



Rita Jacinta Ferreira da Costa

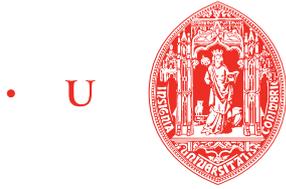
O ANTES E O APÓS DA DEVOUÇÃO À MISERICÓRDIA DO HOSPITAL JOSÉ LUCIANO DE CASTRO — ANADIA: UM ESTUDO DE CASO.

Relatório de Estágio apresentado à Faculdade de Direito da Universidade de Coimbra
no âmbito do 2.º Ciclo de Estudos em Administração Pública Empresarial.

Coimbra, 2017



UNIVERSIDADE DE COIMBRA



• C •

FDUC FACULDADE DE DIREITO
UNIVERSIDADE DE COIMBRA

Rita Jacinta Ferreira da Costa

***O Antes e o Após da Devolução à Misericórdia do Hospital José
Luciano de Castro – Anadia: Um Estudo de Caso.***

Relatório de Estágio apresentado à Faculdade de Direito da Universidade
de Coimbra no âmbito do 2.º Ciclo de Estudos em Administração Pública
Empresarial.

Orientadora: Doutora Maria do Céu Colaço dos Santos

Coimbra

2017

AGRADECIMENTOS

O fim desta etapa representa o fim de uma longa jornada e por isso não podia terminá-la sem antes agradecer a quem tornou toda esta etapa possível e menos difícil.

Em primeiro lugar, quero agradecer à Doutora Céu Colaço, minha orientadora, pela preciosa ajuda e orientação, pelos incentivos e pela disponibilidade que mostrou no desenrolar deste relatório.

Em segundo lugar, gostaria de agradecer à equipa da Área Funcional de Prestações Específicas, inserida no Departamento de Planeamento e Contratualização na ARSC, tão bem me acolheram ao longo dos 6 meses de estágio, em especial ao meu supervisor, o Dr. Maurício Alexandre, que tornou possível o meu estágio nesta entidade, ao Dr. João Paulo Gonçalves, à Dra. Paula Godinho e ao Dr. Paulo Rodrigues.

Um especial agradecimento aos meus pais, o meu pilar, a quem eu devo tudo e no qual este meu percurso académico nunca seria possível sem o apoio incondicional que me dão.

À minha família, que é também uma peça fundamental na minha vida, especialmente à minha prima Susana Salvado, que está sempre presente e que me mostrou o verdadeiro significado de amor de irmãos.

Aos meus amigos, Carolina Bidarra, Cláudia Teixeira, o meu agradecimento mais profundo, pois nunca me falharam quando mais precisei.

E, por último mas não menos importante, ao meu namorado, o meu porto de abrigo, Rui Teixeira, pela compreensão, pela ajuda, pelo apoio e carinho que recebo todos os dias e que sem ele, este desafio também não teria sido possível.

RESUMO

Este trabalho resulta do estágio realizado na ARSC, I.P. e no culminar do Mestrado em Administração Pública Empresarial. Apresenta-se um caso de estudo, realizado em Portugal, sobre o desempenho hospitalar no antes e o após da devolução do Hospital José Luciano de Castro de Anadia (HJLC) à Santa Casa da Misericórdia de Anadia. O estudo conclui sobre as vantagens e desvantagens que essa devolução trouxe ao hospital e a importância da qualidade para os resultados de produção obtidos. Para o efeito, recolheram-se alguns dados dos anos da pré-devolução (2013 e 2014) e do ano da pós-devolução (2015), tais como as consultas e as cirurgias contratualizadas entre a ARSC, I.P. e o HJLC e a respetiva produção do hospital nestes três anos, fazendo-se as respetivas comparações.

Os resultados deste caso de estudo demonstram-nos que, de uma forma geral, a devolução deste hospital de Anadia à Santa Casa da Misericórdia de Anadia foi vantajosa, quer em termos de indicadores de produção e de poupança.

Palavras-Chave: Contratualização no Setor da Saúde; Hospital; Gestão da Qualidade; Qualidade de Serviço na Saúde.

ABSTRACT

This work is the result of the internship at ARSC, I.P. and at the culmination of the Master in Entrepreneurs Business Administration. A case study was carried out in Portugal on hospital performance before and after the devolution of the Hospital José Luciano de Castro of Anadia (HJLC) to the Santa Casa da Misericórdia of Anadia. The study concludes on the advantages and disadvantages that this devolution brought to the hospital and the importance of the quality for the obtained results of production. For this purpose, some data were collected on the pre-return years (2013 and 2014) and post-devolution year (2015), such as consultations and contractualized surgeries between ARSC, I.P. And the HJLC and its production of the hospital in these three years, making the respective comparisons.

The results of this case study demonstrate that, in general, the return of this hospital of Anadia to Santa Casa da Misericórdia of Anadia was advantageous, both in terms of production and savings indicators.

Keywords: Health Sector Contract; Hospital; Quality management; Quality of Service in Health.

ÍNDICE GERAL

AGRADECIMENTOS	III
RESUMO.....	IV
ABSTRACT.....	V
ÍNDICE GERAL.....	VI
LISTA DE ABREVIATURAS	VIII
ÍNDICE DE FIGURAS	X
ÍNDICE DE QUADROS	XI
ÍNDICE DE GRÁFICOS	XIII
CAPÍTULO I: INTRODUÇÃO.....	1
CAPÍTULO II: ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	3
2.1 Introdução	3
2.2 Gestão da Qualidade	3
2.2.1 A Qualidade	3
2.2.2 Gestão da Qualidade Total.....	5
2.2.2.1 Etapas da Qualidade Total.....	5
2.2.3 Norma ISO 9001:2008	6
2.2.4 Modelo de Excelência EFOM.....	7
2.2.5 Qualidade nos Serviços	9
2.2.6 Qualidade nos Serviços de Saúde	9
2.3 Contratualização no Setor da Saúde.....	14
2.3.1 Tipos, Dimensões e Conteúdo dos Contratos	16
2.3.2 Acompanhamento e Controlo	19
2.4 Conclusão.....	20
CAPÍTULO III: ESTUDO DE CASO	22
3.1 Introdução	22
3.2 Enquadramento da Instituição de Estágio	22
3.2.1 Administração Regional de Saúde	22

3.2.2	Departamento de Planeamento e Contratualização	25
3.3	Definições	27
3.4	Hospital EPE <i>Versus</i> Hospital SPA	29
3.4.1	Principais Diferenças entre Hospitais EPE e Hospitais SPA.....	30
3.5	Hospital José Luciano de Castro (HJLC) – Anadia	32
3.5.1	Hospital José Luciano de Castro, Anadia – Antes da Devolução à Misericórdia	33
3.6	Devolução às Misericórdias	35
3.7	Hospital José Luciano de Castro, Anadia – Após a Devolução à Misericórdia.....	37
3.8	Análise de Dados.....	40
3.8.1	Estudo Prévio da Devolução do Hospital José Luciano de Castro a Misericórdia de Anadia.....	41
3.8.2	Produção Contratada e Renumeração	45
3.8.2.1	Pré-Devolução do Hospital José Luciano de Castro à Misericórdia de Anadia.....	45
3.8.2.2	Pós-Devolução do Hospital José Luciano de Castro à Misericórdia de Anadia.....	47
3.8.3	Comparação entre dados de 2013, 2014 (pré-devolução) e 2015 (pós- devolução).....	49
3.8.3.1	Contratualizado <i>Versus</i> Realizado – Consultas.....	49
3.8.3.2	Resumo de consultas dos anos de 2013 a 2015.....	54
3.8.3.3	Contratualizado <i>Versus</i> Realizado – Cirurgias (GDH)	56
3.8.3.4	Resumo de GDH dos anos de 2013 a 2015	61
3.9	Conclusão.....	63
CAPÍTULO IV: CONCLUSÃO		64
4.1	Conclusão Geral	64
4.2	Implicações para os Gestores	66
4.3	Direção para futuros trabalhos	66
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....		67
ANEXOS.....		70
Índice de Anexos.....		71

LISTA DE ABREVIATURAS

ACES – Agrupamentos de Centros de Saúde.

ACSA – Modelo Nacional de Acreditação em Saúde (*Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucia*).

ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde.

AFPE – Área Funcional de Prestações Específicas.

APQ – Associação Portuguesa para a Qualidade.

ARS – Administração Regional de Saúde.

ARSC – Administração Regional de Saúde do Centro.

CTH – Consulta a Tempo e Horas.

DGS – Direção-Geral da Saúde.

DPC – Departamento de Planeamento e Contratualização.

DQS – Departamento de Qualidade na Saúde.

EFQM – *European Foundation for Quality Management*.

EPE – Entidades Públicas Empresariais.

GDH – Grupo de Diagnóstico Homogéneo.

GQT – Gestão da Qualidade Total.

HJLCMA – Hospital José Luciano de Castro da Misericórdia de Anadia.

ICM – Índices de *Case-Mix*.

I.P. – Instituto Público.

IPQ – Instituto Português da Qualidade.

IPSS – Instituições Particulares de Solidariedade Social.

ISO – *International Organization Standardization*.

LIC – Lista de Inscritos para Cirurgia.

MCDDT – Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica.

PE – Postos de Empresa.

PNS – Plano Nacional de Saúde.

RNU – Registo Nacional de Utentes.

SCMA – Santa Casa da Misericórdia de Anadia.

SIARS – Sistema Informático da Administração Regional de Saúde.

SICA – Sistema de Informação da Contratualização e Acompanhamento.

SICO – Sistema de Informação de Certificados de Óbito.

SIGIC – Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia.

SIGLIC – Sistema Informático de Gestão da Lista de Inscritos para Cirurgia.

SITAM – Sistema de Informação das Taxas Moderadoras.

SNS – Sistema Nacional de Saúde.

SONHO – Sistema Integrado de Informação Hospitalar.

SPA – Setor Público Administrativo.

SPMS – Serviços Partilhados do Ministério da Saúde.

TMRG – Tempos Máximos de Resposta Garantidos.

TQM – *Total Quality Management*.

ULS – Unidade Local de Saúde.

UMP – União das Misericórdias Portuguesas.

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: Critérios do Modelo de Excelência.....	8
Figura 2: Processo de Contratualização	15
Figura 3: Sistemas de Informação dos Hospitais	20
Figura 4: Organograma Ministério da Saúde	23
Figura 5: Fórmula Índice de <i>Case-Mix</i>	28

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1: Prioridades Estratégicas 2015 – 2020	11
Quadro 2: Estrutura Organizativa	30
Quadro 3: Conselho de Administração	30
Quadro 4: Delegação de Competências	31
Quadro 5: Estatuto dos Membros.....	31
Quadro 6: Custos do Contrato Pré e Pós-Devolução e poupança prevista.....	42
Quadro 7: Doentes em espera e tempo médio de espera – ACES Baixo Vouga e ACES Baixo Mondego.....	43
Quadro 8: Resumo da Previsão do número de profissionais no estudo prévio após a devolução.....	45
Quadro 9: Número de Médicos com e sem Vínculos.....	45
Quadro 10: Apêndice II do Acordo Modificativo – Objetivos Nacionais	46
Quadro 11: Apêndice II do Acordo Modificativo – Objetivos Regionais	47
Quadro 12: Adenda ao Anexo III do Acordo de Cooperação.....	48
Quadro 13: Níveis de Serviço e Objetivos de Qualidade.....	48
Quadro 14: Contratualizado (Consultas)	49
Quadro 15: Realizado (consultas em 2013 – pré-devolução)	50
Quadro 16: Realizado (consultas em 2014 – pré-devolução)	50
Quadro 17: Realizado (consultas em 2015 – pós-devolução)	51
Quadro 18: Realizado Total (2013 – pré-devolução)	52

Quadro 19: Realizado Total (2014 – pré-devolução)	53
Quadro 20: Realizado Total (2015 – pré-devolução)	53 e 54
Quadro 21: Taxa de Execução de Consultas	55
Quadro 22: Taxa de Variação de Consultas	56
Quadro 23: Contratualizado (GDH Médicos e Cirúrgicos)	57
Quadro 24: Realizado (cirurgias em 2013, pré-devolução)	57 e 58
Quadro 25: Realizado (cirurgias em 2014, pré-devolução)	58
Quadro 26: Realizado (cirurgias em 2014, pós-devolução)	59
Quadro 27: Realizado Total (2013, 2014 e 2015)	59 e 60
Quadro 28: Taxa de Execução de GDH	61
Quadro 29: Taxa de Variação de GDH	63
Quadro 30: Conclusão	65
Quadro 31: Indicadores de Qualidade Realizados do HJLCMA	65

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Doentes em espera ACES Baixo Mondego + ACES Baixo Vouga.....	43
Gráfico 2: Tempo Médio de Espera no Centro de Saúde – ACES Baixo Mondego + ACES Baixo Vouga	44
Gráfico 3: Contratualizado Vs. Realizado – Consultas (2013, 2014 e 2015).....	55
Gráfico 4: Contratualizado Vs. Realizado – GDH (2013, 2014 e 2015).....	62

CAPÍTULO I: INTRODUÇÃO

A saúde é talvez um dos bens mais essenciais e importantes na vida de um cidadão. E, nessa lógica, a Constituição da República Portuguesa prevê como um direito de acesso e tratamento, como referido no número 1 do seu artigo 64.º que afirma “*todos têm direito à proteção da saúde e o dever de a defender e promover*”. Na mesma linha, a Lei de Bases da Saúde também afirma, na sua alínea b) do número 1 da Base II, que “*é objetivo fundamental obter a igualdade dos cidadãos no acesso aos cuidados de saúde, seja qual for a sua condição económica e onde quer que vivam, bem como garantir a equidade na distribuição de recursos e na utilização de serviços*”

De uma forma intuitiva, sabemos que a qualidade está inserida em qualquer atividade na vida de uma pessoa tal como na vida de uma organização. As pessoas procuram sempre aquilo a que atribuem qualidade, pois sabemos que é isso que nos dá confiança em relação a tudo o que consumimos e particularmente quando se procura um serviço que cuide ou previna a nossa saúde. Assim sendo a saúde não tem preço, o custo que lhe associamos é a falta de qualidade no atendimento, no diagnóstico e no seu tratamento.

A Direção Geral de Saúde considera que subsistem múltiplas áreas na investigação em serviços de saúde que têm prioridade, particularmente o “*estudo das perceções e da satisfação do cidadão em relação aos serviços de saúde, ao acesso à informação e ao desempenho dos sistemas de reclamação*”. Este desiderato reforça a qualidade dos serviços de saúde para o bem-estar das populações.

O presente relatório de estágio é realizado no âmbito do Estágio Curricular, para a conclusão do Mestrado em Administração Pública Empresarial da Faculdade de Direito da Universidade de Coimbra. O estágio foi realizado na Administração Regional de Saúde do Centro (ARSC), com sede em Coimbra e teve a duração de seis meses.

O tema do Relatório é “O Antes e o Depois da Devolução à Misericórdia do Hospital José Luciano de Castro – Anadia: Um Estudo de Caso”. Neste relatório apresenta-se e discute-se um estudo de caso, no sentido de compreender as (des)vantagens da devolução do Hospital de Anadia à Santa Casa da Misericórdia de Anadia, tendo em conta os princípios subjacentes á qualidade nos serviços de saúde. Para o efeito, recolheram-se

alguns dados reportados aos anos da pré-devolução (2013 e 2014) e dados reportados ao ano da pós-devolução (2015). Estes dados referem-se à produção hospitalar no que concerne ao número de consultas e de cirurgias contratualizadas entre a ARSC, I.P. e o HJLC e a respetiva comparação entre o efectivado e o contratualizado.

Em termos estruturais, este relatório está dividido em 4 capítulos.

O primeiro capítulo, inicia-se com a **Introdução**.

No segundo capítulo, intitulado de **Enquadramento Teórico**, são definidos os conceitos da gestão da qualidade, as suas componentes e características, assim como metodologias de avaliação da qualidade tais como a ISO 9001:2008 e o modelo EFQM.

No terceiro capítulo, capítulo do **Estudo de Caso**, faz-se o enquadramento da instituição de estágio, enquadra-se o objeto de estudo, diferenciando-se o hospital EPE do hospital SPA. Por fim segue-se o caso de estudo, iniciando-se pela do Hospital José Luciano de Castro de Anadia antes e depois da devolução à Misericórdia.

Por último, no quarto capítulo, faz-se a **Conclusão** deste trabalho bem como se refere algumas linhas gerais as implicações para os gestores, apresentam-se as lacunas e diretrizes para futuros trabalhos.

CAPÍTULO II: ENQUADRAMENTO TEÓRICO

2.1. Introdução

Neste capítulo, na primeira parte, aborda-se o conceito de qualidade bem como a Norma ISO e o modelo de excelência europeu: EFQM.

Numa segunda parte, enquadra-se o tema com o estudo de caso deste relatório de estágio, fazendo-se referência ao conceito de qualidade total, qualidade de serviço na saúde e qualidade na saúde. Faz-se menção aos indicadores de qualidade do Hospital da Misericórdia de Anadia e aborda-se o modelo ACSA, o processo de acreditação em saúde.

Por último, define-se a contratualização e os tipos de contratos utilizados de acordo com as negociações realizadas e as desvantagens da contratualização, enquadrando já esta teoria com o estudo de caso.

2.2. Gestão da Qualidade

2.2.1. A Qualidade

Qualidade é satisfazer da melhor maneira as necessidades dos consumidores, acrescentando valor para o cliente, isto é mais benefícios e menos custos, para cumprir normas e procedimentos internos de modo eficiente (Lopes, 2010). Porém, a qualidade de um produto que siga os padrões e normas exigidas pelos processos e que cumpra todos os requisitos e especificações pode não ter a qualidade necessária para satisfazer o cliente. É um modo de gestão das organizações em que as pessoas devem desenvolver corretamente as suas funções, no momento certo e com os menores custos, onde necessariamente precisam dominar e usar conhecimentos para alcançar os seus objetivos.

Alguns gurus da qualidade, como W. Edwards Deming¹, Joseph Juran², Philip Crosby³, Kaoru Ishikawa, Armand Feigenbaum, Genichi Taguchi, focaram-se

¹ “Se tivesse de resumir a minha mensagem aos gestores apenas a algumas palavras, diria que tudo tinha a ver com a redução da variação” (Deming, 1990).

² Juran defende que a qualidade é necessária quer na perspetiva das aptidões dos produtos, quer na perspetiva da ausência de deficiências e que isto acontece através de projetos de melhoria estabelecidos em todas as partes da empresa (Gryna e Juran, 1991).

³ Crosby defende que a qualidade é “conformidade aos requisitos, fazendo bem à primeira”, isto é, qualidade como o grau de conformidade de um produto com a sua conceção ou especificação (cit. em Bank, 1998)

essencialmente na necessidade de melhorias contínuas e desenvolveram um conjunto de elementos-chave da qualidade. A qualidade pode ainda ser definida como:

Excelência (Bednar, 1994): Este termo volta a surgir com a introdução do Modelo de Excelência Europeu. A qualidade é avaliada de uma forma qualitativa e é reconhecida pela propriedade que uma pessoa aprende a reconhecer pela experiência. Significa investimento do melhor esforço e capacidade para produção do mais fino e admirável resultado possível;

Valor (Feigenbaum, 1968): Qualidade é valor de uso, pois está-lhe subjacente a ideia de funcionalidade, comparabilidade e subjetividade. A qualidade tem subjetividade, pois é pela percepção que o utilizador/consumidor/cliente vê um produto ou serviço de qualidade. Um produto de qualidade é aquele que proporciona um bom desempenho a um preço aceitável. Significa o melhor para certas condições dos utilizadores/consumidores, ou seja, o melhor resultado possível tendo em conta o custo e o preço;

Conformidade com as especificações (Juran, cit. em Bank, 1998): É a forma de produzir um produto conforme as especificações ou padrões, inspeccionando os defeitos com o objetivo de minimizar falhas;

Expetativas dos consumidores/utilizadores (Gronroos, 2000): Não obstante a satisfação dos clientes, é necessário superar as suas expetativas. Nesta linha, as empresas devem ser proativas, pois a “*qualidade é aquilo que o cliente percebe*” (Gronroos, 2000) e por isso a qualidade está relacionada com a capacidade da organização responder;

Estas características podem agregar-se em quatro dimensões (Pires, 2007): a **qualidade de conceção** (medida em que o projeto incorpore as necessidades e as expetativas do cliente), a **qualidade do fabrico/prestação de serviço** (medida em que o produto ou serviço está de acordo com as especificações/padrões através de uma standardização), **qualidade na utilização** (medida em que o produto ou serviço cumpre os requisitos que o consumidor pretende dele) e **qualidade relacional** (medida da eficácia dos contatos com os clientes, pois a qualidade é afetada por todas as pessoas que contactam os clientes).

A qualidade é importante uma vez que não é negociável, pois a não qualidade faz perder clientes e recuperar um cliente é mais difícil do que, por exemplo, entregar um produto fora de prazo. A qualidade penetra em toda a parte, porque é necessário existirem recursos disponíveis e é necessário uma gestão de topo que dê importância à qualidade. Aumenta a produtividade, isto é, ao eliminar-se os desperdícios aumenta-se a eficiência que, por sua vez, aumenta a produtividade e permite conseguir melhores desempenhos no mercado. Uma empresa pode viver sem um departamento de qualidade, mas não pode viver sem a função de qualidade.

2.2.2. Gestão da Qualidade Total

A gestão da qualidade total, em inglês, *Total Quality Management* (TQM), foi desenvolvida por W. Edwards Deming, Joseph Juran e Armand Feigenbaum e pode-se definir como “*o atendimento pleno das necessidades de um cliente/utente*” (Periard, 2013). A premissa básica da qualidade total é que o processo de uma organização decorre do nível de qualidade que ela oferece ao cliente, integrando a produção e todos os processos que lhe dão suporte aos procedimentos da qualidade. Diz-se “total” pois o seu objetivo principal é a implicação de todos os colaboradores da empresa (Vivien, 2004), sejam fornecedores, *stakeholders* ou os próprios membros da organização, ou seja, é a envolvimento de tudo e todos na organização. Feigenbaum definia a GQT como “*um sistema eficaz que integra o desenvolvimento da qualidade, a manutenção da qualidade e os esforços de melhoria da qualidade entre os diferentes setores da empresa, com o objetivo de criar produtos/serviços com o máximo de economia possível e a plena satisfação dos consumidores*”.

2.2.2.1. Etapas da Qualidade Total

A Gestão da Qualidade Total é um conceito de controlo que atribui às pessoas, e não somente aos gerentes e dirigentes, a responsabilidade pelo alcance de padrões de qualidade. A qualidade total está baseada no *empowerment* das pessoas que proporciona aos funcionários a autoridade para tomar decisões que normalmente eram dadas aos gerentes. Assim, os funcionários podem resolver questões sem ter que consultarem os seus gerentes a todo o momento, poupando tempo e agilizando a resolução de problemas (Lopes, 2010). Este processo de *empowerment* traz benefícios tanto para a empresa como para os clientes, que tem as suas necessidades atendidas num curto espaço

de tempo, economizando tempo e dinheiro à organização e garante ainda, a satisfação dos seus clientes.

2.2.3. Norma ISO 9001:2008

A ISO 9001:2008 iniciou-se nos setores industriais, mas atualmente existem organizações certificadas em todos os setores de atividade. Esta norma é importante pois fornece requisitos mínimos para o Sistema de Gestão da Qualidade (SGQ). É o reconhecimento formal da conformidade com determinadas normas de referência ou especificações. O movimento da qualidade está associado à certificação da norma ISO 9001, em quase todo o mundo.

A documentação é sempre necessária no âmbito do SGQ, nomeadamente a nível de procedimentos, impressos e especificações. Contudo, o SGQ deve estar primariamente focado nos processos e resultados e não nos documentos que são um meio para chegar aos resultados, ou seja, para demonstrar a capacidade de fornecer de modo consistente produtos e serviços que cumprem os requisitos (Fonte: *IPQ*).

Segundo esta norma ISO, a qualidade assenta em oito princípios:

- 1) **A focalização no cliente:** as organizações dependem dos seus clientes e, conseqüentemente devem compreender as suas necessidades, atuais e futuras, satisfazer os seus requisitos e se possível excederem as suas expetativas;
- 2) **Liderança:** os líderes estabelecem a finalidade e a orientação da organização. Devem criar e manter um ambiente interno que permita o pleno desenvolvimento das pessoas para atingirem os objetivos individuais, coletivos e da organização;
- 3) **Envolvimento:** envolver todos, desde o cliente à gestão, havendo comunicação dentro do departamento daquilo que se pretende;
- 4) **Abordagem por processo:** várias atividades de uma organização como um processo, com entradas e saídas devidamente identificadas de obter os resultados desejados, ou seja, desde a receção de um produto, do seu acompanhamento até ao resultado final;
- 5) **Abordagem à gestão através de um sistema (SGQ):** visto como um sistema para que uma organização atinja os seus objetivos com eficácia e eficiência. Deve ainda,

a organização, identificar, compreender e gerir os processos inter-relacionados como um sistema;

- 6) **Melhoria contínua:** deve-se fazer um acompanhamento do produto desde o seu início até ao fim, bem como saber identificar os pontos fracos e tentar descobrir as causas dos problemas, agindo em conformidade sobre essas mesmas causas;
- 7) **Abordagem à tomada de decisões:** é baseada em factos. As decisões eficazes devem ser sempre baseadas na análise de informação e de dados;
- 8) **Relações mutuamente benéficas:** uma organização depende dos seus clientes, mas também dos fornecedores e, por isso, devem-se ir criando uma relação de benefício mútuo.

2.2.4. Modelo de Excelência EFQM

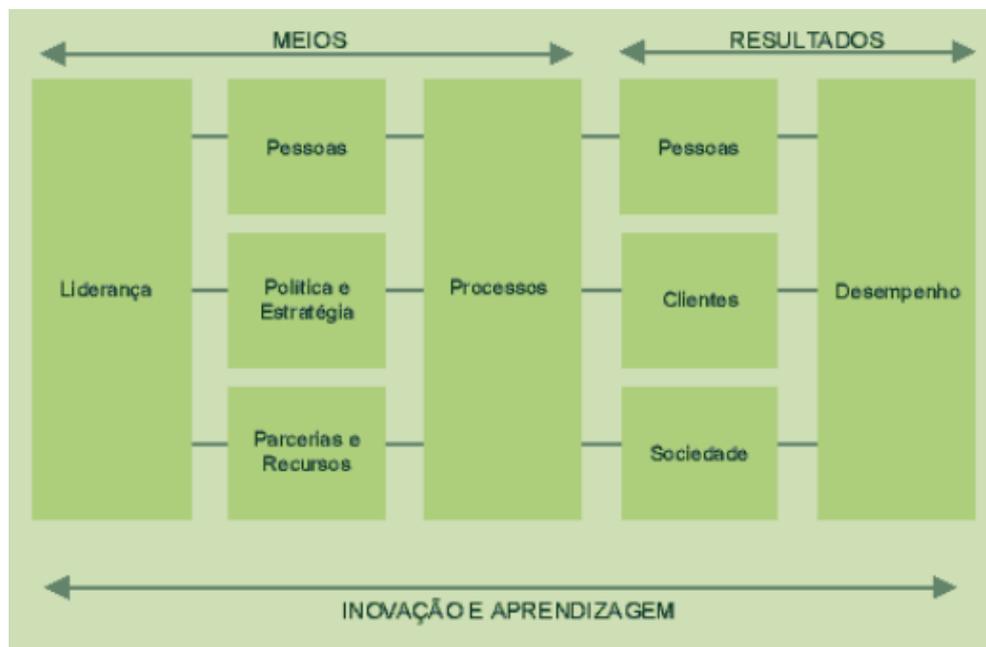
A *European Foundation for Quality Management* (EFQM) é uma associação sem fins lucrativos, fundada a 15 de setembro de 1988 por catorze empresas líderes a nível europeu⁴, tendo em 2016 mais de 4.500 empresas. Decorridos 25 anos após a sua criação verificou-se uma evolução da Fundação para se adaptar às várias alterações no mercado global. Os objetivos principais desta Fundação são o aumento da competitividade das organizações e o desenvolvimento sustentável das economias europeias. A EFQM é a entidade responsável pelo Modelo de Excelência. A sua missão enquanto Fundação Europeia está focada na motivação das organizações para adquirir uma excelência sustentável, encorajando os líderes para a formação, partilha e inovação baseadas no Modelo de Excelência da EFQM. Os seus valores traduzem-se na promoção da excelência, na criação de confiança através de um comportamento aberto, transparente e fiável, no desenvolvimento de parcerias mutuamente benéficas e no envolvimento de pessoas.

O Modelo fornece uma plataforma e linguagem comuns para a partilha de experiências e aprendizagem com os outros. É uma ferramenta da autoria da associação Europeia EFQM que tem como objetivo materializar um conjunto de conceitos fundamentais relacionados com a qualidade, num sistema de gestão estruturado associado à qualidade total. Têm por missão conduzir as organizações através da partilha de boas práticas a um nível de desempenho excelente. Ao Modelo podem pertencer tanto entidades públicas como entidades privadas. A avaliação através do modelo permite verificar a

⁴ Como, por exemplo, a Fiat, Bosch, Renault, Volkswagen, Philips, Nestlé.

situação atual das entidades no caminho para a excelência, desempenhando ainda um papel predominante na percepção dos pontos fortes destas e na análise de potenciais falhas na relação da sua missão e visão. O modelo adequa as necessidades de cada organização, fazendo uso de um vocabulário comum facilitando a comunicação de ideias. Estas performances são realizadas através de três componentes integradas que descrevem e identificam o modelo EFQM, nomeadamente os conceitos fundamentais da excelência: os princípios, que são fundamentais para a prossecução da excelência, o modelo da excelência EFQM (um quadro que ajuda organizações a converter os conceitos fundamentais) e, por fim, a lógica RADAR⁵. O Modelo de Excelência EFQM tem 9 critérios: 5 são “meios” e 4 são “resultados”. Os “meios” abrangem aquilo que uma organização faz e o modo como o faz; os “resultados” abrangem o que uma organização alcança. Permite compreender a relação de causa e efeito entre os “meios” e os “resultados”.

Figura 1 – Critérios do Modelo de Excelência.



Fonte: *efqm.org*.

⁵ **RADAR** – determinar os **resultados** que espera obter como parte da sua estratégia; planear e desenvolver um conjunto integrado de **abordagens** sólidas para alcançar os resultados requeridos, tanto no presente como no futuro; **desdobrar** as abordagens de uma forma planeada, garantindo a sua implementação; **avaliar** e **rever** as abordagens implementadas, através da monitorização e análise dos resultados alcançados e das atividades de aprendizagem concretizadas. Esta lógica baseia-se no conceito **PDCA** – *Plan-Do-Check-Act*, como um ciclo de melhoria contínua.

2.2.5. Qualidade nos Serviços

Um serviço é uma combinação de resultados e experiências prestadas a clientes ou prestadas por eles. Gronroos (cit. em Pinto, 2003) define, serviço como sendo “*um processo constituído por um conjunto de atividades mais ou menos intangíveis que são concretizados pela interação entre o cliente e os recursos da entidade prestadora*”. Os serviços são, com maior ou menor extensão, produzidos e consumidos simultaneamente. O cliente participa na produção e processo do serviço.

É preciso pensar em serviços de qualidade, focados nos clientes e na superação das suas expectativas. É necessário planejar, executar, verificar e agir em conformidade com os dados recolhidos numa constante melhoria não só do produto mas também dos próprios serviços inerentes.

Os serviços são caracterizados da seguinte maneira (Pinto, 2003):

- **Processo** (os serviços são constituídos por um conjunto de atividades e não por bens);
- **Intangibilidade** (há dificuldade em demonstrar os atributos, o que dificulta também a sua armazenagem, pois são intangíveis);
- **Simultaneidade ou Inseparabilidade** (serviços são produzidos e consumidos ao mesmo tempo);
- **Heterogeneidade** (variabilidade de acordo com a intervenção humana);
- **Perecibilidade** (os serviços esgotam-se no ato da prestação. Não permitem a existência de inventários para a gestão da flutuação da procura-oferta).

2.2.6. Qualidade nos Serviços de Saúde

A qualidade na saúde é uma exigência por parte de todos os cidadãos, uma vez que são os utentes quem recebem a prestação de cuidados. O objetivo primordial da qualidade na saúde é a satisfação dos utentes. A qualidade na saúde pode medir-se, por exemplo, pelo bom atendimento, pelos tempos curtos de espera e por um diagnóstico e tratamento fiável a um preço justo.

O *Institute of Medicine* dos Estados Unidos da América, citado por Campos, Saturno e Carneiro (2010) afirma que “*o grau em que os serviços de saúde para os*

indivíduos e populações aumentam a problemática de se atingirem os resultados de saúde desejados de acordo com o conhecimento profissional corrente” e a máxima adotada pelo Plano Nacional de Saúde (PNS) para a qualidade na saúde é a “prestação de cuidados acessíveis e equitativos, com um nível profissional ótimo, que tenha em conta os recursos disponíveis e consiga a adesão e satisfação dos utilizadores”.

Há uma crescente preocupação na melhoria contínua da qualidade neste setor e por isso foi criada uma entidade com atribuições bastante específicas no âmbito da melhoria contínua da qualidade na prestação de cuidados: o Departamento da Qualidade na Saúde (DQS). O DQS tem como missão “*promover e disseminar nas instituições prestadoras de cuidados de saúde uma melhoria contínua da Qualidade*”, tal como nos cita o próprio DQS. No processo de melhoria contínua deve-se aprender com os erros, isto é, conseguir identificar o erro, encontrar soluções e aplicar a solução mais conveniente ao problema; definir e medir indicadores de desempenho⁶, de qualidade; valorizar as sugestões, as inovações, as reclamações dos doentes, dos colaboradores e dos fornecedores envolvidos na prestação de cuidados.

Qualidade na saúde pode-se definir como “*a prestação de cuidados acessíveis e equitativos, com um nível profissional ótimo, que tem em conta os recursos disponíveis e consegue a adesão e satisfação do cidadão, pressupõe a adequação dos cuidados às necessidades e expetativas do cidadão*” (Despacho n.º 5613/2015). A qualidade é quase como uma obrigação ética, pois contribui decisivamente para a redução dos riscos que podem ser evitados, para haver uma melhoria de acesso aos cuidados de saúde e do respeito com que esses cuidados são prestados.

O Ministério da Saúde, como responsável político pela qualidade dos cuidados que se prestam no SNS, que tem como objetivo o reconhecimento público da qualidade atingida nas organizações prestadoras de cuidados de saúde, tem encarado ao longo destes anos a acreditação em saúde como uma das suas prioridades estratégicas.

Em 2009, foi criada por Despacho, a Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2009-2014, tendo como principal missão “*potenciar e reconhecer a qualidade e a segurança da prestação de cuidados de saúde, para garantir os direitos dos cidadãos na*

⁶ Os índices de desempenho são, por exemplo, os índices de satisfação.

sua relação com o sistema de saúde” (Despacho n.º 5613/2015). Esta estratégia durou cinco anos e ao longo desses anos existiram opressões em garantir que nos serviços prestadores de cuidados de saúde se realizassem de forma estruturada e foram definidas políticas a nível nacional para a qualidade, baseadas no princípio da continuidade e sustentabilidade. Constatou-se que a gestão da qualidade nos serviços de saúde ocorreu de forma natural e pouco lógica, uma vez que existem algumas instituições prestadoras de cuidados que têm vindo a decidir por si mesmas. Na decorrência da anterior estratégia, que culminou no seu *terminus*, criou-se a nova versão para 2015-2020, que pretende contribuir para o reforço da dimensão essencial do SNS: a garantia do acesso à prestação de cuidados de saúde em condições adequadas às necessidades existentes neste setor.

As prioridades estratégicas definidas na Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020, bem como as respetivas ações são as seguintes:

Quadro 1 – Prioridades Estratégicas 2015-2020.

Prioridades	Ações
<p align="center">Melhoria da qualidade clínica e organizacional</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1.Minorar a variabilidade da prática clínica, especialmente através de normas clínicas nacionais e da disseminação das boas práticas; 2.Garantir e verificar a qualidade das prescrições de MCDT e de medicamentos; 3.Ampliar a integração dos níveis de prestação de cuidados, criando diversas orientações organizacionais de integração das respostas assistenciais às necessidades dos doentes/utentes no nível de prestação de cuidados onde se encontram, certificando a sua referência adequada e atempada; 4.Auditar periodicamente os critérios da qualidade e segurança; 5.Alinhar os incentivos financeiros dos prestadores de cuidados, institucional e individualmente, com o cumprimento de indicadores de qualidade e segurança do doente/utente; 6.Identificar e propagar as boas práticas, privilegiando o seu intercâmbio; 7.Implementar mecanismos para a existência de uma melhoria contínua da

Prioridades	Ações
<p>Melhoria da qualidade clínica e organizacional</p>	<p>qualidade; 8.Promover a investigação clínica enquanto instrumento de melhoria da qualidade assistencial e institucional.</p>
<p>Aumento da adesão a normas de orientação clínica</p>	<p>9.Ampliar a clínica reflexiva, através da realização sistemática de auditorias clínicas internas e avaliação dos resultados a nível nacional. 10.Apurar o grau de conformidade de aplicação das normas clínicas nacionais, através de auditorias externas efetuadas por pares.</p>
<p>Reforço da segurança dos doentes</p>	<p>11.Implementar os objetivos estratégicos do Plano Nacional de Segurança do Doente. 12.Reforçar os mecanismos e melhorar as respostas ao reporte de efeitos adversos e acidentes em cuidados de saúde.</p>
<p>Monitorização permanente da qualidade e segurança</p>	<p>13.Avaliar a qualidade clínica e organizacional e da segurança dos doentes, através de painel de indicadores. 14.Criar sede de observação da qualidade e segurança dos cuidados prestados no SNS. 15.Sondar a opinião do cidadão sobre a qualidade e o sistema de saúde.</p>
<p>Reconhecimento da qualidade das unidades de saúde</p>	<p>16.Auditar, certificar e propor a acreditação da qualidade da prestação dos cuidados de saúde primários, hospitalares, continuados e paliativos pelo modelo de acreditação do Ministério da Saúde.</p>
<p>Informação transparente ao cidadão e ao aumento da sua capacitação</p>	<p>17.Difundir informação comparável de desempenho com enfoque em indicadores que sejam internacionalmente reconhecidos. 18.Promover a educação e a literacia em saúde para que tenhamos cidadãos mais saudáveis e doentes que participem mais na tomada de decisão.</p>

Prioridades	Ações
<p align="center">Informação transparente ao cidadão e ao aumento da sua capacitação</p>	<p>19.Promover o uso adequado das reclamações na perspetiva do utilizador, enquanto reclamante e do prestador, enquanto alvo da reclamação, através da melhoria de um sistema nacional de avaliação de reclamações e de retorno informativo sobre as consequências da reclamação.</p>

Fonte: Despacho n.º 5613/2015.

O processo de certificação é dirigido pelo Departamento da Qualidade na Saúde (DQS) da Direção-Geral da Saúde (DGS), tendo como referência a Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde. A certificação outorgada pelo DQS a um determinado serviço ou unidade de saúde atesta a conformidade com as especificações e os *standards* estabelecidos nos Manuais de *Standards* e demais requisitos do Modelo de Acreditação de Unidades de Saúde do Ministério da Saúde. Acreditação é o reconhecimento formal feito por um organismo de acreditação de que a organização cumpre os requisitos que são previamente definidos e que demonstra ser competente para realizar as suas atividades. A certificação circunscreve-se a um determinado âmbito de atuação, estando este indicado de forma clara e precisa na respetiva certificação. No âmbito do Modelo de Acreditação do Ministério da Saúde a certificação de unidades de saúde poderá ser solicitada por todo o tipo de instituições prestadoras de cuidados de saúde integradas no Sistema de Saúde Português, sejam elas públicas ou privadas.

Assim, a certificação pode ser solicitada por unidades, com a seguinte estrutura organizacional:

1. Centros Hospitalares;
2. Hospitais;
3. Serviços especializados (laboratórios clínicos, farmácias hospitalares, imunohemoterapia, entre outros);
4. Unidades funcionais dos cuidados de saúde primários;
5. Unidades de convalescença de curta, média e longa duração integradas na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados;

6. Unidades de saúde integradas em parcerias público-privadas e unidades de saúde com contratos ou parcerias com o SNS;
7. Unidades de saúde privadas.

O Modelo ACSA (Modelo Nacional de Acreditação em Saúde) tem diversas características próprias. São elas:

- i. É coerente com a Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde, com os planos e ferramentas de gestão que estão em desenrolamento com vista à melhoria contínua do SNS, designadamente a gestão clínica, a gestão por processos, incluindo os processos assistenciais integrados, a gestão por competências e a gestão do conhecimento;
- ii. Aporta a qualidade de uma forma completa através de programas de acreditação direcionados para as áreas díspares que compõem os cuidados de saúde, nomeadamente hospitais e centros hospitalares, serviços ou unidades de gestão clínica, unidades funcionais, farmácias, unidades de hemodiálise, centros de investigação, laboratórios clínicos, centros de formação contínua e programas de acreditação de competências profissionais, entre outros;
- iii. Tem como padrão os diferentes Programas de Saúde, os processos assistenciais integrados, os processos de suporte, os contratos de gestão, as recomendações sobre as melhores práticas clínicas conhecidas, a segurança do utente e dos profissionais e as necessidades e expectativas dos cidadãos;
- iv. Tem um carácter gradual, pois identifica os passos que são dados progressivamente até atingir a excelência. É um processo dinâmico, contínuo e evolutivo, que reflete o momento atual de desenvolvimento da qualidade na organização e o seu potencial de evolução e crescimento.

2.3. Contratualização no Setor da Saúde

Pode-se definir a contratualização como sendo um processo de negociação bilateral que permite adaptar os recursos públicos para a saúde, disponíveis para a otimização da sua utilização e zelar pelos interesses de quem paga, direta ou indiretamente os cuidados de saúde e nos quais estão sempre implícitos a fixação de objetivos, a monitorização e a avaliação.

A contratualização inicia-se com o planeamento e avaliação das necessidades em saúde e com a definição das prioridades de investimento. A seguir surge a recolha de informação junto das instituições a contratualizar e finda com a avaliação do desempenho dos objectivos contratualizados. Este processo alberga três fases explícitas, que se diferenciam pelos objectivos a que se propõem e que determinam interlocutores e responsabilidades distintas pelo horizonte temporal que abarcam (**ver figura 2**).

Figura 2 – Processo de Contratualização.



Fonte: ACSS.

O processo de contratualização implica uma postura de responsabilidade e compromisso com os resultados a alcançar pelas instituições, conforme os recursos disponíveis e as necessidades da população-alvo, contemplando três instrumentos essenciais: a **contratação da atividade assistencial**, as **modalidades de pagamento** e a **avaliação de desempenho**. É pelo equilíbrio destas três medidas que o processo de contratualização tem dado o seu contributo para se preservarem os elevados padrões de desempenho das instituições do SNS e, assim, continuarem a poder responder às necessidades de saúde da população, apesar das atuais restrições orçamentais.

A contratualização requer níveis significativos de confiança, é como que um pré-requisito, principalmente quando são relações de longo prazo e que são consideradas cruciais para o intercâmbio. A incerteza e a falta de informação são problemas significativos, pois obrigam os financiadores a desenvolver relações de trabalho que minimizem os riscos de exploração oportunista por parte dos fornecedores.

A pouca ou muita confiança, tem impactos variados. Se existe um nível elevado de confiança, as partes têm objetivos e valores semelhantes, apoiam-se mutuamente, com

perspetivas a longo prazo e partilham informações livremente e os problemas que possam surgir, não se devem a má vontade de nenhuma das partes. Se existe um nível baixo de confiança, acontece o inverso: as duas partes têm objetivos, valores e interesses diferentes, determinam com cuidado os custos e benefícios, protegem a informação, reduzem a independência da outra parte e atribuem os problemas a má-fé do outro.

Drucker (1996), Hamel *et al* (2000), Jenkins (1995) e Shirley (1998), defendem que as principais dificuldades encontradas para o sucesso da contratualização, no caso dos organismos públicos, na maior parte dos países, são a dificuldade em associar objetivos e metas pré-fixadas e convenientemente quantificadas no orçamento da saúde, a falta de orientações adequadas por parte dos governos, o não envolvimento da área das Finanças e a desconexão entre orçamento e execução financeira. Porém, a contratualização pode de facto ter êxito, no que se refere à autonomia concedida relativamente à gestão de pessoal, fixação de preços e a desburocratização na prestação de contas, embora haja um grande obstáculo na autonomia de aquisição de materiais, equipamentos e serviços, devido à legislação vigente.

Muitas vezes, a contratualização não alcança os seus objetivos, devido a falhas na negociação do contrato (como, por exemplo, a informação assimétrica ou a inexistência de um objetivo agregador) ou problemas na concessão de autonomia às organizações.

Outro problema que surge aquando a preparação da negociação do contrato é conseguir envolver desde início todos os interessados (órgãos do Estado responsáveis pela área das Finanças).

2.3.1. Tipos, Dimensões e Conteúdo dos Contratos

Os contratos definem relações entre vários participantes no sistema de saúde, pelo que o tipo de contrato é mutável. A tipologia das relações contratuais, segundo Ensor *et al* (1997) e Sheiman *et al* (2002), deverá ser baseada nas partes contraentes, no estatuto legal dos contratos, no conteúdo dos contratos e ainda na abrangência da contratação. As relações entre as partes contraentes estabelecem-se conforme o modelo adoptado pelo sistema de saúde, seja pelo modelo de Beveridge, Bismarck ou outro. Em relação ao estatuto legal, a contratação distingue-se entre o tipo *hard* e *soft*: tipo **hard**, as partes contraentes são relativamente autónomas e defendem ativamente os seus interesses; os de

tipo *soft* têm um baixo grau de formalidade e as partes contraentes vêm limitada a identidade dos seus interesses.

As relações contratuais no setor público têm dois pontos-chave:

- A contratualização entre entidades do setor público, sob a forma de **contratos coercíveis**, é em geral ineficiente, já que admitindo o recurso a uma terceira parte independente para resolver os desacordos envolve, presumivelmente, altos custos de transação e reduz a efetividade da coordenação e as possibilidades de controlo em propriedade comum (Escoval, 2003);
- Na extensão em que os contratos no setor privado fornecem uma analogia para o setor público, mais do que a abordagem estrita das regras legais, é a **contratualização relacional** que implica relações a longo prazo, que deve ser usada como modelo. Há poucas tentativas para identificar, à partida, todas as contingências que podem surgir e as relações são mais baseadas na confiança e na cooperação do que no vínculo prescritivo das regras legais (Escoval, 2003).

Quanto ao conteúdo dos contratos e de acordo com as negociações realizadas, conforme afirma Escoval (2003), são usados três tipos de contratos:

- Os **Contratos Globais** podem ser equiparados a um orçamento para um serviço definido, em que o comprador acorda pagar um valor em troca do acesso a uma série de serviços claramente definidos. Este tipo de contrato prevalece devido às deficiências de informação, tal como no custo-efetividade dos tratamentos e nas estruturas dos custos. Não há especificação do número de utilizadores nem do custo por utente. Muitas vezes os indicadores dos serviços surgem com melhor detalhe do que os que foram definidos no contrato escrito. Este contrato pode ainda incluir um acordo específico relativamente ao número de doentes a serem tratados, ou dos serviços ou dos cuidados oferecidos pelos prestadores. Adicionalmente podem ainda incluir o volume de serviços que podem ser prestados e também a monitorização da qualidade;
- Os **Contratos de Custo-Volume** representam um aprimoramento dos contratos globais, em que o pagamento por serviços específicos é mais explícito relativamente aos serviços oferecidos. Este contrato pode obrigar no acordo que o

comprador pague uma quantia específica por um número único de pessoas a serem tratadas, numa determinada especialidade;

- Os **Contratos Custo por Caso ou Ato**, em que o único custo é atribuído para cada item de serviço ou prestação, que requiere uma informação de custos extremamente detalhada. O sistema de informação do custo por caso/ato tratado é um processo que precisa ser desenvolvido e é muitas vezes usado em conjunto com outros recursos de gestão mais efetivos.

Os **contratos globais** ou de **custo-volume** são utilizados quando os contraentes preferem reduzir o seu risco, pois grande parte do risco está inerente ao pagamento de custos marginais em casos adicionais. Nos **contratos custo por caso**, os contraentes têm maior liberdade de escolha dos prestadores, mas correm o risco de, em situações imprevistas de aumento repentino, terem que pagar por cada um dos casos o custo total inerente ao tratamento específico (custos totais mais custos marginais).

Ao nível da definição de preços é possível que as entidades financiadoras imponham as suas regras aos prestadores, com apresentação unilateral da tabela de preços, que é o caso dos GDH. É ainda viável que as negociações das tabelas de preços sejam iguais para todos os prestadores e é praticável aceitar a concorrência também pelos preços.

O conceito de contrato em saúde tem várias dimensões, como Escoval (2003) assegura:

1. Como instrumento de monitorização:

- a) Servem para implementar sistemas de planeamento;
- b) Servem de incremento à competição entre serviços prestadores de cuidados de saúde;

2. É celebrado a partir de um processo negocial, que compatibiliza interesses de utilizadores e prestadores, sobre prestação de serviços em saúde;

3. Engloba também a avaliação:

- a) das necessidades dos utilizadores;
- b) dos recursos disponíveis;
- c) de afetações alternativas;

d) dos resultados esperados.

4. Onde se define:

a) os recursos a afetar;

b) a que necessidades;

c) a que utilizadores;

d) a que preço;

e) com que objetivos;

f) em que período de tempo.

Assim, um **contrato** estabelece um princípio de compra e venda de cuidados de saúde entre utilizadores e prestadores à volta de critérios de necessidade, efetividade e de qualidade e preço.

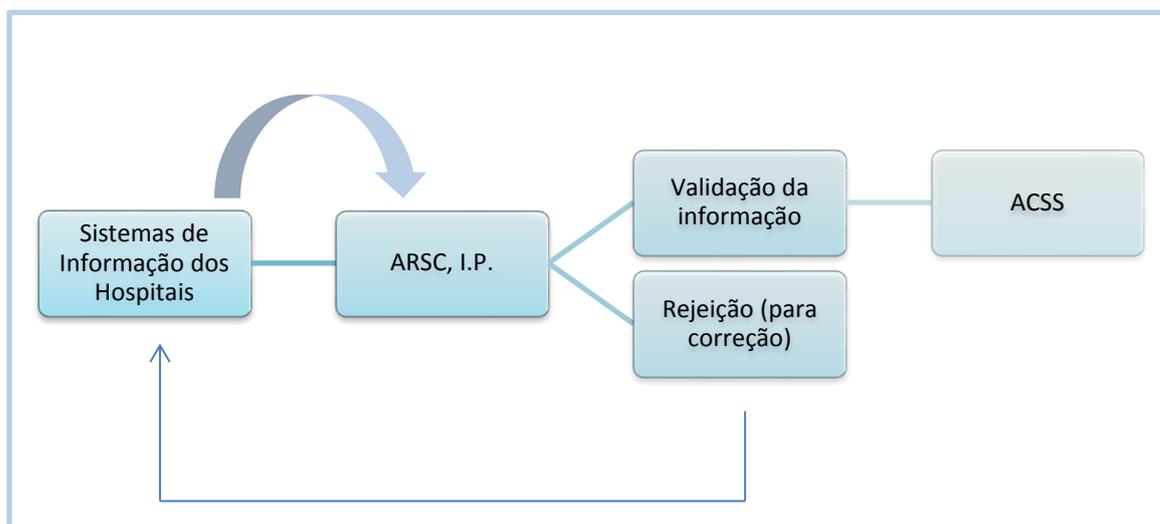
2.3.2. Acompanhamento e Controlo

Após a contratualização, cabe à ARSC, I.P., mais especificamente à Área Funcional de Prestações Específicas (AFPE), dentro do Departamento de Planeamento e Contratualização (DPC), seguir com a concretização do acordo, no caso de se tratarem de acordos públicos/privados ou social, através de um acompanhamento periódico que pode ser realizado através de **ficheiros mensais** que indicam apenas a produção, através de **ficheiros trimestrais** que indicam a produção e os Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica (MCDT) e os **ficheiros semestrais** que indicam a produção, os MCDT e os Recursos Humanos. Este acompanhamento é feito através de diversas aplicações informáticas que se utilizam no SNS, tendo sempre por referência os produtos disponibilizados pelos Serviços Partilhados do Ministério da Saúde (SPMS).

É através do Sistema de Informação da Contratualização e Acompanhamento (SICA) que a ARSC, I.P. faz o acompanhamento de produção e dos indicadores, tal como demonstra o esquema da **figura 3**.

Figura 3 – Sistemas de Informação dos Hospitais (Realização Própria).⁷

SICA



O sistema de informação e de acompanhamento deve ser desenhado de forma a permitir a avaliação da política global, bem como para permitir informar e apoiar um adequado sistema de incentivos, um elemento fundamental na consonância dos interesses.

2.4. Conclusão

A qualidade é, atualmente, um requisito indispensável e indissociável dos cuidados de saúde. Esta exigência é cada vez maior no atendimento dos cuidados de saúde prestados ao utente, nos tempos de espera e no diagnóstico e tratamento prestado ao utente, mas a qualidade na saúde também abarca a gestão dos recursos disponíveis e a eficiência dos gastos.

Com vista à melhoria contínua do SNS, emergiram os processos de acreditação, que mostram a crescente importância e a consciencialização da necessidade da prestação de serviços com qualidade. O modelo ACSA, no setor da saúde aborda a qualidade de uma forma completa.

⁷ Sistemas informáticos dos Hospitais (por exemplo: SONHO, AlertP1/CTH, SClinico, SIGLIC, SICO, SITAM, WebGDH, WebRNU).

A contratualização na saúde é um processo de negociação bilateral, sendo a etapa mais importante de todo o processo de negociação visto que é aqui que se estabelecem os objetivos do contrato, o orçamento e a avaliação de desempenho.

CAPÍTULO III: ESTUDO DE CASO

3.1. Introdução

Na primeira parte deste capítulo, faz-se o enquadramento da Instituição de Estágio.

Numa segunda parte, aborda-se a diferença entre Hospital EPE e Hospital SPA, para melhor se compreender a designação legal antes da devolução do hospital à Misericórdia e depois da devolução, bem como o tipo de contratualização e as características dos acordos antes e depois.

Numa terceira e última parte, faz-se o tratamento e análise de dados relativos ao desempenho do Hospital. Esta análise recai sobre as diferenças em termos de recursos humanos e financeiros, de forma a termos um entendimento do antes e depois da devolução do Hospital à Santa Casa da Misericórdia de Anadia.

3.2. Enquadramento da Instituição de Estágio

3.2.1. Administração Regional de Saúde

a) Organização

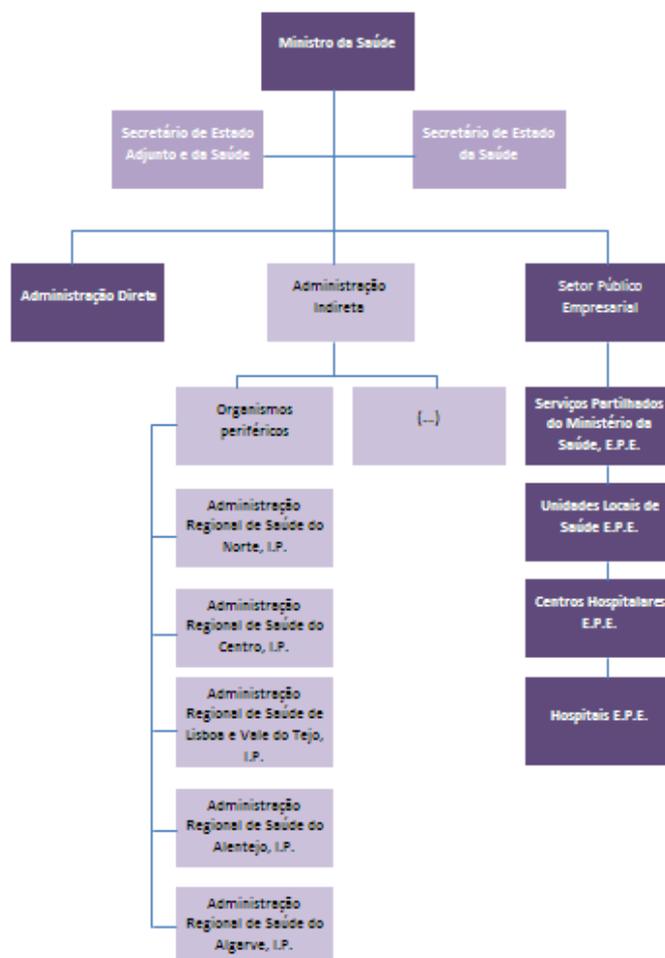
A organização da Administração Regional de Saúde do Centro, I.P., é constituída por serviços centrais e ainda por serviços desconcentrados, como as ACES. Os serviços centrais deste instituto público são:

- Departamento de Saúde Pública;
- Departamento de Planeamento e Contratualização;
- Departamento de Gestão e Administração Geral;
- Departamento de Recursos Humanos;
- Departamento de Instalações e Equipamentos;
- Gabinete Jurídico e do Cidadão;
- Divisão de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências.

Os departamentos são dirigidos por diretores, ou seja, cargos de direção intermédia de 1º grau. O Gabinete Jurídico e do Cidadão, a Divisão de Intervenção nos

Comportamentos Aditivos e nas Dependências e as unidades orgânicas flexíveis são dirigidos por coordenadores, cargos de direção intermédia de 2.º grau.

Figura 4 – Organograma Ministério da Saúde.



Fonte: *Ministério da Saúde.*

b) Missão e Atribuições

A Administração Regional de Saúde, I.P. é um instituto público e por isso surge integrado na administração indireta do Estado. Em cada região de saúde está sediada uma Administração Regional de Saúde com personalidade jurídica, autonomia financeira e administrativa e um património próprio.

As Administrações Regionais de Saúde têm como missão zelar pela saúde dos habitantes da respetiva área geográfica, coordenar a prestação de cuidados de saúde de

todos os níveis e adequar os recursos disponíveis às respetivas necessidades. Para a prossecução das suas próprias atribuições, as ARS, I.P., podem cooperar entre si e com outras entidades do sector público ou privado, com ou sem fins lucrativos.

As ARS, I.P., têm também funções de planeamento, distribuição de recursos, orientação e coordenação de atividades, gestão de recursos humanos, apoio técnico e administrativo e ainda de avaliação do funcionamento das instituições e serviços prestadores de cuidados de saúde. Estas prosseguem as suas atribuições, sob superintendência e tutela do Ministério da Saúde. São órgãos das ARS, I.P.:

- a. O conselho diretivo, constituído por um presidente, um vice-presidente e duas vogais;
- b. O fiscal único, que é designado e tem competências previstas na Lei-quadro dos institutos públicos;
- c. O conselho consultivo, que é um órgão de apoio, consulta e participação na definição das linhas gerais de atuação das ARS, I.P.

O conselho diretivo que dirige a ARSC, I.P., tem como competências encaminhar a organização e o funcionamento das instituições e serviços prestadores de cuidados de saúde da Região, contratualizar os programas e projectos específicos de aquisição de cuidados de saúde com as entidades prestadoras de cuidados de saúde, promover as medidas necessárias para a optimização do funcionamento das instituições e serviços, contratar com entidades privadas a prestação de cuidados de saúde, no âmbito das convenções, celebrar contratos-programa com instituições públicas ou privadas, com ou sem fins lucrativos, nos termos da legislação aplicável, decidir a criação, modificação ou extinção de unidades funcionais e definir as regras necessárias ao seu funcionamento, articulação e, quando existem formas de partilha de funções comuns, autorizar a mobilidade do pessoal das instituições e serviços prestadores de cuidados de saúde no âmbito da Região Centro.

A ARS Centro, I.P. abrange 7 Hospitais EPE (Centro Hospitalar Tondela-Viseu, Centro Hospitalar de Leiria, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Instituto Português de Oncologia Francisco Gentil, Centro Hospitalar Cova da Beira, Centro Hospitalar Baixo Vouga, Hospital Distrital da Figueira da Foz), 2 ULS (Castelo Branco e

Guarda) e 3 Hospitais SPA (Rovisco Pais, Cantanhede e Ovar), além de 6 ACES que estão integrados nas ARSC, I.P.:

- a) ACES do Baixo Vouga, com sede em Aveiro e abrange 11 Centros de Saúde;
- b) ACES do Baixo Mondego, com sede em Coimbra e abrange 15 Centros de Saúde;
- c) ACES do Pinhal Litoral, com sede em Leiria e abrange 6 Centros de Saúde;
- d) ACES do Dão-Lafões, com sede em Viseu e abrange 16 Centros de Saúde;
- e) ACES do Pinhal Interior Norte, com sede na Lousã e abrange 14 Centros de Saúde;
- f) ACES da Cova da Beira, com sede na Covilhã e abrange 3 Centros de Saúde.

Os centros de saúde dependem orgânica e funcionalmente da administração regional de saúde da respetiva área, a qual garantem as verbas necessárias para o seu funcionamento.

3.2.2. Departamento de Planeamento e Contratualização

O Departamento de Planeamento e Contratualização, a partir daqui, designado pela sua abreviatura – DPC – participa na definição dos critérios para a contratualização dos serviços de saúde e recomenda a afetação dos recursos financeiros às instituições ou serviços integrados ou financiados pelo SNS ou entidades de natureza privada com ou sem fins lucrativos, que prestem cuidados de saúde. Este Departamento tem as seguintes competências:

1. Preparar e acompanhar o processo de contratualização e revisão de contratos no âmbito das parcerias público-privadas e propor a afetação dos respetivos recursos financeiros;
2. Preparar e acompanhar a celebração e a concretização dos contratos, protocolos e convenções de âmbito regional, bem como efetuar a respetiva avaliação e monitorização no âmbito da prestação de cuidados de saúde, dos cuidados continuados integrados e dos programas de intervenção local nos comportamentos aditivos e nas dependências;
3. Garantir a avaliação de desempenho das instituições e serviços prestadores de cuidados de saúde, de acordo com as políticas definidas e com as orientações e normativos emitidos pelos serviços e organismos centrais competentes nos diversos domínios de intervenção;

4. Sugerir a realização de auditorias administrativas e clínicas, elaborar planos de atividades anuais e plurianuais, tendo em consideração o Plano Regional de Saúde elaborado pelo Departamento de Saúde Pública e os objetivos definidos pelo conselho diretivo e avaliar a sua execução;
5. Elaborar o relatório de atividades, em articulação com os restantes departamentos e propor os ajustamentos julgados necessários nas redes de referenciação ao nível regional;
6. Emitir parecer técnico sobre a criação, alteração, fusão ou extinção de instituições e serviços de saúde, analisar e emitir pareceres sobre os planos diretores de unidades de saúde e desenvolve instrumentos de apoio à gestão que permitem a promoção do uso coerente dos recursos materiais e financeiros, nomeadamente nas áreas do medicamento, dos dispositivos médicos e dos exames complementares de diagnóstico, bem como avaliar o cumprimento das orientações e políticas nacionais nestes domínios;
7. Proceder à recolha, tratamento e análise dos dados estatísticos e propor as necessárias medidas corretivas relativas à atividade dos serviços de saúde da região;
8. Apoiar a implementação de novos modelos de gestão em saúde.

Existem quatro áreas que integram o DPC que são os Cuidados Primários, os Cuidados Hospitalares, os Cuidados Continuados e as Prestações Específicas.

Na Área Funcional de Prestações Específicas, funcionam a saúde oral (cheques-dentista), análises clínicas, postos de empresa, fazem-se os acordos e convenções com os Hospitais, contratando uma série de MCDT, previstas no Anexo III da Portaria nº 567/2006, de 12 de junho que abrange atualmente cerca de 32 áreas. No entanto, as áreas convencionadas pela ARSC, I.P. são 11, das quais:

- Análises Clínicas;
- Anatomia Patológica;
- Cardiologia;
- Diálise;

- Eletroencefalografia;
- Endoscopia Gastroenterológica;
- Especialidades Médico-Cirúrgicas;
- Medicina Nuclear;
- Medicina Física e de Reabilitação;
- Pneumologia e Imunoalergologia;
- Radiologia.

3.3. Definições⁸

É necessário proceder a uma clarificação de certos termos para melhor se compreender o estudo de caso.

1. **Cirurgia Eletiva** é uma cirurgia programada e divide-se em dois tipos de cirurgia: cirurgia convencional e cirurgia de ambulatório.
2. **Cirurgia de Ambulatório** é a intervenção cirúrgica programada, porém pode ser uma cirurgia simples e da hora da cirurgia até à hora da alta, o paciente está no hospital, no máximo, 24 horas.
3. **Cirurgia Convencional** é uma intervenção cirúrgica em que o paciente desde a hora da cirurgia até à hora da alta, está no hospital mais de 24 horas.
4. **Consulta Médica** é o ato de assistência, prestado por um médico a um utente, consistindo em observação clínica, diagnóstico, prescrição terapêutica, aconselhamento ou verificação da evolução do seu estado de saúde.
5. **Consulta Subsequente** é considerada uma segunda consulta, efetuada num hospital, para a verificação da evolução do estado de saúde do utente em relação à primeira consulta de especialidade.

⁸ Fonte: ACSS.

6. **Índice de Case-Mix (ICM)** de um hospital resulta do rácio entre o número de doentes equivalentes ponderados pelos pesos relativos dos respetivos GDH e o número total de doentes equivalentes. É o coeficiente global de ponderação que reflete a relatividade de um hospital face aos outros, em termos da sua maior ou menor proporção de doentes com patologias complexas e, conseqüentemente, mais consumidores de recursos.

Figura 5 – Fórmula Índice de *Case-Mix*.

$$ICMHospital = \frac{\sum(\text{doentes equivalentes } GDHi \times \text{peso relativo } GDHi)}{\sum \text{doentes equivalentes } GDHi}$$

7. **Internamento** é o conjunto de serviços que prestam cuidados de saúde a indivíduos que, após serem admitidos, ocupam cama ou berço de neonatologia ou pediatria, para diagnóstico, tratamento ou cuidados paliativos, com permanência, de pelo menos, 24 horas.
8. **Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica (MCDT)** é a denominação genérica que engloba exames laboratoriais, imagiológicos, colheita de amostras por meios mais ou menos invasivos e ainda atos de tratamento variados, efectuados em regime ambulatorio ou em internamento hospitalar, que têm sido objeto de estatísticas e de comparações para medir a produção dos serviços e de facturação a terceiros.
9. **Primeira Consulta** é a consulta médica em que o utente primeiramente dirige-se ao centro de saúde da sua área geográfica e é referenciado para uma primeira consulta de especialidade num hospital, com o qual existem acordos.
10. **Referenciação Interna** são os próprios hospitais que encaminham os utentes para consultas de outras especialidades, por exemplo, para consulta de anestesiologia.

3.4. Hospital EPE *Versus* Hospital SPA

Entidade Pública Empresarial é uma pessoa coletiva de direito público, com natureza empresarial, criada pelo Estado, mas que é administrada por uma empresa terceira indicada por aquele. Hospitais EPE são hospitais com estatuto de Entidade Pública Empresarial enquadrados dentro do Setor Empresarial do Estado, isto é, integra as empresas públicas⁹ e as empresas participadas. Estão sujeitos à superintendência do Ministro da Saúde e à tutela do Ministro das Finanças, no âmbito económico e financeiro. Os poderes de tutela destes hospitais manifestam-se na aprovação dos planos de atividade, dos orçamentos e dos documentos necessários para a prestação de contas anuais, na contração de empréstimos e na participação do hospital em Sociedades Anónimas.

Hospitais do Setor Público Administrativo (SPA) são pessoas coletivas públicas, dotadas de personalidade jurídica, com autonomia financeira e administrativa, com ou sem autonomia patrimonial, sujeitas aos poderes de tutela e superintendência do Ministro da Saúde. Para a prossecução dos princípios específicos da gestão hospitalar do SPA¹⁰ é necessária a existência de centros de responsabilidade e de custo. Centros de responsabilidade são unidades descentralizadas dotadas de objetivos específicos e de um conjunto de meios materiais e humanos que permitem ao responsável do centro realizar o seu programa de atividade com maior autonomia possível. O responsável pelo centro pode ser um assessorado profissional, com perfil adequado às tarefas de gestão hospitalar, nas áreas de organização, de regulação do controlo de gestão e de avaliação dos processos e resultados. Compete ao conselho de administração a identificação dos respetivos centros de responsabilidade, integrados no regulamento interno do hospital.

Em 2004, houve uma regulamentação que modificou os hospitais SPA como se pode verificar nos quadros seguintes:

⁹ São sociedades constituídas, nos termos da lei comercial, nas quais o Estado ou outras entidades públicas estaduais possam exercer uma influência predominante em virtude de uma detenção da maioria do capital ou o direito de destituir a maioria dos membros dos órgãos de administração e/ou de fiscalização.

¹⁰ Definidos no artigo 10.º da Lei n.º 27/2002, de 8 de novembro.

Quadro 2 – Estrutura Organizativa.

	Diploma Legal	Prática Efetiva
Hospitais EPE	Centros de responsabilidade/Departamentos	Centros de responsabilidade/Departamentos
Hospitais SPA (até 2004)	Centros de responsabilidade	Serviços
Hospitais SPA (após 2004)	Centros de responsabilidade/Departamentos	Centros de responsabilidade/Departamentos

Fonte: Escoval, 2003.

3.4.1. Principais Diferenças entre Hospitais EPE e Hospitais SPA

a) Composição do Conselho de Administração

Quadro 3 – Conselho de Administração.

Hospitais EPE	Presidente, 1 ou 2 vogais executivos, Direção Técnica ¹¹ e 1 vogal não executivo ¹²
Hospitais SPA (até 2004)	Presidente, Administrador-delegado e Direção Técnica
Hospitais SPA (após 2004)	Presidente, 1,2 ou 4 vogais executivos e Direção Técnica ¹³

Fonte: Escoval, 2003.

b) Possibilidade de delegação de competências nos dirigentes intermédios

¹¹ Composta pelo Diretor Clínico e pelo Enfermeiro Diretor.

¹² Elementos não executivos são aqueles que detêm funções de monitorização e avaliação da *performance* executiva.

¹³ Após a regulamentação de 2004, a Direção Técnica não detém poderes executivos.

Quadro 4 – Delegação de Competências.

	Delegação de Competências	Poder Disciplinar
Hospitais EPE	Sim	Competência do Conselho Administrativo e dos dirigentes intermédios
Hospitais SPA (até 2004)	Não	Competência do Conselho Administrativo
Hospitais SPA (após 2004)	Sim	Competência do Conselho Administrativo e dos dirigentes intermédios

Fonte: Escoval, 2003.

c) Estatuto dos membros do Conselho de Administração e dos membros da Direção Técnica¹⁴

Quadro 5 – Estatuto dos Membros.

	Conselho de Administração	Direção Técnica
Hospitais EPE	Gestor Público	Gestor Público
Hospitais SPA (até 2004)	Pessoal Dirigente	Pessoal Dirigente
Hospitais SPA (após 2004)	Gestor Público	Corpos Especiais

Fonte: Escoval, 2003.

d) Diferenças no financiamento

Existem dois tipos de financiamento diferentes no que se refere aos hospitais EPE e SPA. No que toca aos hospitais SPA existe um **orçamento financeiro**, isto é, os pagamentos são calculados mediante a despesa verificada no ano anterior. Desta maneira pode não existir uma relação entre o financiamento e o nível de produção e desempenho obtidos e por isso trata-se de um financiamento que não tem incentivos à eficiência nem ao controlo de custos. Não existe qualquer risco para o prestador, pois qualquer que seja a despesa obtida vai ser reembolsado nesse mesmo valor e assim não há a preocupação com

¹⁴ A nova regulamentação (após o ano de 2004) trouxe alterações ao nível do estatuto dos membros do Conselho de Administração, incluindo os membros da Direção Técnica.

a redução de custos e com o aumento de eficiência, pois é sinónimo de um menor nível de financiamento. Este financiamento tem vantagens, pois diminui o conflito entre a qualidade e a atividade produzida, dando alguma liberdade de atuação aos profissionais de saúde, potenciando a continuidade dos cuidados.

No que concerne aos hospitais EPE, há um **financiamento associado às unidades produzidas e ao cumprimento de objetivos**, isto é, o pagamento é associado ao desempenho. Pressupõe o pagamento de uma quantia fixa por doente, independentemente dos custos incorridos pelos hospitais EPE. O valor é estabelecido antes da realização dos procedimentos, conferindo um incentivo ao aumento da eficiência e à poupança de recursos, pois transfere a responsabilidade financeira para os prestadores, sendo estes que suportam as diferenças entre os custos apurados e os custos estabelecidos.

3.5. Hospital José Luciano de Castro (HJLC) – Anadia

Em 1991, o HJLC procedeu a obras de remodelação e beneficiação em virtude do estado avançado de degradação das suas instalações e equipamentos. Três anos após, no ano de 1994, procedeu-se à reestruturação completa da zona norte, onde passaram a funcionar as Consultas Externas, o Hospital de Dia, a Cirurgia do Ambulatório, a Sala de Espera, o Arquivo Clínico, o Serviço de Imagiologia e o Serviço de Medicina Física e Reabilitação. Posteriormente, em 1996, procedeu-se à beneficiação e remodelação da parte sul, que compreendeu o Serviço de Medicina, Serviço de Cirurgia, Urgência e Imagiologia. Em 1998, teve lugar a ampliação do edifício onde foi instalado um Bloco Operatório, que compreende duas salas operatórias, uma sala de indução anestésica, a sala de recobro e uma zona de transferência.

Por fim, no ano de 2002, ocorreu a ampliação e a remodelação de outra parte do edifício que, aliás, já tinha sido objeto de remodelação em 1940 e depois em 1996. Destas obras resultaram a instalação do Serviço de Medicina Interna, da Cirurgia Geral, da Urgência, da Pediatria, da Esterilização e também da Capela.

Estas obras vieram melhorar as instalações do hospital no sentido de garantir um maior bem-estar do doente e igualmente melhores condições de trabalho para os profissionais de saúde que desenvolvem as suas atividades neste hospital. Os benefícios das estruturas arquitetónicas foram acompanhados pelo melhoramento do nível técnico dos

equipamentos e igualmente um melhoramento nas competências técnicas dos trabalhadores em virtude de investimentos adicionais na formação profissional e reforço e reciclagem de competências. Foram também feitos investimentos na segurança, através da atualização de normas com o intuito de minimizar o risco clínico e outros riscos de segurança para os trabalhadores e utentes do hospital. Estas iniciativas enquadraram-se no reconhecimento da Acreditação atribuído pelo Instituto da Qualidade em Saúde/*Health Quality Service King's Fund* em Junho de 2006, tendo o Hospital obtido a Acreditação.

3.5.1. Hospital José Luciano de Castro, Anadia – Antes da Devolução à Misericórdia

Aos 12 dias do mês de novembro de 2014, foi celebrado entre a ARSC, I.P. e o Hospital José Luciano de Castro (HJLC) um acordo modificativo do contrato-programa¹⁵. Neste acordo contemplam 10 cláusulas específicas para o ano de 2014 e 7 apêndices. Este hospital, antes da devolução à Misericórdia, tratava-se de um hospital SPA.

Em 2014, houve uma diminuição de financiamento para as EPE do Ministério da Saúde de **3,5%** em relação ao ano anterior, algo que se refletiu na disponibilização de recursos às instituições pertencentes ao SNS. Em sequência, o Governo teve de criar e gerir condições de forma a repartir pelas diversas regiões de saúde o financiamento.

O processo de contratualização de 2014 conservou as principais alterações introduzidas em 2013, tais como:

- i.** O princípio de orçamento-global, pelo que os proveitos oriundos dos contratos-programa serem superiores ao valor estabelecido no contrato como compensação da atividade que foi contratada;
- ii.** A adoção do preço base único para a atividade agrupada em GDH e cálculo do ICM de acordo com a produção de internamento e ambulatório;
- iii.** Promoção de incentivos institucionais à melhoria da eficiência e da qualidade das instituições, através da apreciação de incentivos em **5%** e atualização dos indicadores agrupados;
- iv.** Reagrupamento de hospitais para a linha de atividade de consulta externa e a majoração das consultas referenciadas através do sistema de informação Consulta a

¹⁵ Ver [Anexo I](#) – Acordo Modificativo do Contrato-Programa entre a ARSC, I.P. e o HJLC.

Tempo e Horas (CTH) e das consultas médicas de telemedicina realizadas em tempo real;

- v. Utilização de um sistema de penalizações associadas ao incumprimento de certas tarefas assistenciais e de reporte de informação atempado, o qual não ultrapassou **1%** do valor total do contrato-programa.

Neste mesmo ano, deu-se a continuação do fortalecimento dos mecanismos de acompanhamento das instituições, sobretudo o desenvolvimento do *microsite* de «Monitorização do Serviço Nacional de Saúde», que permite a propagação de informação sobre as distintas dimensões de análise do Sistema de Saúde (eficiência, efetividade, acesso, produção e satisfação) a diversos públicos-alvo, bem como em cidadãos em geral, utentes do SNS, profissionais de saúde e ainda decisores políticos e académicos. O *microsite* de «Monitorização do Serviço Nacional de Saúde» permitiu colocar um maior destaque na qualidade do reporte mensal de dados por parte das instituições do SNS, formando, assim, uma ferramenta fundamental na gestão de cada instituição e da rede hospitalar como um todo, pois permite um acompanhamento mais propício e equiparável entre instituições.

A restrição orçamental condicionou significativamente o processo de afetação dos recursos disponíveis no SNS, com consequências ao nível do teto financeiro afeto à contratualização dos serviços prestados pelos hospitais (EPE e SPA) e ULS. A contenção dos gastos públicos impõe, obviamente, um maior rigor na gestão do bem público. Assim sendo, a ACSS emitiu um conjunto de orientações para serem ajustadas no Acordo Modificativo de 2014, sobretudo:

- i. A racionalização e a reestruturação das instituições em linha com os objetivos e metas da reforma hospitalar, através da concentração de serviços clínicos e de suporte, especialmente nos Centros Hospitalares e nas ULS, onde deveriam ser operacionalizados os planos de junção e de racionalização de custos, de modo a evitar redundâncias de serviços ou valências médicas e rentabilizar a afetação de recursos físicos e humanos das instituições;
- ii. Beneficiar os cuidados prestados em ambulatório, tanto médicos como cirúrgicos, incentivando a transmutação de cuidados de internamento para o ambulatório;

- iii. Incentivar a transferência de consultas subsequentes para os cuidados de saúde primários e incitar o número de primeiras consultas referenciadas pelos médicos de família, evitando assim a duplicação de recursos afetos ao diagnóstico e tratamento e possibilitando um melhor ajuste na resposta à doença crónica e às situações agudas;
- iv. Respeitar os Tempos Máximos de Resposta Garantidos (TMRG) no âmbito da consulta externa vinda dos cuidados de saúde primários;
- v. Gerir as listas de espera cirúrgicas com consideração do cumprimento dos TMRG, minorando os encargos com a prestação de cuidados cirúrgicos não atempados.

3.6. Devolução às Misericórdias

Nos anos 80 do século XX, reconheceu-se a necessidade do papel das Misericórdias no sistema de saúde e das formas de articulação entre estas entidades, com uma propensão para a prestação de cuidados de saúde e o Estado. Pelo **Despacho n.º 48/80, de 12 de setembro** foi determinado o relacionamento entre o Estado e estas instituições através da celebração de acordos de cooperação. Por sua vez, a Lei de Bases da Saúde, aprovada pela **Lei n.º 48/90, de 24 de agosto**, com as alterações introduzidas pela **Lei n.º 27/2002, de 8 de novembro**, estabeleceu um modelo misto de sistema de saúde, consagrando a complementaridade e a índole concorrencial do setor privado e de economia social na prestação de cuidados de saúde, incluindo na rede nacional de prestação de cuidados de saúde as entidades privadas e os profissionais livres, que acordem com o SNS a prestação de todas ou de algumas atividades de promoção, prevenção e tratamento na área da saúde. Assim, tornou-se necessário estabelecer um modelo de partilha mais concreta de responsabilidades entre os vários intervenientes, alicerçada na definição e implementação de regras claras e procedimentos de controlo eficazes que garantam o acesso, em tempo útil, dos utentes do SNS aos cuidados de saúde clinicamente ajustados, com qualidade e segurança. Exigiu-se, equitativamente, que se estabelecessem os princípios orientadores do processo de contratualização a desenvolver pelas ARS e as IPSS.

A ACSS, no cumprimento das suas atribuições, procedeu à definição dos termos em que estes acordos deviam ser elaborados e instituiu os preços a praticar, que deviam ajustar-se às exigências e às especificidades ditadas pelos diferentes serviços de saúde

incluídos e garantiu o indispensável equilíbrio entre incentivos à eficiência e à garantia de qualidade dos cuidados prestados aos cidadãos. Revelou-se adequado estruturar as formas de articulação entre as IPSS e os serviços e os estabelecimentos do SNS, tendo como objetivo o melhoramento do acesso dos beneficiários do SNS, contribuindo assim para a concretização do direito à saúde. Aqui importou regular a forma de devolução dos hospitais que pertenciam às Misericórdias e que são atualmente geridos por estabelecimentos ou serviços do SNS, reconhecendo que as Misericórdias por si só ou pela via da sua União agrupam as imposições técnicas da prestação de cuidados de saúde, à ausência de fins lucrativos e à proximidade das populações pelo que os torna importantes parceiros do Estado na área da Saúde.

A devolução¹⁶ dos Hospitais às Misericórdias, é regulado pelo **Decreto-Lei n.º 138/2013, de 9 de outubro**, que tem por objeto as formas de articulação do Ministério da Saúde e dos estabelecimentos do SNS com as IPSS. As IPSS intervêm na atividade do SNS mediante a concretização de prestações de saúde transpostas em acordos que podem ter três modalidades:

- I. Acordos de Cooperação**, que visam a integração de um estabelecimento de saúde pertencente às IPSS no SNS, o qual passa a assegurar as prestações de saúde nos termos dos demais estabelecimentos do SNS;
- II. Acordos de Gestão**, que têm por objeto a gestão de um estabelecimento SNS;
- III. E, por fim, Convenções**, que visam a realização de prestações de saúde pelas IPSS aos utentes do SNS através de meios próprios e integração na rede nacional de prestação de cuidados de acordo com o regime jurídico que lhe pertence.

Estes acordos são, portanto, celebrados entre as ARS e as IPSS, que apenas produzem efeito após homologação do membro do Governo responsável pela área da saúde.

A celebração destes acordos, devem respeitar os princípios que se seguem e estão previstos no **artigo 4.º do Decreto-Lei n.º 138/2013, 9 de junho**, sob epígrafe “*Princípios da articulação com o Serviço Nacional de Saúde*”:

¹⁶ Segundo o **artigo 13.º do Decreto-Lei n.º 138/2013, de 9 de outubro**, entende-se por devolução *a reversão da posse com cessão da exploração dos estabelecimentos* ou serviços do SNS que podem ser devolvidos às misericórdias com a celebração de acordos de cooperação.

- a) «*Realização das prestações de saúde em conformidade com as regras aplicáveis ao SNS;*
- b) *Respeito, por parte das IPSS, das orientações técnicas emanadas do Ministério da Saúde;*
- c) *Prestação atempada das informações necessárias ao acompanhamento do acordo;*
- d) *Demonstração e garantia da economia, eficácia e eficiência dos acordos e bem assim a sua sustentabilidade financeira;*
- e) *Rentabilização dos meios existentes e boa articulação entre instituições de saúde públicas e do setor social, na área da saúde.»*

Nos anos 90, a revisão Constitucional de 1989 e a publicação da Lei de Bases da Saúde de 1990, veio acordar que a prestação de cuidados de saúde pudesse ser garantida, para além do Estado, por outros entes públicos ou privados, garantindo ao Estado a hipótese de celebrar acordos e convenções com entidades privadas para esse fim. Assim, deu “físico” ao Sistema de Saúde Português, constituído pelo SNS e por todas as entidades que desenvolviam a promoção, a prevenção e o tratamento na área da saúde e, ainda, todas as atividades privadas e profissionais liberais que acordassem com o SNS a prestação de alguma daquelas atividades à população.

3.7. Hospital José Luciano de Castro, Anadia – Após a devolução à Misericórdia

O Hospital José Luciano de Castro foi devolvido à Misericórdia no início do ano de 2015 e passou a ter um financiamento associado às unidades produzidas e ao cumprimento de objetivos. A 14 de novembro de 2014 foi firmado um acordo de cooperação¹⁷ para a devolução do Hospital à Santa Casa da Misericórdia de Anadia, o qual foi acompanhado de um estudo prévio¹⁸ efetuado pela ARSC, I.P., a fim de ser avaliado a eficácia, a eficiência e a economia do acordo bem como a sua sustentabilidade financeira e apenas produziu efeitos a 1 de janeiro de 2015. Este acordo pode ser considerado um contrato de custo-volume.

¹⁷ Ver **Anexo III** – Acordo de Cooperação entre a ARSC, I.P., o HJLC e a União das Misericórdias portuguesas (UMP).

¹⁸ O estudo prévio à devolução de Hospitais à União das Misericórdias Portuguesas “(...) *deve demonstrar que a celebração do acordo diminui os respetivos encargos globais do SNS em, pelo menos, 25% relativamente à alternativa de prestação de serviços pelo setor público, sendo a valorização da produção a realizar de acordo com o modelo de financiamento aplicável aos hospitais EPE*”, tal como refere a **alínea a) do artigo 14.º do Decreto-Lei n.º138/2013, de 9 de outubro**.

Este acordo cumpre as especificações referidas no **artigo 14.º do Decreto-Lei n.º 138/2013, de 9 de outubro** sob epígrafe “*Especificidades do acordo de cooperação no âmbito do processo de devolução*”, devendo ainda acatar o que refere o **n.º 1 do artigo 6.º do mesmo Decreto-Lei** “*Os acordos com as IPSS devem ser precedidos de um estudo, a efetuar pela ARS ou pela ACSS, I.P (...) que avalie a economia, eficácia e eficiência do acordo, bem como a sua sustentabilidade financeira*”.

O acordo de cooperação realizado entre a ARSC, I.P. e a Santa Casa da Misericórdia de Anadia (SCMA) em parceria com a União das Misericórdias Portuguesas (UMP) contempla 30 cláusulas e 7 anexos. Neste mesmo acordo, a área de prestação de cuidados cingem-se à cirurgia ambulatória (nas especialidades de cirurgia geral, oftalmologia, ortopedia, otorrinolaringologia e urologia), à consulta externa (realizada por médicos das especialidades de anesthesiologia, cardiologia, cirurgia geral, dermatovenereologia, medicina interna, oftalmologia, ortopedia, otorrinolaringologia, pediatria e urologia), MCDT de imagiologia e medicina física e reabilitação. O volume da prestação de cuidados de saúde é ajustado anualmente e fundamenta-se nos estudos e na informação convenientemente atualizados sobre as carências da população, sobre a capacidade de resposta do SNS, apreciada de acordo com os TMRG na área geográfica de intervenção da ARSC, I.P., tendo em conta o histórico da atividade desenvolvida pela unidade neste domínio.

O hospital não pode subcontratar as atividades objetos do acordo, exceto no que respeita a MCDT abrangidos no preço compreensivo da consulta. A subcontratação não pode pôr em causa o cumprimento das obrigações assumidas pelo hospital no acordo, nomeadamente a capacidade e a competência funcional do hospital para prestar, a todo o momento e oportunamente, as prestações de saúde correspondentes à produção contratada e deve asseverar todos os profissionais que prestem serviço ao abrigo dos subcontratos possuam as qualificações e as competências apropriadas à atividade que se “oferecem” a desenvolver e a entidade subcontratada está convenientemente habilitada para o exercício da sua atividade.

Todo o pessoal destinado à prestação de cuidados no âmbito deste acordo, é da responsabilidade da Misericórdia. A Misericórdia deve certificar a gestão e operação da manutenção dos equipamentos médicos a instalar no estabelecimento para garantir a

integridade dos equipamentos e sistemas médicos, eliminar quaisquer riscos de possíveis falhas que possam ocorrer e que ponham em causa a segurança dos doentes e pessoal e ainda, consentir o desenvolvimento em condições normais, da atividade de prestação de cuidados de saúde. A Misericórdia deve ainda certificar a existência de equipamentos e sistemas médicos suficientes, adequados, atualizados e em boas condições para dar cumprimento à produção que foi contratada e aos padrões de qualidade exigidos.

O valor total do acordo foi de **2.699.978,65€**. Se o volume de cada linha de produção efetuada pela Misericórdia fosse superior ao volume acordado, a ARSC, I.P. assumia o pagamento de cada unidade concebida acima deste volume até um limite máximo de **10%**, ao preço marginal que corresponde a **70%** do preço contratado para a consulta e **90%** do preço contratado para episódios planeados, como o internamento e o ambulatório, categorizados em GDH cirúrgicos. A remuneração máxima anual é, em **90%** do valor global, repartida em iguais prestações mensais, ou seja, em duodécimos, e pagas até ao dia 10 de cada mês, com acertos de faturação trimestrais que escoltam o relatório parcelar da execução económico-financeira do presente acordo. A Misericórdia obriga-se a enviar relatórios trimestrais de execução económico-financeira do acordo e um relatório anual até 15 de fevereiro do ano subsequente ao que se refere o acordo.

A ARSC, I.P. valida os relatórios de execução apresentados pela Misericórdia e inclui-os no relatório global a apresentar semestralmente ao Ministro da Saúde. O ajuste final de contas tem de ser findado até ao final do mês de fevereiro do ano posterior ao da vigência do acordo, devendo ser acompanhado do relatório anual de execução económico-financeira do acordo. O acesso aos cuidados de saúde, por parte dos utentes, está sujeito apenas ao pagamento das taxas moderadoras que estão em vigor. O pagamento a qualquer título, pelos utentes referenciados de qualquer soma além da taxa moderadora, é motivo de resolução imediata do acordo. O valor dessas taxas moderadoras que são cobradas no hospital aos utentes constituem receita da ARSC, I.P..

A Misericórdia é responsável por qualquer dano causado a terceiros no exercício das atividades clínicas contratadas no acordo, pelo que a ARSC, I.P. ou outra pessoa coletiva pública, não assume qualquer responsabilidade relacionada com o cumprimento dos encargos pertencentes à prestação de cuidados. É ainda, a Misericórdia, obrigada a contratar um seguro de responsabilidade civil que caucione o pagamento de indemnizações

causadas a utentes ou terceiros no caso de incêndios e/ou explosões, entre outros. É obrigada a estabelecer sistemas de informação ajustados ao desenvolvimento das suas atividades e ao acompanhamento pela ARSC, I.P. e é ainda obrigada a fornecer à ARSC, I.P. e à ACSS a informação que lhe seja pedida. A avaliação é feita através de diversas aplicações, mas aqui é efetuada através do Sistema de Informação da Contratualização e Acompanhamento (SICA).

No caso de haver cumprimento das metas que foram acordadas, será aplicado um incentivo de **5%** sobre o volume financeiro global da produção que foi contratada, ponderado pelo Índice Global de Desempenho, ou seja, pode-se considerar como um prémio e neste caso os incentivos são de **134.998,78€**. O **Índice Global de Desempenho** é calculado com base em quatro indicadores de qualidade: percentagem de primeiras consultas médicas no total de consultas médicas; tempo máximo de espera para primeira consulta; tempo máximo de espera para cirurgia e taxa de registo de utilização da “Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica” – Cirurgia Segura. Cada indicador de qualidade coopera para o Índice Global de Desempenho apenas se o correspondente grau de cumprimento do indicador face à meta for **igual ou superior a 70%**, pois resulta da soma dessas ponderações até um máximo possível de **100%**. Em caso de incumprimento de **25%** ou mais das metas, é aplicada uma penalização de até **3%** da retribuição anual.

O acordo tem a duração de dez anos, renovável automaticamente, a não ser que, com uma precedência mínima de 180 dias em relação ao termo de vigência qualquer das partes o denunciar.

3.8. Análise de Dados

Os dados analisados para este estudo de caso foram recolhidos na ARSC, I.P., local onde realizei o meu estágio, utilizando uma fonte secundária, os dados foram alvo de agregação e analisados para melhor compreensão do desempenho do Hospital José Luciano de Castro – Anadia, tema que aqui se pretendeu estudar. Esta análise de dados incidiu, essencialmente, na contratualização e na produção das consultas e cirurgias realizadas nos anos de 2013, 2014 e 2015.

No que diz respeito à metodologia de investigação, o presente relatório segue uma filosofia positivista. Quanto à abordagem de investigação foi adotada uma abordagem indutiva, pois primeiro recolheram-se os dados, depois foram devidamente tratados e analisados, retirando-se daqui conclusões para um problema específico – o caso de estudo objeto deste trabalho. O horizonte temporal desta investigação é transversal, pois analisa a contratualização e a produção de consultas e cirurgias ao longo de um determinado período de tempo, mais precisamente nos anos de 2013 a 2015. Trata-se de uma análise qualitativa com recurso a dados secundários quantitativos e utilizou-se uma amostra por conveniência, portanto, não-probabilística.

3.8.1. Estudo Prévio da Devolução do Hospital José Luciano de Castro à Misericórdia de Anadia

Antes da devolução do Hospital José Luciano de Castro (HJLC) à Misericórdia de Anadia, em 2014, existia um Acordo Modificativo entre este mesmo hospital e a ARSC, I.P., sob a forma de contrato-programa. Após a devolução do HJLC, em 2015, para a contratualização entre a ARSC, I.P., o HJLC e a União das Misericórdias Portuguesas (UMP) ser possível, foi necessário realizarem-se diversos estudos prévios: tempos médios de espera (TME) de primeiras consultas nas ACES, os recursos humanos, orçamento financeiro, entre outros. Esta contratualização feita após a devolução deu origem a um acordo de cooperação, acordo esse que visa a integração de um estabelecimento de saúde pertencente às IPSS no SNS. O contrato celebrado neste acordo de cooperação que produziu efeitos a partir do ano de 2015, é um contrato de custo-volume no qual o pagamento por serviços específicos é mais explícito relativamente aos serviços oferecidos e é o mais utilizado quando os contraentes preferem reduzir os riscos advindos deste género de contratos.

A ARSC, I.P. realizou um estudo prévio antes da devolução do hospital José Luciano de Castro, precisamente para avaliar a eficácia e eficiência, sustentabilidade financeira e economia do novo acordo (Acordo de Cooperação – acordo feito na devolução do hospital à Misericórdia). Este estudo prévio refere que se “*antevê a diminuição de encargos para o SNS, quer por via do aumento da produção (a que se associam valores financeiros pelo menos 25% inferiores ao cenário pós-devolução), quer por via da alteração do modelo de financiamento do HJLC*”. Segundo este estudo, a poupança

mínima foi de **898.243,35€** pelo diferencial entre os custos totais do contrato antes e após devolução. O valor total do contrato de devolução foi estabelecido com base na valorização da produção contratada em função dos critérios e preços do acordo de cooperação. O valor antes devolução correspondeu ao valor real do contrato do hospital quando era gerido pelo setor público: valor do orçamento financeiro de 2013 para o total de produção realizada em 2013.

Quadro 6 – Custos do Contrato Pré e Pós-Devolução e poupança prevista.

Unidades hospitalares	Custos Totais Contrato Antes Devolução - Regras de financiamento em vigor			Custos de acordo com Atividade atual de agudos antes de devolução	Custos de acordo com Atividade a contratar após devolução	Redução de 25% dos encargos totais (coluna b - 25%) - Após Devolução			Poupança Mínima (coluna b - coluna f)***
	Cuidados Agudos *	Cuidados Continuados **	Total			Cuidados Agudos	Cuidados Continuados **	Total	
H. Anadia	3.598.222,00 €	652.547,00 €	4.250.769,00 €			2.699.978,65 €	652.547,00 €	3.352.525,65 €	898.243,35 €

* O valor corresponde ao orçamento financeiro (cf. Plano de desempenho 2013), Fonte: ARS

** Os custos totais com cuidados continuados correspondem aos valores máximos indicados nos acordos de CCI.

*** Esta poupança poderá variar em função da atividade a contratar para a devolução.

Fonte: ARSC, I.P.

A ARSC, I.P. realizou também, dentro do estudo prévio, um estudo de avaliação das necessidades de procura e da capacidade instalada nos serviços públicos da região do Baixo Vouga (Oliveira do Bairro, Águeda e Anadia) e do Baixo Mondego (Mealhada, Mortágua e Penacova). Este estudo foi realizado aquando a concretização do Acordo de Cooperação do Hospital José Luciano de Castro – Anadia (cujo caráter é devido à devolução deste hospital à Misericórdia).

Para identificar as principais repressões no acesso à primeira consulta hospitalar, analisou-se a evolução das listas de espera dos pedidos de primeira consulta por especialidade dos utentes dos ACES do Baixo Vouga e do Baixo Mondego em 2012 e 2013. O acesso à primeira consulta hospitalar, trata-se de uma referenciação feita através do respetivo centro de saúde de cada utente, isto é, o médico de família referencia o utente para uma primeira consulta de especialidade, dependendo do diagnóstico do utente, para o hospital que tenha a especialidade adequada ao diagnóstico do utente.

Esta análise de primeiras consultas restringiu-se à informação do acesso a

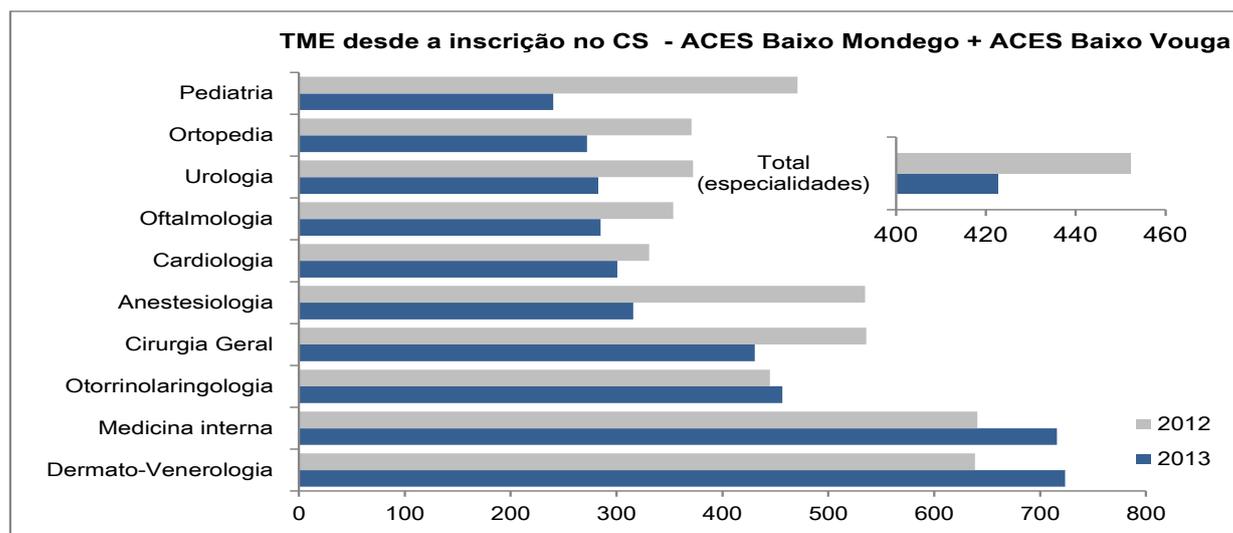
cuidados de saúde nas especialidades que apresentam histórico de atividade em consulta externa no Hospital José Luciano de Castro. Estas são: anestesiologia, cardiologia, cirurgia geral, dermato-venereologia, medicina interna, oftalmologia, ortopedia, otorrinolaringologia, pediatria e urologia.

Quadro 7 – Doentes em espera e tempo médio de espera – ACES Baixo Vouga e ACES Baixo Mondego.

Especialidades	2012		2013		Var 2012/ 2013	
	Doentes em Espera	Tempo médio desde a inscrição no Centro de Saúde	Doentes em Espera	Tempo médio desde a inscrição no Centro de Saúde	Doentes em Espera	Tempo médio desde a inscrição no Centro de Saúde
Anestesiologia	87	534,6	91	315,6	5%	-41%
Cardiologia	1.632	330,9	2.093	300,6	28%	-9%
Cirurgia Geral	3.594	535,8	3.295	430,6	-8%	-20%
Dermato-Venerologia	6.859	638,5	8.203	723,5	20%	13%
Medicina interna	1.056	640,6	1.008	716,1	-5%	12%
Oftalmologia	9.733	353,7	10.645	284,8	9%	-19%
Ortopedia	5.431	370,6	5.216	272,2	-4%	-27%
Otorrinolaringologia	5.662	445,0	4.937	456,5	-13%	3%
Pediatria	980	471,1	808	240,4	-18%	-49%
Urologia	2.054	372,2	2.067	282,9	1%	-24%
Total (especialidades)	37.088	452,2	38.363	422,8	3%	-6%

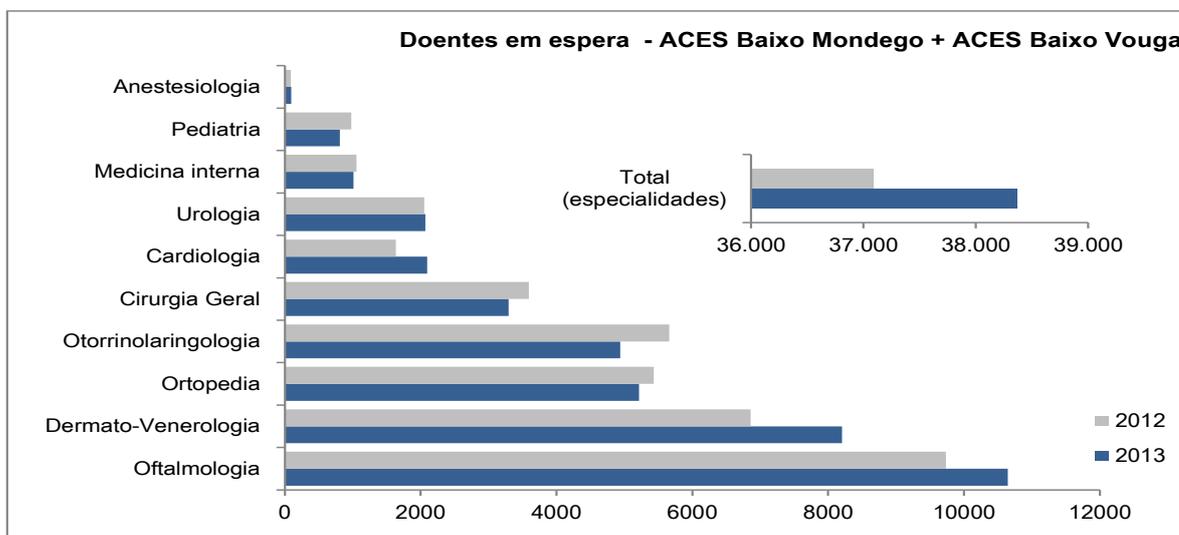
Fonte: ACSS.

Gráfico 1 – Doentes em espera ACES Baixo Mondego + ACES Baixo Vouga. Fonte: ACSS.



Fonte: ACSS.

Gráfico 2 – Tempo Médio de Espera no Centro de Saúde – ACES Baixo Mondego + ACES Baixo Vouga.



Fonte: ACSS.

A informação referida anteriormente (**quadro 7, gráfico 1 e 2**) reporta-se à situação conjunta dos ACES do Baixo Vouga e do ACES do Baixo Mondego em relação ao volume de doentes em espera referenciados para uma primeira consulta nos hospitais da região em 2012 e 2013. Observou-se um aumento de **3%** no volume de doentes em lista de espera entre os anos de 2012 e 2013 e uma descida no Tempo Médio de Espera (TME) de **6%**. O aumento de **1.275** de doentes em espera distribuiu-se essencialmente pelas especialidades de cardiologia e dermato-venereologia que perfizeram globalmente **1.805** casos. As melhorias de desempenho traduziram-se em variações que diminuiram nas especialidades de otorrinolaringologia (**-13%**) e de pediatria (**-18%**).

A conduta do Tempo Médio de Espera (TME) parece significar uma descida nos tempos de espera mais elevados. Saliente-se as diminuições nas especialidades de anestesiologia (**-41%**) e ortopedia (**-27%**). Contrariamente, a dermato-venereologia e a medicina interna vieram subir os TME em **13%** e **12%** respetivamente. Dermato-venereologia é a única especialidade em análise que apresentou um agravamento de situação tanto em termos de doentes em lista de espera como em termos de TME.

Como já foi referido anteriormente, a ARSC, I.P. realizou um estudo prévio para se certificar das vantagens que o hospital teria ao ser devolvido à SCMA. Elaborou-se uma previsão do número de recursos humanos que teria, após a devolução:

Quadro 8 – Resumo da previsão do número de profissionais no estudo prévio após a devolução.

	N.º Profissionais	N.º Médicos	N.º Enfermeiros	Assistentes Técnicos e Operacionais	Técnicos Superiores	Outros	Total de Encargos
Antes da devolução	120	6	37	58	3	5	2.779.931,67€
Após devolução:	64	4	19	28	2	2	1.532.378,22€

Fonte: SICA.

Contudo, **após a devolução o número de médicos** existentes nesta entidade hospitalar, não foi o previsto (**ver quadro 9**).

Quadro 9 – Número de Médicos com e sem Vínculos.

Hospital José Luciano de Castro da Misericórdia de Anadia			
	Nº de Médicos com Vínculo	Nº de Médicos com Outros Vínculos	TOTAL
2015 (Pós-Acordo)	6	22	28

Fonte: SICA.

O hospital contratou “à peça” e estes profissionais não pertencem ao quadro e, por isso, estes médicos contratados externamente são chamados de **médicos com outros vínculos**. Os médicos com vínculo são médicos que pertencem ao quadro, contudo não compensa ao hospital terem médicos com vínculos.

O número de médicos, mesmo tendo diminuído em relação ao cenário antes da devolução, a taxa de execução é **igual ou superior a 100%**, pelo que foi vantajoso ao hospital ter sido devolvido à Misericórdia, como se vai verificar posteriormente.

3.8.2. Produção Contratada e Remuneração

3.8.2.1. Pré-Devolução do Hospital José Luciano de Castro à Misericórdia de Anadia

O contrato-programa realizado na pré-devolução, isto é, antes da devolução do hospital à Misericórdia, nos anos de 2013 e 2014, a atividade hospitalar contratada, conforme dita o Apêndice I, do Acordo Modificativo do Contrato-Programa, que pode ser

consultado no *Anexo II* deste relatório¹⁹.

Era contratada uma listagem extensa, na qual se discriminava cada uma das atividades que poderiam ser realizadas no hospital, estipulavam as quantidades para cada atividade, o ICM, o preço unitário, a quantidade e o valor total.

Também definiam no contrato os **objetivos de qualidade e eficiência económico-financeira**, como se pode observar no quadro seguinte (**quadro 10**):

Quadro 10 – Apêndice II do Acordo Modificativo – Objetivos Nacionais.

Objetivos Nacionais	Pesos Relativos (%)	Meta
	60,00	
A. Acesso	15,00	
A.1 Percentagem das primeiras consultas no total de consultas médicas (%)	3,75	38,3
A.2 Percentagem de utentes referenciados para consulta externa atendidos em tempo adequado (%)	3,75	80,0
A.3 Peso das consultas externas com registo de alta no total de consultas externas (%)	3,75	6,5
A.4 Percentagem utentes inscritos em LIC com tempo de espera <= TMRG (%)	3,75	97,0
A.5 Permilagem de doentes sinalizados para a RNCCI, em tempo adequado, no total de doentes tratados (%)		
B. Desempenho Assistencial	25,00	
B.1 Demora média (dias)		
B.2 Percentagem de reinternamentos em 30 dias (%)		
B.3 Percentagem de doentes saídos com duração de internamento acima do limiar máximo (%)		
B.4 Percentagem de cirurgias da anca efetuadas nas primeiras 48 horas (%)		
B.5 Percentagem de cirurgias realizadas em ambulatório no total de cirurgias programadas (GDH) – para procedimentos ambulatorizáveis (%)		
B.6 Percentagem de consumo de embalagens de medicamentos genéricos, no total de embalagens de medicamentos (%)	12,50	40,00
B.7 Taxa de registo de utilização da "Lista de Verificação de Atividade Cirúrgica" – Indicador referente à cirurgia segura (%)	12,50	97,0
C. Desempenho Económico/Financeiro	20,00	
C.1 Percentagem dos custos com horas extraordinárias, suplementos e FSE (selecionados), no total de custos com pessoal (%)	5,00	3,1
C.2 EBITDA (€)	5,00	591.258,59
C.3 Acréscimo de Dívida Vencida (fornecedores externos) (€)	5,00	0,00
C.4 Percentagem de proveitos operacionais extra contrato-programa, no total de proveitos operacionais (%)	5,00	26,5

Fonte: ARSC, I.P.

¹⁹ Ver *Anexo II* – Apêndice I (Atividade Hospitalar) do Acordo Modificativo.

Quadro 11 – Apêndice II do Acordo Modificativo – Objetivos Regionais.

Objetivos Regionais	Pesos Relativos (%)	Meta
Centro		
	40,00	
Percentagem de Partos Vaginais realizados com Analgesia Epidural (%)		
Percentagem de GDH Cirúrgicos Urgentes no Total de GDH Cirúrgicos (%)		
Percentagem de Episódios de Internamento com Complicações (%)		
TME da Lista de Espera Cirúrgica (meses)	10,00	2,00
Percentagem de doentes muito prioritários atendidos acima do tempo máximo de espera	10,00	50,00
Faturação de medicamentos cedidos em farmácia de oficina (€)	10,00	120.000,00
Variação de custos ajustados com pessoal (%)	10,00	-2,00

Fonte: ARSC, I.P.

Até 31 de dezembro de 2014, este hospital integrava o Setor Público Administrativo do Estado (SPA), o hospital via a sua atividade suportada por orçamento financeira, de matriz histórica, sem associação à atividade realizada nem às modalidades de financiamento características do modelo contratual vigente.

3.8.2.2. Pós-Devolução do Hospital José Luciano de Castro à Misericórdia de Anadia

Após a devolução do hospital à Misericórdia, a produção contratada é a constante no Anexo III do Acordo de Cooperação²⁰, deste relatório celebrado entre a ARSC, I.P., o Hospital José Luciano de Castro de Anadia e a União das Misericórdias Portuguesas (UMP), que pode ser consultado no **Anexo IV** deste relatório.

Entretanto, em dezembro de 2015, realizou-se uma adenda (**ver quadro 12**), reajustando a produção contratada no Acordo de Cooperação, cuja necessidade se baseou:

“(1) A contratação muito conservadora na linha de produção da consulta externa e a sobreavaliação da capacidade produtiva na linha de cirurgia de ambulatório;

(2) A necessidade de inclusão da linha de produção de GDH médicos de ambulatório, uma vez que alguns procedimentos que acontecem em ambiente de bloco operatório originam GDH médicos de ambulatório.”

²⁰ Ver **Anexo IV** – Anexo III (Produção Contratada e Remuneração) do Acordo de Cooperação firmado entre a ARSC, I.P., o hospital e a UMP.

Quadro 12 – Adenda ao Anexo III do Acordo de Cooperação.

2015	Preço Unitário (Euros)	Quantidade	ICM (1)	% Doentes Equivalentes	Valor (Euros)
Consulta Externa					
Total de consultas médicas	-	22.934			
Primeiras consultas	42,63 €	12.250			522.217,50 €
Consultas subsequentes	38,75 €	10.684			413.999,52 €
Remuneração Total da Consulta Externa					936.217,02 €
GDH Ambulatório					
GDH cirúrgicos	2.141,70 €	1.628	0,4500		1.569.009,42 €
GDH médicos	2.141,70 €	62	0,4500		59.753,43 €
Remuneração Total de GDH Ambulatório					1.628.762,85 €
Valorização da Produção Contratada (preços metodologia 2013)					2.564.979,87 €
Incentivos à produção contratada					134.998,78 €
Valor total do acordo (2)					2.699.978,65 €
Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica (MCDT) (3)					
Imagiologia					
Medicina Física e Reabilitação					

Fonte: ARSC, I.P.

A diferença entre o Anexo III do Acordo de Cooperação e a adenda do Anexo III do mesmo acordo é apenas a introdução dos GDH médicos.

Neste Acordo de Cooperação, também existem níveis de serviço e objetivos de qualidade, conforme mostra o **quadro 13**:

Quadro 13 – Níveis de Serviço e Objetivos de Qualidade.

Objetivos de Qualidade	Meta
Acesso	
1. Percentagem de primeiras consultas médicas no total de consultas médicas	30%
2. Tempo máximo de espera para 1ª consulta (dias)	150 dias
3. Tempo máximo de espera para cirurgia (meses)	3 meses
Desempenho Assistencial	
1. “taxa de registo de utilização da “Lista de verificação da actividade cirúrgica” (indicador referente à cirurgia segura).	97%

Fonte: ARSC, I.P.

Cumpridos estes indicadores de qualidade, o Hospital José Luciano de Castro da Misericórdia de Anadia (HJLCMA) tem direito ao montante referido no **quadro 12**, a título de *incentivos à produção contratada*, que corresponde a um valor de **134.998,78€**. Este hospital como tem estes incentivos à produção, quanto mais produzem mais recebem e por isso, torna-se um hospital muito semelhante a um hospital EPE.

3.8.3. Comparação entre os dados de 2013, 2014 (pré-devolução) e 2015 (pós-devolução)

3.8.3.1. Contratualizado Versus Realizado – Consultas

Neste estudo de caso, os anos de alvo de estudo são precisamente os anos de 2013, 2014 e 2015 para melhor se compreender a evolução da produção do hospital, nos diferentes momentos. Nos anos de 2013 e 2014, o Hospital José Luciano de Castro, era ainda um hospital SPA e, por isso, pertencia ainda ao momento da pré-devolução. Em 2015, ano em que foi devolvido à Misericórdia, passou a ser um hospital com a mesma essência de um hospital EPE, contudo, o Hospital José Luciano de Castro da Misericórdia de Anadia tornou-se uma IPSS.

A contratualização feita entre a ARSC, I.P. e o hospital, seja antes ou depois da devolução à Misericórdia, conta com a produção SNS e com os subsistemas públicos (ADSE – funcionários públicos, SAD – trabalhadores da PSP e ADM – trabalhadores das Forças Armadas).

O número de consultas contratualizadas neste triénio foram as seguintes (**ver quadro 14**):

Quadro 14 – Contratualizado (Consultas).

	Contratualizado SNS (produção SNS + ADSE, SAD, ADM)		
	Primeiras Consultas	Consultas Subsequentes	TOTAL
Dez. 2013	6.972	10.680	17.652
Dez. 2014	4.661	7.243	11.904
Dez. 2015	12.250	10.684	22.934

Fonte: ARSC, I.P.

A realização das consultas, nesta fase, conta com a produção SNS e os subsistemas públicos (**ver quadro 15**).

Quadro 15 – Realizado (consultas em 2013 – pré-devolução).

	Realizado		
	Primeiras Consultas	Consultas Subsequentes	TOTAL (Valores Acumulados)
Jan. 2013	424	611	1.035
Fev. 2013	958	1.295	2.253
Mar. 2013	1.410	1.933	3.343
Abr. 2013	1.820	2.640	4.460
Mai. 2013	2.310	3.410	5.720
Jun. 2013	2.699	4.142	6.841
Jul. 2013	3.118	4.976	8.094
Ago. 2013	3.403	5.485	8.888
Set. 2013	3.825	6.263	10.088
Out. 2013	4.303	7.131	11.434
Nov. 2013	4.705	7.848	12.553
Dez. 2013	5.022	8.542	13.564

Fonte: SICA.

O total de consultas realizadas no ano de **2013**, foi de **5.022** primeiras consultas e **8.542** consultas subsequentes, o que perfaz um total de **13.564** consultas realizadas no ano de **2013**, pois tratam-se de valores acumulados (**ver quadro 15**).

Quadro 16 – Realizado (consultas em 2014 – pré-devolução).

	Realizado		
	Primeiras Consultas	Consultas Subsequentes	TOTAL (Valores Acumulados)
Jan. 2014	425	695	1.120
Fev. 2014	822	1.345	2.167
Mar. 2014	1.149	1.975	3.124
Abr. 2014	1.474	2.502	3.976
Mai. 2014	1.825	3.087	4.912
Jun. 2014	2.260	3.657	5.917
Jul. 2014	2.708	4.260	6.968
Ago. 2014	3.008	4.632	7.640
Set. 2014	3.394	5.251	8.645
Out. 2014	3.756	5.942	9.698
Nov. 2014	4.102	6.583	10.685
Dez. 2014	4.304	7.069	11.373

Fonte: SICA.

No ano de **2014**, foram realizadas **4.304** primeiras consultas e **7.069** consultas subsequentes, o que faz um total de **11.373** consultas, uma vez que são valores acumulados (ver quadro 16).

Quadro 17 – Realizado (consultas em 2015 – pós-devolução).

	Realizado		
	Primeiras Consultas	Consultas Subsequentes	TOTAL (Valores Acumulados)
Jan. 2015	564	296	860
Fev. 2015	1.240	736	1.976
Mar. 2015	1.999	1.361	3.360
Abr. 2015	2.743	2.035	4.778
Mai. 2015	3.559	2.694	6.253
Jun. 2015	4.454	3.371	7.825
Jul. 2015	5.584	4.064	9.648
Ago. 2015	6.427	4.582	11.009
Set. 2015	7.735	5.802	13.537
Out. 2015	8.904	7.243	16.147
Nov. 2015	10.491	8.861	19.352
Dez. 2015	11.961	10.531	22.492

Fonte: SICSA.

Em **2015**, foram realizadas **11.961** primeiras consultas e **10.531** consultas subsequentes, um total de **22.492** consultas, pois são valores acumulados do ano (ver quadro 17).

Porém, o Hospital José Luciano de Castro (HJCL) tem acordos também com subsistemas privados, pelo que além da ADSE, SAD e ADM (subsistemas públicos) e da produção SNS também se contabilizam esses subsistemas privados, pelo que se procedeu à realização de um quadro com a realização total. Sendo assim:

Quadro 18 – Realizado Total (2013 – pré-devolução).

	Realizado Total		
	Primeiras Consultas (Dez. 2013)	Consultas Subsequentes (Dez. 2013)	TOTAL
Anestesiologia	537	33	570
Cirurgia Geral (Não especificado)	1.203	1.310	2.513
Dermato-Venereologia	373	14	387
Medicina Física e Reabilitação	165	93	258
Medicina Interna	237	1.785	2.022
Oftalmologia	537	491	1.028
Ortopedia	617	1.013	1.630
Otorrinolaringologia	622	1.023	1.645
Pediatria	253	1.427	1.680
Urologia	317	825	1.142
Cardiologia	171	511	682
TOTAL	5.032	8.525	

Fonte: SICA.

No ano de **2013**, foram contratualizadas **6.972** primeiras consultas (**ver quadro 14**). Foram realizadas por produção de SNS + ADSE, SAD e ADM, **5.022** realizadas (**ver quadro 15**), no total, **5.032** (**ver quadro 18**). O total de produção do SNS não pode ser superior ao total de produção, apenas pode ser inferior ou igual. Se for superior significa que foi uma produção paga pelo subsistema privado, pelo que os valores do quadro anterior (**quadro 18**) indicam que **10** consultas que foram pagas por subsistemas privados. Nas consultas subsequentes foram contratualizadas **10.680** (**ver quadro 14**), realizadas por produção SNS + ADSE, SAD e ADM (subsistemas públicos), **8.542** (**ver quadro 15**) e no total, com os subsistemas privados incluídos, **8.525** (**ver quadro 18**).

Quadro 19 – Realizado Total (2014 – pré-devolução).

	Realizado Total		
	Primeiras Consultas (Dez. 2014)	Consultas Subsequentes (Dez. 2014)	TOTAL
Anestesiologia	471	14	485
Cirurgia Geral (Não especificado)	1.253	933	2.186
Dermato-Venereologia	329	5	334
Medicina Física e Reabilitação	284	122	406
Medicina Interna	229	1.500	1.729
Oftalmologia	196	152	348
Ortopedia	405	599	1.004
Otorrinolaringologia	435	1.150	1.585
Pediatria	257	1.396	1.653
Urologia	196	388	584
Cardiologia	264	665	929
TOTAL	4.319	6.924	

Fonte: SICA.

Em **2014**, altura ainda da pré-devolução, foram contratualizadas **4.661** primeiras consultas (ver quadro 14), **4.304** realizadas por produção SNS + ADSE, SAD e ADM (ver quadro 16) e realizadas, no total, **4.319** (ver quadro 19) o que significa que existiram **15** consultas que foram pagas por subsistemas privados. Nas consultas subsequentes foram contratualizadas **7.243** (ver quadro 14), **7.069** realizadas pela produção SNS + ADSE, SAD e ADM (ver quadro 16), e no total, com os subsistemas privados incluídos, **6.924** segundas consultas (ver quadro 19).

Quadro 20 – Realizado Total (2015 – pós-devolução).

	Realizado Total		
	Primeiras Consultas (Dez. 2015)	Consultas Subsequentes (Dez. 2015)	TOTAL
Anestesiologia	1.556	2	1.558
Cirurgia Geral (Não especificado)	1.529	1.176	2.705

	Realizado Total		
	Primeiras Consultas (Dez. 2015)	Consultas Subsequentes (Dez. 2015)	TOTAL
Dermato-Venereologia	1.723	178	1.901
Medicina Física e Reabilitação	46	153	199
Medicina Interna	182	1.059	1.241
Oftalmologia	3.232	2.851	6.083
Ortopedia	1.392	1.785	3.177
Otorrinolaringologia	1.177	1.400	2.577
Pediatria	222	773	995
Urologia	573	712	1.285
Cardiologia	376	596	972
TOTAL	12.008	10.685	

Fonte: SICA.

Após a devolução do hospital de Anadia à Santa Casa da Misericórdia de Anadia, em **2015**, foram contratualizadas **12.250** primeiras consultas (**ver quadro 14**). Realizadas pela produção do SNS + ADSE, SAD e ADM foram **11.961** (**ver quadro 17**) e, no total, com os subsistemas privados incluídos, foram realizadas **12.008** (**ver quadro 20**), pelo que **47** consultas foram pagas por subsistemas privados. Em relação às consultas subsequentes, **10.684** foram contratadas (**ver quadro 14**), realizadas por produção do SNS + ADSE, SAD, ADM foram **10.531** (**ver quadro 17**) e, no total, **10.685** (**ver quadro 20**), que perfaz **154** segundas consultas pagas por subsistemas privados.

3.8.3.2. Resumo de consultas dos anos de 2013 a 2015

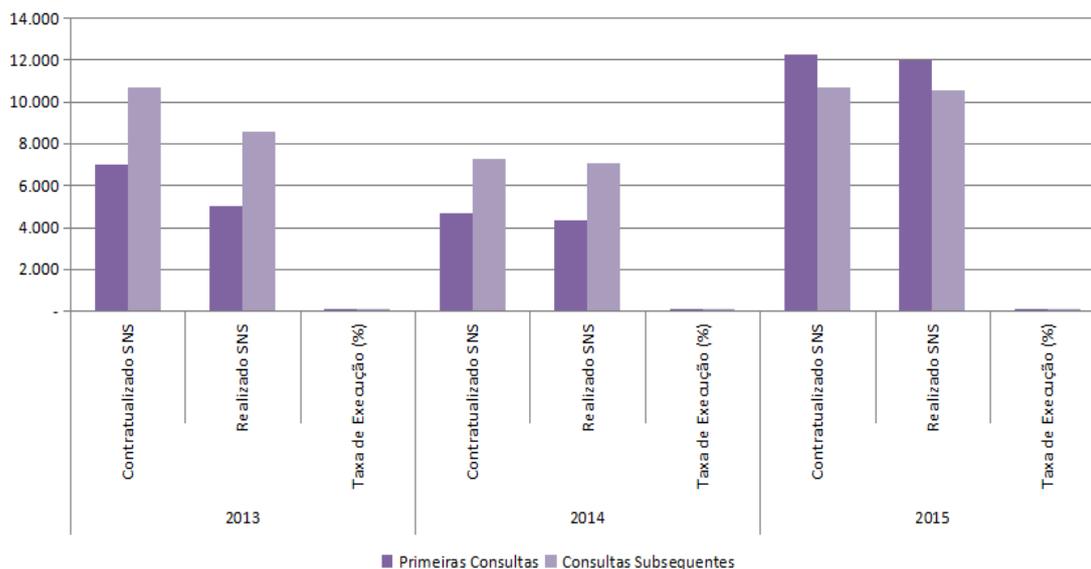
Posto isto, elaborou-se a taxa de execução (**ver quadro 21**), em relação ao ano de **2013**, **2014** e **2015**, da atividade hospitalar, neste caso, de primeiras consultas e consultas subsequentes.

Quadro 21 – Taxa de Execução de Consultas. Realização Própria.

	2013			2014			2015		
	Contratu alizado SNS	Realizado SNS	Taxa de Execução (%)	Contratua lizado SNS	Realizado SNS	Taxa de Execução (%)	Contratuali zado SNS	Realizado SNS	Taxa de Execução (%)
Primeiras Consultas	6.972	5.022	72,0	4.661	4.304	92,3	12.250	11.961	97,6
Consultas Subsequentes	10.680	8.542	80,0	7.243	7.069	97,6	10.684	10.531	98,6

No ano de **2013**, temos uma taxa de execução de **72%** de primeiras consultas e **80%** de consultas subsequentes. Em **2014**, a taxa de execução de primeiras consultas é de **92,3%** e de segundas consultas, ou consultas subsequentes, **97,6%**. No ano de **2015**, ano em que o hospital foi devolvido à Santa Casa da Misericórdia de Anadia, em primeiras consultas a taxa de execução é de **97,6%** e de consultas subsequentes é de **98,6%**. Claramente, após a devolução a taxa de execução de consultas é a mais elevada, pelo que o hospital, cumpriu quase **100%** o que foi contratualizado. Porém, apesar de haver um aumento da taxa de execução de **2014** para **2015**, em relação às primeiras consultas e às consultas subsequentes a variação não é significativa – é de apenas **5%** e de **1%**, respetivamente (**ver gráfico 3**).

Gráfico 3 – Contratualizado Vs. Realizado – Consultas (2013, 2014, 2015). Realização Própria.



A **variação entre 2013 e 2014**, anos da pré-devolução, nas primeiras consultas, é de **-33,1%**, pois houve mais consultas contratualizadas em 2013 do que em 2014. Já na parte da produção, realizaram-se mais primeiras consultas em 2013 do que em 2014, pelo que a variação é mais baixa que a contratualizada, sendo de **-14,3%**. Em relação às consultas subsequentes contratualizadas, houve uma variação de **-32,2%**, pois contratualizaram-se mais segundas consultas em 2013 do que em 2014. Nas consultas subsequentes realizadas, a variação é de **-17,2%**, foram produzidas mais consultas subsequentes em 2013 do que em 2014 (**ver quadro 22**).

No que diz respeito à **variação entre 2014 e 2015**, sendo este último o ano pós-devolução, a variação passa a ser positiva. Foi o ano com mais primeiras consultas contratualizadas, e por isso, a variação é de **162,8%**. O ano de 2015 teve mais primeiras consultas produzidas, sendo que a variação do ano pré-devolução (2014) e pós-devolução (2015) é de **177,9%**. Em relação às consultas subsequentes, 2015 também foi o ano com mais contratualizadas e mais produzidas, por isso, a variação das contratualizadas é de **47,5%** e a variação das realizadas é de **49%**. O **quadro 22** mostra outro ponto a favor da devolução do Hospital José Luciano de Castro à Santa Casa da Misericórdia de Anadia, na produção de consultas (**ver quadro 22**).

Quadro 22 – Taxa de Variação de Consultas. Realização Própria.

	2013	2014	Variação entre 2013 e 2014 (%)	2015	Variação entre 2014 e 2015 (%)
Contratualizado SNS (produção SNS + ADSE, SAD, ADM)					
<i>Primeiras Consultas</i>	6.972	4.661	-33,1	12.250	162,8
<i>Consultas Subsequentes</i>	10.680	7.243	-32,2	10.684	47,5
Realizado SNS (produção SNS + ADSE, SAD, ADM)					
<i>Primeiras Consultas</i>	5.022	4.304	-14,3	11.961	177,9
<i>Consultas Subsequentes</i>	8.542	7.069	-17,2	10.531	49,0

3.8.3.3. Contratualizado Versus Realizado – Cirurgias (GDH)

Grupo de Diagnóstico Homogêneo (GDH) é um código gerado após a cirurgia, através do *Coding Clinic* ICD – 9 – CM que está associado ao tipo de cirurgia que o utente sofreu, tendo em conta a sua condição clínica, o diagnóstico principal, a existência de

complicações, o grau de severidade, os procedimentos realizados, idade, sexo e o destino após a cirurgia (alta, internamento, óbito, saída contra parecer médico ou transferido). Os GDH podem ser GDH médicos ou GDH cirúrgicos. GDH médicos são aqueles que não pressupõem ida ao bloco operatório e GDH cirúrgicos são aqueles que pressupõem cirurgia em ambiente de bloco operatório. Existe também um GDH Ambulatório, que indica que o utente permaneceu menos de 24 horas no hospital e existe ainda um GDH de Internamento, que indica que o utente permaneceu mais de 24 horas no hospital. Importa referir que nesta análise apenas aparecem GDH Ambulatórios, pois no Hospital José Luciano de Castro apenas se fazem este tipo de GDH.

O processo de recolha e de análise de dados, nesta fase de análise das cirurgias, é justamente como o das consultas. A contratualização feita entre a ARSC, I.P. e o hospital, seja antes ou depois da devolução à Misericórdia, conta com a produção SNS e com os subsistemas públicos (ADSE – funcionários públicos, SAD – trabalhadores da PSP e ADM – trabalhadores das Forças Armadas). Assim:

Quadro 23 – Contratualizado (GDH Médicos e Cirúrgicos).

	Contratualizado SNS (produção SNS + ADSE, SAD, ADM)		
	GDH Cirúrgicos	GDH Médicos	TOTAL
Dez. 2013	1.020	20	1.040
Dez. 2014	1.020	-	1.020
Dez. 2015	1.628	62	1.690

Fonte: SICA.

Quadro 24 – Realizado (Cirurgias em 2013, pré-devolução).

	Realizado		
	GDH Médicos de Ambulatório	GDH Cirúrgicos de Ambulatório	TOTAL (Valores Acumulados)
Jan. 2013	-	23	23
Fev. 2013	-	67	67
Mar. 2013	-	109	109
Abr. 2013	-	168	168
Mai. 2013	-	196	196

	Realizado		
	GDH Médicos de Ambulatório	GDH Cirúrgicos de Ambulatório	TOTAL (Valores Acumulados)
Jun. 2013	-	258	258
Jul. 2013	-	305	305
Ago. 2013	-	319	319
Set. 2013	-	359	359
Out. 2013	-	425	425
Nov. 2013	-	486	486
Dez. 2013	-	527	527

Fonte: SICA.

No ano de **2013**, em relação às cirurgias, foram realizadas pela produção SNS + ADSE, SAD e ADM (subsistemas públicos), um total de **527**, uma vez que se tratam de valores acumulados (ver quadro 24).

Quadro 25 – Realizado (Cirurgias em 2014, pré-devolução).

	Realizado		
	GDH Médicos de Ambulatório	GDH Cirúrgicos de Ambulatório	TOTAL (Valores Acumulados)
Jan. 2014	-	43	43
Fev. 2014	-	89	89
Mar. 2014	-	128	128
Abr. 2014	-	155	155
Mai. 2014	-	193	193
Jun. 2014	-	245	245
Jul. 2014	-	282	282
Ago. 2014	-	307	307
Set. 2014	-	353	353
Out. 2014	-	399	399
Nov. 2014	-	450	450
Dez. 2014	-	473	473

Fonte: SICA.

Em **2014**, realizaram-se **0** GDH Médicos Ambulatórios e **473** GDH Cirúrgicos de Ambulatório, isto é, um total de **473** cirurgias, pois são valores acumulados (ver quadro 25).

Quadro 26 – Realizado (Cirurgias em 2015, pós-devolução).

	Realizado		
	GDH Médicos de Ambulatório	GDH Cirúrgicos de Ambulatório	TOTAL
Jan. 2015	2	38	40
Fev. 2015	3	69	72
Mar. 2015	5	131	136
Abr. 2015	12	229	241
Mai. 2015	18	330	348
Jun. 2015	27	492	519
Jul. 2015	33	598	631
Ago. 2015	34	701	735
Set. 2015	41	881	922
Out. 2015	44	1.079	1.123
Nov. 2015	53	1.343	1.396
Dez. 2015	60	1.631	1.691

Fonte: SICA

Em **2015**, ano da pós-devolução, realizaram-se **60** GDH Médicos de Ambulatório e **1.631** GDH Cirúrgicos de Ambulatório: um total de **1.691** cirurgias, pois tratam-se de valores acumulados (ver quadro 26).

Uma vez que este hospital tem acordos com subsistemas privados também se contabilizam esses subsistemas privados, além da produção SNS, ADSE, SAD e ADM, pelo que se procede à realização de um quadro com o total (ver quadro 27). Assim:

Quadro 27 – Realizado Total (2013, 2014 e 2015).

	Realizado Total		
	Dez. 2013	Dez. 2014	Dez. 2015
Anestesiologia	-	-	-
Cirurgia Geral (Não especificado)	360	359	372
Dermato-Venereologia	-	-	-
Medicina Física e Reabilitação	-	-	-

	Realizado Total		
	Dez. 2013	Dez. 2014	Dez. 2015
Medicina Interna	-	-	-
Oftalmologia	-	-	852
Ortopedia	146	151	334
Otorrinolaringologia	-	-	43
Pediatria	-	-	-
Urologia	69	6	90
Cardiologia	-	-	-
TOTAL	575	516	1.691

Fonte: SICA.

No ano de **2013**, foram contratualizadas **1.040** cirurgias (**ver quadro 23**): **20** GDH Médicos de Ambulatório e **1.020** GDH Cirúrgico de Ambulatório. Foram realizadas por produção de SNS + ADSE, SAD e ADM **527** (**ver quadro 24**) e, no total, **575** cirurgias (**ver quadro 27**) o que significa que **48** cirurgias foram pagas por subsistemas privados. No ano de **2014**, ainda em ano de pré-devolução, foram contratualizadas **1.020** cirurgias (**ver quadro 23**), ou seja, **0** GDH Médicos de Ambulatório e **1.020** GDH Cirúrgicos de Ambulatório. Efetuaram-se por produção de SNS + ADSE, SAD e ADM, **473** cirurgias (**ver quadro 25**) e, no total **516** (**ver quadro 27**), pelo que **43** cirurgias foram pagas por subsistemas privados. Em **2015**, no ano da devolução do hospital à Misericórdia, foram contratadas, através do acordo de cooperação, **1.690** cirurgias (**ver quadro 23**): **62** GDH Médicos de Ambulatório e **1.628** GDH Cirúrgicos de Ambulatório. Foram realizadas por produção do SNS + ADSE, SAD e ADM **1.691** cirurgias (**ver quadro 26**) e, incluindo os subsistemas privados, há um total de **1.691** cirurgias (**ver quadro 27**), pelo que não houve nenhuma cirurgia paga por subsistemas privados.

Como se pode verificar, após a devolução, os objetivos propostos e contratualizados em relação ao número de cirurgias, foram superados e, noutros casos, aproxima-se muito do contratualizado. Nos GDH Médicos de Ambulatório, foram contratualizados **62** e foram realizados **60**; já nos GDH Cirúrgicos, contratualizaram-se **1.628** e o hospital realizou **1.631**, **mais 3** do que o contratualizado. Apenas a partir do ano de 2015 é que se realizaram GDH Médicos Ambulatórios, pois nos anos de 2013 e 2014 (anos da pré-devolução) não se efetuaram quaisquer tipos de GDH Médicos Ambulatórios.

3.8.3.4. Resumo de GDH dos anos de 2013 a 2015

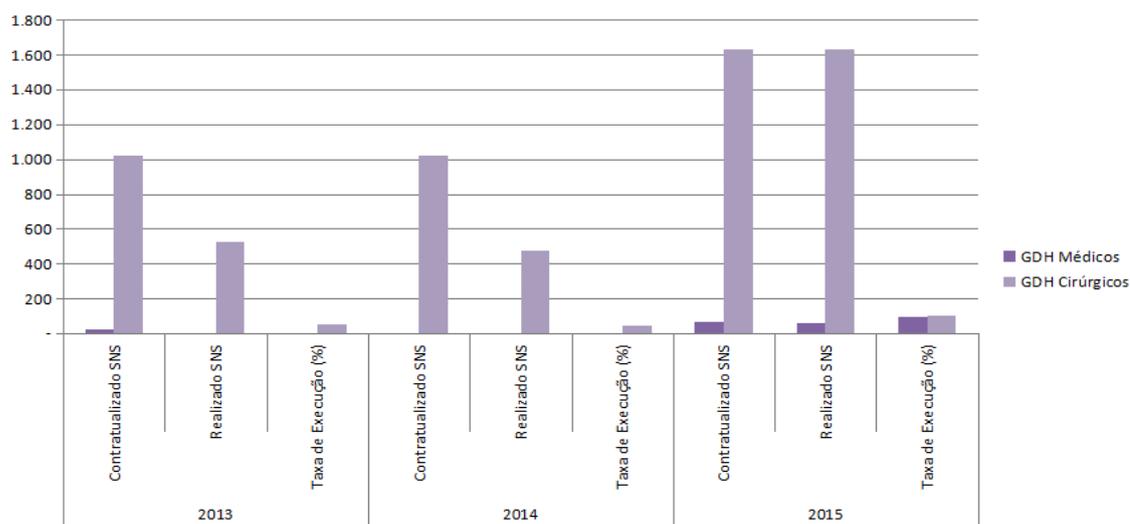
Após este estudo, realizou-se um quadro da taxa de execução, em relação aos anos de 2013, 2014 e 2015, da atividade hospitalar, neste caso, de GDH Médicos e GDH Cirúrgicos (Ambulatórios).

Quadro 28 – Taxa de Execução de GDH. Realização Própria.

	2013			2014			2015		
	Contratu alizado SNS	Realizado SNS	Taxa de Execução (%)	Contratua lizado SNS	Realizado SNS	Taxa de Execução (%)	Contratua lizado SNS	Realizado SNS	Taxa de Execução (%)
GDH Médicos	20	-	0,0	-	-	0,0	62	60	96,8
GDH Cirúrgicos	1.020	527	51,7	1.020	473	46,4	1.628	1.631	100,2

No ano de **2013**, temos uma taxa de execução de **0%** de GDH médicos e **51,7%** de GDH Cirúrgicos. Em **2014**, a taxa de execução de GDH médicos é de **0%**, pois não se contratualizaram nem se produziram GDH médicos neste ano e de GDH cirúrgicos **46,4%**. No ano de **2015**, ano em que o hospital foi devolvido à Santa Casa da Misericórdia de Anadia, em GDH médicos a taxa de execução é de **96,8%** e de GDH cirúrgicos é de **100,2%**. Claramente, após a devolução, a taxa de execução de cirurgias é a mais elevada, pelo que o hospital, cumpriu praticamente **100%** o que foi contratualizado (**ver quadro 28 e gráfico 4**).

Gráfico 4 – Contratualizado Vs. Realizado – GDH (2013, 2014 e 2015). Realização Própria.



A **variação entre 2013 e 2014**, anos da pré-devolução, na contratualização, nos GDH médicos, é de **-100%**, pois não houve cirurgias contratualizadas em 2014. Já na parte da produção, não se realizaram GDH médicos nem em 2013 nem em 2014. Em relação aos GDH cirúrgicos contratualizados, houve uma variação de **0%**, pois contratualizaram-se as mesmas cirurgias em ambos os anos. Nos GDH cirúrgicos produzidos, a variação é de **-10%**, foram produzidas mais GDH cirúrgicos em 2013 do que em 2014 (**ver quadro 29**).

No que diz respeito à **variação entre 2014 e 2015**, sendo este último o ano pós-devolução, a variação passa a ser positiva. Foi o ano com mais GDH médicos contratualizados, porém em 2014 não houve GDH médicos contratualizados e, por isso, a variação é de **0%**. O ano de 2015 teve mais GDH médicos produzidos, sendo que a variação do ano pré-devolução (2014) e pós-devolução (2015) é de **0%**, pois em 2014 não existiram GDH médicos realizados. Em relação aos GDH cirúrgicos, 2015 também foi o ano com mais cirurgias contratualizadas e produzidas por isso, a variação das contratualizadas é de **60%** e a variação das realizadas é de **245%**. Esta variação mostra que a devolução do Hospital José Luciano de Castro à Santa Casa da Misericórdia de Anadia (SCMA) foi benéfica em termos da produção de cirurgias (**ver quadro 29**).

Quadro 29 – Taxa de Variação de GDH. Realização Própria.

	2013	2014	Variação entre 2013 e 2014 (%)	2015	Variação entre 2014 e 2015 (%)
Contratualizado SNS (produção SNS + ADSE, SAD, ADM)					
<i>GDH Médicos</i>	20	-	-100	62	0
<i>GDH Cirúrgicos</i>	1.020	1.020	0	1.628	60
Realizado SNS (produção SNS + ADSE, SAD, ADM)					
<i>GDH Médicos de Ambulatório</i>	-	-	0	60	0
<i>GDH Cirúrgico de Ambulatório</i>	527	473	-10	1.631	245

3.9. Conclusão

O Departamento de Planeamento e Contratualização é um departamento fundamental, que pertence à ARSC, I.P. e que dá vida a estes acordos entre a ARSC, I.P. e o Hospital José Luciano de Castro. Com a devolução do hospital à SCMA, deixou de ser um hospital SPA para ser um hospital com os mesmos princípios de um hospital EPE.

Com a análise de resultados obtidos podemos concluir que o Hospital José Luciano de Castro da Misericórdia de Anadia é um hospital com uma boa taxa de execução. Isto deve-se ao facto de ser uma instituição que está sensibilizada para aspetos relacionados com a qualidade no serviço de saúde que presta aos cidadãos e considera que a qualidade é um processo longo, com diversas etapas e que não deve ser negligenciada e, portanto, acredita na qualidade dos processos para manter os bons resultados.

CAPÍTULO IV: CONCLUSÃO

4.1. Conclusão Geral

O Departamento de Planeamento e Contratualização da ARSC, I.P., tem como função a preparação, o acompanhamento e a monitorização do processo de contratualização que realiza com os diversos hospitais da zona centro.

O Hospital José Luciano de Castro, em 2013 e 2014, era juridicamente um hospital SPA que em acordo com a ARSC, I.P. celebrou um Acordo Modificativo, com diversos pontos contratualizados, nomeadamente os indicadores de qualidade, as consultas e as cirurgias. No ano de 2015, este hospital foi devolvido à Santa Casa da Misericórdia de Anadia e celebrou-se um novo acordo intitulado de **Acordo de Cooperação**, realizado entre a ARSC, I.P., a União das Misericórdias Portuguesas e o HJLC. Para essa devolução se concretizar foi necessário a ARSC, I.P. realizar um estudo prévio, conforme dita a Lei n.º 138/2013, de 9 de outubro, para se comprovar a sua sustentabilidade financeira, eficácia e eficiência, no sentido de averiguar se essa devolução era vantajosa para o hospital, para o SNS e para os utentes.

O estudo realizado neste relatório, teve como objetivo verificar a almejada vantagem dessa devolução. Para o efeito efetuou-se o tratamento e análise e comparação dos dados de produção entre os anos de 2013, 2014 e 2015 no que respeitou ao desempenho do hospital, nas consultas e nas cirurgias efetuadas.

Em termos gerais, e com recurso à análise dos dados realizada, pode-se concluir que houve uma perceção imediata das diferenças das quantidades produzidas, com um **total de consultas realizadas** em **2013** de **13.564** e em **2015** de **22.492** e um **total de GDH de Ambulatório realizados** de **527** em **2013** e **1.691** em **2015** e sempre com taxas de **variação superiores a 100%**, tal como nos mostra o **quadro 30**. A contratualização dos volumes de produção em **2015** foi muito exigente face ao histórico de atividade do hospital de Anadia, embora se tenha verificado uma taxa de execução do Acordo de Cooperação de **99%**. A alteração do modelo de financiamento da atividade do hospital, por via de normas de comportamento e directivas análogas aos hospitais EPE, que se traduziram em medidas de incentivo à produção, permitiu reduzir o montante financeiro a afetar ao hospital, associando-o diretamente às unidades produzidas, com redução de

parcelas de ineficiência e ineficácia. Estas medidas permitiram a obtenção de uma poupança de **29%**, simultaneamente com o aumento do acesso a cuidados especializados por parte dos utentes, uma maior diversidade na oferta e simultaneamente uma melhor qualidade de serviço oferecido neste hospital.

Quadro 30 – Conclusão.

Linhas de Produção Contratadas	Atividade Realizada em 2013 (hospital S.P.A.)	Atividade Realizada em 2015 (após devolução à UMP)	Varição (entre 2013 e 2015)
Primeiras Consultas	5.022	11.961	238%
Consultas Subsequentes	8.542	10.531	123%
Total de Consultas	13.564	22.492	166%
GDH de ambulatório(med+cir)	527	1.691	321%
	3.598.222,00 €	2.564.979,87 €	-29%
	Valor transferido do Orçamento de Estado para o hospital	Valorização da atividade realizada pelo hospital aos preços do Acordo de Cooperação (metodologia 2013)	
			Poupança alcançada entre 2013 e 2015
Taxa de Execução Financeira da Produção	Contrato-Programa 2013	18,6%	
	Acordo de Cooperação 2015	99,0%	

Quanto aos indicadores de qualidade, após a devolução, os resultados são os que se encontram no **quadro 31**, o que indica que o HJLCMA teve direito ao montante de **134.998,78€**, a título de incentivo à produção contratada, conforme dita o Acordo de Cooperação firmado.

Quadro 31 – Indicadores de Qualidade Realizados do HJLCMA.

Indicador	Meta	Realizado
Percentagem de primeiras consultas médicas no total de consultas médicas	30%	46,8%
Tempo Máximo de Espera para 1ª consulta	150 dias	141 dias
Tempo Máximo de Espera para cirurgia	3 meses	55 dias**
Taxa de registo de utilização da "Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica" - Cirurgia Segura	97%	100%

Fonte: ARSC, I.P.

4.2. Implicações para os Gestores

Pequenas alterações a nível do serviço prestado, bem como nos tempos médios de espera, na produção de consultas e/ou cirurgias, podem ter um grande impacto na qualidade de serviço dos hospitais em geral, por analogia ao estudo aqui realizado. Estas alterações podem significar menores despesas e evitar prejuízos para o SNS e para os utentes. É muito importante que os gestores tenham consciência que a melhoria contínua da qualidade dos serviços públicos contribuem para o bem-estar das populações e para um serviço que a satisfaça as necessidades de saúde dos seus utentes. Assim sendo, é essencial que os gestores avaliem continuamente a qualidade do serviço e monitorizem a satisfação dos utentes, de forma a identificar os atributos que geram a (in)satisfação para que possam identificar os pontos a melhorar, a reivindicarem os recursos necessários para melhor desempenharem o seu trabalho e que, naturalmente, também se possam avaliar enquanto profissionais que prestam um serviço público. No que respeita às instituições de supervisão, por exemplo a ARSC, os ensinamentos das diversas opções de parceria e os resultados que daí advém, podem contribuir para uma melhor consciencialização, fruto das experiências, das melhores opções de gestão e monitorização dos serviços de saúde e da melhor oferta desses serviços para o bem-estar das populações.

4.3. Lacunas e direção para futuros trabalhos

Este trabalho apresenta algumas lacunas. De referir que se trata de um estudo de caso cujos resultados que daqui se retiram não podem ser extrapolados para a diversidade dos serviços e dos hospitais. Deste modo, recomenda-se estudos posteriores que possam utilizar a mesma metodologia em situações idênticas (outros acordos de parceria e outros hospitais) no sentido de ser possível fazerem-se comparações e retirarem-se conclusões mais fidedignas. Neste estudo de caso particular, seria igualmente pertinente analisar os recursos humanos de todo o hospital, ouvir as suas opiniões, bem como identificar todos os encargos financeiros inerentes aos Acordos efetuados entre a ARSC, o hospital e a União das Misericórdias Portuguesas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BANK, J. (1998). *Qualidade Total – Manual de Gestão. A Essência da Gestão da Qualidade Total*. Edições Cetop, 2.^a edição.

CAMPOS, L.; SATURNO, P. e CARNEIRO, A. (2010). *Plano Nacional de Saúde 2011-2016. A Qualidade dos Cuidados e dos Serviços*. Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa. Cembe.

CARVALHO, M. (2008). *Gestão e Liderança na Saúde: Uma Abordagem Estratégica*. Porto, Vida Económica.

CASTRO, J.; CUNHA, A. e LEAL, M. (2008). *Organizações em Tempo Real*. Edições Sílabo.

CUNHA, M. (2002). *Introdução à Qualidade de Serviços: A Perspectiva de Gestão de Recursos Humanos*. Lisboa, Printipo – Indústrias Gráficas, Lda.

DEMING, W. (1990). *Qualidade: A Revolução da Administração*. Editora Marques Saraiva.

DQS (2009). *Programa Nacional de Acreditação em Saúde*.

DRUCKER, P. (1996). *The Executive in Action: Management for Results, Innovation and Entrepreneurship, the Effective Executive*. Edição Hardcover

ENSOR, T.; WITTERS e SHEIMAN, I. (1997). *Methods of payment to medical care providers*. Editora John Wiley & Sons.

ESCOVAL, A. (2003). *Evolução da Administração Pública da Saúde: O Papel da Contratualização. Factores Críticos do Contexto Português*. Tese de Doutoramento, Lisboa, p. 81-89.

ESCOVAL, A.; RIBEIRO, R. e MATOS, T. (2010). “A contratualização em Cuidados de Saúde Primários: o contexto internacional”. *Revista Portuguesa da Saúde Pública*. Volume temático n.º 9, p. 41-57.

FREIRE, A. (1997). *Estratégia. Sucesso em Portugal*. Editorial Verbo.

GOMES, P. (2004). *A Evolução do Conceito de Qualidade: Dos Bens Manufacturados aos Serviços de Informação*. Cadernos de Biblioteconomia Arquivística e Documentação Cadernos BAD, p. 6-18.

GRONROOS (2000). *Service Management and Marketing – A customer relationship management approach*. Chichester, Editora John Wiley & Sons, 2.ª edição.

GRYNA F. e JURAN, J. (1993). *Quality Planning and Analysis*. Edição Mc Graw-Hill.

HAMEL, G. e PRAHALAD, C. K. (2000). *Competing for the Future*. Printed December 2000, Harvard Business School Press, Boston.

JENKINS, K. (1995). *Civil Service Reform in United Kingdom*. Paper delivered at Workshop on Civil Service Reform in Anglophone. Africa, April 1995.

MACEDO, N. e MACEDO, V. (2005). *Gestão Hospitalar – Manual Prático*. Editora Lidel.

PEREIRA, D.; NASCIMENTO, J.; GOMES, R. (2012). *Sistemas de Informação na Saúde. Perspetivas e Desafios em Portugal*. Edições Sílabo.

PINTO, S. (2003). *Gestão dos Serviços: A Avaliação da Qualidade*. Lisboa, Editorial Verbo.

PIRES, A. (2007). *Qualidade – Sistemas de Gestão da Qualidade*. Edições Sílabo.

SHIRLEY, M. (1998 a). *Performance Contracts: A Tool for Improving Public Services*. New Brunswick: Transaction Publishers.

SHIRLEY, M. e XU, Colin (1998 c). “Information, Incentives and Commitment: An Empirical Analysis of Contracts between Government and State Enterprises”. *Journal of Law, Economics and Organization*, Vol. 14, n.12., p. 358-378.

VIVIEN, M. (2004). *Gestão de Unidades de Saúde e de Serviços Sociais*. Lisboa, Monitor – Projectos e Edições, Lda.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

LEGISLAÇÃO

Constituição da República Portuguesa.

Decreto-Lei n.º 138/2013, de 9 de outubro.

Decreto-Lei n.º 139/2013, de 9 de outubro.

Decreto-Lei n.º 22/2012, de 30 de janeiro.

Decreto-Lei n.º 30/2011, de 2 de março.

Decreto-Lei n.º 188/2003, de 20 de agosto.

Decreto-Lei n.º 97/98, de 18 de abril.

Decreto-Lei n.º 11/93, de 15 de janeiro.

Despacho n.º 5613/2015.

Despacho n.º 48/80, de 12 de setembro.

Lei n.º 27/2002, de 8 de novembro – Lei de Bases da Saúde.

Portaria n.º 567/2006, de 12 de junho.

ANEXOS

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo I: Acordo Modificativo do Contrato-Programa entre a ARSC, I.P. e o Hospital José Luciano de Castro (HJLC). Acordo firmado antes da devolução à Misericórdia.....	72
Anexo II: Apêndice I (Atividade Hospitalar) do Acordo Modificativo.....	73
Anexo III: Acordo de Cooperação entre a ARSC, I.P., o Hospital José Luciano de Castro (HJLC) e a União das Misericórdias Portuguesas (UMP). Acordo firmado aquando a devolução do hospital à Misericórdia	74
Anexo IV: Anexo III (Produção Contratada e Remuneração) do Acordo de Cooperação firmado entre a ARSC, I.P., o hospital e a UMP	75

ANEXO I

ACORDO MODIFICATIVO DO CONTRATO-PROGRAMA

Entre:

A **ADMINISTRAÇÃO REGIONAL DE SAÚDE DO CENTRO** como primeiro outorgante, representada pelo seu Presidente, Dr. José Manuel Azenha Tereso, com poderes para outorgar o ato, doravante designada de “ARS”;

E

O **HOSPITAL DE JOSÉ LUCIANO DE CASTRO**, como segundo outorgante, neste ato representado pelo Presidente do Conselho de Administração, Dra. Maria João Passão Bolas, com poderes para outorgar o ato, doravante designado de “Hospital”;

Cláusula 1ª

1. Pelo presente Acordo Modificativo as Partes prorrogam para 2014 o Contrato-Programa para a definição dos objetivos do plano de atividades do Hospital para o triénio 2013-2015, no âmbito da prestação de serviços e cuidados de saúde, celebrado em 28 de Março de 2013.

2. Pelo presente Acordo é igualmente alterado o Anexo ao Contrato-Programa para a definição dos objetivos do plano de atividades do Hospital para o triénio 2013-2015, no âmbito da prestação de serviços e cuidados de saúde, celebrado em 28 de Março de 2013, conforme previsto na Cláusula 1ª, n.º2 deste último para vigorar em 2014.

Celebrado aos 12 dias do mês de Novembro de 2014

PRIMEIRO OUTORGANTE

Administração Regional de Saúde do Centro, IP

SEGUNDO OUTORGANTE

Hospital de José Luciano de Castro

ANEXO

Cláusulas específicas para o ano 2014

Cláusula 1ª

Produção contratada

1. O Hospital obriga-se a assegurar a produção correspondente às prestações de saúde constantes do presente **Anexo** e respetivos **Apêndices**.
2. O Hospital assume a responsabilidade financeira decorrente de todas as intervenções cirúrgicas realizadas por terceiros (outros hospitais do SNS ou entidades convencionadas com o SNS) aos utentes inscritos na sua Lista de Inscritos para Cirurgia (LIC), respeitando as regras definidas para o SIGIC.

Cláusula 2ª

Remuneração pela produção contratada

1. Como contrapartida pela produção e incentivos institucionais contratados, o Hospital, receberá o valor de 1.418.175,96 € no ano de 2014.
2. As atividades do Hospital são remuneradas em função da valorização dos atos e serviços efetivamente prestados, tendo por base a tabela de preços constante do **Apêndice I**.
3. É adotado um preço base único para as atividades de internamento e ambulatório médico e cirúrgico, agrupadas em GDH (2.120,28 €).
4. O índice de case *mix* é atualizado com base na atividade realizada no ano de 2012.
5. A atividade de doentes agudos é classificada em GDH através do agrupador na versão AP 27.
6. O preço praticado para o internamento cirúrgico urgente corresponde a 95% do preço base referido no número 3.
7. Não há lugar a qualquer pagamento sempre que as unidades realizadas sejam inferiores a 50% do volume contratado, por linha de produção, com a exceção da linha de urgência, para a qual o SNS assume o pagamento de cada unidade produzida, abaixo dos 50% contratados, pelo valor de 50% do preço contratado.
8. As teleconsultas em tempo real, as consultas de saúde mental realizadas na comunidade e as primeiras consultas referenciadas pelo sistema de informação de suporte ao CTH são majoradas em 10%.

9. As regras e procedimentos para remuneração da produção contratada são definidas por Circular Normativa a publicar pela ACSS, I.P.

Cláusula 3ª

Valor de Convergência

1. A verba de convergência a que o Hospital terá direito, no âmbito do plano estratégico negociado com a ARS e aprovado pela Tutela, é de 819.328,04€.
2. A verba de convergência é paga em duodécimos.
3. A verificação do incumprimento das metas estabelecidas no plano de convergência tem como consequência a suspensão imediata do pagamento da verba de convergência, até que a situação seja corrigida no plano referido no número anterior.

Cláusula 4ª

Objetivos de qualidade e eficiência/ económico-financeira

Ao Hospital serão fixados objetivos de qualidade e de eficiência económico-financeira, nacionais e regionais, nos termos do **Apêndice II** e de metodologia a definir em sede de acompanhamento da execução do contrato-programa.

Cláusula 5ª

Incentivos

É instituído um regime de incentivos institucionais, que será avaliado pela ARS, no valor de 111.875,20 €, em função do cumprimento de objetivos de qualidade e eficiência económico-financeira, nos termos do **Apêndice II** e de metodologia a fixar em sede de acompanhamento da execução do contrato-programa.

Cláusula 6ª

Penalizações

1. Determinam a aplicação de penalizações no valor máximo correspondente a 1% do valor do

contrato, calculadas nos termos previstos no **Apêndice IV**, pelo incumprimento das seguintes obrigações:

- a) Operacionalização dos programas de promoção do acesso, previstos na Cláusula 7ª do contrato-programa;
- b) Reporte de informação nas aplicações SICA e SIEF, previsto nas alíneas a) e b) do número 2 da Cláusula 17ª do contrato-programa;
- c) Encerramento do processo de faturação, previsto na alínea c) n.º 2 da Cláusula 17ª do contrato-programa, referente à atividade assistencial desenvolvida no ano de 2014 no prazo máximo de 90 dias, a contar do último dia do ano;
- d) Encerramento do processo de faturação, previsto nas alíneas d) do n.º 2 da Cláusula 17ª do contrato-programa, referente ao grau de cumprimento dos objetivos contratados apurados pela ARS, no prazo máximo de 180 dias, a contar do último dia do ano;
- e) Disponibilização de notas de alta e de transferência de unidades de cuidados intensivos, previsto nas alíneas e) do n.º 2 da Cláusula 17ª do contrato-programa;
- f) Cobrança de receita inferior à meta indicada no n.º 4 da Cláusula 15ª do contrato-programa.

2. As situações decorrentes do incumprimento das regras previstas no Regulamento do SIGIC, bem como no Manual de Gestão de Inscritos para Cirurgia (MGIC) são consideradas não conformidades sendo-lhe associadas as penalizações constantes no **Apêndice IV**.

3. Para efeitos do disposto na Cláusula 18ª do contrato-programa, o Hospital está obrigado, no presente ano, a codificar, auditar e agrupar a atividade realizada no prazo máximo de 60 dias após a alta do episódio objeto de codificação, findo o qual a ACSS, I.P. bloqueará os respetivos episódios, com exceção dos episódios que tenham sido objeto de análise, em sede de auditoria externa à codificação clínica realizada pela ACSS, I.P., e que necessitem de correção, sendo estes bloqueados decorrido o prazo de correção definido pela ACSS, I.P.

Cláusula 7ª

Programas específicos

O Hospital recebe um pagamento autónomo correspondente à atividade assistencial prestada no âmbito dos programas específicos constantes do **Apêndice III**.

Cláusula 8ª

Pagamentos

1. O Hospital, no ano de 2014, receberá o valor de 2.237.504,00€, a transferir do Orçamento de Estado, em duodécimos mensais.
2. Quando a valorização das atividades realizadas pelo Hospital e das restantes linhas constantes no Apêndice I forem superiores ao orçamento financeiro referido no ponto anterior, haverá lugar a um ajustamento no financiamento, com o limite do valor global do contrato, quando houver disponibilidade financeira, utilizando para o efeito as modalidades de pagamento adequadas.

Cláusula 9ª

Acertos ao adiantamento por dívidas entre instituições do SNS

1. O Hospital autoriza a dedução, por qualquer meio, ao valor do adiantamento mensal da totalidade ou parte dos valores devidos por faturação entre instituições e serviços integrados no SNS vencida há mais de 90 dias.
2. A ACSS, I.P. adiciona ao adiantamento por conta dos pagamentos o valor referente à faturação entre instituições e serviços integrados no SNS que já esteja vencida há mais de 90 dias e tenha sido deduzido às entidades contrapartes.

Cláusula 10ª

Sustentabilidade económico-financeira

O Hospital obriga-se a cumprir as orientações da Tutela definidas para o ano de 2014 e adotar medidas de reorganização e/ou reafecção de profissionais e de contenção e racionalização de custos, de modo a atingir um EBDITA nulo.

ANEXO II

APÊNDICE I

ATIVIDADE HOSPITALAR

	Doentes Equivalentes		Preço Unitário (€)	Quantidade	Valor (€)
	ICM	Nº %			
1.Consultas Externas:					
Nº de 1ªs consultas médicas (s/ majoração)			37,20€	500	18.600,00€
Nº de 1ªs consultas referenciadas (CTH)			40,92€	4.161	170.268,12€
Nº de 1ªs consultas (Telemedicina)			40,92€		
Nº de 1ªs consultas na comunidade (Saúde Mental)			40,92€		
Nº de consultas subsequentes médicas (s/majoração)			37,20€	7.243	269.439,60€
Nº de consultas subsequentes (Telemedicina)			40,92€		
Nº de consultas subsequentes na comunidade (Saúde Mental)			40,92€		
Valor Total das Consultas					458.307,72€
2. Internamento:					
Doentes Saídos					
GDH Médicos	0	0%	2.120,28€		
GDH Cirúrgicos	0	0%	2.120,28€		
GDH Cirúrgicos Urgentes	0	0%	2.014,27€		
Dias de Internamento de Doentes Crónicos					
Doentes Medicina Física e Reabilitação			205,10€		
Doentes de Psiquiatria Crónicos no Hospital			37,33€		
Doentes de Psiquiatria no Exterior (Ordens Religiosas)					

APÊNDICE I

ATIVIDADE HOSPITALAR

	Doentes Equivalen tes		Preço Unitário (€)	Quantidade	Valor (€)
	ICM	Nº %			
			38,89€		
Doentes de Psiquiatria no Exterior (Outras Inst.)			38,89€		
Doentes Crónicos Ventilados			244,01€		
Doentes de Reabilitação Psicossocial			37,33€		
Doentes Crónicos de Hansen			70,75€		
Valor do Internamento					
3. Episódios de GDH de Ambulatório:					
GDH Cirúrgicos	0,3895		2.120,28€	1.020	842.366,04€
GDH Médicos	0,3432		2.120,28€		
Valor Total dos GDH de Ambulatório					842.366,04€
4. Urgências:					
Atendimentos (SU-Polivalente)			107,59€		
Atendimentos (SU-Médico-Cirúrgica)			53,91€		
Atendimentos (SU – Básica)			30,70€		
Valor Total dos Atendimentos Urgentes					
5. Sessões em Hospital de Dia:					
Base			20,14€		
Hematologia			293,52€		
Imuno-Hemoterapia			293,52€		
Psiquiatria			30,49€		
Psiquiatria – Unidades Socio-Ocupacionais			30,49€		
Valor Total do Hospital de Dia					
6. Programas de Gestão de Doença Crónica:					
VIH/SIDA (Doentes em TARC)			9.165,54€		
Hipertensão Arterial Pulmonar – doentes em terapêutica					

APÊNDICE I

ATIVIDADE HOSPITALAR

	Doentes Equivalentes		Preço Unitário (€)	Quantidade	Valor (€)
	ICM	Nº %			
Pré-tratamento/seguimento 1ºano			8.408,22€		
Seguimento após 1º ano CF< ou = III			22.555,58€		
Seguimento após 1º ano CF IV			162.563,44€		
Esclerose Múltipla – doentes e, terapêutica modificadora			12.379,85€		
Tratamento de doente c/ patologia oncológica - novos doentes					
Cancro da mama (1º ano)			11.148,96€		
Cancro da mama (2º ano)			4.821,86€		
Cancro do cólon e reto (1º ano)			13.23,71€		
Cancro do cólon e reto (2º ano)			4.957,02€		
Cancro do colo do útero (1º ano)			10.630,82€		
Cancro do colo do útero (2º ano)			2.530,62€		
Telemonitorização DPOC					
Elementos de Telemonitorização			1.125,29€		
Nº de doentes em tratamento (doente tratado/ano)			2.053,09€		
Programa Terapêutico PAF1					
PAF1 Doentes em tratamento (equivalente/ano)			58.358,74€		
Doenças Lisossomais de Sobre Carga (doentes em tratamento/equivalente ano)					
Doença de Gaucher			190.617,10€		
Doença de Fabry			158.684,84€		
Doença de Hurler			193.797,41€		

APÊNDICE I

ATIVIDADE HOSPITALAR

	Doentes Equivalentes		Preço Unitário (€)	Quantidade	Valor (€)
	ICM	Nº %			
Doença de Hunter			313.750,26€		
Doença de Maroteaux-Lamy			348.668,83€		
Doença de Niemann-Pick			39.652,21€		
Doença de Pompe			244.106,20€		
7. PMA – Diagnóstico e Tratamento da Infertilidade:					
Consultas de Apoio à Fertilidade			88,32€		
Induções da Ovulação (IO)			132,48€		
Inseminações Intra-Uterinas (IIU)			335,04€		
Fertilizações <i>In Vitro</i> (FIV)			2.097,60€		
Injeções Intra-Citoplasmáticas de Espermatozoides (ICSI)			2.307,84€		
Injeções Intra-Citoplasmáticas de Espermatozoides recolhidos cirurgicamente (ICSI c/ recolha cirúrgica)			2.936,64€		
8. Saúde Sexual e Reprodutiva:					
IVG até 10 semanas					
Medicamentosa (nº IVG)			283,10€		
Cirúrgica (nº IVG)			368,61€		
Diagnóstico Pré-Natal					
Protocolo I			37,72€		
Protocolo II			64,61€		
9. Sessões de Radioterapia:					
Tratamentos simples			104,53€		
Tratamentos complexos			250,92€		
10. Serviços Domiciliários			33,10€	170	5.627,00€
11. Lar (IPO)			62,95€		
12. Outros:					
Medicamentos de cedência hospitalar em					

APÊNDICE I

ATIVIDADE HOSPITALAR

	ICM	Doentes Equivalentes		Preço Unitário (€)	Quantidade	Valor (€)
		Nº	%			
ambulatório						
Internos						0,00€
Valor da Produção Contratada						1.306.300,76€
Incentivos Institucionais						111.875,20€
Convergência						819.328,04€
Valor Total do Contrato						2.237.504, 00€
Verba de Convergência para compensação por acréscimo de gastos com pessoal						0,00€

ANEXO III

ACORDO de COOPERAÇÃO

HOSPITAL JOSÉ LUCIANO DE CASTRO – ANADIA

Pelo Decreto-Lei n.º 138/2013, de 9 de outubro, foram definidas as formas de articulação do Ministério da Saúde e dos estabelecimentos e serviços do Serviço Nacional de Saúde (SNS) com as instituições particulares de solidariedade social com fins de saúde (IPSS) bem como a devolução dos hospitais pertencentes às Misericórdias atualmente geridos por estabelecimentos ou serviços do SNS.

Nos termos do artigo 13.º do referido Decreto-Lei os hospitais pertencentes às Misericórdias atualmente geridos por estabelecimentos ou serviços do SNS podem ser devolvidos às Misericórdias mediante a celebração de acordo de cooperação nos termos previstos no mesmo diploma.

Nestes termos, é celebrado ao abrigo do artigo 2.º, n.º 1, alínea b) e dos artigos 13.º, e 14.º do Decreto-Lei n.º 138/2013, de 9 de outubro.

Entre a Administração Regional de Saúde do Centro, I.P, com o número de pessoa coletiva 503122165 e sede na Alameda Júlio Henriques s/n, Apartado 1087, 3001-553 Coimbra, representada pelo seu Presidente do Conselho Diretivo, Dr. José Manuel Azenha Tereso, com poderes para outorgar o ato, doravante designada por ARSC I.P.,

E

A Santa Casa da Misericórdia de Anadia, com o número de pessoa coletiva 501229574 e sede na Rua Alexandre Seabra, n.º29, 3780-230 Anadia, representada pelo seu Provedor, Eng.º Carlos António Soares de Matos,

Em parceria com

A União das Misericórdias Portuguesas, com o número de pessoa coletiva 501295097 e sede na Rua de Entrecampos, n.º9, 1000-151 Lisboa, representada pelo seu Presidente, Dr. Manuel Augusto Lopes de Lemos, ambos com poderes para outorgar o ato, doravante designadas por Misericórdia.

O presente acordo de cooperação que se rege pelas cláusulas seguintes e pelos anexos, que dele fazem parte integrante.

CAPÍTULO I

Disposições gerais

Cláusula I

Objeto

1. O presente acordo de cooperação, doravante designado por acordo, tem por objeto regular a devolução do Hospital José Luciano de Castro – Anadia e definir os termos em que a prestação dos cuidados de saúde é contratada à Misericórdia e por esta assegurada.
2. Com a celebração do presente acordo o estabelecimento de saúde pertencente à Misericórdia passa a integrar o Serviço Nacional de Saúde.

Cláusula II

Princípios subjacentes ao acordo de cooperação

1. A execução do presente acordo deve respeitar os seguintes princípios:
 - a) Realização das prestações de saúde com respeito das regras aplicáveis ao Serviço Nacional de Saúde;
 - b) Respeito pelas Misericórdias das orientações técnicas emanadas do Ministério da Saúde;
 - c) Prestação atempada das informações necessárias ao acompanhamento do acordo;
 - d) Demonstração e garantia da economia, eficácia e eficiência da contratação e bem assim a suportabilidade financeira;
 - e) Rentabilização dos meios existentes e da boa articulação entre as Misericórdias e as instituições de saúde públicas;
 - f) O aproveitamento racional da capacidade instalada nos setores público e social, a efetiva resposta, devidamente avaliada e fundamentada, designadamente através da análise custo-benefício e do histórico da atividade desenvolvida na unidade a devolver.
 - g) A Unidade Hospitalar deve dispor de licença de funcionamento, ou requerimento para a sua emissão, quando aplicável.

Cláusula III

Âmbito

1. A prestação de cuidados de saúde abrangida pelo presente acordo e a que se refere a cláusula anterior é destinada exclusivamente aos utentes do SNS inscritos nos Agrupamentos de Centros de Saúde da respetiva área geográfica de intervenção da ARSC I.P., os constantes do Anexo I, sem prejuízo da Cláusula VII.
2. As áreas de prestação de cuidados abrangidas pelo presente acordo cingem-se a:
 - a) Cirurgia ambulatória, nas especialidades de cirurgia geral, oftalmologia, ortopedia, otorrinolaringologia e urologia;
 - b) Consulta externa realizada por médico das especialidades de anesthesiologia, cardiologia, cirurgia geral, dermatovenereologia, medicina interna, oftalmologia, ortopedia, otorrinolaringologia, pediatria e urologia;
 - c) Meios complementares de diagnóstico e terapêutica nos termos previstos na Cláusula IV.
3. O âmbito do acordo pode, por necessidade da primeira outorgante e por entendimento das partes, ser ulteriormente alargado a outras áreas da prestação de cuidados, tendo que para o efeito ser formalizado por escrito e obedecer às autorizações devidas, nos termos do artigo 3.º do Decreto-Lei n.º 138/2013, de 9 de outubro.
4. O volume de prestação de cuidados de saúde é acordado anualmente ao abrigo do presente acordo e baseia-se nos estudos e na informação, devidamente atualizados, sobre as necessidades da população, constantes do Anexo II, sobre a capacidade de resposta do SNS, aferida de acordo com os tempos máximos de resposta garantidos na área geográfica de intervenção da ARSC I.P., nos termos previstos no artigo 8.º, n.º 3, do Decreto-Lei n.º 138/2013, de 9 de outubro, e tendo em conta, designadamente, o histórico da atividade desenvolvida pela unidade neste domínio.

5. O presente acordo fixa o pagamento de contrapartidas financeiras, avaliadas as condições previstas e os resultados obtidos.

Cláusula IV

Meios complementares de diagnóstico e terapêutica

1. O Segundo Contratante pode realizar os meios complementares de diagnóstico e terapêuticas (MCDT) constantes do anexo III desde que a requisição seja feita pelos estabelecimentos e serviços dos cuidados primários.
2. O preço dos MCDT é o fixado para o setor convencionado.
3. A presente cláusula caduca no caso de vir a ser celebrada uma convenção com o mesmo objeto.

Cláusula V

Definições

Para efeitos do presente acordo, entende-se por:

- a) Ato complementar de diagnóstico, um exame ou teste que fornece resultados necessários para o estabelecimento de um diagnóstico;
- b) Ato complementar de terapêutica, uma prestação de cuidados, após diagnóstico e prescrição terapêutica;
- c) Cirurgia de ambulatório, a intervenção cirúrgica programada, realizada sob anestesia geral, loco-regional ou local que, sendo habitualmente efetuada em regime de internamento, pode ser realizada em instalações próprias, com segurança e de acordo com a atual *legis artis*, em regime de admissão e alta no período máximo de vinte e quatro horas e não inclui a pequena cirurgia;
- d) Cirurgia programada, a cirurgia efetuada no bloco operatório com data de realização previamente marcada e não inclui a pequena cirurgia;
- e) Complicações, todas as situações novas de doença ou limitação funcional não esperada que surjam na sequência da instituição das terapêuticas e não sejam imputáveis a situações independentes dos procedimentos instituídos;
- f) Consentimento informado, o documento que recolhe a concordância do utente com a proposta de intervenção terapêutica. No caso da terapêutica cirúrgica, inclui a concordância do doente com a sua inscrição na Lista de Inscritos para Cirurgia e a aceitação do conjunto de normas do Regulamento do SIGIC que servirão de base para a gestão da proposta cirúrgica;
- g) Consulta médica, o ato de assistência prestado por um médico a um indivíduo, podendo consistir em observação clínica, diagnóstico, prescrição terapêutica, aconselhamento ou verificação da evolução do seu estado de saúde;
- h) Consulta subsequente, a consulta médica, efetuada num hospital, para verificação da evolução do estado de saúde do doente, prescrição terapêutica ou preventiva, tendo como referência a primeira consulta do episódio;
- i) Diagnóstico associado, a descrição do problema ou condição patológica que enquadra ou ajuda a explicar o diagnóstico pré-operatório, principal ou secundário;
- j) Diagnóstico pré-operatório, a descrição do problema ou condição patológica que determina uma dada proposta terapêutica;
- k) Diagnóstico principal, a descrição do problema ou condição patológica observada após conclusão do estudo completo do utente e das terapêuticas instituídas;
- l) Diagnóstico secundário, a descrição do problema ou condição patológica concomitante com o diagnóstico pré-operatório ou com o diagnóstico principal;
- m) Doente internado, o indivíduo admitido num estabelecimento de saúde com internamento, num determinado período, que ocupa cama (ou berço de neonatologia ou pediatria), para diagnóstico ou tratamento, com permanência de, pelo menos, 24 horas internados, excetuando-se os casos em que os doentes venham a falecer, saíam contra parecer médico ou sejam transferidos para outro estabelecimento, não chegando a permanecer durante 24 horas nesse estabelecimento de saúde;

- n) Doente saído, o doente que deixou de permanecer internado num estabelecimento de saúde, com referência a um determinado período;
- o) Intercorrências, todas as situações passíveis de causar limitações à normal função de órgãos e sistemas do utente, como acidentes ou eclosão de patologias independentes durante um período de internamento;
- p) Internamento, o conjunto de serviços que prestam cuidados de saúde a indivíduos que, após serem admitidos, ocupam cama (ou berço de neonatologia ou pediatria), para diagnóstico, tratamento ou cuidados paliativos, com permanência de, pelo menos, 24 horas;
- q) Intervenção cirúrgica, o ato ou mais atos operatórios realizados por um ou mais cirurgiões no bloco operatório na mesma sessão;
- r) Médico assistente é aquele que em cada momento está designado pelo utente como representante dos seus interesses no que respeita à saúde;
- s) Preço compreensivo, valor médio por consulta médica realizada a um doente, que engloba o conjunto de atos clínicos e outras atividades considerados essenciais para uma adequada prestação de cuidados, podendo integrar as especificidades de alguns grupos de doentes;
- t) Primeira consulta, a consulta médica em que o utente é examinado pela primeira vez num serviço de especialidade/valência e referente a um episódio de doença, considerando-se que o episódio de doença termina no momento da alta;
- u) Processo do utente, o conjunto de documentos em suporte físico ou eletrónico com informação relevante e suficiente para a gestão dos episódios de doença;
- v) Proposta cirúrgica, a proposta terapêutica na qual está prevista a realização de uma intervenção cirúrgica com os recursos da cirurgia;
- x) Proposta terapêutica, o documento que sintetiza o conjunto de ações que a Misericórdia se predispõe a realizar com vista à resolução de problemas de saúde do utente;
- z) Tempo de espera, o número de dias de calendário que medeia entre o momento em que é proposta uma intervenção cirúrgica pelo médico especialista ou em que é pedida uma primeira consulta de especialidade pelo médico de família e o momento da observação da lista de inscritos;
- aa) Tempo máximo de resposta o limite máximo de dias até ao qual o utente deve obter a realização da consulta de especialidade ou a marcação da intervenção cirúrgica, contabilizando-se o tempo em que o utente esteve com a sua inscrição ativa.

CAPÍTULO II

Condições da prestação de cuidados

Cláusula VI

Deveres da Santa Casa da Misericórdia

Constituem deveres da Misericórdia no âmbito do acordo:

- a) Prestar às entidades fiscalizadoras as informações e esclarecimentos necessários ao desempenho das suas funções;
- b) Prestar cuidados de saúde de qualidade aos utentes do Serviço Nacional de Saúde, em tempo útil, nas melhores condições de atendimento, não estabelecendo qualquer tipo de discriminação;
- c) Facultar informações estatísticas, relativamente à utilização dos serviços, para efeitos de auditoria e fiscalização e controlo de qualidade, no respeito pelas regras deontológicas e de segredo profissional;
- d) Respeitar os protocolos, requisitos e especificações técnicas para recolha, tratamento e transmissão de informação clínica e administrativa.

Cláusula VII

Acesso às prestações de saúde

1. A Misericórdia obriga-se a garantir, no âmbito do Serviço Público de Saúde o acesso às prestações de saúde, nos termos dos demais estabelecimentos integrados no Serviço Nacional de Saúde, a todos os beneficiários do Serviço Nacional de Saúde como tal considerados nos termos da Base XXV da Lei n.º 48/90, de 24 de Agosto.
2. Para efeitos do número anterior e da garantia de universalidade, são beneficiários do Serviço Nacional de Saúde:
 - a) Os cidadãos portugueses;
 - b) Os cidadãos nacionais de Estados membros da União Europeia, nos termos das normas comunitárias aplicáveis;
 - c) Os cidadãos estrangeiros residentes em Portugal, em condições de reciprocidade;
 - d) Os cidadãos estrangeiros menores de idade não legalizados que se encontrem a residir em Portugal, nos termos do Decreto-Lei n.º 67/2004, de 25 de março;
 - e) Os cidadãos apátridas residentes em Portugal.
3. No acesso às prestações de saúde, a Misericórdia deve respeitar o princípio da igualdade, assegurando aos beneficiários do Serviço Nacional de Saúde o direito de igual acesso, obtenção e utilização das prestações de saúde realizadas pelo hospital e direito de igual participação, devendo os utentes ser atendidos segundo um critério de prioridade clínica definido em função da necessidade de prestações de saúde.

Cláusula VIII

Regras de referenciação

1. O acesso às prestações de saúde é condicionado à existência de referenciação pelo médico de família pertencente a um dos Agrupamentos de Centros de Saúde da área geográfica de intervenção da ARSC I.P., preferencialmente os constantes do Anexo I.
2. O acesso às prestações de cuidados de saúde está limitado às condições específicas de cada área de prestação de cuidados.
3. A Misericórdia obriga-se a cumprir os Tempos Máximos de Resposta Garantidos (TMRG) em vigor para o acesso a cuidados de saúde nos vários tipos de prestação de cuidados contratados.

Cláusula IX

Sistemas de gestão do acesso aos cuidados de saúde

1. A Misericórdia obriga-se ao cumprimento das regras previstas no âmbito do Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia (SIGIC) e da Consulta a Tempo e Horas (CTH), bem como a prestar todas as informações às entidades nelas envolvidas.
2. A Misericórdia obriga-se ainda a assegurar a operacionalidade dos equipamentos informáticos destinados à inscrição da informação necessária à gestão do SIGIC e do CTH e à transferência de dados para o Sistema Informático de Gestão da Lista de Inscritos para Cirurgia (SIGLIC).
3. São ainda aplicáveis à Misericórdia as regras constantes do Manual de Gestão dos Utentes para Cirurgia, nomeadamente no que se refere à aplicação de penalizações.
4. Ao estabelecimento da Segunda Contratante, e no âmbito do SIGIC, aplicam-se as regras de transferência aplicáveis aos hospitais do SNS.

Cláusula X

Informação e codificação

1. A Misericórdia obriga-se a identificar os utentes do SNS através do número de utente e a solicitar os dados necessários ao cumprimento das obrigações em matéria de informação, designadamente para efeitos de elaboração do ficheiro de faturação a que se refere a cláusula XVIII.
2. A Misericórdia obriga-se a identificar e determinar a entidade responsável pelo pagamento dos serviços prestados a cada utente, designadamente os terceiros legal ou contratualmente responsáveis, nos mesmos termos dos demais estabelecimentos integrados no Serviço Nacional de Saúde.
3. A Misericórdia deve estabelecer mecanismos de comunicação e articulação com os profissionais de saúde dos Agrupamentos de Centros de Saúde referenciadores, pertencentes à área geográfica de intervenção da ARSC I.P., garantindo as questões de segurança e confidencialidade dos dados, tendo em vista assegurar a melhor coordenação das respetivas atividades, designadamente:
 - a) Assegurar a continuidade dos cuidados prestados ao doente numa perspetiva de integração de cuidados e o cumprimento rigoroso dos programas de internamento e de terapia que se mostrem adequados;
 - b) Assegurar a troca de informação clínica com os profissionais de saúde pertencentes aos Agrupamentos de Centros de Saúde da área geográfica de intervenção da ARSC I.P., preferencialmente através de meios eletrónicos.
4. A produção em internamento e ambulatório deve ser sempre especificada de acordo com as classificações e códigos de nomenclatura adotadas no âmbito do SNS, cabendo à ARSC I.P. notificar à Misericórdia, em cada ano, das versões de codificação e de agrupamento em vigor.
5. A Misericórdia compromete-se a implementar as versões de codificação e de agrupamento em vigor, no prazo de um mês a contar da data da notificação prevista no número anterior.
6. Acresce à informação mencionada nos números anteriores a obrigação de a Misericórdia enviar a informação a que se refere a cláusula XVIII que acompanha o ficheiro de faturação.

Cláusula XI

Requisitos de Qualidade e Segurança e Critérios de Fornecimento do Serviço

1. A prestação de cuidados a assegurar pela Misericórdia tem que cumprir as regras de qualidade e segurança clínicas emanadas pela Direção Geral da Saúde, bem como as normas aplicáveis às boas práticas clínicas da prestação de cuidados de saúde.
2. As prestações de saúde contratadas implicam a prestação integrada, direta ou indiretamente, de todos os outros serviços de que deva beneficiar o utente, relacionados com o respetivo estado de saúde ou com a sua estada no estabelecimento de saúde, designadamente a prestação de serviços de apoio.
3. Para o cumprimento das obrigações previstas nos números anteriores, compete à Misericórdia assegurar a disponibilização de recursos e definir os processos e políticas adequadas ao cumprimento dos objetivos assumidos, no respeito das melhores práticas de gestão e dos princípios da equidade e da acessibilidade dos cidadãos aos cuidados de saúde.
4. No exercício da sua atividade, a Misericórdia fica obrigada a assegurar elevados parâmetros de qualidade dos serviços de saúde prestados, de acordo com as orientações definidas pelos organismos competentes do Ministério da Saúde, quer no que respeita aos meios e processos utilizados quer no que respeita aos resultados, para o que deverá iniciar um processo de certificação da qualidade.
5. A Misericórdia compromete-se a apresentar à ARSC. I.P., no prazo de 180 dias após a entrada em vigor do presente acordo, um plano de ação que materialize o processo voluntário de conformidade com os requisitos para a abertura, a modificação e o funcionamento das unidades privadas de serviços de saúde, que as partes procurarão que esteja concluído no prazo máximo de 3 anos.
6. A Misericórdia obriga-se a assegurar que quaisquer terceiros, que venham a participar no exercício das atividades acessórias a este acordo, seja a que título for, dão cumprimento às obrigações inerentes aos padrões e critérios de qualidade e segurança.
7. A Misericórdia obriga-se a ter um livro de reclamações para os doentes, bem como os formulários que sejam obrigatórios

no contexto das atividades de regulação no sector da saúde.

8. A ARSC I.P. e a Misericórdia acompanham os processos de conformidade com os requisitos para a abertura, a modificação e o funcionamento das unidades privadas de serviços de saúde, consubstanciados no plano de ação previsto no n.º 5.

9. As regras de monitorização e controlo dos Acordos constam do Anexo IV.

Cláusula XII

Regras gerais sobre contratação de terceiros

1. O Hospital não pode subcontratar as atividades objeto do presente acordo, exceto no que respeita a MCDT englobados no preço compreensivo da consulta.

2. A subcontratação a que se refere o número anterior não pode, em caso algum, pôr em causa o cumprimento das obrigações assumidas pelo Hospital no presente acordo, designadamente a capacidade e a aptidão funcional do Hospital para prestar, a todo o momento e atempadamente, as prestações de saúde correspondentes à produção contratada e deve assegurar que:

a) Todos os profissionais que prestem serviço ao abrigo dos subcontratos possuem as qualificações e as competências adequadas à atividade que se propõem desenvolver;

b) A entidade subcontratada está devidamente habilitada para o exercício da sua atividade.

3. As entidades terceiras que venham a ser contratadas ficam sujeitas à observância das mesmas condições de capacidade técnica e de qualidade previstas no presente acordo para a entidade prestadora, bem como ao cumprimento das obrigações previstas para a entidade prestadora e sujeitas à monitorização da atividade que venham a prestar para cumprimento pela Misericórdia do presente acordo.

Cláusula XIII

Recursos humanos

1. A Misericórdia deve dispor ao seu serviço de pessoal em número suficiente e dotado de formação adequada para exercer, de forma contínua e atempada, as atividades objeto do acordo.

2. Os prestadores afetos à realização das prestações de saúde devem ter as qualificações e títulos profissionais exigidos para as atividades que realizam.

3. Todo o pessoal afeto à prestação de cuidados no âmbito deste acordo é da responsabilidade da Misericórdia.

4. A lista do pessoal referido no n.º 1 deve ser entregue à ARSC I.P., no prazo de 30 dias após a celebração do acordo, ou da sua renovação, devendo ser atualizada e mencionar:

a) A identificação do diretor técnico e dos colaboradores médicos, incluindo nome completo, número de inscrição na Ordem dos Médicos e designação da respetiva especialidade;

b) No caso dos enfermeiros, o número da cédula profissional e o cargo desempenhado;

c) No caso do restante pessoal, o cargo ou funções desempenhadas, bem como o número de cédula profissional, quando aplicável;

d) Autorização de acumulação de funções públicas e privadas, nos casos exigidos por lei.

5. A Misericórdia mantém ao seu serviço o pessoal afeto à unidade de saúde, no respeito pelo disposto no presente artigo e nos termos da Lei.

6. Os trabalhadores com relação jurídica de emprego público afetos à unidade de saúde são remunerados pela Misericórdia e exercem funções ao abrigo de acordo de cedência de interesse público previsto no artigo 58.º da Lei n.º 12-A/2008, de 27 de fevereiro, com manutenção do seu estatuto de origem, incluindo o regime de proteção social, e dispensa de quaisquer formalidades.

7. A gestão dos trabalhadores referidos no número anterior que não acordem na cedência de interesse público ou que cessem o acordo cabe à ARSC I.P.
8. Aos trabalhadores com contrato de trabalho são aplicáveis as disposições correspondentes à transmissão de estabelecimento previstas no Código de Trabalho.
9. O pessoal a que aludem os n.ºs 5 e 6 da presente cláusula constam da lista referida no n.º 4.

Cláusula XIV

Equipamentos e Sistemas Médicos

1. A Misericórdia deve assegurar a existência de equipamentos e sistemas médicos suficientes, adequados, atualizados e em boas condições de utilização para dar cumprimento à produção contratada e aos parâmetros de qualidade exigidos.
2. Compete à Misericórdia assegurar a gestão e operação da manutenção dos equipamentos médicos a instalar no estabelecimento, tendo em vista:
 - a) Garantir a integridade dos equipamentos e sistemas médicos;
 - b) Eliminar os riscos de ocorrência de falhas que ponham em causa a segurança dos doentes e pessoal;
 - c) Permitir o desenvolvimento, em condições normais, da atividade de prestação de cuidados de saúde.
3. A lista de equipamentos referidos no n.º1 deve ser entregue à ARSC I.P., no prazo de 30 dias após a celebração do acordo, ou da sua renovação, devendo ser atualizada anualmente.
4. A primeira lista de equipamentos a elaborar com a assinatura do presente acordo estabelece os equipamentos que transitam com a devolução do hospital e deve ser elaborada no prazo referido no número anterior.

CAPÍTULO III

Regime Financeiro

Cláusula XV

Revisão (Anual) das Áreas de Produção Contratadas, dos Volumes de Produção e os Preços

1. A atividade contratada, por linhas de produção, respetivo volume e preços, consta do Anexo III ao presente acordo de cooperação.
2. Em cada ano, após os estudos e informações constantes do n.º 4 da cláusula III e com cumprimento do disposto no artigo 8.º, n.º 3, do Decreto-Lei n.º 138/2013, de 9 de outubro, a avaliação dos objetivos de qualidade constantes do Anexo IV e a publicação da metodologia para a definição de preços e fixação de objetivos para os contratos-programa a celebrar com as instituições hospitalares do SNS, as áreas de produção contratadas e os volumes de produção a praticar são revistos, por acordo entre a ARSC I.P. e a Misericórdia.
3. Os termos a que se reporta a contratação anual devem coincidir com o ano civil.
4. Na impossibilidade de se obter o acordo a que se refere o número um, a atividade é determinada unilateralmente pela ARSC I.P. de acordo com os limites mínimos de atividade contratada nos anos anteriores.
5. Os preços a pagar à Misericórdia são os constantes da tabela de preços aprovada pelo membro do Governo responsável pela área da saúde, tendo por referência as tabelas de preços estabelecidas para os Hospitais do SNS.

Cláusula XVI

Montante Máximo da Despesa

1. A Misericórdia obriga-se a cumprir o presente acordo, mediante a retribuição financeira anual máxima definida no Anexo III.
2. Se o volume de cada linha de produção realizada pela Misericórdia for superior ao volume acordado, a ARSC I.P. assume o pagamento de cada unidade produzida acima deste volume, até ao limite máximo de 10%, ao preço marginal que corresponde a:
 - a) 70% do preço contratado para a consulta;
 - b) 90% do preço contratado para episódios programados (internamento e ambulatório) classificados em GDH cirúrgicos.
3. O volume financeiro global, definido no Anexo III, acrescido do valor das taxas moderadoras cobradas no ano anterior, não pode ser excedido, salvo em casos excecionais devidamente fundamentados no interesse público e mediante autorização do Ministério da Saúde.
4. Para efeitos do n.º 1 da presente cláusula ao hospital José Luciano de Castro – Anadia corresponde a tabela de preços do grupo de financiamento A dos hospitais EPE, ponderado pelo respetivo índice de case mix aplicando-se as respetivas regras de actualização.

Cláusula XVII

Pagamentos

1. A retribuição máxima anual é, em 90% do valor global, repartida em iguais prestações mensais e pagas até ao dia 10 de cada mês, com acertos de faturação trimestrais que acompanham o relatório parcelar da execução económico-financeira do presente acordo.
2. A Misericórdia obriga-se a enviar relatórios trimestrais de execução económico-financeira do acordo e um relatório anual até 15 de Fevereiro do ano subsequente ao que se refere o acordo.
3. Os relatórios parcelares e final de execução económico-financeira do acordo devem evidenciar o saldo apurado entre o duodécimo atribuído e a faturação emitida mensalmente, bem como a taxa de execução acumulada por linhas de produção contratadas.
4. A ARSC I.P. valida os relatórios de execução apresentados pela Misericórdia e integra-os no relatório global a apresentar semestralmente ao Ministro da Saúde.
5. O acerto final de contas tem de ser concluído até ao final do mês Fevereiro do ano subsequente ao da vigência do acordo, devendo ser acompanhado do relatório anual de execução económico-financeira do acordo.
6. O saldo que resultar do acerto de contas finais é liquidado pela parte devedora até ao último dia do mês de Março do ano subsequente ao da vigência do acordo.

Cláusula XVIII

Taxas moderadoras e pagamentos adicionais ou complementares

1. O acesso aos cuidados de saúde previstos no presente acordo de cooperação está sujeito apenas ao pagamento, pelos utentes, das taxas moderadoras em vigor, nos casos em que a ele haja lugar nos termos da lei.
2. A Misericórdia deve proceder à cobrança das taxas moderadoras nos termos dos demais estabelecimentos integrados no Serviço Nacional de Saúde.
3. O pagamento, a qualquer título, pelos doentes referenciados de qualquer montante além da taxa moderadora, quando devida, é motivo de resolução imediata do acordo.
4. Sem prejuízo do previsto nos números anteriores, o Hospital não fica impedido de solicitar aos utentes, aquando da disponibilização a título de empréstimo de ajudas técnicas, uma caução que devolve no final da utilização daquelas, se estas se encontrarem em bom estado de conservação.
5. O Hospital não fica também impedido de faturar o internamento em situação hoteleira diferenciada, em similitude com o estabelecido na lei para o SNS, sendo a classificação do que constitui aquela situação e a respetiva tabela de preços, que

não pode ser superior à aplicável no SNS, aprovadas pela ARSC I.P.

Cláusula XIX

Regras de Faturação, Pagamento, Transferência e Acertos de Contas

1. A faturação só pode corresponder às linhas de produção, volume e preços contratados constantes deste acordo ou anexos.
2. A faturação emitida tem que ser remetida em formato eletrónico ou, em alternativa, ser acompanhada de um ficheiro eletrónico em conformidade com os requisitos técnicos das faturas emitidas pelas instituições e serviços que integram o SNS, conforme o descrito no Anexo V.
3. A faturação:
 - a) Das prestações de saúde realizadas a doentes em regime ambulatório e em consultas deve ser efetuada nos 60 (sessenta) dias subsequentes ao da realização dos cuidados;
 - b) Da prestação de cuidados em internamento deve ser enviada até 60 (sessenta) dias após a data da alta do internamento ou da data da realização da cirurgia de ambulatório.
4. A faturação da consulta médica fica dependente da existência do correspondente registo no Sistema Informático do CTH, designadamente da informação clínica de retorno.
5. A faturação das prestações de saúde realizadas no âmbito do presente acordo, nos termos do n.º 3, deve ser enviada, mensalmente, até ao dia 10 do mês subsequente ao das referidas prestações.
6. Para efeitos de faturação, apenas são consideradas, anualmente e por doente, uma primeira consulta e um máximo de duas consultas subsequentes por especialidade, exceto para as especialidades de cardiologia e psiquiatria, quando contratadas, em que são admitidas uma primeira consulta e três ou cinco consultas subsequentes, respetivamente.
7. Não são objeto de faturação todos os meios complementares de diagnóstico e terapêutica (MCDT) realizados pela Misericórdia aos utentes a quem foi realizada uma consulta médica, no âmbito do presente acordo, pelo período de três meses a contar da data da realização da mesma, devendo, no entanto, toda a prestação de cuidados constar do ficheiro eletrónico de faturação com preço zero.
8. Os atos de prestação de cuidados de saúde que sejam devidos por terceiro legal ou contratualmente responsável, identificado em conformidade com a Cláusula IX, n.º 2, do presente acordo, não devem ser apresentados autonomamente nos relatórios referidos na Cláusula XVI mas não incluídos na parcela a cargo da ARSC I.P., cabendo à Misericórdia a cobrança ao terceiro legal ou contratualmente responsável.
9. O valor das taxas moderadoras cobradas pela Misericórdia constitui receita da ARSC I.P., pelo que deve ser deduzido da faturação a remeter àquele instituto público.
10. A faturação ao abrigo do presente acordo impede a Misericórdia de emitir qualquer outra faturação à ARSC I.P., nas linhas de produção contratadas e de MCDT.

CAPÍTULO IV

Responsabilidade, Acompanhamento e Garantias

Cláusula XX

Responsabilidade, Acompanhamento e Garantias

1. A Misericórdia atua em nome próprio, sendo responsável por quaisquer prejuízos causados a terceiros no exercício das atividades clínicas contratadas neste acordo, não assumindo a ARSC I.P. ou outra pessoa coletiva pública qualquer tipo de responsabilidade relacionada com o cumprimento das obrigações inerentes à prestação de cuidados.
2. Na eventualidade de a ARSC I.P. vir a ser responsabilizada por atos praticados pela Misericórdia, seus representantes

legais ou pessoas que utilize ao seu serviço, existe direito de regresso contra a Misericórdia nos termos gerais do direito.

3. A Misericórdia obriga-se a contratar um seguro de responsabilidade civil que garanta o pagamento das indemnizações emergentes de responsabilidade civil extracontratual que ao abrigo da lei civil, sejam exigíveis à Misericórdia por danos patrimoniais e/ou não patrimoniais causados a utentes ou a terceiros, pela exploração da unidade de saúde bem como por atos ou omissões de natureza profissional praticados por médicos, enfermeiros, paramédicos, auxiliares de saúde e demais pessoal ao seu serviço, designadamente:

- a) Deficiência das instalações, assim como de coisas que sejam considerados como fazendo parte integrante das referidas instalações ou outras que aí se encontrem desde que pertencentes ou sob responsabilidade da unidade de saúde;
- b) Quaisquer materiais, mobiliário ou recheio, equipamentos, utensílios e decorações, pertencentes ou sob responsabilidade da unidade de saúde;
- c) Incêndio e/ou explosão;
- d) Atos ou omissões de natureza profissional praticados por médicos, enfermeiros, técnicos e demais pessoal ao seu serviço.

4. A cópia da apólice a que se refere o número anterior deve ser enviada à ARSC I.P. até 90 dias após a celebração do acordo.

5. O comprovativo da manutenção da apólice deve ser remetido anualmente à ARSC I.P., após a revisão do volume de produção a contratar.

Cláusula XXI

Obrigações de Reporte de Informação, Respetivos Suportes e Responsabilidades

1. A Misericórdia obriga-se a estabelecer sistemas de informação adequados ao desenvolvimento das suas atividades e ao acompanhamento pela ARSC I.P. da execução do presente acordo.
2. A Misericórdia obriga-se a fornecer à ARSC I.P. e à ACSS a informação que, no âmbito da execução do presente acordo, lhe seja solicitada.
3. À ARSC I.P. compete seguir a execução do presente acordo, através dum acompanhamento periódico, assente num sistema de informação integrado e dos documentos considerados necessários e apropriados, nomeadamente através da realização de auditorias clínicas e administrativas.
4. À ARSC I.P. compete, designadamente:
 - a) Acompanhar a execução corrente das atividades objeto do acordo;
 - b) Verificar o cumprimento das obrigações contratuais;
 - c) Promover e acompanhar a realização de auditorias;
 - d) Emitir os pareceres que lhes forem solicitados.
5. As intervenções da equipa de acompanhamento no âmbito do acordo não carecem de autorização da Misericórdia, nomeadamente para acesso a toda a documentação, registo e bases de dados das atividades a monitorizar.
6. A ARSC I.P. garante o acesso aos sistemas de informação e comunicação em vigor no Serviço Nacional de Saúde no que se refere às áreas de intervenção previstas no presente acordo e assegura a sua ligação nos moldes que vigoram para o SNS.
7. Podem ainda ser realizadas auditorias clínicas, financeiras ou administrativas pela ARSC I.P. e por outras entidades competentes do Ministério da Saúde às atividades objeto do presente acordo.

Cláusula XXII

Níveis de Serviço

1. À Unidade Hospitalar aplicam-se os indicadores que são utilizados anualmente na contratualização dos serviços com os Hospitais EPE, conforme Anexo IV.

2. A avaliação do nível de cumprimento dos indicadores contratualizados e definidos no número anterior, tendo em conta os respectivos critérios de serviço, será efetuada através da aplicação SICA (Sistema de Informação para a Contratualização e Acompanhamento).

Cláusula XXIII

Incentivos e Penalizações por Incumprimento

1. No caso de incumprimento das obrigações definidas no acordo e sujeitas a prazo e sem prejuízo da aplicação de multas em razão da gravidade por incumprimento de obrigações contratuais não sujeitas a prazo, pode o Conselho de Diretivo da ARSC I.P. deliberar a aplicação de uma multa correspondente a 100 euros por cada dia de atraso.
2. Ao cumprimento das metas acordadas anualmente para os objetivos de qualidade definidos no Anexo IV e na cláusula anterior, será aplicado um incentivo de 5% sobre o volume financeiro global da produção programada contratada.
3. O nível de cumprimento das metas acordadas para os objetivos definidos no Anexo IV, cf referido no número anterior, é avaliado através de um Índice Global de Desempenho (IGD) para o qual cada indicador contribui de igual forma, i.e. com a mesma ponderação. Cada indicador contribui para o IGD apenas se o correspondente grau de cumprimento do indicador face à meta for igual ou superior a 70%, resultando o IGD na soma dessas ponderações até um máximo possível de 100%.
4. O incentivo de 5% sobre o volume financeiro global da produção programada contratada indicado no número 2 é ponderado pelo Índice Global de Desempenho resultante da aplicação do número anterior.
5. No caso de incumprimento de 25% ou mais das metas referidas no número 3, no respeito pelo conceito de cumprimento desse número, será aplicada uma penalização de até 3% da retribuição anual, definida em sede de relatório de avaliação anual a elaborar pela ARSC I.P.
6. As multas que não forem pagas voluntariamente até trinta dias após notificação pela ARSC I.P. são deduzidas ao valor do primeiro duodécimo vincendo.
7. Verificada a oposição da Misericórdia em sede de audiência prévia, será ouvida a Comissão de Acompanhamento prevista no artigo 11.º, n.º 3, do Decreto-Lei n.º 138/2013, de 9 de outubro.

CAPÍTULO V

Modificação ou extinção do acordo

Cláusula XXIV

Alteração das Circunstâncias

Em caso de desatualização dos objetivos definidos no presente acordo pela alteração anormal e imprevisível de circunstâncias que determinaram os seus termos, ou pelas consequências derivadas daquela alteração, as partes contratantes podem rever os referidos termos, em benefício do interesse público.

Cláusula XXV

Resolução do Acordo

1. As partes podem resolver o acordo quando se verifique algum dos seguintes factos:
 - a) Desvio do objeto do acordo;
 - b) Oposição reiterada ao exercício das atividades de acompanhamento ou o repetido não cumprimento das determinações da ARSC I.P. ou ainda a inobservância, das leis e regulamentos aplicáveis à atividade, quando se mostrem ineficazes as multas aplicadas;
 - c) Falência da Misericórdia;

- d) Comprovada verificação de graves deficiências na qualidade dos cuidados prestados;
 - e) Violação grave de qualquer cláusula do acordo;
 - f) Não-aceitação ou não cumprimento das alterações impostas pela ARSC I.P. em razão do interesse público.
2. Consideram-se violações graves do acordo aquelas que violem os princípios subjacentes à celebração do protocolo, designadamente o pagamento pelos doentes referenciados de qualquer montante além da taxa moderadora, quando devida.
 3. Não constituem causas de resolução os factos ocorridos por motivo de força maior.

Cláusula XXVI

Reversão

Em caso de extinção do presente acordo, por qualquer forma, o estabelecimento de saúde reverte para o Ministério da Saúde, incluindo os bens que o integram e o pessoal que nele exerce funções, sem prejuízo eventual do dever de indemnizar que ao caso couber, nos termos gerais de direito.

CAPÍTULO VI

Disposições Finais

Cláusula XXVII

Admissibilidade do Recurso a Meios Alternativos de Resolução de Litígios

1. As partes podem submeter qualquer litígio à mediação de uma terceira entidade escolhida por acordo.
2. O resultado da mediação está sujeito à forma escrita.

Cláusula XXVIII

Compensação

1. A Compensação devida pela Misericórdia à ARSC I.P. pelos investimentos realizados e tendo em conta o período remanescente de amortização consta do anexo VI.
2. Não se incluem nos investimentos não amortizados os valores correspondentes a bens que tenham sido objeto de financiamento no quadro de uma operação de financiamento comunitário, sendo abatido ao valor não amortizado a percentagem de financiamento obtido.
3. Os investimentos objeto de financiamento comunitário devem prosseguir os objetivos que estiveram na origem do financiamento sob pena de resolução do acordo.
4. Para efeitos dos números anteriores, a lista de investimentos com financiamento comunitário bem como os contratos com os termos e condições desse financiamento constam do anexo VII.

Cláusula XIX

Duração do Acordo

O acordo tem a duração de dez anos, renovável automaticamente, salvo se, com a antecedência mínima de 180 dias em relação ao termo de vigência qualquer das partes o denunciar.

Cláusula XXX

Produção de efeitos

1. O presente acordo produz efeitos após homologação pelo Ministro da Saúde.
2. As partes acordam em realizar um inventário conjunto até ao dia 1 de Janeiro de 2015, o qual é subscrito por ambas as partes.
3. A transmissão da gestão do Hospital ocorre no dia 1 de Janeiro de 2015, apenas produzindo efeitos, antes daquela data e após o ato referido no número 1, as cláusulas que não dependam da efetiva gestão do Hospital por parte da Misericórdia.
4. Igualmente as cláusulas referentes à remuneração apenas produzem efeitos a 1 de Janeiro de 2015 com a assunção da gestão do Hospital.

Os Outorgantes,

A Administração Regional de Saúde do Centro, I.P,

A Santa Casa da Misericórdia de Anadia,

A União das Misericórdias Portuguesas,

Lisboa, 14 de novembro de 2014.

ANEXO IV

Anexo III

Produção contratada e remuneração

2015	Preço Unitário (Euros)	Quantidade	ICM (1)	% Doentes Equivalentes	Valor (Euros)
Consulta Externa					
Total de consultas médicas	-	24.955			
Primeiras consultas	42,63 €	7.465			318.232,95 €
Consultas subsequentes	38,75 €	17.490			677.737,50 €
Remuneração Total da Consulta Externa					995.970,45 €
GDH Ambulatório					
GDH cirúrgicos	2.141,70 €	1.628	0,4500		1.569.009,42 €
Remuneração Total de GDH Ambulatório					1.569.009,42 €
Valorização da Produção Contratada (preços metodologia 2013)					2.564.979,87 €
Incentivos à produção contratada					134.998,78 €
Valor total do acordo (2)					2.699.978,65 €
Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica (MCDT) (3)					
Imagiologia					
Medicina Física e Reabilitação					

(1) – O ICM será ajustado nos termos da cláusula XVI.

(2) – Este montante é acrescido do valor das taxas moderadoras efetivamente cobradas no ano n+1.

(3) - Os valores resultantes das requisições que decorram da referenciação dos estabelecimentos e serviços dos cuidados primários não serão considerados no Valor Total do Acordo.