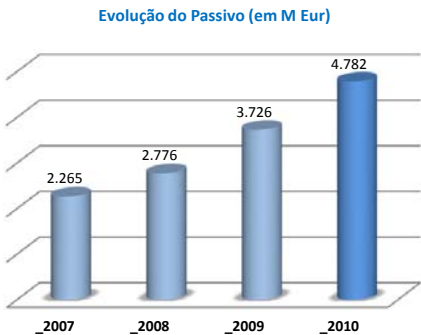
Fonte: ACSS

Quadro A.4.1 - Síntese da Evolução do Passivo - 2007 a 2010

EPE's (ano de criação)	Passivo Acumulado (M Eur)
_2007	2.265
_2008	2.776
_2009	3.726
_2010	4.782
Média (4 anos)	3.387

Fonte: ACSS

Gráfico A.1 - Síntese da Evolução do Passivo - 2007 a 2010



Fonte: ACSS

Anexo_8.2

Quadro A.5 - Situação Económica - 2010

Unidade de Saúde	Regiões de Saúde	Grupo	Natureza Jurídica	Pop. Atração Directa (hab) (Census 2011)	Proveitos (2010) em Eur	Custos (2010) em Eur
Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE	ARS LVT	II	EPE	257.942	448.507.960	447.490.024
Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE	ARS LVT	II	EPE	274.714	343.176.765	380.236.365
Hospital de São João, EPE	ARS Norte	II	EPE	236.290	347.751.288	347.360.420
Hospitais da Universidade de Coimbra, EPE	ARS Centro	II	EPE	....	294.973.646	294.425.256
Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE	ARS LVT	II	EPE	280.960	231.554.879	273.626.557
Centro Hospitalar do Porto, EPE	ARS Norte	II	EPE	304.523	255.027.579	271.653.790
Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho, EPE	ARS Norte	II	EPE	333.888	169.299.737	168.831.496
Centro Hospitalar de Coimbra, EPE	ARS Centro	II	EPE	434.360	147.816.246	168.334.885
Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca, EPE	ARS LVT	II	EPE	552.807	165.726.453	164.253.253
Hospital Garcia de Orta, EPE - Almada	ARS LVT	II	EPE	380.462	138.716.766	164.018.998
Unidade Local de Saúde do Alto Minho, EPE	ARS Norte	IV	EPE	244.947	152.079.418	150.461.870
Hospital de Faro, EPE	ARS Algarve	II	EPE	286.598	130.423.071	148.647.144
Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE	ARS Norte	II	EPE	281.057	136.541.752	135.795.370
IPO Porto Francisco Gentil, EPE	ARS Norte	I	EPE	....	150.969.166	134.824.318
IPO Lisboa Francisco Gentil, EPE	ARS LVT	I	EPE	....	121.821.673	134.802.361
Unidade Local de Saúde de Matosinhos, EPE	ARS Norte	IV	EPE	174.931	138.699.170	134.632.246
Hospital de Curry Cabral, EPE (1)	ARS LVT	I	EPE	286.544	119.457.753	121.255.629
Centro Hospitalar de Setúbal, EPE	ARS LVT	IV	EPE	183.340	88.406.633	118.917.741
Hospital de São Teotónio, EPE - Viseu (CH Tondela Viseu, EPE)	ARS Centro	II	EPE	287.122	113.947.502	111.625.338
Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, EPE	ARS Alentejo	IV	EPE	139.602	94.673.263	108.667.936
Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano, EPE	ARS Alentejo	IV	EPE	118.952	108.278.696	108.152.222
Centro Hospitalar do Médio Tejo, EPE	ARS LVT	IV	EPE	252.684	84.356.955	107.551.879
Unidade Local de Saúde da Guarda, EPE	ARS Centro	IV	EPE	155.410	99.037.855	98.969.769
Centro Hospitalar de Entre o Douro e Vouga, EPE	ARS Norte	IV	EPE	330.454	95.502.338	95.029.997
Centro Hospitalar do Alto Ave, EPE	ARS Norte	IV	EPE	256.671	84.159.542	94.613.672
Centro Hospitalar Barreiro Montijo, EPE	ARS LVT	IV	EPE	214.226	71.633.624	92.112.844
Hospital do Espírito Santo de Évora, EPE	ARS Alentejo	II	EPE	167.434	87.969.455	89.787.912
Hospital Distrital de Santarém, EPE	ARS LVT	IV	EPE	196.669	69.969.742	84.556.137
Unidade Local de Saúde de Castelo Branco, EPE	ARS Centro	IV	EPE	108.202	79.711.522	84.136.182
Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio, EPE	ARS Algarve	IV	EPE	163.886	73.541.140	84.021.286
Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, EPE	ARS Norte	IV	EPE	520.056	86.286.193	83.846.689
Hospital de Santo André, EPE - Leiria	ARS Centro	IV	EPE	261.378	82.903.698	77.884.123
Hospital Infante D. Pedro, EPE - Aveiro (CH Baixo Vouga, EPE)	ARS Centro	IV	EPE	285.888	61.567.432	74.890.791
Centro Hospitalar do Nordeste, EPE	ARS Norte	IV	EPE	143.777	53.800.995	68.780.842
Centro Hospitalar do Oeste Norte	ARS LVT	IV	SPA	175.749	64.755.259	63.660.550
Centro Hospitalar da Cova da Beira, EPE	ARS Centro	IV	EPE	87.747	62.097.075	62.665.723
Centro Hospitalar do Médio Ave, EPE	ARS Norte	IV	EPE	244.084	56.619.007	58.145.002
IPO Coimbra Francisco Gentil, EPE	ARS Centro	I	EPE	....	56.990.935	52.901.000
Centro Hospitalar de Torres Vedras	ARS LVT	IV	SPA	172.844	46.191.596	45.514.943
Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa	ARS LVT		SPA	....	35.992.402	42.627.753
Hospital de Reynaldo dos Santos - Vila Franca de Xira	ARS LVT	IV	SPA	243.444	37.365.712	37.194.845
Maternidade Dr. Alfredo da Costa	ARS LVT	I	SPA	....	31.536.551	36.680.356
Hospital do Litoral Alentejano, E. P. E.	ARS Alentejo	IV	EPE	84.918	25.854.593	35.782.979
Hospital Distrital da Figueira da Foz, EPE	ARS Centro	IV	EPE	88.338	29.789.854	33.459.300
Centro Hospitalar Póvoa de Varzim/Vila do Conde, EPE	ARS Norte	IV	EPE	142.754	27.259.385	31.414.736
Hospital de Santa Maria Maior, EPE - Barcelos	ARS Norte	IV	EPE	154.853	25.359.475	26.576.838
Hospital de Joaquim Urbano	ARS Norte	I	SPA	....	22.718.026	25.829.065
Hospital de Magalhães Lemos, EPE	ARS Norte	I	EPE	....	19.207.236	20.592.967
Centro Hospitalar Psiquiátrico de Coimbra	ARS Centro		SPA	....	20.457.052	19.931.930
Hospital Distrital de Águeda	ARS Centro	IV	SPA	....	12.606.224	12.752.145
Hospital Nossa Senhora da Conceição - Valongo	ARS Norte	III	SPA	....	9.309.828	10.373.396
Hospital Dr. Francisco Zagalo - Ovar	ARS Centro	III	SPA	55.337	9.846.964	9.929.263
CMR Região Centro - Rovisco Pais	ARS Centro	I	SPA	....	8.005.735	8.863.053
Hospital Distrital de Pombal	ARS Centro	III	SPA	....	7.765.941	8.797.669
Instituto de Oftalmologia Dr. Gama Pinto	ARS LVT	I	SPA	....	8.143.779	7.192.865
Hospital Cândido de Figueiredo - Tondela	ARS Centro	III	SPA	....	7.926.238	6.508.894
Hospital Arcebispo João Crisóstomo - Cantanhede	ARS Centro	III	SPA	36.574	6.917.288	6.247.037
Hospital Visconde de Salreu - Estarreja	ARS Centro	III	SPA	....	5.142.296	5.254.530
Hospital de José Luciano de Castro - Anadia	ARS Centro	III	SPA	29.142	5.366.792	4.957.223
Centro Oft. Alameda	ARS LVT		....	....	....	....
H José de Almeida (Cascais), PPP	ARS LVT		PPP	205.117	....	....
Hospital de Braga (H. São Marcos), PPP	ARS Norte		PPP	290.508	....	....

Fonte: ACSS

Quadro A.5.1 - Síntese da Situação Financeira - 2010

Unidades de Saúde	P&L 2010 (em Eur)
Proveitos	5.571.515.151
Custos	5.898.049.404
RLE	-326.534.253

Fonte: ACSS

Anexo_8.2

Quadro A.6 - Síntese Global da Situação Económica Por Cluster - 2010

Clusters	Proveitos em Eur	Custos em Eur
Grupo I	538.850.854	542.941.613
Grupo II	3.011.433.098	3.166.086.809
Grupo III	52.275.347	52.068.013
Grupo IV	1.912.506.399	2.074.393.286
Outros	56.449.453	62.559.683
Total Geral (2010)	5.571.515.151	5.898.049.404

Fonte: ACSS

Quadro A.6.1 - Síntese da Situação Económica Por Cluster - 2010 (Peso Relativo)

Clusters	Proveitos % Rel	Custos % Rel
Grupo I	10%	9%
Grupo II	54%	54%
Grupo III	1%	1%
Grupo IV	34%	35%
Outros	1%	1%
Total Geral (2010)	100%	100%

Fonte: ACSS

Quadro A.6.2 - Síntese da Situação Económica Por Cluster (I) - 2010

Cluster I	Proveitos em Eur	Custos em Eur
IPO Porto Francisco Gentil, EPE	150.969.166	134.824.318
IPO Lisboa Francisco Gentil, EPE	121.821.673	134.802.361
Hospital de Curry Cabral, EPE (1)	119.457.753	121.255.629
IPO Coimbra Francisco Gentil, EPE	56.990.935	52.901.000
Maternidade Dr. Alfredo da Costa	31.536.551	36.680.356
Hospital de Joaquim Urbano	22.718.026	25.829.065
Hospital de Magalhães Lemos, EPE	19.207.236	20.592.967
CMR Região Centro - Rovisco Pais	8.005.735	8.863.053
Instituto de Oftalmologia Dr. Gama Pinto	8.143.779	7.192.865
Total Cluster I	538.850.854	542.941.613

Fonte: ACSS

Quadro A.6.3 - Síntese da Situação Económica Por Cluster (II) - 2010

Cluster II	Proveitos em Eur	Custos em Eur
Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE	448.507.960	447.490.024
Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE	343.176.765	380.236.365
Hospital de São João, EPE	347.751.288	347.360.420
Hospitais da Universidade de Coimbra, EPE **	294.973.646	294.425.256
Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE	231.554.879	273.626.557
Centro Hospitalar do Porto, EPE *	255.027.579	271.653.790
Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho, EPE	169.299.737	168.831.496
Centro Hospitalar de Coimbra, EPE	147.816.246	168.334.885
Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca, EPE	165.726.453	164.253.253
Hospital Garcia de Orta, EPE - Almada	138.716.766	164.018.998
Hospital de Faro, EPE	130.423.071	148.647.144
Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE	136.541.752	135.795.370
Hospital de São Teotónio, EPE - Viseu (CH Tondela Viseu, EPE)	113.947.502	111.625.338
Hospital do Espírito Santo de Évora, EPE	87.969.455	89.787.912
Total Cluster II	3.011.433.098	3.166.086.809

Fonte: ACSS

Anexo_8.2

Quadro A.6.4 - Síntese da Situação Económica Por Cluster (III) - 2010

Cluster III	Proveitos em Eur	Custos em Eur
Hospital Nossa Senhora da Conceição - Valongo	9.309.828	10.373.396
Hospital Dr. Francisco Zagalo - Ovar	9.846.964	9.929.263
Hospital Distrital de Pombal *	7.765.941	8.797.669
Hospital Cândido de Figueiredo - Tondela	7.926.238	6.508.894
Hospital Arcebispo João Crisóstomo - Cantanhede	6.917.288	6.247.037
Hospital Visconde de Salreu - Estarreja	5.142.296	5.254.530
Hospital de José Luciano de Castro - Anadia	5.366.792	4.957.223
Total Cluster III	52.275.347	52.068.013

Fonte: ACSS

Quadro A.6.5 - Síntese da Situação Económica Por Cluster (IV) - 2010

Cluster III	Proveitos em Eur	Custos em Eur
Unidade Local de Saúde do Alto Minho, EPE	152.079.418	150.461.870
Unidade Local de Saúde de Matosinhos, EPE	138.699.170	134.632.246
Centro Hospitalar de Setúbal, EPE	88.406.633	118.917.741
Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, EPE	94.673.263	108.667.936
Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano, EPE	108.278.696	108.152.222
Centro Hospitalar do Médio Tejo, EPE	84.356.955	107.551.879
Unidade Local de Saúde da Guarda, EPE	99.037.855	98.969.769
Centro Hospitalar de Entre o Douro e Vouga, EPE	95.502.338	95.029.997
Centro Hospitalar do Alto Ave, EPE	84.159.542	94.613.672
Centro Hospitalar Barreiro Montijo, EPE	71.633.624	92.112.844
Hospital Distrital de Santarém, EPE	69.969.742	84.556.137
Unidade Local de Saúde de Castelo Branco, EPE	79.711.522	84.136.182
Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio, EPE	73.541.140	84.021.286
Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, EPE	86.286.193	83.846.689
Hospital de Santo André, EPE - Leiria	82.903.698	77.884.123
Hospital Infante D. Pedro, EPE - Aveiro (CH Baixo Vouga, EPE)	61.567.432	74.890.791
Centro Hospitalar do Nordeste, EPE	53.800.995	68.780.842
Centro Hospitalar do Oeste Norte	64.755.259	63.660.550
Centro Hospitalar da Cova da Beira, EPE	62.097.075	62.665.723
Centro Hospitalar do Médio Ave, EPE	56.619.007	58.145.002
Centro Hospitalar de Torres Vedras	46.191.596	45.514.943
Hospital de Reynaldo dos Santos - Vila Franca de Xira	37.365.712	37.194.845
Hospital do Litoral Alentejano, E. P. E.	25.854.593	35.782.979
Hospital Distrital da Figueira da Foz, EPE	29.789.854	33.459.300
Centro Hospitalar Póvoa de Varzim/Vila do Conde, EPE	27.259.385	31.414.736
Hospital de Santa Maria Maior, EPE - Barcelos	25.359.475	26.576.838
Hospital Distrital de Águeda	12.606.224	12.752.145
Total Cluster IV	1.912.506.399	2.074.393.286

Fonte: ACSS

Quadro A.6.6 - Síntese da Situação Económica Por Cluster (Outros) - 2010

Outros	Proveitos em Eur	Custos em Eur
Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa	35.992.402	42.627.753
Centro Hospitalar Psiquiátrico de Coimbra	20.457.052	19.931.930
Total Outros	56.449.453	62.559.683

Fonte: ACSS

Anexo_8.2

Quadro A.7 - Síntese da Situação Económica Por Cluster e Região de Saúde - 2010

Cluster e Regiões de Saúde	Proveitos em Eur	Custos em Eur
I	538.850.854	542.941.613
ARS Norte	192.894.428	181.246.350
ARS Centro	64.996.669	61.764.053
ARS LVT	280.959.757	299.931.211
II	3.011.433.098	3.166.086.809
ARS Norte	908.620.356	923.641.076
ARS Centro	556.737.393	574.385.478
ARS LVT	1.327.682.822	1.429.625.198
ARS Alentejo	87.969.455	89.787.912
ARS Algarve	130.423.071	148.647.144
III	52.275.347	52.068.013
ARS Norte	9.309.828	10.373.396
ARS Centro	42.965.519	41.694.617
IV	1.912.506.399	2.074.393.286
ARS Norte	719.765.525	743.501.892
ARS Centro	427.713.660	444.758.033
ARS LVT	462.679.522	549.508.938
ARS Alentejo	228.806.552	252.603.137
ARS Algarve	73.541.140	84.021.286
Outros	56.449.453	62.559.683
ARS Norte	0	
ARS Centro	20.457.052	19.931.930
ARS LVT	35.992.402	42.627.753
Total Geral	5.571.515.151	5.898.049.404

Fonte: ACSS

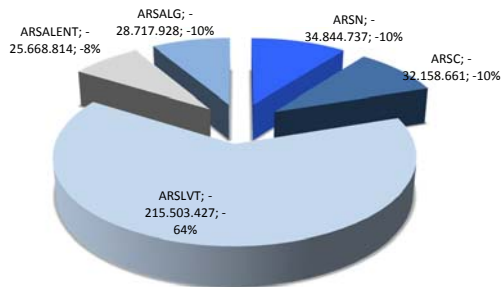
Anexo_8.2

Quadro A.8 - Evolução do total do Resultado Líquido do Exercício (universo comparável) - 2007 a 2010

Natureza Jurídica	Regiões de Saúde	2007		2008		2009		2010		População em 2010	
		em Eur	% Rel	em Eur	% Rel	em Eur	% Rel	em Eur	% Rel	Nº Hab.	% Rel
EPE	ARSN	-21.378.961	16%	-31.712.232	13%	-53.722.384	20%	-30.670.131	9%	3.741.092	37%
	ARSC	-2.377.236	2%	-4.398.374	2%	-24.793.141	9%	-32.951.444	10%	1.771.241	17%
	ARSLVT	-77.248.383	58%	-109.072.981	45%	-148.347.722	54%	-206.617.415	64%	3.694.586	36%
	ARSALENT	-18.210.151	14%	-50.735.966	21%	-19.165.017	7%	-25.668.814	8%	499.038	5%
	ARSALG	-14.806.082	11%	-44.046.902	18%	-27.705.649	10%	-28.717.928	9%	437.643	4%
	Total EPE	-134.020.813	100%	-239.966.454	100%	-273.733.912	100%	-324.625.733	100%	10.143.600	100%
SPA	ARSN	-3.449.311	44%	-1.114.549	5%	-451.372	5%	-4.174.606	34%	3.741.092	37%
	ARSC	421.215	-5%	-5.383.935	26%	3.674.972	-43%	792.783	-6%	1.771.241	17%
	ARSLVT	-4.761.912	61%	-14.485.249	69%	-11.690.279	138%	-8.886.012	72%	3.694.586	36%
	ARSALENT									499.038	5%
	ARSALG									437.643	4%
	Total SPA	-7.790.008	100%	-20.983.733	100%	-8.466.679	100%	-12.267.835	100%	10.143.600	100%
EPE + SPA	ARSN	-24.828.272	18%	-32.826.781	13%	-54.173.756	19%	-34.844.737	10%	3.741.092	37%
	ARSC	-1.956.021	1%	-9.782.309	4%	-21.118.169	7%	-32.158.661	10%	1.771.241	17%
	ARSLVT	-82.010.295	58%	-123.558.230	47%	-160.038.000	57%	-215.503.427	64%	3.694.586	36%
	ARSALENT	-18.210.151	13%	-50.735.966	19%	-19.165.017	7%	-25.668.814	8%	499.038	5%
	ARSALG	-14.806.082	10%	-44.046.902	17%	-27.705.649	10%	-28.717.928	9%	437.643	4%
	Total EPE+SPA	-141.810.821	100%	-260.950.188	100%	-282.200.591	100%	-336.893.567	100%	10.143.600	100%

Fonte: ACSS

Gráfico A.2 - Evolução do total do Resultado Líquido do Exercício (universo comparável) - 2010



Anexo_8.2

Quadro A.9 - Evolução do Balanço (universo comparável) - 2007 a 2010

Natureza Jurídica	Conta de Exploração	2007		2008		2009		2010	
		em Eur	% Rel	em Eur	% Rel	em Eur	% Rel	em Eur	% Rel
EPE	1. Activo.....	3.668.733.820	100%	4.039.347.063	100%	5.013.618.334	100%	5.869.566.899	100%
	2. Capital Próprio.....	1.521.430.859	41%	1.393.838.348	35%	1.465.310.358	29%	1.267.145.929	22%
	3. Passivo.....	2.147.302.961	59%	2.645.508.714	65%	3.548.307.976	71%	4.602.420.970	78%
	_ Fornecedores c/c	946.211.672	26%	458.293.880	11%	913.622.721	18%	1.404.639.781	24%
	_ Fornecedores Imobilizado c/c	70.087.271	2%	57.757.302	1%	86.736.235	2%	94.529.367	2%
SPA	1. Activo.....	145.606.606	100%	197.510.428	100%	225.888.993	100%	213.019.179	100%
	2. Capital Próprio.....	27.921.086	19%	67.128.403	34%	47.950.393	21%	32.965.022	15%
	3. Passivo.....	117.685.520	81%	130.382.026	66%	177.938.600	79%	180.054.157	85%
	_ Fornecedores c/c	32.694.972	22%	40.244.762	20%	67.419.625	30%	69.963.308	33%
	_ Fornecedores Imobilizado c/c	4.554.180	3%	5.457.810	3%	4.066.686	2%	4.366.114	2%
EPE + SPA	1. Activo.....	3.814.340.426	100%	4.236.857.491	100%	5.239.507.327	100%	6.082.586.077	100%
	2. Capital Próprio.....	1.549.351.946	41%	1.460.966.751	34%	1.513.260.751	29%	1.300.110.951	21%
	3. Passivo.....	2.264.988.481	59%	2.775.890.740	66%	3.726.246.576	71%	4.782.475.127	79%
	_ Fornecedores c/c	978.906.644	26%	498.538.641	12%	981.042.346	19%	1.474.603.089	24%
	_ Fornecedores Imobilizado c/c	74.641.451	2%	63.215.112	1%	90.802.922	2%	98.895.480	2%

Fonte: ACSS

Anexo_8.2

Quadro A.10 - Evolução do total do Resultado Líquido do Exercício e do Capital Próprio (universo comparável) - 2007 a

Natureza Jurídica	Regiões de Saúde	2007		2008		2009		2010		População em 2010	
		RLE	CP	RLE	CP	RLE	CP	RLE	CP	Nº Hab.	% Rel
EPE + SPA	ARSN	-24.828.272	632.366.665	-32.826.781	693.088.461	-54.173.756	736.367.023	-34.844.737	718.811.937	3.741.092	37%
	ARSC	-1.956.021	291.036.520	-9.782.309	262.733.507	-21.118.169	298.895.847	-32.158.661	301.829.124	1.771.241	17%
	ARSLVT	-82.010.295	563.589.956	-123.558.230	517.475.096	-160.038.000	491.744.021	-215.503.427	291.350.949	3.694.586	36%
	ARSALENT	-18.210.151	78.134.449	-50.735.966	42.165.044	-19.165.017	44.950.359	-25.668.814	30.224.963	499.038	5%
	ARSALG	-14.806.082	-15.775.644	-44.046.902	-54.495.357	-27.705.649	-58.696.499	-28.717.928	-42.106.022	437.643	4%
	Total EPE+SPA	-141.810.821	1.549.351.946	-260.950.188	1.460.966.751	-282.200.591	1.513.260.751	-336.893.567	1.300.110.951	10.143.600	100%

Fonte: ACS5

Legenda: RLE - Resultado Líquido do Exercício, CP - Capital Próprio

Quadro A.10.1 - Evolução do total do Resultado Líquido do Exercício (universo comparável) - 2007 a 2010

Natureza Jurídica	Regiões de Saúde	RESULTADO LÍQUIDO do EXERCÍCIO			
		2007	2008	2009	2010
EPE + SPA	ARSN	-24.828	-32.827	-54.174	-34.845
	ARSC	-1.956	-9.782	-21.118	-32.159
	ARSLVT	-82.010	-123.558	-160.038	-215.503
	ARSALENT	-18.210	-50.736	-19.165	-25.669
	ARSALG	-14.806	-44.047	-27.706	-28.718
	Total EPE+SPA	-141.811	-260.950	-282.201	-336.894

Fonte: ACS5

Quadro A.10.2 - Evolução do total do Capital Próprio (universo comparável) - 2007 a 2010

Natureza Jurídica	Regiões de Saúde	CAPITAL PRÓPRIO			
		2007	2008	2009	2010
EPE + SPA	ARSN	632.367	693.088	736.367	718.812
	ARSC	291.037	262.734	298.896	301.829
	ARSLVT	563.590	517.475	491.744	291.351
	ARSALENT	78.134	42.165	44.950	30.225
	ARSALG	-15.776	-54.495	-58.696	-42.106
	Total EPE+SPA	1.549.352	1.460.967	1.513.261	1.300.111

Fonte: ACS5

8.3 CONTA DE EXPLORAÇÃO DOS HOSPITAIS

Anexo_8.3

Quadro A.11 - Evolução da Conta de Exploração (universo comparável) - 2007 a 2010

Natureza Jurídica	Conta de Exploração	2007		2008		2009		2010	
		em Eur	% Rel	em Eur	% Rel	em Eur	% Rel	em Eur	% Rel
EPE	1. Proveitos.....	4.598.713.068	100%	4.693.816.781	100%	5.191.846.370	100%	5.231.467.469	100%
	_Proveitos Operacionais	4.387.178.991	95%	4.490.054.204	96%	5.040.632.830	97%	5.028.009.708	96%
	_Taxas Moderadoras	39.927.913	1%	43.791.658	1%	44.628.988	1%	43.671.898	1%
	2. Custos.....	4.723.597.113	100%	4.923.006.543	100%	5.455.349.813	100%	5.545.733.887	100%
	_Custos Operacionais	4.593.708.882	97%	4.813.547.597	98%	5.338.173.850	98%	5.425.545.105	98%
	_CMVMC	1.310.844.172	28%	1.372.168.610	28%	1.505.515.357	28%	1.542.433.703	28%
	_Medicamentos	816.737.577	17%	850.407.032	17%	937.976.523	17%	974.255.884	18%
	_FSE	653.073.589	14%	717.815.839	15%	858.543.228	16%	888.802.397	16%
	_Custos com Pessoal	2.448.004.375	52%	2.537.215.277	52%	2.780.105.585	51%	2.794.643.794	50%
	3. Resultado Operacional	-206.529.891	---	-323.493.393	---	-297.541.021	---	-397.535.397	---
SPA	4. Resultado Líquido do Exercício	-134.020.813	---	-239.966.454	---	-273.733.912	---	-324.625.733	---
	1. Proveitos.....	316.869.780	100%	298.229.787	100%	336.279.598	100%	340.047.682	100%
	_Proveitos Operacionais	300.030.208	95%	289.181.979	97%	328.186.588	98%	323.359.974	95%
	_Taxas Moderadoras	3.850.378	1%	3.715.220	1%	3.448.421	1%	3.037.641	1%
	2. Custos.....	330.380.866	100%	330.651.687	100%	344.976.485	100%	352.315.517	100%
	_Custos Operacionais	314.813.024	95%	324.189.963	98%	337.972.151	98%	332.744.789	94%
	_CMVMC	54.618.349	17%	55.762.064	17%	57.674.102	17%	57.810.446	16%
	_Medicamentos	35.392.089	11%	35.764.812	11%	37.116.892	11%	38.008.354	11%
	_FSE	61.750.250	19%	66.298.259	20%	78.960.829	23%	84.105.252	24%
	_Custos com Pessoal	188.516.701	57%	187.179.422	57%	860.148.880	249%	174.348.976	49%
EPE + SPA	3. Resultado Operacional	-9.531.968	---	-24.008.624	---	-9.616.113	---	-9.384.816	---
	4. Resultado Líquido do Exercício	-7.790.008	---	-20.983.733	---	-8.466.679	---	-12.267.835	---
	1. Proveitos.....	4.915.582.848	100%	4.992.046.569	100%	5.528.125.968	100%	5.571.515.151	100%
	_Proveitos Operacionais	4.687.209.199	95%	4.779.236.184	96%	5.368.819.421	97%	5.351.369.682	96%
	_Taxas Moderadoras	43.778.292	1%	47.506.878	1%	48.077.406	1%	46.709.538	1%
	2. Custos.....	5.053.977.979	100%	5.253.658.230	100%	5.800.326.298	100%	5.898.049.404	100%
	_Custos Operacionais	4.908.521.905	97%	5.137.737.560	98%	5.676.146.008	98%	5.758.289.894	98%
	_CMVMC	1.365.462.522	27%	1.427.930.674	27%	1.563.189.459	27%	1.600.244.149	27%
	_Medicamentos	852.129.666	17%	886.171.844	17%	975.093.415	17%	1.012.264.237	17%
	_FSE	714.823.840	14%	784.114.098	15%	937.504.057	16%	972.907.649	16%
	_Custos com Pessoal	2.636.521.076	52%	2.724.394.699	52%	3.640.254.465	63%	2.968.992.769	50%
	3. Resultado Operacional	-216.061.859	---	-347.502.017	---	-307.157.134	---	-406.920.212	---
	4. Resultado Líquido do Exercício	-141.810.821	---	-260.950.188	---	-282.200.591	---	-336.893.567	---

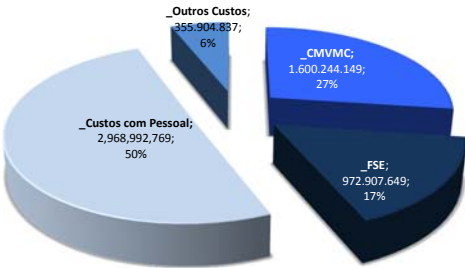
Fonte: ACSS

Quadro A.11.1 - Conta de Exploração (universo comparável) - 2010

Conta de Exploração		Custos Totais - 2010	
		Em Eur	% Rel
EPE + SPA	1. Proveitos	5.571.515.151	100%
	_Proveitos Operacionais	5.351.369.682	96%
	_Taxas Moderadoras	46.709.538	1%
	2. Custos	5.898.049.404	100%
	_Custos Operacionais	5.758.289.894	98%
	_CMVMC	1.600.244.149	27%
	_Medicamentos	1.012.264.237	17%
	_FSE	972.907.649	16%
	_Custos com Pessoal	2.968.992.769	50%
	3. Resultado Operacional	-406.920.212	---
	4. Resultado Líquido do Exercício	-336.893.567	---

Fonte: ACSS

Gráfico A.3 - Mix de Custos - 2010



Fonte: ACSS

Quadro A.11.2 - Mix de Custos - 2010

Mix dos Custos - 2010	Em Eur	% Rel
_CMVMC	1.600.244.149	27%
_FSE	972.907.649	16%
_Custos com Pessoal	2.968.992.769	50%
Outros Custos	355.904.837	6%
Total de Custos	5.898.049.404	100%

Fonte: ACSS

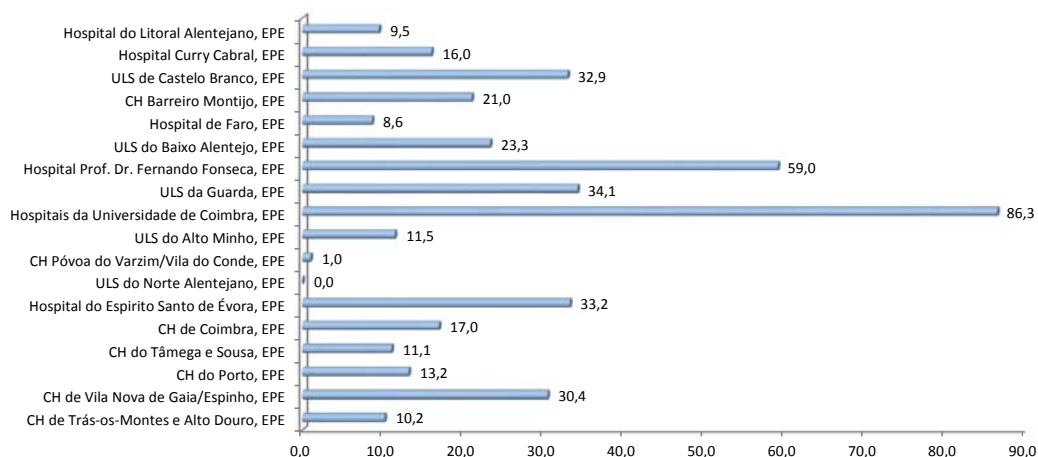
Anexo_8.3

Quadro A.12 - Capitais Estatutários por realizar face ao aprovado em Planos de Negócio até 2011

Regiões de Saúde	EPE	Subscrição prevista até 31.Dez.2011 (Plano de Negócios)	Realizado até 31.Dez.2010	Por realizar em 2011	% de realização até 31Dez2011
EPE criadas em 2007		369.578.000	254.601.442	114.976.558	69%
ARSN	CH de Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE	49.000.000	38.803.000	10.197.000	79%
ARSN	CH de Vila Nova de Gaia/Espinho, EPE	80.000.000	49.582.000	30.418.000	62%
ARSN	Centro Hospitalar do Porto, EPE	76.100.000	62.914.000	13.186.000	83%
ARSN	Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, EPE	40.200.000	29.150.000	11.050.000	73%
ARSC	Centro Hospitalar de Coimbra, EPE	45.000.000	28.050.000	16.950.000	62%
ARSALEN	Hospital do Espírito Santo de Évora, EPE	57.278.000	24.102.535	33.175.465	42%
ARSALEN	Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano, EPE	22.000.000	21.999.907	93	100%
EPE criadas em 2008		352.685.000	128.878.061	223.806.939	37%
ARSN	CH Póvoa de Varzim/Vila do Conde, EPE	14.763.000	13.750.602	1.012.398	93%
ARSN	Unidade Local de Saúde do Alto Minho, EPE	30.408.000	18.940.523	11.467.477	62%
ARSC	Hospitais da Universidade de Coimbra, EPE	108.505.000	22.229.540	86.275.460	20%
ARSC	Unidade Local de Saúde da Guarda, EPE	48.010.000	13.877.236	34.132.764	29%
ARSLVT	Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca, EPE	77.200.000	18.200.000	59.000.000	24%
ARSALEN	Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, EPE	42.749.000	19.458.063	23.290.937	46%
ARSALG	Hospital de Faro, EPE	31.050.000	22.422.097	8.627.903	72%
EPE criadas em 2009		32.000.000	11.000.000	21.000.000	34%
ARSLVT	Centro Hospitalar Barreiro Montijo, EPE	32.000.000	11.000.000	21.000.000	34%
EPE criadas em 2010		68.900.000	10.500.000	58.400.000	15%
ARSC	Unidade Local de Saúde da Castelo Branco, EPE	36.900.000	4.000.000	32.900.000	11%
ARSLVT	Hospital de Curry Cabral, EPE	18.000.000	2.000.000	16.000.000	11%
ARSALEN	Hospital do Litoral Alentejano, EPE	14.000.000	4.500.000	9.500.000	32%
Total		823.163.000	404.979.503	418.183.497	49%

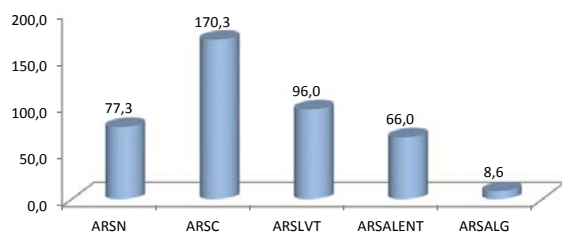
Fonte: ACSS

Gráfico A.4 – Total de realizações em falta, por hospital - 2011 (M Euros)



Fonte: ACSS

Gráfico A.5 – Total de realizações em falta, por ARS - 2011 (M Euros)



Fonte: ACSS

8.4 CAPACIDADE INSTALADA DOS HOSPITAIS

Anexo_8.4

Quadro A.13 - Distribuição de Camas, Hospitais, Blocos Operatórios, Médicos por Região de Saúde

Regiões de Saúde	População (census)		Camas		Hospitais		N.º de BO		N.º de Médicos	
	N. Hab.	% Rel.	N.º	% Rel.	N.º	% Rel.	N.º	% Rel.	N.º	% Rel.
ARS Norte	3.741.092	37%	7.499	32%	16	30%	165	31%	6.926	36%
ARS Centro	1.771.241	17%	5.187	22%	13	25%	122	23%	3.572	19%
ARS LVT	3.694.586	36%	8.601	37%	18	34%	208	39%	7.215	38%
ARS Alentejo	499.038	5%	992	4%	4	8%	22	4%	681	4%
ARS Algarve	437.643	4%	806	3%	2	4%	15	3%	612	3%
Total	10.143.600	100%	23.085	100%	53	100%	532	100%	19.006	100%

Fonte: ACSS

Quadro A.13.1 - Distribuição de Camas por Região de Saúde

Regiões de Saúde	Camas	
	Qtd	% Rel
ARS Norte	7.499	32%
ARS Centro	5.187	22%
ARS LVT	8.601	37%
ARS Alentejo	992	4%
ARS Algarve	806	3%
Total	23.085	100%

Fonte: ACSS

Quadro A.13.2 - Salas de BO por Região de Saúde

Regiões de Saúde	Salas BO (sem Urgência)	Salas BO de Urgência	TOTAL de BO	% Rel
ARS Norte	141	24	165	31%
ARS Centro	109	13	122	23%
ARS LVT	184	24	208	39%
ARS Alentejo	18	4	22	4%
ARS Algarve	12	3	15	3%
Total	464	68	532	100%

Fonte: ACSS

Quadro A.13.3 - Distribuição de Médicos e Outros Efectivos por Região de Saúde

Regiões de Saúde	Medicos		Outros Profissionais de Saúde		Total de Profissionais de Saúde	
	Qtd	% Rel	N.º	% Rel.	Qtd	% Rel
ARS Norte	6.926	36%	25.352	32%	32.278	33%
ARS Centro	3.572	19%	15.812	20%	19.384	20%
ARS LVT	7.215	38%	29.918	38%	37.133	38%
ARS Alentejo	681	4%	4.718	6%	5.399	6%
ARS Algarve	612	3%	3.350	4%	3.962	4%
Total	19.006	100%	79.150	100%	98.156	100%

Fonte: ACSS

Anexo_8.4

Quadro A.13.4 - Distribuição de Médicos Cirurgiões por Região de Saúde

Regiões de Saúde	Médicos Cirurgiões		Total	% rel
	Cirurgiões	Inter.		
ARS Norte	1.553	441	1.994	37%
ARS Centro	784	245	1.029	19%
ARS LVT	1.685	416	2.101	39%
ARS Alentejo	160	23	183	3%
ARS Algarve	121	25	146	3%
Total	4.303	1.150	5.453	100%

Fonte: ACSS

Quadro A.13.5 - Distribuição de Médicos Anestesiastas por Região de Saúde

Regiões de Saúde	Médicos Anestesiastas		Total	% rel
	Anestesiastas	Inter.		
ARS Norte	390	118	508	38%
ARS Centro	196	51	247	18%
ARS LVT	433	87	520	39%
ARS Alentejo	31	1	32	2%
ARS Algarve	21	8	29	2%
Total	1.071	265	1.336	100%

Fonte: ACSS

Anexo_8.4

Quadro A.14 - Distribuição da População, Médicos, BO's, Cirurgiões, Anestésistas e Camas por Hospital

Unidades de Saúde	Regiões de Saúde	Pop. Atração Directa N.º	Médicos N.º	Salas de BO (sem Urgência) N.º	Salas de BO (Urgência) N.º	TOTAL de BO N.º	Cirurgiões N.º	Cirurgiões Int. N.º	TOTAL de Cirurgiões N.º	Anestésistas N.º	Anestésistas Int. N.º	TOTAL de Anestésistas N.º	Camas (2009) N.º
Centro Hospitalar de Entre o Douro e Vouga, EPE	ARS Norte	330.454	403	12	1	13	142	39	181	17	7	24	361
Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE	ARS Norte	281.057	350	9	2	11	81	10	91	19	4	23	651
Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho, EPE	ARS Norte	333.888	722	12	2	14	132	58	190	39	20	59	531
Centro Hospitalar do Alto Ave, EPE	ARS Norte	256.671	427	10	1	11	91	26	117	31	5	36	531
Centro Hospitalar do Médio Ave, EPE	ARS Norte	244.084	360	6	2	7	64	0	64	14	0	14	298
Centro Hospitalar do Nordeste, EPE	ARS Norte	143.777	143	8	2	10	73	6	79	15	0	15	475
Centro Hospitalar do Porto, EPE *	ARS Norte	304.523	1.039	21	3	24	219	80	299	69	28	97	743
Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, EPE	ARS Norte	520.056	324	9	1	10	126	28	154	21	5	26	463
Centro Hospitalar Póvoa de Varzim/Vila do Conde, EPE	ARS Norte	142.754	145	2	1	3	29	0	29	8	0	8	139
Hospital de Joaquim Urbano	ARS Norte	...	19	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Hospital de Braga (H. São Marcos), PPP	ARS Norte	290.508	...	8	2	10	91	51	142	23	9	32	705
Hospital de Magalhães Lemos, EPE	ARS Norte	...	57	...	...	...	...	...	...	...	...	...	150
Hospital de Santa Maria Maior, EPE - Barcelos	ARS Norte	154.853	156	1	1	2	25	1	26	6	0	6	124
Hospital de São João, EPE	ARS Norte	236.290	1.295	21	3	24	314	127	441	60	25	85	1.141
Hospital Nossa Senhora da Conceição - Valongo	ARS Norte	...	32	2	0	2	9	0	9	2	0	2	...
IPO Porto Francisco Gentil, EPE	ARS Norte	...	324	7	0	7	101	4	105	24	2	26	352
Unidade Local de Saúde de Matosinhos, EPE	ARS Norte	174.931	588	10	2	12	10	5	15	29	13	42	379
Unidade Local de Saúde do Alto Minho, EPE	ARS Norte	244.947	542	3	2	5	46	6	52	13	0	13	456
Centro Hospitalar da Cova da Beira, EPE	ARS Centro	87.747	153	5	1	6	28	6	34	10	0	10	342
Centro Hospitalar de Coimbra, EPE	ARS Centro	434.360	714	6	2	8	122	56	178	30	10	40	1.975
Centro Hospitalar Psiquiátrico de Coimbra	ARS Centro	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
CMR Região Centro - Rovisco Pais	ARS Centro	...	12	...	...	...	...	...	...	...	...	...	36
Hospitais da Universidade de Coimbra, EPE **	ARS Centro	...	856	37	2	39	211	104	315	55	17	72	...
Hospital Arcebispo João Crisóstomo - Cantanhede	ARS Centro	36.574	16	1	0	1	12	0	12	2	0	2	30
Hospital Cândido de Figueiredo - Tondela	ARS Centro	...	39	2	0	2	6	0	6	2	0	2	...
Hospital de José Luciano de Castro - Anadia	ARS Centro	29.142	7	1	0	1	7	0	7	2	0	2	20
Hospital de Santo André, EPE - Leiria	ARS Centro	261.378	211	15	2	17	73	5	78	16	3	19	509
Hospital de São Teotónio, EPE - Viseu (CH Tondela Viseu, EPE)	ARS Centro	287.122	421	17	2	19	82	31	113	22	10	32	687
Hospital Distrital da Figueira da Foz, EPE	ARS Centro	88.338	131	2	1	3	34	4	38	7	0	7	144
Hospital Distrital de Agueda	ARS Centro	...	27	2	0	2	11	8	19	2	2	4	...
Hospital Distrital de Pombal *	ARS Centro	...	9	1	0	1	7	0	7	4	0	4	...
Hospital Dr. Francisco Zagalo - Ovar	ARS Centro	55.337	19	1	0	1	3	0	3	3	3	6	34
Hospital Infante D. Pedro, EPE - Aveiro (CH Baixo Vouga, EPE)	ARS Centro	285.888	380	5	1	6	61	9	70	18	6	24	547
Hospital Visconde de Salreu - Estarreja	ARS Centro	...	10	1	0	1	5	0	5	1	0	1	...
IPO Coimbra Francisco Gentil, EPE	ARS Centro	...	145	5	0	5	45	4	49	9	0	9	186
Unidade Local de Saúde da Guarda, EPE	ARS Centro	155.410	227	4	1	5	36	5	41	6	0	6	361
Unidade Local de Saúde de Castelo Branco, EPE	ARS Centro	108.202	195	4	1	5	41	13	54	7	0	7	296
Centro Hospitalar Barreiro Montijo, EPE	ARS LVT	214.226	303	4	1	5	56	12	68	11	0	11	435
Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE	ARS LVT	274.714	1.204	32	3	35	306	83	389	92	21	113	1.175
Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE	ARS LVT	280.960	927	24	2	26	164	45	209	61	15	76	839
Centro Hospitalar de Setúbal, EPE	ARS LVT	183.340	333	8	1	9	89	6	95	16	6	22	398
Centro Hospitalar de Torres Vedras	ARS LVT	172.844	112	4	1	5	24	7	31	7	0	7	217
Centro Hospitalar do Médio Tejo, EPE	ARS LVT	252.684	398	11	3	14	51	1	52	15	0	15	467
Centro Hospitalar do Oeste Norte	ARS LVT	175.749	135	4	1	5	88	2	90	12	0	12	243
Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE	ARS LVT	257.942	1.511	31	3	34	324	125	449	59	17	76	1.297
Centro Oft. Alameda	ARS LVT	...	2	0	2	2	18	1	19	2	0	2	...
Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa	ARS LVT	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	522
H José de Almeida (Cascais), PPP ***	ARS LVT	205.117	6	1	7	77	3	80	13	0	13	229	...
Hospital de Curry Cabral, EPE	ARS LVT	286.544	322	11	1	12	69	22	91	20	6	26	372
Hospital de Reynaldo dos Santos - Vila Franca de Xira	ARS LVT	243.444	123	3	1	4	28	7	35	9	0	9	206
Hospital Distrital de Santarém, EPE	ARS LVT	196.669	279	6	1	7	92	18	110	12	4	16	379
Hospital Garcia de Orta, EPE - Almada	ARS LVT	380.462	509	10	1	11	95	37	132	28	5	33	585
Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca, EPE	ARS LVT	552.807	613	14	1	15	65	18	83	31	10	41	785
Instituto de Oftalmologia Dr. Gama Pinto	ARS LVT	...	40	4	0	4	27	7	34	3	0	3	14
IPO Lisboa Francisco Gentil, EPE	ARS LVT	...	289	7	0	7	57	5	62	20	3	23	288
Maternidade Dr. Alfredo da Costa	ARS LVT	...	117	3	3	6	55	17	72	22	0	22	150
Hospital do Espírito Santo de Évora, EPE	ARS Alentejo	167.434	243	5	1	6	50	5	55	11	1	12	326
Hospital do Litoral Alentejano, E. P. E.	ARS Alentejo	84.918	45	4	0	4	25	1	26	7	0	7	160
Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, EPE	ARS Alentejo	139.602	204	4	1	5	53	11	64	7	0	7	230
Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano, EPE	ARS Alentejo	118.952	189	5	2	7	32	6	38	6	0	6	276
Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio, EPE	ARS Algarve	163.886	236	5	2	7	50	5	55	8	7	15	309
Hospital de Faro, EPE	ARS Algarve	286.598	376	7	1	8	71	20	91	13	1	14	497

Fonte: ACS

Legenda:

* Dados de capacidade instalada de 2010

** Dados referentes aos anestésistas de 2010

*** Dados de capacidade instalada de 2011

Anexo_8.4

Quadro A.15 - Distribuição dos Effectivos em Ambiente Hospitalar, por Médico e por Outros Profissionais de Saúde - 2010

Unidade de Saúde	Grupo	Medicos	Total Effectivos
		N.º	N.º
Hospital Joaquim Urbano	I	19	145
Instituto Gama Pinto	I	40	127
Instituto Português Oncologia F. Gentil - Porto, E.P.E.	I	324	1.992
Instituto Português Oncologia F. Gentil - Lisboa, E.P.E.	I	289	1.942
Instituto Português Oncologia F. Gentil - Centro, E.P.E.	I	145	934
Maternidade Dr. Alfredo da Costa	I	117	693
Hospital Curry Cabral, E.P.E.	I	322	1.513
Hospital Rovisco Pais	I	12	148
Hospital Magalhães de Lemos, E.P.E.	I	57	438
Hospitais Universidade de Coimbra, E.P.E.	II	856	4.529
Hospital Professor Dr. Fernando da Fonseca, E.P.E.	II	613	2.751
Hospital São João E.P.E. - Porto	II	1.295	5.417
Hospital do Espírito Santo - Évora, E.P.E.	II	243	1.461
Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, E.P.E.	II	350	2.387
Centro Hospitalar de Lisboa Norte, E.P.E.	II	1.511	6.944
Centro Hospitalar do Porto, E.P.E.	II	1.039	4.356
Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho, E.P.E.	II	722	3.049
Hospital Garcia da Orta, E.P.E. - Almada	II	509	2.635
Hospital S. Teotónio, E.P.E. - Viseu	II	421	2.061
Centro Hospitalar de Lisboa Central, E.P.E.	II	1.204	6.080
Centro Hospitalar Lisboa Ocidental, E.P.E.	II	927	4.368
Hospital de Faro, E.P.E.	II	376	2.341
Centro Hospitalar de Coimbra, E.P.E.	II	714	2.851
Hospital Dr. Francisco Zagalo - Ovar	III	19	140
Hospital Distrital de Pombal	III	9	147
Hospital Visconde de Salreu - Estarreja	III	10	117
Hospital José Luciano de Castro - Anadia	III	7	139
Hospital Arcebispo João Crisóstomo - Cantanhede	III	16	142
Hospital Nossa Senhora da Conceição - Valongo	III	32	288
Hospital Cândido de Figueiredo - Tondela	III	39	197
Unidade Local de Saúde de Castelo Branco, E.P.E.	IV	195	1.255
Hospital Distrital de Águeda	IV	27	226
Unidade Local de Saúde do Norte Alentejo E. P. E.	IV	189	1.690
Unidade Local de Saúde da Guarda, E.P.E.	IV	227	1.621
Unidade Local de Saúde do Alto Minho, E.P.E.	IV	542	2.638
Hospital Santo André, E.P.E. - Leiria	IV	211	1.402
Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, E.P.E.	IV	204	1.758
Hospital Reynaldo dos Santos - Vila Franca de Xira	IV	123	662
Unidade Local de Saúde de Matosinhos, E.P.E.	IV	588	2.362
Centro Hospitalar de Entre o Douro e Vouga, E.P.E.	IV	403	1.894
Centro Hospitalar Tâmega e Sousa, E.P.E.	IV	324	1.673
Hospital do Litoral Alentejano, E.P.E.	IV	45	490
Hospital Distrital da Figueira da Foz, E.P.E.	IV	131	641
Centro Hospitalar Cova da Beira, E.P.E.	IV	153	1.312
Centro Hospitalar de Torres Vedras	IV	112	783
Centro Hospitalar do Alto Ave, E.P.E.	IV	427	1.775
Hospital Distrital de Santarém, E.P.E.	IV	279	1.486
Centro Hospitalar do Oeste Norte	IV	135	1.016
Centro Hospitalar Barreiro\Montijo, E.P.E.	IV	303	1.733
Centro Hospitalar Barlavento Algarvio, E.P.E.	IV	236	1.621
Hospital Santa Maria Maior, E.P.E. - Barcelos	IV	156	594
Centro Hospitalar Nordeste, E.P.E.	IV	143	1.284
Hospital Infante D. Pedro, E.P.E. - Aveiro	IV	380	1.522
Centro Hospitalar Póvoa do Varzim/Vila do Conde, E.P.E.	IV	145	658
Centro Hospitalar Setúbal, E.P.E.	IV	333	2.193
Centro Hospitalar do Médio Ave, E.P.E.	IV	360	1.328
Centro Hospitalar do Médio Tejo, E.P.E.	IV	398	2.207
Total		19.006	98.156
Média		333	1.722

Fonte: ACSS

Quadro A.15.1 - Síntese do Total de Profissionais de Saúde por Região de Saúde - 2010

Regiões de Saúde	Medicos		Total de Effectivos	
	N.º	% Rel	N.º	% Rel
ARSN	4.823	27%	24.908	27%
ARSC	8.651	49%	43.088	47%
ARSLVT	2.413	14%	15.031	16%
ARSALNT	1.288	7%	6.242	7%
ARSALG	595	3%	2.501	3%
Total	17.770	100%	91.770	100%

Fonte: ACSS

Quadro A.15.2 - Síntese do Total de Profissionais de Saúde - 2010

RH	N.º	% Rel
Medicos	17.770	19%
Outros Profissionais	74.000	81%
Total	91.770	100%

Fonte: ACSS

Anexo_8.4

Quadro A.15.3 - Distribuição dos Médicos em Hospitais por Cluster - 2010

Unidade de Saúde	Medicos				Total	% Rel
	Cluster I	Cluster II	Cluster III	Cluster IV		
Centro Hospitalar de Lisboa Norte, E.P.E.		1.511			1.511	8,0%
Hospital São João E.P.E. - Porto		1.295			1.295	6,8%
Centro Hospitalar de Lisboa Central, E.P.E.		1.204			1.204	6,3%
Centro Hospitalar do Porto, E.P.E.		1.039			1.039	5,5%
Centro Hospitalar Lisboa Ocidental, E.P.E.		927			927	4,9%
Hospitais Universidade de Coimbra, E.P.E.		856			856	4,5%
Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho, E.P.E.		722			722	3,8%
Centro Hospitalar de Coimbra, E.P.E.		714			714	3,8%
Hospital Professor Dr. Fernando da Fonseca, E.P.E.		613			613	3,2%
Unidade Local de Saúde de Matosinhos, E.P.E.				588	588	3,1%
Unidade Local de Saúde do Alto Minho, E.P.E.				542	542	2,9%
Hospital Garcia da Orta, E.P.E. - Almada		509			509	2,7%
Centro Hospitalar do Alto Ave, E.P.E.				427	427	2,2%
Hospital S. Teotónio, E.P.E. - Viseu		421			421	2,2%
Centro Hospitalar de Entre o Douro e Vouga, E.P.E.				403	403	2,1%
Centro Hospitalar do Médio Tejo, E.P.E.				398	398	2,1%
Hospital Infante D. Pedro, E.P.E. - Aveiro				380	380	2,0%
Hospital de Faro, E.P.E.		376			376	2,0%
Centro Hospitalar do Médio Ave, E.P.E.				360	360	1,9%
Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, E.P.E.		350			350	1,8%
Centro Hospitalar Setubal, E.P.E.				333	333	1,8%
Centro Hospitalar Tâmega e Sousa, E.P.E.				324	324	1,7%
Instituto Português Oncologia F. Gentil - Porto, E.P.E.	324				324	1,7%
Hospital Curry Cabral, E.P.E.	322				322	1,7%
Centro Hospitalar Barreiro/Montijo, E.P.E.				303	303	1,6%
Instituto Português Oncologia F. Gentil - Lisboa, E.P.E.	289				289	1,5%
Hospital Distrital de Santarém, E.P.E.				279	279	1,5%
Hospital do Espírito Santo - Évora, E.P.E.		243			243	1,3%
Centro Hospitalar Barlavento Algarvio, E.P.E.				236	236	1,2%
Unidade Local de Saúde da Guarda, E.P.E.				227	227	1,2%
Hospital Santo André, E.P.E. - Leiria				211	211	1,1%
Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, E.P.E.				204	204	1,1%
Unidade Local de Saúde de Castelo Branco, E.P.E.				195	195	1,0%
Unidade Local de Saúde do Norte Alentejo E. P. E.				189	189	1,0%
Hospital Santa Maria Maior, E.P.E. - Barcelos				156	156	0,8%
Centro Hospitalar Cova da Beira, E.P.E.				153	153	0,8%
Centro Hospitalar Póvoa do Varzim/Vila do Conde, E.P.E.				145	145	0,8%
Instituto Português Oncologia F. Gentil - Centro, E.P.E.	145				145	0,8%
Centro Hospitalar Nordeste, E.P.E.				143	143	0,8%
Centro Hospitalar do Oeste Norte				135	135	0,7%
Hospital Distrital da Figueira da Foz, E.P.E.				131	131	0,7%
Hospital Reynaldo dos Santos - Vila Franca de Xira				123	123	0,6%
Maternidade Dr. Alfredo da Costa	117				117	0,6%
Centro Hospitalar de Torres Vedras				112	112	0,6%
Hospital Magalhães de Lemos, E.P.E.	57				57	0,3%
Hospital do Litoral Alentejano, E.P.E.				45	45	0,2%
Instituto Gama Pinto	40				40	0,2%
Hospital Cândido de Figueiredo - Tondela			39		39	0,2%
Hospital Nossa Senhora da Conceição - Valongo			32		32	0,2%
Hospital Distrital de Águeda				27	27	0,1%
Hospital Dr. Francisco Zagalo - Ovar			19		19	0,1%
Hospital Joaquim Urbano	19				19	0,1%
Hospital Arcebispo João Crisóstomo - Cantanhede			16		16	0,1%
Hospital Rovisco Pais	12				12	0,1%
Hospital Visconde de Salreu - Estarreja			10		10	0,1%
Hospital Distrital de Pombal			9		9	0,0%
Hospital José Luciano de Castro - Anadia			7		7	0,0%
Total	1.325	10.780	132	6.769	19.006	100,0%

Fonte: ACSS

Quadro A.15.4 - Síntese dos Médicos por Cluster - 2010

Clusters	Médicos	
	N.º	% Rel
Cluster I	1.325	7%
Cluster II	10.780	57%
Cluster III	132	1%
Cluster IV	6.769	36%
Total	19.006	100%

Fonte: ACSS

Anexo_8.4

Quadro A.15.5 - Salas de BO por ARS - 2009

ARS's	Salas BO (sem Urgência)	Salas BO de Urgência	TOTAL de BO	% Rel
ARS Norte	141	24	165	31%
ARS Centro	109	13	122	23%
ARS LVT	184	24	208	39%
ARS Alentejo	18	4	22	4%
ARS Algarve	12	3	15	3%
Total	464	68	532	100%

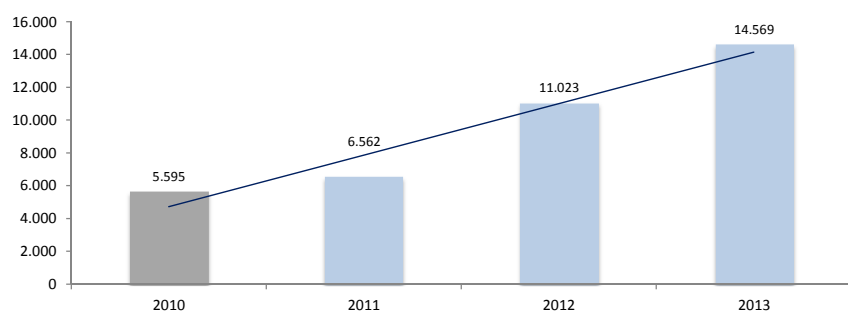
Anexo_8.4

Quadro A.16 – Previsão do total de camas de cuidados continuados (CC) por tipo de unidade - 2011 a 2013 (Nº)

TOTAL NACIONAL							
Tipologia	Nº Camas	Previsão para 2011		Previsão para 2012		Previsão para 2013	
		Planeado em funcionamento	31/12/2011	Novos	31/12/2011	Novos	31/12/2011
U de Convalescença	906	115	1.021	916	1.937	894	2.831
U Cuidados Paliativos	190	50	240	107	347	64	411
U Longa Duração e M	2.752	564	3.316	2.724	6.040	2.050	8.090
U Média Duração e R	1.747	238	1.985	714	2.699	538	3.237
Total	5.595	967	6.562	4.461	11.023	3.546	14.569

Fonte: ACSS

Gráfico A.6 – Camas de CC em 2010 (real) e Previsão para os anos de 2011 a 2013 (Nº)

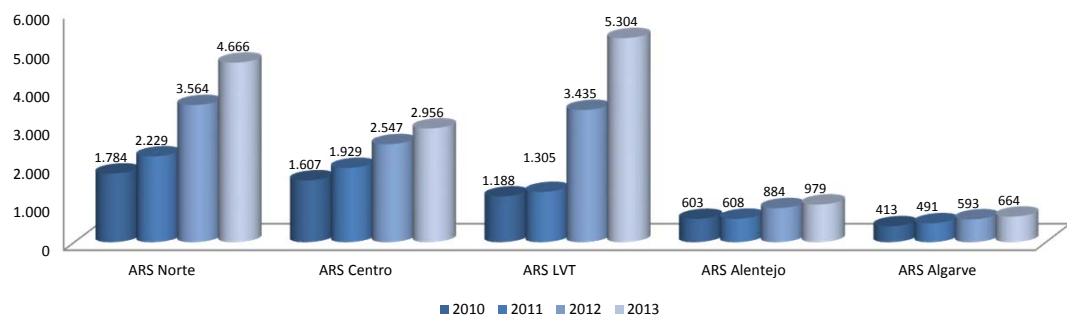


Quadro A.16.1 – Camas de cuidados continuados por Região de Saúde - 2010 (real) e Previsão de

Regiões de Saúde	Real 2010	Previsão		
		2011	2012	2013
ARS Norte	1.784	2.229	3.564	4.666
ARS Centro	1.607	1.929	2.547	2.956
ARS LVT	1.188	1.305	3.435	5.304
ARS Alentejo	603	608	884	979
ARS Algarve	413	491	593	664
Total	5.595	6.562	11.023	14.569

Fonte: ACSS

Gráfico A.7 – Camas de CC em 2010 (real) e Previsão para os anos de 2011 a 2013 por Região de Saúde (Nº)



Quadro A.16.2 – Distribuição de Camas de cuidados continuados diferenciadas em relação ao Total por ARS - 2010 (real)

Regiões de Saúde	Camas dos Cuidados Diferenciados	Total de Camas dos Hospitais	% Relativo face ao total	% Relativo face ao total da ARS
ARS Norte	1.784	7.499	8%	24%
ARS Centro	1.607	5.187	7%	31%
ARS LVT	1.188	8.601	5%	14%
ARS Alentejo	603	992	3%	61%
ARS Algarve	413	806	2%	51%
TOTAL	5.595	23.085	24%	....

Fonte: ACSS

Quadro A.16.3 – Previsão de camas de CC por tipo de unidade na ARS Norte - 2011 a 2013

Tipologia	Nº Camas	Previsão para 2011		Previsão para 2012		Previsão para 2013	
		Planeado em funcionamento	31/12/2011	Novos	31/12/2011	Novos	31/12/2011
U de Convalescença	332	2	334	287	621	286	907
U Cuidados Paliativos	43	12	55	38	93	37	130
U Longa Duração e M	891	310	1201	767	1968	624	2592
U Média Duração e R	518	121	639	243	882	155	1037
Total	1.784	445	2.229	1.335	3.564	1.102	4.666

Fonte: ACSS

Quadro A.16.4 – Previsão de camas de CC por tipo de unidade na ARS Centro - 2011 a 2013

Tipologia	Nº Camas	Previsão para 2011		Previsão para 2012		Previsão para 2013	
		Planeado em funcionamento	31/12/2011	Novos	31/12/2011	Novos	31/12/2011
U de Convalescença	202	90	292	142	434	141	575
U Cuidados Paliativos	45	20	65	17	82	0	82
U Longa Duração e M	779	139	918	456	1.374	268	1.642
U Média Duração e R	581	73	654	3	657	0	657
Total	1.607	322	1.929	618	2.547	409	2.956

Fonte: ACSS

Quadro A.16.5 – Previsão de camas de CC por tipo de unidade na ARS LVT - 2011 a 2013

Tipologia	Nº Camas	Previsão para 2011		Previsão para 2012		Previsão para 2013	
		Planeado em funcionamento	31-12-2011	Novos	31-12-2011	Novos	31-12-2011
U de Convalescença	157	-7	150	450	600	431	1.031
U Cuidados Paliativos	75	3	78	42	120	27	147
U Longa Duração e M	571	66	637	1.240	1.877	1.070	2.947
U Média Duração e R	385	55	440	398	838	341	1.179
Total	1.188	117	1.305	2.130	3.435	1.869	5.304

Fonte: ACSS

Quadro A.16.6 – Previsão de camas de CC por tipo de unidade na ARS Alentejo - 2011 a 2013

Tipologia	Nº Camas	Previsão para 2011		Previsão para 2012		Previsão para 2013	
		Planeado em funcionamento	31/12/2011	Novos	31/12/2011	Novos	31/12/2011
U de Convalescença	135	0	135	28	163	27	190
U Cuidados Paliativos	17	0	17	10	27	0	27
U Longa Duração e M	292	16	308	189	497	47	544
U Média Duração e R	159	-11	148	49	197	21	218
Total	603	5	608	276	884	95	979

Fonte: ACSS

Quadro A.16.7 – Previsão de camas de CC por tipo de unidade na ARS Algarve - 2011 a 2013

Tipologia	Nº Camas	Previsão para 2011		Previsão para 2012		Previsão para 2013	
		Planeado em funcionamento	31/12/2011	Novos	31/12/2011	Novos	31/12/2011
U de Convalescença	80	30	110	9	119	9	128
U Cuidados Paliativos	10	15	25	0	25	0	25
U Longa Duração e M	219	33	252	72	324	41	365
U Média Duração e R	104	0	104	21	125	21	146
Total	413	78	491	102	593	71	664

Fonte: ACSS

8.5 PRODUÇÃO HOSPITALAR

Anexo_8.5

Quadro A.17 - Evolução da Produção Hospitalar Global (EPE + SPA)

Tipo de Produção Hospitalar	2007	2008	Var %	2009	Var %	2010	Var %
Internamento							
_Doentes saídos (N.º)	909.919	908.109	0%	898.897	-1%	885.648	-1%
_Demora média (dias)	7,4	7,5	1%	7,6	2%	7,8	3%
Consulta							
_Total	9.167.895	9.740.475	6%	10.217.115	5%	10.429.705	2%
_Primeiras consultas (N.º)	2.381.211	2.669.754	12%	2.898.266	9%	2.978.680	3%
_% Primeiras consultas	26,0%	27,4%	6%	28,4%	3%	28,6%	1%
Cirurgia							
_Total	575.282	629.818	9%	654.316	4%	627.378	-4%
- Cirurgia urgente (N.º)	114.165	111.967	-2%	108.098	-3%	104.383	-3%
- Cirurgia programada (N.º)	461.117	517.851	12%	546.218	5%	522.995	-4%
_Cirurgia em ambulatório (N.º)	147.359	210.237	43%	258.866	23%	258.228	0%
_Peso relativo da Cirurg. ambult. (%)	32,0%	40,6%	27%	47,4%	17%	49,4%	4%
Urgência							
_Total (N.º)	6.378.109	6.189.417	-3%	6.095.149	-2%	6.084.263	0%
Hospital de dia							
_Total (N.º)	839.691	1.104.611	32%	1.501.765	36%	1.536.731	2%

Fonte: ACSS

Anexo_8.5

Quadro A.18 - Distribuição da Produção Hospitalar (EPE + SPA) por ARS e Tipo em Qtd - 2010

Regiões de Saúde	Produção Hospitalar Global (EPE + SPA)							
	Internamento (Doentes Saídos)	Cirurgias			Consultas		Urgência	Hospital de Dia
		Programada	Urgente	Ambulatório	Primeiras	Subsequentes		
ARS Norte	298.956	213.829	40.428	106.615	1.118.002	2.754.946	1.973.506	620.518
ARS Centro	191.689	107.318	20.562	52.621	607.361	1.460.286	1.198.815	246.789
ARS LVT	320.733	158.697	33.291	75.312	1.018.859	2.723.310	2.353.897	551.576
ARS Alentejo	38.161	27.012	4.899	14.312	134.447	292.448	278.394	51.487
ARS Algarve	36.109	16.139	5.203	9.368	100.011	220.035	279.651	66.361
Total	885.648	522.995	104.383	258.228	2.978.680	7.451.025	6.084.263	1.536.731

Quadro A.18.1 - Distribuição da Produção Hospitalar (EPE + SPA) por ARS e Tipo em Peso Relativo (%) - 2010

[illegible]

Anexo_8.5

Quadro A.19 – Evolução da Produção de Partos - 2007 a 2010

Regiões de Saúde	2007	2008	2009	2010	Variação 2007 - 2010		Média
	Qtd	Qtd	Qtd	Qtd	Qtd	%	
ARSN	28.619	33.452	28.805	29.069	450	2%	29.986
ARSC	11.463	14.831	14.052	14.310	2.847	25%	13.664
ARSLVT	28.958	28.757	30.398	29.908	950	3%	29.505
ARSALENT	2.975	3.071	2.985	3.038	63	2%	3.017
ARSALG	4.757	4.747	4.654	4.723	-34	-1%	4.720
Total	76.772	84.858	80.894	81.048	4.276	6%	80.893

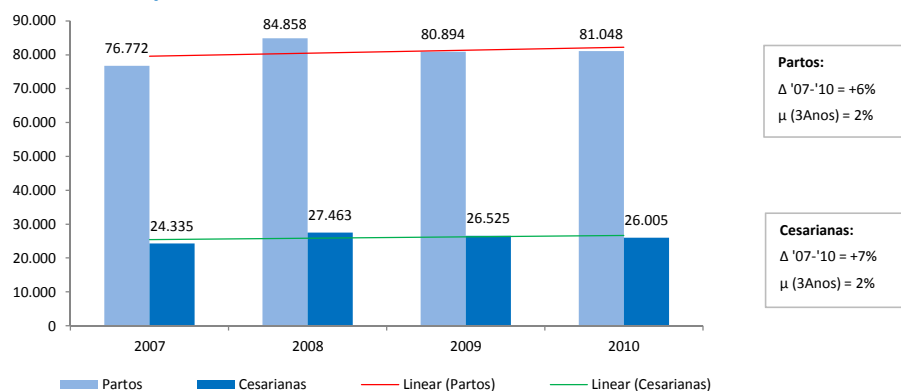
Fonte: ACSS

Quadro A.20 – Evolução da Produção de Cesarianas - 2007 a 2010

Regiões de Saúde	2007	2008	2009	2010	Variação 2007 - 2010		Média
	Qtd	Qtd	Qtd	Qtd	Qtd	%	
ARSN	10.086	11.641	10.290	9.856	-230	-2%	10.468
ARSC	3.439	4.650	4.387	4.431	992	29%	4.227
ARSLVT	8.579	8.646	9.280	9.065	486	6%	8.893
ARSALENT	991	1.082	1.108	1.120	129	13%	1.075
ARSALG	1.240	1.444	1.460	1.533	293	24%	1.419
Total	24.335	27.463	26.525	26.005	1.670	7%	26.082

Fonte: ACSS

Gráfico A.8 – Evolução do N.º de Partos e Cesarianas - 2007 a 2010



Quadro A.21 – Evolução do Peso Relativo das Cesarianas em Função dos Partos - 2007 a 2010

Regiões de Saúde	2007	2008	2009	2010	Evolução % Relativa	
	% Rel	% Rel	% Rel	% Rel	Var. % 07-10	média
ARSN	35%	35%	36%	34%	-1%	35%
ARSC	30%	31%	31%	31%	1%	31%
ARSLVT	30%	30%	31%	30%	1%	30%
ARSALENT	33%	35%	37%	37%	4%	36%
ARSALG	26%	30%	31%	32%	6%	30%
Total	32%	32%	33%	32%	0%	32%

Fonte: ACSS

Anexo_8.5

Quadro A.22 - Caracterização dos Recursos por Indicador - 2009

Recursos	Indicador	Unidade
Bloco	Salas BO (sem Urgência)	464
	Salas BO de Urgência	68
	Horas Semanais Disponíveis Bloco (sem urgência)	17.201
	Horas Semanais Disponíveis Bloco de Urgência	10.497
	% Disponibilidade no BO efectiva (sem urgência) face à disponibilidade no BO padrão	57,0%
Cirurgias	Nº Cirurgias	4.303
	Nº Cirurgias Int.	1.150
	Horas Semanais Trab. Cirurgias (sem MRA)	142.118
	Horas Semanais Trab. Cirurgias Int. (sem MRA)	45.221
	Horas Semanais Cirurgias afectas ao BO (sem MRA)	36.979
	Horas Semanais Cirurgias Int. afectas ao BO (sem MRA)	8.407
	Cirurgias ETC (sem MRA)	4060,5
	Cirurgias Int. ETC (sem MRA)	1292,0
	Cirurgias Padrão (sem MRA)	4706,5
	Cirurgias padrão (com MRA)	4828,9
Anestesistas	Nº Anestesistas	1.071
	Nº Anestesistas Int.	265
	Horas Semanais Trab Anestesistas (sem MRA)	39.878
	Horas Semanais Trab Anestesistas Int. (sem MRA)	10.220
	Horas Semanais Anestesistas afectas ao BO (sem MRA)	21.085
	Horas Semanais Anestesistas Int. afectas ao BO (sem MRA)	4.690
	Anestesistas ETC (sem MRA)	1.139,4
	Anestesistas Int. ETC (sem MRA)	292,0
	Anestesista padrão (sem MRA)	1.139,4
	Anestesistas Padrão (com MRA)	1.200,5
Optimização de BO	Grau de ajuste entre horas de cirurgias afectas ao BO (sem MRA) e horas de disponibilidade de salas BO	2,39
	Grau de ajuste entre horas de anestesistas afectas ao BO (sem MRA) e horas de disponibilidade de salas BO	1,23
	Grau de ajuste entre horas de cirurgias afectas ao BO (sem MRA) e horas de anestesistas afectas ao BO (sem MRA)	1,95
	Horas semanais afectas ao BO (sem MRA) por cirurgia padrão (sem MRA)	8,75
	Horas semanais afectas ao BO (sem MRA) por anestesista padrão (sem MRA)	18,51
Produção cirúrgica	Operados	451.374
	Operados Padrão	441.670
	Operados Padrão em MRA	62.793
	Média Operados	2,85
	Operados > TMRG	42.685
	%Operados > TMRG	9,5%
Produtividade	Produção Cirurgica Padrão semanal por Cirurgião Padrão (inclui MRA)	2,08
	Produção Cirurgica Padrão semanal por Anestesista Padrão (inclui MRA)	8,81
	Produção Cirurgica Padrão semanal por sala BO (programada)	22,11
	Produção Cirurgica Padrão semanal por hora disponível no BO efectiva (programada)	0,58
	Produção Cirurgica Padrão semanal por hora disponível no BO padrão (programada) (Se a disponibilidade no bloco fosse de 65 horas semanais)	0,33

Fonte: ACSS/UGIC

8.6 PRODUTIVIDADE HOSPITALAR

Anexo_8.6

Quadro A.23 – Lotação de camas e Demora média de internamento por hospital - 2007 a 2010

Unidades de Saúde	Lotação				Demora Média			
	2007	2008	2009	2010	2007	2008	2009	2010
Hospital Joaquim Urbano	50	50	40	42	14,67	14,67	15,10	13,62
Hospital Nossa Senhora da Conceição	74	54	54	54	8,68	8,68	11,19	10,24
Hospital Curry Cabral, EPE	419	372	372	374	10,55	10,55	8,60	9,73
Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE	909	839	841	800	9,12	9,12	9,43	9,21
Hospital Distrital de Pombal	69	59	57	57	8,80	8,80	8,59	9,18
Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE	1.240	1.175	1.144	1.111	8,80	8,80	9,10	8,99
Unidade Local de Saúde da Guarda, EPE	387	327	361	362	7,56	7,56	8,47	8,93
Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio, EPE	300	303	309	309	8,01	8,01	8,30	8,88
Hospital Distrital de Águeda	110	110	110	110	7,91	7,91	7,71	8,70
Hospital S. Teotónio, EPE	676	618	623	626	7,85	7,85	8,23	8,64
Hospital Dr. Francisco Zagalo	79	34	34	23	6,33	6,33	7,42	8,58
Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE	1.355	1.314	1.342	1.345	8,14	8,14	8,41	8,48
Hospitais Universidade de Coimbra, EPE	1.483	1.456	1.456	1.375	7,91	7,91	8,29	8,47
Hospital Visconde de Salreu	50	48	50	46	8,32	8,32	8,29	8,27
Hospital Garcia de Orta, EPE	518	585	585	585	7,57	7,57	7,84	8,24
Hospital de Faro, EPE	492	478	497	481	7,72	7,72	7,90	8,18
ULS Norte Alentejo, EPE	343	260	276	275	8,41	8,41	8,07	8,10
Hospital São João, EPE	1.070	1.056	1.087	1.075	8,22	8,22	8,16	8,07
Centro Hospitalar de Coimbra, EPE	583	533	519	519	7,69	7,69	8,06	8,03
Centro Hospitalar Médio Tejo, EPE	437	453	471	463	6,63	6,63	7,65	7,93
Centro Hospitalar de Torres Vedras	218	215	236	227	6,79	6,79	7,48	7,93
CH Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE	725	658	651	647	6,99	6,99	7,44	7,92
Centro Hospitalar do Nordeste, EPE	432	431	434	461	6,85	6,85	7,47	7,91
Hospital do Litoral Alentejano, EPE	101	100	115	115	8,31	8,31	7,93	7,89
Centro Hospitalar Barreiro/Montijo, EPE	444	431	428	360	6,93	6,93	7,59	7,89
Instituto Português Oncologia do Porto, EPE	311	317	319	319	7,75	7,75	7,50	7,73
Centro Hospitalar Cova da Beira, EPE	346	344	342	340	7,72	7,72	7,49	7,63
Centro Hospitalar de Setúbal, EPE	420	392	389	400	7,80	7,80	7,67	7,48
Hospital Distrital de Santarém, EPE	384	382	383	383	7,23	7,23	7,38	7,48
Unidade Local de Saúde de Castelo Branco, EPE	325	294	296	298	7,40	7,40	7,17	7,42
Hospital Espírito Santo de Évora, EPE	347	326	326	326	7,11	7,11	7,21	7,39
CH Vila Nova de Gaia/Espinho, EPE	587	539	531	540	6,99	6,99	7,38	7,38
Unidade Local de Saúde do Alto Minho, EPE	478	444	445	445	7,09	7,09	7,30	7,36
Hospital Distrital da Figueira da Foz, EPE	144	144	144	144	7,32	7,32	7,13	7,30
Hospital Santa Maria Maior, EPE	133	128	124	124	6,63	6,63	6,81	7,23
Centro Hospitalar do Alto Ave, EPE	575	514	531	476	6,12	6,12	7,05	7,17
Centro Hospitalar Oeste Norte	246	250	213	216	6,12	6,12	6,62	7,02
Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, EPE	273	228	230	230	6,59	6,59	6,96	7,01
Hospital Reynaldo dos Santos	211	211	211	215	7,01	7,01	7,10	7,01
Instituto Português Oncologia de Coimbra, EPE	198	186	186	191	7,35	7,35	6,78	7,00
Centro Hospitalar do Porto, EPE	843	757	734	746	6,66	6,66	6,96	6,98
Hospital Infante D. Pedro, EPE	397	386	387	330	6,69	6,69	6,71	6,82
Hospital de Braga, PPP	531	519	534	557	7,24	7,24	7,26	6,77
Instituto Português Oncologia de Lisboa, EPE	288	288	280	285	7,80	7,80	6,94	6,72
CH Tâmega e Sousa, EPE	424	436	451	449	6,32	6,32	6,38	6,62
Centro Hospitalar do Médio Ave, EPE	305	301	298	281	5,79	5,79	6,08	6,31
Hospital Santo André, EPE	450	450	450	455	6,77	6,77	6,34	6,08
Maternidade Dr. Alfredo da Costa	209	150	150	150	5,83	5,83	6,01	6,00
Centro Hospitalar Póvoa de Varzim/Vila do Conde, EPE	143	143	139	139	5,61	5,61	5,63	5,68
Centro Hospitalar Entre Douro e Vouga, EPE	510	417	372	377	4,98	4,98	4,83	5,02
Hospital José Luciano de Castro	44	20	20	16	6,34	6,34	2,41	1,53
Total da Lotação	21.686	20.525	20.577	20.274	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
Valor médio da Demora Média	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	7,47	7,47	7,57	7,69
Variação (%)		-5,35%	0,25%	-1,47%		0,00%	1,26%	1,64%
Variação 2007 - 2010 (%)			-6,57%			2,90%		

Fonte: ACSS

Quadro A.23.1 – Lotação de camas e Demora média de internamento por hospital - 2007 a 2010

Indicador	2007	2008	2009	2010
Lotação	21.686	20.525	20.577	20.274
Demora Média	7,47	7,47	7,57	7,69

Fonte: ACSS

Gráfico A.9 – Evolução da Lotação Média (em N.º) - 2007 a 2010

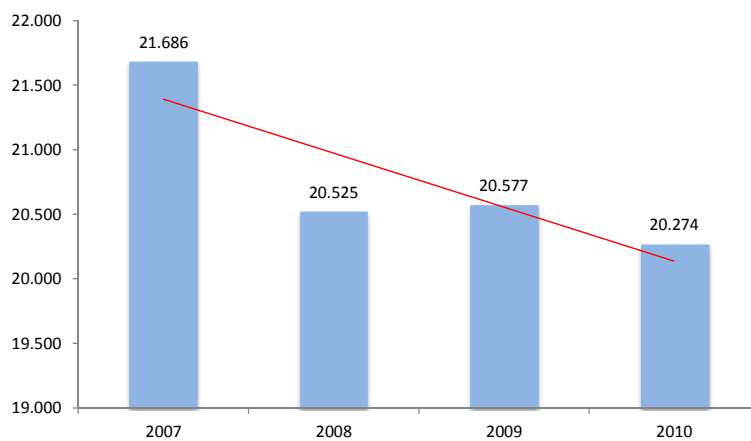
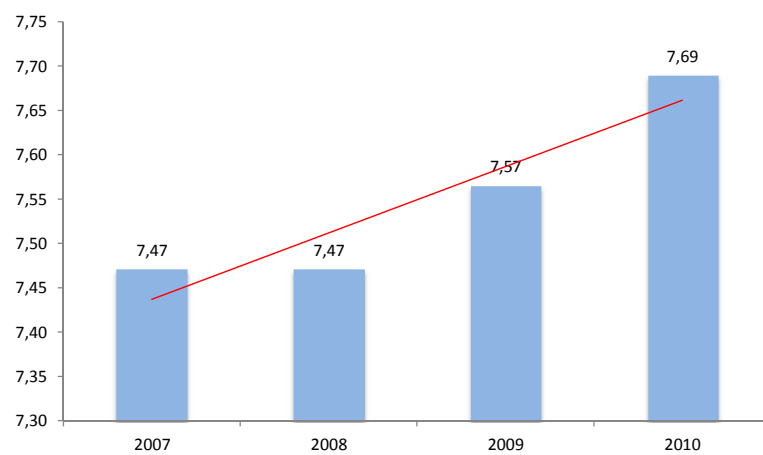


Gráfico A.10 – Evolução da Demora Média (em dias) 2007 a 2010



Anexo_8.6

Quadro A.23.2 – Top 9 dos Hospitais com melhor demora média - 2009 a 2010

Hospital	Demora Média (em dias)	
	2009	2010
Centro Hospitalar de Entre o Douro e Vouga, EPE	4,8	5,0
Centro Hospitalar Póvoa de Varzim/Vila do Conde, EPE	5,6	5,7
Centro Hospitalar do Médio Ave, EPE	6,1	6,3
Hospital Infante D. Pedro, EPE - Aveiro	6,7	6,8
Hospital de Santo André, EPE - Leiria	6,3	7,0
Centro Hospitalar do Oeste Norte	6,6	7,0
Hospital Fernando da Fonseca, EPE	6,8	7,0
Centro Hospitalar do Porto, EPE	7,0	7,0
Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, EPE	6,4	7,1
Média total	6,3	6,5

Fonte: ACSS

Anexo_8.6

Quadro A.24 - Distribuição da Disponibilidade dos Blocos Operatórios, por tipo, em Qtd e em Horas Semanais - 2009

Unidade Hospitalar	Regiões de Saúde	Disponibilidade Física de BO em Qtd			Disponibilidade de BO em Horas/Semana		% Disponibilidade no BO efectiva (sem urgência) face à disponibilidade no BO padrão
		Salas BO (sem Urgência)	Salas BO de Urgência	TOTAL de BO	Horas Semanais Disponíveis Bloco (sem urgência)	Horas Semanais Disponíveis Bloco de Urgência	
C. H. Barreiro Montijo	ARS LVT	4	1	5	158	168	61%
C. H. Entre o Douro e Vouga	ARS Norte	12	1	13	394	168	51%
C. H. Lisboa Norte	ARS LVT	31	3	34	1.361	504	68%
C.H. Alto Ave - Guimarães	ARS Norte	10	1	11	171	168	26%
C.H. Barlav. Algarvio - Portimão	ARS Algarve	5	2	7	190	228	58%
C.H. Coimbra	ARS Centro	6	2	8	518	336	133%
C.H. Cova da Beira - Covilhã	ARS Centro	5	1	6	120	168	37%
C.H. Lisboa Central	ARS LVT	32	3	35	1.824	560	88%
C.H. Lisboa Ocidental	ARS LVT	24	2	26	992	168	64%
C.H. Médio Ave - Famalicão	ARS Norte	6	1	7	224	168	57%
C.H. Médio Tejo - T. Novas	ARS LVT	11	3	14	252	505	35%
C.H. Nordeste - Bragança	ARS Norte	8	2	10	164	222	32%
C.H. Oeste Norte	ARS LVT	4	1	5	94	168	36%
C.H. Porto*	ARS Norte	21	3	24	826	504	61%
C.H. Póvoa do Varzim/VC	ARS Norte	2	1	3	111	168	85%
C.H. Setúbal	ARS LVT	8	1	9	329	168	63%
C.H. Tâmega e Sousa	ARS Norte	9	1	10	218	168	37%
C.H. Torres Vedras	ARS LVT	4	1	5	145	168	56%
C.H. Trás-os-Montes e Alt. Douro	ARS Norte	9	2	11	345	336	59%
C.H. V. Nova de Gaia/Espinho	ARS Norte	12	2	14	824	336	106%
Centro Oft. Alameda	ARS LVT	2	0	2	49	0	38%
H. Arc. J. Crisóst. - Cantanhede	ARS Centro	1	0	1	41	0	62%
H. Cândido Figueiredo - Tondela	ARS Centro	2	0	2	36	0	28%
H. Curry Cabral	ARS LVT	11	1	12	268	168	37%
H. Dr. Franc. Zagalo - Ovar	ARS Centro	1	0	1	36	0	55%
H. Espírito Santo - Évora	ARS Alentejo	5	1	6	198	168	61%
H. Faro	ARS Algarve	7	1	8	200	168	44%
H. Fern. da Fonseca - Lx	ARS LVT	14	1	15	468	168	51%
H. Garcia de Orta - Almada	ARS LVT	10	1	11	420	168	65%
H. Infante D. Pedro - Aveiro	ARS Centro	5	1	6	178	168	55%
H. José Luc. de Castro - Anadia	ARS Centro	1	0	1	24	0	37%
H. Litoral Alent. - Sant. Cacém	ARS Alentejo	4	0	4	82	0	32%
H. Nª Sª da Conceição - Valongo	ARS Norte	2	0	2	169	0	130%
H. Reyn. dos Santos - V. F. Xira	ARS LVT	3	1	4	85	120	44%
H. S. João - Porto	ARS Norte	21	3	24	510	504	37%
H. S. Marcos - Braga	ARS Norte	8	2	10	600	336	115%
H. S. Teotónio - Viseu	ARS Centro	17	2	19	435	336	39%
H. St. André - Leiria	ARS Centro	15	2	17	420	336	43%
H. Stª Maria Maior - Barcelos	ARS Norte	1	1	2	35	55	54%
H. Univer. de Coimbra **	ARS Centro	37	2	39	636	336	26%
H. Visc. Salreu - Estarreja	ARS Centro	1	0	1	45	0	69%
H.D. Águeda	ARS Centro	2	0	2	71	0	55%
H.D. Figueira da Foz	ARS Centro	2	1	3	138	141	106%
H.D. Pombal *	ARS Centro	1	0	1	35	0	54%
H.D. Santarém	ARS LVT	6	1	7	200	168	51%
Hospital de Cascais ***	ARS LVT	6	1	7	234	168	60%
Inst. Oft. Dr. Gama Pinto - Lx	ARS LVT	4	0	4	116	0	45%
IPO Coimbra	ARS Centro	5	0	5	165	0	51%
IPO Lisboa	ARS LVT	7	0	7	327	0	72%
IPO Porto	ARS Norte	7	0	7	272	0	60%
Mat. Dr. Alfr. Costa - Lx	ARS LVT	3	3	6	163	266	84%
ULS Alto Minho - V. Castelo	ARS Norte	3	2	5	198	168	102%
ULS Baixo Alentejo - Beja	ARS Alentejo	4	1	5	164	168	63%
ULS Castelo Branco	ARS Centro	4	1	5	110	168	42%
ULS Guarda	ARS Centro	4	1	5	90	168	35%
ULS Matosinhos	ARS Norte	10	2	12	550	336	85%
ULS Norte Alentejano - Portalegre	ARS Alentejo	5	2	7	175	336	54%
Total		464	68	532	17.201	10.497	57%

Fonte: ACSS/UGIC

Intervalo	<80% ou > 166%
	100% < % >166%

Legenda:

* Dados de capacidade instalada de 2010

** Dados referentes aos anestesistas de 2010

*** Dados de capacidade instalada de 2011

n.d. - Não disponível

Anexo_8.6

Quadro A.25 - Distribuição da Disponibilidade dos Anestésistas por tipo, em Qtd e em Horas Semanais - 2009

Unidade Hospitalar	Regiões de Saúde	ANESTESISTAS									
		Aneste- sistas	Aneste- sistas Int.	Horas Semanais Trab Anestesistas	Horas Semanais Trab Anestesistas Int.	Horas Semanais Anestesistas afectas ao BO	Horas Semanais Anestesistas Int. afectas BO	Aneste-sistas ETC	Aneste-sistas Int. ETC	Aneste-sista padrão	Aneste-sistas Padrão
		N.º	N.º	(sem MRA)	(sem MRA)	(sem MRA)	(sem MRA)	(sem MRA)	(sem MRA)	(sem MRA)	(com MRA)
C.H. Lisboa Central	ARS LVT	92	21	3.656	882	1.810	630	104	25	104	105
C.H. Porto*	ARS Norte	69	28	2.576	1.029	943	399	74	29	74	75
C. H. Lisboa Norte	ARS LVT	59	17	2.329	714	1.528	483	67	20	67	70
C.H. Lisboa Ocidental	ARS LVT	61	15	2.191	630	922	42	63	18	63	64
H. Univer. de Coimbra **	ARS Centro	55	17	2.022	680	1.326	0	58	19	58	59
H. S. João - Porto	ARS Norte	60	25	1.737	750	1.328	575	50	21	50	50
C.H. V. Nova de Gaia/Espinho	ARS Norte	39	20	1.469	834	708	380	42	24	42	42
C.H. Coimbra	ARS Centro	30	10	1.255	420	388	300	36	12	36	38
ULS Matosinhos	ARS Norte	29	13	1.117	546	411	184	32	16	32	32
H. Garcia de Orta - Almada	ARS LVT	28	5	1.083	200	467	118	31	6	31	32
H. Fern. da Fonseca - Lx	ARS LVT	31	10	1.085	264	636	0	31	8	31	33
C. H. Entre o Douro e Vouga	ARS Norte	17	7	1.071	292	720	84	31	8	31	31
IPO Porto	ARS Norte	24	2	885	84	405	20	25	2	25	26
C. H. Marcos - Braga	ARS Norte	23	9	889	359	445	0	25	10	25	29
C.H. Nordeste - Bragança	ARS Norte	15	0	882	0	411	0	25	0	25	26
C.H. Trás-os-Montes e Alt. Douro	ARS Norte	19	4	717	168	449	84	20	5	20	22
C.H. Tâmega e Sousa	ARS Norte	21	5	811	200	427	0	23	6	23	23
C.H. Médio Tejo - T. Novas	ARS LVT	15	0	618	0	456	0	18	0	18	18
IPO Lisboa	ARS LVT	20	3	759	126	332	126	22	4	22	23
H. Curry Cabral	ARS LVT	20	6	777	252	259	72	22	7	22	25
C.H. Alto Ave - Guimarães	ARS Norte	31	5	717	140	505	140	20	4	20	21
H. Infante D. Pedro - Aveiro	ARS Centro	18	6	721	252	90	0	21	7	21	21
H. St. André - Leiria	ARS Centro	16	3	652	126	258	90	19	4	19	19
H. S. Teotónio - Viseu	ARS Centro	22	10	618	300	618	300	18	9	18	18
Hospital de Cascais ***	ARS LVT	13	0	524	0	234	0	15	0	15	15
C.H. Setúbal	ARS LVT	16	6	586	240	325	168	17	7	17	19
H. Faro	ARS Algarve	13	1	535	42	326	26	15	1	15	17
C.H. Oeste Norte	ARS LVT	12	0	518	0	300	0	15	0	15	15
ULS Alto Minho - V. Castelo	ARS Norte	13	0	534	0	354	0	15	0	15	16
H.D. Santarém	ARS LVT	12	4	530	177	475	168	15	5	15	16
C. H. Barreiro Montijo	ARS LVT	11	0	439	0	190	0	13	0	13	13
H. Espírito Santo - Évora	ARS Alentejo	11	1	476	42	156	30	14	1	14	14
Mat. Dr. Alfr. Costa - Lx	ARS LVT	22	0	458	0	110	0	13	0	13	13
C.H. Póvoa do Varzim/VC	ARS Norte	8	0	302	0	94	0	9	0	9	9
C.H. Cova da Beira - Covilhã	ARS Centro	10	0	378	0	133	0	11	0	11	17
C.H. Torres Vedras	ARS LVT	7	0	249	0	109	0	7	0	7	7
H. Reyn. dos Santos - V. F. Xira	ARS LVT	9	0	371	0	184	0	11	0	11	12
IPO Coimbra	ARS Centro	9	0	366	0	366	0	10	0	10	15
ULS Castelo Branco	ARS Centro	7	0	291	0	115	0	8	0	8	8
C.H. Barlav. Algarvio - Portimão	ARS Algarve	8	7	329	336	214	187	9	10	9	11
H.D. Figueira da Foz	ARS Centro	7	0	286	0	131	0	8	0	8	8
H. Litoral Alent. - Sant. Cacém	ARS Alentejo	7	0	249	0	70	0	7	0	7	8
ULS Guarda	ARS Centro	6	0	283	0	158	0	8	0	8	8
ULS Norte Alentejano - Portalegre	ARS Alentejo	6	0	180	0	108	0	5	0	5	5
C.H. Médio Ave - Famalicão	ARS Norte	14	0	198	0	178	0	6	0	6	8
ULS Baixo Alentejo - Beja	ARS Alentejo	7	0	215	0	209	0	6	0	6	6
H. Stª Maria Maior - Barcelos	ARS Norte	6	0	201	0	109	0	6	0	6	6
H. Dr. Franc. Zagalo - Ovar	ARS Centro	3	3	126	51	126	0	4	1	4	4
H. Arc. J. Crisóst. - Cantanhede	ARS Centro	2	0	48	0	32	0	1	0	1	4
Inst. Oft. Dr. Gama Pinto - Lx	ARS LVT	3	0	100	0	87	0	3	0	3	4
Centro Oft. Alameda	ARS LVT	2	0	70	0	35	0	2	0	2	2
H. Nª Sª da Conceição - Valongo	ARS Norte	2	0	70	0	58	0	2	0	2	4
H. Cândido Figueiredo - Tondela	ARS Centro	2	0	84	0	68	0	2	0	2	4
H.D. Águeda	ARS Centro	2	2	84	84	84	84	2	2	2	3
H. Visc. Salreu - Estarreja	ARS Centro	1	0	42	0	38	0	1	0	1	2
H. José Luc. de Castro - Anadia	ARS Centro	2	0	84	0	35	0	2	0	2	3
H.D. Pombal *	ARS Centro	4	0	35	0	35	0	1	0	1	1
Total		1.071	265	39.878	10.220	21.085	4.690	1.139	292	1.139	1.201

Fonte: ACSS/UGIC

Legenda:

* Dados de capacidade instalada de 2010

** Dados referentes aos anestésistas de 2010

*** Dados de capacidade instalada de 2011

n.d. - Não disponível

Anexo_8.6

Quadro A.26 - Distribuição da Disponibilidade dos Cirurgiões, por tipo, em Qtd e em Horas - 2009

Unidade Hospitalar	Regiões de Saúde	CIRURGIÕES									
		Cirurgiões	Cirurgiões Int.	Horas Semanais Trab. Cirurgiões	Horas Semanais Trab. Cirurgiões Int.	Horas Semanais Cirurgiões afectas ao BO	Horas Semanais Cirurgiões Int. afectas ao BO	Cirurgiões ETC	Cirurgiões Int. ETC	Cirurgiões Padrão	Cirurgiões padrão
		N.º	N.º	(sem MRA)	(sem MRA)	(sem MRA)	(sem MRA)	(sem MRA)	(sem MRA)	(sem MRA)	(com MRA)
C. H. Lisboa Norte	ARS LVT	324	125	11.730	5.208	3.051	313	335	149	410	411
C.H. Lisboa Central	ARS LVT	306	83	10.392	3.308	2.626	829	297	95	344	347
H. S. João - Porto	ARS Norte	314	127	8.721	4.224	3.886	1.582	249	121	310	316
H. Univer. de Coimbra **	ARS Centro	211	104	7.698	4.248	1.497	804	220	121	281	283
C.H. Porto*	ARS Norte	219	80	7.752	3.410	1.512	852	221	97	270	273
C.H. Lisboa Ocidental	ARS LVT	164	45	5.982	1.890	1.545	438	171	54	198	199
C.H. V. Nova de Gaia/Espinho	ARS Norte	132	58	4.799	2.448	1.009	494	137	70	172	172
C.H. Coimbra	ARS Centro	122	56	4.463	2.348	980	0	128	67	161	165
C. H. Entre o Douro e Vouga	ARS Norte	142	39	4.680	1.550	1.476	495	134	44	156	157
C.H. Tâmega e Sousa	ARS Norte	126	28	4.799	1.068	1.198	0	137	31	152	155
H. S. Marcos - Braga	ARS Norte	91	51	3.347	2.003	889	360	96	57	124	129
H. Garcia de Orta - Almada	ARS LVT	95	37	3.276	1.554	864	258	94	44	116	116
H.D. Santarém	ARS LVT	92	18	3.091	756	649	126	88	22	99	101
IPO Porto	ARS Norte	101	4	3.350	154	795	20	96	4	98	105
H. Curry Cabral	ARS LVT	69	22	2.249	828	416	122	64	24	76	78
H. Faro	ARS Algarve	71	20	2.624	798	597	168	75	23	86	89
C.H. Trás-os-Montes e Alt. Douro	ARS Norte	81	10	2.391	420	741	52	68	12	74	74
C.H. Nordeste - Bragança	ARS Norte	73	6	2.793	242	622	24	80	7	83	83
C.H. Setúbal	ARS LVT	89	6	2.691	252	1.079	48	77	7	80	83
Hospital de Cascais ***	ARS LVT	77	3	2.627	120	486	0	75	3	77	82
H. St. André - Leiria	ARS Centro	73	5	2.603	210	486	0	74	6	77	77
C.H. Alto Ave - Guimarães	ARS Norte	91	26	2.219	857	521	110	63	24	76	76
H. S. Teotónio - Viseu	ARS Centro	82	31	2.115	930	603	180	60	27	74	74
H. Infante D. Pedro - Aveiro	ARS Centro	61	9	2.278	378	547	34	65	11	70	70
H. Fern. da Fonseca - Lx	ARS LVT	65	18	2.157	548	702	180	67	16	69	70
IPO Lisboa	ARS LVT	57	5	1.977	210	637	72	56	6	59	63
C.H. Barlav. Algarvio - Portimão	ARS Algarve	50	5	1.905	210	350	35	54	6	57	60
C.H. Médio Tejo - T. Novas	ARS LVT	51	1	2.021	42	551	14	58	1	58	58
H. Espírito Santo - Évora	ARS Alentejo	50	5	1.794	210	345	30	51	6	54	58
Mat. Dr. Alfr. Costa - Lx	ARS LVT	55	17	1.518	714	258	136	43	20	54	55
C.H. Médio Ave - Farnalhão	ARS Norte	64	0	1.862	0	485	0	53	0	53	54
ULS Alto Minho - V. Castelo	ARS Norte	46	6	1.630	252	483	75	47	7	50	51
C.H. Oeste Norte	ARS LVT	88	2	1.774	60	586	0	51	2	52	52
ULS Castelo Branco	ARS Centro	41	13	1.364	515	221	65	39	15	46	48
C. H. Barreiro Montijo	ARS LVT	56	12	1.412	360	386	40	40	10	45	58
H. Reyn. dos Santos - V. F. Xira	ARS LVT	28	7	1.016	294	187	101	29	8	33	34
H.D. Figueira da Foz	ARS Centro	34	4	1.126	168	235	56	32	5	35	38
Inst. Oft. Dr. Gama Pinto - Lx	ARS LVT	27	7	887	294	216	46	25	8	30	39
IPO Coimbra	ARS Centro	45	4	1.120	168	483	0	32	5	34	35
ULS Baixo Alentejo - Beja	ARS Alentejo	53	11	966	418	396	36	28	12	34	36
C.H. Cova da Beira - Covilhã	ARS Centro	28	6	1.052	240	208	40	30	7	33	33
C.H. Torres Vedras	ARS LVT	24	7	910	294	265	0	26	8	30	31
C.H. Póvoa do Varzim/VC	ARS Norte	29	0	1.082	0	194	0	31	0	31	31
ULS Guarda	ARS Centro	36	5	916	150	234	43	26	4	28	28
ULS Norte Alentejano - Portalegre	ARS Alentejo	32	6	852	252	368	0	24	7	28	32
H. Stª Maria Maior - Barcelos	ARS Norte	25	1	751	5	177	0	21	0	22	22
H. Litoral Alent. - Sant. Cacém	ARS Alentejo	25	1	798	40	152	0	23	1	23	23
Centro Oft. Alameda	ARS LVT	18	1	630	35	140	0	18	1	19	19
ULS Matosinhos	ARS Norte	10	5	358	208	72	36	10	6	13	18
H.D. Águeda	ARS Centro	11	8	364	329	103	96	10	9	15	18
H.D. Pombal *	ARS Centro	7	0	155	0	62	0	4	0	4	4
H. Arc. J. Crisóst. - Cantanhede	ARS Centro	12	0	194	0	86	0	6	0	6	10
H. Cândido Figueiredo - Tondela	ARS Centro	6	0	245	0	99	0	7	0	7	11
H. Dr. Franc. Zagalo - Ovar	ARS Centro	3	0	245	0	60	0	7	0	7	8
H. Nª Sª da Conceição - Valongo	ARS Norte	9	0	157	0	55	0	4	0	4	6
H. José Luc. de Castro - Anadia	ARS Centro	7	0	113	0	43	0	3	0	3	5
H. Visc. Salreu - Estarreja	ARS Centro	5	0	97	0	72	0	3	0	3	3
Total		4.303	1.150	142.118	45.221	36.979	8.407	4.061	1.292	4.707	4.829

Fonte: ACSS/UGIC

Legenda:

* Dados de capacidade instalada de 2010

** Dados referentes aos anestesiologistas de 2010

*** Dados de capacidade instalada de 2011

n.d. - Não disponível

Anexo_8.6

Quadro A.27 - Distribuição da Optimização de BO por Graus de Ajuste entre Cirurgiões, Anestesiastas e Bloco Operatório - 2009

Unidade Hospitalar	Regiões de Saúde	OPTIMIZAÇÃO de BO				
		Grau de ajuste entre horas de cirurgiões afectas ao BO (sem MRA) e horas de disponibilidade de salas BO	Grau de ajuste entre horas de anestesiastas afectas ao BO (sem MRA) e horas de disponibilidade de salas BO	Grau de ajuste entre horas de cirurgiões afectas ao BO (sem MRA) e horas de anestesiastas afectas ao BO (sem MRA)	Horas semanais afectas ao BO (sem MRA) por cirurgião padrão (sem MRA)	Horas semanais afectas ao BO (sem MRA) por anestesiasta padrão (sem MRA)
H. Dr. Franc. Zagalo - Ovar	ARS Centro	1,67	3,50	0,48	8,57	35,00
H. S. Teotónio - Viseu	ARS Centro	1,59	1,42	1,12	9,40	35,00
H.D. Águeda	ARS Centro	2,13	1,18	1,80	10,00	35,00
H.D. Pombal *	ARS Centro	1,77	1,00	1,77	14,00	35,00
IPO Coimbra	ARS Centro	2,93	2,22	1,32	14,04	35,00
ULS Baixo Alentejo - Beja	ARS Alentejo	2,52	1,27	1,98	12,33	34,02
H. Visc. Salreu - Estarreja	ARS Centro	1,60	0,84	1,89	25,98	31,67
C.H. Médio Ave - Famalicão	ARS Norte	2,17	0,79	2,72	9,12	31,46
H.D. Santarém	ARS LVT	3,56	2,38	1,50	7,18	31,37
Inst. Oft. Dr. Gama Pinto - Lx	ARS LVT	2,05	0,75	2,74	8,06	30,45
H. Nª Sª da Conceição - Valongo	ARS Norte	0,33	0,34	0,95	12,26	29,00
H. Cândido Figueiredo - Tondela	ARS Centro	2,75	1,89	1,46	14,14	28,33
H. S. João - Porto	ARS Norte	9,18	2,61	3,52	15,11	26,76
C.H. Médio Tejo - T. Novas	ARS LVT	2,21	1,81	1,22	9,56	25,83
C.H. Alto Ave - Guimarães	ARS Norte	3,37	2,96	1,14	7,61	24,64
C. H. Entre o Douro e Vouga	ARS Norte	4,37	1,83	2,39	11,06	23,53
H. Arc. J. Crisóst. - Cantanhede	ARS Centro	2,11	0,79	2,67	15,43	23,33
ULS Alto Minho - V. Castelo	ARS Norte	2,63	1,79	1,47	10,36	23,20
C. H. Lisboa Norte	ARS LVT	2,36	1,12	2,10	7,83	22,96
H. Univer. de Coimbra **	ARS Centro	2,99	2,08	1,43	6,77	22,95
C.H. Barlav. Algarvio - Portimão	ARS Algarve	1,93	1,13	1,72	6,40	22,77
C.H. Trás-os-Montes e Alt. Douro	ARS Norte	2,22	1,30	1,71	10,32	21,92
H. Faro	ARS Algarve	3,40	1,63	2,09	7,88	21,33
ULS Norte Alentejano - Portalegre	ARS Alentejo	2,10	0,62	3,41	13,17	21,00
H. Fern. da Fonseca - Lx	ARS LVT	1,69	1,36	1,25	11,40	20,52
C.H. Oeste Norte	ARS LVT	6,21	3,18	1,95	11,37	20,27
ULS Guarda	ARS Centro	2,83	1,76	1,61	9,01	19,54
C.H. Setúbal	ARS LVT	3,35	0,99	3,39	13,70	19,41
H. Stª Maria Maior - Barcelos	ARS Norte	5,06	3,11	1,62	8,22	18,98
C.H. Tâmega e Sousa	ARS Norte	5,49	1,96	2,80	7,86	18,43
H. S. Marcos - Braga	ARS Norte	1,78	0,74	2,40	8,60	17,52
Centro Oft. Alameda	ARS LVT	2,86	0,71	4,00	7,57	17,50
H. Reyn. dos Santos - V. F. Xira	ARS LVT	2,79	2,16	1,29	7,15	17,36
C.H. Lisboa Central	ARS LVT	1,67	0,99	1,68	8,83	17,33
C.H. V. Nova de Gaia/Espinho	ARS Norte	1,52	0,86	1,77	7,29	16,86
C.H. Nordeste - Bragança	ARS Norte	3,87	2,51	1,54	7,61	16,31
H.D. Figueira da Foz	ARS Centro	1,91	0,95	2,01	7,61	16,03
IPO Porto	ARS Norte	2,96	1,49	1,99	8,22	16,02
Hospital de Cascais ***	ARS LVT	2,08	1,00	2,08	6,33	15,63
C.H. Torres Vedras	ARS LVT	1,82	0,75	2,43	8,76	15,32
IPO Lisboa	ARS LVT	2,06	1,01	2,03	11,31	15,29
C. H. Barreiro Montijo	ARS LVT	2,58	1,21	2,14	8,92	15,15
H. Garcia de Orta - Almada	ARS LVT	2,36	1,11	2,13	8,58	15,08
C.H. Lisboa Ocidental	ARS LVT	1,78	0,93	1,91	8,91	14,72
H. José Luc. de Castro - Anadia	ARS Centro	1,79	1,46	1,23	13,32	14,58
H. St. André - Leiria	ARS Centro	1,16	0,61	1,88	6,28	13,85
ULS Castelo Branco	ARS Centro	2,30	1,05	2,20	5,47	13,83
ULS Matosinhos	ARS Norte	0,16	0,75	0,22	6,82	12,88
C.H. Porto*	ARS Norte	2,35	1,14	2,06	7,17	12,81
C.H. Cova da Beira - Covilhã	ARS Centro	1,90	1,11	1,71	6,81	12,31
H. Curry Cabral	ARS LVT	1,78	0,97	1,84	6,26	11,67
H. Espírito Santo - Évora	ARS Alentejo	1,82	0,79	2,31	6,64	11,47
C.H. Póvoa do Varzim/VC	ARS Norte	1,75	0,85	2,06	6,28	10,89
C.H. Coimbra	ARS Centro	1,89	0,75	2,53	6,08	10,82
H. Litoral Alent. - Sant. Cacém	ARS Alentejo	1,85	0,85	2,17	6,50	9,84
Mat. Dr. Alfr. Costa - Lx	ARS LVT	2,00	0,67	2,96	6,09	8,41
H. Infante D. Pedro - Aveiro	ARS Centro	3,17	0,51	6,27	8,00	4,37
País		2,39	1,23	1,95	8,75	18,51

Fonte: ACSS/UGIC

Intervalo	1,5 > Grau ajuste > 2,4	0,5 > Grau ajuste > 1,4	1,5 > Grau ajuste > 2,4	< 9 horas/cir. padrão; >18 horas/cir. padrão	< 18 horas/anest. Padrão; > 25 horas/anest. Padrão;
	1,5 ≤ Grau ajuste ≤ 2,4	0,5 ≤ Grau ajuste ≤ 1,4	1,5 ≤ Grau ajuste ≤ 2,4	12 horas/cir. padrão≥18;	21≤ horas/anest. Padrão ≥25

Legenda:

* Dados de capacidade instalada de 2010

** Dados referentes aos anestesiastas de 2010

*** Dados de capacidade instalada de 2011

n.d. - Não disponível

Anexo_8.6

Quadro A.28 - Distribuição da Disponibilidade dos Anestesiistas por tipo, em Qtd e em Horas Semanais - 2009

Unidade Hospitalar	Regiões de Saúde	PRODUÇÃO CIRURGICA					
		Operados	Operados Padrão	Operados Padrão em MRA	Média Operados	Operados > TMRG	% Operados > TMRG
Centro Oft. Alameda	ARS LVT	1.315	722	62	13,93	1.146	87,1%
ULS Guarda	ARS Centro	4.202	3.854	779	3,77	1.285	30,6%
IPO Lisboa	ARS LVT	6.478	8.894	2.597	1,5	1.907	29,4%
C.H. Cova da Beira - Covilhã	ARS Centro	3.810	2.382	1	2,62	795	20,9%
ULS Matosinhos	ARS Norte	9.456	8.243	916	3,63	1.945	20,6%
H. S. Teotónio - Viseu	ARS Centro	9.861	8.572	1.552	4	1.951	19,8%
C. H. Barreiro Montijo	ARS LVT	6.396	5.536	902	3,49	1.115	17,4%
H. S. Marcos - Braga	ARS Norte	6.680	6.663	197	3,82	1.163	17,4%
C.H. Médio Tejo - T. Novas	ARS LVT	7.721	6.573	2.284	2,94	1.318	17,1%
H.D. Figueira da Foz	ARS Centro	4.085	3.142	0	3,61	654	16,0%
H. Faro	ARS Algarve	9.746	8.275	1.270	2,42	1.413	14,5%
C.H. Setúbal	ARS LVT	8.010	8.275	1.195	2,48	1.124	14,0%
IPO Porto	ARS Norte	8.226	9.707	1.580	1,79	1.081	13,1%
H. Univer. de Coimbra **	ARS Centro	23.587	30.920	1.300	2,68	3.095	13,1%
C. H. Entre o Douro e Vouga	ARS Norte	13.325	10.280	1.354	3,38	1.546	11,6%
H. Infante D. Pedro - Aveiro	ARS Centro	7.132	6.980	863	2,98	823	11,5%
C.H. Porto*	ARS Norte	25.167	20.852	3.862	2,96	2.777	11,0%
C.H. Alto Ave - Guimarães	ARS Norte	8.650	7.827	1.278	3,13	911	10,5%
IPO Coimbra	ARS Centro	4.738	4.984	262	1,22	444	9,4%
Hospital de Cascais ***	ARS LVT	3034	3.098	0	2,11	268	8,8%
C.H. Póvoa do Varzim/VC	ARS Norte	3.656	3.174	1.140	2,99	312	8,5%
H. Fern. da Fonseca - Lx	ARS LVT	16.028	14.571	0	1,62	1.291	8,1%
H. Cândido Figueiredo - Tondela	ARS Centro	773	687	214	2,9	62	8,0%
C.H. Lisboa Ocidental	ARS LVT	13.542	16.752	498	2,14	1.053	7,8%
C.H. Lisboa Central	ARS LVT	25.585	26.014	1.818	2,37	1.979	7,7%
C. H. Lisboa Norte	ARS LVT	24.576	30.719	3.524	2,26	1.872	7,6%
H.D. Santarém	ARS LVT	7.900	6.946	2.013	2,6	601	7,6%
H. Curry Cabral	ARS LVT	5.909	7.087	0	2,65	428	7,2%
C.H. Coimbra	ARS Centro	11.394	11.044	518	2,45	808	7,1%
H. Garcia de Orta - Almada	ARS LVT	10.658	10.129	1.881	2,06	749	7,0%
C.H. V. Nova de Gaia/Espinho	ARS Norte	14390	15.537	2.577	2,74	1010	7,0%
C.H. Nordeste - Bragança	ARS Norte	6.264	4.734	0	2,3	435	6,9%
H. Reyn. dos Santos - V. F. Xira	ARS LVT	2.661	3.379	810	2,24	184	6,9%
C.H. Trás-os-Montes e Alt. Douro	ARS Norte	11.186	10.280	1.306	2,49	741	6,6%
ULS Castelo Branco	ARS Centro	3.240	3.067	700	2,73	213	6,6%
H. José Luc. de Castro - Anadia	ARS Centro	994	722	269	3,74	65	6,5%
H. Visc. Salreu - Estarreja	ARS Centro	1.048	759	0	2,11	63	6,0%
H. Arc. J. Crisóst. - Cantanhede	ARS Centro	1.209	656	0	2,75	68	5,6%
H.D. Águeda	ARS Centro	2.056	2.193	644	2,88	110	5,4%
C.H. Médio Ave - Famalicão	ARS Norte	5.105	4.334	1.362	2,85	260	5,1%
Inst. Oft. Dr. Gama Pinto - Lx	ARS LVT	3.681	2.394	0	2,5	181	4,9%
H. Litoral Alent. - Sant. Cacém	ARS Alentejo	2.746	2.524	383	2,76	135	4,9%
H. St. André - Leiria	ARS Centro	11.111	10.236	4.787	2,1	542	4,9%
ULS Alto Minho - V. Castelo	ARS Norte	9.442	8.370	2.528	2,51	425	4,5%
ULS Norte Alentejano - Portalegre	ARS Alentejo	3.449	3.304	237	2,26	143	4,1%
H. Dr. Franc. Zagalo - Ovar	ARS Centro	1.587	1.265	229	2,61	62	3,9%
C.H. Barlav. Algarvio - Portimão	ARS Algarve	6.447	4.703	1.378	2,43	247	3,8%
C.H. Torres Vedras	ARS LVT	3.519	3.464	0	1,8	131	3,7%
C.H. Oeste Norte	ARS LVT	4.458	3.459	1.014	2,74	165	3,7%
H. S. João - Porto	ARS Norte	27.176	33.846	6.460	1,99	976	3,6%
H. Stª Maria Maior - Barcelos	ARS Norte	4.058	2.874	54	3,12	134	3,3%
H. Espírito Santo - Évora	ARS Alentejo	7.341	6.704	2.054	2,13	211	2,9%
ULS Baixo Alentejo - Beja	ARS Alentejo	6134	4.860	2.141	1,71	163	2,7%
H. Nª Sª da Conceição - Valongo	ARS Norte	1.433	1.172	0	1,99	9	0,6%
Mat. Dr. Alfr. Costa - Lx	ARS LVT	4.389	2.500	0	0,96	25	0,6%
C.H. Tâmega e Sousa	ARS Norte	12.959	10.354	0	1,71	68	0,5%
H.D. Pombal *	ARS Centro	1.651	1.079	0	1,19	3	0,2%
Total		451.374	441.670	62.793	2,85	42.685	9,5%

Fonte: ACSS/UGIC

Intervalo	>10%
-----------	------

Legenda:

* Dados de capacidade instalada de 2010
 ** Dados referentes aos anestesiistas de 2010
 *** Dados de capacidade instalada de 2011
 n.d. - Não disponível

Anexo_8.6

Quadro A.29 - Distribuição da Produtividade pro Cirurgia Padrão semanal por Cirurgião, por Anestesta e por BO - 2009

Unidade Hospitalar	Regiões de Saúde	PRODUTIVIDADE				
		Produção Cirurgica Padrão semanal por Cirurgião Padrão (inclui MRA)	Produção Cirurgica Padrão semanal por Anestesta Padrão (inclui MRA)	Produção Cirurgica Padrão semanal por sala BO (programada)	Produção Cirurgica Padrão semanal por hora disponível no BO efectiva (programada)	Produção Cirurgica Padrão semanal por hora disponível no BO padrão (programada) (Se a disponibilidade no bloco fosse de 65 horas semanais)
H. Stª Maria Maior - Barcelos	ARS Norte	3,02	11,27	92,23	1,87	1,00
ULS Alto Minho - V. Castelo	ARS Norte	3,45	12,47	71,53	0,96	0,98
C.H. Coimbra	ARS Centro	1,55	6,90	43,16	0,48	0,64
H. S. João - Porto	ARS Norte	2,39	13,76	29,41	1,51	0,56
C.H. Póvoa do Varzim/VC	ARS Norte	2,18	7,41	41,55	0,65	0,55
H.D. Figueira da Foz	ARS Centro	2,07	8,74	46,42	0,52	0,55
H. Infante D. Pedro - Aveiro	ARS Centro	2,20	7,40	32,42	0,89	0,49
IPO Porto	ARS Norte	2,18	8,73	26,71	0,81	0,48
C. H. Barreiro Montijo	ARS LVT	2,66	9,37	31,46	0,80	0,48
H. Espírito Santo - Évora	ARS Alentejo	2,62	9,77	33,37	0,77	0,47
C.H. V. Nova de Gaia/Espinho	ARS Norte	1,99	7,94	27,25	0,43	0,45
IPO Lisboa	ARS LVT	3,13	9,32	21,03	0,62	0,44
H. Dr. Franc. Zagalo - Ovar	ARS Centro	3,86	7,52	36,07	0,80	0,44
ULS Baixo Alentejo - Beja	ARS Alentejo	2,93	17,98	34,85	0,67	0,42
H. Faro	ARS Algarve	2,12	11,38	31,64	0,94	0,41
H.D. Santarém	ARS LVT	1,53	10,42	29,92	0,79	0,40
C.H. Tâmega e Sousa	ARS Norte	1,54	10,16	32,72	1,08	0,40
C.H. Trás-os-Montes e Alt. Douro	ARS Norte	3,04	10,74	28,25	0,68	0,40
H. Reyn. dos Santos - V. F. Xira	ARS LVT	2,21	6,74	20,16	0,90	0,39
H.D. Águeda	ARS Centro	3,05	20,77	23,36	0,70	0,38
H.D. Pombal *	ARS Centro	5,54	24,52	37,52	0,70	0,38
H. Fern. da Fonseca - Lx	ARS LVT	4,77	10,68	26,02	0,71	0,36
C.H. Setúbal	ARS LVT	2,27	10,50	22,76	0,57	0,36
H. Garcia de Orta - Almada	ARS LVT	1,93	7,02	24,22	0,55	0,35
IPO Coimbra	ARS Centro	3,24	10,83	21,54	0,69	0,35
C.H. Porto *	ARS Norte	1,71	6,13	27,24	0,57	0,35
C. H. Lisboa Norte	ARS LVT	1,68	9,98	18,02	0,51	0,35
ULS Guarda	ARS Centro	2,94	10,83	23,88	0,97	0,34
C.H. Barlav. Algarvio - Portimão	ARS Algarve	1,78	9,95	29,30	0,56	0,33
C.H. Torres Vedras	ARS LVT	2,61	11,07	19,99	0,54	0,30
C.H. Oeste Norte	ARS LVT	1,47	4,98	25,33	0,83	0,30
C. H. Entre o Douro e Vouga	ARS Norte	1,47	7,32	25,24	0,59	0,30
H. Univer. de Coimbra **	ARS Centro	2,48	....	14,49	1,10	0,29
Mat. Dr. Alfr. Costa - Lx	ARS LVT	1,06	4,34	33,25	0,35	0,29
H. S. Marcos - Braga	ARS Norte	1,22	5,92	18,98	0,25	0,29
ULS Matosinhos	ARS Norte	12,50	5,87	21,49	0,34	0,29
C.H. Lisboa Central	ARS LVT	1,70	5,57	18,17	0,32	0,28
C.H. Alto Ave - Guimarães	ARS Norte	2,28	8,19	19,66	1,04	0,27
ULS Castelo Branco	ARS Centro	1,46	8,38	18,41	0,63	0,27
H. Visc. Salreu - Estarreja	ARS Centro	6,22	14,37	23,82	0,38	0,27
C.H. Médio Ave - Famalicão	ARS Norte	1,76	14,10	19,34	0,44	0,25
H. José Luc. de Castro - Anadia	ARS Centro	4,37	6,16	22,59	0,68	0,25
C.H. Lisboa Ocidental	ARS LVT	1,91	6,04	12,82	0,38	0,24
H. St. André - Leiria	ARS Centro	2,68	9,99	16,83	0,55	0,24
ULS Norte Alentejano - Portalegre	ARS Alentejo	2,64	14,60	15,68	0,43	0,23
H. Arc. J. Crisóst. - Cantanhede	ARS Centro	2,69	10,87	27,48	0,37	0,23
H. Curry Cabral	ARS LVT	2,12	7,26	12,21	0,60	0,23
H. Litoral Alent. - Sant. Cacém	ARS Alentejo	2,38	7,66	15,60	0,70	0,22
Inst. Oft. Dr. Gama Pinto - Lx	ARS LVT	1,84	19,04	20,91	0,47	0,21
C.H. Médio Tejo - T. Novas	ARS LVT	2,38	7,51	15,95	0,59	0,21
C.H. Nordeste - Bragança	ARS Norte	1,29	4,27	17,80	0,66	0,21
H. Nª Sª da Conceição - Valongo	ARS Norte	5,94	13,31	16,28	0,16	0,20
Hospital de Cascais ***	ARS LVT	0,92	4,70	11,49	0,30	0,18
H. S. Teotónio - Viseu	ARS Centro	2,54	10,16	13,18	0,45	0,18
C.H. Cova da Beira - Covilhã	ARS Centro	1,62	5,01	17,32	0,45	0,17
Centro Oft. Alameda	ARS LVT	0,88	7,97	14,94	0,34	0,13
H. Cândido Figueiredo - Tondela	ARS Centro	2,10	5,98	8,78	0,43	0,12
País		2,08	8,81	22,11	0,58	0,33

Fonte: ACSS/UGIC

Intervalo	< 2,5 cirurgias sem. padrão/cir. padrão	< 1,5 cirurgias sem. padrão/anest. padrão	< 15 cirurgias sem. padrão/sala BO	< 0,5 cirurgias sem. padrão/horas sala BO	< 0,5 cirurgias sem. padrão/horas sala BO
	> 3,5 cirurgia sem. padrão/cir. padrão	> 7 cirurgias sem. padrão/anest. padrão	> 20 cirurgias sem. padrão/sala BO	> 1 cirurgias sem. padrão/horas sala BO	> 1 cirurgias sem. padrão/horas sala BO

Legenda:

* Dados de capacidade instalada de 2010

** Dados referentes aos anestestesistas de 2010

*** Dados de capacidade instalada de 2011

n.d. - Não disponível

Anexo_8.6

Para diferentes valores de ajustamento de capacidade instalada, produção e rentabilidade dos recursos foram identificados padrões, e intervalos considerados normais ou adequados, outros considerados favoráveis (verde), e desfavoráveis (vermelho), para simplificação e possibilidade de comparar instituições distintas foram identificadas entidades designadas de padrão a saber:

Quadro A.30 - Caracterização do tipo de recursos

Tipo de Recurso	Caracterização
_Cirurgião Padrão	_É um cirurgião com 35 horas de trabalho semanais (caso seja cirurgião interno contabiliza-se apenas metade das horas efectivas)
_Disponibilidade padrão do cirurgião padrão	_Em que um cirurgião padrão tem uma disponibilidade atribuída ao BO de 30%, ao internamento de 30%, à consulta de 30% e 10% a outras actividades
_Anestesista Padrão	_É um anestesista com 35 horas de trabalho semanais (não são contabilizadas as horas dos anestesistas internos)
_Disponibilidade padrão do anestesistas padrão	_Em que um anestesista padrão tem uma disponibilidade atribuída ao BO de 50% e 50% a outras actividades
_Sala Padrão	_12 horas x 5 dias + 5 horas Sábado
_Semana padrão	_1/44 do ano

Quadro A.31 - Caracterização dos Valores de Referência

Indicador	Valor padrão	Valor neutro	Valor Positivo	Valor Negativo
% Disponibilidade no BO efectiva (sem urgência) face à disponibilidade no BO padrão	1	Entre 80% e 100%	100% < % > 166%	< 80% ou > 166%
Grau de ajuste entre horas de cirurgiões afectas ao BO (sem MRA) e horas de disponibilidade de salas BO	2h		1,5 ≤ Grau ajuste ≤ 2,4	1,5 > Grau ajuste > 2,4
Grau de ajuste entre horas de anestesistas afectas ao BO (sem MRA) e horas de disponibilidade de salas BO	1h		0,5 ≤ Grau ajuste ≤ 1,4	0,5 > Grau ajuste > 1,4
Grau de ajuste entre horas de cirurgiões afectas ao BO (sem MRA) e horas de anestesistas afectas ao BO (sem MRA)			1,5 ≤ Grau ajuste ≤ 2,4	1,5 > Grau ajuste > 2,4
Horas semanais afectas ao BO (sem MRA) por cirurgião padrão (sem MRA)	10,5h	9 ≥ horas/cir. padrão > 12h	12 ≤ horas/cir. padrão ≥ 18;	< 9 horas/cir. padrão; > 18 horas/cir. padrão
Horas semanais afectas ao BO (sem MRA) por anestesista padrão (sem MRA)	17,5h	18 ≥ horas/anest. Padrão > 21h	21 ≤ horas/anest. Padrão ≥ 25	< 18 horas/anest. Padrão; > 25 horas/anest.
%Operados > TMRG			≤ 10%	> 10%
Produção Cirurgica Padrão semanal por Cirurgião Padrão (inclui MRA)		2,5 ≥ cirurgia sem. padrão/cir. padrão ≤ 3,5	> 3,5 cirurgia sem. padrão/cir. padrão	< 2,5 cirurgias sem. padrão/cir. padrão
Produção Cirurgica Padrão semanal por Anestesista Padrão (inclui MRA)		1,5 ≥ cirurgias sem. padrão/anest. padrão ≤ 7	> 7 cirurgias sem. padrão/anest. padrão	< 1,5 cirurgias sem. padrão/anest. padrão
Produção Cirurgica Padrão semanal por sala BO (programada)		15 ≥ cirurgias sem. padrão/sala BO ≤ 20	> 20 cirurgias sem. padrão/sala BO	< 15 cirurgias sem. padrão/sala BO
Produção Cirurgica Padrão semanal por hora disponível no BO efectivas (programada)		0,5 ≥ cirurgias sem. padrão/horas sala BO ≤ 1	> 1 cirurgias sem. padrão/horas sala BO	< 0,5 cirurgias sem. padrão/horas sala BO
Produção Cirurgica Padrão semanal por hora disponível no BO padrão (programada) (Se a disponibilidade no bloco fosse de 65 horas semanais)		0,5 ≥ cirurgias sem. padrão/horas sala BO ≤ 1	> 1 cirurgias sem. padrão/horas sala BO	< 0,5 cirurgias sem. padrão/horas sala BO

8.7 MEDICAMENTO

Anexo_8.7

Quadro A.32 – A evolução do mercado e da despesa com medicamentos - 2005 a 2010

Unidade: M Euros e %

Indicadores	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Mercado Total	3.905	3.979	4.132	4.249	4.294	4.238
Variação (%)	4,70	1,90	3,85	2,83	1,06	-1,30
Mercado Ambulatório (M€)	3.105	3.162	3.288	3.353	3.321	3.238
Variação (%)	2,80	1,84	3,98	1,98	-0,95	-2,50
Despesa do SNS com Medicamentos em Ambulatório (M€)	1.446	1.423	1.398	1.467	1.559	1.640
Variação (%)	-1,60	-1,59	-1,76	4,94	6,27	5,20
Despesa Pública com Medicamentos em Ambulatório em % PIB	1,16	1,08	1	1,04	1,09	1,09
Despesa Pública com Medicamentos em Ambulatório em % PIB - UE 27 ¹	1,02	0,99	0,96	0,98	1,01	-
Despesa Pública Total com Medicamentos (M€)	2.585	2.555	2.531	2.681	2.811	2.880
Variação (%)		-1,16	-0,94	5,93	4,85	2,45
Despesa Hospitalar com Medicamentos (M€)	800	817	843	895	972	1.003
Variação (%)	12,70	2,13	3,18	6,17	8,60	3,19
Despesa Pública Total com Medicamentos em % PIB	1,68	1,59	1,49	1,56	1,67	1,67

Fonte: Infarmed

Legenda:

¹ Média calculada com os dados disponíveis: 20 países de 2005 a 2008, e 17 países em 2009

Quadro A.33 – Evolução da despesa do SNS, dos hospitais e da despesa com medicamentos - 2005 a 2010

Unidade: M Euros e %

Indicadores	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Total de aplicação de fundos SNS	8.464	7.583	7.806	8.016	8.430	9.154
Variação (%)		-10,4%	2,9%	2,7%	5,2%	8,6%
Prestação de cuidados hospitalares (EPE+SPA)	3.855	3.635	3.966	3.903	3.999	4.443
Peso Relativo (%)	45,5%	47,9%	50,8%	48,7%	47,4%	48,5%
Medicamentos (EPE + SPA)	762	815	852	886	975	1.012
Peso Relativo nos cuidados hospitalares	19,8%	22,4%	21,5%	22,7%	24,4%	22,8%

Fonte: Infarmed

Gráfico A.11 – Despesa Pública com Medicamentos - 2005 a 2010

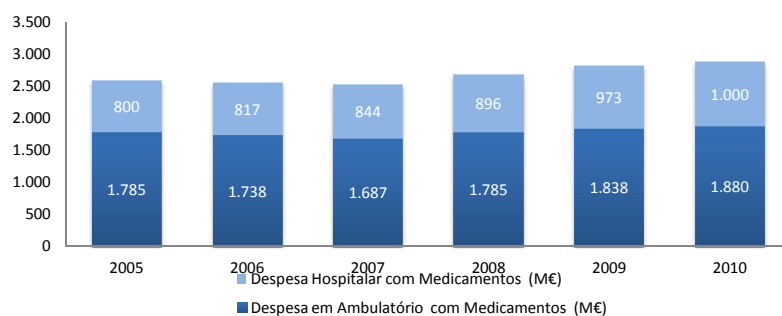
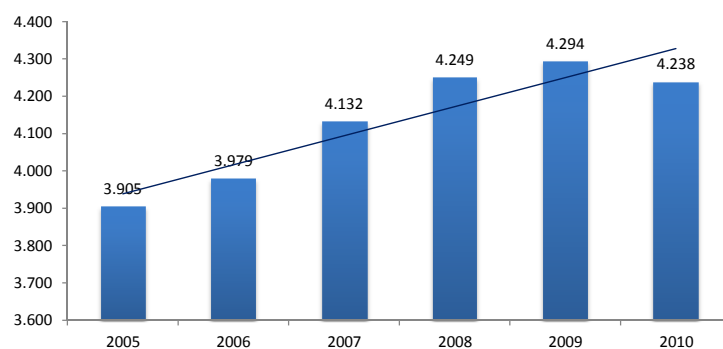
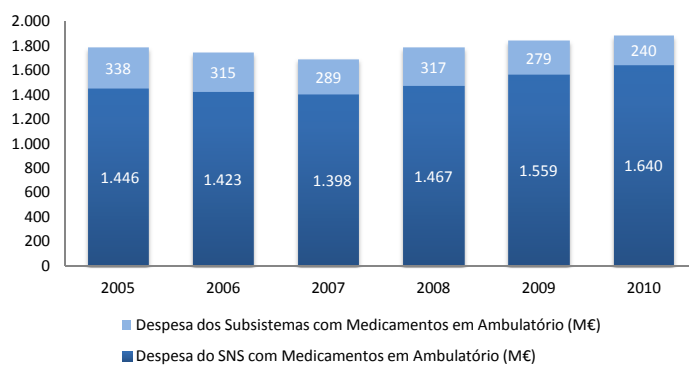


Gráfico A.12 – Mercado Total dos Medicamentos - 2005 a 2010



Fonte: Infarmed

Gráfico A.13 – Despesa Pública com Medicamentos em Ambulatório - 2005 a 2010



Fonte: Infarmed

Anexo_8.7

Quadro A.34 – Evolução da despesa com medicamentos em ambiente hospitalar - 2007 a 2010

Unidade: M Euros e %

Indicadores	2007	2008	2009	2010
Total de aplicação de fundos SNS	7.806	8.016	8.430	9.154
Prestação de cuidados hospitalares (EPE+SPA) ¹	3.966	3.903	3.999	4.443
Peso Relativo (%)	50,8%	48,7%	47,4%	48,5%
Despesa Medicamentos - Internamento (M€)	163	130	141	188
Peso Relativo (%)	19%	14%	15%	19%
Despesa Medicamentos - Hospital de Dia (HD) (M€)	206	183	204	296
Peso Relativo (%)	24%	20%	21%	29%
Despesa Medicamentos - Ambulatório Hospitalar (Consulta Externa - CE) (M€)	265	201	252	406
Peso Relativo (%)	31%	22%	26%	40%
Peso Relativo CE+HD (%)	56%	43%	47%	70%
Despesa Total Hospitalar com Medicamentos (M€)	844	896	973	1.003
Peso Relativo (Med./EPE+SPA) (%)	21,3%	23,0%	24,3%	22,6%

Fonte: INFARMED

Legenda:

1 - Não contempla as PPP, Prelada e Cruz Vermelha. Foi retirada por estimativa a produção de cuidados de saúde primários das Unidades Locais de Saúde, EPE

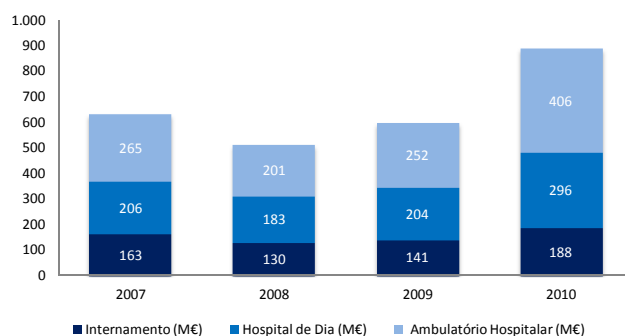
2 - Os dados da despesa desagregada em internamento, hospital de dia e consulta externa reflectem o carácter progressivo do número de hospitais abrangidos, sendo que os valores globais reflectem o total do universo (apenas com excepção do Hospital Fernando da Fonseca e dos hospitais em regime de PPP).

Quadro A.34.1 – Evolução da despesa com medicamentos em ambiente hospitalar - 2007 a 2010

Indicadores	2007	2008	2009	2010
Internamento (M€)	163	130	141	188
Hospital de Dia (M€)	206	183	204	296
Ambulatório Hospitalar (M€)	265	201	252	406

Fonte: INFARMED

Gráfico A.14 – Despesa Hospitalar com Medicamento - 2007 a 2010



Fonte: INFARMED

Anexo_8.7

Quadro A.35 – Evolução da despesa com Dispositivos Médicos a nível hospitalar no contexto global da despesa do SNS e hospitalar - 2007 a 2010

Unidade: Euros

Indicadores	2007	2008	2009	2010
Total de aplicação de fundos SNS	7.806	8.016	8.430	9.154
Variação (%)		2,7%	5,2%	8,6%
Prestação de cuidados hospitalares (EPE+SPA) ¹	3.966	3.903	3.999	4.443
Peso Relativo (%)	50,8%	48,7%	47,4%	48,5%
Despesa hospitalar com dispositivos médicos	333	361	394	400
Peso Relativo nos cuidados hospitalares	8,4%	9,3%	9,8%	9,0%

Fonte: Infarmed

Legenda:

1 - Não contempla as PPP, Prelada e Cruz Vermelha. Foi retirada por estimativa a produção de cuidados de saúde primários das Unidades Locais de Saúde, EPE

Quadro A.36 – Grupos terapêuticos com maior peso na despesa hospitalar com medicamentos nos principais hospitais - Jan. a Set. 2011

Unidade: M Euros e %

Indicadores	Valor	Peso Relativo (%)	Variação (%)
Global			
_Imunomoduladores	182	23,7%	4,4%
_Antivíricos	167	21,8%	9,9%
_Citotóxicos	77	10,0%	0,0%
Total	426	56%	14%
Ambulatório			
_VIH/SIDA	158	60,8%	11,2%
_Artrite Reumatóide	47	18,2%	16,1%
Total	205	79%	27%

Fonte: Infarmed

Quadro A.37 – Consumo de Medicamentos: custos por doente internado e no ambulatório hospitalar

Unidade: Euros

Indicadores	Custo por doente internado		Custo por doente em ambulatório	
	2010	1º S 2011	2010	1º S 2011
Hospitais do Grupo I e Grupo II				
_Valor Mínimo	137	153	1.725	1.050
_Valor Máximo	717	780	4.683	2.989
_Média	407	394	2.861	1.882
_Mediana	435	366	2.875	1.737
_Nº elementos da amostra	12	12	9	9
Hospitais do Grupo III e Grupo IV				
_Valor Mínimo	129	119	1.161	625
_Valor Máximo	406	467	3.018	2.037
_Média	197	208	2.303	1.547
_Mediana	171	186	2.517	1.764
_Nº elementos da amostra	7	7	4	4

Fonte: Infarmed

Quadro A.38 – Consumo de Medicamentos: custos unitários das 20 substâncias activas de maior consumo em valor

Unidade: Euros

Indicadores	Despesa	Cenários - Despesa	
	C Unit x Q	C Unit = C Min	C Unit = 1.1 x C Min
Total	291.828.618	266.882.314	279.715.679
Diferença		-24.946.304	12.833.365
Variação		-9%	5%

Anexo_8.7

Quadro A.39 – Consumo de Medicamentos: custos por doente internado e no ambulatório hospitalar

Unidade: Euros

Indicadores	Custo por doente internado		Custo por doente em ambulatório	
	2010	1º Sem 2011	2010	1º Sem 2011
Hospitais do Grupo I e Grupo II				
Valor Mínimo	137	153	1.725	1.050
Valor Máximo	717	780	4.683	2.989
Média	407	394	2.861	1.882
Mediana	435	366	2.875	1.737
Nº elementos da amostra	12	12	9	9
Hospitais do Grupo III e Grupo IV				
Valor Mínimo	129	119	1.161	625
Valor Máximo	406	467	3.018	2.037
Média	197	208	2.303	1.547
Mediana	171	186	2.517	1.764
Nº elementos da amostra	7	7	4	4

Fonte: ACSS

8.8 CAPITAÇÃO

Anexo_8.8

Quadro A.40 – Cálculo da Capitação Média Total e por Região de Saúde

Regiões de Saúde	População Atracção Directa (Census 2011) (em N.º)	% Rel.	Custos (2010) (em Eur)	Índice Composto Normativo 2012 (ACSS)	Custos/Habitante (capitação real) (em Eur)	Ajustamento Custos/Hab vs Índice Composto Normativo (em Eur)	Diferenças de Ajustamento (em Eur)	
							Melhor Capitação Real	Melhor Capitação Ponderada pelo I.
ARS Norte	3,658,793	36%	1,858,762,714	0.96	508	529	0	0
ARS Centro	1,763,782	18%	1,142,534,111	1.03	648	629	246,486,639	239,307,417
ARS LVT	3,677,502	37%	2,321,693,100	1.02	631	619	453,425,723	444,535,023
ARS Alentejo	510,906	5%	342,391,050	1.07	670	626	82,837,415	77,418,145
ARS Algarve	450,484	4%	232,668,430	0.97	516	532	3,810,754	3,928,612
Total	10,061,467	100%	5,898,049,404	n.a.	586	586	786,560,531	765,189,196

Anexo_8.8

Quadro A.41 – Indicadores Globais por Região de Saúde

Regiões de Saúde	População Atracção Directa (Census 2011) (em N.º)	% Rel.	N.º Hospitaliais	Habitantes / Hospital	N.º Camas (2009)	Habitantes / Cama	N.º Médicos	Habitantes / Médico	N.º Blocos Operatórios (BO's)	Habitantes / BO
ARS Norte	3.658.793	36%	16	228.675	7.499	488	6.926	528	165	22.175
ARS Centro	1.763.782	18%	13	135.676	5.187	340	3.572	494	122	14.457
ARS LVT	3.677.502	37%	18	204.306	8.601	428	7.215	510	208	17.680
ARS Alentejo	510.906	5%	4	127.727	992	515	681	750	22	23.223
ARS Algarve	450.484	4%	2	225.242	806	559	612	736	15	30.332
Total	10.061.467	100%	53	189.839	23.085	436	19.006	529	532	18.913

Quadro A.42 – Indicadores Globais por Região de Saúde

Regiões de Saúde	População Atracção Directa (Census 2011) (em N.º)	% Rel.	N.º Camas (2009)	Camas / Médico	N.º Cirurgias Programadas	Cirurgias Prog. / Médico Cirurgião	N.º de Médicos Cirurgiões	Internamento (Doentes Saídos)	N.º Doentes Operados	Doentes Operados / Médico Cirurgião
ARS Norte	3.658.793	36%	7.499	1,08	213.829	107	1.994	298.956	167.173	84
ARS Centro	1.763.782	18%	5.187	1,45	107.318	104	1.029	191.689	92.478	90
ARS LVT	3.677.502	37%	8.601	1,19	158.697	76	2.101	320.733	155.860	74
ARS Alentejo	510.906	5%	992	1,46	27.012	148	183	38.161	19.670	107
ARS Algarve	450.484	4%	806	1,32	16.139	111	146	36.109	16.193	111
Total	10.061.467	100%	23.085	1,21	522.995	96	5.453	885.648	451.374	83

Anexo_8.8

Quadro A.43 – Distribuição da População por Região de Saúde - CAPITACOES (Custos/Hab)

Regiões de Saúde	População Atracção Directa (Census 2011) (em N.º)	% Rel.	Custos (2010)	Custos / Habitante (capitação real)	Índice Composto Normativo 2012 (ACSS)	Ajustamento Custos/Hab vs Índice Composto Normativo	Diferenças de Ajustamento	
							Melhor Capitação Real	Melhor Capitação Ponderada pelo Índice Composto Normativo
ARS Norte	3.658.793	36%	1.858.762.714	508	0,96	529	6.926	528
ARS Centro	1.763.782	18%	1.142.534.111	648	1,03	629	3.572	494
ARS LVT	3.677.502	37%	2.321.693.100	631	1,02	619	7.215	510
ARS Alentejo	510.906	5%	342.391.050	670	1,07	626	681	750
ARS Algarve	450.484	4%	232.668.430	516	0,97	532	612	736
Total	10.061.467	100%	5.898.049.404	189.839	5	1.992.370	19.006	529

8.9 DIAS DE INTERNAMENTO EVITÁVEIS

Anexo_8.9

Quadro A.44 - Dias de internamento evitados e a sua valorização por hospital

Regiões de Saúde	Unidade Hospitalar	Valorização Produção Internamento (CP 2010)	Dias Internamento	Valor Diário de Internamento	Dias Evitados	Valorização Dias Evitados
		(a)	(b)	(C) = (a) / (b)	(d)	(e) = (c) X (d)
ARSN	Centro Hospitalar Nordeste, E.P.E.	23.910.882	99.193	241	29.207	7.040.430
ARSN	Centro Hospitalar Póvoa do Varzim/Vila do Conde, E.P.E.	11.579.500	37.764	307	9.473	2.904.831
ARSN	Centro Hospitalar Tâmega e Sousa, E.P.E.	36.111.784	138.795	260	36.754	9.562.773
ARSN	Centro Hospitalar de Entre o Douro e Vouga, E.P.E.	36.568.272	100.779	363	28.202	10.233.437
ARSN	Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, E.P.E.	51.470.788	184.313	279	58.089	16.221.927
ARSN	Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho, E.P.E.	58.982.221	146.152	404	44.493	17.955.915
ARSN	Centro Hospitalar do Alto Ave, E.P.E.	35.624.663	147.884	241	37.334	8.993.696
ARSN	Centro Hospitalar do Médio Ave, E.P.E.	20.823.998	45.440	458	12.286	5.630.577
ARSN	Centro Hospitalar do Porto, E.P.E.	97.062.428	221.678	438	50.784	22.235.826
ARSN	Hospital Santa Maria Maior, E.P.E. - Barcelos	8.265.590	31.258	264	8.088	2.138.633
ARSN	Hospital São João E.P.E. - Porto	133.495.370	310.288	430	76.271	32.814.148
ARSN	Instituto Português Oncologia F. Gentil - Porto, E.P.E.	22.949.222	44.859	512	8.994	4.601.341
ARSN	Hospital Joaquim Urbano	2.578.018	8.204	314	2.425	762.140
ARSN	Hospital Nossa Senhora da Conceição - Valongo	2.463.759	15.610	158	6.434	1.015.547
ARSC	Centro Hospitalar Cova da Beira, E.P.E.	23.364.065	97.894	239	27.283	6.511.564
ARSC	Centro Hospitalar de Coimbra, E.P.E.	53.802.651	144.576	372	26.317	9.793.576
ARSC	Hospitais Universidade de Coimbra, E.P.E.	144.223.132	306.958	470	98.104	46.093.866
ARSC	Hospital Distrital da Figueira da Foz, E.P.E.	11.688.595	37.222	314	10.835	3.402.411
ARSC	Hospital Infante D. Pedro, E.P.E. - Aveiro	28.945.468	104.479	277	24.472	6.779.923
ARSC	Hospital S. Teotónio, E.P.E. - Viseu	52.980.429	187.419	283	37.320	10.549.665
ARSC	Hospital Santo André, E.P.E. - Leiria	34.855.347	110.314	316	28.147	8.893.340
ARSC	Instituto Português Oncologia F. Gentil - Centro, E.P.E.	18.648.068	45.519	410	11.816	4.840.753
ARSC	Hospital Cândido de Figueiredo - Tondela	1.621.659	708	2.290	317	726.008
ARSC	Hospital Distrital de Pombal	3.315.028	13.433	247	3.277	808.762
ARSC	Hospital Distrital de Águeda	6.779.872	23.622	287	7.876	2.260.561
ARSC	Hospital Dr. Francisco Zagalo - Ovar	1.637.063	5.991	273	3.052	834.042
ARSC	Hospital José Luciano de Castro - Anadia	652.279	782	834	516	430.128
ARSLVT	Centro Hospitalar Barreiro\Montijo, E.P.E.	27.339.577	104.195	262	26.939	7.068.580
ARSLVT	Centro Hospitalar Lisboa Ocidental, E.P.E.	98.631.261	232.817	424	58.016	24.578.216
ARSLVT	Centro Hospitalar Setubal, E.P.E.	30.461.738	108.744	280	28.124	7.878.159
ARSLVT	Centro Hospitalar de Lisboa Central, E.P.E.	122.704.364	284.876	431	72.266	31.127.230
ARSLVT	Centro Hospitalar de Lisboa Norte, E.P.E.	156.077.570	409.016	382	117.370	44.787.539
ARSLVT	Centro Hospitalar do Médio Tejo, E.P.E.	31.547.847	135.139	233	32.744	7.644.093
ARSLVT	Hospital Distrital de Santarém, E.P.E.	31.203.500	124.032	252	30.748	7.735.513
ARSLVT	Hospital Garcia da Orta, E.P.E. - Almada	61.953.971	173.148	358	42.162	15.085.999
ARSLVT	Hospital Professor Dr. Fernando da Fonseca, E.P.E.	73.201.784	159.990	458	46.573	21.309.199
ARSLVT	Instituto Português Oncologia F. Gentil - Lisboa, E.P.E.	38.778.668	26.422	1.468	6.663	9.779.151
ARSLVT	Centro Hospitalar de Torres Vedras	17.671.197	71.755	246	20.707	5.099.519
ARSLVT	Centro Hospitalar do Oeste Norte	15.773.001	66.414	237	13.031	3.094.853
ARSLVT	Hospital Reynaldo dos Santos - Vila Franca de Xira	16.846.918	69.750	242	13.327	3.218.802
ARSLVT	Instituto Gama Pinto	435.579	1.181	369	493	181.850
ARSLVT	Maternidade Dr. Alfredo da Costa	16.737.665	49.839	336	7.659	2.572.264
ARSLVT	Hospital Curry Cabral (3 mesesSPA + 9 meses EPE)	47.857.214	115.617	414	32.339	13.386.082
ARSALENT	Hospital do Espírito Santo - Évora, E.P.E.	29.304.179	85.685	342	22.226	7.601.398
ARSALENT	Hospital do Litoral Alentejano, E.P.E.	10.687.998	30.030	356	9.807	3.490.384
ARSALG	Centro Hospitalar Barlavento Algarvio, E.P.E.	21.492.035	89.674	240	21.735	5.209.255
ARSALG	Hospital de Faro, E.P.E.	48.393.447	175.547	276	40.616	11.196.628
Totais e Custo de Internamento Médio (nacional)		1.821.499.662	5.125.005	401,79	1.331.716	476.080.536

Anexo_8.9

Quadro A.45 - Dias de internamento evitados e a sua valorização por Região de Saúde

Regiões de Saúde	Valorização Produção Internamento (CP 2010)	Dias Internamento	Valor Diário de internamento	Dias de Internamento Evitáveis	Valorização Dias Evitados	% Rel
ARSN	541.886.494	1.532.217	353,66	408.837	142.111.221	30%
ARSC	382.513.656	1.078.917	354,53	279.332	101.924.600	21%
ARSLVT	787.221.854	2.132.935	369,08	549.163	204.547.049	43%
ARSALENT	39.992.177	115.715	345,61	32.033	11.091.782	2%
ARSALG	69.885.482	265.221	263,50	62.351	16.405.884	3%
Total	1.821.499.662	5.125.005	1.686,38	1.331.716	476.080.536	100%

Anexo_8.9

Quadro A.46 - Ajustamento dos custos totais tendo por base um custo por doente padrão mais eficiente

Unidade Hospitalar	Regiões de Saúde	Ajustamento dos custos totais tendo por base um custo por doente padrão mais eficiente								
		Média dos 3 mais eficientes			Média dos 10 mais eficientes			Média		
		CT/DP	Simulação CT	Diferença	CT/DP	Simulação CT	Diferença	CT/DP	Simulação CT	Diferença
Unidade Local de Saúde do Alto Minho, EPE	ARSN	2.387,70	62.894.106	-87.567.764	2.855,41	75.213.940	-75.247.931	4.419,46	116.412.307	-34.049.564
Centro Hospitalar do Alto Ave, EPE	ARSN	2.387,70	76.651.560	-17.962.112	2.855,41	91.666.233	-2.947.439	4.419,46	141.876.328	47.262.656
Hospital de Santa Maria Maior, EPE - Barcelos	ARSN	2.387,70	26.969.678	392.840	2.855,41	32.252.557	5.675.719	4.419,46	49.918.866	23.342.028
Centro Hospitalar do Porto, EPE	ARSN	2.990,32	163.631.329	-108.022.461	4.011,86	219.530.070	-52.123.720	5.211,57	285.178.876	13.525.086
Centro Hospitalar Póvoa de Varzim/Vila do Conde, EPE	ARSN	2.387,70	23.615.060	-7.799.676	2.855,41	28.240.829	-3.173.907	4.419,46	43.709.718	12.294.981
Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE	ARSN	2.990,32	131.938.033	-3.857.337	4.011,86	177.009.904	41.214.533	5.211,57	229.943.375	94.148.005
Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, EPE	ARSN	2.387,70	82.914.234	-932.455	2.855,41	99.155.653	15.308.964	4.419,46	153.468.072	69.621.383
Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho, EPE	ARSN	2.990,32	125.547.912	-43.283.584	4.011,86	168.436.828	-394.668	5.211,57	218.806.586	49.975.090
Centro Hospitalar de Entre o Douro e Vouga, EPE	ARSN	2.387,70	91.925.708	-3.104.289	2.855,41	109.932.314	14.902.318	4.419,46	170.147.640	75.117.643
IPO Porto Francisco Gentil, EPE	ARSN	2.990,32	80.396.113	-54.428.205	4.011,86	107.860.545	-26.963.773	5.211,57	140.115.424	5.291.106
Centro Hospitalar do Médio Ave, EPE	ARSN	2.387,70	57.952.602	-192.401	2.855,41	69.304.482	11.159.480	4.419,46	107.265.950	49.120.947
Centro Hospitalar do Nordeste, EPE	ARSN	2.387,70	42.185.231	-26.595.611	2.855,41	50.448.565	-18.332.277	4.419,46	78.081.720	9.300.879
Hospital de São João, EPE	ARSN	2.990,32	187.296.642	-160.063.779	4.011,86	251.279.784	-96.080.636	5.211,57	326.423.101	-20.937.319
Unidade Local de Saúde de Matosinhos, EPE	ARSN	2.387,70	54.660.400	-79.971.846	2.855,41	65.367.397	-69.264.849	4.419,46	101.172.330	-33.459.916
Hospital Infante D. Pedro, EPE - Aveiro	ARSC	2.387,70	56.689.493	-18.201.298	2.855,41	67.793.954	-7.096.837	4.419,46	104.928.030	30.037.239
Centro Hospitalar de Coimbra, EPE	ARSC	2.990,32	100.586.193	-67.748.692	4.011,86	134.947.838	-33.387.047	5.211,57	175.302.967	6.968.083
Centro Hospitalar da Cova da Beira, EPE	ARSC	2.387,70	43.016.332	-19.649.390	2.855,41	51.442.465	-11.223.258	4.419,46	79.620.028	16.954.305
Hospital Distrital da Figueira da Foz, EPE	ARSC	2.387,70	24.378.048	-9.081.252	2.855,41	29.153.273	-4.306.027	4.419,46	45.121.952	11.662.651
Unidade Local de Saúde da Guarda, EPE	ARSC	2.387,70	40.897.662	-58.072.107	2.855,41	48.908.785	-50.060.985	4.419,46	75.698.527	-23.271.242
Hospitais da Universidade de Coimbra, EPE	ARSC	2.990,32	161.745.972	-132.679.284	4.011,86	217.000.650	-77.424.606	5.211,57	281.893.051	-12.532.205
IPO Coimbra Francisco Gentil, EPE	ARSC	2.990,32	46.596.482	-6.304.517	4.011,86	62.514.490	9.613.490	5.211,57	81.208.975	28.307.975
Hospital de Santo André, EPE - Leiria	ARSC	2.387,70	64.364.022	-13.520.101	2.855,41	76.971.786	-912.337	4.419,46	119.133.012	41.248.889
Unidade Local de Saúde de Castelo Branco, EPE	ARSC	2.387,70	27.288.090	-56.848.092	2.855,41	32.633.341	-51.502.842	4.419,46	50.508.223	-33.627.959
Hospital de São Teotónio, EPE - Viseu	ARSC	2.990,32	96.495.259	-15.130.079	4.011,86	129.459.384	17.834.046	5.211,57	168.173.233	56.547.895
Hospital Garcia de Orta, EPE - Almada	ARSLVT	2.990,32	91.428.289	-72.590.709	4.011,86	122.661.467	-41.357.532	5.211,57	159.342.450	-4.676.549
Centro Hospitalar Barreiro Montijo, EPE	ARSLVT	2.387,70	62.569.472	-29.543.372	2.855,41	74.825.716	-17.287.128	4.419,46	115.811.433	23.698.590
Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE	ARSLVT	2.990,32	161.721.181	-218.515.184	4.011,86	216.967.390	-163.268.976	5.211,57	281.849.845	-98.386.521
Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE	ARSLVT	2.990,32	237.493.275	-209.996.749	4.011,86	318.624.286	-128.865.738	5.211,57	413.906.466	-33.583.558
Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE	ARSLVT	2.990,32	107.911.771	-165.714.786	4.011,86	144.775.935	-128.850.622	5.211,57	188.070.083	-85.556.475
Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca, EPE	ARSLVT	2.990,32	196.601.294	32.348.041	4.011,86	263.763.035	99.509.782	5.211,57	342.639.374	178.386.121
Hospital de Curry Cabral, EPE	ARSLVT	2.990,32	32.169.196	-89.086.434	4.011,86	43.158.641	-78.096.988	5.211,57	56.064.906	-65.190.723
IPO Lisboa Francisco Gentil, EPE	ARSLVT	2.990,32	69.297.208	-65.505.153	4.011,86	92.970.100	-41.832.261	5.211,57	120.772.105	-14.030.257
Centro Hospitalar do Médio Tejo, EPE	ARSLVT	2.387,70	59.986.580	-47.565.299	2.855,41	71.736.881	-35.814.998	4.419,46	111.030.692	3.478.814
Hospital Distrital de Santarém, EPE	ARSLVT	2.387,70	51.331.087	-33.225.050	2.855,41	61.385.931	-23.170.206	4.419,46	95.010.019	10.453.882
Centro Hospitalar de Setúbal, EPE	ARSLVT	2.387,70	50.184.585	-68.733.156	2.855,41	60.014.850	-58.902.891	4.419,46	92.887.930	-26.029.811
Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, EPE	ARSALENT	2.387,70	31.091.010	-77.576.927	2.855,41	37.181.184	-71.486.752	4.419,46	57.547.144	-51.120.793
Hospital do Espírito Santo de Évora, EPE	ARSALENT	2.990,32	63.116.985	-26.670.927	4.011,86	84.678.626	-5.109.286	5.211,57	110.001.129	20.213.216
Hospital do Litoral Alentejano, E. P. E.	ARSALENT	2.387,70	16.828.309	-18.954.670	2.855,41	20.124.675	-15.658.305	4.419,46	31.147.947	-4.635.032
Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano, EPE	ARSALENT	2.387,70	28.279.270	-79.872.951	2.855,41	33.818.675	-74.333.547	4.419,46	52.342.823	-55.809.398
Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio, EPE	ARSALG	2.387,70	44.326.095	-39.695.191	2.855,41	53.008.786	-31.012.499	4.419,46	82.044.301	-1.976.985
Hospital de Faro, EPE	ARSALG	2.990,32	100.347.378	-48.299.766	4.011,86	134.627.440	-14.019.704	5.211,57	174.886.757	26.239.613

Anexo_8.9

Quadro A.47.1 - Cenário de Potencial Eficiência - 3 Hospitais Mais Eficientes

Unidade: Eur e M Eur

Regiões de Saúde	Custos Totais	Doente Padrão	Custos Totais / Doente Padrão	Simulação CT	Diferença
	M Eur	Qtd	Eur	Eur	Eur
ARSN	1.802	448.032	4.022	1.208.578.606	-593.388.680
ARSC	1.059	243.060	4.358	662.057.555	-397.234.811
ARSLVT	2.089	393.685	5.306	1.120.693.938	-968.127.851
ARSALENT	342	53.020	6.458	139.315.574	-203.075.476
ARSALG	233	52.122	4.464	144.673.473	-87.994.957
Total	5.525	1.189.919	4.643	3.275.319.146	-2.249.821.774

Quadro A.47.2 - Cenário de Potencial Eficiência - 10 Hospitais Mais Eficientes

Unidade: Eur e M Eur

Regiões de Saúde	Custos Totais	Doente Padrão	Custos Totais / Doente Padrão	Simulação CT	Diferença	Diferença face à Média
	M Eur	Qtd	Eur	Eur	Eur	
ARSN	1.802	448.032	4.022	1.546	-256	-621
ARSC	1.059	243.060	4.358	851	-208	-285
ARSLVT	2.089	393.685	5.306	1.471	-618	663
ARSALENT	342	53.020	6.458	176	-167	1.814
ARSALG	233	52.122	4.464	188	-45	-179
Total	5.525	1.189.919	4.643	4.231	-1.294	

Quadro A.48 - Cenário de Potencial Eficiência - Média

Unidade: Eur e M Eur

Regiões de Saúde	Custos Totais	Doente Padrão	Custos Totais / Doente Padrão	Simulação CT	Diferença
	M Eur	Qtd	Eur	Eur	Eur
ARSN	1.802	448.032	4.022	2.162.520.292	360.553.005
ARSC	1.059	243.060	4.358	1.181.587.998	122.295.632
ARSLVT	2.089	393.685	5.306	1.977.385.303	-111.436.486
ARSALENT	342	53.020	6.458	251.039.043	-91.352.007
ARSALG	233	52.122	4.464	256.931.058	24.262.628
Total	5.525	1.189.919	4.643	5.829.463.693	304.322.772

Quadro A.49 - Cenário de Potencial Eficiência - Dias de Internamento Evitáveis

Unidade: Eur, Dias e %

Regiões de Saúde	Dias Internamento	Custo Diário de Internamento	Dias de Internamento Evitáveis	Valorização Dias Evitados	% Rel	Camas	Dias de Internamento Evitáveis por Cama	Custos Totais
ARSN	1.532.217	354	408.837	142.111.221	30%	7499	18.951	1.858.762.714
ARSC	1.078.917	355	279.332	101.924.600	21%	5187	19.650	1.142.534.111
ARSLVT	2.132.935	369	549.163	204.547.049	43%	8601	23.782	2.321.693.100
ARSALENT	115.715	346	32.033	11.091.782	2%	992	11.181	342.391.050
ARSALG	265.221	263	62.351	16.405.884	3%	806	20.355	232.668.430
Total	5.125.005	1.686	1.331.716	476.080.536	100%	23085	18.784	5.898.049.404

Anexo_8.9

Quadro A.50 - Calculo dos Dias de Internamento evitados por Região de Saúde

Regiões de Saúde	Dias de internamento evitados
ARSN	1.532.217
ARSC	1.078.917
ARSLVT	2.132.935
ARSALENT	115.715
ARSALG	265.221
Total	5.125.005

Quadro A.50.1 - Calculo dos Dias de Internamento evitados na ARS Norte

Unidade: Eur e M Eur

Regiões de Saúde	Unidade Hospitalar	DS	DM	DI	A	B	Rest	NDS	DIB	DIST	NDI	NDM	NDM(1)	DI_Evitados
ARSN	Hospital de São Marcos - Braga	23.831,0	6,2	147.010,0	4.298,4	3.084,6	16.448,0	19.532,6	9.253,8	101.465,4	110.719,2	5,7	4,6	36.290,8
ARSN	Hospital São João, EPE - Porto	40.888,0	7,6	310.288,0	6.664,0	5.600,6	28.623,4	34.224,0	16.801,8	217.215,1	234.016,9	6,8	5,7	76.271,1
ARSN	Hospital Joaquim Urbano - Porto	601,0	13,7	8.204,0	32,6	186,0	382,5	568,4	557,9	5.220,7	5.778,6	10,2	9,6	2.425,4
ARSN	Hospital Santa Maria Maior, EPE - Barcelos	4.535,0	6,9	31.258,0	844,5	582,3	3.108,2	3.690,5	1.746,9	21.423,4	23.170,3	6,3	5,1	8.087,7
ARSN	Hospital Nossa Senhora da Conceição - Valongo	1.458,0	10,7	15.610,0	516,1	118,0	824,0	941,9	353,9	8.821,7	9.175,7	9,7	6,3	6.434,3
ARSN	Centro Hospitalar Póvoa de Varzim / Vila do Conde, EPE	7.666,0	4,9	37.764,0	1.650,8	696,4	5.318,8	6.015,2	2.089,2	26.201,4	28.290,5	4,7	3,7	9.473,5
ARSN	Instituto Português Oncologia do Porto Francisco Gentil, EPE	6.364,0	7,0	44.859,0	460,3	1.420,1	4.483,6	5.903,7	4.260,3	31.604,5	35.864,7	6,1	5,6	8.994,3
ARSN	Centro Hospitalar do Nordeste, EPE	13.370,0	7,4	99.193,0	3.254,0	1.146,3	8.969,8	10.116,0	3.438,9	66.547,3	69.986,2	6,9	5,2	29.206,8
ARSN	Centro Hospitalar do Porto, EPE	34.868,0	6,4	221.678,0	5.866,6	4.016,5	24.984,9	29.001,4	12.049,4	158.844,8	170.894,3	5,9	4,9	50.783,7
ARSN	Centro Hospitalar Tâmega e Sousa, EPE	23.286,0	6,0	138.795,0	4.908,0	2.533,5	15.844,5	18.378,0	7.600,5	94.440,1	102.040,7	5,6	4,4	36.754,3
ARSN	Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE	25.152,0	7,3	184.313,0	6.414,0	2.562,0	16.176,1	18.738,0	7.685,9	118.537,6	126.223,5	6,7	5,0	58.089,5
ARSN	Centro Hospitalar do Médio Ave, EPE	7.084,0	6,4	45.440,0	1.517,8	747,0	4.819,2	5.566,2	2.241,0	30.912,5	33.153,5	6,0	4,7	12.286,5
ARSN	Centro Hospitalar do Alto Ave, EPE	22.440,0	6,6	147.884,0	4.187,2	2.713,0	15.539,9	18.252,8	8.139,0	102.410,7	110.549,6	6,1	4,9	37.334,4
ARSN	Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho, EPE	21.541,0	6,8	146.152,0	4.884,3	2.999,9	13.656,9	16.656,7	8.999,6	92.659,4	101.659,1	6,1	4,7	44.492,9
ARSN	Centro Hospitalar de Entre o Douro e Vouga, EPE	21.212,0	4,8	100.779,0	5.040,8	2.429,1	13.742,1	16.171,2	7.287,3	65.289,2	72.576,5	4,5	3,4	28.202,5

Quadro A.50.2 - Calculo dos Dias de Internamento evitados na ARS Centro

Unidade: Eur e M Eur

Regiões de Saúde	Unidade Hospitalar	DS	DM	DI	A	B	Rest	NDS	DIB	DIST	NDI	NDM	NDM(1)	DI_Evitados
ARSC	Centro Hospitalar de Coimbra, EPE	23.763,0	6,1	144.576,0	2.993,3	2.628,2	18.141,5	20.769,7	7.884,7	110.374,5	118.259,2	5,7	5,0	26.316,8
ARSC	Hospitais da Universidade de Coimbra, EPE	38.557,0	8,0	306.958,0	8.779,4	5.686,1	24.091,4	29.777,6	17.058,4	191.795,5	208.853,9	7,0	5,4	98.104,1
ARSC	Hospital Distrital Águeda	2.735,0	8,6	23.622,0	779,7	202,5	1.752,8	1.955,3	607,5	15.138,4	15.745,9	8,1	5,8	7.876,1
ARSC	Hospital Infante D. Pedro, EPE - Aveiro	16.370,0	6,4	104.479,0	2.900,2	1.762,7	11.707,1	13.469,8	5.288,1	74.718,7	80.006,8	5,9	4,9	24.472,2
ARSC	Centro Hospitalar Cova da Beira, EPE	13.230,0	7,4	97.894,0	2.896,8	1.329,3	9.003,8	10.333,2	3.987,9	66.623,0	70.610,9	6,8	5,3	27.283,1
ARSC	Hospital Distrital Figueira da Foz, EPE	5.278,0	7,1	37.222,0	1.143,3	684,0	3.450,7	4.134,7	2.052,1	24.335,1	26.387,1	6,4	5,0	10.834,9
ARSC	Hospital Santo André, EPE - Leiria	18.891,0	5,8	110.314,0	3.890,9	1.910,7	13.089,3	15.000,1	5.732,2	76.435,2	82.167,4	5,5	4,3	28.146,6
ARSC	Hospital São Teotónio, EPE - Viseu	23.549,0	8,0	187.419,0	3.014,8	2.687,3	17.846,9	20.534,2	8.062,0	142.037,4	150.099,4	7,3	6,4	37.319,6
ARSC	Hospital José Luciano de Castro - Anadia	559,0	1,4	782,0	387,1	16,2	155,7	171,9	48,5	217,9	266,3	1,5	0,5	515,7
ARSC	Hospital Dr. Francisco Zagalo - Ovar	818,0	7,3	5.991,0	385,7	52,5	379,7	432,3	157,6	2.781,1	2.938,7	6,8	3,6	3.052,3
ARSC	Hospital Distrital Pombal	1.534,0	8,8	13.433,0	305,7	104,3	1.124,0	1.228,3	313,0	9.842,8	10.155,8	8,3	6,6	3.277,2
ARSC	Hospital Cândido de Figueiredo - Tondela	111,0	6,4	708,0	48,2	2,7	60,0	62,8	8,2	382,8	391,0	6,2	3,5	317,0
ARSC	Instituto Português Oncologia de Coimbra Francisco Gentil, EPE	6.516,0	7,0	45.519,0	967,6	1.268,7	4.279,7	5.548,4	3.806,1	29.896,9	33.703,0	6,1	5,2	11.816,0

Quadro A.50.3 - Calculo dos Dias de Internamento evitados na ARS LVT

Unidade: Eur e M Eur															
Regiões de Saúde	Unidade Hospitalar	DS	DM	DI	A	B	Rest	NDS	DIB	DIST	NDI	NDM	NDM(1)	DI_Evitados	
ARSLVT	Centro Hospitalar do Oeste Norte	9.808,0	6,8	66.414,0	1.376,7	983,5	7.447,8	8.431,3	2.950,5	50.432,3	53.382,8	6,3	5,4	13.031,2	
ARSLVT	Hospital Curry Cabral - Lisboa	12.031,0	9,6	115.617,0	2.275,3	1.584,6	8.171,2	9.755,7	4.753,8	78.524,1	83.277,9	8,5	6,9	32.339,1	
ARSLVT	Maternidade Dr. Alfredo da Costa - Lisboa	12.917,0	3,9	49.839,0	1.921,9	284,2	10.710,9	10.995,1	852,6	41.327,0	42.179,7	3,8	3,3	7.659,3	
ARSLVT	Hospital Garcia de Orta, EPE - Almada	23.276,0	7,4	173.148,0	3.627,5	3.419,2	16.229,3	19.648,5	10.257,5	120.728,4	130.985,9	6,7	5,6	42.162,1	
ARSLVT	Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca, EPE - Amadora/Sintra	24.853,0	6,4	159.990,0	5.819,6	2.650,3	16.383,1	19.033,4	7.950,9	105.465,6	113.416,6	6,0	4,6	46.573,4	
ARSLVT	Centro Hospitalar Barreiro Montijo	13.773,0	7,6	104.195,0	2.575,3	1.633,4	9.564,3	11.197,7	4.900,3	72.355,3	77.255,6	6,9	5,6	26.939,4	
	Centro Hospitalar Cascais	12.579,0	6,9	87.353,0	1.935,1	1.363,0	9.280,9	10.643,9	4.089,0	64.449,6	68.538,6	6,4	5,4	18.814,4	
ARSLVT	Hospital Distrital de Santarém, EPE	17.415,0	7,1	124.032,0	3.097,2	2.108,1	12.209,8	14.317,8	6.324,3	86.959,5	93.283,8	6,5	5,4	30.748,2	
ARSLVT	Centro Hospitalar de Torres Vedras	9.233,0	7,8	71.755,0	2.082,5	947,8	6.202,7	7.150,5	2.843,4	48.204,7	51.048,1	7,1	5,5	20.706,9	
ARSLVT	Hospital Reynaldo dos Santos - Vila Franca de Xira	10.327,0	6,8	69.750,0	1.374,3	1.077,2	7.875,4	8.952,7	3.231,7	53.191,8	56.423,4	6,3	5,5	13.326,6	
ARSLVT	Instituto Português Oncologia de Lisboa Francisco Gentil, EPE	3.543,0	7,5	26.422,0	350,7	908,0	2.284,2	3.192,3	2.724,1	17.034,8	19.758,9	6,2	5,6	6.663,1	
ARSLVT	Centro Hospitalar Médio Tejo, EPE	17.324,0	7,8	135.139,0	3.041,0	1.879,4	12.403,6	14.283,0	5.638,3	96.756,3	102.394,6	7,2	5,9	32.744,4	
ARSLVT	Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE	34.406,0	8,3	284.876,0	5.915,6	4.410,4	24.080,0	28.490,4	13.231,1	199.378,5	212.609,6	7,5	6,2	72.266,4	
ARSLVT	Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE	27.643,0	8,4	232.817,0	4.451,9	3.784,6	19.406,5	23.191,1	11.353,8	163.446,8	174.800,6	7,5	6,3	58.016,4	
ARSLVT	Centro Hospitalar de Setúbal, EPE	15.805,0	6,9	108.744,0	3.057,4	1.826,6	10.921,0	12.747,6	5.479,9	75.140,2	80.620,1	6,3	5,1	28.123,9	
ARSLVT	Instituto de Oftalmologia Dr. Gama Pinto	346,0	3,4	1.181,0	144,0	3,6	198,4	202,0	10,8	677,2	687,9	3,4	2,0	493,1	
ARSLVT	Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE	50.004,0	8,2	409.016,0	9.612,7	7.479,5	32.911,8	40.391,3	22.438,5	269.207,5	291.646,0	7,2	5,8	117.370,0	

Quadro A.50.4 - Calculo dos Dias de Internamento evitados na ARS Alentejo

Unidade: Eur e M Eur															
Regiões de Saúde	Unidade Hospitalar	DS	DM	DI	A	B	Rest	NDS	DIB	DIST	NDI	NDM	NDM(1)	DI_Evitados	
ARSALENT	Hospital Espírito Santo, EPE - Évora	12.583,0	6,8	85.685,0	2.427,1	1.496,0	8.659,9	10.155,9	4.488,0	58.970,6	63.458,6	6,2	5,0	22.226,4	
ARSALENT	Hospital Litoral Alentejano - Santiago do Cacém	3.678,0	8,2	30.030,0	840,3	570,4	2.267,3	2.837,7	1.711,2	18.511,9	20.223,1	7,1	5,5	9.806,9	

Quadro A.50.5 - Calculo dos Dias de Internamento evitados na ARS Algarve

Unidade: Eur e M Eur															
Regiões de Saúde	Unidade Hospitalar	DS	DM	DI	A	B	Rest	NDS	DIB	DIST	NDI	NDM	NDM(1)	DI_Evitados	
ARSALG	Hospital de Faro, EPE	22.887,0	7,7	175.547,0	3.768,5	2.507,5	16.610,9	19.118,5	7.522,6	127.408,6	134.931,3	7,1	5,9	40.615,7	
ARSALG	Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio, EPE	11.261,0	8,0	89.674,0	2.045,4	1.097,4	8.118,1	9.215,6	3.292,3	64.646,4	67.938,7	7,4	6,0	21.735,3	

Legenda:	
DS	Episódios de Internamento
DM	Demora Média
DI	Dias de Internamento
A	Episódios que deviam ter sido tratados em ambulatório - DI = 0
B	Episódios cuja gravidade da doença principal e das comorbilidades justifica um internamento curto - DI= 3
Rest	Episódios com internamento normal ou tardio
NDS	Episódios de internamento sem considerar as situações que poderiam ter sido tratados em ambulatório (A)
DIB	Dias de Internamento para os episódios que justificam um internamento curto
DIST	Dias de Internamento para os episódios Rest
NDI	Nova Duração de Internamento, sem considerar A e considerando DI para B e para Rest
NDM	Nova Demora Média, excluindo os episódios A
NDM(1)	Nova Demora Média, considerando NDI e DS

Anexo_8.9

Quadro A.51 – Taxa de prevalência de Infecções Nosocomiais em Países Europeus

Unidade: %

Países	Ano	Taxa de Prevalência
Grécia	2001	9,3
Portugal	2003	8,4
Reino Unido	2006	8,2
Suíça	2002	8,1
Holanda	2007	6,9
Espanha	2005	6,8
Noruega	2003	5,1
França	2006	5,0
Média		7,2

8.10 O DESENVOLVIMENTO DA REDE DE CCI

PREVISÃO DO NÚMERO DE CAMAS POR TIPO DE UNIDADE A NÍVEL NACIONAL - 2011 A 2013

Unidade: N.

TOTAL NACIONAL							
Tipologia	Nº Camas	Previsão para 2011		Previsão para 2012		Previsão para 2013	
		Planeado em funcionamento	31/12/2011	Novos	31/12/2011	Novos	31/12/2011
U de Convalescença	906	115	1.021	916	1.937	894	2.831
U Cuidados Paliativos	190	50	240	107	347	64	411
U Longa Duração e M	2.752	564	3.316	2.724	6.040	2.050	8.090
U Média Duração e R	1.747	238	1.985	714	2.699	538	3.237
Total	5.595	967	6.562	4.461	11.023	3.546	14.569

PREVISÃO DO NÚMERO DE CAMAS POR TIPO DE UNIDADE NA ARS NORTE - 2011 A 2013

Unidade: N.

Tipologia	Nº Camas	Previsão para 2011		Previsão para 2012		Previsão para 2013	
		Planeado em funcionamento	31/12/2011	Novos	31/12/2011	Novos	31/12/2011
U de Convalescença	332	2	334	287	621	286	907
U Cuidados Paliativos	43	12	55	38	93	37	130
U Longa Duração e M	891	310	1201	767	1968	624	2592
U Média Duração e R	518	121	639	243	882	155	1037
Total	1.784	445	2.229	1.335	3.564	1.102	4.666

PREVISÃO DO NÚMERO DE CAMAS POR TIPO DE UNIDADE NA ARS CENTRO - 2011 A 2013

Unidade: N.

Tipologia	Nº Camas	Previsão para 2011		Previsão para 2012		Previsão para 2013	
		Planeado em funcionamento	31/12/2011	Novos	31/12/2011	Novos	31/12/2011
U de Convalescença	202	90	292	142	434	141	575
U Cuidados Paliativos	45	20	65	17	82	0	82
U Longa Duração e M	779	139	918	456	1.374	268	1.642
U Média Duração e R	581	73	654	3	657	0	657
Total	1.607	322	1.929	618	2.547	409	2.956

PREVISÃO DO NÚMERO DE CAMAS POR TIPO DE UNIDADE NA ARS LVT - 2011 A 2013

Unidade: N.

Tipologia	Nº Camas	Previsão para 2011		Previsão para 2012		Previsão para 2013	
		Planeado em funcionamento	31/12/2011	Novos	31/12/2011	Novos	31/12/2011
U de Convalescença	157	-7	150	450	600	431	1.031
U Cuidados Paliativos	75	3	78	42	120	27	147
U Longa Duração e M	571	66	637	1.240	1.877	1.070	2.947
U Média Duração e R	385	55	440	398	838	341	1.179
Total	1.188	117	1.305	2.130	3.435	1.869	5.304

PREVISÃO DO NÚMERO DE CAMAS POR TIPO DE UNIDADE NA ARS ALENTEJO - 2011 A 2013

Unidade: N.

Tipologia	Nº Camas	Previsão para 2011		Previsão para 2012		Previsão para 2013	
		Planeado em funcionamento	31/12/2011	Novos	31/12/2011	Novos	31/12/2011
U de Convalescença	135	0	135	28	163	27	190
U Cuidados Paliativos	17	0	17	10	27	0	27
U Longa Duração e M	292	16	308	189	497	47	544
U Média Duração e R	159	-11	148	49	197	21	218
Total	603	5	608	276	884	95	979

PREVISÃO DO NÚMERO DE CAMAS POR TIPO DE UNIDADE NA ARS ALGARVE - 2011 A 2013

Unidade: N.

Tipologia	Nº Camas	Previsão para 2011		Previsão para 2012		Previsão para 2013	
		Planeado em funcionamento	31/12/2011	Novos	31/12/2011	Novos	31/12/2011
U de Convalescença	80	30	110	9	119	9	128
U Cuidados Paliativos	10	15	25	0	25	0	25
U Longa Duração e M	219	33	252	72	324	41	365
U Média Duração e R	104	0	104	21	125	21	146
Total	413	78	491	102	593	71	664

DADOS DA REFERENCIAÇÃO PARA A RNCCI EM 2011-10-20 (ATÉ 31.08.2011)

Hospitais	N.º Doentes referenciados	Dias p/ referenciar	Encontrar vaga	Total
H LAMEGO	104	13	3	16
H BARCELOS	379	6	3	9
H OVAR	40	11	3	14
H Pe. AMÉRICO – V. DO SOUSA	645	9	3	12
H FAMILICÃO	175	11	3	14
CH P. DE VARZIM/V. DO CONDE	369	6	4	10
H MACEDO DE CAVALEIROS	142	11	4	15
H FARO	717	14	4	18
H SANTO TIRSO	253	8	4	12
CH BARLAVENTO ALGARVIO	572	16	4	20
H FAFE	104	11	4	15
CH NORDESTE - BRAGANÇA	186	13	4	17
CH ALTO MINHO – V. CASTELO	737	7	5	12
H MIRANDELA	176	11	5	16
H S. JOÃO	721	26	5	31
H SEIA	37	20	5	25
CH TRÁS OS MONTES	293	16	5	21
ULS MATOSINHOS	1663	14	5	19
H FIGUEIRA DA FOZ	75	10	5	15
H SOUSA MARTINS - GUARDA	289	14	6	20
H CHAVES	183	13	6	19
H GUIMARÃES	570	11	6	17
IPO - PORTO	101	25	7	32
H S. MARCOS	247	18	7	25
H CASTELO. BRANCO	327	12	7	19
H ÁGUEDA	47	14	8	22
CH VILA NOVA DE GAIA	596	14	8	22
H VALONGO	21	6	8	14
H S. SEBASTIÃO – FEIRA	237	11	8	19
H AVEIRO	178	13	8	21
H SANTO ANTÓNIO	476	16	8	24
H TONDELA	23	10	9	19
HUC	713	17	10	27
HOSPITAL JOAQUIM URBANO	13	20	10	30
H S. TEOTÓNIO - VISEU	197	19	10	29
H ESTARREJA	22	14	10	24
H ESPÍRITO SANTO	381	11	12	23
CH COVA DA BEIRA	66	14	13	27
CH COIMBRA	168	13	13	26
IPO COIMBRA	82	22	13	35
CH BAIXO ALENTEJO	195	13	15	28
H MONTIJO	15	21	15	36

Hospitais	N.º Doentes referenciados	Dias p/ referenciar	Encontrar vaga	Total
H SANTA LUZIA - ELVAS	320	13	17	30
H SÃO FRANCISCO XAVIER	131	16	18	34
H JOSÉ MARIA GRANDE	244	11	18	29
H LITORAL ALENTEJANO	303	10	19	29
H OUTÃO	107	18	19	37
H SANTA CRUZ	16	36	20	56
H PULIDO VALENTE	109	26	20	46
H POMBAL	38	17	21	38
H S JOSE	209	19	23	42
CH CALDAS DA RAINHA	44	15	24	39
CH SETUBAL	314	23	24	47
H SANTARÉM	176	18	25	43
EGA HSM - STA MARTA	109	15	25	40
H CASCAIS	106	21	28	49
H EGAS MONIZ	156	24	29	53
H TORRES VEDRAS	152	13	32	45
H BARREIRO	112	18	34	52
H STº ANDRÉ - LEIRIA	340	11	35	46
H ABRANTES	54	21	36	57
H REYNALDO DOS SANTOS	83	10	36	46
H CURRY CABRAL	238	27	37	64
H GARCIA DE ORTA	133	17	38	55
H FERNANDO FONSECA	242	26	38	64
H SANTA MARIA	266	21	46	67
H. CAPUCHOS	204	21	48	69
H ALCobaça	17	20	49	69
H TORRES NOVAS	56	13	49	62
H TOMAR	45	19	49	68
IPO LISBOA	154	14	55	69
H PENICHE	4	20	91	111

_QUALIDADE DA REFERENCIAÇÃO - TESTEMUNHO DA DR.ª INÊS GUERREIRO

"Às vezes, é muito difícil perceber por que motivo um doente foi referenciado para a Rede. A informação é frequentemente incompleta e por vezes omissa. Acontece recebermos doentes sem diagnóstico, sem um estudo consistente da sua situação clínica.

Surgem nos doentes idosos, por exemplo, com neoplasias que os próprios desconhecem. As expectativas que a pessoa e a família criam vão ser inevitavelmente frustradas e acaba por ser a Rede a fazer figura de incompetente, porque não foram geridas essas expectativas de forma adequada. O papel da Rede é reabilitar. É isso que as pessoas esperam. O tempo de espera tem de ser resolvido. Não é positivo dizer a um doente que entra na Rede e passam-se semanas e continuar à espera. Depois há casos em que os ganhos obtidos durante o internamento se perdem depois da alta.

É fundamental que consigamos criar unidades de dia de promoção da autonomia de modo a evitar que se percam os ganhos obtidos durante o internamento. Custa ver os utentes voltarem com tudo perdido. Precisamos que os outros sectores mudem, que os hospitais mudem, que o sector convencionado mude.

Na admissão, a falta de informação é um problema recorrente. É preciso que tenhamos acesso à história clínica do doente. Não é possível continuarmos a ver "saquinhos de medicamentos prescritos no hospital e que nos chegam pela mão da família. Temos de nos assumir como profissionais igualmente capazes. Em relação à prescrição e política do medicamento, manter a situação como está é contribuir para a má prática. Vamos de ter todos de reflectir e parar o desrespeito pelos profissionais. Chegam nos doentes com VIH Sida ou Hepatite B, mas essa informação não está lá e se ninguém sabe, ninguém se acautela. É inadmissível que se omita uma informação destas, expondo os profissionais a um risco do qual não se podem proteger.

A obtenção de consultas externas é outro problema. É preciso que consigamos ter um diálogo eficaz com os outros profissionais e instituições. Por vezes a única via que nos resta é fazer o doente entrar pela urgência, porque foi impossível obter uma consulta. Continua a não fazer qualquer sentido que os doentes nos cheguem sem que saibamos porquê, obrigando-nos a assumir investigação da causa e à realização de meios de diagnóstico que ultrapassam as competências e objectivos da nossa intervenção. Por outro lado, recebemos doentes que não deixaram sequer de ser doentes agudos. Há doentes que nos chegam sem um diagnóstico não esclarecido e há coisas que temos o dever de não fazer. Infelizmente é preciso voltar a levar o doente à urgência, desacreditando a Rede e a sua competência. Quem acaba por ser castigado é o doente que é afinal quem deveria ser protegido."

8.11 EVOLUÇÃO DA SITUAÇÃO ECONÓMICA, FINANCEIRA E DE EXPLORAÇÃO DOS HOSPITAIS

Anexo_8.11

Quadro A.52 – Origem de Fundos do SNS

Unidade: M Eur e %

Origem de Fundos	2006	2007	2008	2009	2010
Saldo de Gerência do SNS	14	266	291	292	266
Financiamento Inicial do OE	7.632	7.673	7.900	8.100	8.699
Reforços orçamentais	....	....	....	100	....
Transf. dívida subsist. Públicos saúde	....	....	....	....	150
Receitas de Capital	....	....	....	100	2
Outras Receitas Cobradas (a)	203	158	117	104	137
Total	7.848	8.097	8.308	8.696	9.253

Fonte: ACSS, Relatório e Contas do SNS 2010

Legenda: (a) inclui receitas provenientes dos Jogos Sociais, convenções internacionais, entre outras de menor materialidade

Quadro A.53 – Aplicação de Fundos do SNS

Unidade: M Eur e %

Aplicação de Fundos	2006	2007	2008	2009	2010
Administrações Regionais Saúde	3.576	3.422	3.643	3.771	4.024
Hospitais SPA	1.451	1.072	728	457	300
Hospitais/ULS - EPE	2.245	3.027	3.308	3.872	4.517
Serviços Autónomos	115	127	114	145	160
Serviços Psiquiátricos	67	65	63	46	47
Outras Despesas (b)	130	93	161	138	107
Total	7.582,7	7.806,3	8.015,7	8.429,7	9.154,2

Fonte: ACSS, Relatório e Contas do SNS 2010

Legenda: (b) inclui transferências para IPSS, Convenções Internacionais, Protocolos Subsistemas de Saúde, entre outras de menor materialidade

Quadro A.54 – Peso Relativo da Aplicação de Fundos do SNS

Unidade: M Eur e %

Aplicação de Fundos	2006	2007	2008	2009	2010
Administrações Regionais Saúde	47%	44%	45%	45%	44%
Hospitais SPA	19%	14%	9%	5%	3%
Hospitais/ULS - EPE	30%	39%	41%	46%	49%
Serviços Autónomos	2%	2%	1%	2%	2%
Serviços Psiquiátricos	1%	1%	1%	1%	1%
Outras Despesas (b)	2%	1%	2%	2%	1%
Total	100%	100%	100%	100%	100%

Quadro A.55 – Origem vs Aplicação de Fundos do SNS

Unidade: M Eur e %

Origem vs Aplicação de Fundos	2006	2007	2008	2009	2010
Origem de Fundos	7.848	8.097	8.308	8.696	9.253
Aplicação de Fundos	7.583	7.806	8.016	8.430	9.154
Origem - Aplicação	265,7	290,6	291,8	266,1	99,1

Anexo_8.11

Quadro A.56 – Evolução dos Custos com Contratos Plurianuais e PPP - 2008-2010

Unidade: M Eur e %

Contratos Plurianuais	2008	2009	2010
Hospital da Cruz Vermelha	23	23	23
Hospital da Prelada	34	40	35
Centro de Atendimento do SNS (call Center)	12	15	15
Centro Medicina Física e Reabilitação do Sul	5	6	6
Hospital Braga PPP		28	95
Hospital de Cascais PPP		45	45
Hosp. Fernando da Fonseca	137		
Total	211	157	219

Fonte: ACSS, Relatório e Contas do SNS 2010

Quadro A.57 – Evolução do Custo Total com Hospitais (inclui Contratos Plurianuais e PPP) - 2008-2010

Unidade: M Eur e %

Aplicação de Fundos	2008	2009	2010
Hospitais SPA	728	457	300
Hospitais/ULS - EPE	3.308	3.872	4.517
Contratos Plurianuais	194	63	58
PPPs	5	78	146
Total	4.235	4.471	5.020,4

Fonte: ACSS, Relatório e Contas do SNS 2010

Quadro A.58 – Evolução dos Custos SNS (inclui Contratos Plurianuais e PPP) - 2008-2010

Unidade: M Eur e %

Aplicação de Fundos	2008	2009	2010
SNS	8.016	8.430	9.154
Contratos Plurianuais e PPPs	211	157	219
Total	8.226	8.586	9.373

Fonte: ACSS, Relatório e Contas do SNS 2010

8.12 PARÂMETROS DE DESEMPENHO DOS HOSPITAIS – QUALIDADE DO EDIFÍCIO

Ref.	Parâmetro de Desempenho	Frequência de monitorização	Requisitos do sistema de monitorização	Base de monitorização	Pontos de penalização (Valor máximo anual)	
1	O Hospital dispõe de uma base de dados dos bens afectos ao Edifício Hospitalar, permanentemente actualizada, incluindo quaisquer operações materiais ou jurídicas que tenham por objecto esses bens.	Programada anual	Manutenção de uma base de dados que inclua todos os registos e esteja permanentemente actualizada.	Inspeção do banco de dados, em especial actualizações	a definir	pontos
2	O Hospital dispõe de um programa de ciclo de vida das partes constituintes do Edifício Hospitalar, onde se incluem as instalações, os equipamentos e os sistemas que o equipam, actualizado e implementado.	Programada anual	Informatização do programa do ciclo de vida, mantendo disponíveis todas as versões.	Verificação da informação existente	a definir	pontos
3	O Hospital dispõe de um plano de renovação/ substituição das partes constituintes do Edifício Hospitalar, onde se incluem as instalações, os equipamentos e os sistemas que o equipam, actualizado e implementado.	Programada anual	Informatização do plano de renovação/substituição, mantendo disponíveis todas as versões.	Verificação da informação existente	a definir	pontos
4	O Hospital dispõe de um manual de manutenção, actualizado e implementado.	Programada anual	Informatização do manual de manutenção, mantendo disponíveis todas as versões, bem como o registo de todas as acções planeadas e realizadas.	Verificação da informação existente	a definir	pontos
5	O Hospital dispõe de um plano de manutenção preventiva actualizado, para os cinco anos contratuais imediatamente seguintes.	Programada anual	Informatização do plano de manutenção preventiva, mantendo disponíveis todas as versões.	Verificação da informação existente	a definir	pontos
6	O Hospital dispõe de um plano de manutenção preventiva detalhado actualizado, para o ano seguinte.	Programada anual	Informatização do plano de manutenção preventiva detalhado, mantendo disponíveis todas as versões.	Verificação da informação existente	a definir	pontos
7	O Hospital mantém actualizada a compilação técnica decorrente das intervenções de manutenção e de renovação/ substituição das partes constituintes do Edifício Hospitalar, onde se incluem as instalações, os equipamentos e os sistemas que o equipam.	Programada semestral / ocasional	Informatização da compilação técnica, mantendo disponíveis todas as versões.	Verificação da informação existente	a definir	pontos
8	O Hospital é notificada com pelo menos 1 mês de antecedência sobre as datas de realização de testes e inspecções de rotina, que possam afectar a actividade hospitalar.	Programada trimestral	Manutenção de cópia electrónica dos avisos por um período mínimo de 10 anos.	Registo de avisos	a definir	pontos
9	O Hospital dispõe dos registos das inspecções, dos testes e dos ensaios efectuados, das intervenções de manutenção preventiva e correctivas efectuadas, das substituições/renovações realizadas, das auditorias ou inspecções periódicas conformes o definido no RCCTE e RSECE, necessários à realização e à manutenção da certificação, das auditorias realizadas à qualidade de ar interior, inspecções periódicas realizadas a caldeiras e a sistemas de ar condicionado, nos termos do RSECE, e das reclamações relativas a casos de violação do disposto no RSECE, permanentemente actualizado.	Programada semestral/ocasional	Informatização de todos os registos, descrevendo a operação efectuada e os resultados obtidos e identificando claramente o seu executor e a respectiva credenciação.	Verificação da informação existente	a definir	pontos

Ref.	Parâmetro de Desempenho	Frequência de monitorização	Requisitos do sistema de monitorização	Base de monitorização	Pontos de penalização (Valor máximo anual)	
10	Todas as instalações especiais e equipamentos foram recepcionados e testados de acordo com as instruções dos fabricantes e dos manuais de serviço.	Programada trimestral	Informatização de todos os registos, descrevendo a operação efectuada e os resultados obtidos e identificando claramente o seu executor e a respectiva credenciação.	Análise de registo dos testes dos novos elementos	a definir	pontos
11	A realização dos testes dos sistemas e dos equipamentos é feita por operadores credenciados pelos fabricantes, de acordo com as instruções destes e nos períodos por eles definidos.	Programada anual / ocasional	Informatização de todos os registos, descrevendo a operação efectuada e os resultados obtidos e identificando claramente o seu executor e a respectiva credenciação.	Verificação da informação sobre entidades entregue	a definir	pontos
12	O Hospital, após auditoria energética, dispõe de um plano de racionalização energética, actualizado e aprovado pela Direcção de Geologia e Energia.	Programada semestral / ocasional	Manutenção de registos respeitantes aos consumos energéticos por um prazo mínimo de 10 anos. Informatização do plano de racionalização energética, mantendo disponíveis todas as versões.	Registos dos consumos e realização de inspecções	a definir	pontos
13	O Hospital dispõe de certificação energética válida e afixada em local devidamente visível, junto da entrada principal.	Ocasional	Manutenção de registos respeitantes aos consumos energéticos por um prazo mínimo de 10 anos. Informatização do plano de racionalização energética tem de ser mantido em formato electrónico, mantendo disponíveis todas as versões.	Registos dos consumos e realização de inspecções	a definir	pontos
14	Foram realizadas auditorias ou inspecções periódicas, conforme o definido no RCCTE e RSECE, necessárias à realização e à manutenção da certificação por perito qualificado, incluindo as relativas à qualidade de ar interior, com a periodicidade não superior à prevista no RSECE, das quais existem registos actualizados.	Ocasional	Informatização de todos os registos, descrevendo a operação efectuada e os resultados obtidos e identificando claramente o seu executor e a respectiva credenciação.	Realização de inspecções	a definir	pontos
15	Foram realizadas, por perito qualificado, inspecções periódicas a caldeiras e a sistemas de ar condicionado, nos termos do RSECE e emitido o respectivo certificado e registo na ADENE, que se encontra devidamente afixado no local	Ocasional	Informatização de todos os registos, descrevendo a operação efectuada e os resultados obtidos e identificando claramente o seu executor e a respectiva credenciação.	Realização de inspecções	a definir	pontos
16	O Hospital dispõe de um regulamento de prevenção e segurança implementado e actualizado.	Ocasional	Informatização do regulamento de prevenção e segurança, mantendo disponíveis todas as versões.	Realização de inspecções	a definir	pontos
20	O Hospital dispõe de planos de contingência, actualizados e adequados às finalidades.	Programada anual	Informatização dos planos de contingência, mantendo disponíveis todas as versões.	Verificação da informação entregue	a definir	pontos

8.13 PARÂMETROS DE DESEMPENHO DOS HOSPITAIS – QUALIDADE DOS SERVIÇOS CLÍNICOS

1.	TAXA DE PRIMEIRAS CONSULTAS DA PRODUÇÃO
Descrição	Pretende medir o peso relativo das Primeiras Consultas no total das Consultas Externas, permitindo verificar se foi atingido o objectivo anualmente fixado.
Justificação	A taxa de Primeiras Consultas é um indicador relevante da capacidade de atracção e de resolução de novos casos por parte do Estabelecimento Hospitalar.
Medida da Falha	[Número de Primeiras Consultas/ Número Total de Consultas Externas]
Inclui/Exclui	Inclui: <ul style="list-style-type: none"> Consultas Externas.
Indicadores a Monitorizar	<ul style="list-style-type: none"> Número de Primeiras Consultas; Número Total de Consultas Externas.
Dedução	Anual
Pontos de penalização por desvio face ao Valor de Referência (VR)	<Objectivo fixado: (n.º de pontos a definir) x (objectivo fixado/taxa verificada) pontos
Penalidade por não monitorização	n.º de pontos a definir

2.	TAXA DE EPISÓDIOS DE CIRURGIA DE AMBULATÓRIO
Descrição	Pretende medir o peso relativo dos Episódios de Cirurgia de Ambulatório no total dos Episódios Cirúrgicos, permitindo verificar se foi atingido o objectivo anualmente fixado.
Justificação	A taxa de Episódios de Cirurgia de Ambulatório é um indicador relevante de qualidade e de eficiência, na medida em que o tratamento cirúrgico de muitos dos doentes em regime de ambulatório contribui para diminuir os tempos de Internamento e as listas de espera, com consequentes benefícios sócio-familiares, económicos e psicológicos para o doente.
Medida da Falha	[Número de Episódios de Cirurgia de Ambulatório/ Número de Episódios Cirúrgicos totais]
Inclui/Exclui	Inclui: <ul style="list-style-type: none"> Episódios Cirúrgicos.
Indicadores a Monitorizar	<ul style="list-style-type: none"> Número de Episódios de Cirurgia de Ambulatório; Número de Episódios Cirúrgicos totais.
Dedução	Anual
Pontos de penalização por desvio face ao Valor de Referência (VR)	<Objectivo fixado: (n.º de pontos a definir) x (objectivo fixado/taxa verificada) pontos
Penalidade por não monitorização	n.º de pontos a definir

3.	TAXA MÁXIMA DE ERRO ADMITIDA NA CODIFICAÇÃO
Descrição	Pretende monitorizar os erros de codificação de actos de internamento, de acordo com o regulamento interno.
Justificação	<p>Este parâmetro representa uma medida da qualidade da informação clínica.</p> <p>Se a informação clínica que emana da actividade (procedimentos cirúrgicos e terapêuticos, diagnósticos principais e secundários, complicações, etc.) não se reflecte de forma completa e clara no relatório de alta, através da codificação precisa do processo, será dada uma visão pouco real da actividade, da complexidade e da qualidade assistencial realizada no hospital.</p> <p>A menor qualidade dos dados clínicos pode conduzir a enviesamentos, com impacto ao nível de</p>

3.	TAXA MÁXIMA DE ERRO ADMITIDA NA CODIFICAÇÃO
	gestão e avaliação da qualidade da prestação de serviços, em estudos epidemiológicos, ao nível da avaliação de necessidades de tecnologias, na alocação de recursos, quer humanos quer materiais, entre outros.
Medida da Falha Inclui/Exclui	[Número de episódios codificados incorrectamente/Número total de episódios codificados] Inclui:
Dedução	▪ Todos os actos de internamento com relatório de alta hospitalar definitivo.
Pontos de penalização por desvio face ao Valor de Referência (VR)	Anual
Penalidade por não monitorização	>Objectivo fixado: (n.º de pontos a definir) x [(taxa verificada/ valor de referência)-1] pontos
	n.º de pontos a definir

4.	TAXA DE CANCELAMENTO DE CONSULTAS EXTERNAS
Descrição	Pretende monitorizar os cancelamentos de Consultas Externas.
Justificação	O cancelamento de uma Consulta Externa provoca um nível elevado de insatisfação aos Utentes e pode contribuir para o agravamento da sua situação clínica, sendo muitas vezes resultado de uma gestão ineficiente das agendas, assim como de indisponibilidade de recursos, nomeadamente médicos.
Medida da Falha	[Número de Consultas Externas canceladas de Utentes com consulta programada para o período em análise / Número total de Consultas Externas programadas para o período em análise]
Inclui/Exclui	Exclui:
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Cancelamentos de Consultas Externas por solicitação do Utente; ▪ Cancelamentos de Consultas Externas devido às seguintes razões clínicas: <ul style="list-style-type: none"> – Os Utentes tenham sido admitidos no Serviço de Urgência nas 12 horas que antecedem a hora agendada para a consulta; – Os Utentes estejam internados na data agendada para a consulta. ▪ Cancelamentos de Consultas Externas quando o Utente tenha comparecido após a hora agendada para a consulta; ▪ Cancelamentos de Consultas Externas quando o Utente não tenha comparecido no dia agendado para a consulta; ▪ Cancelamentos de Consultas Externas com reprogramação para a mesma data, desde que o cancelamento não tenha ocorrido na data programada para a consulta.
Indicadores a Monitorizar	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Número de Consultas Externas canceladas de Utentes com consulta programada para o período em análise; ▪ Número total de Consultas Externas programadas para o período em análise.
Dedução	Anual
Pontos de penalização por desvio face ao Valor de Referência (VR)	> VR: (n.º de pontos a definir) x [(taxa verificada/ valor de referência)-1] pontos
Penalidade por não monitorização	n.º de pontos a definir

5.	TAXA DE CANCELAMENTO DE SESSÕES DE HOSPITAL DE DIA
Descrição	Pretende monitorizar os cancelamentos de Sessões de Hospital de Dia, excluindo os cancelamentos por solicitação do Utente.
Justificação	O cancelamento de uma Sessão de Hospital de Dia provoca um nível elevado de insatisfação aos

5.	TAXA DE CANCELAMENTO DE SESSÕES DE HOSPITAL DE DIA
	Utentes e pode contribuir para o agravamento da sua situação clínica, sendo muitas vezes resultado de uma gestão ineficiente das agendas, assim como de indisponibilidade de recursos, nomeadamente de pessoal de enfermagem e/ou médico.
Medida da Falha	[Número de Sessões de Hospital de Dia canceladas de Utentes com sessão programada para o período em análise / Número de Sessões de Hospital de Dia programadas para o período em análise]
Inclui/Exclui	<p>Exclui:</p> <ul style="list-style-type: none"> Hospital de Dia Cirúrgico; Cancelamentos de Sessões de Hospital de Dia por solicitação do Utente; Cancelamentos de Sessões de Hospital de Dia devido às seguintes razões clínicas: <ul style="list-style-type: none"> Os Utentes tenham sido admitidos no Serviço de Urgência nas 12 horas que antecedem a hora agendada para a Sessão de Hospital de Dia; Os Utentes estejam internados na data agendada para a Sessão de Hospital de Dia; A avaliação programada que antecede a Sessão de Hospital de Dia conclua que os resultados clínicos ou analíticos justificam o cancelamento da sessão; Cancelamentos de Sessões de Hospital de Dia quando o Utente tenha comparecido após a hora agendada para a sessão; Cancelamentos de Sessões de Hospital de Dia quando o Utente não tenha comparecido no dia agendado para a sessão; Cancelamentos de Sessões de Hospital de Dia com reprogramação para a mesma data, desde que o cancelamento não tenha ocorrido na data programada para a sessão;
Indicadores a Monitorizar	<ul style="list-style-type: none"> Número de Sessões de Hospital de Dia canceladas de Utentes com sessão programada para o período em análise; Número de Sessões de Hospital de Dia programadas para o período em análise.
Dedução	Anual
Pontos de penalização por desvio face ao Valor de Referência (VR)	$> VR: (n.º \text{ de pontos a definir}) \times [(taxa \text{ verificada} / \text{valor de referência}) - 1] \text{ pontos}$
Penalidade por não monitorização	n.º de pontos a definir

6.	TAXA DE CANCELAMENTO DE INTERVENÇÕES CIRÚRGICAS
Descrição	Pretende monitorizar os cancelamentos de Intervenções Cirúrgicas programadas durante as 48 horas que antecedem a hora de Intervenção Cirúrgica programada.
Justificação	<p>O cancelamento de uma Intervenção Cirúrgica programada provoca um nível elevado de insatisfação aos Utentes e pode contribuir para o agravamento da sua situação clínica, sendo muitas vezes resultado de uma gestão ineficiente das agendas, assim como de indisponibilidade de recursos.</p> <p>Para além disso, o cancelamento durante as 48 horas que antecedem a Intervenção Cirúrgica tem impactos ainda mais significativos para o Utente e não permite, muitas vezes, a substituição do mesmo por outro Utente, não possibilitando, desta forma, salvaguardar a satisfação de necessidades assistenciais e contribuindo para um incremento das listas de espera.</p>
Medida da Falha	[Número de Intervenções Cirúrgicas programadas para o período em análise canceladas durante as 48 horas que antecedem a hora de intervenção programada / Número total de Intervenções Cirúrgicas programadas para o período em análise]
Inclui/Exclui	<p>Inclui:</p> <ul style="list-style-type: none"> Todas as Intervenções Cirúrgicas programadas (Intervenção Cirúrgica convencional programada, Intervenção em Cirurgia de Ambulatório programada). <p>Exclui:</p> <ul style="list-style-type: none"> Cancelamentos por solicitação do Utente; Cancelamentos quando o Utente tenha comparecido após a hora agendada para a Intervenção Cirúrgica, no caso de Intervenções Cirúrgicas de ambulatório; Cancelamentos quando o Utente não tenha comparecido no dia agendado para a Intervenção Cirúrgica ou no dia agendado para o Internamento cirúrgico; Cancelamentos com reprogramação para a mesma data, desde que o cancelamento não tenha ocorrido na data programada da Intervenção Cirúrgica.
Indicadores a Monitorizar	<ul style="list-style-type: none"> Número de Intervenções Cirúrgicas programadas para o período em análise canceladas

6.	TAXA DE CANCELAMENTO DE INTERVENÇÕES CIRÚRGICAS
	durante as 48 horas que antecedem a hora de intervenção programada; <ul style="list-style-type: none"> Número total de Intervenções Cirúrgicas programadas para o período em análise.
Dedução	Anual
Pontos de penalização por desvio face ao Valor de Referência (VR)	> VR: (n.º de pontos a definir) x [(taxa verificada/ valor de referência)-1] pontos
Penalidade por não monitorização	n.º de pontos a definir

7.	TAXA DE MORTALIDADE NEONATAL
Descrição	Pretende medir a mortalidade no Hospital de nados-vivos, por qualquer causa, durante o período compreendido entre o parto e o 28.º dia de vida. Considera-se nado-vivo cada indivíduo, até aos 28 dias de vida, resultado de um “nascimento vivo” entendendo-se por tal, de acordo com a definição da <i>World Health Organization</i> , “a expulsão ou extracção completa, relativamente ao corpo materno e independentemente da duração da gravidez, do produto da fecundação que, após esta separação, respire ou manifeste quaisquer outros sinais de vida, tais como pulsações do coração ou do cordão umbilical ou contracção efectiva de qualquer músculo sujeito à acção da vontade, quer o cordão umbilical tenha sido cortado, quer não, e quer a placenta esteja ou não retida.”
Justificação	A taxa de mortalidade neonatal é um indicador relevante de qualidade, na medida em que o estabelecimento de medidas de vigilância adequadas durante a gravidez e o parto, assim como na prestação de cuidados aos recém-nascidos, contribuem para controlar a mortalidade neonatal.
Medida da Falha	[Número de nados-vivos internados falecidos no período neonatal (até aos 28 dias de vida), durante o período em análise / Total de nados-vivos no Hospital, durante o período em análise]
Inclui/Exclui	Inclui: <ul style="list-style-type: none"> Nados-vivos internados que ainda estejam no período neonatal (período compreendido entre o nascimento vivo e os primeiros 28 dias de vida, inclusive). Exclui: <ul style="list-style-type: none"> Nascimentos que não cumpram o critério de “nascimento vivo”.
Indicadores a Monitorizar	<ul style="list-style-type: none"> Número de nados-vivos internados falecidos no período neonatal (até aos 28 dias de vida), durante o período em análise; Total de nados-vivos no Hospital, durante o período em análise.
Dedução	Anual (apenas por não monitorização)
Pontos de penalização por desvio face ao Valor de Referência (VR)	> VR: obrigatoriedade de apresentar relatório justificativo do desvio
Penalidade por não monitorização	n.º de pontos a definir

8.	TAXA DE MORTALIDADE PÓS-OPERATÓRIA AJUSTADA
Descrição	Pretende medir a mortalidade pós-operatória no Hospital, ajustada à casuística dos hospitais seleccionados do Grupo de Referência. Neste âmbito, entende-se por período pós-operatório o período que decorre entre o momento da saída da sala de operações e as 48 horas seguintes.
Justificação	Na medida em que a taxa de mortalidade esperada varia para os vários GDH, para efeitos de comparabilidade, considera-se necessário calcular uma taxa de mortalidade ajustada, de forma a considerar a complexidade e a severidade das Intervenções Cirúrgicas. O limite das 48 horas após a Intervenção Cirúrgica permite uma maior diferenciação dos utentes que falecem por causas fundamentalmente associadas à prestação de cuidados.
Medida da Falha	Somatório da taxa de mortalidade, até 48 horas após a Intervenção Cirúrgica, associada a cada GDH cirúrgico que origine Internamento no Hospital, ponderada pelo peso relativo do respectivo GDH no total das Intervenções Cirúrgicas que origine Internamento nos hospitais do Grupo de Referência seleccionados para determinar o valor de referência anual.

8.	TAXA DE MORTALIDADE PÓS-OPERATÓRIA AJUSTADA
	<p>Mais concretamente, a taxa de mortalidade pós-operatória Ajustada calcula-se da seguinte forma:</p> $\sum_{k=1}^p [\text{Tx mortalidade pós-operatória GDHk}_{[\text{Hosp}]} \times \text{Peso GDHk}_{[\text{Grupo Ref.}]}]$ <p>Em que:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ $\text{Tx mortalidade pós-operatória GDHk}_{[\text{Hosp}]} =$ $= \frac{\text{N.º óbitos pós-operatórios GDHk}_{[\text{Hosp}]}}{\text{N.º total de doentes intervencionados GDHk}_{[\text{Hosp}]}}$ ▪ k, corresponde ao número do GDH cirúrgico, com produção registada no Hospital, durante o período em análise; Em que: <ul style="list-style-type: none"> ▪ $N.º \text{ de óbitos pós-operatórios GDHk}_{[\text{Hosp}]}$, corresponde ao número de óbitos, até 48 horas após a Intervenção Cirúrgica, no Hospital, para o GDH cirúrgico k com produção registada no Hospital, durante o período em análise; ▪ $N.º \text{ total de doentes intervencionados GDHk}_{[\text{Hosp}]}$, corresponde ao número total de doentes sujeitos a Intervenção Cirúrgica no Hospital, para o GDH cirúrgico k com produção registada no Hospital, durante o período em análise; ▪ $\text{Peso GDHk}_{[\text{Grupo Ref.}]} =$ $= \frac{\sum_{j=1}^m \text{N.º de doentes intervencionados GDHk}_{[\text{Hospitalj.}]}}{\sum_{j=1}^m \text{N.º total doentes intervencionados GDH cir}_{[\text{Hospitalj}]}}$ <p>Em que:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ $N.º \text{ de doentes intervencionados GDHk}_{[\text{Hospitalj}]}$, corresponde ao número de doentes sujeitos a Intervenção Cirúrgica no hospital j, para o GDH cirúrgico k com produção registada no Hospital, durante o período em análise; ▪ $N.º \text{ total de doentes intervencionados GDHcir}_{[\text{Hospitalj}]}$, corresponde ao número total de doentes sujeitos a Intervenção Cirúrgica no hospital j, para os GDH cirúrgicos com produção registada no Hospital, durante o período em análise; ▪ j, corresponde aos hospitais do Grupo de Referência seleccionados. <p>O valor de referência para a taxa de mortalidade pós-operatória ajustada corresponderá a:</p> $\frac{\sum_{j=1}^m \text{N.º óbitos pós-operatórios GDH cir}_{[\text{Hospitalj}]}}{\sum_{j=1}^m \text{N.º doentes intervencionados GDH cir}_{[\text{Hospitalj}]}}$ <p>Em que:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ $N.º \text{ de óbitos pós-operatórios GDHcir}_{[\text{Hospital j}]}$, corresponde ao número de óbitos, até 48 horas após a Intervenção Cirúrgica, no hospital j, para os GDH cirúrgicos com produção registada no Hospital, durante o período em análise; ▪ $N.º \text{ total de doentes intervencionados GDHcir}_{[\text{Hospital j}]}$, corresponde ao número total de doentes sujeitos a Intervenção Cirúrgica no hospital j, para os GDH cirúrgicos com produção registada no Hospital, durante o período em análise; ▪ j, corresponde aos hospitais do Grupo de Referência seleccionados.
Inclui/Exclui	<p>Inclui:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Intervenções Cirúrgicas que originam o Internamento do Utente, quer de carácter programado quer urgente.
Indicadores a Monitorizar	<ul style="list-style-type: none"> • Para cada GDH cirúrgico: <ul style="list-style-type: none"> ▪ $\text{Tx mortalidade pós-operatória GDHk}_{[\text{Hosp}]} =$ $= \frac{\text{N.º óbitos pós-operatórios GDHk}_{[\text{Hosp}]}}{\text{N.º total de doentes intervencionados GDHk}_{[\text{Hosp}]}}$ <p>Em que:</p>

8.	TAXA DE MORTALIDADE PÓS-OPERATÓRIA AJUSTADA
	<ul style="list-style-type: none"> $N.^{\circ}$ de óbitos pós-operatórios $GDHk_{[Hosp]}$, corresponde ao número de óbitos, até 48 horas após a Intervenção Cirúrgica, no Hospital, para o GDH cirúrgico k com produção registada no Hospital, durante o período em análise; $N.^{\circ}$ total de doentes intervencionados $GDHk_{[Hosp]}$, corresponde ao número total de doentes sujeitos a Intervenção Cirúrgica no Hospital, para o GDH cirúrgico k com produção registada no Hospital, durante o período em análise; k, corresponde ao número do GDH cirúrgico com produção registada no Hospital, durante o período em análise.
Dedução	Anual
Pontos de penalização por desvio face ao Valor de Referência (VR)	$> VR: (n.^{\circ} \text{ de pontos a definir}) \times [(taxa verificada / \text{valor de referência}) - 1] \text{ pontos}$
Penalidade por não monitorização	$n.^{\circ}$ de pontos a definir

9.	TAXA DE MORTALIDADE DURANTE O ACTO OPERATÓRIO AJUSTADA
Descrição	<p>Pretende medir a mortalidade durante o acto operatório, ajustada à casuística dos hospitais seleccionados do Grupo de Referência.</p> <p>Neste âmbito, entende-se por acto operatório o período que decorre entre o primeiro contacto no bloco operatório do Utente e do anestesista, para a pré-anestesia e avaliação do risco cirúrgico, e a saída do Utente para o recobro, internamento especial ou internamento normal.</p>
Justificação	Na medida em que a taxa de mortalidade varia para os vários GDH, para efeitos de comparabilidade, considera-se necessário calcular uma taxa de mortalidade ajustada, de forma a considerar a complexidade e severidade dos actos operatórios.
Medida da Falha	<p>Somatório da taxa de mortalidade, durante o acto operatório, associada a cada GDH cirúrgico que origine Internamento no Hospital, ponderada pelo peso do respectivo GDH no total das Intervencções Cirúrgicas nos hospitais do Grupo de Referência seleccionados para determinar o valor de referência anual.</p> <p>Mais concretamente, a Taxa de Mortalidade Durante o Acto Operatório Ajustada calcula-se da seguinte forma:</p> $\sum_{k=1}^p [Tx \text{ mortalidade acto operatório } GDHk_{[Hosp]} \times \text{Peso } GDHk_{[Grupo Ref.]}]$ <p>Em que:</p> <ul style="list-style-type: none"> $Tx \text{ mortalidade acto operatório } GDHk_{[Hosp]} =$ $\frac{N.^{\circ} \text{ óbitos durante o acto operatório } GDHk_{[Hosp]}}{N.^{\circ} \text{ total de doentes intervencionados } GDHk_{[Hosp]}}$ k, corresponde ao número do GDH cirúrgico com produção registada no Hospital, durante o período em análise. <p>Em que:</p> <ul style="list-style-type: none"> $N.^{\circ}$ de óbitos durante o acto operatório $GDHk_{[Hosp]}$, corresponde ao número de óbitos, durante o acto operatório, no Hospital, para o GDH cirúrgico k com produção registada no Hospital, durante o período em análise; $N.^{\circ}$ total de doentes intervencionados $GDHk_{[Hosp]}$, corresponde ao número total de doentes sujeitos a Intervenção Cirúrgica no Hospital, para o GDH cirúrgico k com produção registada no Hospital, durante o período em análise. <ul style="list-style-type: none"> $\text{Peso } GDHk_{[Grupo Ref.]} =$ $\frac{\sum_{j=1}^m N.^{\circ} \text{ de doentes intervencionados } GDHk_{[Hospitalj.]}}{\sum_{j=1}^m N.^{\circ} \text{ total doentes intervencionados } GDH \text{ cir}_{[Hospitalj.]}}$ <p>Em que:</p> <ul style="list-style-type: none"> $N.^{\circ}$ de doentes intervencionados $GDHk_{[Hospitalj.]}$, corresponde ao número de doentes sujeitos a Intervenção Cirúrgica no hospital j, para o GDH cirúrgico k com produção

9.	TAXA DE MORTALIDADE DURANTE O ACTO OPERATÓRIO AJUSTADA
	<p>registada no Hospital, durante o período em análise;</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>N.º total de doentes intervencionados GDHcir_[Hospitalj]</i>, corresponde ao número total de doentes sujeitos a Intervenção Cirúrgica no hospital j, para os GDH cirúrgicos com produção registada no Hospital, durante o período em análise; ▪ <i>j</i>, corresponde aos hospitais do Grupo de Referência seleccionados. <p>O valor de referência para a taxa de mortalidade durante o acto operatório ajustada corresponderá a:</p> $\frac{\sum_{j=1}^m N.º \text{ óbitos durante o acto operatório GDH cir}_{[Hospitalj]}}{\sum_{j=1}^m N.º \text{ doentes intervencionados GDH cir}_{[Hospitalj]}}$ <p>Em que:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>N.º de óbitos durante o acto operatório GDHcir_[Hospital j]</i>, corresponde ao número de óbitos, durante o acto operatório, no hospital j, para os GDH cirúrgicos com produção registada no Hospital, durante o período em análise; ▪ <i>N.º total de doentes intervencionados GDHcir_[Hospital j]</i>, corresponde ao número total de doentes sujeitos a Intervenção Cirúrgica no hospital j, para os GDH cirúrgicos com produção registada no Hospital, durante o período em análise; ▪ <i>j</i>, corresponde aos hospitais do Grupo de Referência seleccionados.
Inclui/Exclui	Inclui:
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Intervenções Cirúrgicas que originam o Internamento do Utente, quer de carácter programado quer urgente.
Indicadores a Monitorizar	<ul style="list-style-type: none"> • Para cada GDH cirúrgico: ▪ <i>Tx mortalidade acto operatório GDHk_[Hosp]</i> = $\frac{N.º \text{ óbitos durante o acto operatório GDHk}_{[Hosp]}}{N.º \text{ total de doentes intervencionados GDHk}_{[Hosp]}}$ <p>Em que:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>N.º de óbitos durante o acto operatório GDHk_[Hosp]</i>, corresponde ao número de óbitos, durante o acto operatório, no Hospital, para o GDH cirúrgico k com produção registada no Hospital, durante o período em análise; ▪ <i>N.º total de doentes intervencionados GDHk_[Hosp]</i>, corresponde ao número total de doentes sujeitos a Intervenção Cirúrgica no Hospital, para o GDH cirúrgico k com produção registada no Hospital, durante o período em análise; ▪ <i>k</i>, corresponde ao número do GDH cirúrgico com produção registada no Hospital, durante o período em análise.
Dedução	Anual
Pontos de penalização por desvio face ao Valor de Referência (VR)	> VR: (n.º de pontos a definir) x [(taxa verificada/ valor de referência)-1] pontos
Penalidade por não monitorização	n.º de pontos a definir

10.	TAXA DE MORTALIDADE NO INTERNAMENTO AJUSTADA
Descrição	Pretende medir a mortalidade durante o Internamento, independentemente da causa (médica ou cirúrgica), ajustada à casuística dos hospitais seleccionados do Grupo de Referência.
Justificação	A taxa de mortalidade no Internamento é um importante indicador dos resultados assistenciais. Na medida em que a taxa de mortalidade varia para os vários GDH, para efeitos de comparabilidade considera-se necessário calcular uma taxa de mortalidade ajustada, de forma a considerar a complexidade e severidade dos Internamentos.
Medida da Falha	<p>Somatório da taxa de mortalidade no Internamento, associada a cada GDH que origine Internamento no Hospital, ponderada pelo peso do respectivo GDH no total dos Episódios de Internamento nos hospitais do Grupo de Referência seleccionados para determinar o valor de referência anual.</p> <p>Mais concretamente, a taxa de mortalidade no Internamento ajustada calcula-se da seguinte forma:</p>

10.	TAXA DE MORTALIDADE NO INTERNAMENTO AJUSTADA
	$\sum_{i=1}^n [\text{Tx mortalidade GDHi}_{[Hosp]} \times \text{Peso GDHi}_{[Grupo Ref.]}]$ <p>Em que:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ $\text{Tx mortalidade GDHi}_{[Hosp]} = \frac{N.^{\circ} \text{ óbitos doentes internados GDHi}_{[Hosp]}}{N.^{\circ} \text{ total de doentes internados GDHi}_{[Hosp]}}$; ▪ i, corresponde ao número do GDH com produção registada no Hospital, durante o período em análise. <p>Em que:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ $N.^{\circ} \text{ de óbitos de doentes internados GDHi}_{[Hosp]}$, corresponde ao número de óbitos de doentes internados no Hospital para o GDH i com produção registada no Hospital, durante o período em análise; ▪ $N.^{\circ} \text{ total de doentes internados GDHi}_{[Hosp]}$, corresponde ao número total de doentes internados no Hospital para o GDH i com produção registada no Hospital, durante o período em análise. $\text{Peso GDHi}_{[Grupo Ref.]} = \frac{\sum_{j=1}^m N.^{\circ} \text{ de doentes internados GDHi}_{[Hospitalj]}}{\sum_{j=1}^m N.^{\circ} \text{ total de doentes internados}_{[Hospitalj]}}$ <p>Em que:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ $N.^{\circ} \text{ de doentes internados GDHi}_{[Hospitalj]}$, corresponde ao número de doentes internados no hospital j para o GDH i com produção registada no Hospital, durante o período em análise; ▪ $N.^{\circ} \text{ total de doentes internados}_{[Hospitalj]}$, corresponde ao número total de doentes internados no hospital j para os GDH com produção registada no Hospital, durante o período em análise; ▪ j, corresponde aos hospitais do Grupo de Referência seleccionados. <p>O valor de referência para a taxa de mortalidade no Internamento ajustada corresponderá a:</p> $\frac{\sum_{j=1}^m N.^{\circ} \text{ óbitos doentes internados}_{[Hospitalj]}}{\sum_{j=1}^m N.^{\circ} \text{ doentes internados}_{[Hospitalj]}}$ <p>Em que:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ $N.^{\circ} \text{ de óbitos de doentes internados}_{[Hospital j]}$, corresponde ao número de óbitos de doentes internados no hospital j para os GDH com produção registada no Hospital, durante o período em análise; ▪ $N.^{\circ} \text{ total de doentes internados}_{[Hospital j]}$, corresponde ao número total de doentes internados no hospital j para os GDH com produção registada no Hospital, durante o período em análise; ▪ j, corresponde aos hospitais do Grupo de Referência seleccionados.
Inclui/Exclui	<p>Exclui:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Utentes que falecem no Serviço de Urgência; ▪ Utentes que falecem em processos de ambulatório; ▪ Recém-nascidos que não cumpram o critério de “nascimento vivo”.
Indicadores a Monitorizar	<p>Para cada GDH:</p> $\text{Tx mortalidade GDHi}_{[Hosp]} = \frac{N.^{\circ} \text{ óbitos doentes internados GDHi}_{[Hosp]}}{N.^{\circ} \text{ total de doentes internados GDHi}_{[Hosp]}}$ <p>Em que:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ $N.^{\circ} \text{ de óbitos de doentes internados GDHi}_{[Hosp]}$, corresponde ao número de óbitos de doentes internados no Hospital para o GDH i com produção registada no Hospital, durante o período em análise;

10.	TAXA DE MORTALIDADE NO INTERNAMENTO AJUSTADA
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ N: N.º total de doentes internados GDHI_[Hosp], corresponde ao número total de doentes internados no Hospital para o GDHI com produção registada no Hospital, durante o período em análise; ▪ i, corresponde ao número do GDH com produção registada no Hospital, durante o período em análise.
Dedução	Anual
Pontos de penalização por desvio face ao Valor de Referência (VR)	> VR: (n.º de pontos a definir) x [(taxa verificada/ valor de referência)-1] pontos
Penalidade por não monitorização	n.º de pontos a definir

11.	MORTALIDADE MATERNA
Descrição	Pretende medir os óbitos de mulheres no hospital, durante a gravidez, parto ou dentro de um período de 42 dias após o seu termo, devido a causas relacionadas com a gravidez.
Justificação	Este é um indicador sentinela, uma vez que num contexto socio-económico de um país desenvolvido é expectável que a mortalidade materna seja praticamente inexistente.
Medida da Falha	Número de óbitos de mulheres, durante a gravidez, parto ou dentro de um período de 42 dias após o seu termo, devido a causas relacionadas com a gravidez, ocorridos no hospital durante o período em análise.
Inclui/Exclui	Exclui: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Mulheres que não se encontrem durante o período da gravidez ou dentro de um período de 42 dias após o seu termo; ▪ Mortalidade por causas não relacionadas com a gravidez.
Indicadores a Monitorizar	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Número de óbitos de mulheres, durante a gravidez, parto ou dentro de um período de 42 dias após o seu termo, devido a causas relacionadas com a gravidez, ocorridos no hospital durante o período em análise.
Dedução	Anual (apenas por não monitorização)
Pontos de penalização por desvio face ao Valor de Referência (VR)	> VR: obrigatoriedade de apresentar relatório justificativo do desvio
Penalidade por não monitorização	n.º de pontos a definir

12.	TAXA DE MORTALIDADE PERINATAL
Descrição	<p>Pretende medir a mortalidade perinatal no Hospital, isto é, óbitos fetais de 28 ou mais semanas de gestação e óbitos de nados-vivos com menos de 7 dias de idade.</p> <p>Considera-se nado-vivo cada indivíduo, até aos 28 dias de vida, resultado de um “nascimento vivo” entendendo-se por tal, de acordo com a definição da <i>World Health Organization</i>, “a expulsão ou extracção completa, relativamente ao corpo materno e independentemente da duração da gravidez, do produto da fecundação que, após esta separação, respire ou manifeste quaisquer outros sinais de vida, tais como pulsações do coração ou do cordão umbilical ou contracção efectiva de qualquer músculo sujeito à acção da vontade, quer o cordão umbilical tenha sido cortado, quer não, e quer a placenta esteja ou não retida.”</p>
Justificação	<p>A mortalidade perinatal é um indicador relevante de qualidade do serviço de saúde materno-infantil, que reflecte a qualidade da prestação de cuidados pré-natais, durante o parto e ao recém-nascido com menos de 7 dias de vida.</p> <p>Taxas crescentes da mortalidade perinatal podem reflectir deterioração da qualidade dos serviços ou do acesso aos serviços.</p>
Medida da Falha	[Número de óbitos fetais de 28 ou mais semanas de gestação e de nados-vivos com menos de 7 dias, ocorridos no Hospital durante o período em análise/ Total de nados-vivos no Hospital, durante o período em análise]

12.	TAXA DE MORTALIDADE PERINATAL
Inclui/Exclui	Exclui:
Indicadores a Monitorizar	<ul style="list-style-type: none"> Anomalias congénitas incompatíveis com a vida. Número de óbitos fetais de 28 ou mais semanas de gestação e de nados-vivos com menos de 7 dias, ocorridos no Hospital durante o período em análise; Total de nados-vivos no Hospital, durante o período em análise.
Dedução	Anual (apenas por não monitorização)
Pontos de penalização por desvio face ao Valor de Referência (VR)	> VR: obrigatoriedade de apresentar relatório justificativo do desvio
Penalidade por não monitorização	n.º de pontos a definir

13.	TAXA DE REALIZAÇÃO DE CESARIANAS
Descrição	Pretende monitorizar a realização de cesarianas no total dos partos realizados no Hospital.
Justificação	As taxas de cesarianas em Portugal têm atingido valores muito acima dos considerados adequados. Com efeito, muitos dos partos por cesariana são realizados não por razões clínicas, nomeadamente pelo bem-estar materno-fetal, mas antes por razões de conveniência, comprometendo as melhores práticas. Neste sentido, é necessário que os hospitais dediquem esforços na informação das gestantes e seus familiares, assim como que garantam os recursos necessários para a realização de partos vaginais em condições de segurança, incluindo, entre outros aspectos, a presença de especialistas de obstetrícia, pediatria e anestesiologia.
Medida da Falha	[Número de cesarianas realizadas no Hospital durante o período em análise / Total de partos realizados no Hospital durante o período em análise]
Inclui/Exclui	Inclui:
Indicadores a Monitorizar	<ul style="list-style-type: none"> O total de partos realizados no Hospital. Número de cesarianas realizadas no Hospital durante o período em análise; Total de partos realizados no Hospital durante o período em análise.
Dedução	Anual (apenas por não monitorização)
Pontos de penalização por desvio face ao Valor de Referência (VR)	> VR: obrigatoriedade de apresentar relatório justificativo do desvio
Penalidade por não monitorização	n.º de pontos a definir

14.	TAXA DE ALTAS VOLUNTÁRIAS DE INTERNAMENTO
Descrição	Pretende monitorizar as altas voluntárias de Internamento normal. O Utente tem o direito de negar o seu tratamento, incluindo o seu Internamento, pelo que se, por qualquer razão, e sem que o médico tenha considerado finalizado o tratamento, o Utente opta por recusar a continuação do mesmo, incluindo o seu Internamento, deve ser fornecido ao Utente um documento de alta voluntária, que este deve assinar. O Utente tem o direito de solicitar a alta voluntária em qualquer momento do processo assistencial.
Justificação	A monitorização deste indicador é uma medida indirecta de avaliação da qualidade, uma vez que muitas vezes a alta voluntária está associada à insatisfação dos Utentes e/ou dos seus familiares, devido, entre outros, a aspectos como a qualidade de informação dada pelo pessoal médico, os cuidados prestados pelo pessoal de enfermagem, o tempo de permanência.
Medida da Falha	[Número de Utentes com alta voluntária de Internamento normal, durante o período em análise/ Número de altas de Internamento normal, durante o período em análise]
Inclui/Exclui	Inclui:
Indicadores a Monitorizar	<ul style="list-style-type: none"> Utentes em Internamento normal Número de Utentes com alta voluntária de Internamento normal, durante o período em análise;

14.	TAXA DE ALTAS VOLUNTÁRIAS DE INTERNAMENTO
	<ul style="list-style-type: none"> Número de altas de Internamento normal, durante o período em análise.
Dedução	Anual (apenas por não monitorização)
Pontos de penalização por desvio face ao Valor de Referência (VR)	> VR: obrigatoriedade de apresentar relatório justificativo do desvio
Penalidade por não monitorização	n.º de pontos a definir

15.	TEMPO MÉDIO DE ESTADIAS PRÉ-CIRÚRGICAS
Descrição	Pretende medir o tempo médio de espera entre o dia de Internamento para a realização da Intervenção Cirúrgica convencional programada e o dia da realização da Intervenção Cirúrgica.
Justificação	Este parâmetro pretende monitorizar o tempo que os Utentes permanecem internados antes da realização da Intervenção Cirúrgica, pois será importante evitar que os Utentes fiquem internados mais tempo do que o efectivamente necessário, para minimizar o seu desconforto, a sua ansiedade, o risco de infeção nosocomial, a ocupação de camas necessárias à prestação de cuidados a outros Utentes, entre outros aspectos.
Medida da Falha	[Número total de Dias de Internamento que antecedem a realização da Intervenção Cirúrgica convencional programada, para as altas de Internamento ocorridas durante o período em análise, de Utentes submetidos a Intervenção Cirúrgica convencional programada / Total de altas de Internamento, ocorridas durante o período em análise, de Utentes submetidos a Intervensões Cirúrgicas convencionais programadas]
Inclui/Exclui	<p>Inclui:</p> <ul style="list-style-type: none"> Todos os Internamentos com realização de Intervensões Cirúrgicas programadas convencionais. <p>Exclui:</p> <ul style="list-style-type: none"> Intervenções Cirúrgicas subsequentes associadas a um Episódio de Internamento com Intervenção Cirúrgica convencional programada.
Indicadores a Monitorizar	<ul style="list-style-type: none"> Dias de Internamento que antecedem a realização da Intervenção Cirúrgica convencional programada, para as altas de Internamento ocorridas durante o período em análise, de Utentes submetidos a Intervenção Cirúrgica convencional programada; Total de altas de Internamento, ocorridas durante o período em análise, de Utentes submetidos a Intervensões Cirúrgicas convencionais programadas.
Dedução	Anual (apenas por não monitorização)
Pontos de penalização por desvio face ao Valor de Referência (VR)	> VR: obrigatoriedade de apresentar relatório justificativo do desvio
Penalidade por não monitorização	n.º de pontos a definir

16.	TEMPO MÉDIO DE ESPERA PARA A REALIZAÇÃO DE PRIMEIRAS CONSULTAS
Descrição	Pretende monitorizar o tempo médio de espera entre a data de registo da solicitação e a data de realização de Primeiras Consultas.
Justificação	Este parâmetro representa uma medida de acessibilidade, em tempo adequado, à realização de Primeiras Consultas. Com efeito, muitas vezes os tempos de espera para acesso a Primeiras Consultas são demasiado elevados, quer devido a uma gestão ineficiente das agendas, quer devido à indisponibilidade de recursos, nomeadamente de médicos, com potenciais consequências negativas ao nível do agravamento da situação clínica do Utente e contribuindo para a insatisfação dos Utentes, que muitas vezes acabam por se dirigir ao Serviço de Urgência, sobrecarregando desnecessariamente este serviço.
Medida da Falha	[Somatório do tempo de espera, em dias, contado desde a data de registo da solicitação para Primeira Consulta até à data da realização da Primeira Consulta, para as Primeiras Consultas

16.	TEMPO MÉDIO DE ESPERA PARA A REALIZAÇÃO DE PRIMEIRAS CONSULTAS
	realizadas durante o período em análise] / [Número de Primeiras Consultas realizadas durante o período em análise]
Inclui/Exclui	<p>Exclui:</p> <ul style="list-style-type: none"> Primeiras Consultas que tenham sido adiadas por solicitação do Utente ou do centro de saúde Primeiras Consultas que tenham sido canceladas devido às seguintes razões clínicas: <ul style="list-style-type: none"> Os Utentes tenham sido admitidos no Serviço de Urgência nas 12 horas que antecedem a hora agendada para a consulta; Os Utentes estejam internados na data agendada para a Primeira Consulta; Primeiras Consultas que tenham sido canceladas quando o Utente tenha comparecido após a hora agendada para a consulta, Primeiras Consultas que tenham sido canceladas quando o Utente não tenha comparecido no dia agendado para a consulta.
Indicadores a Monitorizar	<ul style="list-style-type: none"> Tempo de espera, em dias, contado desde a data de registo da solicitação para Primeira Consulta até à data da realização da Primeira Consulta, para as Primeiras Consultas realizadas durante o período em análise; Número de Primeiras Consultas realizadas durante o período em análise.
Dedução	Anual (aplicável tendo em conta o definido no ponto 11 do Anexo IX)
Pontos de penalização por desvio face ao Valor de Referência (VR)	> VR: (n.º de pontos a definir) x [(tempo médio verificado/ valor de referência)-1] pontos
Penalidade por não monitorização	n.º de pontos a definir

17.	TEMPO MÉDIO DE ESPERA PARA INTERNAMENTO CIRÚRGICO PROGRAMADO
Descrição	Pretende medir o tempo médio de espera entre a data da solicitação pelo médico de Internamento para a realização de Intervenção Cirúrgica convencional programada e a data do respectivo Internamento. A solicitação deve ser registada na lista de espera para Intervenções Cirúrgicas no dia da indicação pelo médico da necessidade de Internamento para a realização de Intervenção Cirúrgica convencional programada.
Justificação	Este parâmetro representa uma medida de acessibilidade, em tempo adequado, à realização de Intervenções Cirúrgicas programadas convencionais com Internamento. Com efeito, é sabido que a lista de espera para a realização de Intervenções Cirúrgicas tem alcançado em Portugal valores elevados, com implicações graves ao nível da situação clínica dos Utentes e contribuindo para a sua insatisfação. Tal deve-se, por vezes, quer a uma gestão ineficiente dos recursos, quer a uma indisponibilidade de recursos, o que se deverá combater.
Medida da Falha	[Somatório do tempo de espera, em dias, contado desde a data da solicitação pelo médico do Internamento para Intervenção Cirúrgica convencional programada até à data do respectivo Internamento, para os Internamentos para Intervenção Cirúrgica convencional programada verificados durante o período em análise/ Número total de Internamentos para Intervenção Cirúrgica convencional programada, durante o período em análise]
Inclui/Exclui	<p>Exclui:</p> <ul style="list-style-type: none"> Internamentos cirúrgicos que tenham sido adiados por solicitação do Utente; Internamentos cirúrgicos que tenham sido cancelados por não comparência do Utente no dia agendado para o Internamento cirúrgico.
Indicadores a Monitorizar	<ul style="list-style-type: none"> Tempo de espera, em dias, contado desde a data da solicitação pelo médico dado Internamento para Intervenção Cirúrgica convencional programada até à data do respectivo Internamento, para os Internamentos para Intervenção Cirúrgica convencional programada verificados durante o período em análise; Número total de Internamentos para Intervenção Cirúrgica convencional programada, durante o período em análise.
Dedução	Anual (aplicável tendo em conta o definido no ponto 11 do Anexo IX)
Pontos de penalização por desvio face ao Valor de Referência (VR)	> VR: (n.º de pontos a definir) x [(tempo médio verificado/ valor de referência)-1] pontos
Penalidade por não monitorização	n.º de pontos a definir

18.	TEMPO MÉDIO DE ESPERA PARA INTERVENÇÃO EM CIRURGIA DE AMBULATÓRIO PROGRAMADA
Descrição	Pretende medir o tempo médio de espera entre a data da solicitação pelo médico de Intervenção em Cirurgia de Ambulatório programada e a data da realização da respectiva intervenção. A solicitação deve ser registada na lista de espera para Intervenções Cirúrgicas no dia da indicação pelo médico da necessidade de realização de Intervenção Cirúrgica de Ambulatório programada.
Justificação	Este parâmetro representa uma medida de acessibilidade, em tempo adequado, à realização de Intervenções em Cirurgia de Ambulatório programadas. Com efeito, é sabido que a lista de espera para a realização de Intervenções Cirúrgicas tem alcançado em Portugal valores elevados, com implicações graves ao nível da situação clínica dos Utentes e contribuindo para a sua insatisfação. Tal deve-se, por vezes, quer a uma gestão ineficiente dos recursos, quer a uma indisponibilidade de recursos, o que se deverá combater.
Medida da Falha	[Somatório do tempo de espera, em dias, contado desde a data da solicitação pelo médico de Intervenção em Cirurgia de Ambulatório programada até à data da respectiva intervenção, para as Intervenções em Cirurgia de Ambulatório programada realizadas no período em análise/ Número total de Intervenções em Cirurgia de Ambulatório programada, realizadas durante o período em análise]
Inclui/Exclui	Exclui: <ul style="list-style-type: none"> Intervenções em Cirurgia de Ambulatório que tenham sido adiadas por solicitação do Utente; Intervenções em Cirurgia de Ambulatório que tenham sido canceladas quando o Utente tenha comparecido após a hora agendada para a Intervenção Cirúrgica; Intervenções em Cirurgia de Ambulatório que tenham sido canceladas quando o Utente não tenha comparecido no dia agendado para a Intervenção Cirúrgica.
Indicadores a Monitorizar	<ul style="list-style-type: none"> Tempo de espera, em dias, contado desde a data da solicitação pelo médico de Intervenção em Cirurgia de Ambulatório programada até à data da respectiva intervenção, para as Intervenções em Cirurgia de Ambulatório programada realizadas no período em análise; Número total de Intervenções em Cirurgia de Ambulatório programada, realizadas durante o período em análise.
Dedução	Anual (aplicável tendo em conta o definido no ponto 11 do Anexo IX)
Pontos de penalização por desvio face ao Valor de Referência (VR)	$> VR: (n.^{\circ} \text{ de pontos a definir}) \times [(\text{tempo médio verificado} / \text{valor de referência}) - 1] \text{ pontos}$
Penalidade por não monitorização	n.º de pontos a definir

19.	TAXA DE ALTAS COM NOTA DE ALTA HOSPITALAR
Descrição	<p>Pretende monitorizar a elaboração atempada da nota de alta hospitalar dos Utentes que tenham estado internados no Hospital.</p> <p>A nota de alta hospitalar é um documento que resume a evolução do Episódio de Internamento, elaborado pelo médico.</p> <p>A nota de alta hospitalar deve conter no mínimo os seguintes dados:</p> <ol style="list-style-type: none"> Identificação do hospital e serviço hospitalar: <ul style="list-style-type: none"> Nome do estabelecimento, morada e contactos telefónicos; Identificação do serviço clínico que dá a alta; Identificação do enfermeiro responsável; Identificação do assistente social, quando aplicável; Identificação e rubrica do médico responsável. Identificação do Utente: <ol style="list-style-type: none"> N.º do Utente; Nome completo, data de nascimento e sexo do Utente; Morada de residência habitual do Utente. Processo assistencial: <ol style="list-style-type: none"> Data de Internamento; Motivo do Internamento; Data de alta; Motivo de alta: cura ou melhoria, alta voluntária, falecimento ou transferência para outro hospitalar para diagnóstico e/ou tratamento; Resumo do processo clínico e exploração física;

19.	TAXA DE ALTAS COM NOTA DE ALTA HOSPITALAR
	<p>Descrição da actividade assistencial, incluindo, os procedimentos cirúrgicos e/ou obstétricos, os resultados dos exames complementares, e outros procedimentos significativos (em caso de falecimento, se se tiver realizado a autópsia, serão indicados os resultados mais significativos da mesma);</p> <p>Diagnóstico principal;</p> <p>Outros diagnósticos, no caso de existirem;</p> <p>Recomendações terapêuticas (incluindo as consultas e exames a realizar após a alta).</p>
Justificação	Disponibilizar em tempo adequado informação que é útil para o Utente, os seus familiares, o médico de cuidados primários, as instituições de cuidados continuados e/ou para qualquer outro nível assistencial.
Medida da Falha	[Número total de notas de alta de Internamento definitivas, elaboradas e entregues aos Utente durante o período em análise, no prazo máximo de 10 dias após a alta de internamento / Número total de altas de Internamento durante o período em análise]
Inclui/Exclui	Exclui:
	<ul style="list-style-type: none"> As notas de alta hospitalar por falecimento.
Indicadores a Monitorizar	<ul style="list-style-type: none"> Número total de notas de alta de Internamento definitivas, elaboradas e entregues aos Utente durante o período em análise, no prazo máximo de 10 dias após a alta de Internamento; Número total de altas de Internamento durante o período em análise.
Dedução	Anual
Pontos de penalização por desvio face ao Valor de Referência (VR)	$< VR: (n.º \text{ de pontos a definir}) \times [1 - (\text{taxa verificada} / \text{valor de referência})]$ pontos
Penalidade por não monitorização	n.º de pontos a definir

20.	TAXA DE REINTERNAMENTOS URGENTES DA MESMA GCD
Descrição	Pretende monitorizar os reinternamentos urgentes, independentemente da área de admissão no hospital, codificados na mesma Grande Categoria de Diagnóstico, de Utentes que tenham tido alta de Internamento normal nos 31 dias que antecedem o reinternamento.
Justificação	<p>Os reinternamentos constituem uma importante preocupação clínica e são um possível indicador de inadequada prestação de cuidados e de gestão hospitalar. Neste sentido, é importante que os hospitais adotem iniciativas que permitam um planeamento de altas adequado, a informação dos Utentes e dos seus familiares e medidas concretas de seguimento de Utentes com maior risco de reinternamento.</p> <p>Os internamentos urgentes, pela sua gravidade, devem ser monitorizados ainda mais de perto, dadas as implicações que podem ter em termos de morbilidade e mesmo de mortalidade.</p>
Medida da Falha	[Número de reinternamentos urgentes da mesma GCD, ocorridos durante o período em análise, no prazo de 31 dias após a alta do internamento normal / Número de altas de Internamento normal, durante o período em análise]
Inclui/Exclui	Exclui:
	<ul style="list-style-type: none"> Os reinternamentos por trabalho de parto (código CID-9-MC 644); Os reinternamentos por hemorragia por gravidez até às 22 semanas, ameaça de aborto, hemorragia anteparto, descolamento da placenta e placenta prévia (código CID-9-MC 640 e Código CID-9-MC 641); Os reinternamentos por hipertensão que complica a gravidez, o parto e o puerpério (código CID-9-MC 642); Os reinternamentos por vômitos excessivos durante a gravidez (código CID-9-MC 643); Os reinternamentos urgentes nas seguintes Grandes Categorias de Diagnóstico: <ul style="list-style-type: none"> GCD 21: Traumatismos, Intoxicações e Efeitos Tóxicos de Drogas; GCD 22: Queimaduras; GCD 25: Traumatismos Múltiplos Significativos.
Indicadores a Monitorizar	<ul style="list-style-type: none"> Número de reinternamentos urgentes da mesma GCD, ocorridos durante o período em análise, no prazo de 31 dias após a alta do Internamento normal;

20.	TAXA DE REINTERNAMENTOS URGENTES DA MESMA GCD
	<ul style="list-style-type: none"> Número de altas de Internamento normal, durante o período em análise.
Dedução	Anual
Pontos de penalização por desvio face ao Valor de Referência (VR)	> VR: (n.º de pontos a definir) x [(taxa verificada/ valor de referência)-1] pontos
Penalidade por não monitorização	n.º de pontos a definir

21.	TAXA DE REINTERNAMENTO
Descrição	Pretende monitorizar os reinternamentos em unidades de internamento normal, pela mesma razão clínica (mesma Grande Categoria de Diagnóstico) de Utentes que tenham tido alta de Internamento normal nos 31 dias que antecedem o reinternamento.
Justificação	Os reinternamentos constituem uma importante preocupação clínica e são um possível indicador de inadequada prestação de cuidados e de gestão hospitalar. Neste sentido, é importante que os hospitais adotem iniciativas que permitam um planeamento de altas adequado, uma articulação com as unidades de cuidados continuados, a informação dos Utentes e dos seus familiares e medidas concretas de seguimento de Utentes com maior risco de reinternamento.
Medida da Falha	[Número reinternamentos na mesma GCD, ocorridos durante o período em análise, no período dos 31 dias posteriores à data da alta do Internamento normal/Número de altas de Internamento normal, durante o período em análise]
Inclui/Exclui	<p>Exclui:</p> <ul style="list-style-type: none"> Internamentos em unidades de internamento especiais; Os reinternamentos de Utentes com patologia crónica, desde que a nota de alta do episódio de internamento anterior especifique a necessidade de reinternamento nos 31 dias após a alta de internamento; Os reinternamentos por trabalho de parto (código CID-9-MC 644); Os reinternamentos por hemorragia por gravidez até às 22 semanas, ameaça de aborto, hemorragia anteparto, descolamento da placenta e placenta prévia (código CID-9-MC 640 e Código CID-9-MC 641); Os reinternamentos por hipertensão que complica a gravidez, o parto e o puerpério (código CID-9-MC 642); Os reinternamentos por vômitos excessivos durante a gravidez (código CID-9-MC 643); Reinternamentos nas seguintes Grandes Categorias de Diagnóstico: <ul style="list-style-type: none"> GCD 21: Traumatismos, Intoxicações e Efeitos Tóxicos de Drogas; GCD 22: Queimaduras; GCD 25: Traumatismos Múltiplos Significativos.
Indicadores a Monitorizar	<ul style="list-style-type: none"> Número reinternamentos na mesma GCD, ocorridos durante o período em análise, no período dos 31 dias posteriores à data da alta do Internamento normal; Número de altas de Internamento normal, durante o período em análise.
Dedução	Anual
Pontos de penalização por desvio face ao Valor de Referência (VR)	> VR: (n.º de pontos a definir) x [(taxa verificada/ valor de referência)-1] pontos
Penalidade por não monitorização	n.º de pontos a definir

22.	TAXA DE INFECÇÕES NOSOCOMIAIS DA CORRENTE SANGÜÍNEA EM UTENTES SUBMETIDOS A CATETERIZAÇÃO VENOSA CENTRAL (CVC)
Descrição	<p>Pretende medir as infeções nosocomiais da corrente sanguínea (INCS) de Utentes submetidos a Cateterização Venosa Central (CVC), ocasionadas por microrganismos frequentes nos hospitais.</p> <p>Uma INCS de Utentes submetidos a CVC estabelece-se através do cumprimento cumulativo dos critérios de INCS com confirmação laboratorial e INCS relacionada com cateter.</p> <p>Uma INCS com confirmação laboratorial deve verificar, pelo menos, um dos seguintes critérios:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Critério 1: Uma ou mais hemoculturas positivas para um microrganismo, sem relação com qualquer outro foco infeccioso; ▪ Critério 2: Um dos seguintes sintomas: febre (> 38º), calafrios, hipotensão e, pelo menos, um dos seguintes: <ol style="list-style-type: none"> 1. em duas hemoculturas separadas isola-se o mesmo contaminante habitual da pele, sem relação com nenhum foco infeccioso (são contaminantes habituais da pele, por exemplo, difteróides, <i>Bacillus sp.</i>, <i>Propionibacterium sp.</i>, estafilococos coagulase negativos ou <i>Micrococcus</i>); 2. na hemocultura, num Uteente com catéter intravascular, isola-se um contaminante habitual da pele e o médico prescreve uma terapêutica antibiótica apropriada; 3. resultado positivo de uma prova para detecção de antígenos no sangue, para um microrganismo (por exemplo, <i>H. influenzae</i>, <i>S. pneumoniae</i>, <i>N. meningitidis</i>, ou <i>Streptococcus</i> do grupo B) sem relação com qualquer outro foco infeccioso. <p>Uma INCS relacionada com cateter verifica-se se:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Num doente com INCS não for identificada outra porta de entrada e se isola o mesmo microrganismo na ponta do catéter (>15 ufc pelo método semi-quantitativo de Maki), 2. A situação clínica se resolve com a remoção do catéter intravascular central (CVC) 3. Se verifica exsudado purulento ou eritema doloroso ao longo do trajeto do catéter e se isola o mesmo agente na hemocultura e no local de inserção. <p>(ufc: unidades formadoras de colónias)</p>
Justificação	A infeção nosocomial de corrente sanguínea de Utentes submetidos a CVC é uma infeção cujas repercussões se fazem sentir significativamente ao nível do prolongamento do Internamento e da mortalidade. Trata-se de uma infeção que tem frequentemente uma causa exógena sendo, neste sentido, possível a sua prevenção.
Medida da Falha	Número de episódios de bacteriémias de Utentes submetidos a CVC, durante o período em análise / Número total de dias de cateterização de Utentes submetidos a CVC durante o período em análise
Inclui/Exclui	<p>Inclui:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ As hemoculturas positivas em doentes reinternados, em que a infeção é resultante do internamento anterior; ▪ As hemoculturas positivas repetidas, durante o mesmo episódio de internamento de um doente, sempre que: (i) o agente isolado seja diferente da INCS anterior; (ii) o agente isolado seja o mesmo da INCS anterior, mas o antibiograma seja diferente; (iii) os agentes isolados e o antibiograma sejam iguais à INCS anterior, mas tenham passado mais de duas semanas desde a hemocultura referente à INCS anterior. <p>Exclui:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ As hemoculturas positivas de infeções que já estavam presentes ou em período de incubação na altura da admissão; ▪ As hemoculturas positivas com contaminação ou pseudo-INCS, ou seja, os casos em que há hemocultura positiva, mas em que esta não corresponde a doença; ▪ As bacteriémias de Utentes não submetidos a CVC.
Indicadores a Monitorizar	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Número de episódios de bacteriémias de Utentes submetidos a CVC, durante o período em análise; ▪ Número de Utentes submetidos a CVC, durante o período em análise; ▪ Número total de dias de cateterização de Utentes submetidos a CVC, durante o período em análise.
Dedução	Anual
Pontos de penalização por desvio face ao Valor de Referência (VR)	> VR: (n.º de pontos a definir) x [(taxa verificada/ valor de referência)-1] pontos
Penalidade por não monitorização	n.º de pontos a definir

23.	TAXA DE INFECÇÃO URINÁRIA EM DOENTES INTERNADOS ALGALIADOS
Descrição	<p>Pretende medir as infeções ocasionadas por bactérias frequentes nos hospitais, ao nível das vias urinárias, em utentes submetidos a sonda mediante sistema de drenagem fechado.</p> <p>Uma infeção sintomática das vias urinárias deve cumprir, pelo menos, um dos seguintes critérios⁵:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Critério 1: O Utente apresenta, pelo menos, um dos seguintes sinais ou sintomas sem outra causa reconhecida: febre (> 38º), micção imperiosa, polaquiúria, disúria ou tensão na zona suprapúbica e urocultura positiva (mais de 105 colónias por ml) com um máximo de dois microorganismos diferentes; ▪ Critério 2: O Utente apresenta, pelo menos, dois dos seguintes sinais ou sintomas sem outra causa reconhecida: febre (> 38º), micção imperiosa, polaquiúria, disúria ou tensão suprapúbica e, pelo menos, um dos seguintes critérios: <ol style="list-style-type: none"> 1. tira reactiva positiva, na urina, para a esterase leucocitária e/ou nitratos; 2. piúria (10 ou mais leucócitos/ml ou 3 ou mais leucócitos por campo, com objectiva de grande ampliação, na urina não centrifugada); 3. observação de microorganismos no Gram da urina não centrifugada; 4. pelo menos duas culturas de urina colhida por punção suprapúbica com 10² ou mais colónias por ml do mesmo microorganismo (bacilos <i>Gram</i> negativos os <i>S.saprophyticus</i>); 5. urocultura com 10⁵ ou menos colónias de um único microorganismo, em doente com terapêutica anti-microbiana apropriada dirigida para a infeção urinária; 6. diagnóstico feito pelo médico; 7. prescrição, pelo médico, de terapêutica anti-microbiana apropriada para a infeção urinária.
Justificação	<p>A infeção urinária em utentes internados algaliados constitui um dos grupos mais importantes e frequentes de infeções nosocomiais, com elevada morbilidade e mortalidade associadas, implicando um nível de exigência elevado na prestação de cuidados.</p> <p>O estabelecimento de medidas de vigilância e controlo permite a diminuição da incidência destas infeções.</p>
Medida da Falha	[Número de doentes algaliados em circuito fechado, aos quais foi diagnosticada infeção urinária, durante o período em análise / Número total de dias de algaliação de doentes em circuito fechado, durante o período em análise]
Inclui/Exclui	<p>Inclui:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Utentes internados (internamento normal e/ou internamento especial) algaliados em circuito fechado, quando entram no Hospital ou durante a sua permanência no Hospital. <p>Exclui:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Utentes com diagnóstico de infeção urinária no momento da admissão no Hospital
Indicadores a Monitorizar	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Número de doentes algaliados em circuito fechado, aos quais foi diagnosticada infeção urinária, durante o período em análise; ▪ Número total de dias de algaliação de doentes em circuito fechado, durante o período em análise ▪ Número total de doentes algaliados em circuito fechado, durante o período em análise
Dedução	Anual
Pontos de penalização por desvio face ao Valor de Referência (VR)	> VR: (n.º de pontos a definir) x [(taxa verificada/ valor de referência)-1] pontos
Penalidade por não monitorização	n.º de pontos a definir

⁵ De acordo com o NNIS Manual do Centers for Disease Control and Prevention (CDC)

24.	TAXA DE INFECÇÃO DE FERIDA CIRÚRGICA EM PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS PROGRAMADOS EM UTENTES DE RISCO 0
Descrição	<p>Pretende medir as infeções na ferida cirúrgica, ocasionadas por bactérias frequentes nos hospitais, após Intervenção Cirúrgica programada limpa ou Intervenção Cirúrgica programada limpa-contaminada dos Utentes com nível de risco 0, segundo o <i>CDC NNIS Risk Index</i>.</p> <p>Neste âmbito, considera-se ferida cirúrgica a infeção incisional superficial, a infeção incisional profunda e a infeção de órgão ou espaço.</p> <p>Uma infeção incisional superficial deve verificar os seguintes critérios⁶: surge durante os 30 dias posteriores à cirurgia e afecta apenas a pele e o tecido celular subcutâneo no local da incisão e, para além disso, deve verificar-se, pelo menos, um dos seguintes critérios:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. drenagem purulenta da incisão superficial; 2. cultura positiva de líquido ou de tecido proveniente da incisão superficial (a partir de uma amostra colhida assepticamente); 3. pelo menos um dos seguintes sinais ou sintomas de infeção: dor ou hipersensibilidade ao tacto ou à pressão, inflamação local, calor ou eritema; e a incisão superficial é aberta deliberadamente pelo cirurgião, a não ser que a cultura seja negativa; 4. diagnóstico médico de infeção superficial da incisão. <p>Os seguintes casos não se consideram infeções superficiais: abscesso mínimo do ponto de sutura, queimadura infectada, infeção incisional que se estende até à fascia e parede muscular, infeção do local de circuncisão, e episiotomia.</p> <p>Uma infeção incisional profunda deve verificar o seguinte critério⁷: surgir nos 30 dias posteriores à intervenção, quando não houve colocação de prótese (qualquer corpo estranho de origem não humana como válvula cardíaca, prótese valvular, articular, que se implanta de forma permanente), ou dentro do primeiro ano se tiver havido colocação de prótese, e a infeção está relacionada com o procedimento cirúrgico e, para além disso, a infeção afecta os tecidos moles profundos da incisão (fascia e parede muscular). Para além disso, deve verificar-se, pelo menos, um dos seguintes critérios:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. drenagem purulenta da zona profunda da incisão, mas não de órgãos ou espaços; 2. a incisão profunda abre-se espontaneamente ou é aberta pelo cirurgião quando o doente tem pelo menos um dos seguintes sinais ou sintomas, a não ser que o exame microbiológico cultural seja negativo: febre (>38º); dor localizada; e hipersensibilidade ao tacto ou à pressão; 3. durante uma re-intervenção ou por inspecção directa ou no exame histopatológico ou radiológico, se encontra um abscesso ou outra evidência de infeção que afecta os tecidos profundos da incisão; 4. diagnóstico médico de infeção incisional profunda. <p>Uma infeção de órgão ou espaço deve verificar o seguinte critério⁸: surgir nos 30 dias posteriores à intervenção, se não tiver havido colocação de prótese, ou no decurso do ano seguinte à intervenção no caso de prótese, e a infeção deve estar relacionada com o procedimento cirúrgico e, para além disso, deve afectar qualquer parte do corpo aberta ou manipulada durante o acto operatório, distinta da incisão. Deve ainda verificar-se, pelo menos, um dos seguintes critérios:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. líquido purulento recolhido mediante drenagem colocada num órgão ou num espaço; 2. cultura positiva de amostras obtidas de forma asséptica a partir de fluidos ou tecidos provenientes de órgãos ou espaços; 3. no decurso de uma re-intervenção ou por inspecção directa, ou no exame histopatológico ou radiológico, observação de um abscesso ou outra evidência de infeção que afecta um órgão ou espaço; 4. diagnóstico médico de infeção cirúrgica de órgão ou espaço.
Justificação	<p>Um dos indicadores que permite medir a qualidade técnico-científica dos cirurgiões é a infeção de ferida cirúrgica.</p> <p>O facto de se considerar apenas a ferida cirúrgica resultante de cirurgia programada permite uma maior comparabilidade, garantindo-se a possibilidade de se proceder à preparação adequada do Utente.</p>
Medida da Falha	[Número de doentes com nível de risco 0, segundo o <i>CDC NNIS Risk Index</i> , aos quais foi diagnosticada infeção de ferida cirúrgica durante o período em análise, que tenham sido

⁶ De acordo com o NNIS Manual do *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC)⁷ De acordo com o NNIS Manual do *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC)⁸ De acordo com o NNIS Manual do *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC)

24.	TAXA DE INFECÇÃO DE FERIDA CIRÚRGICA EM PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS PROGRAMADOS EM UTENTES DE RISCO 0
	submetidos a Intervenção Cirúrgica programada limpa ou limpa-contaminada/ Número total de doentes com nível de risco 0, segundo o <i>CDC NNIS Risk Index</i> , submetidos a Intervenção Cirúrgica programada limpa ou limpa-contaminada, durante o período em análise]
Inclui/Exclui	<p>Inclui:</p> <ul style="list-style-type: none"> Os Utentes com nível de risco 0, segundo o <i>CDC NNIS Risk Index</i>, submetidos às seguintes cirurgias programadas limpas: cirurgia da histerecomia abdominal, cirurgia da mama e cirurgias com aplicação de próteses osteoarticulares em qualquer localização, sempre e quando os sintomas apareçam durante o primeiro mês após a Intervenção Cirúrgica e durante o primeiro ano no caso da aplicação de próteses osteoarticulares; Os Utentes com nível de risco 0, segundo o <i>CDC NNIS Risk Index</i>, submetidos às seguintes cirurgias programadas limpa-contaminadas: cirurgia do cólon ou da vesícula, sempre e quando os sintomas apareçam durante o primeiro mês após a Intervenção Cirúrgica. <p>Exclui:</p> <ul style="list-style-type: none"> Os Utentes submetidos a cirurgia urgente, quer se trate de uma primeira intervenção, quer se trate de uma re-intervenção.
Indicadores a Monitorizar	<ul style="list-style-type: none"> Número de doentes com nível de risco 0, segundo o <i>CDC NNIS Risk Index</i>, aos quais foi diagnosticada infecção de ferida cirúrgica durante o período em análise, que tenham sido submetidos às seguintes Intervenções Cirúrgicas programada limpas ou limpa-contaminadas: cirurgia da histerecomia abdominal, cirurgia da mama, cirurgias com aplicação de próteses osteoarticulares em qualquer localização, cirurgia do cólon ou cirurgia da vesícula; Número total de doentes com nível de risco 0, segundo o <i>CDC NNIS Risk Index</i>, submetidos às seguintes Intervenções Cirúrgicas programadas limpas ou limpa-contaminada, durante o período em análise: cirurgia da histerecomia abdominal, cirurgia da mama, cirurgias com aplicação de próteses osteoarticulares em qualquer localização, cirurgia do cólon ou cirurgia da vesícula
Dedução	Anual
Pontos de penalização por desvio face ao Valor de Referência (VR)	$> VR: (n.º \text{ de pontos a definir}) \times [(taxa \text{ verificada} / \text{valor de referência}) - 1]$ pontos
Penalidade por não monitorização	n.º de pontos a definir

25.	TAXA DE INFECÇÃO DE FERIDA CIRÚRGICA EM PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS PROGRAMADOS EM UTENTES DE RISCO 1
Descrição	<p>Pretende medir as infecções na ferida cirúrgica, ocasionadas por bactérias frequentes nos hospitais, após Intervenção Cirúrgica programada limpa ou Intervenção Cirúrgica programada limpa-contaminada dos Utentes com nível de risco 1, segundo o <i>CDC NNIS Risk Index</i>.</p> <p>Neste âmbito, considera-se ferida cirúrgica a infecção incisional superficial, a infecção incisional profunda e a infecção de órgão ou espaço.</p> <p>Uma infecção incisional superficial deve verificar os seguintes critérios⁹: surge durante os 30 dias posteriores à cirurgia e afecta apenas a pele e o tecido celular subcutâneo no local da incisão e, para além disso, deve verificar-se, pelo menos, um dos seguintes critérios:</p> <ol style="list-style-type: none"> drenagem purulenta da incisão superficial; cultura positiva de líquido ou de tecido proveniente da incisão superficial (a partir de uma amostra colhida assepticamente); pelo menos um dos seguintes sinais ou sintomas de infecção: dor ou hipersensibilidade ao tacto ou à pressão, inflamação local, calor ou eritema; e a incisão superficial é aberta deliberadamente pelo cirurgião, a não ser que a cultura seja negativa; diagnóstico médico de infecção superficial da incisão. <p>Os seguintes casos não se consideram infecções superficiais: abscesso mínimo do ponto de sutura,</p>

⁹ De acordo com o NNIS Manual do *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC)

25.	TAXA DE INFECÇÃO DE FERIDA CIRÚRGICA EM PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS PROGRAMADOS EM UTENTES DE RISCO 1
	<p>queimadura infectada, infecção incisional que se estende até à fascia e parede muscular, infecção do local de circuncisão, e episiotomia.</p> <p>Uma infecção incisional profunda deve verificar o seguinte critério¹⁰: surgir nos 30 dias posteriores à intervenção, quando não houve colocação de prótese (qualquer corpo estranho de origem não humana como válvula cardíaca, prótese valvular, articular, que se implanta de forma permanente), ou dentro do primeiro ano se tiver havido colocação de prótese, e a infecção está relacionada com o procedimento cirúrgico e, para além disso, a infecção afecta os tecidos moles profundos da incisão (fascia e parede muscular). Para além disso, deve verificar-se, pelo menos, um dos seguintes critérios:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. drenagem purulenta da zona profunda da incisão, mas não de órgãos ou espaços; 2. a incisão profunda abre-se espontaneamente ou é aberta pelo cirurgião quando o doente tem pelo menos um dos seguintes sinais ou sintomas, a não ser que o exame microbiológico cultural seja negativo: febre (>38º); dor localizada; e hipersensibilidade ao tacto ou à pressão; 3. durante uma re-intervenção ou por inspecção directa ou no exame histopatológico ou radiológico, se encontra um abscesso ou outra evidência de infecção que afecta os tecidos profundos da incisão; 4. diagnóstico médico de infecção incisional profunda. 5. <p>Uma infecção de órgão ou espaço deve verificar o seguinte critério¹¹: surgir nos 30 dias posteriores à intervenção, se não tiver havido colocação de prótese, ou no decurso do ano seguinte à intervenção no caso de prótese, e a infecção deve estar relacionada com o procedimento cirúrgico e, para além disso, deve afectar qualquer parte do corpo aberta ou manipulada durante o acto operatório, distinta da incisão. Deve ainda verificar-se, pelo menos, um dos seguintes critérios:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. líquido purulento recolhido mediante drenagem colocada num órgão ou num espaço; 2. cultura positiva de amostras obtidas de forma asséptica a partir de fluidos ou tecidos provenientes de órgãos ou espaços; 3. no decurso de uma re-intervenção ou por inspecção directa, ou no exame histopatológico ou radiológico, observação de um abscesso ou outra evidência de infecção que afecta um órgão ou espaço; 4. diagnóstico médico de infecção cirúrgica de órgão ou espaço.
Justificação	<p>Um dos indicadores que permite medir a qualidade técnico-científica dos cirurgiões é a infecção de ferida cirúrgica.</p> <p>O facto de se considerar apenas a ferida cirúrgica resultante de cirurgia programada permite uma maior comparabilidade, garantindo-se a possibilidade de se proceder à preparação adequada do Utente.</p>
Medida da Falha	<p>[Número de doentes com nível de risco 1, segundo o <i>CDC NNIS Risk Index</i>, aos quais foi diagnosticada infecção de ferida cirúrgica durante o período em análise, que tenham sido submetidos a Intervenção Cirúrgica programada limpa ou limpa-contaminada/ Número total de doentes com nível de risco 1, segundo o <i>CDC NNIS Risk Index</i>, submetidos a Intervenção Cirúrgica programada limpa ou limpa-contaminada, durante o período em análise]</p>
Inclui/Exclui	<p>Inclui:</p> <ul style="list-style-type: none"> Os Utentes com nível de risco 1, segundo o <i>CDC NNIS Risk Index</i>, submetidos às seguintes cirurgias programadas limpas: cirurgia da histerectomia abdominal, cirurgia da mama e cirurgias com aplicação de próteses osteoarticulares em qualquer localização, sempre e quando os sintomas apareçam durante o primeiro mês após a intervenção cirúrgica e durante o primeiro ano no caso da aplicação de próteses osteoarticulares; Os Utentes com nível de risco 1, segundo o <i>CDC NNIS Risk Index</i>, submetidos às seguintes cirurgias programadas limpa-contaminadas: cirurgia do cólon ou da vesícula, sempre e quando os sintomas apareçam durante o primeiro mês após a intervenção cirúrgica. <p>Exclui:</p> <ul style="list-style-type: none"> Os Utentes submetidos a cirurgia urgente, quer se trate de uma primeira intervenção, quer se trate de uma re-intervenção.
Indicadores a Monitorizar	<ul style="list-style-type: none"> Número de doentes com nível de risco 1, segundo o <i>CDC NNIS Risk Index</i>, aos quais foi diagnosticada infecção de ferida cirúrgica durante o período em análise, que tenham sido submetidos às seguintes Intervenções Cirúrgicas programadas limpas ou limpa-contaminada: cirurgia da histerectomia abdominal, cirurgia da mama, cirurgias com aplicação de próteses osteoarticulares em qualquer localização, cirurgia do cólon ou cirurgia da vesícula; Número total de doentes com nível de risco 1, segundo o <i>CDC NNIS Risk Index</i>, submetidos às

¹⁰ De acordo com o NNIS Manual do *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC)

¹¹ De acordo com o NNIS Manual do *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC)

25.	TAXA DE INFECÇÃO DE FERIDA CIRÚRGICA EM PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS PROGRAMADOS EM UTENTES DE RISCO 1
	seguintes Intervenções Cirúrgicas programadas limpas ou limpa-contaminadas, durante o período em análise: cirurgia da histerectomia abdominal, cirurgia da mama, cirurgias com aplicação de próteses osteoarticulares em qualquer localização, cirurgia do cólon ou cirurgia da vesícula
Dedução	Anual
Pontos de penalização por desvio face ao Valor de Referência (VR)	$> VR: (n.º \text{ de pontos a definir}) \times [(taxa \text{ verificada} / \text{valor de referência}) - 1] \text{ pontos}$
Penalidade por não monitorização	n.º de pontos a definir

26.	TAXA DE INFECÇÃO DE FERIDA CIRÚRGICA EM PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS PROGRAMADOS EM UTENTES DE RISCO 2
Descrição	<p>Pretende medir as infeções na ferida cirúrgica, ocasionadas por bactérias frequentes nos hospitais, após Intervenção Cirúrgica programada limpa ou Intervenção Cirúrgica programada limpa-contaminada dos Utentes com nível de risco 2, segundo o CDC NNIS Risk Index.</p> <p>Neste âmbito, considera-se ferida cirúrgica a infecção incisional superficial, a infecção incisional profunda e a infecção de órgão ou espaço.</p> <p>Uma infecção incisional superficial deve verificar os seguintes critérios¹²: surge durante os 30 dias posteriores à cirurgia e afecta apenas a pele e o tecido celular subcutâneo no local da incisão e, para além disso, deve verificar-se, pelo menos, um dos seguintes critérios:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. drenagem purulenta da incisão superficial; 2. cultura positiva de líquido ou de tecido proveniente da incisão superficial (a partir de uma amostra colhida assepticamente); 3. pelo menos um dos seguintes sinais ou sintomas de infecção: dor ou hipersensibilidade ao tacto ou à pressão, inflamação local, calor ou eritema; e a incisão superficial é aberta deliberadamente pelo cirurgião, a não ser que a cultura seja negativa; 4. diagnóstico médico de infecção superficial da incisão. <p>Os seguintes casos não se consideram infeções superficiais: abscesso mínimo do ponto de sutura, queimadura infectada, infecção incisional que se estende até à fascia e parede muscular, infecção do local de circuncisão, e episiotomia.</p> <p>Uma infecção incisional profunda deve verificar o seguinte critério¹³: surgir nos 30 dias posteriores à intervenção, quando não houve colocação de prótese (qualquer corpo estranho de origem não humana como válvula cardíaca, prótese valvular, articular, que se implanta de forma permanente), ou dentro do primeiro ano se tiver havido colocação de prótese, e a infecção está relacionada com o procedimento cirúrgico e, para além disso, a infecção afecta os tecidos moles profundos da incisão (fascia e parede muscular). Para além disso, deve verificar-se, pelo menos, um dos seguintes critérios:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. drenagem purulenta da zona profunda da incisão, mas não de órgãos ou espaços; 2. a incisão profunda abre-se espontaneamente ou é aberta pelo cirurgião quando o doente tem pelo menos um dos seguintes sinais ou sintomas, a não ser que o exame microbiológico cultural seja negativo: febre ($>38^\circ$); dor localizada; e hipersensibilidade ao tacto ou à pressão; 3. durante uma re-intervenção ou por inspecção directa ou no exame histopatológico ou radiológico, se encontra um abscesso ou outra evidência de infecção que afecta os tecidos profundos da incisão; 4. diagnóstico médico de infecção incisional profunda.

¹² De acordo com o NNIS Manual do Centers for Disease Control and Prevention (CDC)

¹³ De acordo com o NNIS Manual do Centers for Disease Control and Prevention (CDC)

26.	TAXA DE INFECÇÃO DE FERIDA CIRÚRGICA EM PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS PROGRAMADOS EM UTENTES DE RISCO 2
	<p>Uma infecção de órgão ou espaço deve verificar o seguinte critério¹⁴: surgir nos 30 dias posteriores à intervenção, se não tiver havido colocação de prótese, ou no decurso do ano seguinte à intervenção no caso de prótese, e a infecção deve estar relacionada com o procedimento cirúrgico e, para além disso, deve afectar qualquer parte do corpo aberta ou manipulada durante o acto operatório, distinta da incisão. Deve ainda verificar-se, pelo menos, um dos seguintes critérios:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. líquido purulento recolhido mediante drenagem colocada num órgão ou num espaço; 2. cultura positiva de amostras obtidas de forma asséptica a partir de fluidos ou tecidos provenientes de órgãos ou espaços; 3. no decurso de uma re-intervenção ou por inspecção directa, ou no exame histopatológico ou radiológico, observação de um abscesso ou outra evidência de infecção que afecta um órgão ou espaço; 4. diagnóstico médico de infecção cirúrgica de órgão ou espaço.
Justificação	<p>Um dos indicadores que permite medir a qualidade técnico-científica dos cirurgiões é a infecção de ferida cirúrgica.</p> <p>O facto de se considerar apenas a ferida cirúrgica resultante de cirurgia programada permite uma maior comparabilidade, garantindo-se a possibilidade de se proceder à preparação adequada do Utente.</p>
Medida da Falha	[Número de doentes com nível de risco 2, segundo o <i>CDC NNIS Risk Index</i> , aos quais foi diagnosticada infecção de ferida cirúrgica durante o período em análise, que tenham sido submetidos a Intervenção Cirúrgica programada limpa ou limpa-contaminada/ Número total de doentes com nível de risco 2, segundo o <i>CDC NNIS Risk Index</i> , submetidos a Intervenção Cirúrgica programada limpa ou limpa-contaminada, durante o período em análise]
Inclui/Exclui	<p>Inclui:</p> <ul style="list-style-type: none"> Os Utentes com nível de risco 2, segundo o <i>CDC NNIS Risk Index</i>, submetidos às seguintes cirurgias programadas limpas: cirurgia da histerectomia abdominal, cirurgia da mama e cirurgias com aplicação de próteses osteoarticulares em qualquer localização, sempre e quando os sintomas apareçam durante o primeiro mês após a Intervenção Cirúrgica e durante o primeiro ano no caso da aplicação de próteses osteoarticulares; Os Utentes com nível de risco 2, segundo o <i>CDC NNIS Risk Index</i>, submetidos às seguintes cirurgias programadas limpa-contaminadas: cirurgia do cólon ou da vesícula, sempre e quando os sintomas apareçam durante o primeiro mês após a Intervenção Cirúrgica. <p>Exclui:</p> <ul style="list-style-type: none"> Os Utentes submetidos a cirurgia urgente, quer se trate de uma primeira intervenção, quer se trate de uma re-intervenção.
Indicadores a Monitorizar	<ul style="list-style-type: none"> Número de doentes com nível de risco 2, segundo o <i>CDC NNIS Risk Index</i>, aos quais foi diagnosticada infecção de ferida cirúrgica durante o período em análise, que tenham sido submetidos às seguintes Intervenções Cirúrgicas programadas limpas ou limpa-contaminada: cirurgia da histerectomia abdominal, cirurgia da mama, cirurgias com aplicação de próteses osteoarticulares em qualquer localização, cirurgia do cólon ou cirurgia da vesícula; Número total de doentes com nível de risco 2, segundo o <i>CDC NNIS Risk Index</i>, submetidos às seguintes Intervenções Cirúrgicas programadas limpas ou limpa-contaminadas, durante o período em análise: cirurgia da histerectomia abdominal, cirurgia da mama, cirurgias com aplicação de próteses osteoarticulares em qualquer localização, cirurgia do cólon ou cirurgia da vesícula.
Dedução	Anual
Pontos de penalização por desvio face ao Valor de Referência (VR)	> VR: (n.º de pontos a definir) x [(taxa verificada/ valor de referência)-1] pontos
Penalidade por não monitorização	n.º de pontos a definir

¹⁴ De acordo com o NNIS Manual do *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC)

27.	TAXA DE INFECÇÃO DE FERIDA CIRÚRGICA EM PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS PROGRAMADOS EM UTENTES DE RISCO 3
Descrição	<p>Pretende medir as infeções na ferida cirúrgica, ocasionadas por bactérias frequentes nos hospitais, após Intervenção Cirúrgica programada limpa ou Intervenção Cirúrgica programada limpa-contaminada dos Utentes com nível de risco 3, segundo o <i>CDC NNIS Risk Index</i>.</p> <p>Neste âmbito, considera-se ferida cirúrgica a infeção incisional superficial, a infeção incisional profunda e a infeção de órgão ou espaço.</p> <p>Uma infeção incisional superficial deve verificar os seguintes critérios¹⁵: surge durante os 30 dias posteriores à cirurgia e afecta apenas a pele e o tecido celular subcutâneo no local da incisão e, para além disso, deve verificar-se, pelo menos, um dos seguintes critérios:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. drenagem purulenta da incisão superficial; 2. cultura positiva de líquido ou de tecido proveniente da incisão superficial (a partir de uma amostra colhida assepticamente); 3. pelo menos um dos seguintes sinais ou sintomas de infeção: dor ou hipersensibilidade ao tacto ou à pressão, inflamação local, calor ou eritema; e a incisão superficial é aberta deliberadamente pelo cirurgião, a não ser que a cultura seja negativa; 4. diagnóstico médico de infeção superficial da incisão. <p>Os seguintes casos não se consideram infeções superficiais: abscesso mínimo do ponto de sutura, queimadura infectada, infeção incisional que se estende até à fascia e parede muscular, infeção do local de circuncisão, e episiotomia.</p> <p>Uma infeção incisional profunda deve verificar o seguinte critério¹⁶: surgir nos 30 dias posteriores à intervenção, quando não houve colocação de prótese (qualquer corpo estranho de origem não humana como válvula cardíaca, prótese valvular, articular, que se implanta de forma permanente), ou dentro do primeiro ano se tiver havido colocação de prótese, e a infeção está relacionada com o procedimento cirúrgico e, para além disso, a infeção afecta os tecidos moles profundos da incisão (fascia e parede muscular). Para além disso, deve verificar-se, pelo menos, um dos seguintes critérios:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. drenagem purulenta da zona profunda da incisão, mas não de órgãos ou espaços; 2. a incisão profunda abre-se espontaneamente ou é aberta pelo cirurgião quando o doente tem pelo menos um dos seguintes sinais ou sintomas, a não ser que o exame microbiológico cultural seja negativo: febre (>38º); dor localizada; e hipersensibilidade ao tacto ou à pressão; 3. durante uma re-intervenção ou por inspecção directa ou no exame histopatológico ou radiológico, se encontra um abscesso ou outra evidência de infeção que afecta os tecidos profundos da incisão; 4. diagnóstico médico de infeção incisional profunda. <p>Uma infeção de órgão ou espaço deve verificar o seguinte critério¹⁷: surgir nos 30 dias posteriores à intervenção, se não tiver havido colocação de prótese, ou no decurso do ano seguinte à intervenção no caso de prótese, e a infeção deve estar relacionada com o procedimento cirúrgico e, para além disso, deve afectar qualquer parte do corpo aberta ou manipulada durante o acto operatório, distinta da incisão. Deve ainda verificar-se, pelo menos, um dos seguintes critérios:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. líquido purulento recolhido mediante drenagem colocada num órgão ou num espaço; 2. cultura positiva de amostras obtidas de forma asséptica a partir de fluidos ou tecidos provenientes de órgãos ou espaços; 3. no decurso de uma re-intervenção ou por inspecção directa, ou no exame histopatológico ou radiológico, observação de um abscesso ou outra evidência de infeção que afecta um órgão ou espaço; 4. diagnóstico médico de infeção cirúrgica de órgão ou espaço.
Justificação	<p>Um dos indicadores que permite medir a qualidade técnico-científica dos cirurgiões é a infeção de ferida cirúrgica.</p> <p>O facto de se considerar apenas a ferida cirúrgica resultante de cirurgia programada permite uma maior comparabilidade, garantindo-se a possibilidade de se proceder à preparação adequada do Utente.</p>
Medida da Falha	[Número de doentes com nível de risco 3, segundo o <i>CDC NNIS Risk Index</i> , aos quais foi diagnosticada infeção de ferida cirúrgica durante o período em análise, que tenham sido

¹⁵ De acordo com o NNIS Manual do *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC)

¹⁶ De acordo com o NNIS Manual do *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC)

¹⁷ De acordo com o NNIS Manual do *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC)

27.	TAXA DE INFECÇÃO DE FERIDA CIRÚRGICA EM PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS PROGRAMADOS EM UTENTES DE RISCO 3
	submetidos a Intervenção Cirúrgica programada limpa ou limpa-contaminada/ Número total de doentes com nível de risco 3, segundo o <i>CDC NNIS Risk Index</i> , submetidos a Intervenção Cirúrgica programada limpa ou limpa-contaminada, durante o período em análise]
Inclui/Exclui	<p>Inclui:</p> <ul style="list-style-type: none"> Os Utentes com nível de risco 3, segundo o <i>CDC NNIS Risk Index</i>, submetidos às seguintes cirurgias programadas limpas: cirurgia da histerectomia abdominal, cirurgia da mama e cirurgias com aplicação de próteses osteoarticulares em qualquer localização, sempre e quando os sintomas apareçam durante o primeiro mês após a Intervenção Cirúrgica e durante o primeiro ano no caso da aplicação de próteses osteoarticulares; Os Utentes com nível de risco 3, segundo o <i>CDC NNIS Risk Index</i>, submetidos às seguintes cirurgias programadas limpa-contaminadas: cirurgia do cólon ou da vesícula, sempre e quando os sintomas apareçam durante o primeiro mês após a Intervenção Cirúrgica. <p>Exclui:</p> <ul style="list-style-type: none"> Os Utentes submetidos a cirurgia urgente, quer se trate de uma primeira intervenção, quer se trate de uma re-intervenção.
Indicadores a Monitorizar	<ul style="list-style-type: none"> Número de doentes com nível de risco 3, segundo o <i>CDC NNIS Risk Index</i>, aos quais foi diagnosticada infecção de ferida cirúrgica durante o período em análise, que tenham sido submetidos às seguintes Intervenções Cirúrgicas programadas limpas ou limpa-contaminadas: cirurgia da histerectomia abdominal, cirurgia da mama, cirurgias com aplicação de próteses osteoarticulares em qualquer localização, cirurgia do cólon ou cirurgia da vesícula; Número total de doentes com nível de risco 3, segundo o <i>CDC NNIS Risk Index</i>, submetidos às seguintes Intervenções Cirúrgicas programadas limpas ou limpa-contaminadas, durante o período em análise: cirurgia da histerectomia abdominal, cirurgia da mama, cirurgias com aplicação de próteses osteoarticulares em qualquer localização, cirurgia do cólon ou cirurgia da vesícula.
Dedução	Anual
Pontos de penalização por desvio face ao Valor de Referência (VR)	> VR: (n.º de pontos a definir) x [(taxa verificada/ valor de referência)-1] pontos
Penalidade por não monitorização	n.º de pontos a definir

28.	<u>TAXA DE INFECÇÃO RESPIRATÓRIA ASSOCIADA A VENTILAÇÃO MECÂNICA NA UCI</u>
Descrição	<p>Pretende medir as infeções respiratórias (pneumonia) ocasionadas por flora frequente nos hospitais ou flora respiratória do próprio doente e, em doentes submetidos a ventilação mecânica na UCI.</p> <p>Uma pneumonia deve cumprir, pelo menos, um dos seguintes critérios¹⁸:</p> <ul style="list-style-type: none"> Critério 1: Respiração ruidosa ou falta de sensibilidade no exame físico do tórax, e pelo menos um dos seguintes sinais e sintomas: <ol style="list-style-type: none"> Aparecimento de nova expectoração purulenta ou alteração das suas características; Hemocultura positiva; Cultura positiva de uma amostra obtida por aspiração traqueal, broncoscopia ou

¹⁸ De acordo com o NNIS Manual do *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC)

28.	<u>TAXA DE INFECÇÃO RESPIRATÓRIA ASSOCIADA A VENTILAÇÃO MECÂNICA NA UCI</u>
	<p>biópsia.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Critério 2: Exame raio-X do tórax que evidencia infiltrado novo ou progressivo e persistente, consolidação, cativação ou derrame pleural e, pelo menos, um dos seguintes sinais e sintomas: <ol style="list-style-type: none"> 1. Aparecimento de nova expectoração purulenta ou alteração das suas características; 2. Hemocultura positiva; 3. Cultura positiva de uma amostra obtida por aspiração traqueal (> 106 ufc/ml), broncoscopia (>103 ufc/ml) ou biópsia (>104 ufc/ml); 4. Isolamento de vírus ou resultado positivo de uma prova para detecção de antígenos virais nas secreções respiratórias; 5. Título significativo de anticorpos IgM específicos ou aumento de pelo menos quatro vezes de IgG em amostras sucessivas; 6. Evidência histopatológica de pneumonia. <p>(ufc: unidades formadoras de colónias)</p>
Justificação	<p>A infecção respiratória é uma das infecções nosocomiais mais frequentes em Unidades de Cuidados Intensivos (adultos, crianças e recém-nascidos). Dentro deste grupo, as pneumonias em doentes submetidos a ventilação mecânica são as mais importantes, pela maior morbilidade e mortalidade associadas.</p> <p>O estabelecimento de medidas de vigilância e controlo permite a diminuição da incidência destas infecções.</p>
Medida da Falha	[Número de pneumonias de Utentes submetidos a ventilação mecânica na Unidade de Cuidados Intensivos, durante o período em análise / Número total de dias de ventilação mecânica de Utentes admitidos na Unidade de Cuidados Intensivos, durante o período em análise]
Inclui/Exclui	<p>Inclui:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Utentes internados na UCI submetidos a ventilação mecânica <p>Exclui:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Utentes que apresentem os sintomas no momento da admissão na UCI; ▪ Utentes não internados na Unidade de Cuidados Intensivos
Indicadores a Monitorizar	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Número de pneumonias de Utentes submetidos a ventilação mecânica na Unidade de Cuidados Intensivos, durante o período em análise; ▪ Número de Utentes submetidos a ventilação mecânica na Unidade de Cuidados Intensivos, durante o período em análise; ▪ Número total de dias de ventilação mecânica de Utentes admitidos na Unidade de Cuidados Intensivos, durante o período em análise
Dedução	Anual
Pontos de penalização por desvio face ao Valor de Referência (VR)	> VR: (n.º de pontos a definir) x [(taxa verificada/ valor de referência)-1] pontos
Penalidade por não monitorização	n.º de pontos a definir

29.	<u>TEMPO MÉDIO DE ESPERA NO DIA DA CONSULTA EXTERNA</u>
Descrição	Pretende monitorizar o tempo médio de espera dos Utentes entre a hora programada para a realização da Consulta Externa e a hora de início de realização da consulta.
Justificação	Uma programação adequada das Consultas Externas e uma alocação correcta dos recursos permite minimizar tempos de espera dos Utentes no dia da realização da Consulta Externa, evitando a aglomeração de Utentes, muitas vezes com elevados níveis de desconforto, e minimizando o tempo dispendido pelos Utentes e seus acompanhantes, muitas vezes com implicações relevantes a nível pessoal.

29.	TEMPO MÉDIO DE ESPERA NO DIA DA CONSULTA EXTERNA
Medida da Falha	[Número total de minutos de espera entre a hora programada para a realização da Consulta Externa e a hora de início de realização da consulta para as Consultas Externas programadas para o período em análise, efectivamente realizadas / Número total de Consultas Externas programadas para o período em análise, efectivamente realizadas]
Inclui/Exclui	Exclui: <ul style="list-style-type: none"> Consultas Externas não realizadas por falta de comparência do Utente; Consultas Externas em que o Utente tenha comparecido após a hora agendada para a consulta; Adiantamentos de Consultas Externas, ou seja, o tempo de adiantamento da Consulta Externa quando esta tenha início antes da hora programada.
Indicadores a Monitorizar	<ul style="list-style-type: none"> Minutos de espera entre a hora programada para a realização da Consulta Externa e a hora de início de realização da consulta para as Consultas Externas programadas para o período em análise, efectivamente realizadas; Número total de Consultas Externas programadas para o período em análise, efectivamente realizadas.
Dedução	Anual
Pontos de penalização por desvio face ao Valor de Referência (VR)	> VR: (n.º de pontos a definir) x [(tempo médio verificado/ valor de referência)-1] pontos
Penalidade por não monitorização	n.º de pontos a definir

30.	TEMPO MÉDIO DE ESPERA NO DIA DA SESSÃO DE HOSPITAL DE DIA MÉDICO
Descrição	Pretende monitorizar o tempo médio de espera dos Utentes entre a hora programada para a realização da Sessão de Hospital de Dia Médico e a hora de início de realização da sessão.
Justificação	Uma programação adequada das Sessões de Hospital de Dia Médico e uma alocação correcta dos recursos permite minimizar tempos de espera dos Utentes no dia de realização da sessão, evitando a aglomeração de Utentes, muitas vezes com elevados níveis de desconforto, e minimizando o tempo dispendido pelos Utentes e seus acompanhantes, nos dias de realização das sessões, muitas vezes com implicações relevantes a nível pessoal.
Medida da Falha	[Número total de minutos de espera entre a hora programada para a realização da Sessão de Hospital de Dia Médico e a hora de início de realização da sessão para as Sessões de Hospital de Dia Médico programadas para o período em análise, efectivamente realizadas/ Número total de Sessões de Hospital de Dia Médico programadas para o período em análise, efectivamente realizadas]
Inclui/Exclui	Exclui: <ul style="list-style-type: none"> Sessões de Hospital de Dia Médico não realizadas por falta de comparência do Utente; Sessões de Hospital de Dia Médico em que o Utente tenha comparecido após a hora agendada para a sessão; Adiantamentos de Sessões de Hospital de Dia Médico, ou seja, o tempo de adiantamento da sessão quando esta tenha início antes da hora programada.
Indicadores a Monitorizar	<ul style="list-style-type: none"> Minutos de espera entre a hora programada para a realização da Sessão de Hospital de Dia Médico e a hora de início de realização da sessão para as Sessões de Hospital de Dia Médico programadas para o período em análise, efectivamente realizadas; Número total de Sessões de Hospital de Dia Médico programadas para o período em análise, efectivamente realizadas.
Dedução	Anual
Pontos de penalização por desvio face ao Valor de Referência (VR)	> VR: (n.º de pontos a definir) x [(tempo médio verificado/ valor de referência)-1] pontos
Penalidade por não monitorização	n.º de pontos a definir

31.	TAXA DE ADMISSÕES NÃO PROGRAMADAS POSTERIORES A PROCEDIMENTOS AMBULATORIOS
Descrição	Pretende monitorizar o Internamento não programado, até 24 horas após a realização do

31.	TAXA DE ADMISSÕES NÃO PROGRAMADAS POSTERIORES A PROCEDIMENTOS AMBULATORÍOS
	<p>procedimento ambulatorio, de Utentes submetidos aos seguintes procedimentos ambulatorios:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Exames endoscópicos digestivos; – Exames endoscópicos pneumológicos; – Exames endoscópicos urológicos; <p>Neste âmbito, entende-se por procedimento ambulatorio aquele que permite o regresso do Utente ao seu domicilio no proprio dia da realizacao do procedimento, quer logo após a realizacao do exame e/ou tratamento, quer após um periodo de observacao numa area adequada para o efeito.</p>
Justificação	Este indicador é uma medida indirecta da qualidade dos serviços de saúde prestados. Mais concretamente, este indicador permite medir a qualidade da realizacao de exames complementares de diagnóstico e terapeutica, assim como a valorizacao adequada do risco do Utente.
Medida da Falha	[Número de admissões não programadas até 24 horas após a realizacao de procedimentos ambulatorios realizados durante o periodo em análise / Número total de procedimentos ambulatorios realizados durante o periodo em análise]
Inclui/Exclui	<p>Inclui:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Utentes submetidos aos seguintes procedimentos ambulatorios: <ul style="list-style-type: none"> – Exames endoscópicos digestivos; – Exames endoscópicos pneumológicos; – Exames endoscópicos urológicos; <p>Exclui:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Utentes internados, que requerem a realizacao dos meios complementares de diagnóstico e terapeutica acima referidos, durante o episodio de internamento; ▪ Utentes internados no periodo até 24 horas após a realizacao dos procedimentos ambulatorios acima referidos, se o episodio de internamento for codificado num GDH pertencente às seguintes GCD: <ul style="list-style-type: none"> – GCD 21: Traumatismos, Intoxicações e Efeitos Tóxicos de Drogas; – GCD 22: Queimaduras; – GCD 25: Traumatismos Múltiplos Significativos.
Indicadores a Monitorizar	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Número de admissões não programadas até 24 horas após a realizacao de procedimentos ambulatorios realizados durante o periodo em análise; ▪ Número total de procedimentos ambulatorios realizados durante o periodo em análise.
Dedução	Anual
Pontos de penalização por desvio face ao Valor de Referência (VR)	$> VR: (n.º \text{ de pontos a definir}) \times [(taxa \text{ verificada} / \text{valor de referência}) - 1] \text{ pontos}$
Penalidade por não monitorização	n.º de pontos a definir

32.	TAXA DE EXECUÇÃO DE RELATÓRIOS OPERATÓRIOS SOBRE O TOTAL DE INTERVENÇÕES CIRÚRGICAS
Descrição	<p>Pretende monitorizar a execucao de relatorios operatórios.</p> <p>Os dados a incluir no relatório operatório devem respeitar a legislacao vigente, devendo incluir:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Data e hora de inicio da Intervenção Cirúrgica; ▪ Dados de identificacao do Utente; ▪ Dados de identificacao da equipa de cirurgia (cirurgiões, anestesistas, pessoal de enfermagem); ▪ Diagnóstico pré-operatório; ▪ Técnica cirúrgica empregue e posicao do Utente; ▪ Descobertas relevantes durante a operacao cirúrgica; ▪ Registo de envio de amostras e respectiva quantidade para análise na unidade de Anatomia Patológica (caso não sejam enviadas amostras também deve ser registado); ▪ Diagnóstico pós-operatório; ▪ Data e hora de fim da Intervenção Cirúrgica; ▪ Assinatura do cirurgião principal.

32.	TAXA DE EXECUÇÃO DE RELATÓRIOS OPERATÓRIOS SOBRE O TOTAL DE INTERVENÇÕES CIRÚRGICAS
Justificação	O relatório operatório é um relatório de carácter obrigatório, cujas principais vantagens são registar os actos realizados no âmbito das Intervenções Cirúrgicas e a sua adequação com o diagnóstico inicial, possibilitando a avaliação da prática segundo a “lex artis”, e proteger, quer o hospital, quer os profissionais de possíveis questões levantadas sobre as intervenções realizadas. Para além disso, o relatório operatório permite avaliar possíveis causas de infeções nosocomiais e/ou outras ocorrências após a Intervenção Cirúrgica.
Medida da Falha	[Número de relatórios operatórios de Intervenções Cirúrgicas realizadas durante o período em análise/Total de Intervenções Cirúrgicas realizadas durante o período em análise]
Inclui/Exclui	Inclui: <ul style="list-style-type: none"> Todas as Intervenções Cirúrgicas (Intervenção Cirúrgica convencional programada, Intervenção em Cirurgia de Ambulatório programada, Intervenção Cirúrgica urgente).
Indicadores a Monitorizar	<ul style="list-style-type: none"> Número de relatórios operatórios de Intervenções Cirúrgicas realizadas durante o período em análise; Total de Intervenções Cirúrgicas realizadas durante o período em análise.
Dedução	Anual
Pontos de penalização por desvio face ao Valor de Referência (VR)	$< VR: (n.º \text{ de pontos a definir}) \times [1 - (\text{taxa verificada} / \text{valor de referência})]$ pontos
Penalidade por não monitorização	n.º de pontos a definir

33.	TAXA DE PARTOS COM ANESTESIA EPIDURAL
Descrição	Pretende monitorizar a realização de partos com anestesia epidural no total dos partos realizados no hospital.
Justificação	A anestesia epidural é uma técnica anestésica loco-regional que tem por objectivo diminuir a dor provocada pelo parto e permitir a consciência da gestante no caso de um parto por cesariana, elevando os níveis de conforto e a recuperação posterior.
Medida da Falha	[Número de partos com anestesia epidural, realizados no hospital durante o período em análise / Total de partos realizados no hospital durante o período em análise]
Inclui/Exclui	Exclui: <ul style="list-style-type: none"> Partos das Utentes que tenham renunciado voluntariamente à anestesia epidural, situação que deve estar expressa no consentimento informado para a realização do parto.
Indicadores a Monitorizar	<ul style="list-style-type: none"> Número de partos com anestesia epidural, realizados no hospital durante o período em análise; Total de partos realizados no hospital durante o período em análise.
Dedução	Anual
Pontos de penalização por desvio face ao Valor de Referência (VR)	$< VR: (n.º \text{ de pontos a definir}) \times [1 - (\text{taxa verificada} / \text{valor de referência})]$ pontos
Penalidade por não monitorização	n.º de pontos a definir

34.	TAXA DE OCORRÊNCIA DE QUEDAS EM DOENTES INTERNADOS
Descrição	Pretende medir as quedas de Utentes durante o seu período de Internamento. Neste âmbito, entende-se por período de Internamento o período que decorre entre a admissão no Internamento e o momento de saída do hospital por alta (alta voluntária ou alta pelo médico), independentemente do destino final do Utente (domicílio, transferência para outros hospitais, falecimento, entre outros).
Justificação	A avaliação deste parâmetro é uma medida indirecta do nível de cuidados do pessoal enfermagem e do pessoal auxiliar, assim como do pessoal responsável pelo transporte de Utentes no interior do hospital.
Medida da Falha	[Número de quedas de Utentes durante o seu período de Internamento, com alta de Internamento]

34.	TAXA DE OCORRÊNCIA DE QUEDAS EM DOENTES INTERNADOS
	durante o período em análise /Número total de Dias de Internamento gerados pelos doentes com alta de Internamento durante o período em análise]
Inclui/Exclui	Inclui: <ul style="list-style-type: none"> As quedas do Utente durante o período de Internamento, incluindo as quedas ocorridas no interior do hospital durante as deslocações para a realização de exames complementares de diagnóstico ou a deslocação a outros serviços; As quedas ocorridas durante as deslocações dos Utentes do Serviço de Urgência para as unidades de internamento.
Indicadores a Monitorizar	<ul style="list-style-type: none"> Número de quedas de Utentes durante o seu período de Internamento, com alta de Internamento durante o período em análise; Número total de dias de Internamento gerados pelos doentes com alta de Internamento durante o período em análise.
Dedução	Anual
Pontos de penalização por desvio face ao Valor de Referência (VR)	> VR: (n.º de pontos a definir) x [(taxa verificada/ valor de referência)-1] pontos
Penalidade por não monitorização	n.º de pontos a definir

35.	TAXA DE REGRESSOS A UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS
Descrição	Pretende monitorizar os regressos à Unidade de Cuidados Intensivos, ou seja, qualquer regresso de Utentes que tenham saído da unidade durante as 48 horas anteriores, por qualquer motivo, estando ou não directamente relacionado com o episódio prévio.
Justificação	A transferência de Utentes da Unidade de Cuidados Intensivos deve ser muito bem ponderada, tendo em consideração a situação clínica dos Utentes e a capacidade das unidades para onde são transferidos em darem a resposta adequada à sua situação. Com efeito, um nível elevado de regressos à Unidade de Cuidados Intensivos reflecte, muitas vezes, altas prematuras da unidade, problemas na prestação de cuidados de nível inferior, entre outros aspectos. Para além disso, o regresso está tipicamente associado a uma maior morbilidade e até mesmo mortalidade, assim como à necessidade de um maior número de Dias de Internamento.
Medida da Falha	[Número total de readmissões na Unidade de Cuidados Intensivos, durante o período em análise, no período das 48 horas posteriores à hora de saída da Unidade de Cuidados Intensivos /Total de doentes saídos da Unidade de Cuidados Intensivos, durante o período em análise]
Inclui/Exclui	Exclui: <ul style="list-style-type: none"> Readmissões após 48 horas da saída da Unidade de Cuidados Intensivos; Deslocações no hospital para a realização de exames ou tratamentos
Indicadores a Monitorizar	<ul style="list-style-type: none"> Número total de readmissões na Unidade de Cuidados Intensivos, durante o período em análise, no período das 48 horas posteriores à hora de saída da Unidade de Cuidados Intensivos; Total de doentes saídos da Unidade de Cuidados Intensivos, durante o período em análise.
Dedução	Anual
Pontos de penalização por desvio face ao Valor de Referência (VR)	> VR: (n.º de pontos a definir) x [(taxa verificada/ valor de referência)-1] pontos
Penalidade por não monitorização	n.º de pontos a definir

36.	TAXA DE REGRESSOS NÃO PROGRAMADOS AO BLOCO OPERATÓRIO
Descrição	Pretende monitorizar os regressos não programados ao Bloco Operatório de Utentes que tenham sido submetidos a uma Intervenção Cirúrgica nos 31 dias que antecedem o regresso pela mesma razão clínica (mesma Grande Categoria de Diagnóstico).
Justificação	É um indicador de risco, eficácia e eficiência, contribuindo para controlar os processos em que uma incorrecta decisão ou <i>praxis</i> assistencial têm como consequência uma re-intervenção cirúrgica, com a consequente repercussão clínica.
Medida da Falha	[Número total de regressos não programados ao bloco operatório, durante o período em análise, no período dos 31 dias posteriores à saída do bloco operatório, pela mesma razão clínica (mesma Grande Categoria de Diagnóstico) / Total de Intervenções Cirúrgicas realizadas, durante o período em análise]
Inclui/Exclui	Exclui: <ul style="list-style-type: none"> Regressos programados, sendo que nesse caso deverá ser registada, logo após a Intervenção Cirúrgica, a previsão de re-intervenção cirúrgica nas 48 horas após a realização da Intervenção Cirúrgica que lhe dá origem; Regressos após 31 dias da Intervenção Cirúrgica.
Indicadores a Monitorizar	<ul style="list-style-type: none"> Número total de regressos não programados ao bloco operatório, durante o período em análise, no período dos 31 dias posteriores à saída do bloco operatório, pela mesma razão clínica (mesma Grande Categoria de Diagnóstico); Total de Intervenções Cirúrgicas realizadas, durante o período em análise.
Dedução	Anual
Pontos de penalização por desvio face ao Valor de Referência (VR)	> VR: (n.º de pontos a definir) x [(taxa verificada/ valor de referência)-1] pontos
Penalidade por não monitorização	n.º de pontos a definir

37.	TAXA DE OCORRÊNCIA DE COMPLICAÇÕES ANESTÉSICAS
Descrição	<p>Pretende monitorizar as complicações à anestesia loco-regional ou anestesia geral, ocorridas nas salas de pré-anestesia, nas salas operatórias ou nas salas de recobro.</p> <p>Entende-se por complicação anestésica qualquer evento inesperado que ocorra em relação ao acto anestésico. As complicações anestésicas classificam-se em:</p> <ul style="list-style-type: none"> Complicações relacionadas com a técnica: injeção loco-regional, intubação endotraqueal, posicionamento do Utente, canulação vascular, entre outros; Complicações relacionadas com os fármacos utilizados. <p>As complicações anestésicas podem ser imediatas, sendo detectadas quando se procede à administração da anestesia e/ou durante a Intervenção Cirúrgica, ou podem detectar-se após a Intervenção Cirúrgica.</p>
Justificação	O conhecimento das potenciais complicações anestésicas ajuda à prevenção das mesmas e atenua as consequências negativas que estas têm sobre os Utentes.
Medida da Falha	[Número de complicações à anestesia loco-regional ou geral, ocorridas nas salas de pré-anestesia, nas salas operatórias ou nas salas de recobro, durante o período em análise / Total de anestésias loco-regionais e gerais administradas durante o período em análise]
Inclui/Exclui	Exclui: <ul style="list-style-type: none"> Todos os procedimentos que se realizam com anestesia local, sedação mínima, sedação/analgesia consciente e sedação/analgesia profunda.
Indicadores a Monitorizar	<ul style="list-style-type: none"> Número de complicações à anestesia loco-regional ou geral, ocorridas nas salas de pré-anestesia, nas salas operatórias ou nas salas de recobro, durante o período em análise; Total de anestésias loco-regionais e gerais administradas durante o período em análise.
Dedução	Anual
Pontos de penalização por desvio face ao Valor	> VR: (n.º de pontos a definir) x [(taxa verificada/ valor de referência)-1] pontos

37.	TAXA DE OCORRÊNCIA DE COMPLICAÇÕES ANESTÉSICAS
de Referência (VR)	
Penalidade por não monitorização	n.º de pontos a definir

38.	TAXA DE OCORRÊNCIA DE APENDICETOMIAS COM DIAGNÓSTICO ANATOMOPATOLÓGICO COMPATÍVEL COM A NORMALIDADE
Descrição	Pretende monitorizar a ocorrência de “apendicetomias brancas”, ou seja, a ocorrência de apendicetomias (ablação cirúrgica do apêndice) em que o diagnóstico anatomopatológico é compatível com a normalidade.
Justificação	Alerta os hospitais sobre a possível realização de apendicetomias sem necessidade, eventualmente devido a uma prática clínica mais conservadora do que o necessário ou à não utilização adequada de meios complementares de diagnóstico que permitam determinar com mais rigor a necessidade da apendicetomias, em prejuízo do Utente.
Medida da Falha	[Número de apendicetomias, realizadas durante o período em análise, com diagnóstico anatomopatológico compatível com a normalidade/ Total de apendicetomias realizadas durante o período em análise]
Inclui/Exclui	Inclui: <ul style="list-style-type: none"> Total de apendicetomias (ablação cirúrgica do apêndice) cujo diagnóstico pré-operatório é de apendicite aguda, independentemente do diagnóstico se alterar durante a realização da Intervenção Cirúrgica, ou seja, uma vez revista a cavidade abdominal. Exclui: <ul style="list-style-type: none"> Intervenções Cirúrgicas com o diagnóstico pré-operatório de apendicite aguda, sem que ocorra a ablação cirúrgica do apêndice.
Indicadores a Monitorizar	<ul style="list-style-type: none"> Número de apendicetomias, realizadas durante o período em análise, com diagnóstico anatomopatológico compatível com a normalidade; Total de apendicetomias realizadas durante o período em análise.
Dedução	Anual (apenas por não monitorização)
Pontos de penalização por desvio face ao Valor de Referência (VR)	> VR: obrigatoriedade de apresentar relatório justificativo do desvio
Penalidade por não monitorização	n.º de pontos a definir

39.	TAXA DE OCORRÊNCIA DE ÚLCERAS DE PRESSÃO
Descrição	Pretende monitorizar a ocorrência de úlceras de pressão em doentes internados. As úlceras de pressão (úlceras de decúbito, úlceras da pele) são lesões cutâneas que se produzem em consequência de uma pressão prolongada, tipicamente sobre saliências ósseas.
Justificação	A ocorrência de úlceras de pressão nos hospitais é um fenómeno grave, podendo contribuir de forma significativa para um aumento da morbilidade e mesmo da mortalidade. Com efeito, as úlceras de pressão são, muitas vezes, de difícil tratamento resultando em dor, intervenção cirúrgica, desconfiguração, assim como prolongamento dos Dias de Internamento. Neste sentido, os hospitais devem enveredar os seus melhores esforços para prevenir a ocorrência de úlceras de pressão durante o período em que os Utentes estão internados e por isso mais sujeitos ao seu desenvolvimento, garantindo, nomeadamente, cuidados de enfermagem e uma gestão adequada dos recursos. Uma taxa elevada de ocorrência de úlceras de pressão pode ser resultado, entre outros, de: (i) ausência de protocolos na planificação dos tratamentos por parte das equipas assistenciais, (ii) falta ou utilização inadequada do material de prevenção, tanto básico como complementar, (iii) sobrecarga de trabalho dos profissionais e (iv) falta de formação dos profissionais.
Medida da Falha	[Número de altas de Internamento, durante o período em análise, de doentes aos quais foi diagnosticada úlcera de pressão com origem hospitalar/ Número total de altas de Internamento, durante o período em análise]
Inclui/Exclui	Inclui:

39.	TAXA DE OCORRÊNCIA DE ÚLCERAS DE PRESSÃO
	<ul style="list-style-type: none"> Altas de Internamento em que conste, em qualquer diagnóstico secundário, o código 707.0 da classificação CID-9. <p>Exclui:</p> <ul style="list-style-type: none"> Altas de Internamento em que a úlcera de pressão é o diagnóstico principal; Altas de Internamento em que a úlcera de pressão é o diagnóstico secundário, desde que exista registo da mesma à data de admissão do Utente; Altas de Internamento classificadas nas seguintes Grandes Categorias de Diagnóstico: <ul style="list-style-type: none"> GCD 9: Doenças e perturbações da pele, tecido celular subcutâneo e mama; GDC 14: Gravidez, parto e puerpério.
Indicadores a Monitorizar	<ul style="list-style-type: none"> Número de altas de Internamento, durante o período em análise, de doentes aos quais foi diagnosticada úlcera de pressão com origem hospitalar; Número total de altas de Internamento, durante o período em análise.
Dedução	Anual
Pontos de penalização por desvio face ao Valor de Referência (VR)	$> VR: (n.º \text{ de pontos a definir}) \times [(taxa \text{ verificada} / \text{valor de referência}) - 1]$ pontos
Penalidade por não monitorização	n.º de pontos a definir

40.	TAXA DE OCORRÊNCIA DE REACÇÕES IMEDIATAS A TRANSFUÇÕES
Descrição	<p>Pretende monitorizar a ocorrência de reacções adversas imediatas de Utentes que tenham recebido uma transfusão de sangue e/ou das suas componentes.</p> <p>As reacções transfusionais podem ser desencadeadas por mecanismos imunológicos e não imunológicos, sendo classificadas em: (i) reacções transfusionais imediatas, ou seja, as reacções que se produzem durante a transfusão ou pouco tempo depois (no período de 24 horas após a transfusão) e (ii) reacções transfusionais tardias, ou seja, as reacções que se produzem após 24 horas da transfusão.</p> <p>O âmbito deste parâmetro são as reacções transfusionais imediatas.</p>
Justificação	<p>Ainda que a transfusão de sangue e das suas componentes seja considerada uma terapêutica segura, tal depende dos procedimentos seguidos pelos profissionais de saúde, sendo que caso os mesmos não sejam seguidos de forma adequada podem surgir reacções adversas e indesejáveis, em prejuízo do Utente.</p> <p>Neste sentido, este indicador tem como principal objectivo monitorizar a observância dos procedimentos adequados, incluindo, entre outros aspectos, a identificação cuidada do Utente, a conservação do sangue e suas componentes, a vigilância do Utente durante a transfusão e a utilização adequada dos equipamentos.</p>
Medida da Falha	[Número de reacções adversas imediatas a transfusões registadas no hospital, durante o período em análise / Número total de unidades de hemoderivados transfusionadas no hospital, durante o período em análise]
Inclui/Exclui	<p>Inclui:</p> <ul style="list-style-type: none"> Hemólise imunológica devida a incompatibilidade ABO; Hemólise imunológica devida a alo-anticorpo; Hemólise não imunológica; Infecção bacteriana transmitida pela transfusão; Anafilaxia/Hipersensibilidade; Lesão pulmonar aguda pós transfusão; Infecção parasítica transmitida pela transfusão (paludismo) <p>Exclui:</p> <ul style="list-style-type: none"> Reacções transfusionais tardias, ou seja, as reacções que se produzam após 24 horas da transfusão.
Indicadores a Monitorizar	<ul style="list-style-type: none"> Número de reacções adversas imediatas a transfusões registadas no hospital, durante o período em análise; Número total de unidades de hemoderivados transfusionadas no hospital, durante o período

40.	TAXA DE OCORRÊNCIA DE REACÇÕES IMEDIATAS A TRANSFUSÕES
	em análise.
Dedução	Anual
Pontos de penalização por desvio face ao Valor de Referência (VR)	> VR: (n.º de pontos a definir) x [(taxa verificada/ valor de referência)-1] pontos
Penalidade por não monitorização	n.º de pontos a definir

41.	TAXA DE NOTIFICAÇÕES DE REACÇÕES ADVERSAS À MEDICAÇÃO
Descrição	<p>Pretende monitorizar as reacções adversas à medicação (iatrogenia), capturadas através de um sistema de farmacovigilância.</p> <p>De acordo com o Decreto-Lei n.º 242/2002, de 5 de Novembro, que define o Regulamento do Sistema Nacional de Farmacovigilância de Medicamentos de Uso Humano, uma reacção adversa a um medicamento é “qualquer reacção nociva e involuntária a um medicamento que ocorra com doses geralmente utilizadas no ser humano para profilaxia, diagnóstico ou tratamento de doenças ou recuperação, correcção ou modificação de funções fisiológicas”</p>
Justificação	As reacções adversas à medicação contribuem para aumentar tanto a morbilidade como a mortalidade, sendo responsáveis pelo aumento do tempo de permanência dos Utentes no hospital, assim como pela ocorrência de reinternamentos. O conhecimento cada vez maior de possíveis efeitos secundários de um fármaco permite estabelecer medidas preventivas que minimizem este risco.
Medida da Falha	[Número de notificações de reacções adversas à medicação de doentes com alta de Internamento durante o período em análise/Número total de altas de Internamento, durante o período em análise]
Inclui/Exclui	<p>Inclui:</p> <ul style="list-style-type: none"> Reacções adversas, a medicamentos prescritos pelo hospital, em Utentes internados, independentemente do nível de gravidade, quer a reacção adversa se registre antes ou durante o Internamento e independentemente do medicamento ter sido administrado no hospital <p>Exclui:</p> <ul style="list-style-type: none"> Reacções adversas a medicamento de Utentes que não sejam internados.
Indicadores a Monitorizar	<ul style="list-style-type: none"> Número de notificações de reacções adversas à medicação de doentes com alta de Internamento durante o período em análise; Número total de altas de internamento, durante o período em análise.
Dedução	Anual
Pontos de penalização por desvio face ao Valor de Referência (VR)	> VR: (n.º de pontos a definir) x [(taxa verificada/ valor de referência)-1] pontos
Penalidade por não monitorização	n.º de pontos a definir

42.	TAXA DE ERROS NA ADMINISTRAÇÃO DE DERIVADOS DE SANGUE, POR SEGMENTO.
Descrição	<p>Pretende monitorizar os erros na administração de derivados de sangue.</p> <p>A administração de derivados do sangue deve ser segmentada segundo as várias tipologias, incluindo sangue completo, concentrado de eritrocitário, plaquetas, leucócitos, plasma e factores de coagulação.</p> <p>Um erro na administração de derivados de sangue produz-se quando se administra um derivado de sangue (de qualquer dos segmentos possíveis) de forma errada, por:</p> <ul style="list-style-type: none"> Identificação incorrecta do utente;

42.	TAXA DE ERROS NA ADMINISTRAÇÃO DE DERIVADOS DE SANGUE, POR SEGMENTO.
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Erro na recolha da amostra; ▪ Erro de solicitação; ▪ Erro técnico no banco de sangue; ▪ Erro na distribuição do componente sanguíneo; ▪ Erro técnico durante a administração do componente sanguíneo. <p>O erro na administração de derivados de sangue pode gerar ou não uma reacção adversa no Utente.</p>
Justificação	<p>A hemovigilância engloba toda a cadeia transfusional, começando pela selecção dos dadores, a extracção de sangue, as complicações da doação, o processamento e análise dos componentes sanguíneos e finalmente, a transfusão e os efeitos adversos e inesperados que pode apresentar o receptor. Desta forma consegue-se uma valorização objectiva dos dados, que permitem adoptar medidas correctivas e preventivas, contribuindo para aumentar a segurança na transfusão sanguínea.</p> <p>A monitorização dos erros de administração derivados de sangue, permite avaliar o nível de segurança do circuito transfusional e detectar os pontos mais débeis do mesmo. Com efeito a detecção atempada de tais erros permite tomar medidas correctivas e evitar potenciais reacções adversas.</p>
Medida da Falha	[Somatório do número de erros notificados na administração de derivados de sangue para cada segmento, durante o período em análise/ Número total de unidades de derivados de sangue administradas, durante o período em análise]
Inclui/Exclui	Inclui:
Indicadores a Monitorizar	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Todas as administrações de derivados de sangue que ocorram no hospital; ▪ Número de erros notificados na administração de derivados de sangue para cada segmento, durante o período em análise; ▪ Número total de unidades de derivados de sangue, para cada segmento, administradas, durante o período em análise.
Dedução	Anual
Pontos de penalização por desvio face ao Valor de Referência (VR)	$> VR: (n.º \text{ de pontos a definir}) \times [(taxa \text{ verificada} / \text{valor de referência}) - 1] \text{ pontos}$
Penalidade por não monitorização	n.º de pontos a definir

43.	TAXA DE EXECUÇÃO DE TÉCNICAS COM CONSENTIMENTO INFORMADO
Descrição	Pretende monitorizar o cumprimento de obtenção de consentimento informado por escrito relativamente a determinados actos ou técnicas. Nas situações em que o Utente, de acordo com o previsto na lei, não tenha capacidade legal para manifestar livremente a sua vontade, deve ser aplicado o disposto na lei.
Justificação	O consentimento informado é um direito que assiste ao Utente e um dever legal e ético dos profissionais de saúde.
Medida da Falha	[Número total de consentimentos informados assinados para procedimentos sujeitos a consentimento informado realizados durante o período em análise / Número total de procedimentos sujeitos a consentimento informado realizados durante o período em análise]
Inclui/Exclui	<p>Inclui:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Os seguintes procedimentos nos termos em que sejam legalmente admitidos: <ul style="list-style-type: none"> – Intervenções Cirúrgicas com anestesia geral ou regional; – Radiologia com contraste intravascular, radiologia de intervenção, radiologia com anestesia ou sedação; – Endoscopia; – Biopsia de órgãos com risco; – Doação e recepção de hemoderivados; – Extracção de órgãos e tecidos e células de origem humana de dadores vivos;

43.	TAXA DE EXECUÇÃO DE TÉCNICAS COM CONSENTIMENTO INFORMADO
	<ul style="list-style-type: none"> Autópsias clínicas (neste caso a aprovar pelo familiar ou representante legal); Ensaio clínicos; Técnicas de reprodução humana assistida; Partos; Interrupção da gravidez; Esterilização. <p>Exclui:</p> <ul style="list-style-type: none"> Os seguintes procedimentos: <ul style="list-style-type: none"> Autópsia médico-legal, de acordo com a legislação em vigor; Autópsia para fins de ensino e investigação científica, de acordo com a legislação em vigor; Extracção de órgãos, tecidos e células de origem humana de dadores mortos não inscritos no Registo Nacional de Não Dadores. Emergências médicas ou outras situações legalmente previstas.
Indicadores a Monitorizar	<ul style="list-style-type: none"> Número total de consentimentos informados assinados para procedimentos sujeitos a consentimento informado realizados durante o período em análise; Número total de procedimentos sujeitos a consentimento informado realizados durante o período em análise.
Dedução	Anual
Pontos de penalização por desvio face ao Valor de Referência (VR)	$< VR: (n.º \text{ de pontos a definir}) \times [1 - (\text{taxa verificada} / \text{valor de referência})]$ pontos
Penalidade por não monitorização	n.º de pontos a definir

44.	TAXA DE DOENTES VENTILADOS DA UCI SUBMETIDOS A SEDAÇÃO E ANALGESIA
Descrição	<p>Pretende medir a adequabilidade da sedação e analgesia de Utentes submetidos a ventilação mecânica.</p> <p>Consideram-se níveis adequados de sedação e analgesia de Utentes submetidos a ventilação mecânica os valores 2, 3 e 4 da escala de Ramsey.</p>
Justificação	Este parâmetro representa uma medida da qualidade da atenção ao Utente crítico, uma vez que um Utente submetido a ventilação mecânica sem um nível adequado de sedação, para adaptação ao mecanismo artificial de que necessita para permanecer com a função respiratória, pode apresentar complicações graves, tais como hipoxemia, hipoventilação, barotrauma e alterações hemodinâmicas que podem não só pôr em grave risco a sua vida, como também aumentar os tempos de permanência na Unidade de Cuidados Intensivos.
Medida da Falha	[N.º de doentes saídos da Unidade de Cuidados Intensivos, durante o período em análise, que tenham estado sujeitos a ventilação mecânica e tenham sido submetidos a sedação e analgesia com nível adequado segundo a escala de Ramsay /Número de doentes saídos da Unidade de Cuidados Intensivos, durante o período em análise, que tenham estado sujeitos a ventilação mecânica]
Inclui/Exclui	<p>Inclui:</p> <ul style="list-style-type: none"> Utentes submetidos a ventilação mecânica na Unidade de Cuidados Intensivos <p>Exclui:</p> <ul style="list-style-type: none"> Casos em que existe renúncia voluntária, expressa no consentimento informado.
Indicadores a Monitorizar	<ul style="list-style-type: none"> N.º de doentes saídos da Unidade de Cuidados Intensivos, durante o período em análise, que tenham estado sujeitos a ventilação mecânica e tenham sido submetidos a sedação e analgesia com nível adequado segundo a escala de Ramsay; Número de doentes saídos da Unidade de Cuidados Intensivos, durante o período em análise, que tenham estado sujeitos a ventilação mecânica.
Dedução	Anual
Pontos de penalização por desvio face ao Valor de Referência (VR)	$< VR: (n.º \text{ de pontos a definir}) \times [1 - (\text{taxa verificada} / \text{valor de referência})]$ pontos
Penalidade por não monitorização	n.º de pontos a definir

45.	TAXA DE DOENTES SUBMETIDOS A SEDAÇÃO E ANALGESIA EM PROCEDIMENTOS DE ENDOSCOPIA E DE IMAGIOLOGIA
Descrição	<p>Pretende medir a sedação e analgesia consciente e profunda para procedimentos de endoscopia e de imagiologia.</p> <p>Este parâmetro pretende medir a sedação e analgesia no que respeita aos seguintes procedimentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Broncoscopia com ou sem realização de biopsia; ▪ Gastrosocopia terapêutica; ▪ Colonoscopia terapêutica; ▪ Colangiopancreatografia retrógrada endoscópica; ▪ Enteroscopia (diagnóstica e terapêutica); ▪ Videoendoscopia; ▪ Realização de TAC e de Ressonância Magnética a Utentes pediátricos, demenciados e que sofram de claustrofobia; ▪ Os seguintes procedimentos neurorradiológicos: (i) embolização de malformações arteriovenosas, (ii) endoterapia de angiomas venosos, e (iii) vertebroplastia; ▪ Os seguintes processos intervencionistas: (i) colocação de filtros na veia cava inferior, (ii) colocação de <i>tips</i> portocava, (iii) dilatação da via biliar com balão, (iv) esfínterectomia, (v) colocação de endoprótese biliar, e (f) arteriografia pulmonar; ▪ Ecografia a Utentes submetidos a ablação percutânea de tumores hepáticos. <p>De acordo com as linhas orientadoras da <i>American Society of Anesthesiologists</i>, os níveis de sedação e analgesia classificam-se em: (i) sedação mínima, (ii) sedação/analgesia moderada (consciente), (iii) sedação/analgesia profunda e (iv) anestesia geral; com base nos seguintes critérios¹⁹: (i) resposta a estímulos; (ii) permeabilidade da via aérea, (iii) ventilação espontânea e (iv) função cardiovascular.</p> <p>A <u>sedação mínima</u> (geralmente administrada por via oral) caracteriza-se por: (i) resposta normal a estímulos verbais, (ii) via aérea controlada, (iii) ventilação espontânea normal, (iv) função cardiovascular normal.</p> <p>A <u>sedação/analgesia moderada ou sedação/analgesia consciente</u> (geralmente administrada por via oral e ou intravenosa) caracteriza-se por: (i) resposta apropriada a estímulos verbais ou tácteis (o reflexo de um estímulo doloroso não é considerada uma resposta apropriada), (ii) via aérea controlada, (iii) ventilação espontânea adequada e (iv) função cardiovascular usualmente adequada.</p> <p>A <u>sedação/analgesia profunda</u> (geralmente administrada por via intravenosa) apresenta as seguintes características: (i) resposta apropriada a estímulos repetidos e dolorosos (o reflexo de um estímulo doloroso não é considerada uma resposta apropriada), (ii) via aérea que pode exigir intervenção, (iii) ventilação espontânea que exige vigilância e controlo porque pode ser inadequada e (iv) função cardiovascular usualmente adequada, mas que exige vigilância e controlo.</p> <p>A <u>anestesia geral</u> (geralmente administrada por via intravenosa) caracteriza-se por: (i) ausência de resposta, inclusivamente a estímulos muito dolorosos, (ii) via aérea com necessidade de intervenção, (iii) ventilação espontânea inadequada, e (iv) função cardiovascular que exige vigilância e controlo exaustivos porque pode ser inadequada.</p>
Justificação	<p>A realização de determinadas técnicas e procedimentos exige, em alguns casos, a imobilização do Utente. Por outro lado, tendo em conta a evolução tecnológica actual, é possível aumentar o conforto do Utente evitando sofrimento desnecessário e contribuindo para: (i) diminuir o tempo de recuperação pós-procedimento, (ii) suprimir a dor como causa de profundas e graves alterações hemodinâmicas, diminuindo não só a iatrogenia como os custos associados à mesma, e (iii) aumentar a satisfação do Utente.</p>
Medida da Falha	<p>[N.º de doentes submetidos a sedação ou analgesia consciente e profunda, sujeitos a procedimentos assistenciais de endoscopia e imagiologia indicados na descrição, durante o período em análise / Número total de procedimentos assistenciais de endoscopia e imagiologia, indicados na descrição, realizados durante o período em análise]</p>
Inclui/Exclui	<p>Inclui:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Utentes submetidos aos procedimentos indicados na descrição. <p>Exclui:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Casos em que existe renúncia voluntária expressa no consentimento informado; ▪ Utentes que apenas necessitem de sedação mínima, de acordo com as linhas orientadoras da <i>American Society of Anesthesiologists</i>; ▪ Utentes que necessitem de anestesia geral, de acordo com as linhas orientadoras da <i>American Society of Anesthesiologists</i>.
Indicadores a Monitorizar	<ul style="list-style-type: none"> ▪ N.º de doentes submetidos a sedação ou analgesia consciente e profunda, sujeitos a

¹⁹ Aprovado pela ASA House of Delegates, October 13, 1999.

45.	TAXA DE DOENTES SUBMETIDOS A SEDAÇÃO E ANALGESIA EM PROCEDIMENTOS DE ENDOSCOPIA E DE IMAGIOLOGIA
	<p>procedimentos assistenciais de endoscopia e imagiologia susceptíveis de ser realizados com sedação e analgesia consciente e profunda, durante o período em análise;</p> <ul style="list-style-type: none"> Número total de procedimentos assistenciais de endoscopia e imagiologia realizados durante o período em análise, susceptíveis de sedação e analgesia consciente e profunda.
Dedução	Anual
Pontos de penalização por desvio face ao Valor de Referência (VR)	$< VR: (n.º \text{ de pontos a definir}) \times [1 - (\text{taxa verificada} / \text{valor de referência})]$ pontos
Penalidade por não monitorização	n.º de pontos a definir

46.	TAXA DE DOENTES SUBMETIDOS A SEDAÇÃO E ANALGESIA NA URGÊNCIA
Descrição	<p>Pretende medir a sedação e analgesia consciente e profunda no Serviço de Urgência. Este parâmetro pretende medir a sedação e analgesia no que respeita aos seguintes procedimentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> cardioversão sincronizada; artrocenteses; toracocenteses; paracenteses; desbridamento de queimaduras; redução de fracturas; luxações ou hérnias; inserção de tubo de drenagem pleural ou de tubo de toracostomia. <p>De acordo com as linhas orientadoras da <i>American Society of Anesthesiologists</i>, os níveis de sedação e analgesia classificam-se em: (i) sedação mínima, (ii) sedação/analgesia moderada (consciente), (iii) sedação/analgesia profunda e (iv) anestesia geral; com base nos seguintes critérios²⁰: (i) resposta a estímulos; (ii) permeabilidade da via aérea, (iii) ventilação espontânea e (iv) função cardiovascular.</p> <p>A <u>sedação mínima</u> (geralmente administrada por via oral) caracteriza-se por: (i) resposta normal a estímulos verbais, (ii) via aérea controlada, (iii) ventilação espontânea normal, (iv) função cardiovascular normal.</p> <p>A <u>sedação/analgesia moderada ou sedação/analgesia consciente</u> (geralmente administrada por via oral e ou intravenosa) caracteriza-se por: (i) resposta apropriada a estímulos verbais ou tácteis (o reflexo de um estímulo doloroso não é considerada uma resposta apropriada), (ii) via aérea controlada, (iii) ventilação espontânea adequada e (iv) função cardiovascular usualmente adequada.</p> <p>A <u>sedação/analgesia profunda</u> (geralmente administrada por via intravenosa) apresenta as seguintes características: (i) resposta apropriada a estímulos repetidos e dolorosos (o reflexo de um estímulo doloroso não é considerada uma resposta apropriada), (ii) via aérea que pode exigir intervenção, (iii) ventilação espontânea que exige vigilância e controlo porque pode ser inadequada e (iv) função cardiovascular usualmente adequada, mas que exige vigilância e controlo.</p> <p>A <u>anestesia geral</u> (geralmente administrada por via intravenosa) caracteriza-se por: (i) ausência de resposta, inclusivamente a estímulos muito dolorosos, (ii) via aérea com necessidade de intervenção, (iii) ventilação espontânea inadequada, e (iv) função cardiovascular que exige vigilância e controlo exaustivos porque pode ser inadequada.</p>
Justificação	<p>A realização de determinadas técnicas e procedimentos exige, em alguns casos, a imobilização do Utente. Por outro lado, tendo em conta a evolução tecnológica actual, é possível aumentar o conforto do Utente evitando sofrimento desnecessário e contribuindo para: (i) diminuir o tempo de recuperação pós-procedimento, (ii) minimizar o tempo de permanência na Urgência, (iii) suprimir a dor como causa de profundas e graves alterações hemodinâmicas, diminuindo não só a iatrogenia</p>

²⁰ Aprovado pela ASA House of Delegates, October 13, 1999.

46.	TAXA DE DOENTES SUBMETIDOS A SEDAÇÃO E ANALGESIA NA URGÊNCIA
	como os custos associados à mesma e (iv) aumentar a satisfação do Utente.
Medida da Falha	[N.º de doentes submetidos a sedação ou analgesia consciente e profunda, sujeitos a procedimentos assistenciais na urgência susceptíveis de ser realizados com sedação ou analgesia consciente e profunda, durante o período em análise / Número total de procedimentos assistenciais realizados susceptíveis de ser realizados com sedação ou analgesia consciente e profunda na Urgência, durante o período em análise]
Inclui/Exclui	Inclui: <ul style="list-style-type: none"> Utentes submetidos aos procedimentos indicados na descrição. Exclui: <ul style="list-style-type: none"> Casos em que existe renúncia voluntária expressa no consentimento informado; Utentes que apenas necessitem de sedação mínima, de acordo com as linhas orientadoras da <i>American Society of Anesthesiologists</i>; Utentes que necessitem de anestesia geral, de acordo com as linhas orientadoras da <i>American Society of Anesthesiologists</i>.
Indicadores a Monitorizar	<ul style="list-style-type: none"> N.º de doentes submetidos a sedação ou analgesia consciente e profunda, sujeitos a procedimentos assistenciais na Urgência susceptíveis de ser realizados com sedação ou analgesia consciente e profunda, durante o período em análise; Número total de procedimentos assistenciais realizados susceptíveis de ser realizados com sedação ou analgesia consciente e profunda na urgência, durante o período em análise.
Dedução	Anual
Pontos de penalização por desvio face ao Valor de Referência (VR)	$< VR: (n.º \text{ de pontos a definir}) \times [1 - (\text{taxa verificada} / \text{valor de referência})]$ pontos
Penalidade por não monitorização	n.º de pontos a definir

47.	TEMPO MÉDIO DE ESPERA PARA TRIAGEM NO SERVIÇO DE URGÊNCIA
Descrição	Pretende medir o tempo médio de espera dos Utentes para triagem no Serviço de Urgência.
Justificação	Este parâmetro representa uma medida da acessibilidade, em tempo adequado, à prestação de cuidados de saúde no Serviço de Urgência. O estabelecimento de sistemas de triagem no Serviço de Urgência tem por objectivo definir prioridades, garantindo o atendimento prioritário e rápido aos Utentes com maiores necessidades assistenciais face a Utentes que apresentem necessidades de menor complexidade.
Medida da Falha	[Somatório do tempo de espera entre o registo e a triagem para todos os Utentes registados na Urgência, durante o período em análise / Número total de Utentes registados na Urgência, durante o período em análise]
Inclui/Exclui	Inclui: <ul style="list-style-type: none"> Os Utentes registados na Urgência, independentemente do seu destino (alta pelo médico, alta voluntária, Internamento, transferência para outro hospital, falecimento, entre outros), sendo que no caso de abandono da Urgência pelo Utente, após registo e antes da triagem, para efeitos de cálculo deverá ser considerado o momento em que o Utente foi chamado para a triagem. Exclui: <ul style="list-style-type: none"> Os Utentes com acesso directo à prestação de cuidados assistenciais na urgência, em resultado da sua situação clínica.
Indicadores a Monitorizar	<ul style="list-style-type: none"> Somatório do tempo de espera entre o registo e a triagem para todos os Utentes registados na Urgência, durante o período em análise; Número total de Utentes registados na Urgência, durante o período em análise.
Dedução	Anual
Pontos de penalização por desvio face ao Valor de Referência (VR)	$> VR: (n.º \text{ de pontos a definir}) \times [(\text{tempo médio verificado} / \text{valor de referência}) - 1]$ pontos
Penalidade por não monitorização	n.º de pontos a definir

48.	TEMPO MÉDIO DE ESPERA AJUSTADO PARA ATENDIMENTO APÓS TRIAGEM NA URGÊNCIA
Descrição	Pretende medir o tempo médio de espera dos Utentes entre a triagem e o momento em que recebem a primeira assistência médica, ajustado à casuística dos hospitais seleccionados do Grupo de Referência.
Justificação	<p>O estabelecimento de sistemas de triagem no Serviço de Urgência tem por objectivo definir prioridades, garantindo o atendimento prioritário e rápido aos Utentes com maiores necessidades assistenciais face a Utentes que apresentem necessidades de menor complexidade.</p> <p>Na medida em que o tempo de espera adequado entre a triagem e a primeira assistência médica varia consoante a classificação das necessidades dos Utentes, considera-se necessário calcular um tempo médio de espera ajustado, de forma a poder monitorizar com maior precisão os desvios que possam resultar de inadequabilidade no atendimento.</p>
Medida da Falha	<p>Somatório do tempo médio de espera dos Utentes entre a triagem e a primeira assistência médica, associado a cada nível de classificação, de acordo com o sistema de triagem de Manchester, ponderado pelo peso dos Utentes classificados no respectivo nível de triagem no total de Utentes submetidos a triagem nos hospitais do Grupo de Referência seleccionados para determinar o valor de referência.</p> <p>Mais concretamente, o tempo médio de espera ajustado para atendimento após triagem na Urgência calcula-se da seguinte forma:</p> $\sum_{i=1}^n [\text{Tempo médio de espera nível } i_{[Hosp]} \times \text{Peso nível } i_{[Grupo Ref.]}]$ <p>Em que:</p> <ul style="list-style-type: none"> Tempo médio de espera nível $i_{[Hosp]}$ = $\frac{\text{Somatório dos tempos de espera dos Utentes classificados no nível } i_{[Hosp]}}{N.^{\circ} \text{ Utentes classificados no nível } i_{[Hosp]}}$ <p>Em que:</p> <ul style="list-style-type: none"> Somatório dos tempos de espera dos Utentes classificados no nível $i_{[Hosp]}$, corresponde ao somatório do tempo de espera entre a triagem e a primeira assistência médica dos Utentes classificados no nível i do sistema de triagem de Manchester, no Hospital, durante o período em análise; $N.^{\circ}$ Utentes classificados no nível $i_{[Hosp]}$, corresponde ao número total de Utentes que foram classificados, no Hospital, no nível i do sistema de triagem de Manchester, durante o período em análise. i corresponde ao nível de classificação de acordo com o sistema de triagem de Manchester; Peso nível $i_{[Grupo Ref.]}$ = $\frac{\sum_{j=1}^m N.^{\circ} \text{ Utentes classificados no nível } i_{[Hospital j]}}{\sum_{j=1}^m N.^{\circ} \text{ Utentes triados no serviço de urgência}_{[Hospital j]}}$ <p>Em que:</p> <ul style="list-style-type: none"> $N.^{\circ}$ de Utentes classificados no nível $i_{[Hospital j]}$, corresponde ao número de Utentes classificados no nível i do sistema de triagem de Manchester, no hospital j, durante o período em análise; $N.^{\circ}$ Utentes triados no Serviço de Urgência $_{[Hospital j]}$, corresponde ao número total de Utentes que foram sujeitos à triagem de Manchester no hospital j, durante o período em análise; j, corresponde aos hospitais do Grupo de Referência seleccionados. <p>O valor de referência para o tempo médio de espera ajustado para atendimento após triagem na urgência corresponderá a:</p> $\frac{\sum_{j=1}^m \text{Somatório do tempo de espera dos Utentes}_{[Hospital j]}}{\sum_{j=1}^m N.^{\circ} \text{ Utentes triados no serviço de urgência}_{[Hospital j]}}$

48.	TEMPO MÉDIO DE ESPERA AJUSTADO PARA ATENDIMENTO APÓS TRIAGEM NA URGÊNCIA
	<p>Em que:</p> <ul style="list-style-type: none"> <i>Somatório do tempo de espera dos Utentes</i> $_{[Hospital j]}$, corresponde ao somatório do tempo de espera entre a triagem e a primeira assistência médica, para todos os Utentes submetidos à triagem de Manchester no hospital j, durante o período em análise; <i>N.º Utentes triados no Serviço de Urgência</i> $_{[Hospital j]}$, corresponde ao número total de Utentes submetidos à triagem de Manchester no hospital j, durante o período em análise; j, corresponde aos hospitais do Grupo de Referência seleccionados.
Inclui/Exclui	<p>Inclui:</p> <ul style="list-style-type: none"> Utentes submetidos a triagem no Serviço de Urgência, independentemente do seu destino (alta pelo médico, alta voluntária, Internamento, transferência para outro hospital, falecimento, entre outros), sendo que no caso de abandono da Urgência pelo Utente, após a triagem e antes da primeira assistência médica, para efeitos de cálculo deverá ser considerado o momento em que o Utente foi chamado para a primeira assistência médica.
Indicadores a Monitorizar	<ul style="list-style-type: none"> Para cada nível de prioridade do sistema de triagem: <ul style="list-style-type: none"> <i>Tempo médio de espera nível i</i> $_{[Hosp]}$ = $\frac{\text{Somatório dos tempos de espera dos Utentes classificados no nível } i_{[Hosp]}}{N.º \text{ Utentes classificados no nível } i_{[Hosp]}}$ <p>Em que:</p> <ul style="list-style-type: none"> <i>Somatório dos tempos de espera dos Utentes classificados no nível i</i> $_{[Hosp]}$, corresponde ao somatório do tempo de espera entre a triagem e a primeira assistência médica dos Utentes classificados no nível i do sistema de triagem de Manchester, no Hospital, durante o período em análise; <i>N.º Utentes classificados no nível i</i> $_{[Hosp]}$, corresponde ao número total de Utentes que foram classificados, no Hospital, no nível i do sistema de triagem de Manchester, durante o período em análise; i corresponde ao nível de classificação de acordo com o sistema de triagem de Manchester.
Dedução	Anual
Pontos de penalização por desvio face ao Valor de Referência (VR)	> VR: (n.º de pontos a definir) x [(tempo médio verificado/ valor de referência)-1] pontos
Penalidade por não monitorização	n.º de pontos a definir

49.	TAXA DE DOENTES QUE PERMANECEM NA URGÊNCIA (EXCLUINDO A UNIDADE DE OBSERVAÇÃO ²¹) MAIS DO QUE 3 HORAS
Descrição	<p>Pretende monitorizar os Utentes registados no Serviço de Urgência que permanecem neste serviço, excluindo a unidade de observação, mais do que 3 horas, independentemente do seu destino.</p> <p>Neste âmbito, entende-se por permanência no Serviço de Urgência, excluindo a unidade de observação, o período que decorre entre:</p> <ul style="list-style-type: none"> o registo do Utente no Serviço de Urgência até ao momento de saída do serviço por alta (alta voluntária ou alta pelo médico), independentemente do destino final do utente (domicílio, Internamento, transferência para outros hospitais, falecimento, entre outros), para os Utentes que não tenham sido transferidos para a unidade de observação do Serviço de Urgência; o registo do Utente no Serviço de Urgência até ao momento da transferência para a unidade de observação, para os Utentes que tenham sido transferidos para a unidade de observação do Serviço de Urgência.
Justificação	<p>A prestação de um serviço de qualidade em urgências depende, entre outros aspectos, da organização funcional do serviço, assim como a existência de suportes que permitam prestar o serviço de forma e em tempo adequado.</p> <p>Este parâmetro permite identificar a possível existência de circuitos inadequados, défices de coordenação, lacunas de recursos, serviços de suporte insuficientes, entre outros, com impactos ao</p>

²¹ Ou outra designação atribuída funcionalmente à unidade de observação, desde que cumpra a respectiva função.

49.	TAXA DE DOENTES QUE PERMANECEM NA URGÊNCIA (EXCLUINDO A UNIDADE DE OBSERVAÇÃO²¹) MAIS DO QUE 3 HORAS
	nível dos tempos de atendimento do Utente, em seu prejuízo.
Medida da Falha	[Número de Utentes registados no Serviço de Urgência, durante o período em análise, que permanecem no serviço mais do que 3 horas, independentemente do destino, excluindo o tempo de permanência na unidade de observação/ Número total de Utentes registados no Serviço de Urgência, durante o período em análise]
Inclui/Exclui	Inclui: <ul style="list-style-type: none"> Utentes que saem do Serviço de Urgência com ou sem alta voluntária. Exclui: <ul style="list-style-type: none"> Tempo de permanência na unidade de observação do Serviço de Urgência.
Indicadores a Monitorizar	<ul style="list-style-type: none"> Número de Utentes registados no Serviço de Urgência, durante o período em análise, que permanecem no serviço mais do que 3 horas, independentemente do destino, excluindo o tempo de permanência na unidade de observação; Número total de Utentes registados no Serviço de Urgência, durante o período em análise.
Dedução	Anual
Pontos de penalização por desvio face ao Valor de Referência (VR)	> VR: (n.º de pontos a definir) x [(taxa verificada/ valor de referência)-1] pontos
Penalidade por não monitorização	n.º de pontos a definir

50.	TAXA DE DOENTES QUE PERMANECEM NA URGÊNCIA (EXCLUINDO A UNIDADE DE OBSERVAÇÃO²²) MAIS DO QUE 6 HORAS
Descrição	<p>Pretende monitorizar os Utentes registados no Serviço de Urgência que permanecem neste serviço, excluindo a unidade de observação, mais do que 6 horas, independentemente do seu destino.</p> <p>Neste âmbito, entende-se por permanência no Serviço de Urgência, excluindo a unidade de observação, o período que decorre entre:</p> <ul style="list-style-type: none"> o registo do Utente no Serviço de Urgência até ao momento de saída do serviço por alta (alta voluntária ou alta pelo médico), independentemente do destino final do Utente (domicílio, Internamento, transferência para outros hospitais, falecimento, entre outros), para os Utentes que não tenham sido transferidos para a unidade de observação do Serviço de Urgência; o registo do Utente no Serviço de Urgência até ao momento da transferência para a unidade de observação, para os Utentes que tenham sido transferidos para a unidade de observação do Serviço de Urgência.
Justificação	<p>A prestação de um serviço de qualidade em urgências depende, entre outros aspectos, da organização funcional do serviço, assim como a existência de suportes que permitam prestar o serviço de forma e em tempo adequado.</p> <p>Este parâmetro permite identificar a possível existência de circuitos inadequados, défices de coordenação, lacunas de recursos, serviços de suporte insuficientes, entre outros, com impactos ao nível dos tempos de atendimento do utente, em seu prejuízo.</p>
Medida da Falha	[Número de Utentes registados no Serviço de Urgência, durante o período em análise, que permanecem no serviço mais do que 6 horas, independentemente do destino, excluindo o tempo de permanência na unidade de observação/ Número total de Utentes registados no Serviço de Urgência, durante o período em análise]
Inclui/Exclui	Inclui: <ul style="list-style-type: none"> Utentes que saem do Serviço de Urgência com ou sem alta voluntária. Exclui: <ul style="list-style-type: none"> Tempo de permanência na unidade de observação do Serviço de Urgência.

²² Ou outra designação atribuída funcionalmente à unidade de observação, desde que cumpra a respectiva função.

50.	TAXA DE DOENTES QUE PERMANECEM NA URGÊNCIA (EXCLUINDO A UNIDADE DE OBSERVAÇÃO ²²) MAIS DO QUE 6 HORAS
Indicadores a Monitorizar	<ul style="list-style-type: none"> Número de Utentes registados no Serviço de Urgência, durante o período em análise, que permanecem no serviço mais do que 6 horas, independentemente do destino, excluindo o tempo de permanência na unidade de observação; Número total de Utentes registados no Serviço de Urgência, durante o período em análise.
Dedução	Anual
Pontos de penalização por desvio face ao VR	> VR: (n.º de pontos a definir) x [(taxa verificada/ valor de referência)-1] pontos
Penalidade por não monitorização	n.º de pontos a definir

51.	TEMPO MÉDIO DE PERMANÊNCIA NO SERVIÇO DE URGÊNCIA
Descrição	<p>Pretende monitorizar o tempo médio de permanência no serviço de urgência, excluindo a unidade de observação.</p> <p>Neste âmbito, entende-se por permanência no serviço de urgência, excluindo a unidade de observação, o período que decorre entre:</p> <ul style="list-style-type: none"> o registo do utente no serviço de urgência até ao momento de saída do serviço por alta (alta voluntária ou alta pelo médico), independentemente do destino final do utente (domicílio, internamento, transferência para outros hospitais, falecimento, entre outros), para os utentes que não tenham sido transferidos para a unidade de observação do serviço de urgência; o registo do utente no serviço de urgência até ao o momento da transferência para a unidade de observação, para os utentes que tenham sido transferidos para a unidade de observação do serviço de urgência.
Justificação	<p>A prestação de um serviço de qualidade em urgências depende, entre outros aspectos, da organização funcional do serviço, assim como a existência de suportes que permitam prestar o serviço de forma e em tempo adequado.</p> <p>Este parâmetro permite identificar a possível existência de circuitos inadequados, défices de coordenação, lacunas de recursos, serviços de suporte insuficientes, entre outros, com impactos ao nível dos tempos de atendimento do utente, em seu prejuízo.</p>
Medida da Falha	[Somatório dos tempos de permanência dos Utentes atendidos no serviço urgências, contabilizado desde o registo dos Utentes no serviço de urgência até à sua saída, independentemente do destino, excluindo o tempo de permanência na unidade de observação/ Número total de Utentes atendidos no serviço de urgência]
Inclui/Exclui	<p>Inclui:</p> <ul style="list-style-type: none"> Utentes que saem do serviço de urgência com ou sem alta voluntária; <p>Exclui:</p> <ul style="list-style-type: none"> Tempo de permanência na unidade de observação de urgência.
Indicadores a Monitorizar	<ul style="list-style-type: none"> Somatório dos tempos de permanência dos Utentes atendidos no serviço urgências, contabilizado desde o registo dos Utentes no serviço de urgência até à sua saída, independentemente do destino, excluindo o tempo de permanência na unidade de observação; Número total de Utentes atendidos no serviço de urgência
Dedução	Anual
Pontos de penalização por desvio face ao Valor de Referência (VR)	> VR: (n.º de pontos a definir) x [(tempo médio verificado/ valor de referência)-1] pontos
Penalidade por não monitorização	n.º de pontos a definir

52.	TEMPO MÉDIO DE PERMANÊNCIA NA UNIDADE DE OBSERVAÇÃO ²³ DO SERVIÇO DE URGÊNCIA
Descrição	Pretende monitorizar o tempo médio de permanência na unidade de observação do serviço de urgência, desde a transferência do Utente para esta unidade até ao momento da saída da mesma, independentemente do destino final do Utente (domicílio, internamento, transferência para outros hospitais, falecimento, entre outros)
Justificação	A permanência de um Utente na unidade de observação do serviço de urgência, para além do efectivamente necessário, é prejudicial não só para o Utente que está na unidade de observação, mas também para Utentes que tenham efectivamente necessidade de estar, mas para os quais não exista espaço, ficando muitas vezes em corredores. Tais situações devem-se por vezes à selecção inadequada dos níveis de cuidados por parte dos médicos de urgência, assim como a falhas de circuitos e défices de coordenação, não só ao nível do serviço de urgência, mas também de outros serviços do hospital, como por exemplo, a ineficiência na gestão de camas de internamento, a gestão inadequada do transporte de utentes, entre outros.
Medida da Falha	[Somatório dos tempos de permanência dos Utentes atendidos na unidade de observação do serviço de urgência, contabilizados desde a transferência dos Utentes para a unidade de observação até à sua saída da unidade, independentemente do destino final dos Utentes/ Número total de Utentes atendidos na unidade de observação do serviço de urgência]
Inclui/Exclui	Inclui: <ul style="list-style-type: none"> Utentes transferidos para a unidade do serviço de observação para monitorização clínica, hemodinâmica, analítica, entre outras, incluindo os Utentes que, ainda que com ordem de internamento predefinida, devam passar pelo serviço de observação para obter um nível de monitorização ou vigilância adequado ao seu processo base.
Indicadores a Monitorizar	<ul style="list-style-type: none"> Somatório dos tempos de permanência dos Utentes atendidos na unidade de observação do serviço de urgência, contabilizados desde a transferência dos Utentes para a unidade de observação até à sua saída da unidade, independentemente do destino final dos Utentes Número total de Utentes atendidos na unidade de observação do serviço de urgência
Dedução	Anual (apenas por não monitorização)
Pontos de penalização por desvio face ao VR	> VR: obrigatoriedade de apresentar relatório justificativo do desvio
Penalidade por não monitorização	n.º de pontos a definir

53.	TAXA DE READMISSÃO NA URGÊNCIA NO PERÍODO ATÉ 24 HORAS
Descrição	Pretende medir as readmissões de Utentes no Serviço de Urgência num prazo de 24 horas, independentemente do motivo da readmissão.
Justificação	<p>Este parâmetro representa uma medida indirecta da qualidade dos serviços de saúde prestados. Mais concretamente, os regressos não programados ao Serviço de Urgência num curto espaço de tempo poderiam muitas vezes ser evitados, quer através de um diagnóstico e tratamento adequado na primeira deslocação do Utente, quer através de um melhor esclarecimento do Utente sobre como continuar o tratamento ou avaliar os sintomas.</p> <p>No entanto, é complexo comprovar se o motivo de retorno do Utente ao Serviço de Urgência é o mesmo que o fez dirigir ao serviço no momento anterior (uma complicação, um sintoma incorrectamente diagnosticado na primeira admissão ou um novo sintoma poderiam prejudicar a fiabilidade dos dados). Neste sentido, é preferível analisar um indicador que considere os regressos ao Serviço de Urgência por qualquer motivo, uma vez que deste modo o enviesamento é menor e menos relevante.²⁴</p>
Medida da Falha	[Número de Utentes que regressam à Urgência, durante o período em análise, num prazo de 24 horas do atendimento anterior, por qualquer motivo / Número de Utentes atendidos na Urgência, por qualquer motivo]
Inclui/Exclui	Exclui: <ul style="list-style-type: none"> Urgências pediátricas; Urgências obstétricas.
Indicadores a Monitorizar	<ul style="list-style-type: none"> Número de Utentes que regressam à Urgência, durante o período em análise, num prazo de 24 horas do atendimento anterior, por qualquer motivo; Número de Utentes atendidos na Urgência, por qualquer motivo.
Dedução	Anual

²³ Ou outra designação atribuída funcionalmente à unidade de observação, desde que cumpra a respectiva função

²⁴ Sociedad Española de Medicina de Urgencias e Emergencias; Sociedad Catalana de Medicina de Urgencias

53.	TAXA DE READMISSÃO NA URGÊNCIA NO PERÍODO ATÉ 24 HORAS
Pontos de penalização por desvio face ao Valor de Referência (VR)	$> VR: (n.º \text{ de pontos a definir}) \times [(taxa \text{ verificada} / \text{valor de referência}) - 1]$ pontos
Penalidade por não monitorização	n.º de pontos a definir

54.	TAXA DE READMISSÃO NA URGÊNCIA NO PERÍODO ATÉ 72 HORAS COM INTERNAMENTO
Descrição	Pretende medir as readmissões de Utentes no Serviço de Urgência num prazo de 72 horas, com subsequente internamento, independentemente do motivo da readmissão.
Justificação	<p>A monitorização deste parâmetro tem como objectivo principal controlar situações em que não se tenha realizado um diagnóstico e tratamento adequado ou em que tenham surgido complicações com gravidade suficiente para originar o internamento do Utente num período até 72 horas após a deslocação anterior ao Serviço de Urgência.</p> <p>Na medida em que é complexo comprovar se o motivo de retorno do Utente ao Serviço de Urgência é exactamente o mesmo que o fez dirigir ao serviço no momento anterior (uma complicação, um sintoma incorrectamente diagnosticado na primeira admissão ou um novo sintoma poderiam prejudicar a fiabilidade dos dados) é preferível analisar um indicador que considere os regressos ao Serviço de Urgência por qualquer motivo, uma vez que deste modo o enviesamento é menor e menos relevante.²⁵</p>
Medida da Falha	[Número de Utentes que regressam à Urgência, durante o período em análise, no prazo de 72 horas do atendimento anterior, por qualquer motivo, com internamento posterior / Número de Utentes atendidos na Urgência, durante o período em análise]
Inclui/Exclui	<p>Inclui:</p> <ul style="list-style-type: none"> Utentes transferidos para Internamento noutra hospital. <p>Exclui:</p> <ul style="list-style-type: none"> Urgências pediátricas; Urgências obstétricas.
Indicadores a Monitorizar	<ul style="list-style-type: none"> Número de Utentes que regressam à Urgência, durante o período em análise, no prazo de 72 horas do atendimento anterior, por qualquer motivo, com internamento posterior; Número de Utentes atendidos na Urgência, durante o período em análise.
Dedução	Anual
Pontos de penalização por desvio face ao Valor de Referência (VR)	$> VR: (n.º \text{ de pontos a definir}) \times [(taxa \text{ verificada} / \text{valor de referência}) - 1]$ pontos
Penalidade por não monitorização	n.º de pontos a definir

55.	TAXA DE UTENTES QUE ABANDONAM O SERVIÇO DE URGÊNCIA APÓS A TRIAGEM SEM SEREM ATENDIDOS
Descrição	<p>Pretende medir a percentagem de Utentes que abandonam o Serviço de Urgência sem um atendimento completo.</p> <p>Neste âmbito, considera-se atendimento completo em urgências o período que decorre entre a triagem do Utente no Serviço de Urgência até à alta clínica da urgência, incluindo, o diagnóstico, a realização de exames complementares de diagnóstico, a realização de tratamentos, a monitorização na unidade de observação, quando necessários, e o registo da alta clínica da urgência, independentemente do destino final do Utente (domicílio, Internamento, transferência para outros hospitais falecimento, entre outros).</p>

²⁵ Sociedad Española de Medicina de Urgencias e Emergencias; Sociedad Catalana de Medicina de Urgencias

55.	TAXA DE UTENTES QUE ABANDONAM O SERVIÇO DE URGÊNCIA APÓS A TRIAGEM SEM SEREM ATENDIDOS
	Neste sentido, entende-se por Utentes que abandonam o Serviço de Urgência após Triagem sem um atendimento completo, a saída de um Utente do Serviço de Urgência, sem que tenha sido registada a alta clínica da Urgência.
Justificação	O abandono por parte dos Utentes após Triagem sem atendimento completo é um indicador de insatisfação dos Utentes no que respeita à qualidade ou à acessibilidade aos serviços de urgência. Uma vez avaliado este indicador, será importante investigar as possíveis causas de abandono, nomeadamente a sua relação com os circuitos assistenciais projectados, a dotação de recursos, entre outros.
Medida da Falha	[Número de doentes sujeitos a Triagem no Serviço de Urgência, durante o período em análise, que abandonam o Serviço de Urgência sem atendimento completo / Número de doentes sujeito a Triagem no Serviço de Urgência, durante o período em análise]
Inclui/Exclui	Inclui: <ul style="list-style-type: none"> Utentes que abandonam o Serviço de Urgência, sem atendimento completo, sem qualquer comunicação formal; Utentes que abandonam o Serviço de Urgência, sem atendimento completo, que solicitam formalmente a alta voluntária. Exclui: <ul style="list-style-type: none"> Utentes classificados com a cor azul ou verde, de acordo com o sistema de triagem de Manchester
Indicadores a Monitorizar	<ul style="list-style-type: none"> Número de doentes sujeitos a triagem no Serviço de Urgência, durante o período em análise, que abandonam o Serviço de Urgência sem atendimento completo; Número de doentes sujeitos a Triagem no Serviço de Urgência, durante o período em análise.
Dedução	Anual
Pontos de penalização por desvio face ao Valor de Referência (VR)	> VR: (n.º de pontos a definir) x [(taxa verificada/ valor de referência)-1] pontos
Penalidade por não monitorização	n.º de pontos a definir

56.	TAXA DE OCORRÊNCIA DE QUEDAS DE UTENTES APÓS TRIAGEM NA URGÊNCIA
Descrição	Pretende medir as quedas de Utentes após Triagem no Serviço de Urgência, durante a sua permanência neste serviço. Neste âmbito, entende-se por permanência no Serviço de Urgência o período que decorre entre a Triagem do Utente no Serviço de Urgência até ao momento de saída do serviço por alta (alta voluntária ou alta clínica da urgência), independentemente do destino final do Utente (domicílio, Internamento, transferência para outros hospitais, falecimento, entre outros).
Justificação	A avaliação deste parâmetro é uma medida indirecta do nível de cuidados do pessoal enfermagem e do pessoal auxiliar de enfermagem, assim como do pessoal responsável pelo transporte de Utentes no interior do hospital.
Medida da Falha	[Número de quedas de doentes sujeitos a Triagem no Serviço de Urgência, durante o período em análise / Número de doentes registados no Serviço de Urgência, durante o período em análise]
Inclui/Exclui	Inclui: <ul style="list-style-type: none"> Quedas ocorridas após Triagem no Serviço de Urgência; Quedas ocorridas no interior do hospital durante as deslocações para a realização de exames complementares de diagnóstico ou a deslocação a outros serviços por solicitação do Serviço de Urgência.

56.	TAXA DE OCORRÊNCIA DE QUEDAS DE UTENTES APÓS TRIAGEM NA URGÊNCIA
Indicadores a Monitorizar	<ul style="list-style-type: none"> Número de quedas de doentes sujeitos a Triagem no Serviço de Urgência, durante o período em análise; Número de doentes sujeitos a Triagem no Serviço de Urgência, durante o período em análise.
Dedução	Anual
Pontos de penalização por desvio face ao Valor de Referência (VR)	$> VR: (n.º \text{ de pontos a definir}) \times [(taxa \text{ verificada} / \text{valor de referência}) - 1]$ pontos
Penalidade por não monitorização	n.º de pontos a definir

57.	CONSULTAS DE ALTA RESOLUÇÃO
Descrição	Entende-se por Consulta de Alta Resolução o processo assistencial de ambulatório em que se estabelece um diagnóstico, se realizam os exames complementares de diagnóstico necessários e se propõe o tratamento necessário num único dia.
Justificação	<p>A Consulta de Alta Resolução tem como objectivo estabelecer um diagnóstico em conjunto com o respectivo tratamento de um Utente no mesmo dia da consulta, realizando-se para tal os exames complementares, quando sejam necessários.</p> <p>O objectivo é, por um lado, assegurar com rapidez um diagnóstico e tratamento ao Utente, evitando o agravamento da sua situação clínica e, por outro lado, evitar, dentro do possível, as deslocações dos Utentes ao hospital, minimizando o seu desconforto e permitindo o acesso a Utentes com necessidades de Primeiras Consultas.</p>
Medida da Falha	[Número de Consultas de Alta Resolução / Total de Primeiras Consultas Externas para as especialidades objecto de Consultas de Alta Resolução]
Inclui/Exclui	<p>Inclui:</p> <ul style="list-style-type: none"> As Primeiras Consultas realizadas para as seguintes especialidades: <ul style="list-style-type: none"> Anestesiologia; Cardiologia; Cirurgia Geral; Dermatologia; Gastrenterologia; Ginecologia e Obstetrícia; Imuno-hemoterapia Pneumologia; Neurologia; Oftalmologia; Otorrinolaringologia; Pediatria; Medicina Física e Reabilitação; Ortopedia; Urologia. <p>Exclui:</p> <ul style="list-style-type: none"> Não serão consideradas como Consultas de Alta Resolução as Primeiras Consultas realizadas nas especialidades acima indicadas que, para o mesmo episódio de doença, exijam, pelo menos, uma Consulta Subsequente ou um exame complementar a realizar num dia diferente do da Primeira Consulta.
Indicadores a Monitorizar	<ul style="list-style-type: none"> Número de Consultas de Alta Resolução efectivamente realizadas Total de Primeiras Consultas Externas para as especialidades objecto de Consultas de Alta Resolução
Dedução	Anual (apenas por não monitorização)
Pontos de penalização por desvio face ao Valor de Referência (VR)	$< VR:$ obrigatoriedade de apresentar relatório justificativo do desvio
Penalidade por não monitorização	n.º de pontos a definir

9. AGRADECIMENTO DOS CONTRIBUTOS

- ADELINA GOMES	- FRANCISCO CABRAL	- LUÍS PORTO GOMES
- ADMINISTRAÇÃO CENTRAL DO SISTEMA DE SAÚDE, IP	- FRANCISCO GEORGE	- MANUEL BARBOSA
- ADRIANO NATÁRIO	- FUNDAÇÃO FRANCISCO MANUEL DOS SANTOS	- MANUEL LEMOS
- AFONSO PEDROSA	- GUILHERME VITORINO	- MARIA JORGE ARROZ
- AIDA BATISTA	- HELENA ALMEIDA	- MIGUEL CASTELO-BRANCO
- ALEXANDRE DINIZ	- INÊS GUERREIRO	- MIGUEL GOUVEIA
- ALICE PAIS	- INFARMED	- MIGUEL VIGEANT GOMES
- ÁLVARO ALMEIDA	- INSPECÇÃO-GERAL DAS ACTIVIDADES EM SAÚDE	- NATÉRCIA MIRANDA
- ANTÓNIO ALVES	- JOÃO DIAS	- OCTÁVIO CUNHA
- ANTÓNIO BARRETO	- JOÃO GAMELAS	- PAULA DIAS ALMEIDA
- ANTÓNIO DIAS ALVES	- JOÃO LOBO ANTUNES	- PAULA LOBATO DE FARIA
- ANTÓNIO FERREIRA	- JOÃO LOURO	- PAULO SOUSA
- ANTÓNIO JOSÉ SIMÕES	- JOÃO OLIVEIRA	- PEDRO GOMES
- ANTÓNIO LOURENÇO	- JOÃO PAULO LOPES DA CRUZ	- PEDRO PITA BARROS
- ANTÓNIO LÚCIO BAPTISTA	- JOÃO PICOTO	- RAUL MASCARENHAS
- ANTÓNIO MELO GOUVEIA	- JOÃO QUEIROZ E MELO	- RITA ESPANHA
- ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE ENFERMEIROS	- JOÃO SAMPAIO	- RUI DINIZ
- ASS. PORTUGUESA DE ENFERMEIROS GESTORES E LIDERANÇA	- JOAQUIM SÁ COUTO	- SANDY SEVERINO
- ARMANDO ALCOBIA	- JORGE ABREU SIMÕES	- SECRETARIA-GERAL DO MS
- ARTUR VAZ	- JORGE BRANCO	- SÉRGIO GOMES
- ASS. ENFERMEIROS DE SALA DE OPERAÇÕES PORTUGUESA	- JORGE DOS REIS	- TEÓFILO LEITE
- ASS. PORTUGUESA DOS FARMACÊUTICOS HOSPITALARES	- JORGE MORGADO	- TERESA PESSANHA GOMES
- CARLOS ARROZ	- JORGE NUNES DE OLIVEIRA	- TERESA SUSTELO
- CARLOS COSTA	- JORGE SIMÕES	- UNIÃO DAS MISERICÓRDIAS PORTUGUESAS
- CLARA CARNEIRO	- JORGE TORGAL	- VITOR HERDEIRO
- DANIEL FERREIRA POLÓNIA	- JOSÉ CARLOS LOPES MARTINS	- VITOR RAMOS
- DANIEL SERRÃO	- JOSÉ CARLOS NASCIMENTO	
- DEOLINDA FERREIRA	- JOSÉ FONSECA	
- ELAINE PINA	- JOSÉ MANUEL BOQUINHAS	
- FÁTIMA CANDOSO	- LUÍS CAMPOS	
- FEDERAÇÃO NACIONAL DOS PRESTADORES DE CUIDADOS DE SAÚDE	- LUÍS MANUEL BRITO	
- FERNANDES E FERNANDES	- LUÍS MAURÍCIO SANTOS	
- FERNANDO RODRIGUES	- LUIS MENEZES	
	- LUÍS PISCO	
	- LUÍS PORTELA	

