



Tania Isabel Rodrigues Morais

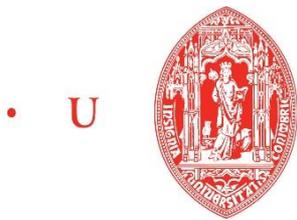
A GESTÃO DA QUALIDADE NOS SERVIÇOS DE SAÚDE: UM ESTUDO SOBRE O PROCESSO DE GESTÃO DE INSCRITOS PARA CIRURGIA

Relatório de estágio
Orientadora do Relatório: Doutora Maria do Céu Colaço dos Santos

Coimbra, 2018



UNIVERSIDADE DE COIMBRA



• U • C •

FDUC FACULDADE DE DIREITO
UNIVERSIDADE DE COIMBRA

Tania Isabel Rodrigues Morais

A Gestão da Qualidade nos Serviços de Saúde: Um estudo sobre o processo de gestão de inscritos para cirurgia

Quality Management in Healthcare services: a study on the process of managing entrants for surgery

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

Orientadora: Doutora Maria do Céu Colaço dos Santos

Coimbra, 2018

Agradecimentos

Em primeiro lugar, quero agradecer à minha família, nomeadamente aos meus pais, à Mónica e ao Vítor que me apoiaram de forma incondicional e me ajudaram sempre a percorrer esta longa caminhada.

Ao Manuel, o meu namorado e amigo, por todo o seu apoio, paciência e amor ao longo destes anos e por tudo de bom que me trouxe.

Aos meus amigos, por todas as histórias vividas e partilhadas que levamos para a vida.

À Doutora Maria do Céu Colaço, pelos ensinamentos transmitidos, disponibilidade e ajuda na realização deste relatório.

À equipa da Unidade Regional de Gestão do Acesso e restante Departamento de Planeamento e Contratualização da ARSC que tão bem me receberam nas suas instalações e por toda a ajuda que me deram ao longo do período de estágio.

A Coimbra e à sua tradição académica que me permitiu viver os melhores anos, e que já deixam saudades.

Resumo

O presente relatório surge no âmbito do estágio realizado entre outubro de 2017 e fevereiro de 2018 na Administração Regional de Saúde do Centro (ARSC), integrado no Mestrado de Administração Público-Privada da Faculdade de Direito da Universidade de Coimbra.

O trabalho teve como objetivo analisar o processo de controlo da qualidade ao nível da gestão de utentes inscritos para cirurgia. Mais concretamente, pretendeu-se através da análise da aplicação do SIGA, analisar ao nível da faturação em termos de atividade cirúrgica, as desconformidades ao cumprimento das normas estabelecidas nos contratos de convenção entre o SNS e as instituições do setor privado e social.

Esta análise permite perceber o impacto do programa SIGIC na qualidade em termos de acessibilidade, e a importância do cumprimento de regras previamente acordadas como forma de melhoria da qualidade das organizações de saúde e consequentemente da qualidade de vida da população.

Concluiu-se, neste estudo, que as entidades de saúde convencionadas com o SNS para efetuarem cirurgias aos utentes, tendem a não cumprir de forma integral as regras contratuais e que existem desconformidades durante a execução dos contratos que podem ser minimizadas ou colmatadas através dos processos de monitorização permanente da ARSC. Nesse sentido, entendemos que a adoção de medidas de controlo ao nível das cirurgias faturadas por entidades em contrato de convenção com o SNS torna possível a gestão mais eficaz de recursos bem como o alcance de serviços de saúde de qualidade.

Palavras-chave: Qualidade, Acesso, Serviço de Saúde, SIGA, SIGIC

Abstract

This report is part of the internship held between October 2017 and February 2018 in the Administração Regional de Saúde do Centro (ARSC), integrated in the Master's Degree in Public and Private Administration accomplished at the Faculty of Law of the University of Coimbra.

The objective of this study was to analyse the process of quality control in the management of patients enrolled for surgery. More specifically, it was intended, through the analysis of the application of the SIGA, to analyse at the level of billing in terms of surgical activity, the non-compliance with the norms established in the contracts of agreement between the SNS and the private and social sector institutions.

This analysis makes it possible to understand the impact of the SIGIC program on quality in terms of accessibility and the importance of compliance with previously agreed rules as a way of improving the quality of health organizations and consequently the quality of life of the population.

It was concluded in this study that the health entities agreed with the SNS to carry out surgeries to the users tend not to fully comply with the contractual rules and that there are nonconformities during the execution of contracts that can be minimized or solved through the processes monitoring system. In this sense, we understand that the adoption of control measures at the level of surgeries billed by contractual entities with the SNS makes it possible to more effectively manage resources as well as the reach of quality health services.

Key words: Quality, Access, Health Service, SIGA, SIGIC

Lista de siglas

ACES – Agrupamentos de Centros de Saúde

ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde

ARS - Administração Regional de Saúde

ARSC – Administração Regional de Saúde do Centro

CNADCA - Comissão Nacional para o Desenvolvimento da Cirurgia de Ambulatório

DPC – Departamento de Planeamento e Contratualização

GDH – Grupos de Diagnósticos Homogéneos

HD - Hospital de destino

HO - Hospital de origem

IGAS - Inspeção-Geral das Atividades em Saúde

IOM – Institute of Medicine

LAC – Livre Acesso e Circulação

LIC - Lista de Inscritos para Cirurgia

MCDT – Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica

MGIC – Manual de Gestão de Inscritos para Cirurgia

NT - Nota de Transferência

OCDE - Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

OPSS – Observatório Português dos Sistemas de Saúde

PDCA – Plan, Do, Check and Act

PECLEC - Programa Especial de Combate às Listas de Espera Cirúrgicas

PERLE - Programa Especial de Recuperação das Listas de Espera

PPA - Programa de Promoção do Acesso

PPMA - Programa de Promoção da Melhoria do Acesso

RNU – Registo Nacional de Utentes

SIGA - Sistema Integrado de Gestão do Acesso

SIGIC - Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia

SIGLIC - Sistema Informático de Gestão da Lista de Inscritos para Cirurgia

SNS - Serviço Nacional de Saúde

TMRG - Tempos Máximos de Resposta Garantidos

UGA – Unidade de Gestão do Acesso

ULGA – Unidade Local Gestão do Acesso

URGA - Unidade Regional de Gestão do Acesso

VC - Vale de Cirurgia

Índice

Agradecimentos	I
Resumo	II
Abstract.....	III
Lista de siglas.....	IV
Índice	VI
Índice de figuras.....	VIII
Índice de tabelas.....	IX
Índice de gráficos.....	X
Índice de quadros	XI
Capítulo 1 – Introdução	1
1.1 Contexto da investigação	1
1.2 Objetivos da investigação	2
1.3 Estrutura da investigação	3
Capítulo 2 - Enquadramento Teórico.....	4
2.1 A Qualidade	4
2.2 O conceito de Serviço	6
2.3 A Qualidade de Serviço	8
2.4 A Qualidade dos Serviços Públicos	9
2.5 A Qualidade dos Serviços de Saúde.....	11
2.6 Súmula Conclusiva.....	13
Capítulo 3 – Estudo de Caso.....	14
3.1 Introdução	14
3.2 Apresentação da entidade acolhedora	14
3.3 O Sistema Integrado de Gestão do Acesso (SIGA)	15

3.3.1 O processo de Gestão de Inscritos para Cirurgia em Portugal (Programa SIGIC)	17
3.3.2 Descrição do percurso do utente na Lista de Inscritos para Cirurgia	18
3.3.3 Processo de validação de faturas	20
3.4 Estudo de Caso	32
3.4.1 Objetivos	32
3.4.2 Metodologia	33
3.6 Resultados	34
3.6.1 Análise e interpretação dos Resultados	34
3.7 Discussão dos Resultados	44
Capítulo 4 – Conclusão	47
4.1 Introdução	47
4.2 Conclusões Gerais	47
4.3 Implicações para a Administração e Gestão Pública	48
4.4 Limitações e recomendações para futuros trabalhos	50
Bibliografia	51

Índice de figuras

Figura 1 - Percurso do utente na Lista de Inscritos para Cirurgia (LIC)	18
Figura 2 - Identificação do Hospital de Origem (HO).....	23
Figura 3 - Número do Vale de Cirurgia (VC).....	23
Figura 4 - Nome do utente	24
Figura 5 - Número da Lista de Inscritos para Cirurgia (LIC).....	25
Figura 6 - Confirmação de GDH, procedimento e bilateralidade.....	25
Figura 7 - Constituição da equipa cirúrgica.....	26
Figura 8 - Modalidade de cirurgia	27
Figura 9 - Colocação de próteses e diagnóstico de neoplasias	28
Figura 10 - Envio da nota de alta e do procedimento de cirurgia segura	29
Figura 11 - Valor da Cirurgia	30
Figura 12 - Pagamento de taxas moderadoras	31

Índice de tabelas

Tabela 1 - Número de episódios cirúrgicos tratados por entidade.....	35
Tabela 2 – Anomalias identificadas por entidade.....	39
Tabela 3 - Total de anomalias das entidades	40
Tabela 4 - Peso de anomalias no total de problemas assinalados.....	42
Tabela 5 - Desconformidades identificadas por entidade.....	43

Índice de gráficos

Gráfico 1 - Número de episódios cirúrgicos tratados por entidade	36
Gráfico 2 - Distribuição de episódios cirúrgicos analisados por validação	37
Gráfico 3 - Relação entre o nº de episódios cirúrgicos tratados e problemas detetados.....	41

Índice de quadros

Quadro 1 – Classificação das anomalias identificadas	38
--	----

Capítulo 1 – Introdução

1.1 Contexto da investigação

Atualmente, a qualidade constitui o foco de muitas organizações que pretendem alcançar vantagem competitiva no mercado e destacar-se de outras de forma positiva. O sucesso das organizações depende, em muito, da capacidade de oferta de produtos e serviços de qualidade. Neste sentido, o objetivo das várias instituições deve passar não só pela satisfação das necessidades dos seus utilizadores, mas também pela superação das suas expectativas.

No campo da saúde, é fácil o entendimento de que a qualidade constitui não só um fator de influência ao nível do sucesso da instituição prestadora de cuidados de saúde, mas simultaneamente um elemento benéfico traduzido na melhoria da saúde dos utentes. Para os utentes que procuram os serviços de saúde, é essencial que os mesmos sejam prestados com qualidade e que, conseqüentemente resultem na melhoria da sua qualidade de vida.

No entanto, as longas listas de espera para os tratamentos médicos (exames, consultas, cirurgias) constituem muitas vezes um ponto negativo para todo o tipo de serviços de saúde. Os extensos períodos de espera impossibilitam a aquisição, em tempo razoável, de serviços de saúde que permitam obter ganhos em saúde aos utentes.

A falta de qualidade nos serviços de saúde tem um impacto negativo na qualidade de vida dos utentes. Nesse sentido, torna-se cada vez mais essencial a utilização eficiente dos recursos pelas instituições de saúde e a adoção de sistemas que permitam uma agilização no que concerne à acessibilidade dos cuidados prestados pelas diversas entidades de saúde. Neste contexto surge o SIGA (Sistema Integrado de Gestão do Acesso) destinado a facilitar o acesso dos utentes a cuidados de saúde. Este sistema, através do princípio do Livre Acesso de Circulação (LAC) dá aos utentes a possibilidade de escolha de outra unidade hospitalar que integre o Serviço Nacional de Saúde (SNS), permitindo assim ao utente aceder mais rapidamente à consulta de especialidade de que necessita.

O presente relatório integra a fase de conclusão do Mestrado em Administração Público-Privada da Faculdade de Direito da Universidade de Coimbra. No âmbito do Mestrado em questão surge a realização do estágio durante o período de cinco meses na Administração Regional de Saúde do Centro (ARSC).

1.2 Objetivos da investigação

A qualidade constitui hoje em dia um pilar para o sucesso das organizações em vários setores. Nesse sentido, quando falamos de instituições de saúde, é ainda mais importante que a qualidade seja vista como uma prioridade e como forma de satisfação das necessidades dos utentes.

Um serviço de saúde de qualidade deve ser acessível ao utente, para que este possa ter as suas necessidades de cuidados de saúde satisfeitas. No entanto, as longas listas de espera tendem a deixar aquém os elevados níveis de qualidade nos serviços de saúde, fazendo, muitas vezes, com que o estado de saúde dos utentes se altere com o decorrer do tempo.

Assim, o acesso dos utentes, no caso concreto, à realização de cirurgias, deve ser gerido de forma eficiente, utilizando de forma sustentável os recursos de que dispõem. Nesse sentido, a possibilidade de escolha de outro hospital para obter o tratamento necessário, assume especial importância.

No entanto, o incumprimento das normas para a realização do programa que permite o livre acesso do utente entre hospitais privados e do setor social que convencionam com o SNS, pode ter consequências graves ao nível da segurança dos utentes bem como determinar a extinção de tais contratos. Nesse sentido, o presente relatório tem como objetivo esclarecer se as regras estabelecidas são cumpridas ao nível do controlo que é feito pela Unidade Regional de Gestão do Acesso (URGA) da ARSC em termos de faturação, e quais as consequências que podem resultar do incumprimento de tais normas.

1.3 Estrutura da investigação

O presente trabalho encontra-se estruturado em quatro capítulos.

No primeiro capítulo faz-se o enquadramento da investigação, seguido dos objetivos do estudo, procedendo-se ainda à apresentação da estrutura da investigação.

O segundo capítulo reporta-se ao enquadramento teórico, onde se procede à revisão da literatura das temáticas abordadas.

O terceiro capítulo engloba a componente prática do relatório. Neste capítulo, primeiramente faz-se uma apresentação da entidade acolhedora. Posteriormente, como ponto de partida do estudo de caso explica-se o funcionamento do SIGA. Para a elaboração do estudo de caso, apresentam-se os objetivos, a metodologia, e procedeu-se de seguida, à análise dos episódios cirúrgicos em fase de avaliação na URGa da ARSC ao nível da faturação. Este capítulo engloba ainda na sua fase final, a análise dos dados e discussão dos resultados.

Por último, no quarto capítulo, são apresentadas as conclusões, limitações do estudo e direções para futuros trabalhos.

Capítulo 2 - Enquadramento Teórico

2.1 A Qualidade

Atualmente, a qualidade não pode ser explicada com recurso a apenas uma definição. Segundo António, Teixeira e Rosa, 2016, tal como Deming refere “há coisas que não são conhecidas nem passíveis de o ser”. A complexidade é acrescida na medida em que o conceito é utilizado de forma vasta estando associado a organizações, produtos, serviços, resultados, entre outros (Dale & Cooper, 1995).

Ao longo dos anos, foram vários os autores a abordar o conceito de qualidade, pelo que nos debruçaremos agora sobre algumas das definições e filosofias apresentadas.

W. Edwards Deming assenta a sua abordagem relativa ao conceito de qualidade na perspetiva de que “tudo tem a ver com a redução da variabilidade”. Este autor defende que a qualidade e a produtividade aumentam à medida que a variabilidade dos processos diminui (Deming citado em Bank, 1998).

Deming defende que grande parte dos problemas de qualidade são inerentes ao processo da responsabilidade da gestão de topo e, por esse motivo, adotou e divulgou o ciclo de melhoria contínua “Plan, Do, Check, Act” (PDCA). Este inicia-se com o planeamento e análise das atividades ou processos a melhorar. Numa segunda fase, é necessário passar à implementação dessas melhorias, seguindo-se a esta etapa a monitorização. Em função dos resultados, surge a última fase do ciclo, sendo esta associada a ações corretivas ou a ações de melhoria. Através deste ciclo torna-se possível identificar e solucionar problemas, constituindo o PDCA um processo de melhoria contínua transversal a todos os setores de atividade.

Segundo António *et al.*, 2016, a definição de qualidade apresentada por Joseph Moses Juran refere-se à aptidão para o uso ou propósito, acentuando esta abordagem a confiança que um produto ou serviço deve merecer por parte dos seus utilizadores. Tal como refere Bank, 1998, para Juran um produto perigoso pode estar de acordo com as especificações e ainda assim continuar impróprio para o uso. Na sua perspetiva, os gestores são os principais responsáveis pelos problemas de qualidade e a mensagem fundamental que Juran transmite

aos gestores é comandada por meio de três processos relacionados com a qualidade, sendo eles: o planeamento de qualidade, o controlo de qualidade e a melhoria de qualidade (Bank, 1998).

O planeamento da qualidade refere-se ao processo estruturado para o desenvolvimento de produtos (bens e serviços) de forma a garantir que as necessidades dos seus utilizadores sejam satisfeitas com o resultado final (Juran & Godfrey, 1998).

A segunda componente da trilogia de Juran, “controlo de qualidade” diz respeito ao processo que conduz as operações de forma a proporcionar estabilidade. Este processo permite avaliar o desempenho real, compará-lo com as metas estabelecidas e atuar sobre as diferenças encontradas (Juran & Godfrey, 1998).

A melhoria da qualidade surge como terceiro elemento da trilogia, referindo-se ao avanço, à criação organizada de mudanças benéficas ou de níveis de desempenho sem precedentes (Juran & Godfrey, 1998).

Philip B. Crosby define a qualidade como sendo a conformidade com os requisitos. A filosofia de Crosby assenta na ideia de que não existem standards de qualidade e que um produto ou serviço ou está conforme com os requisitos ou não. Por requisitos entendem-se “todas as ações exigidas na produção de um produto e/ou no fornecimento de um serviço que vão ao encontro das expectativas do utilizador” (Dale & Cooper, 1995: 24).

Para que a qualidade seja atingível o seu foco reside na prevenção dos erros sendo esta uma perspetiva mais ambiciosa que a dos dois autores citados anteriormente, na medida em que o seu objetivo são os “zero defeitos” (Bank, 1998). De acordo com Crosby é possível fazer bem à primeira, além de que é mais barato se os processos forem executados sem defeitos. Assim, para este autor o que acarreta custos de qualidade relaciona-se com a não conformidade. Segundo Bank, 1998, na perspetiva de Crosby, defeitos frequentes devem ser classificados em relação à gravidade, causa e responsabilidade, tornando-se assim possível a preparação de medidas corretivas.

Por último, Kaoru Ishikawa defende que a qualidade não se manifesta apenas na qualidade do produto, mas também na qualidade do serviço, da informação, do processo, das pessoas, do sistema, da empresa e dos objetivos (António *et al.*, 2016: 63). Para Kaoru

Ishikawa, preços demasiado elevados não permitem alcançar a satisfação dos clientes mesmo quando se trata de produtos ou serviços de qualidade.

Kaoru Ishikawa enfatiza a plena satisfação do cliente como sinónimo da qualidade (Mendes, 2012). Segundo António *et al.*, 2016, para Ishikawa a qualidade de um produto ou serviço, por muito bom que esse seja, quando associada a preços elevados, não permite atingir a satisfação dos clientes, sendo, por isso, necessário ter em consideração a componente “preço” aquando do desenho do produto ou serviço.

A filosofia adotada por Ishikawa é marcada pela participação de todos os elementos da empresa, reconhecendo este a importância da diversidade de definições de qualidade atribuídas por cada indivíduo que integre a organização. A garantia de qualidade constitui outro ponto fulcral da abordagem do autor. Assim, Ishikawa defende que o objetivo das empresas deve residir na confiança que transmitem aos clientes quando estes adquirem um produto ou serviço e que pretendam utilizá-lo durante um período de tempo com satisfação (António *et al.*, 2016).

Qualquer sociedade almeja um elevado nível de qualidade ao invés de cuidados/serviços de qualidade inferior. Assim, as organizações investem recursos no sentido de satisfazer as necessidades dos seus clientes, oferecendo-lhes serviços e cuidados com qualidade, constituindo uma preocupação central nas diferentes organizações.

2.2 O conceito de Serviço

Segundo Pinto, 2003, para Gronroos, o serviço surge como forma de responder às necessidades dos clientes e solucionar os seus problemas. Sob a forma de um processo, constituído por um conjunto de atividades mais ou menos intangíveis, de uma forma geral, os serviços concretizam-se através da interação entre o cliente e os recursos da entidade prestadora do serviço.

O conceito de serviço pode ser definido como a combinação de resultados e experiências prestadas a e recebidas por um cliente (Johnston e Clark, 2001 *apud* Pinto, 2003: 29). Este conceito surge particularmente na gestão da qualidade dos serviços e na

medição da qualidade, constituindo assim a definição da oferta do serviço que a organização produz e que é relevante para o cliente, numa linguagem com significado para os trabalhadores e para os acionistas (Pinto, 2003: 31). A experiência do serviço, o resultado do serviço, bem como as operações necessárias à produção do mesmo e o valor que representa para o cliente constituem, assim, elementos centrais do conceito.

Para que possamos distinguir de forma clara os bens dos serviços é importante mencionar as características distintivas dos últimos. Assim as particularidades dos serviços são as seguintes (Cunha, 2002; Parasuraman, Zeithaml & Berry, 1985; Pinto, 2003; Schneider & Bowen, 1992):

- Intangibilidade – Esta particularidade refere-se ao facto de os serviços constituírem, normalmente, uma experiência, sendo assim de difícil armazenagem ou demonstração dos seus atributos.
- Participação do consumidor – A participação do consumidor em maior ou menor grau, respeita à evidência de que o consumidor paga um serviço que ele próprio ajuda a executar. Contrariamente ao que sucede com os bens, nos serviços não é possível desenhar um produto e entregá-lo ao cliente de forma intacta, existindo sim a necessidade do consumidor contactar com o prestador do serviço.
- Simultaneidade – Esta característica está associada ao facto de os serviços serem normalmente, produzidos e consumidos ao mesmo tempo, não podendo assim ser armazenados para mais tarde.
- Heterogeneidade – Esta última particularidade deriva da frequência com que a performance dos serviços se altera de produtor para produtor, de cliente para cliente e de dia para dia. Assim, as circunstâncias em que o serviço é prestado podem alterar o comportamento dos prestadores do serviço, não podendo este ser assegurado de forma regular.

Assim, uma vez que as experiências que os consumidores vivenciam não se traduzem em algo objetivo, associada ao facto de ser imprevisível a interação que sucede entre sujeitos aquando da prestação de um serviço e dada a dificuldade em prever o comportamento/ necessidades dos clientes, torna-se difícil alcançar e avaliar a qualidade nos serviços (Cunha, 2002).

2.3 A Qualidade de Serviço

No que concerne à literatura dos serviços, vários foram os autores que se debruçaram sobre o tema. Algumas temáticas sugeridas por estes autores são as dificuldades que o consumidor enfrenta na avaliação da qualidade de um serviço, o facto de a percepção da qualidade de serviço resultar de uma comparação entre as expectativas e o desempenho da organização, e a evidência da avaliação da qualidade não ser realizada apenas com base no resultado do serviço, mas envolvendo ainda o processo de prestação do serviço (Parasuraman *et al.*, 1985).

Nos últimos anos, a preocupação com a implementação de práticas de qualidade tem vindo a ser significativa nas mais diversas áreas, não se limitando apenas aos bens ou produtos que as empresas tenham para oferecer, extrapolando-se assim para a esfera dos serviços. Pinto, 2003, refere a “qualidade percebida do serviço”, constituindo esta a diferença entre as expectativas dos consumidores e as experiências que estes vivenciam. A qualidade percebida do serviço baseia-se, assim, numa comparação entre o que os consumidores sentem que os serviços da empresa devem proporcionar (expectativas) e a performance dos serviços da empresa (Parasuraman, Zeithaml & Berry, 1988). Assim, entendemos que um serviço de qualidade é aquele que consegue dar resposta às necessidades dos consumidores e que satisfaz as suas expectativas (Cunha, 2002).

Dada a proximidade das empresas de serviços com o cliente e tendo em conta que o seu objetivo é o de atingir vantagem competitiva no mercado, a avaliação da qualidade que é feita pelos consumidores dos serviços que lhes são prestados, deve constituir um elemento central na prossecução desse objetivo. No entanto, uma meta elevada de níveis de qualidade torna-se difícil de alcançar e medir, especialmente nos serviços, devendo-se este facto à particularidade das suas características tais como intangibilidade, participação do consumidor, simultaneidade e heterogeneidade, como antes referido.

Para que possamos falar da qualidade dos serviços, é necessário ter em conta a relação que se estabelece entre as expectativas dos clientes e as experiências proporcionadas pelos serviços. Essa relação pode resultar na confirmação e superação das expectativas do consumidor e portanto na qualidade do serviço ou na desilusão dos clientes face àquilo que

esperavam que o serviço lhe oferecesse e o que realmente experimentaram, levando, no limite, a que não pretendam, adquirir qualquer serviço daquela instituição no futuro.

Parasuraman *et al.*, 1985, comprovaram, através de um estudo, que os critérios utilizados por diferentes consumidores para considerar níveis de qualidade elevados, se baseavam em dimensões como i) fatores tangíveis, respeitando estes às evidências físicas de um serviço, como o equipamento utilizado aquando da prestação do serviço ou a aparência dos membros da organização, ii) confiabilidade, dizendo esta respeito à confiança e consistência no desempenho, iii) capacidade de resposta, reportando-se esta à prontidão com que um serviço é prestado, iv) comunicação, na medida em que a organização deve informar o consumidor e ter capacidade para se adaptar à sua linguagem, v) credibilidade, uma vez que uma organização deve transmitir confiança ao cliente relativamente ao serviço que presta, vi) segurança, respeitando esta componente a garantias que devem existir para com o cliente em relação à prestação do serviço, vii) competência, seja esta a nível técnico (habilidades/conhecimento) ou interpessoal (relacionamento com os clientes), viii) cortesia, incorporando esta o respeito, a consideração e a simpatia aquando da prestação de um serviço, ix) compreensão e conhecimento do consumidor, na medida em que seja possível entender as expectativas do consumidor, e por último x) acesso, reportando-se este à facilidade com que um serviço é utilizado.

Assim sendo, importa que todos os critérios referidos sejam avaliados pelo consumidor de uma forma positiva, traduzindo-se assim no aumento dos níveis de qualidade que todas as organizações pretendem alcançar. Tal permitir-lhe-á que se destaquem das demais, atingindo assim vantagem competitiva no mercado.

2.4 A Qualidade dos Serviços Públicos

Hoje em dia o fenómeno da qualidade revela-se um fator determinante na escolha dos produtos e serviços por parte dos consumidores. Muitas vezes na possibilidade de escolha por determinados serviços, os utilizadores optam por organizações privadas dada a facilidade ao nível do acesso aos serviços por elas prestados, bem como pela eficácia que lhes é geralmente reconhecida.

Qualquer cidadão, quando necessita de se dirigir a um serviço reflete acerca do atendimento e do tempo de espera até que tenha o seu problema resolvido. Neste aspeto, quando surge no pensamento de um utilizador a esfera dos serviços públicos ao nível do seu desempenho, a tendência é a de que constitua um problema causador de inúmeros constrangimentos ao invés de se apresentar como uma solução. Quer seja por dificuldades ao nível da eficiência, da qualidade ou quantidade de bens ou serviços prestados, o tema “serviços públicos” gera muitas vezes descontentamento na sociedade.

Assim, as reformas da administração pública, que visavam a melhoria da qualidade em organizações do setor público tornaram-se uma prioridade em diversos países. Este facto deve-se, sobretudo, à discrepância existente entre a enorme carga suportada pelos contribuintes ao nível dos impostos e o valor criado pela administração pública (Pinto, 2009).

Neste sentido, e para que possamos falar em qualidade nos serviços públicos importa referir o conceito de desempenho que apresenta um carácter distinto no setor público em relação ao setor privado.

Se, por um lado, o desempenho no setor privado se refere à interação entre a gestão e os restantes membros da organização, ao resultado das atividades (como o retorno do investimento ou o lucro) ou ainda ao que é atingido tendo em conta os objetivos determinados inicialmente, no setor público o seu significado tem um peso menos relevante (Covellec, 1997 & Pollit 1993 *apud* Misoczky & Vieira, 2001). Esta circunstância deve-se, assim, ao carácter subjetivo e político caracterizador do setor público que, ao contrário do setor privado, não tem como objetivo primordial o lucro e a eficiência. Ao invés deste, o setor público pretende fornecer à comunidade os serviços que necessita. Para que tal suceda, as organizações públicas devem direcionar os impostos dos cidadãos para a prestação de serviços públicos de qualidade (Carvalho & Tonet, 1994; Novaes, Lasso & Mainardes, 2015).

Dado o aumento de níveis de exigência dos consumidores, que adotam cada vez mais uma posição ativa no que respeita à pretensão por serviços públicos melhores e mais eficientes, torna-se cada vez mais importante a evolução do setor público no que concerne à disponibilidade de serviços, à facilidade de acesso, bem como à flexibilidade na medida em que sejam capazes de se adaptar à sociedade e às modificações que nela ocorrem (Pinto, 2009).

Os consumidores exigem dos organismos públicos que estes desenvolvam serviços eficazes, de qualidade, com atendimento atempado e capazes de responder às suas necessidades da melhor forma possível. Nesse sentido, a preocupação com o desempenho eficaz alastrou aos serviços públicos, não bastando ao Estado a tentativa garantir aos cidadãos a prestação de certos serviços. Os consumidores pretendem que os serviços públicos a que têm direito sejam de qualidade, sendo esta reclamação dificultada pela disponibilidade limitada de recursos, pelo que se torna cada vez mais fundamental a utilização eficiente dos mesmos.

2.5 A Qualidade dos Serviços de Saúde

Se os elevados níveis de qualidade constituem uma preocupação central em diversas organizações, quando falamos em serviços de saúde, a componente “qualidade” torna-se ainda mais essencial.

Em primeiro lugar, importa dar uma breve definição do que se entende como qualidade em cuidados de saúde. De acordo com Donabedian, 1980 (citado em Silva, 2013: 33) a qualidade nos cuidados de saúde é “o tipo de cuidados que maximiza a avaliação do bem-estar do doente, após considerar o balanço entre perdas e ganhos esperados que integram o processo dos cuidados de saúde”. Assim, as instituições prestadoras de cuidados têm, mais do qualquer outro tipo de serviço, de responder de forma atempada e eficiente às necessidades dos utentes, constituindo um dever central dos serviços de saúde, não só atender às expectativas dos utentes, como superá-las de forma a potenciar o bem-estar dos cidadãos.

Se, tal como referido anteriormente, o termo qualidade não conhece uma única definição, no momento em que é transposto para o campo da saúde, dada a complexidade do tema, é natural que a dificuldade seja acrescida. Assim, de acordo com o Institute of Medicine, um serviço de saúde de qualidade deve caracterizar-se por ser “seguro, eficaz, centrado no utente, atempado, eficiente e equitativo” (IOM, 2001). No entanto, a importância de cada uma destas características varia em função do tipo de qualidade que cada utente procura num serviço. Enquanto para uns a qualidade dos serviços de saúde decorre da

possibilidade de escolha de um determinado médico ou hospital, para outros pode resultar do facto de lhes ser concedido o acesso a determinados tratamentos (Silva, 2013).

Neste ponto, podemos referir o facto de o SNS permitir o livre acesso a cuidados de saúde que melhorou o setor da saúde em termos de acessibilidade - na medida em que não permite a discriminação de idade, sexo, religião, classe, profissão, ou sistema de proteção social – e ainda mencionar os ganhos obtidos ao nível da qualidade - com a criação de mais e melhores instituições e pessoal qualificado (Campos, 2008). No entanto, a adoção de um sistema deste tipo dificulta aquele que seria o seu objetivo como meio de proteção da saúde individual e coletiva, que resulta da complexidade de articulação das necessidades a ser satisfeitas, com uma gestão eficiente dos recursos e a preocupação com a prestação de cuidados de saúde de qualidade. Entendemos assim que a melhoria da qualidade constitui um pilar da sustentabilidade do SNS, existindo, por isso, a necessidade de assegurar elevados níveis de saúde e a sua distribuição de forma equitativa (OPSS, 2016).

Por outro lado, podemos ainda apontar as exigências dos consumidores como fator de necessidade para a melhoria da qualidade. Estas exigências, tal como mencionado anteriormente, têm sofrido alterações ao longo do tempo manifestando os utilizadores dos serviços cada vez mais a sua vontade de alcançar serviços de qualidade, seja através da procura incessante pelo serviço mais eficiente, através da informação que reclamam relativamente ao serviço que lhe é oferecido, ou, no caso de o serviço não ser aquilo que procuram, através de reclamações que expõem de forma clara a sua opinião e desagrado para com o serviço. Em termos de serviços de saúde, as exigências de qualidade devem ainda ser maiores, uma vez que se trata do bem-estar e da qualidade de vida dos cidadãos. Quando entramos no campo dos cuidados prestados aos utentes, não falamos apenas de falta de qualidade em termos de insatisfação, mas sim das repercussões que advêm da utilização dos serviços de saúde que podem ser irreversíveis (Silva, 2013).

Deste modo, entendemos que a análise dos utilizadores em termos da qualidade dos serviços de saúde constitui cada vez mais um fator de grande importância que as organizações de saúde devem ter em consideração. Por esse motivo, a boa prática clínica, a redução do erro médico, o controlo de qualidade nas instituições de saúde, o aumento de informação disponibilizada ao utente, bem como a diminuição do tempo de espera, devem ser encarados como meio de alcançar a qualidade em saúde.

2.6 Súmula Conclusiva

A qualidade assume um vasto conjunto de definições, pelo que nem todos os autores a entendem da mesma forma. No entanto, a sua importância é transversal a todas as organizações e a todos os setores. Falemos de bens ou serviços, o elemento “qualidade” constitui sempre um fator diferenciador das restantes organizações, que, intentam a todo o custo implementar formas de alcançar a qualidade nos seus produtos e serviços de modo a servir o cliente/utente da melhor forma.

Quando nos debruçamos sobre o tema “saúde”, pensamos em melhorias a nível da qualidade de vida. Neste sentido, proporcionar cuidados de saúde com qualidade constitui um desafio para as organizações que operam neste setor.

Satisfazer as necessidades de saúde da população deve ser uma prioridade para as instituições prestadoras de cuidados, no entanto a disponibilidade limitada de recursos nem sempre permite que a qualidade seja disponibilizada aos utentes na medida em que a necessitam. Fatores demográficos, aliados ao aumento da procura de serviços de saúde, tornam o setor da saúde frágil, e causam transtornos na sociedade, dificultando o acesso e a eficácia do mesmo.

Nesse sentido, é importante conservar as características de um sistema de saúde de qualidade, como a eficácia, a segurança, a acessibilidade, entre outras. Assim, revelam-se importantes os mecanismos que ajudam a aumentar os níveis de qualidade das entidades de saúde, e conseqüentemente dos cidadãos que, através das suas contribuições esperam obter ganhos em saúde por meio de serviços de qualidade.

Capítulo 3 – Estudo de Caso

3.1 Introdução

O presente capítulo inicia-se com a apresentação da entidade de acolhimento de estágio, a Administração Regional de Saúde do Centro. De seguida, descreve-se o modelo de Governação SIGA do SNS. Por último, faz-se uma exposição do estudo de caso realizado, apresentando-se os objetivos, a metodologia, bem como a análise e discussão dos resultados.

3.2 Apresentação da entidade acolhedora

No âmbito do estágio realizado, revela-se importante disponibilizar uma breve explicação da entidade que atua a nível regional no que respeita à supervisão do acesso aos cuidados de saúde. Neste sentido, falamos das Administrações Regionais de Saúde (ARS).

As ARS são institutos públicos integrados na Administração Indireta do Estado. Estas instituições são dotadas de autonomia administrativa e financeira e possuem património próprio, encontrando-se sob a superintendência e tutela do Governo.

As ARS têm como missão garantir o acesso à prestação de cuidados de saúde à população e encontram-se regulamentadas pela Portaria n.º 164/2012, de 22 de maio.

As suas atribuições encontram-se distribuídas por área geográfica, subdividindo-se respetivamente em ARS do Norte, ARS do Centro, ARS de Lisboa e Vale do Tejo, ARS do Alentejo e ARS do Algarve.

Cada uma destas, de acordo com a referida Portaria, integra serviços centrais, subdivididos em seis departamentos, designadamente i) Departamento de Saúde Pública, ii) Departamento de Planeamento e Contratualização, iii) Departamento de Gestão e Administração Geral, iv) Departamento de Recursos Humanos, v) Departamento de Instalações e Equipamentos e vi) Gabinete Jurídico e do Cidadão, e serviços desconcentrados onde se inserem os agrupamentos de centros de saúde do SNS (ACES).

O estágio curricular realizado decorreu na URGA da ARSC que, no caso concreto, integra o Departamento de Planeamento e Contratualização (DPC) encontrando este elencadas as suas atribuições no artigo 4.º do mesmo diploma.

A Portaria n.º 147/2017, de 27 de abril estabelece no seu artigo 17.º as competências da URGA, competindo assim a esta unidade i) monitorizar, acompanhar e controlar a produção realizada pelas instituições do SNS, ii) monitorizar, avaliar e controlar a evolução de inscritos nas instituições, designadamente os tempos de resposta, iii) acompanhar os processos de transferência entre instituições e garantir o cumprimento das normas e dos protocolos definidos – nomeadamente das questões relativas aos circuitos, acompanhamento e comunicação entre os intervenientes, iv) acionar os mecanismos necessários que garantam soluções aos utentes que se encontram em situação de transferência dentro dos Tempos máximos de Resposta Garantidos (TMRG), v) acompanhar a transferência de utentes, vi) reunir com as Unidades Locais de Gestão do Acesso (ULGA) de forma a identificar as suas dificuldades e contribuir para a sua resolução, vii) avaliar e reportar à Unidade de Gestão do Acesso (UGA) a informação pertinente, viii) proceder ao registo nos sistemas de informação das não conformidades, ix) monitorizar e intervir relativamente às não conformidades, x) avaliar as contestações apresentadas pelas instituições relativamente às não conformidades, e xi) cumprir orientações normativas emanadas pela UGA.

3.3 O Sistema Integrado de Gestão do Acesso (SIGA)

Tal como referido anteriormente o sistema de saúde deve caracterizar-se por ser sustentável, eficiente, de qualidade, transparente e equitativo. Por outras palavras, deve ser dotado de capacidade para responder às necessidades de saúde da população. Assim sendo, é necessário que exista uma visão integrada do acesso, uma articulação dos vários níveis de cuidados e dos vários serviços e tipos de resposta bem como uma maior informação e consciencialização por parte do cidadão no que respeita ao seu projeto individual de cuidados de saúde. Neste âmbito apela-se a um novo paradigma da saúde, uma nova forma de

monitorizar o percurso do doente e garantir uma resposta atempada do SNS às necessidades da procura das suas populações (OPSS, 2018).

O Decreto-Lei n.º 44/2017, de 20 de abril, identifica a necessidade do SNS responder de forma atempada, adequada e continuada às necessidades dos cidadãos, designadamente em áreas onde os níveis de serviço não são ainda satisfatórios no que concerne ao cumprimento dos tempos de resposta.

Neste contexto, surge o Sistema Integrado de Gestão do Acesso. O SIGA, tal como prevê a Portaria n.º 147/2017, de 27 de abril assenta em três níveis distintos: central, regional e local. A nível central cabe à Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS) a função de controlo do acesso aos cuidados de saúde através da UGA. A nível regional atuam as URGA que reportam à ACSS as questões relativas à área geográfica onde atuam. Por último, as ULGA integram a orgânica de cada instituição do SNS, atuando assim a nível local.

O SIGA constitui um modelo de governação capaz de agilizar a Administração Pública. Este modelo foi criado pelo Decreto-Lei n.º 44/2017, de 20 abril, e encontra-se regulamentado pela Portaria n.º 147/2017, de 27 de abril, proporcionando uma visão integrada, completa e transversal do acesso, da informação relativa à prestação de cuidados de saúde e dos respetivos tempos de resposta que lhes estão associados.

Este novo sistema surge como uma ferramenta no âmbito do Programa SIMPLEX+ dirigindo-se a todo o território nacional, promovendo uma interação acessível que permita aos cidadãos a obtenção de uma gestão mais eficiente nos pedidos de cuidados de saúde e agilizar a sua relação com o SNS (Decreto-Lei n.º 44/2017, de 20 de abril).

Na prossecução da visão deste modelo de governação destacam-se, entre outros, os objetivos de reduzir os tempos de espera para consulta e cirurgia, reduzir as desigualdades no acesso a cuidados de saúde, melhorar o acesso à saúde, a gestão dos hospitais, a circulação de informação clínica, bem como a articulação entre diferentes níveis de cuidados de saúde e agentes do setor. Para além destes, o SIGA pretende ainda i) implementar uma cultura de transparência, controlo e monitorização do acesso, ii) promover a eficiência, a eficácia, a otimização e a partilha dos recursos, a internalização dos cuidados e a qualidade assistencial direcionados para os ganhos em saúde, iii) assegurar a continuidade de cuidados no percurso dos utentes bem como fomentar a participação ativa destes, iv) promover o Livre Acesso e

Circulação¹ do utente no contexto do SNS e v) garantir o cumprimento de normas que assegurem a equidade no acesso, no percurso e na utilização (Portaria n.º 147/2017, de 27 de abril).

3.3.1 O processo de Gestão de Inscritos para Cirurgia em Portugal (Programa SIGIC)

As elevadas listas de espera associadas à realização de cirurgias constituem uma importante questão política em diversos países da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE), - nomeadamente na Holanda, Dinamarca, Portugal, Espanha, Noruega, Turquia, Reino Unido, Irlanda e Finlândia. Este facto deve-se ao peso que os utentes inscritos para cirurgia têm face à capacidade de resposta dos sistemas de saúde perante este problema (OCDE, 2017).

A relação controversa entre a procura e a oferta existente no Sistema de Saúde e mais concretamente no SNS depende, no primeiro caso, de fatores como a maior longevidade a que corresponde um maior envelhecimento populacional e ao aumento das doenças crónicas e, no segundo, da escassez de recursos humanos e técnicos disponíveis bem como da disponibilidade financeira do Estado (OCDE, 2017).

A dificuldade em equilibrar estas duas variáveis (procura versus oferta) leva ao aumento dos tempos de espera, potenciando deste modo, nos utentes a dor, a incapacidade e a diminuição de benefícios esperados, pelo que as sociedades têm vindo a demonstrar, ao longo do tempo, descontentamento e insatisfação face a esta questão (OECD, 2017).

Em Portugal, as medidas implementadas para minimizar o grande número de utentes inscritos em listas de espera remontam a 1995 com o Programa Especial de Recuperação das Listas de Espera (PERLE), seguindo-se a este, em 1997, o Programa de Promoção do Acesso (PPA), e dois anos mais tarde o Programa de Promoção da Melhoria do Acesso (PPMA). Os objetivos destas iniciativas priorizavam a inclusão no sistema de procedimentos cirúrgicos com maior número de utentes inscritos e em períodos de espera mais longos (MGIC, 2011).

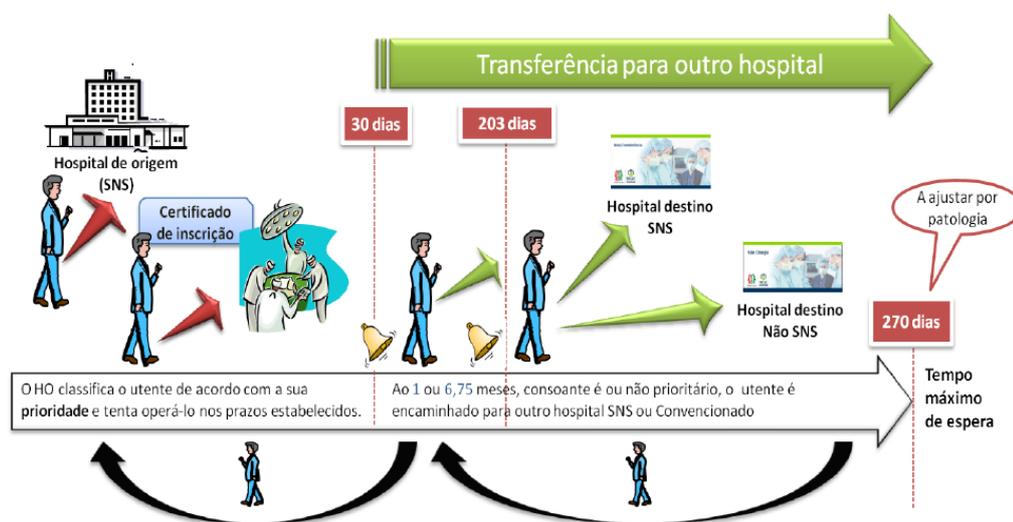
¹ Sistema de Livre Acesso e Circulação de utentes (LAC) no SNS aprovado pelo Despacho n.º 5911-B, 2016, de 3 de maio.

No entanto, as iniciativas acima referidas não foram suficientes para que fosse possível melhorar o acesso aos cuidados de saúde, surgindo neste contexto o Programa Especial de Combate às Listas de Espera Cirúrgicas (PECLEC), de carácter temporário, e assumindo, neste contexto, grande importância o setor privado que, mediante convenções, passa a ser incluído no leque de possíveis prestadores de cuidados de saúde (MGIC, 2011).

Decorrido este programa, ao nível da saúde tornou-se necessária a presença de novas medidas capazes de melhorar a vida dos cidadãos, seguindo-se assim a criação do Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia (SIGIC). Este último encontra-se regulado pela Portaria n.º 45/2008, de 15 de janeiro, e visa a gestão integrada dos utentes inscritos para cirurgia nos estabelecimentos do SNS de forma continuada. O SIGIC rege-se pelos princípios de equidade relativamente ao acesso ao tratamento cirúrgico, controlo e transparência dos processos de gestão, e pela responsabilização dos utentes e dos hospitais do SNS, bem como dos que com aquele contratam e convencionam os serviços de saúde prestados (Portaria n.º 45/2008, de 15 de janeiro).

3.3.2 Descrição do percurso do utente na Lista de Inscritos para Cirurgia

Figura 1 - Percurso do utente na Lista de Inscritos para Cirurgia (LIC)²



Fonte: MGIC, 2011

HO = Hospital de Origem

² A Portaria n.º. 153/2017, de 4 de maio estabelece que a partir de 1 de janeiro de 2018 e para cirurgias não oncológicas e de prioridade normal a primeira emissão do vale cirúrgico ocorre aos 135 dias após a inscrição do utente em LIC, sendo o tempo máximo de resposta garantido (TMRG) de 180 dias.

A figura 1 mostra-nos o percurso do utente na Lista de Inscritos para Cirurgia (LIC).

Os tempos padrão apresentados na figura 1 são ajustáveis relativamente à prioridade atribuída a cada utente e aos episódios cirúrgicos relacionados com patologia oncológica que, à data de 30 de abril de 2018, constituíam 0,2% (n=968) do total de casos inscritos para cirurgia (n=44.475). Na figura acima está representada a situação mais frequente em que os episódios cirúrgicos correspondem a patologia benigna e de prioridade normal.

Numa primeira fase o utente dirige-se ao hospital e, caso o seu médico assim o entenda na consulta de especialidade propõe ao paciente que seja intervencionado. Este é o momento em que se considera hospital de origem (HO) (MGIC, 2011).

Posteriormente é necessário que o utente formalize o seu consentimento e através de um certificado de inscrição passa a constar da LIC, iniciando-se nesse momento a contagem do tempo para realização da cirurgia. A unidade hospitalar deve cumprir os tempos TMRG tanto no agendamento como na realização da cirurgia. Para que tal suceda os utentes são classificados de acordo com a patologia e nível de prioridade.

Caso a cirurgia não seja agendada nos prazos estabelecidos, é necessário que o utente seja transferido para um outro hospital do SNS com capacidade de resposta ou hospital convencionado, sendo este designado por hospital de destino (HD).

Se existe um hospital do SNS com disponibilidade para realizar a cirurgia, é emitida uma nota de transferência (NT) ao paciente aos 50% do TMRG, tendo este a possibilidade de escolha entre as opções assinaladas. Se, por outro lado, não existe um hospital de destino dentro do SNS ou se é excedido em 75% o TMRG, ocorre a emissão automática de um Vale de Cirurgia (VC) que permite ao utente a marcação da cirurgia diretamente num dos hospitais do SNS ou convencionado desde que este tenha capacidade clínica e que conste da listagem apresentada no VC. O utente pode ainda optar por uma unidade não constante das apresentadas no VC, desde que a mesma tenha contrato de convenção com a ARS que integra o HO e cumpra os critérios de tempo de espera sendo o utente responsável pelas despesas associadas ao transporte.

O utente pode ainda escolher não utilizar o VC. Se preferir recusar o vale emitido e para que não perca a sua vez na LIC do HO apenas necessita de proceder à devolução do VC assinalando o motivo de recusa do mesmo, enviando-o posteriormente às entidades competentes.

Se o utente for operado no HD, este é responsável pelos tratamentos e intercorrências até ao limite máximo de 60 dias após a data de alta.

Na fase seguinte à cirurgia e depois de resolvidas possíveis intercorrências ou complicações, o utente regressa ao HO onde é reavaliado numa consulta pós operatória, ficando no seu hospital de origem o respetivo processo clínico (Portaria n.º 45/2008 de 15 de janeiro).

O registo de informação relativa aos episódios cirúrgicos desde a sua inscrição até à conclusão é feito de forma partilhada entre o HO e o HD no Sistema Informático de Gestão da Lista de Inscritos para Cirurgia (SIGLIC), levando assim a uma maior coordenação e eficiência do processo de gestão das listas de espera.

Desde que o utente é proposto para cirurgia até ao momento que fica concluído o episódio, o SIGLIC permite aceder a informação clínica relativa ao utente e a todo o registo cirúrgico, bem como a informação que diga respeito à capacidade e disponibilidade de serviços, colaboradores e utilizadores do SNS e convencionados, para além de permitir ainda a partilha de informação entre os profissionais, constituindo assim um meio de suporte ao cumprimento dos objetivos do SIGIC.

Esta ferramenta (SIGLIC) permite a gestão ao nível de contratos e convenções entre entidades, procedimentos referentes à transferência de pacientes, dando também lugar à gestão de não conformidades por incumprimento de normas bem como ao controlo ao nível da faturação nos hospitais (MGIC, 2011).

3.3.3 Processo de validação de faturas

Ao abrigo da Portaria n.º 271/2012, de 4 de setembro, a responsabilidade de pagamento relativa à atividade cirúrgica é do HO ao HD e constitui uma forma de incentivo para que sejam cumpridos os TMRG. Previamente ao envio da fatura do HD ao HO ocorre uma validação do processo de faturação na URGa de cada ARS.

No entanto, de uma forma geral, a responsabilidade financeira imputada ao HO apenas se efetivou a partir de 1 de maio de 2016 com o âmbito de aplicação da Circular Normativa n.º 12/2016/ DPS – UGA/ACSS.

Tal como referido anteriormente o SIGIC é o sistema de informação que contém todos os dados registados e partilhados entre HO e HD. Neste contexto, trata-se do sistema de informação oficial para recolha de dados para efeitos de validação da faturação.

As etapas do processo de faturação respeitantes às notas de transferência e vales cirúrgicos são a seguir descritas.

Em primeiro lugar, é indispensável que a URGA tenha acesso a um conjunto de documentos disponibilizados pelo HD após a alta do utente (MGIC, 2011):

- Vale de cirurgia;
- Proposta cirúrgica;
- Documentos comprovativos de intercorrências ou complicações;
- Documento comprovativo do pagamento de taxas moderadoras associadas;
- Comprovativo do envio da nota de alta (ofício);
- Identificação de próteses utilizadas – etiquetas da prótese;
- Relatório de anatomia patológica (quando aplicável);
- Equipa cirúrgica interveniente e respetiva identificação do número de cédula dos profissionais.
- Comprovativo do procedimento de cirurgia segura;

O processo de validação de faturas na URGA inicia-se a partir do momento em que é recebida informação dos HD. Para além da informação elencada o HD envia ainda um ficheiro padronizado pela URGA.

Todos os documentos de suporte à informação do ficheiro resumo são agregados para cada episódio cirúrgico e enviados à URGA em formato digital para que esta proceda à verificação e, se necessário, à correção dos dados e valores a faturar.

Numa segunda análise é verificada a concordância entre os documentos digitalizados de cada utente e a informação registada no SIGLIC, sendo assim possível confirmar se os dados inseridos no ficheiro enviado pelo HD correspondem à informação registada no sistema.

Se os elementos estiverem em concordância com o sistema de informação, é enviada pela URGA a fatura ao HD relativa ao valor a considerar na fatura a emitir ao HO para que este assuma o papel pelos serviços de saúde prestados.

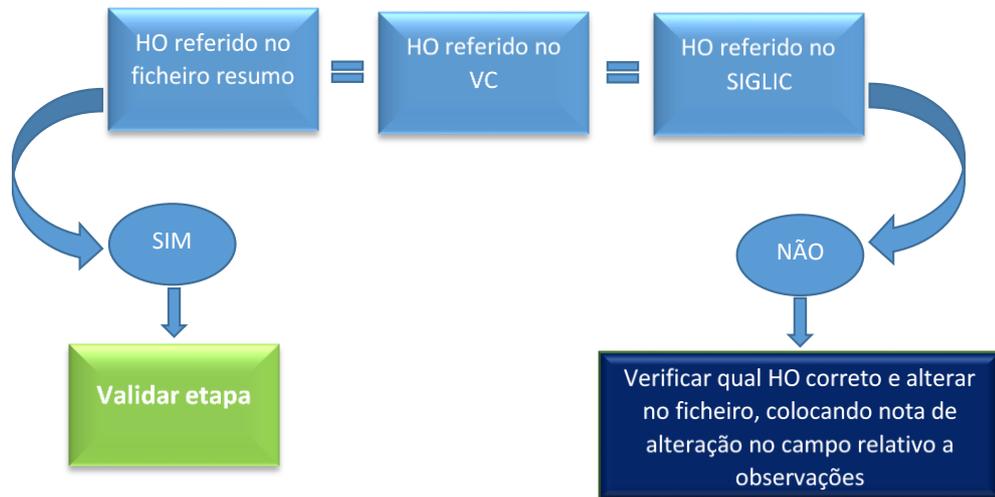
No entanto, a falta de concordância entre os elementos correspondentes aos atos cirúrgicos e dados registados no SIGLIC, situação que por vezes sucede, pode levar a que os registos sejam revistos pelo profissional responsável pela validação do episódio de acordo com as regras definidas na lei e, no limite, por um médico auditor dotado de competências de análise detalhada dos respetivos processos clínicos.

Se, se verificar o incumprimento da lei e o desrespeito pelos princípios nela consagrados, a validação prévia feita na URGA de cada ARS pode conduzir à aplicação de penalizações por desconformidades que estão previstas na legislação em vigor - nomeadamente má prática clínica -, podendo ainda recorrer-se a outras entidades designadamente Inspeção-Geral das Atividades em Saúde (IGAS) e ordens profissionais.

Assim sendo, o Despacho n.º 24 110/2004 (2.ª série) prevê diferentes níveis para a aplicação de penalizações de acordo com o tipo de desconformidade verificado, consagrando no n.º 1 da cláusula 19ª a aplicação de uma penalização de 10 % do valor total devido pelos cuidados prestados ao utente em caso de desrespeito ao Regulamento do SIGIC, e de 50 % do valor total devido pelos cuidados prestados ao utente quando se verifique a prática de uma desconformidade grave. Tal como consagrado no referido despacho, situações decorrentes do processamento de dados que, de alguma forma, condicionem o estado de saúde do utente, falhas na entrega de documentos quando necessários bem como alterações ao nível dos procedimentos cirúrgicos consideram-se falhas graves, aplicando-se neste caso a penalização maior.

Na sequência do envio de documentos por parte do HD, a informação é analisada com vista à confirmação da presença de elementos específicos que são identificados nas figuras 2 a 12 de forma a facilitar a explicação de procedimentos. Estes últimos são a seguir descritos mais pormenorizadamente com recurso a fluxogramas.

Figura 2 - Identificação do Hospital de Origem (HO)



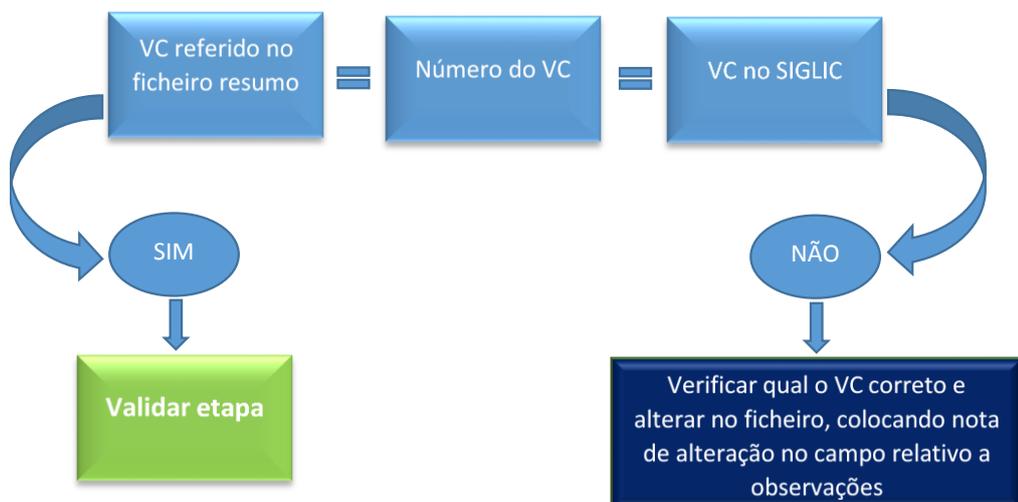
VC = vale de cirurgia

SIGLIC = Sistema Informático de Gestão da Lista de Inscritos para cirurgia

Fonte: Adaptado ARSC

A etapa descrita na figura 2 pretende aferir se o HO se encontra corretamente identificado nos documentos de suporte e é consistente com a informação do SIGLIC. Caso as três condições se verifiquem, a etapa é validada. Em caso contrário segue-se o procedimento acima referido.

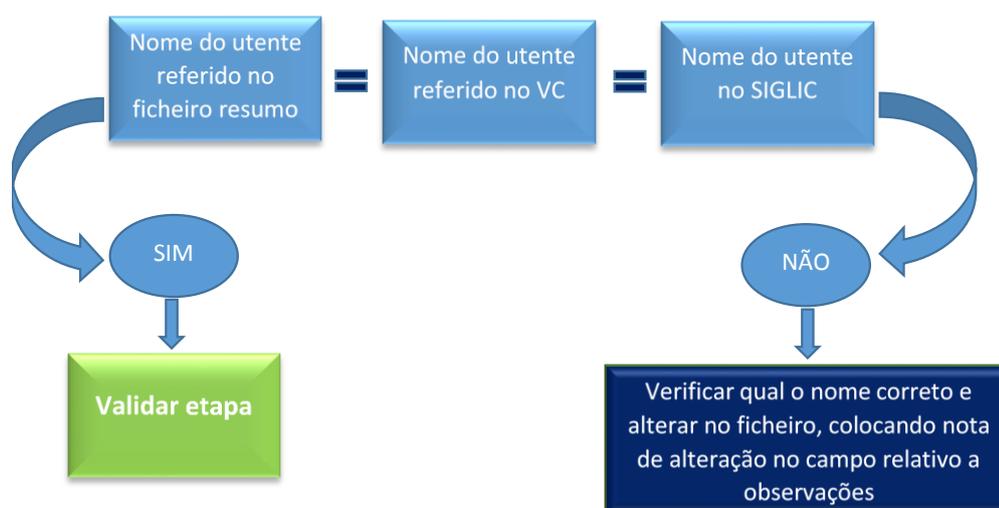
Figura 3 - Número do Vale de Cirurgia (VC)



Fonte: Adaptado ARSC

O procedimento apresentado na figura 3 tem como objetivo atestar a concordância do número do vale cirúrgico nos documentos acima mencionados. Se a mesma não se verificar é necessário proceder à correção do número correspondente ao VC.

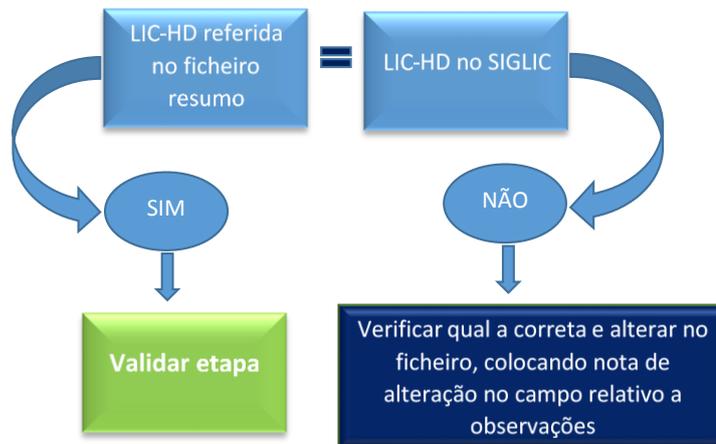
Figura 4 - Nome do utente



Fonte: Adaptado ARSC

À semelhança do que sucede com as etapas anteriormente expostas, no que se refere ao nome do utente (Figura 4), este deve coincidir entre o ficheiro, VC e SIGLIC, procedendo-se à alteração e correção do nome do utente caso não se verifique a referida concordância.

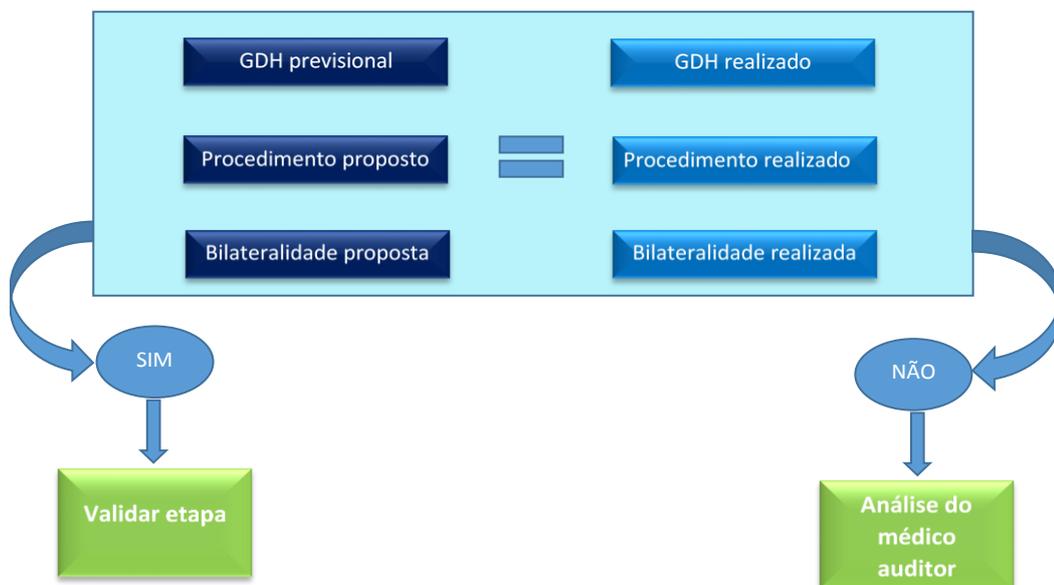
Figura 5 - Número da Lista de Inscritos para Cirurgia (LIC)



Fonte: Adaptado ARSC

De acordo com a figura 5 no que concerne ao número da LIC, este deve ser o mesmo tanto na informação rececionada como no SIGLIC. Desta forma, os dados podem ser validados. Se, por outro lado a informação não coincidir, é necessário corrigi-la e, nesse caso as alterações serão identificadas e reportadas às instituições envolvidas.

Figura 6 - Confirmação de GDH, procedimento e bilateralidade

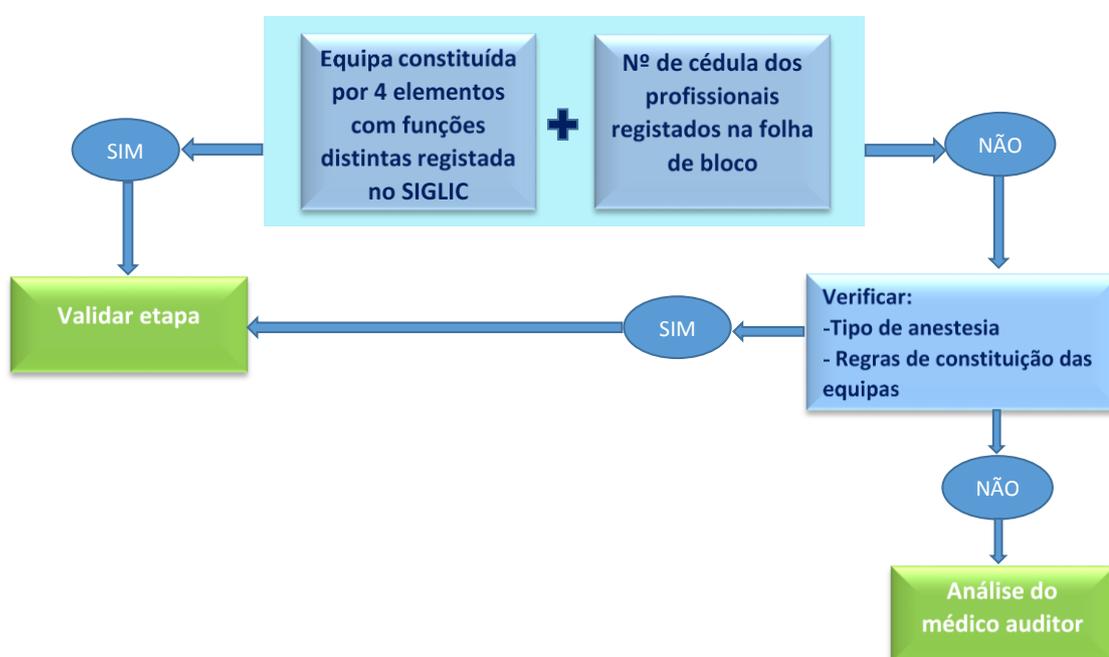


Fonte: Adaptado ARSC

GDH = Grupos de Diagnósticos Homogéneos

A figura 6 refere-se ao ato cirúrgico. Nesta fase é analisada a concordância entre o GDH previsual resultante da proposta cirúrgica, os procedimentos cirúrgicos propostos e realizados e a lateralidade. Se tudo obedecer aos parâmetros estabelecidos, a URGA está em condições de validar os episódios nesta etapa. Em caso de dúvida do técnico responsável pela validação, os processos são sujeitos à análise de um médico auditor para que verifique a fiabilidade da informação apresentada, podendo assim ser validados ou sujeitos à aplicação de penalizações previstas na lei.

Figura 7 - Constituição da equipa cirúrgica



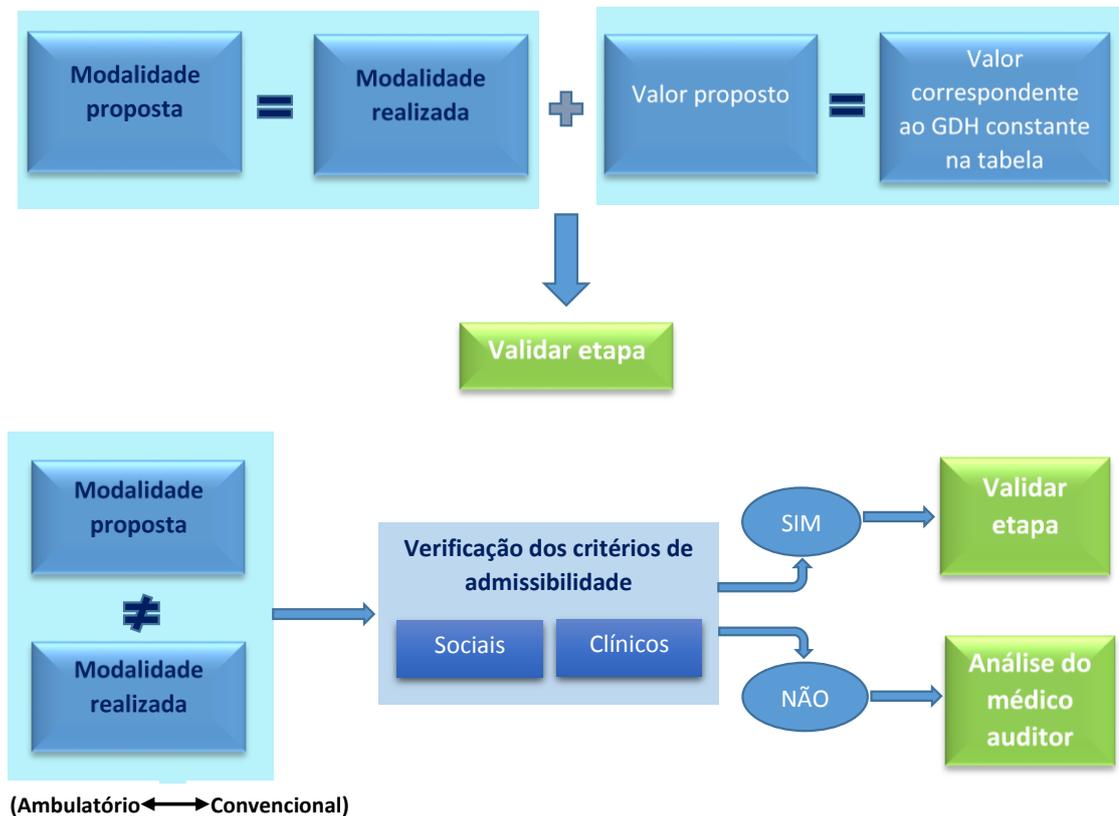
Fonte: Adaptado ARSC

A figura 7 reporta-se à etapa de verificação do cumprimento das regras estabelecidas para o registo das equipas clínicas que intervêm no ato cirúrgico.

Neste sentido, o Manual de Gestão de Inscritos para Cirurgia (MGIC) estabelece de uma forma geral a integração de quatro elementos na equipa cirúrgica – cirurgião principal, cirurgião ajudante, anestesista e enfermeiro – podendo, no entanto, a constituição da equipa variar em função da cirurgia realizada ou tipo de anestesia ministrada. Assim sendo, o incumprimento do registo completo no SIGLIC no que concerne à equipa cirúrgica pode

levar a que o episódio não seja validado. Tal origina em primeiro lugar a análise de um médico auditor, recorrendo-se em último caso à aplicação de desconformidades.

Figura 8 - Modalidade de cirurgia



Fonte: Adaptado ARSC

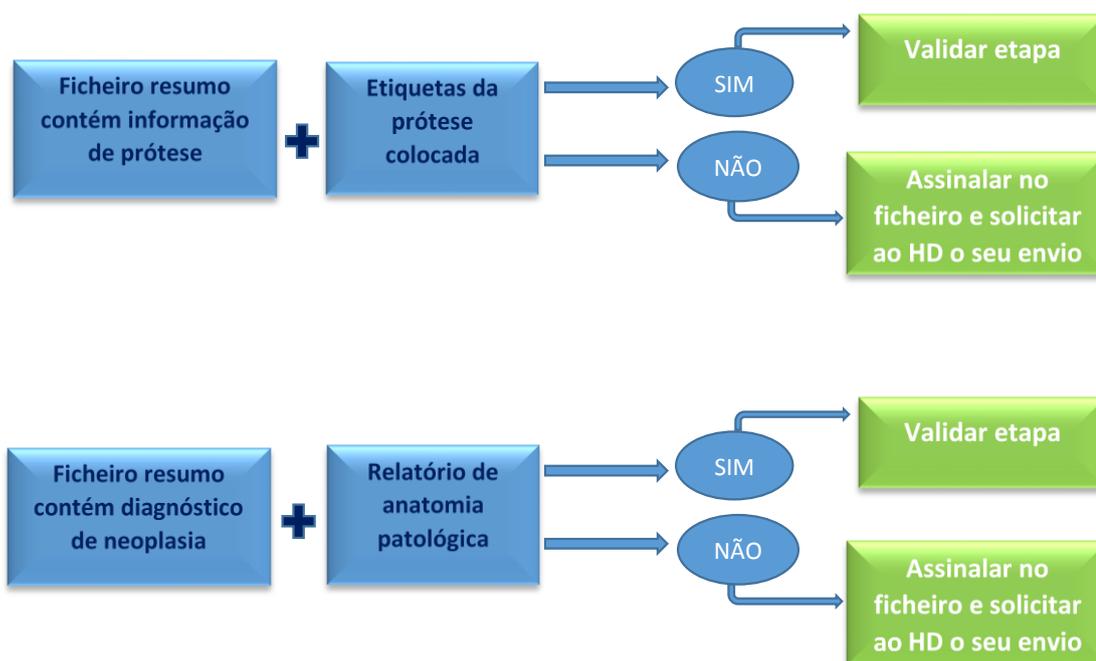
Relativamente à modalidade em que a cirurgia é realizada, designadamente em regime convencional ou ambulatório, existem duas situações possíveis como se pode observar na figura 8. A primeira refere-se à concordância entre a modalidade proposta e realizada, representado a segunda a alteração das mesmas.

Assim sendo, se o regime proposto e o valor do GDH previsional se mantiverem aquando da realização da cirurgia os dados podem ser validados.

Quando ocorre a alteração da modalidade proposta (por exemplo de convencional para ambulatório, ou de ambulatório para convencional) procede-se à verificação dos critérios sociais e clínicos de admissibilidade designadamente idade, distância entre residência e hospital, eventuais complicações cirúrgicas e suporte social ao utente, tal como previsto no

“Relatório Final – Cirurgia de Ambulatório: Um modelo de qualidade centrado no utente” elaborado em 2008, pela Comissão Nacional para o Desenvolvimento da cirurgia de Ambulatório (CNADCA) e nas regras regionais definidas pela ARSC.

Figura 9 - Colocação de próteses e diagnóstico de neoplasias

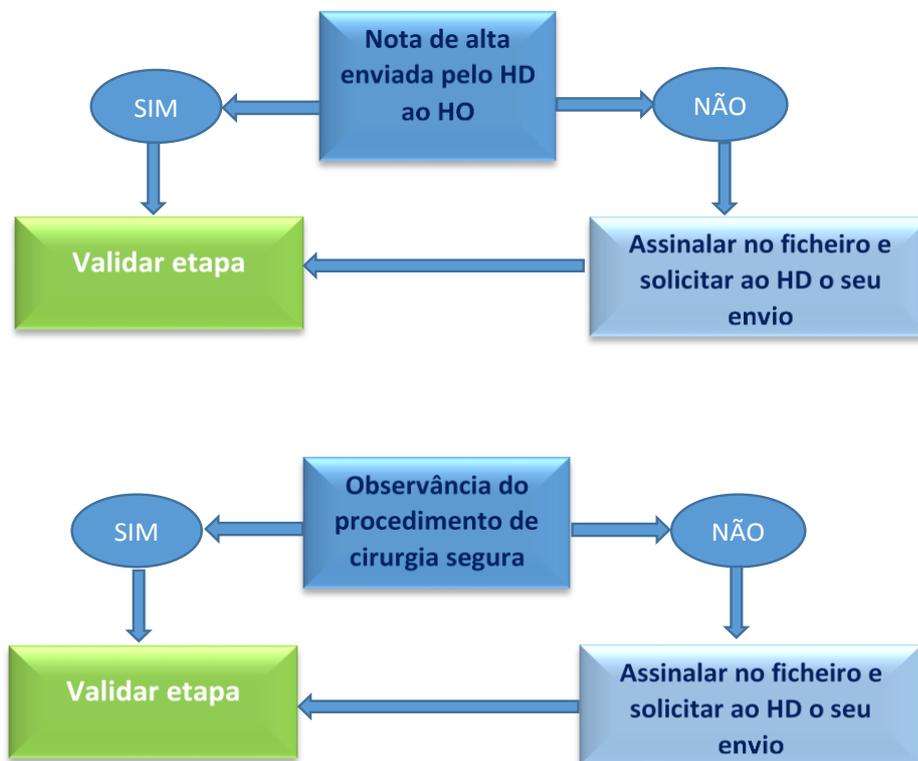


Fonte: Adaptado ARSC

O técnico responsável pela validação de faturas deve ainda, em caso de identificação de próteses ou neoplasias (Figura 9), comprovar a informação através das etiquetas relativas à prótese colocada ou relatório de anatomia patológica a fim de certificar o diagnóstico de neoplasia maligna.

Perante a falta de informação relativa a estas situações, o profissional responsável deve solicitar ao HD o envio das mesmas. Pode ainda suceder que se trate de um erro no ficheiro rececionado, devendo o técnico face ao mesmo solicitar apoio junto da Unidade de Gestão do Acesso (UGA) ou serviços informáticos de apoio ao SIGLIC para correção do valor.

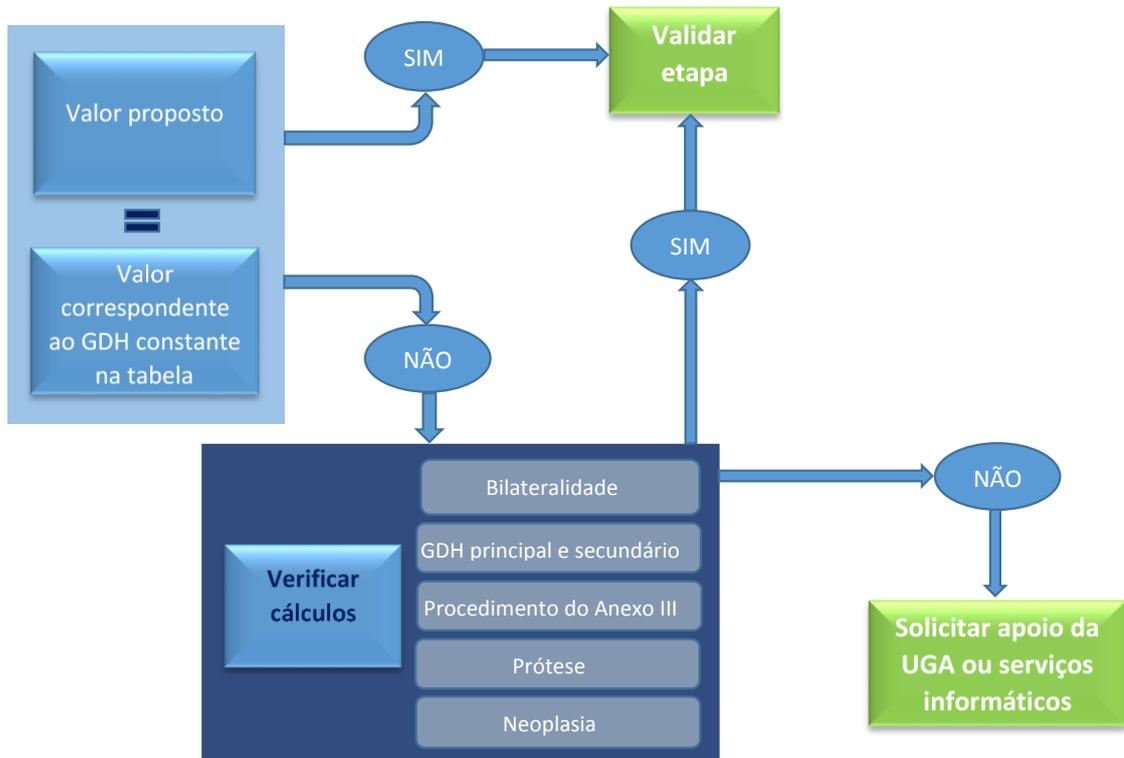
Figura 10 - Envio da nota de alta e do procedimento de cirurgia segura



Fonte: Adaptado ARSC

A nota de alta enviada ao HO e a verificação do procedimento de cirurgia segura, constituem também elementos necessários à validação, estando esta representada na figura anterior. Na falta de informação relativa a esses dados procede-se ao pedido dos mesmos ao HD. Assim que este último envia os elementos em falta, a URGA encontra-se em condições de validar os episódios de modo a poder concluir o processo.

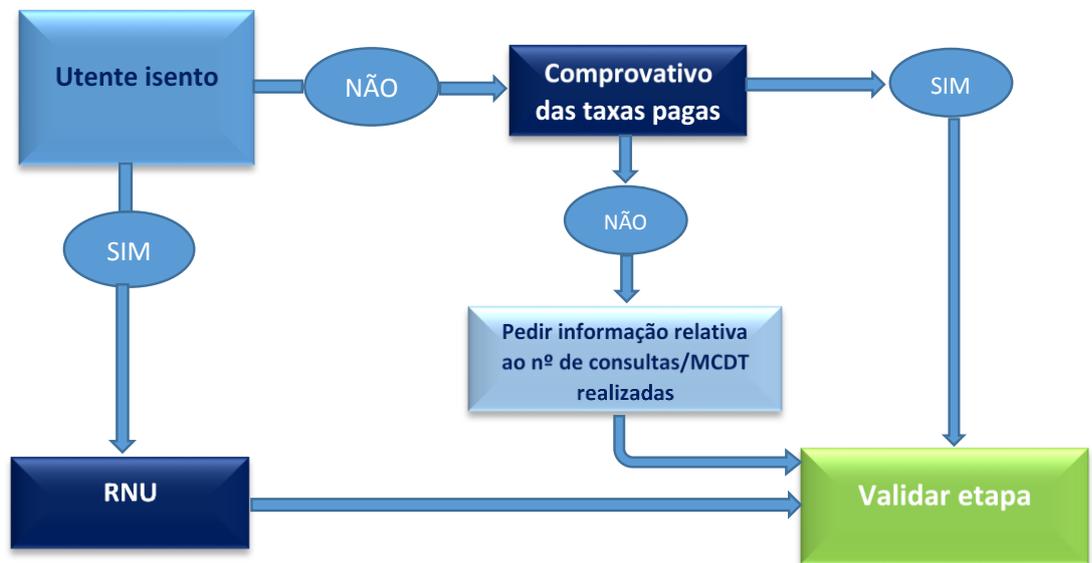
Figura 11 - Valor da Cirurgia



Fonte: Adaptado ARSC

O percurso apresentado na figura 11 corresponde àquele que o técnico da URGa deve seguir de forma a validar a etapa relativa ao valor da cirurgia. Este corresponde ao valor do GDH apresentado na tabela de preços a praticar no Anexo II da Portaria n.º 271/2012 de 4 de setembro. Se o preço apresentado não corresponder ao GDH proposto, o profissional responsável pela validação procede à verificação dos cálculos de acordo com a bilateralidade, existência de um GDH principal e um secundário, existência de um procedimento constante do Anexo III da mesma Portaria ou ainda presença de prótese ou neoplasia. Caso algum destes critérios se verifique, o valor é passível de alteração. Caso contrário, o erro tem de ser reportado à UGA ou serviços informáticos de apoio ao SIGLIC a fim de que corrijam o valor.

Figura 12 - Pagamento de taxas moderadoras



Fonte: Adaptado ARSC

Como se pode observar na figura 12, o pagamento de taxas moderadoras ou a dedução das mesmas é comprovado pelos documentos referentes às consultas e/ou Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica (MCDT) realizados que o HD envia e através do Registo Nacional de Utentes (RNU). Esta última plataforma permite aceder a informações relativas a benefícios do utente, comprovando-se assim a isenção se aplicável.

Caso o utente não beneficie de isenção de taxas moderadoras, o valor destas taxas que atempadamente já foram pagas pelo utente ao HD, é deduzido ao valor do GDH correspondente, chegando-se assim ao valor final a faturar. Caso o utente esteja isento das taxas moderadoras, o valor a faturar é o correspondente ao previsto no Anexo II da Portaria n.º 271/2012, de 4 de setembro.

Após análise e verificação de concordância entre todas as etapas acima descritas, a URGA procede à validação da faturação em blocos de episódios cirúrgicos. As instituições envolvidas tomam assim conhecimento de todas as alterações a que o ficheiro foi sujeito no decurso do processo, podendo assim haver lugar ao pagamento dos HO aos respetivos HD.

3.4 Estudo de Caso

Após a descrição do modelo de governação SIGA e do processo de gestão de inscritos para cirurgia passamos a apresentar os objetivos concretos desse estudo, assim como a metodologia utilizada e as respetivas conclusões

3.4.1 Objetivos

O presente capítulo tem como objetivo analisar o processo de controlo de qualidade dos episódios sujeitos à validação da faturação no âmbito do programa SIGIC na URGA da ARSC. Para esse efeito, foram estudadas as incongruências apresentadas por 15 entidades de saúde convencionadas.

Entende-se que o desrespeito pelas regras previstas no contrato formalizado entre os hospitais convencionados e a ARSC relativo à atividade cirúrgica no âmbito do SIGIC que resulte em desconformidades atestadas e praticadas pelos primeiros traduz-se na aplicação de penalizações como forma de sanção e consequentemente em prejuízo público. Esse prejuízo decorre entre outros, do incumprimento das normas de qualidade e das boas práticas clínicas.

O incumprimento das regras previamente estabelecidas tem efeito a nível da qualidade de vida dos cidadãos (quando por exemplo, são executadas cirurgias com recurso a equipas cirúrgicas mínimas colocando em causa a segurança do doente) e efeitos com impacto no orçamento do SNS (quando são deliberadamente criadas condições não detetadas que oneram o valor da cirurgia, tendo assim efeitos negativos numa perspetiva de contribuintes na medida em que o SNS é financiado pelos impostos dos cidadãos).

3.4.2 Metodologia

Durante o período de estágio previsto de cinco meses na ARSC, foi superiormente determinado que a minha intervenção seria afeta à análise de alguns dos episódios de faturação referentes aos anos de 2016 e 2017 que se encontravam em fase de avaliação na URGA.

Para que seja possível a passagem dos episódios da fase de avaliação à fase de pagamento dos respetivos HO aos HD os mesmos episódios são sujeitos a um escrutínio na URGA de acordo com os passos constantes nos fluxogramas apresentados nas etapas descritas nas figuras de 2 a 12, constituindo este método uma forma de controlo de qualidade implementado a nível nacional, com algumas especificidades regionais. O processo de validação da faturação encontra ainda suporte legal no Despacho n.º 24 110/2004 (2.ª Série), na Portaria n.º 45/2008 de 15 de janeiro que regulamenta o SIGIC e no MGIC de 2011.

No presente estudo foram identificadas e analisadas potenciais situações não conformes que, até à sua verificação final, não poderiam ser classificadas como tal, sendo assim designadas como anomalias ou incongruências. Assim sendo, no caso concreto, a designação atribuída às situações anormais como desconformidades apenas poderia ser aplicada após verificação da ocorrência dos factos, seguida do processo de audiência dos interessados e respetiva decisão final.

Numa primeira etapa analisaram-se as situações, sendo estas divididas em dois grupos: validadas, correspondendo estas às situações que não careciam de esclarecimentos adicionais; e não validadas, integrando este grupo as situações em que se identificou algum tipo de problema.

A segunda etapa passa pela classificação por tipo de problema das anomalias identificadas no grupo de situações não validadas, sendo assim possível avaliar onde residiam os principais problemas e qual o volume dos mesmos.

A terceira etapa refere-se à identificação dos processos que se traduziram numa desconformidade comprovada, sendo estas, de acordo com a metodologia adotada pela ARSC encaminhadas para o gabinete jurídico.

Os casos aqui referidos foram analisados com recurso a estatística descritiva e apresentados neste relatório em tabelas mostrando cálculos referentes a frequências absolutas (nº) e relativas (%).

Em virtude de salvaguarda do anonimato das entidades de saúde a que correspondem a amostra deste estudo de caso, optou-se por as catalogar e distinguir atribuindo-lhes uma letra maiúscula de A a O.

Em função dos resultados obtidos, foram pensadas estratégias de melhoria a implementar na URGA e/ou junto dos HD.

3.6 Resultados

3.6.1 Análise e interpretação dos Resultados

No que respeita ao processo de controlo de validação de episódios cirúrgicos, à data de integração na equipa da URGA, encontravam-se em fase de avaliação 2.472 episódios cirúrgicos.

Do total dos episódios, fiquei responsável por um total de 833, pertencendo estes a 15 hospitais de destino, sendo estes representadas pelas letras de A a O, para garantir o anonimato das entidades.

Durante o referido processo de controlo foram identificadas situações que cumprem todos os parâmetros do controlo de qualidade não havendo necessidade do técnico responsável pelo tratamento encaminhar o episódio para validação adicional (como a análise do médico auditor), tornando assim possível a validação da faturação numa primeira análise. Por outro lado, surgiram situações que não seguiram os procedimentos de qualidade estabelecidos, pelo que se tornou necessária a retenção das mesmas.

Os resultados do trabalho desenvolvido durante o período de estágio são apresentados de seguida.

Tabela 1 - Número de episódios cirúrgicos tratados por entidade

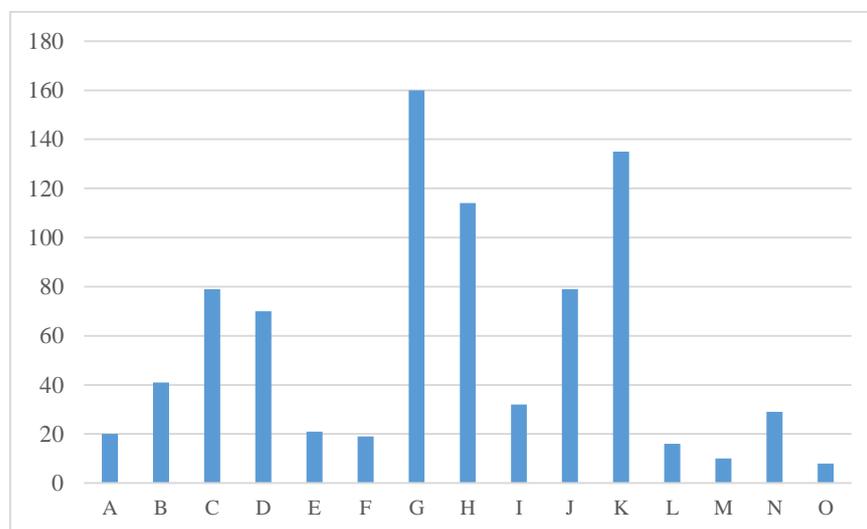
Entidade	Nº de episódios cirúrgicos	% de episódios cirúrgicos	Valor máximo potencial	% valor máximo potencial
A	20	2,4 %	53.385,72 €	3,9%
B	41	4,9 %	80.655,35 €	5,9%
C	79	9,5 %	91.088,53 €	6,7%
D	70	8,4 %	98.351,12 €	7,2%
E	21	2,5 %	29.351,43 €	2,1%
F	19	2,3 %	40.263,32 €	2,9%
G	160	19,2 %	233.429,65 €	17,1%
H	114	13,7 %	158.733,88 €	11,6%
I	32	3,8 %	36.984,87 €	2,7%
J	79	9,5 %	123.373,31 €	9,0%
K	135	16,2 %	301.421,53 €	22,1%
L	16	1,9 %	32.652,71 €	2,4%
M	10	1,2 %	25.609,24 €	1,9%
N	29	3,5 %	40.303,52 €	3,0%
O	8	1,0 %	20.470,12 €	1,5%
Total	833	100%	1.366.114,30 €	100,0%

A tabela 1 apresenta o número total de casos que foram tratados, distribuídos pelas 15 entidades através de frequências absolutas e relativas.

A mesma tabela apresenta ainda o valor máximo potencial a faturar, correspondendo este ao valor máximo que o total de episódios tratados por entidade pode atingir caso não se verifiquem situações anormais que prevejam a aplicação de penalizações.

De acordo com os valores apresentados é possível verificar que as entidades K, G e H representam mais de 50% do valor máximo potencial. Analisando os hospitais em questão, verifica-se que a entidade K num total de 135 episódios pode atingir um valor máximo de 301.421,53€, a entidade G pode chegar a um total de 233.429,65€ (160 episódios) e o hospital H com 114 cirurgias pode atingir os 158.733,88€.

Gráfico 1 - Número de episódios cirúrgicos tratados por entidade



No gráfico 1 está representada a distribuição de casos tratados por entidade referida na tabela 1, e, tal como se pode observar existem entidades que apresentam um número maior de episódios – como as entidades G (160 episódios), K (135 episódios) e H (114 episódios) - em relação a outras – nomeadamente as entidades O (8 episódios), M (10 episódios) e L (16 episódios).

Tal como referido anteriormente, durante o processo de controlo na fase de avaliação dos episódios, não só se identificou o número de casos validados à primeira – episódios em que se verifica o cumprimento de todas as regras estabelecidas -, como os casos que apresentavam discrepâncias em diferentes etapas do processo. Após análise e distinção entre os primeiros e os segundos foi possível observar que foram assinalados por apresentarem algum tipo de anomalia 296 casos constituindo estes 35,5% do total de episódios tratados como se pode observar no gráfico 2.

Gráfico 2 - Distribuição de episódios cirúrgicos analisados por validação



No presente estudo, as incongruências apuradas foram classificadas por tipo de problema, de forma a verificar quais os principais e onde ocorreram com maior frequência.

Apresentam-se, de seguida, a descrição sumária das anomalias identificadas no quadro 1 e posteriormente os resultados obtidos relativamente aos problemas identificados por entidade.

Quadro 1 – Classificação das anomalias identificadas

Tipo de problema	Anomalia
Identificação do HO	HO identificado não correspondente com o SIGLIC
Nº do VC	Número do VC não correspondente com o SIGLIC
Nome do utente	Nome do utente não correspondente ao utente intervencionado
Nº da LIC	Número da LIC identificado não correspondente com o SIGLIC
GDH	GDH proposto diferente do realizado
Procedimento	Procedimento proposto diferente do realizado
Bilateralidade	Lateralidade proposta diferente da realizada
Equipa cirúrgica	Equipa cirúrgica constituída por menos de 4 elementos de categorias distintas ou não conforme com o nº previsto em função da cirurgia
Modalidade de cirurgia	Modalidade proposta diferente da realizada
Colocação de prótese	Identificação de prótese não comprovada pela etiqueta da prótese colocada
Diagnóstico de neoplasia	Diagnóstico de neoplasia não confirmado pelo relatório de anatomia patológica
Envio de nota de alta	Nota de alta não enviada pelo HD ao HO
Cirurgia segura	Não observância de comprovativo do procedimento de cirurgia segura
Valor da cirurgia	Valor da cirurgia proposto diferente do realizado
Pagamento de taxa moderadora	Utente isento pagou taxa moderadora ou utente não isento não pagou taxa moderadora

Tendo em conta os casos assinalados por apresentarem algum tipo de problema, verificou-se que não foram detetadas anomalias nas fases de identificação do HO, número do VC e nome do utente, figurando na tabela 2 as restantes incongruências identificadas.

Tabela 2 – Anomalias identificadas por entidade

Entidade	Nº LIC	GDH	Procedimento	Bilateralidade	Equipa cirúrgica	Modalidade	Prótese	Neoplasia	Nota de alta	Cirurgia Segura	Valor da cirurgia	Taxa moderadora
A	1 (11,1%)	2 (22,2%)	5 (55,6%)	1 (11,1%)								
B		3 (27,3%)	2 (18,2%)				2 (18,2%)			1 (9,1%)	2 (18,2%)	1 (9,1%)
C		12 (50,0%)	8 (33,3%)			3 (12,5%)					1 (4,2%)	
D		1 (7,7%)	2 (15,4%)	2 (15,4%)	2 (15,4%)				2 (15,4%)	4 (30,8%)		
E		9 (50,0%)	2 (11,1%)		2 (11,1%)	1 (5,6%)	1 (5,6%)					3 (16,7%)
F		1 (33,3%)	1 (33,3%)			1 (33,3%)						
G		19 (22,6%)	18 (21,4%)	2 (2,4%)	23 (27,4%)	2 (2,4%)			1 (1,2%)	15 (17,9%)	2 (2,4%)	2 (2,4%)
H		10 (33,3%)	17 (56,7%)	2 (6,7%)	1 (3,3%)							
I		1 (10,0%)		1 (10,0%)		1 (10,0%)		1 (10,0%)	1 (10,0%)	1 (10,0%)	4 (40,0%)	
J		11 (28,9%)	18 (47,4%)	4 (10,5%)				1 (2,6%)		1 (2,6%)		3 (7,9%)
K		5 (7,6%)		6 (9,1%)	28 (42,4%)	8 (12,1%)	3 (4,5%)	2 (3,0%)				14 (21,2%)
L					2 (66,7%)			1 (33,3%)				
M		1 (12,5%)	1 (12,5%)		5 (62,5%)					1 (12,5%)		
N		19 (35,2%)			1 (1,9%)					26 (48,1%)		8 (14,8%)
O		1 (11,1%)	1 (11,1%)		6 (66,7%)	1 (11,1%)						

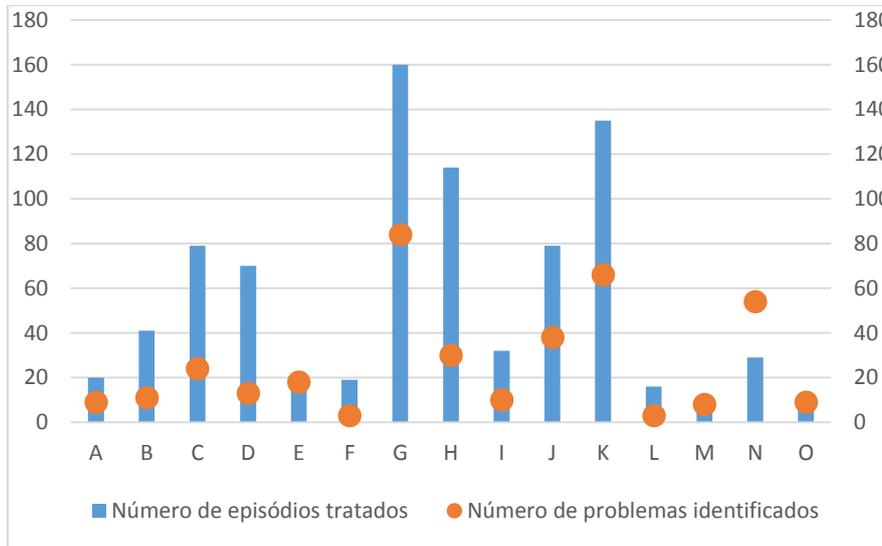
A tabela 3 apresenta o total de problemas identificados por entidade acompanhados da respectiva frequência relativa. Analisando o total de anomalias identificadas (380), é possível concluir que estas são superiores face ao número de casos assinalados (296). Deste modo, verifica-se que na fase de validação subjacente ao processo de controlo, existiram episódios que apresentaram mais do que um tipo de problema.

Tabela 3 - Total de anomalias das entidades

Entidade	Total de problemas por entidade	%
A	9	2,4%
B	11	2,9%
C	24	6,3%
D	13	3,4%
E	18	4,7%
F	3	0,8%
G	84	22,1%
H	30	7,9%
I	10	2,6%
J	38	10,0%
K	66	17,4%
L	3	0,8%
M	8	2,1%
N	54	14,2%
O	9	2,4%
Total de problemas	380	100,0%

Pela observância dos dados apresentados na tabela 3, é possível concluir que existem três entidades que revelam uma maior dificuldade relativamente ao cumprimento das fases do processo de validação. As entidades G, K e N representam no seu conjunto mais de metade (53,7%) dos problemas identificados, correspondendo assim a um total de 204 anomalias.

Gráfico 3 - Relação entre o nº de episódios cirúrgicos tratados e problemas detetados



Como se pode constatar pela observação do gráfico 3, que compara o número de episódios tratados com os problemas identificados em cada uma das entidades, verifica-se que as entidades G e K apresentam 84 e 66 problemas totais, perante um total de episódios de 160 e 135 respetivamente. No entanto, na entidade H, que apresenta um total de episódios igual a 114 apenas foram identificadas 30 incongruências. Contrariamente a esta última, existe um hospital que se destaca pela negativa, o hospital N. Neste, o número de problemas detetados (54) é superior aos episódios analisados (29).

Tabela 4 - Peso de anomalias no total de problemas assinalados

Problema	N	%
Nº LIC	1	0,3%
GDH	95	25,0%
Procedimento	75	19,7%
Bilateralidade	18	4,7%
Equipa cirúrgica	70	18,4%
Modalidade	17	4,5%
Prótese	6	1,6%
Neoplasia	5	1,3%
Nota de alta	4	1,1%
Cirurgia segura	49	12,9%
Valor da cirurgia	9	2,4%
Taxa moderadora	31	8,2%
Total de problemas	380	100 %

A tabela 4 apresenta o número total de problemas, acompanhado da respetiva frequência relativa.

De acordo com o exposto, verifica-se que a situação mais problemática se relaciona com as diferenças entre o GDH constante da proposta cirúrgica e o realizado no momento da cirurgia, existindo 95 anomalias desse tipo correspondendo assim a 25% do total de problemas identificados.

As incongruências relacionadas com os procedimentos propostos para cirurgia e os que são efetivamente realizados também representam uma parte significativa dos problemas detetados correspondendo a 19,7% dos mesmos.

A categoria “equipa cirúrgica” regista 70 anomalias, representando estas cerca de 18,4% do total de problemas detetados.

Tabela 5 - Desconformidades identificadas por entidade

Entidade	Desconformidades	Desconformidades com decisão final	Desconformidades em análise
A	0		
B	0		
C	2	0	2
D	1	1	0
E	3	2	1
F	0		
G	0		
H	2	0	2
I	0		
J	1	1	
K	0		
L	2	1	1
M	0		
N	0		
O	0		
Total	11	5	6

Identificados os problemas e após sujeição a análise de um médico auditor verificou-se que os mesmos constituíam desconformidades para com o regulamento do SIGIC. Tal como referido anteriormente, o Despacho n.º 24 110/2004 (2ª série), de 23 de novembro, prevê a aplicação de penalizações de 10% e 50% de acordo com a gravidade da infração cometida.

A tabela 5 identifica as desconformidades por entidade, sendo ainda explicitadas as situações que se encontram finalizadas (desconformidades com decisão final) e as que se encontram em análise (desconformidades a aguardar resposta).

De acordo com os dados apresentados é possível verificar que, no total de casos por mim analisados, foram identificadas 11 desconformidades que seguiram para o gabinete jurídico de forma a desencadear o procedimento legal para aplicação de penalização tal como referido anteriormente.

O gabinete jurídico contactou com as respetivas instituições de forma a dar oportunidade para que estas esclarecessem ou justificassem as anomalias encontradas, havendo ainda nesta fase a hipótese de anular a aplicação de penalização dos processos.

Terminada a fase de audiência prévia, foi possível aceder à decisão final que determinou as penalizações a ser aplicadas.

Da análise da tabela 5 é possível concluir que o hospital que apresentou mais dificuldade em cumprir as regras estabelecidas sendo assim alvo de penalizações, foi a entidade E com três desconformidades num total de 21 episódios analisados. A esta entidade seguem-se os hospitais C, H e L que apresentam duas desconformidades num total de 79, 114, e 16 episódios respetivamente.

No entanto é possível ter uma imagem positiva da maioria de entidades analisadas – nomeadamente as entidades A, B, F, G, I, K, M, N e O - que embora apresentassem problemas não foram alvo de desconformidades e consequentemente de penalizações.

3.7 Discussão dos Resultados

Fazendo uma análise ao número de episódios tratados por entidade comparativamente com o número de problemas identificados, seria expectável que existisse uma relação diretamente proporcional entre ambas as variáveis, em que a um número maior de episódios tratados correspondesse um número maior de problemas identificados. No entanto, tal como se pôde constatar anteriormente essa relação nem sempre se verificou.

Tendo em conta o número e a classificação dos problemas identificados por entidade, foi possível apurar que as situações mais anormais se relacionaram com alterações de GDH e procedimentos, seguindo-se a estas a problemática respeitante à constituição das equipas médicas intervenientes nos atos cirúrgicos.

A ocorrência de anomalias relacionadas com os GDH e procedimentos pode suceder pelo desconhecimento das regras do SIGIC, uma vez que as entidades privadas integradas no leque de convencionados do SNS podem não apostar na formação dos técnicos responsáveis.

Além da falta de investimento em formação, também a rotatividade existente entre colaboradores pode levar a que o conhecimento se dissipe, dando assim azo ao incumprimento das regras estabelecidas.

No que concerne à problemática da equipa cirúrgica, pode suceder que, por vezes, as tentativas de redução de custos conduzam a uma visão minimalista da constituição das equipas cirúrgicas, podendo conduzir a eventuais violações das regras do MGIC.

Apesar de não ser conhecido o peso que a atividade cirúrgica ao abrigo do programa SIGIC representa nos proveitos das entidades convencionadas, é possível intuir que deve ser significativo na medida em que o não pagamento atempado das faturas às respetivas entidades originou diversas comunicações a reportar os constrangimentos financeiros sentidos e o impacto na faturação das entidades.

Deste modo, o desrespeito e o incumprimento pelas regras que estabelecem o âmbito de atuação do SIGIC podem originar, em última análise, a exclusão de convenções com o SNS, conduzindo assim a uma situação financeira eventualmente complicada das entidades relacionada com a diminuição da atividade cirúrgica.

Como aspeto positivo pode salientar-se o facto de, no geral, as entidades que se encontram no âmbito de atuação da ARSC cumprirem os critérios estabelecidos, residindo assim os problemas em entidades específicas. Deste modo, torna-se possível uma simplificação no que respeita ao processo de controlo da qualidade.

Face aos problemas encontrados e dada a concentração dos mesmos em determinadas entidades, é possível que a atuação da URGa seja facilitada, uma vez que pode proceder-se à convocatória de reuniões de forma a encontrar e implementar soluções para os problemas verificados.

Analisando os problemas encontrados, para que seja possível melhorar o controlo ao nível da faturação e se promova a qualidade do respetivo procedimento apresentam-se agora algumas sugestões.

Uma das alterações propostas é a sensibilização da UGA no sentido de promover cursos formativos a nível nacional no âmbito do SIGLIC e das regras do MGIC, para que ocorra uma diminuição dos problemas relacionados com a falta de conhecimento das regras e parâmetros estabelecidos.

Uma outra sugestão passa pelo incremento de contactos regulares (via telefone e/ou e-mail) entre a unidade regional (URGA) e as entidades. Deste modo, torna-se possível a comunicação de problemas e o esclarecimento de dúvidas de forma mais imediata, potenciando assim a agilização do processo.

Tal como referido anteriormente no que concerne à convocatória de reuniões, uma outra proposta seria que estas, em vez de ocorrerem de forma pontual, passariam a ser de carácter regular e, nesse caso, seria necessário aumentar os recursos humanos da URGA.

É ainda necessária a melhoria da comunicação entre o Helpdesk do SIGLIC e entidades, UGA e entidades, bem como entre UGA e URGA de forma a resolver situações mais complicadas que possam ocorrer.

Para além das propostas apresentadas, pode ainda sugerir-se a implementação de um relatório/dashboard elaborado pela URGA de forma periódica, relatando esta aos hospitais as situações mais frequentes neles ocorridas.

A comunicação do diagnóstico de situação de cada entidade e a tomada de conhecimento do seu processamento face a outras contribuirá para a resolução progressiva das situações mais problemáticas e para a melhoria contínua do processo de controlo de qualidade.

Capítulo 4 – Conclusão

4.1 Introdução

Atualmente, a qualidade nos diversos serviços constitui uma maior exigência por parte dos utentes. Dadas as contribuições pagas por meio de impostos, a sociedade revela uma maior preocupação com os serviços de que carece, fazendo valer a sua vontade em receber serviços de qualidade. O setor da saúde, não é exceção. Se, para a sociedade importa receber serviços que respondam com qualidade às suas necessidades, no que respeita à saúde, a tendência é a de ambicionar, cada vez mais, a obtenção de serviços de saúde prestados com qualidade.

Nesse sentido, as listas de espera surgem como fator negativo na prossecução da prestação de serviços de saúde de qualidade. O modelo de governação SIGA, com a sua pretensão de alterar a configuração da espera em saúde, permite ao utente a escolha por outra entidade que se proponha a satisfazer as suas necessidades em saúde e em tempo útil. Para que este modelo possa cumprir a sua missão, é necessário o estabelecimento e cumprimento de certas normas pelas entidades do setor privado e social que contratam com o SNS.

4.2 Conclusões Gerais

O presente estudo tinha como finalidade analisar o processo de controlo da qualidade ao nível da gestão de inscritos para cirurgia em termos de faturação. Nesse sentido, no âmbito do programa SIGIC, procedeu-se à análise dos episódios cirúrgicos sujeitos à validação da faturação na URGA integrada no DPC da ARSC.

No âmbito do estágio realizado, o presente estudo permitiu a análise detalhada do tipo de problemas ocorridos a nível da faturação em diversas entidades prestadoras de cuidados de saúde, do setor privado e social.

Ao longo do período de permanência na URGA da ARSC foi possível o contacto direto com a Administração Pública, que, no caso concreto, permitiu a identificação das

situações mais problemáticas ao nível do controlo de qualidade do processo de faturação desenvolvido na respetiva unidade.

No decorrer do processo de validação da faturação procedeu-se à análise de forma mais aprofundada das incongruências encontradas. Mais concretamente, avaliou-se a frequência com que ocorreram situações irregulares bem como a respetiva associação a diferentes hospitais.

Numa outra fase, observou-se ainda o número de processos dirigidos para o Gabinete Jurídico da ARSC que originaram desconformidades suscetíveis de penalização.

Do incumprimento das normas de qualidade e das boas práticas clínicas advêm situações com impacto na qualidade de vida dos cidadãos, na medida em que comprometem a segurança dos utentes (por exemplo perante a constituição da equipa médica) bem como no SNS, que, sendo financiado pelos impostos dos cidadãos não deve ver o valor previsto para cirurgias ser alterado sem justificação (por exemplo casos de alteração de GDH ou procedimento em função do valor).

Analisadas as diferentes situações, foi possível pensar em estratégias de melhoria a implementar para que possam ser colmatadas lacunas processuais existentes, evitando-se assim que sucedam no futuro. Tal como referido anteriormente, essas estratégias passam pela promoção de cursos formativos no âmbito do SIGLIC e MGIC, pelo fomento de contactos regulares entre a URGA e as entidades bem como pela melhoria de comunicação, a convocatória de reuniões de forma regular, e por último, pela implementação de um relatório periódico que reporte a cada hospital as situações ocorridas de forma mais frequente em cada um.

Deste modo, as soluções pensadas e apresentadas à URGA poderão contribuir para uma melhoria da qualidade nos processos de validação da faturação e, simultaneamente, contribuir para uma redução do número de casos não conformes encontrados.

4.3 Implicações para a Administração e Gestão Pública

As instituições prestadoras de cuidados de saúde devem constituir um meio de alcance da melhoria da qualidade de vida dos utentes. Neste sentido, é importante que se consigam alcançar elevados níveis de qualidade dentro das entidades de saúde.

O processo de gestão do acesso deve, tal como o próprio nome indica, caracterizar-se pela facilidade em termos de acessibilidade proporcionada aos utentes. No entanto, o mau aproveitamento deste recurso pode causar constrangimentos ao nível da saúde dos utentes na medida em que a extinção pelo incumprimento de normas estabelecidas pode determinar o término dos contratos celebrados. Assim, os contratos anteriormente celebrados com o intuito de facilitar e agilizar o processo de acesso a tratamentos pela via cirúrgica podem, com a sua extinção, ditar o fim de um processo com vista a atingir a melhoria do bem-estar das populações.

A análise das incongruências resultantes do incumprimento de normas previamente estabelecidas permite assim que a gestão possa atuar de forma preventiva para que se possam evitar anomalias como as que sucederam anteriormente, e de forma corretiva fazendo uso do seu poder de penalização face ao desrespeito pelas normas verificado.

Nesse sentido, através desta ótica de controlo de qualidade, torna-se possível atingir níveis de qualidade elevados para as organizações de saúde, com a diminuição dos erros cometidos, evitando assim as penalizações instauradas por instâncias superiores bem como os erros a nível clínico que resultam em reclamações por parte dos utentes.

Por outro lado, também se verificam benefícios para os utentes na medida em que passam a ter a possibilidade de usufruir de serviços de saúde com qualidade, regulamentado ao nível do acesso que permite que não exista uma disfunção entre as necessidades dos cidadãos e a oferta de serviços de saúde. Para além do já referido relativamente às melhorias para os utentes, estes últimos, passam ter o sentimento de que as contribuições por eles pagas ao SNS correspondem ao serviço de saúde que lhes deve ser prestado.

Deste modo, recomenda-se a monitorização permanente do processo de gestão de inscritos para cirurgia, de modo a garantir formas de correção em tempo útil e evitando situações de penalizantes para o utente, para os prestadores do serviço e para o SNS.

4.4 Limitações e recomendações para futuros trabalhos

O presente relatório pretendeu analisar o processo de controlo de qualidade ao nível da faturação no âmbito do programa de inscritos para cirurgia (SIGIC). Esta análise tinha como objetivo perceber quais as entidades mais incumpridoras e qual a frequência dos problemas ocorridos. Nesse sentido, em função dos resultados obtidos, seria possível atuar de forma preventiva nas principais desconformidades e colmatar as principais lacunas, melhorando assim a qualidade do processo e conseqüentemente dos serviços de saúde prestados ao utente.

Não obstante os resultados encontrados neste estudo, há um conjunto de limitações que importa enumerar.

Em primeiro lugar, a duração do período de estágio. Dentro do total de casos que se encontravam para validação na URGA, o número de episódios tratados foi reduzido pelo que não foi possível proceder à análise de uma amostra maior que originasse resultados/conclusões passíveis de serem generalizados (as).

Por outro lado, dado o universo de episódios em fase de avaliação, durante o período de estágio, não foi possível tratar o mesmo número de casos por cada uma das entidades de saúde convencionadas, pelo que não se tornou possível a aferição de uma relação proporcional entre os episódios cirúrgicos de cada hospital.

Nesse sentido, para a elaboração de futuros trabalhos, recomenda-se a utilização de uma amostra maior de episódios cirúrgicos, para que os resultados possam ser mais significativos, bem como o estudo do mesmo número de episódios cirúrgicos de cada entidade com vista à obtenção de resultados passíveis de comparação e, eventualmente futura atuação por parte da ARSC.

Bibliografia

António, N. S.; Teixeira, A.; Rosa, A. (2016) *Gestão da Qualidade: De Deming ao modelo de excelência da EFQM*. (2ª ed.) Lisboa: Sílabo.

Bank, John (1998) *Qualidade Total – Manual de Gestão*. (2ª ed.) Mem Martins: Cetop.

Campos, A. C. d. (2008) *Reformas da Saúde: O fio condutor*. Coimbra: Almedina.

Carvalho, M. S. M. V., & Tonet, H. C. (1994) Qualidade na Administração Pública. *Revista de Administração Pública*. 28(2), 137-152. Disponível: <http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rap/article/view/8481/7224> [acedido em 25 de junho de 2018].

CNDCA (2008) *Relatório Final: Cirurgia de ambulatório: Um modelo de qualidade centrado no utente*. Lisboa: Ministério da Saúde. Disponível: http://www.apca.com.pt/documentos/relatorio_final_CNADCA_20Out08.pdf [acedido em 22 de fevereiro de 2018].

Cunha, M. P. (2002) *Introdução à Qualidade de Serviço: a perspectiva da Gestão de Recursos Humanos*. (1ª ed.) Lisboa: Ispa Edições.

Dale, B. & Cooper, C. (1995) *Qualidade Total e Recursos Humanos: um guia para executivos*. Lisboa: Presença.

IOM (2001) *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*. Washington, D.C: National Academy Press. Disponível: <https://doi.org/10.17226/10027> [acedido em 28 de junho de 2018].

Juran, J. M. & Godfrey, A. B. (1998) *Juran's Quality Handbook* (5th ed.) McGraw-Hill
Disponível:
<https://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/38161019/juran.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAIWOWYYGZ2Y53UL3A&Expires=1531357876&Signature=1zP%2FVMTQsuJj8yxd2%2FIUlcilLhQ%3D&response-content-disposition=inline%3B%20filename%3DJuran.pdf> [acedido em 17 de março de 2018].

Mendes, V. M. P. (2012). *Qualidade no Serviço Nacional de Saúde: Evolução recente e perspectivas futuras*. Tese de Mestrado em Gestão da Saúde. Universidade Nova de Lisboa. Disponível: <http://hdl.handle.net/10362/9400> [acedido em 5 de junho de 2018].

MGIC (2011) *Manual de Gestão de Inscritos para Cirurgia*. Disponível: <http://www.acss.min-saude.pt/2016/12/14/sistema-integrado-de-gestao-de-inscritos-para-cirurgia-sigic/> [acedido em 2 de fevereiro de 2018].

Misoczky, M. C. & Vieira, M. M. F. (2001) Desempenho e qualidade no campo das organizações públicas: uma reflexão sobre significados. *Revista da Administração Pública*. 35(5), 163-167. Disponível: <http://app.ebape.fgv.br/comum/arq/Misoczky.PDF> [acedido em 25 de junho de 2018].

Novaes, C., Lasso, S. & Mainardes, E. W. (2015) Percepções de Qualidade no Serviço Público. *Revista Pensamento Contemporâneo em Administração*. 9(1), 107-123. Disponível: <http://dx.doi.org/10.12712/rpca.v9i1.498> [acedido em 19 de junho de 2018].

OCDE (2017) *Health at a Glance 2017: OECD Indicators*. Paris: OECD Publishing. Disponível: http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2017-en [acedido em 21 de fevereiro de 2018].

OPSS (2016) *Saúde: Procuram-se Novos Caminhos. Relatório de Primavera*. OPSS: Lisboa. Disponível: http://opss.pt/wp-content/uploads/2018/06/Relatorio_Primavera_2016_1.pdf [acedido em 22 de junho de 2018].

OPSS (2018) *Meio Caminho Andado. Relatório de Primavera*. OPSS: Lisboa. Disponível: <http://opss.pt/wp-content/uploads/2018/06/relatorio-primavera-2018.pdf> [acedido em 29 de junho de 2018].

Parasuraman, A., Zeithaml, V. A. & Berry, L. L. (1985) A Conceptual Model of Service Quality and Its Implications for Future Research. *Journal of Marketing*. 49(4), 41-50.

Parasuraman, A., Zeithaml, V. A. & Berry, L. L. (1998) SERVQUAL: A Multiple-Item Scale for Measuring Consumer Perceptions of Service Quality. *Journal of Retailing*. 64(1), 12-40.

Pinto, F. (2009) *Balanced Scorecard – Alinhar Mudança, Estratégia e Performance nos Serviços Públicos*. (1ª ed.) Lisboa: Sílabo.

Pinto, Sofia S. (2003) *Gestão dos Serviços – A Avaliação da Qualidade*. Lisboa: Verbo.

Schneider, B., & Bowen, D. E. (1992). Personnel/ human resources management in the service sector. In G. Ferris & K. Rowland (Eds.), *Research in Personnel and Human Resources Management*, 10 (pp: 1-30). Greenwich: JAI Press.

Silva, M. G. d. (2013) *Gestão da Qualidade em Cuidados de Saúde*. (1ª ed.) Lisboa: Monitor.

Diplomas Legais:

Circular Normativa n.º 12/2016/ DPS – UGA/ACSS, de 1 de maio

Decreto-Lei n.º 44/2017, de 20 de abril

Despacho n.º 24 110/2004 (2ª série), de 23 de novembro

Portaria n.º 147/2017, de 27 de abril

Portaria n.º 164/2012, de 22 de maio

Portaria n.º 271/2012, de 4 de setembro

Portaria n.º 45/2008, de 15 de janeiro