

• U • C •

FEUC

FACULDADE DE ECONOMIA  
UNIVERSIDADE DE COIMBRA

Diana Catarina Oliveira Domingues

# **A CONTRATUALIZAÇÃO COMO UM PROCESSO DE MELHORIA DO DESEMPENHO DAS INSTITUIÇÕES DE SAÚDE**

- O CASO DAS UNIDADES HOSPITALARES DA REGIÃO CENTRO

Relatório de Estágio apresentado à Faculdade de Economia Universidade de  
Coimbra para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em  
Gestão

Orientador: Prof. Doutora Patrícia Moura e Sá

Coimbra, fevereiro de 2018



## **AGRADECIMENTOS**

Aproveito este momento para deixar o meu profundo agradecimento a todas as pessoas que contribuíram para a realização do presente Relatório de Estágio, que se traduz no momento de conclusão de mestrado, o fim de uma grande etapa.

Começo por agradecer ao Dr.º Maurício Alexandre, pela disponibilidade e pela oportunidade que me concedeu de estagiar junto de uma equipa fantástica de profissionais, à qual expresso também a minha gratidão pelo tempo que dispuseram para me ajudar.

À minha supervisora de estágio, Dr.ª Catarina Meneses, deixo o meu sincero muito obrigado pelo apoio e pela confiança que depositou em mim desde o primeiro dia.

Agradeço à minha orientadora, Professora Dr.ª Patrícia Moura e Sá, pela orientação e cedência de conhecimento fundamental na elaboração deste relatório.

Termino com um agradecimento especial aos meus pais, irmã e namorado por serem modelos de coragem e determinação, e pelo seu apoio incondicional neste longo percurso.

## RESUMO

No âmbito do Mestrado em Gestão da Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra, apresenta-se o exposto Relatório de Estágio que tem por base as tarefas realizadas e o conhecimento adquirido durante o estágio curricular. O mesmo decorreu no Departamento de Planeamento e Contratualização da Administração Regional de Saúde do Centro, I.P., especificamente na Área Funcional dos Cuidados de Saúde Hospitalares e teve início a 4 de setembro de 2017, com conclusão a 25 de janeiro de 2018.

O presente relatório foca-se na abordagem da temática da contratualização nos Cuidados de Saúde Hospitalares no âmbito do Serviço Nacional de Saúde e tem como objetivo primordial a reflexão relativamente à contribuição da contratualização para o desempenho das instituições hospitalares, aferida em termos de metas contratualizadas e resultados obtidos em indicadores de desempenho.

Os resultados alcançados evidenciam existir, em determinados indicadores, relações entre os valores contratualizados para as metas e os resultados obtidos pelas instituições analisadas. Estas relações são comprovadas pela evolução no mesmo sentido das variáveis em causa, ou seja, o aumento do grau de exigência das metas traduz-se em melhorias graduais no desempenho das instituições hospitalares, e vice-versa.

Apesar das evoluções registadas no desempenho das instituições nos indicadores analisados não se apresentarem como significativas, é possível verificar que a contratualização constitui um meio de melhorar e incentivar a eficiência e eficácia dos serviços prestados em cuidados de saúde, alertando e consciencializando as instituições para áreas prioritárias, através do estabelecimento de níveis de desempenho acordados em Contrato-Programa, e expondo a importância do acompanhamento e avaliação dos resultados.

Palavras-chave: Contratualização; Cuidados de Saúde Hospitalares; Indicadores; Desempenho

## **ABSTRACT**

In the scope of the Master's Degree in Management from the Faculty of Economics of the University of Coimbra, the presented report is based on the tasks performed and the knowledge acquired during the curricular internship. The same occurred in the Planning and Contractual Department of the Regional Health Administration of the Center, specifically in the Hospital Health Care Functional Area, and began on September 4, 2017, with completion on January 25, 2018.

This report focuses on the subject of contractualisation in Hospital Health Care within the framework of the National Health Service and has as its main objective the reflection on the contribution of contractualisation in the performance of hospital institutions, measured in terms of contracted goals and results obtained in performance indicators.

The results obtained show that, in certain indicators, there are relationships between the contractualized values for the goals and the results obtained by the analyzed institutions. These relationships are evidenced by the evolution in the same direction of the variables in question, that is, the increase in the degree of requirement of the goals translates gradual improvements in the performance of the hospital institutions, and vice versa.

Although the performance of institutions in the analyzed indicators does not appear to be significant, it is possible to verify that contractualisation is a means to improving and encouraging the efficiency and effectiveness of health care services, by alerting and raising awareness of the institutions for priority areas, through the establishment of performance levels agreed in the Program Contract, and highlighting the importance of monitoring and evaluating the results.

Keywords: Contractualisation; Hospital Health Care; Indicators; Performance

## **LISTA DE ABREVIATURAS**

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, I.P.

CEE - Comunidade Económica Europeia

CH – Centro Hospitalar

CHBV - Centro Hospitalar do Baixo Vouga, EPE

CHCB - Centro Hospitalar Cova da Beira, EPE

CHL - Centro Hospitalar de Leiria, EPE

CHT - Centro Hospitalar Tondela-Viseu, EPE

CHUC - Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE

CP – Contrato-Programa

CSH – Cuidados de Saúde Hospitalares

DPC – Departamento de Planeamento e Contratualização

EBITDA – *Earnings Before Interest, Taxes, Depreciation and Amortization*

EPE – Entidade Pública Empresarial

ERS – Entidade Reguladora da Saúde

NGP – Nova Gestão Pública

OCDE – Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

OPSS – Observatório Português dos Sistemas de Saúde

PIB – Produto Interno Bruto

PPP – Parcerias Público-Privadas

SA - Sociedades Anónimas

SICA - Sistema de Informação para a Contratualização e Acompanhamento

SNS – Serviço Nacional de Saúde

ULS – Unidade Local de Saúde

## **LISTA DE FIGURAS**

Figura 1: *Templates* para o desenvolvimento de indicadores de desempenho “úteis”

Figura 2: Organograma da ARS Centro, I.P.

## **LISTA DE GRÁFICOS**

Gráfico 1: Evolução dos resultados obtidos pelos CH no indicador 1

Gráfico 2: Evolução dos resultados obtidos pelos CH no indicador 2

Gráfico 3: Evolução dos resultados obtidos pelos CH no indicador 3

Gráfico 4: Evolução dos resultados obtidos pelos CH no indicador 4

## **LISTA DE TABELAS**

Tabela 1: Dados relativos ao indicador 1 para cada CH

Tabela 2: Dados relativos ao indicador 2 para cada CH

Tabela 3: Dados relativos ao indicador 3 para cada CH

Tabela 4: Dados relativos ao indicador 4 para cada CH

Tabela 5: Bilhete de identidade do indicador "Percentagem de registos oncológicos completos no total de registos oncológicos"

Tabela 6: Indicadores Nacionais

Tabela 7: Fórmulas dos indicadores selecionados

## ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	1
CAPÍTULO 1: O SISTEMA DE SAÚDE PORTUGUÊS .....	3
1.1. ENQUADRAMENTO HISTÓRICO .....	3
1.2. Os CUIDADOS DE SAÚDE HOSPITALARES.....	8
CAPÍTULO 2: CONTRATUALIZAÇÃO NOS CUIDADOS DE SAÚDE.....	13
2.1. ÂMBITO .....	13
2.2. INSTRUMENTO.....	17
CAPÍTULO 3: INDICADORES .....	19
CAPÍTULO 4: ESTÁGIO.....	24
4.1. APRESENTAÇÃO DA ORGANIZAÇÃO: ARS CENTRO, IP .....	24
4.2. TAREFAS EXECUTADAS.....	27
CAPÍTULO 5: ESTUDO DE CASO .....	31
5.1. ENTIDADES E PERÍODO DE ANÁLISE.....	31
5.2. INDICADORES ANALISADOS .....	32
5.3. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS .....	35
BIBLIOGRAFIA .....	49
APÊNDICES.....	52

## INTRODUÇÃO

O setor da saúde sofreu ao longo dos anos sucessivas reformas que influenciaram vivamente o funcionamento do sistema de saúde, tanto ao nível das administrações, bem como da gestão de todas as unidades de saúde que servem as populações.

Em Portugal, as reformas verificadas traduziram-se na melhoria e evolução das estruturas de suporte dos cuidados de saúde, e ainda no posicionamento do Sistema de Saúde Português no panorama europeu e internacional. Esta evolução é comprovada não só pelos resultados positivos obtidos em alguns indicadores de relevo no âmbito da saúde, mas também em indicadores socioeconómicos (Campos, 2008).

Segundo Carvalho (2006), as reformas encetadas nos sistemas de saúde, particularmente na Europa, são aduzidas como inevitáveis, pois verificou-se que era efetivamente necessário aumentar a eficiência, a eficácia e a qualidade dos sistemas de saúde públicos nacionais.

De forma a alcançar os aumentos pressupostos, foi introduzido em Portugal o processo de contratualização no funcionamento e gestão dos cuidados de saúde. Este processo é percebido como um instrumento privilegiado que assume um papel determinante para a melhoria do desempenho da oferta numa lógica de gestão de resultados (Equipa de Investigação da Escola Nacional de Saúde Pública/UNL, 2009).

O modelo de contratualização para os Cuidados de Saúde Hospitalares (CSH) engloba uma vertente orientada para o desempenho, pelo que anualmente as instituições hospitalares, nomeadamente Centros Hospitalares (CH), Hospitais e Unidades Locais de Saúde (ULS), contratualizam metas para indicadores de acesso, qualidade/desempenho assistencial e eficiência. Estas metas são definidas em Contrato-Programa (CP) e visam garantir o equilíbrio entre exigência e exequibilidade, estimular os ganhos de saúde e premiar o esforço e desempenho através da atribuição de incentivos.

Este relatório insere-se no âmbito do estágio curricular realizado no Departamento de Planeamento e Contratualização (DPC) da Administração Regional de Saúde do Centro, I.P. (ARSC), tendo este decorrido no período de 4 de setembro de 2017 a 25 de janeiro de 2018. Como tal, este relatório aborda a temática da contratualização e

inclui a realização de uma reflexão relativamente à contribuição da contratualização de metas para determinados indicadores na melhoria do desempenho das instituições hospitalares.

Analisa-se o efeito referido através da recolha e análise de dados relativos à *performance* de instituições hospitalares da Região Centro em indicadores contratualizados ao longo do período de 2012 a 2016. A sistematização e tratamento dos dados recolhidos tornou possível a análise da evolução de cada entidade hospitalar e, por consequente, permitiu alcançar algumas conclusões relativamente ao estudo que este relatório circunscreve.

Relativamente à estrutura do relatório, este inicia-se com a Introdução, na qual se expõe o tema fulcral e o objetivo do trabalho.

De seguida apresenta-se o corpo do relatório e este surge dividido em capítulos. O primeiro capítulo, “O Sistema de Saúde Português”, debruça-se sobre a caracterização, de uma forma sucinta, do Sistema Nacional de Saúde e evidencia as reformas realizadas neste sistema, com especial atenção na etapa de criação e desenvolvimento do Serviço Nacional de Saúde (SNS). O capítulo termina particularizando o desenvolvimento das reformas em causa no que concerne aos CSH. O segundo capítulo, “Contratualização nos Cuidados de Saúde”, apresenta uma reflexão teórica relativamente a este processo, evidenciando a instrumentalização do mesmo e os seus objetivos. No capítulo seguinte, o foco transfere-se para a temática dos indicadores, onde irá ser apresentada uma reflexão sobre os diferentes conceitos adstritos à noção de indicador. O corpo do relatório finda com um capítulo referente às tarefas executadas no âmbito do estágio realizado (capítulo 4) e com o caso de estudo (capítulo 5), onde se procede à exposição e análise dos resultados alcançados.

Finaliza-se o relatório tecendo-se algumas considerações finais relativas às contribuições do trabalho e às aprendizagens.

## **CAPÍTULO 1: O SISTEMA DE SAÚDE PORTUGUÊS**

Ao longo do último século, mais concretamente nos últimos 40 anos, o setor da saúde em Portugal passou por mudanças significativas que levaram a uma melhoria gradual deste setor e conseqüentemente, do estado de saúde da população.

Tais mudanças, de que se destacam a revolução democrática de 25 de abril de 1974 e a conceção da Constituição em 1976, bem como a entrada na Comunidade Económica Europeia (CEE) em 1985 e a integração na União Monetária Europeia no ano de 2000, impulsionaram o surgimento de novas políticas sociais, como é o caso da criação e consolidação do SNS (OPSS, 2003).

São assinaláveis os resultados em matéria de saúde, traduzidos numa melhoria sustentada do posicionamento do Sistema de Saúde Português no panorama internacional e a marcada evolução das estruturas de saúde existentes. A esta evolução estão associados importantes investimentos em recursos financeiros, humanos e técnicos que permitiram alargar a oferta de cuidados de saúde em termos de acesso, cobertura, quantidade e qualidade (Campos, 2008).

### **1.1. Enquadramento histórico**

Em Portugal, até à década de 70, o Estado não havia assumido a responsabilidade na prestação de cuidados de saúde à população. Segundo a análise do Observatório Português dos Sistemas de Saúde (OPSS), o sistema de saúde Português apresentava-se muito fragmentado, existindo apenas alguns grandes hospitais do Estado, uma extensa rede de hospitais das Misericórdias – instituições centenárias de solidariedade social que ocupavam um lugar de relevo na saúde e geriam grande parte das instituições hospitalares e outros serviços por todo o país - postos médicos dos Serviços Médico-Sociais da Previdência, Serviços de Saúde Pública – orientados principalmente para a proteção da saúde (ex.: vacinação e saneamento ambiental) - médicos municipais, serviços especializados para a saúde materno-infantil, tuberculose e doenças psiquiátricas,

coexistindo ainda o sector privado, especialmente desenvolvido na área do ambulatório (OPSS, 2003).

Sousa (2009) refere que nos anos 70 Portugal apresentava indicadores socioeconómicos e de saúde muito desfavoráveis no contexto da Europa Ocidental e a capacidade de financiar os serviços públicos da saúde era muito limitada - a despesa com a saúde em 1970 era de 2,8% do Produto Interno Bruto (PIB). Note-se que, segundo os dados do Instituto Nacional de Estatística, em 2016 o valor da despesa corrente em saúde correspondia a 8,9% do PIB (INE, 2017).

Na segunda metade do século XIX verifica-se o crescimento da assistência médica, através da provisão de medicamentos e da prestação de cuidados médicos, e posteriormente, no século XX, implementa-se o seguro social obrigatório. Este seguro é inspirado no modelo bismarckiano que, segundo Campos & Simões (2011<sup>a</sup>), assentava na contribuição obrigatória de trabalhadores e entidades empregadoras para um sistema de segurança social, enunciando um sistema de saúde a que subjaz a condição dos indivíduos face ao emprego, ajustado na lógica do seguro social e sem pretensões de cobertura universal.

Em 1971 iniciou-se o processo de reforma do Sistema Nacional de Saúde Português com a publicação do Decreto-Lei n.º 413/71, de 27 de setembro<sup>1</sup> – “Reforma de Gonçalves Ferreira”. Os autores Campos & Simões (2011<sup>b</sup>) referem que a elaboração deste documento veio reforçar a “intervenção do Estado nas políticas da saúde” e orientar este novo papel do Estado “no sentido de conferir prioridade à promoção da saúde e prevenção da doença”.

---

<sup>1</sup> Decreto-Lei n.º 413/71, 27 de setembro de 1971, (<https://dre.pt/application/file/a/632646>);

Durante este período foram criados três órgãos de relevo para o sistema de saúde, nomeadamente o Instituto Nacional de Saúde, o Gabinete de Estudos e Planeamento e a Secretaria-Geral, caminhando assim no sentido da conceção de um SNS.

Após a Revolução de 25 de abril de 1974 e com a aprovação da nova Constituição da República Portuguesa em 1976 constando, no seu artigo 64<sup>o</sup><sup>2</sup>, que "*todos têm o direito à proteção da saúde e o dever de a defender e de a promover*" e que "*o direito à proteção da saúde é realizado pela criação de um serviço nacional de saúde universal, geral e gratuito*", estabeleceram-se as condições políticas e sociais para a criação de um modelo de coordenação política da saúde. Segundo Barros (1999), o reconhecimento do direito à saúde acelerou fortemente um processo que já se manifestava desde o início da década de 70 e que culminou no projeto do SNS.

Desta forma, em 1979 é aprovada a Lei do Serviço Nacional de Saúde (Lei n.º 56/79, de 15 de setembro<sup>3</sup>) que defende "a direção unificada do SNS, a gestão descentralizada e participada e ainda a gratuidade e o carácter supletivo do setor privado" (Campos & Simões, 2011<sup>b</sup>).

A universalidade e sobretudo a gratuidade do acesso, sendo heranças de uma perspetiva assistencialista, constituem também o espelho dos vetores de desenvolvimento social e humano no dealbar da democracia Portuguesa. Assim, "a Lei n.º 56/79 veio na senda dessa filosofia, agora ancorada na Constituição da República, que considera o direito a proteção da Saúde, como um direito fundamental e por isso, impôs ao Estado o correspondente dever de a garantir a todos os cidadãos." (Arnaut, 2009). Apesar da premissa da gratuidade, o SNS recorre a impostos como primeira linha de financiamento.

---

<sup>2</sup> Diário da República n.º 8671976, Série I, 10 de abril de 1976, (<https://dre.pt/application/file/a/502573>).

<sup>3</sup> Lei n.º 56/79, 15 de setembro de 1979, (<https://dre.pt/application/file/a/369931>);

Em 1982, aprovou-se o Decreto-Lei n.º 254/82, de 29 de junho<sup>4</sup>. Este ato legislativo regulou a criação de administrações regionais de cuidados de saúde, abreviadamente designadas de ARS, com o intuito de conseguir uma maior proximidade entre os cuidados de saúde e as populações servidas. Ainda neste ano, aprovou-se também o Decreto-Lei n.º 375/82, de 6 de setembro<sup>5</sup>, que visou a atribuição de autonomia financeira e administrativa ao SNS com o objetivo de melhorar a gestão dos recursos financeiros afetos a este setor e promover a agilidade nos processos de atuação, e em 1988, foi publicado o Decreto-Lei n.º 19/88, de 21 de janeiro<sup>6</sup>, que regulamentou a Lei da Gestão Hospitalar. Esta lei veio enfatizar a necessidade de introdução de princípios empresariais nas atividades dos hospitais, concretamente na gestão dos recursos e controlo das despesas em saúde.

Numa altura em que o país se deparava com o início da democracia e com processo de descolonização, o SNS apresentava-se ainda num estágio bastante incipiente e não respondia adequadamente às exigências. O processo de estabelecimento deste sistema só foi concluído 10 anos após a sua criação (Arnaut, 2009). Apesar de todos os esforços aplicados no desenvolvimento do SNS, este não foi suficientemente financiado e confirmou-se a existência de acentuadas lacunas, nomeadamente no que respeita à eficiência, acesso e ainda à qualidade dos cuidados de saúde, evidenciadas pelos valores insatisfatórios que o país apresentava no que concerne a mortalidade infantil e perinatal, comparativamente com outros países europeus.

Portugal mantinha uma grande dependência externa e é nesse contexto que o país se aproxima do Mercado Europeu, fazendo o pedido de adesão à CEE em 1977. Este pedido só se concretizou anos mais tarde com assinatura do tratado de adesão a 12 de junho de 1985, e possibilitou a Portugal obter financiamento europeu, o que levou ao crescimento

---

<sup>4</sup> Decreto-Lei n.º 254/82, 29 de junho de 1982, (<https://dre.pt/application/file/a/395578>);

<sup>5</sup> Decreto-Lei n.º 375/82, 6 de setembro de 1982, (<https://dre.pt/application/file/a/374317>).

<sup>6</sup> Decreto-Lei n.º 19/88, 21 de janeiro de 1988, (<https://dre.pt/application/file/a/506334>).

económico do país. Parte deste financiamento foi aplicado na área da saúde, levando à expansão de instalações e equipamentos do SNS.

Em 1989 é realizada a 2ª Revisão da Constituição<sup>7</sup> na qual o SNS passa de “gratuito” para “tendencialmente gratuito”, impondo o pagamento de taxas moderadoras ao acesso a cuidados de saúde.

O ano de 1990 revelou ser um ano importantíssimo no Sistema de Saúde Português, uma vez que neste período que se procedeu à alteração da Lei do SNS através da publicação da Lei de Bases da Saúde (Lei nº 48/90, de 24 de agosto<sup>8</sup>). Segundo a Base I desta Lei, *“a proteção da saúde constitui um direito dos indivíduos e da comunidade que se efetiva pela responsabilidade conjunta dos cidadãos, da sociedade e do Estado”*.

No seguimento do disposto na Base XII, em 1993 foi aprovado um novo Estatuto do SNS com o objetivo de criar unidades integradas de cuidados de saúde e flexibilizar a gestão dos recursos. O Estado passa a atuar através de serviços próprios, celebrando acordos com entidades privadas para a prestação de cuidados, e apoia e fiscaliza da restante atividade privada na área da saúde.

Através destes documentos legais - Lei de Bases e novo Estatuto do SNS – é nitidamente evidenciada a separação entre o sistema de saúde e o SNS, e ainda a transferência da responsabilidade pelo funcionamento do último para outras entidades, além do Estado.

De forma a melhorar a eficiência do setor da saúde, em 1993 foram ainda efetuadas mudanças a nível de gestão e organizacionais. Estas mudanças concretizaram-se no estabelecimento de cinco regiões administrativas de saúde (Administrações Regionais

---

<sup>7</sup> Lei Constitucional n.º 1/89, de 8 de julho de 1989, (<https://dre.pt/application/file/496589>);

<sup>8</sup> Lei n.º 48/90, 24 de agosto de 1990, (<https://dre.pt/application/file/a/574059>);

de Saúde – ARS), aprovadas pelo Decreto-lei nº 335/93, de 29 de setembro<sup>9</sup>, bem como “unidades funcionais” entre hospitais e centros de saúde. Estas unidades tinham como objetivo conseguir uma melhor integração entre diferentes níveis de cuidados de saúde.

Atualmente vigora em Portugal uma organização estatal de prestação de cuidados financiada através de impostos, o que funda o acesso generalizado a qualquer cidadão, no entanto esta é complementada por uma percentagem assinalável de pagamentos privados, sobretudo no que diz respeito à aquisição de medicamentos, o que coloca questões adicionais relacionadas com o acesso. Coexistem atualmente características de gestão próprias de um modelo empresarial, tendo sido este, segundo Arnaut (2009), “politicamente justificado com o objetivo de conter as despesas e rentabilizar os recursos e serviços”, ainda que o autor manifeste “fundadas dúvidas sobre o mérito do modelo de gestão empresarial regulado pelo direito privado.”

A organização do Sistema de Saúde em Portugal apresenta-se hoje descentralizada, dividindo-se, como referido anteriormente, em cinco regiões de saúde, nomeadamente Região de Saúde do Norte, Região de Saúde do Centro, Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, Região de Saúde do Alentejo e Região de Saúde do Algarve. Cada uma destas regiões acomoda uma ARS e esta é responsável por assegurar a prestação de cuidados de saúde a toda a população da sua área de influência.

## **1.2. Os Cuidados de Saúde Hospitalares**

Conforme o exposto no Decreto-lei nº11/93<sup>10</sup>, o SNS é definido como “um conjunto ordenado e hierarquizado de instituições e serviços oficiais prestadores de cuidados de saúde, funcionando sob a superintendência ou tutela do Ministério da Saúde”. Este sistema apresenta-se como o principal sistema de cobertura e abrange todas as

---

<sup>9</sup> Decreto-lei nº 335/93, de 29 de setembro de 1993, (<https://dre.pt/application/file/a/651609>).

<sup>10</sup> Decreto-Lei nº 11/93, de 15 de janeiro de 1993 (<https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/04/Decreto-Lei-n.%C2%BA-1193.-DR-1293-SE%CC%81RIE-I-A-de-1993-01-15.pdf>);

unidades públicas prestadoras de cuidados de saúde, ou seja, unidades na área dos Cuidados de Saúde Primários, CSH e Cuidados Continuados Integrados.

Relativamente aos CSH, estes estão diretamente relacionados com a Rede Hospitalar de financiamento público, que segundo a Entidade Reguladora Saúde (ERS) “compreende todos os hospitais públicos, gerais ou especializados, integrados ou não em CH ou ULS”, entre outras instituições de menor dimensão (Entidade Reguladora da Saúde, 2012). Entenda-se que, segundo o artigo nº1 do Decreto nº48358<sup>11</sup> que aprova o Regulamento Geral dos Hospitais, estas instituições apresentam-se como “serviços de interesse público, instituídos, organizados e administrados com o objetivo de prestar à população assistência médica, curativa e de reabilitação”.

Segundo o relatório da ERS, “a Rede Hospitalar de financiamento público deve ser entendida como um sistema integrado de prestação de cuidados de saúde, organizado de uma forma coerente e assente em princípios de racionalidade e eficiência” e ainda que “a cada estabelecimento hospitalar que integra a rede deve ser atribuída uma área geográfica e populacional de influência e um papel específico na área assistencial, tendo em conta a sua articulação, nomeadamente no âmbito de uma rede de referência, quer com as unidades de cuidados primários, quer com os demais estabelecimentos hospitalares.” (Entidade Reguladora da Saúde, 2012).

A mencionada Rede Hospitalar sofreu profundas alterações que condicionaram fortemente o seu desempenho e evolução. As alterações verificadas ao longo dos anos caminharam no sentido da adaptação dos modelos de gestão baseados no controlo e autoridade, para modelos de gestão de natureza empresarial dotados de maior flexibilidade (Fernandes, 2014).

Nesta altura é possível verificar a existência de um processo gradual de aproximação aos modelos de gestão privada, onde se verifica a introdução de mecanismos

---

<sup>11</sup> Decreto nº 48358, de 27 de abril de 1968 (<https://dre.pt/application/file/a/274543>).

de mercado e concorrência, conjuntamente com a descentralização da autoridade, das responsabilidades e a flexibilização da gestão. Estas alterações denotam influências da Nova Gestão Pública (NGP), já evidenciadas em alguns países Europeus, e que é concebida como uma estratégia de modernização que visa aumentar os níveis de eficiência das organizações de carácter público. Note-se que um dos grandes pilares da NGP consiste na alteração do foco da gestão das administrações públicas, passando estas a organizarem-se de forma menos burocrática e caminhando no sentido de uma gestão do tipo empresarial baseada no mercado ou quase-mercado (Simões, 2009).

Nos cuidados hospitalares, assistimos à aproximação às tendências da NGP especialmente quando, em 2002, a Lei nº27/2002<sup>12</sup> de 8 de novembro aprova um novo regime jurídico de gestão hospitalar e procede à primeira alteração da Lei de Bases da Saúde. Destacam-se as alterações havidas nas disposições relativas ao estatuto dos profissionais de saúde e ao financiamento do SNS, que deverá passar a ser concedido através do pagamento dos atos e atividades efetivamente realizados segundo uma tabela de preços que consagra uma classificação dos mesmos (Escoval, Fernandes, Matos, & Santos, 2010).

A Lei da Gestão Hospitalar promove uma nova forma de financiamento dos hospitais, a avaliação de desempenho e a promoção de um sistema de incentivos, bem como de penalizações. Este regime veio institucionalizar a empresarialização, transformando 31 hospitais em Sociedades Anónimas (SA) de capitais exclusivamente públicos, que mais tarde em 2005, através do Decreto-Lei nº 233/2005<sup>13</sup>, viram o seu estatuto novamente alterado para Entidades Públicas Empresariais (EPE) (Fernandes, 2014).

---

<sup>12</sup> Lei nº27/2002, 8 de novembro de 2002, (<https://dre.pt/application/file/a/425435>);

<sup>13</sup> Decreto-Lei nº 233/2005, de 29 de dezembro, (<https://dre.pt/application/file/a/469113>).

Desde 2002 assiste-se também à inclusão do sector privado na rede prestadora, através da adoção de modelos de Parcerias Público-Privadas (PPP) e à constituição de linhas de financiamento, verificando-se ainda um incremento do *outsourcing* nos serviços públicos (Escoval, Fernandes, Matos, & Santos, 2010).

Na década de 90, também no seguimento dos pressupostos da NGP, nomeadamente aqueles que apontam para a reorganização das estruturas, através do uso de agências como entidades ao serviço do Estado e que competem entre si, promovendo a satisfação dos utilizadores e avaliando o desempenho das organizações e resultados alcançados, é introduzido o processo de contratualização nos cuidados de saúde (Simões, 2009).

De uma forma sucinta, a contratualização constitui um instrumento de negociação entre pelo menos duas partes interessadas. No caso dos cuidados de saúde em Portugal, as partes envolvidas no processo de contratualização são o Estado (através da entidade agência) e as instituições prestadores de cuidados de saúde (Escoval, 2010).

A alteração da personalidade jurídica dos hospitais permitiu uma maior intervenção a nível das orientações estratégicas da tutela, o que associado ao mecanismo de contratualização, através da qual a relação hierárquica entre autoridade regional de saúde e os hospitais passou a ser exercida com base em contratos, conduziu a um ambiente muito próximo das condições de mercado no que concerne à prestação de cuidados hospitalares. Note-se que a contratualização traduz uma alteração significativa no funcionamento destas instituições, permitindo uma maior transparência e responsabilização. Este modelo veio impactar também no que diz respeito aos padrões da gestão tradicional do sistema de saúde, reduzindo os problemas de ineficiência existentes (Escoval, 2010).

Nesta altura, assiste-se à formação sucessiva de hospitais sob a forma de EPE em contrapartida da diminuição de hospitais do setor público administrativo. Foram ainda desenvolvidos diversos CH que visavam a gestão integrada de várias unidades hospitalares,

com o objetivo de melhorar a capacidade de resposta e a otimização dos serviços (Escoval, Fernandes, Matos, & Santos, 2010).

Atualmente, as instituições hospitalares públicas têm por missão “prestar cuidados de saúde diferenciados, em articulação com as demais unidades de cuidados de saúde integradas no SNS” (Serviço Nacional de Saúde, 2016). Estas instituições pretendem alcançar a melhoria da qualidade, acessibilidade e eficiência dos cuidados de saúde prestados.

## **CAPÍTULO 2: CONTRATUALIZAÇÃO NOS CUIDADOS DE SAÚDE**

A estratégia de financiamento dos cuidados de saúde adotada por cada país é entendida como um instrumento fundamental, que intervém fortemente no funcionamento das instituições de saúde. Em Portugal, verifica-se um crescente reconhecimento da importância do modelo de contratualização, tratando-se este de um modelo de financiamento que distribui através de CP mais de metade dos recursos financeiros do SNS (ACSS & APDH, 2016).

Segundo a Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS), “o processo de contratualização de cuidados de saúde pretende contribuir para o objetivo geral de garantir elevados níveis de acesso ao SNS, com qualidade e eficiência dos cuidados prestados à população, incentivando a melhoria global da *performance* na gestão dos recursos disponíveis” (ACSS, 2017).

Neste contexto, a contratualização pretende promover a saúde da população e o acesso aos cuidados de saúde, bem como promover o desempenho das instituições prestadoras de cuidados de saúde, em parte através da regulação do desempenho e controlo financeiro das mesmas (ACSS & APDH, 2016).

### **2.1. Âmbito**

As reformas aplicadas no setor da saúde pelos países da União Europeia, particularmente Reino Unido e Espanha, impulsionaram o desenvolvimento do processo de contratualização em Portugal. Estas reformas impactaram principalmente ao nível da gestão e administração dos serviços públicos prestadores de cuidados de saúde e resultaram da influência dos princípios e abordagens do movimento da NGP. As principais alterações verificadas na administração pública destes países consistiram na introdução de conceitos/modelos de *accountability* - ou seja, a ideia de responsabilização pelo uso de recursos públicos e transparência -, avaliação de desempenho e descentralização. (Escoval, 2010).

O Reino Unido foi um dos países que evidenciou primariamente a influência da NGP, marcada pelas reformas aplicadas no setor da saúde. Neste país iniciou-se um movimento de alteração dos modelos de prestação de cuidados de saúde, através da introdução do processo de contratualização de serviços e também do conceito de *practice-based commissioning*. O modelo de contratualização encontra-se instalado neste país há cerca de 30 anos e incitou profundos desenvolvimentos nas mais diversas áreas (Escoval, Ribeiro, & Matos, 2010).

De forma geral, é possível verificar a existência de uma tendência de abandono dos modelos de prestação de cuidados de saúde tradicionais por parte dos países da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE), a favor do modelo de contrato, impulsionado pelas abordagens da NGP (Campos & Simões, 2011<sup>c</sup>). Desta forma, a contratualização conquistou um destaque mundial “no âmbito das reformas encetadas no sector da saúde e no decorrer da separação financiador-prestador, e apresenta como potenciais vantagens a (i) ligação entre alocações financeiras a outputs de serviços, resultados e padrões de consumo, facilitando a medição de melhorias em eficiência e equidade e a (ii) clarificação das funções e responsabilidades das partes potenciando uma maior responsabilização” (Matos, Ferreira, Lourenço, & Escoval, 2010).

O modelo de contratualização em cuidados de saúde pode ser explicado como uma ferramenta que define o relacionamento entre o Estado e os prestadores de cuidados de saúde, que assenta numa base contratual onde se explicitam os resultados em saúde desejados para os níveis de financiamento disponíveis, num quadro de separação de papéis e definição de responsabilidade, pressupondo a existência de informação fiável e autonomia na gestão dos recursos. Para Escoval (2010), “a contratualização em saúde é um processo de negociação entre pelo menos duas partes, os utilizadores (ou os seus representantes, no caso do setor da saúde a Agência) e os prestadores (instituições prestadoras de cuidados de saúde), resultando daí um entendimento mútuo que compatibiliza os interesses de ambas as partes”.

O Despacho Normativo n.º 46/97<sup>14</sup> define as orientações relativas à instalação e funcionamento das agências. Segundo este documento legislativo “a função de agência, devidamente enquadrada no vasto conjunto de competências descentralizadas para as ARS, implica uma correta diferenciação das suas competências de gestão estratégica e propicia não só uma mais clara distinção, ao nível operativo, das funções de financiador e prestador do SNS, mas também uma mais transparente articulação entre elas”. O referido documento determina ainda o funcionamento das agências de acompanhamento dos serviços de saúde junto das ARS, afirmando que este deve ter por base um conjunto de orientações, das quais importa realçar que é função da agência “participar gradualmente no processo de atribuição/distribuição de recursos financeiros pelas instituições de saúde da região, através de modelos de contratualização de prestação de cuidados de saúde” e que esta deve ser constituída por “um corpo técnico pluridisciplinar indigitado pelo conselho de administração das administrações regionais de saúde e por representantes dos utentes (...)”<sup>15</sup>.

Recorde-se que as ARS constituem instituições públicas que desempenham um papel intermediário entre o Ministério da Saúde e as instituições locais. Segundo o disposto no artigo 1º do Decreto-Lei Lei n.º 22/2012<sup>16</sup>, de 30 de janeiro, “As Administrações Regionais de Saúde, I. P., abreviadamente designadas por ARS, I. P., são institutos públicos integrados na administração indireta do Estado, dotados de autonomia administrativa, financeira e património próprio.” As ARS são dotadas de um conjunto bastante amplo de atribuições, tais como responsabilidade pela gestão estratégica saúde das populações, planeamento regional dos recursos, supervisão de hospitais e prossecução das atribuições do Ministério da Saúde na respetiva área geográfica.

---

<sup>14</sup> Despacho Normativo nº46/97, de agosto de 1997, (<https://dre.pt/application/file/a/204162>).

<sup>15</sup> Despacho Normativo nº46/97, linha 3-e) e 4, de agosto de 1997, (<https://dre.pt/application/file/a/204162>);

<sup>16</sup> Decreto-Lei nº22/2012, de 30 de janeiro (<https://dre.pt/application/file/a/543857>).

Segundo Carlson, Chilton, Corso & Beitsch (2015), “as entidades de administração têm um papel crucial no estabelecimento da conexão entre os departamentos de saúde e as populações que estes servem”, influenciando a capacidade de acesso e a qualidade dos serviços de saúde prestados. Os autores identificam no seu estudo um conjunto de funções de relevo que são atribuídas a órgãos de administração da saúde pública. Este conjunto divide-se em seis funções principais, nomeadamente o desenvolvimento de políticas, que podem estender-se a vários níveis de promoção da saúde pública; a administração dos recursos, avaliando a sua adequabilidade à prestação de serviços; o estímulo à melhoria contínua, através da avaliação e monitorização dos resultados relativamente ao estado da saúde da comunidade e das instituições de saúde; o envolvimento de parceiros, desenvolvendo colaborações e aproveitando sinergias; a aplicação da autoridade legal; e finalmente a função de supervisão, especialmente ao nível do desempenho das instituições na prestação dos serviços de saúde, avaliando a eficiência e qualidade dos mesmos (Carlson, Chilton, Corso, & Beitsch, 2015).

Na opinião dos autores Carlson, Chilton, Corso & Beitsch (2015), as funções identificadas devem ser observadas como um aglomerado de práticas comuns a todas as entidades de regulação e administração da saúde pública, tanto a nível local como ao nível do Estado.

Segundo a ACSS, o papel de agência desempenhado pelas ARS no processo de contratualização tem como principais objetivos os seguintes pontos (Administração Central do Sistema de Saúde, 2011):

- “A recolocação do cidadão no centro do sistema”;
- “A aplicação judiciosa dos recursos disponíveis, com vista à máxima eficiência e equidade, numa perspetiva de reforço das unidades funcionais de saúde”;
- “A interação indispensável dos cidadãos com os serviços prestadores de cuidados de saúde e o acompanhamento e avaliação do desempenho e da disseminação da informação das unidades de saúde”;

- A representação do cidadão, cooperando para a “transparência da administração, particularmente no esforço no combate ao desperdício, na colaboração entre os diferentes atores e no alcance de ganhos em saúde, acessibilidade e controlo de gastos”.

É importante compreender que a contratualização constitui um instrumento de gestão fundamental, dado que “contribui não só para a afetação custo-efetiva dos recursos, mais transparente e flexível, mas também para a promoção e desenvolvimento de uma cultura de negociação e incentivo da competição interna” e ainda “para a descentralização do processo de decisão nas estruturas locais” (ACSS & APDH, 2016).

Segundo os termos de referência para contratualização de 2018, relativamente à componente hospitalar de processo de contratualização, esta “contribui para a operacionalização das medidas previstas no âmbito da Reforma do SNS para a área dos cuidados hospitalares e encontra-se integrada no CP que vigora para o triénio 2017-2019, enquanto instrumento de planeamento estratégico trienal onde se definem os objetivos, as principais linhas de ação, os planos de investimento e as projeções económico-financeiras, bem como se explicitam os ganhos de eficiência e produtividade que assegurem a sustentabilidade a médio prazo das entidades do SNS” (ACSS, 2017).

## **2.2. Instrumento**

A contratualização corresponde, em parte, a um processo de negociação ao qual estão associados direitos e obrigações que são registados em contrato. Este contrato, atualmente designado por Contrato-Programa ou Acordo Modificativo (sempre que se trata de alterações a um CP), é assinado pelas partes envolvidas aquando da finalização das negociações.

No caso dos CSH, o CP é assinado em sessão pública pelo Conselho Executivo de cada instituição hospitalar e a respetiva tutela. Neste documento são definidos e fixados objetivos institucionais e metas de produção, de desempenho e de qualidade previamente negociadas. A função fundamental dos contratos é a de facilitar as trocas voluntárias,

baseando-se na atribuição de recursos financeiros à atividade e clarificando o papel e responsabilidade de cada uma das partes (Freitas & Escoval, 2010).

Segundo Araújo (2000), “o contrato não só reflete um processo de alocação de recursos baseado em indicadores e medidas de desempenho, típico de uma relação de mercado, como também conduz à reformulação das relações dentro da hierarquia do sector público”, e pode ser utilizado como um instrumento de monitorização da efetividade de implementação dos sistemas de planeamento, bem como do incremento à competição regulado entre serviços prestadores de cuidados de saúde.

O contrato incide em três pontos fundamentais, que se traduzem na contratualização do nível de atividade e verba a atribuir, assegurando que “os prestadores se comprometem com um quadro de produção expectável, face às necessidades da população e aos recursos disponíveis”; no estabelecimento dos modelos de financiamento e modalidades de pagamento, que visam “alavancar o comportamento dos prestadores e alinhar os objetivos individuais com o processo global de prestação de cuidados”; e por fim na definição dos segmentos que irão ser alvo de avaliação da *performance*, que consiste da medição e comparação do “desempenho das instituições em áreas estratégicas e prioritárias a nível nacional, através de indicadores de processo, *output* e resultado” (ACSS, 2017).

### CAPÍTULO 3: INDICADORES

Como já referido anteriormente, avaliação da *performance* das instituições de saúde é realizada através da medição, acompanhamento e comparação de resultados obtidos em indicadores estabelecidos em CP, que visam estimular e controlar o desempenho das instituições em determinadas áreas (ACSS, 2017). Desta forma, e tendo em conta o objetivo do estudo de caso, ou seja, a realização de uma reflexão relativamente à contribuição da contratualização de metas para determinados indicadores na melhoria do desempenho das instituições hospitalares, importa compreender melhor a temática dos indicadores, tanto ao nível dos conceitos, como ao nível do processo de criação dos mesmos.

Existem diversas definições de indicador, podendo este ser descrito como “um instrumento de medida de desempenho utilizado para mensurar e analisar os resultados obtidos em determinados períodos” (Nunes, 2008).

Mainquet & Baye (2006) apresentam no seu estudo uma reflexão sobre as principais características de um “bom” indicador, das quais importa salientar a relevância – o indicador deve abordar e/ou representar uma questão ou problema importante, refletindo o panorama de uma atividade ou permitindo avaliar os resultados de uma intervenção; a robustez – o indicador deve estar relacionado com atributos globais e duradouros de um sistema, para que seja possível obter informação consistente independentemente do coletor dos dados ou do momento de recolha dos mesmos; e a viabilidade – os dados para construir o indicador devem estar disponíveis e acessíveis de coletar.

Segundo Mainz (2003), um indicador ideal deve ser baseado em definições acordadas e deve ser descrito de forma exaustiva. Além destas características, segundo o autor, um indicador deve ainda apresentar-se como sendo altamente válido e confiável, ou seja, deve traduzir o resultado de uma medida correspondente ao estado verdadeiro do fenómeno que está a ser medido, e este resultado deve ser estável, independentemente

do autor da coleta dos dados, tempo ou espaço. Por último, um indicador ideal é aquele que tem por base evidências e permite realizar comparações úteis.

Outros autores consideram subsistir diferentes características das mencionadas, que devem ser analisadas e avaliadas aquando da construção de um indicador. No entanto, aspetos como o significado, na medida em que representa informação de relevo; a utilidade, como por exemplo a capacidade de usar a informação que o indicador transpõe para tomar decisões ou avaliar programas; a objetividade, ou seja, o indicador e as variáveis que o compõem são perceptíveis e o seu cálculo é exequível; a confiabilidade; e a compreensibilidade são exemplos de características indispensáveis em qualquer indicador, independentemente do seu âmbito ou dimensão.

Tendo presente a importância dos conceitos de eficiência e eficácia nas organizações de carácter público, especialmente quando nos situamos no âmbito da saúde, é efetivamente necessária a aplicação de sistemas de avaliação do desempenho através de indicadores que traduzam os objetivos reais da organização e que permitam o acompanhamento da *performance* nas áreas de maior interesse.

Os indicadores de desempenho “especificam a evidência mensurável necessária para provar que um esforço planeado alcançou o resultado desejado” e ainda fornecem critérios que asseguram avaliações mais apropriadas e úteis (Kaufman, 1988).

Segundo Kaufman (1988), existem dois tipos de indicadores de desempenho: indicadores orientados para os resultados, que avaliam desempenhos e resultados mensuráveis, incluindo contribuições individuais, bem como resultados e consequências da organização; e indicadores orientados para a implementação, que identificam a fidelidade de uma atividade e conformidade na aplicação de métodos, recursos e abordagens.

Lonti & Gregory (2007) constataram que, no caso das agências de Administração Pública Australianas, quando a monitorização do desempenho começou a ganhar território desenvolveu-se uma tendência de orientação para a gestão de resultados em vez da

preocupação com os processos. Desta forma, a monitorização do desempenho passa pela definição concreta de três “parâmetros” de avaliação através de indicadores: *inputs* - recursos utilizados na produção de resultados -, *outputs* - resultados obtidos com os bens e serviços produzidos -, e *outcomes* - efeitos dos resultados nas comunidades e na sociedade em geral (Lonti & Gregory, 2007).

Kaufman (1988) refere que, no seu entender, existem três “modelos” fundamentais para a obtenção de um indicador de desempenho efetivamente útil, em que o primeiro está na definição do posicionamento deste, ou seja se o indicador está relacionado com meios (técnicas, procedimentos, métodos e recursos que podem ser usados para obter os resultados) ou com consequências (resultados que se espera ou deseja alcançar). Os restantes fatores concretizam-se na mensurabilidade do indicador numa escala de intervalo ou relação, a fim de garantir precisão e segurança, e por fim a classificação do indicador de acordo com cinco elementos organizacionais sendo eles: *inputs*, *processes*, *products*, *outputs* e *outcomes* (Kaufman, 1988). A Figura 1 apresenta os modelos de Kaufman, segundo um encadeamento lógico.

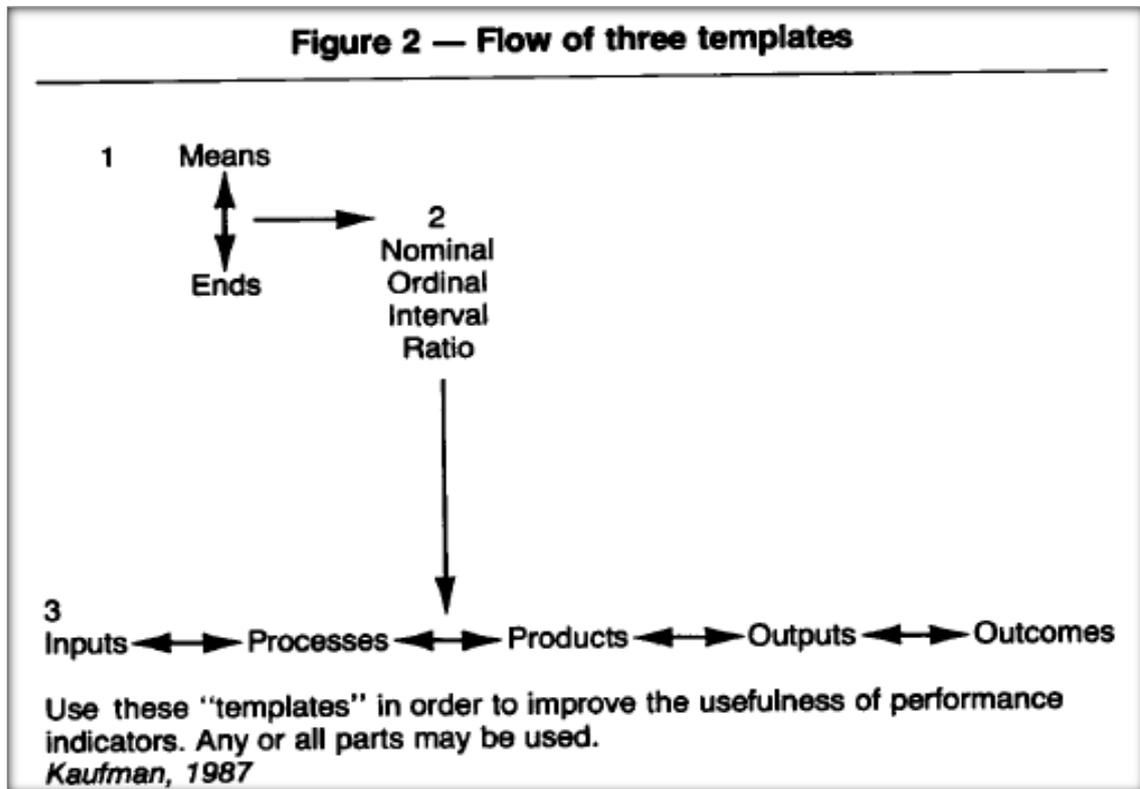


Figura 1: *Templates* para o desenvolvimento de indicadores de desempenho “úteis”

Fonte: Roger Kaufman (1988).

Num contexto mais orientado para a temática da saúde, o autor Mainz (2003) afirma que os indicadores de desempenho podem estar relacionados com a estrutura, processo ou resultados em cuidados de saúde. Segundo o mesmo autor, os indicadores estruturais estão relacionados com o tipo e quantidade de recursos utilizado por um sistema de saúde para satisfazer as necessidades de cuidados de saúde de um paciente ou comunidade; os indicadores de processo medem e avaliam as atividades e tarefas inter-relacionadas que são desenvolvidas para atingir os objetivos; e os indicadores de resultado avaliam o efeito dos processos e recursos na saúde e bem-estar dos pacientes e da população (Mainz, 2003).

Finalmente, existe também uma grande importância atribuída à estabilidade dos indicadores de desempenho, visto que por vezes, estes indicadores são utilizados com o intuito de satisfazer as necessidades das organizações em especificar e exibir as atividades que estão a ser desenvolvidas. Esta utilização inviabiliza tanto a estabilidade como o valor da informação disponibilizada pelos mesmos, especialmente quando nos referimos a ambientes organizacionais de mudança contínua e sujeitos a pressões políticas, como é o caso do setor público da saúde. Assim, “pode ser difícil discernir claramente a diferença entre a prestação de contas como uma informação significativa e uma simples contagem como dados largamente sem sentido” (Lonti & Gregory, 2007).

## **CAPÍTULO 4: ESTÁGIO**

### **4.1. Apresentação da organização: ARS CENTRO, IP**

A ARSC “é um instituto público integrado na administração indireta do Estado, dotado de autonomia administrativa, financeira e património próprio”, cuja sede localiza-se na cidade de Coimbra (Administração Regional de Saúde do Centro, IP, 2017). Este instituto público do Ministério da Saúde é dirigido por um conselho diretivo, constituído por um presidente (Dr.ª Rosa Maria dos Reis Marques Furtado de Oliveira) e dois vogais (Dr.º Luís Manuel Militão Mendes Cabral e Dr.º Mário Manuel Teixeira Guedes Ruivo), possuindo no âmbito da sua área geográfica de atuação as atribuições elencadas no Decreto-lei n.º 22/2012 de 30 de janeiro.

Como instituição pública inserida no setor da saúde, a ARSC visa afirmar-se, num SNS sustentável, por uma prestação de cuidados saúde de excelência e enfoque no cidadão. A entidade valoriza a transparência, excelência, equidade e qualidade dos seus serviços (Administração Regional de Saúde do Centro, IP, s.d.).

No que concerne à missão, a ARSC confirma e valida para si própria a missão geral de todas as ARS, que se apresenta definida no Decreto-Lei nº22/2012, mais concretamente no artigo 3º, alínea 1)<sup>17</sup>, onde se lê: “As ARS, IP, têm por missão garantir à população da respetiva área geográfica de intervenção o acesso à prestação de cuidados de saúde, adequando os recursos disponíveis às necessidades e cumprir e fazer cumprir políticas e programas de saúde na sua área de intervenção.”.

---

<sup>17</sup> Decreto-Lei nº22/2012, artigo 3º, de 30 de janeiro (<https://dre.pt/application/file/a/543857>).

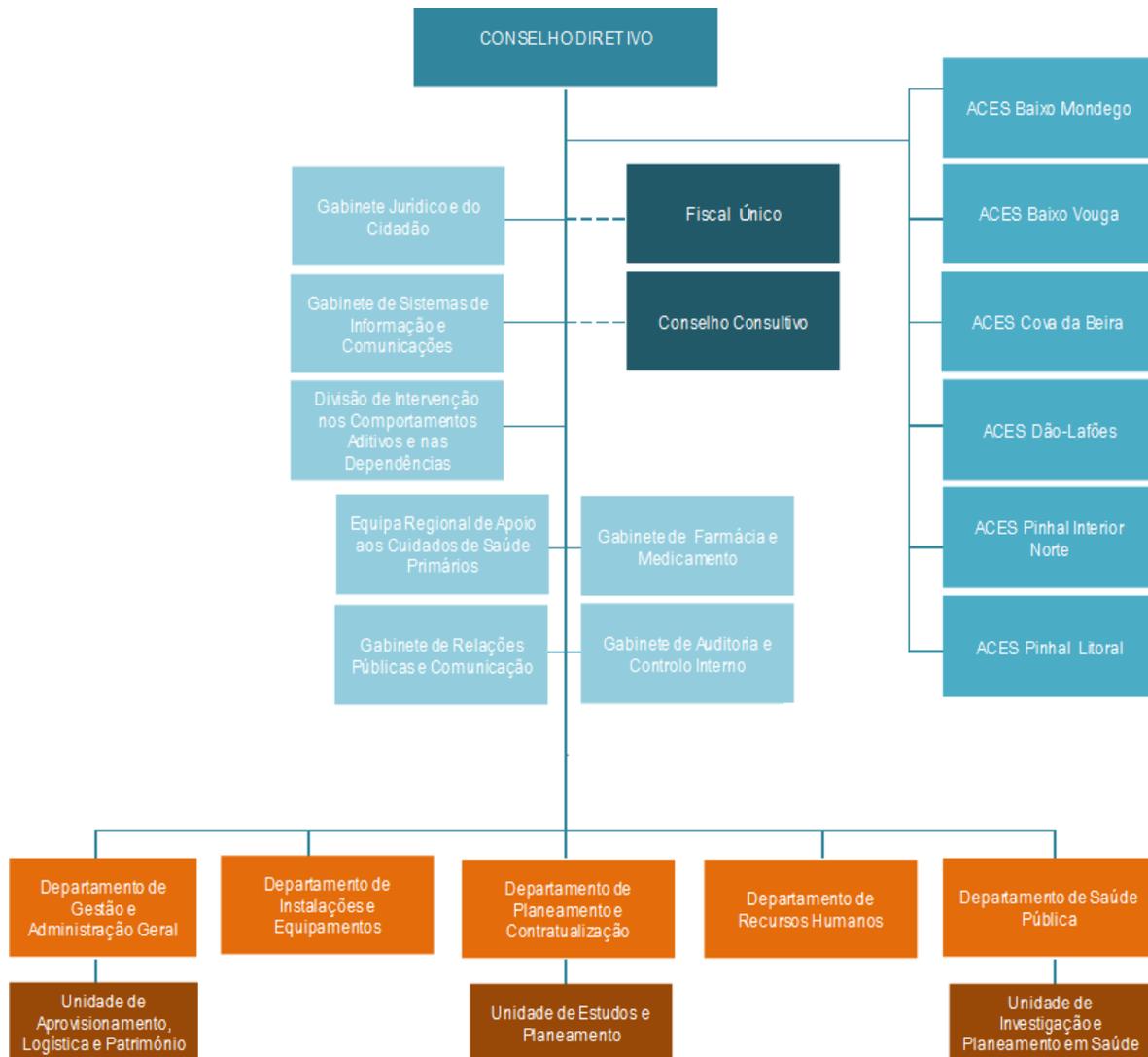


Figura 2: Organograma da ARS Centro, I.P

Fonte: ARS Centro (2017).

A Figura 2 apresenta o organograma da ARSC, onde podemos constatar que esta instituição, relativamente aos serviços centrais, é composta por (Administração Regional de Saúde do Centro, IP, 2017):

- Cinco departamentos (Departamento de Gestão e Administração Geral, Departamento de Instalações e Equipamentos, Departamento de Planeamento e Contratualização, Departamento de Recursos Humanos e o Departamento de Saúde Pública) e uma divisão (Divisão de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências);
- Um gabinete (Gabinete Jurídico e do Cidadão);
- Quatro unidades orgânicas flexíveis (Gabinete de Sistemas de Informação e Comunicações, Unidade de Aprovisionamento, Logística e Património, Unidade de Estudos e Planeamento e Unidade de Investigação e Planeamento em Saúde);
- Quatro estruturas de apoio especializado (Equipa Regional de Apoio aos Cuidados de Saúde Primários, Gabinete de Auditoria e Controlo Interno, Gabinete de Relações Públicas e Comunicação e Gabinete de Farmácia e Medicamento).

Em relação aos serviços desconcentrados, a ARSC é composta por 6 Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES), nomeadamente o ACES Baixo Mondego, o ACES Baixo Vouga, o ACES Cova da Beira, o ACES Dão-Lafões, o ACES Pinhal Interior Norte e o ACES Pinhal Litoral (Administração Regional de Saúde do Centro, IP, 2017).

A ARSC é responsável por uma área de incidência que abrange toda a Região Centro do país, o que se traduz numa população de 1.712.884 residentes. Esta população é servida por uma rede de prestação de cuidados saúde que, segundo consta no relatório de atividades de 2016, divide-se em três grandes dimensões: Cuidados de Saúde Primários, CSH e Cuidados Continuados Integrados (Administração Regional de Saúde do Centro, IP, 2017).

Os Cuidados de Saúde Primários, na Região Centro, incluem 85 centros de saúde distribuídos em 6 ACES e em 2 ULS (Unidade Local de Saúde de Castelo Branco e Unidade Local de Saúde da Guarda). Quanto aos CSH, estes apresentam-se organizados em “5 CH

(Centro Hospitalar do Baixo Vouga, EPE (CHBV); Centro Hospitalar Cova da Beira, EPE (CHCB); Centro Hospitalar de Leiria, EPE (CHL); Centro Hospitalar Tondela-Viseu, EPE (CHTV) e Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE (CHUC)), 2 hospitais centrais especializados (Instituto Português de Oncologia de Coimbra Francisco Gentil, EPE) e Centro de Medicina Física e Reabilitação da Região Centro Rovisco Pais), 1 hospital distrital (Hospital Distrital da Figueira da Foz, EPE), 2 hospitais de nível 1 (Hospital Arcebispo João Crisóstomo, Hospital Doutor Francisco Zagalo) e 3 hospitais integrados nas ULS (Hospital Sousa Martins, da Guarda, Hospital Nossa Senhora da Assunção, de Seia, e Hospital Amato Lusitano de Castelo Branco) ”. Finalmente, a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados na Região Centro, funda-se em “67 instituições de saúde, das quais resultam 101 unidades de internamento de diferentes tipologias, nomeadamente, Convalescença, Média Duração e Reabilitação, Longa Duração e Manutenção e Paliativos” (Administração Regional de Saúde do Centro, IP, 2017).

#### **4.2. Tarefas executadas**

O estágio teve início a 4 de setembro de 2017 e, no decorrer deste, foram desenvolvidas diversas tarefas e trabalhos na Área Funcional dos CSH do DPC. De seguida apresenta-se, de forma sucinta, algumas dessas tarefas, nomeadamente aquelas de teor pontual.

- Criação de um indicador regional para contratualização:

Este trabalho surgiu aquando da preparação dos CP para 2018, nomeadamente a definição de indicadores regionais a incluir no mesmo, e ainda na sequência da aprovação da legislação publicada a 14 de julho, Lei nº 53/2017<sup>18</sup>, que cria e regula o Registo Oncológico Nacional. Este documento legislativo emerge com a finalidade de fomentar a

---

<sup>18</sup> Lei nº 53/2017, 14 de julho, (<https://dre.pt/application/file/a/107688306>).

recolha e análise de dados de todos os doentes oncológicos diagnosticados e/ou tratados em Portugal Continental e nas regiões autónomas.

De forma a ir ao encontro da nova lei em vigor e ainda com o objetivo de estimular e melhorar não só a quantidade, mas fundamentalmente a qualidade da informação produzida relativamente aos doentes oncológicos pelas instituições hospitalares da Região Centro, o DPC da ARSC propôs-se criar um indicador regional que visasse incidir positivamente sobre esta temática. Esta tarefa envolveu diferentes fases que antecederam a criação do indicador, iniciando-se pela realização de uma pesquisa aprofundada relativamente aos indicadores de incidência na área da oncologia existentes tanto a nível regional como nacional, e posteriormente foi realizada uma reunião com a equipa de administração do Instituto Português de Oncologia de Coimbra Francisco Gentil, EPE, com o objetivo de debater esta temática e perceber quais as dificuldades presentes na recolha e registo de informação oncológica.

O registo, por parte das instituições, de todos os dados previstos no artigo nº 4 da Lei nº 53/2017 representaria por si só uma evolução bastante positiva. No entanto, como já referido, entendeu-se que a ênfase deve estar na qualidade dos dados e da informação, em vez da quantidade. Assim, a integridade e validade dos dados são características que devem ser monitorizadas de forma regular.

O indicador regional desenvolvido denomina-se “Percentagem de registos oncológicos completos no total de registos oncológicos” e tal como o nome sugere, apura a percentagem de registos oncológicos completos. Para que um registo se possa considerar completo deve-se verificar, sem exceção, o preenchimento de um conjunto de campos específicos. Estes campos são classificados como “obrigatórios”, cuja seleção teve como base a exequibilidade do preenchimento e a sua importância para a qualidade dos registos oncológicos. No apêndice I apresenta-se o “bilhete de identidade” do indicador criado.

- Atualização do suporte base de apoio ao processo de contratualização:

Esta tarefa consistiu no preenchimento, atualização e verificação de ficheiros, nomeadamente ficheiros em *excel*, *templates* e outros, que constituem alguns dos documentos e sistemas usados durante o processo de contratualização, mais concretamente na etapa de negociação dos CP com as instituições. Este processo incluiu a consolidação de propostas de CP elaboradas pela ARSC, com as propostas de planos estratégicos desenvolvidos pelos Hospitais, CH e ULS.

- Análise de *benchmarking* do posicionamento dos hospitais da Região Centro:

Esta tarefa traduziu-se na realização de um relatório que se debruçou na análise de *benchmarking* para identificar o posicionamento dos hospitais da Região Centro nos respetivos grupos de financiamento. Para a realização da análise supramencionada recorreu-se a dados reportados pelas instituições referentes ao período de atividade entre janeiro e julho de 2017, tendo-se analisado apenas as entidades exclusivamente hospitalares pertencentes ao setor empresarial do estado. Estas entidades foram avaliadas consoante o seu desempenho em indicadores pertencentes a quatro dimensões: Acesso, Produtividade, Desempenho Assistencial e Económico-Financeira.

- Análise do desempenho em produção SNS por todas as instituições hospitalares da Região Centro.
- Participação nas reuniões de contratualização com as instituições hospitalares do centro, que visavam fundamentalmente o estabelecimento de acordos relativamente às quantidades de produção SNS para 2018, *plafond* a atribuir e objetivos de qualidade e eficiência (nacionais e regionais).
- Participação nas reuniões com a equipa de trabalho regional do PPCIRA (Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos), que visaram a melhor compreensão do tema e ainda o esclarecimento de dúvidas relativamente às formas e a viabilidade da avaliação do desempenho das instituições nesta temática das infeções.

Durante o estágio foram ainda realizadas enumeras tarefas diárias de outro teor, consoante as requisições e necessidades que surgiam na ordem de trabalhos, tais como:

- Preparação de apresentações PowerPoint para conferências temáticas na área da saúde;
- Realização de atas de reuniões;
- Análise de dados para acompanhamento da atividade hospitalar;
- Extração de dados por Query Ad-Hoc na aplicação Sistema de Informação para a Contratualização e Acompanhamento (SICA).

## **CAPÍTULO 5: ESTUDO DE CASO**

As atividades desenvolvidas na ARSC tendencialmente recaíram sobre a temática do desempenho e sua avaliação, concretamente através do acompanhamento de indicadores contratualizados. Desta forma, propôs-se a conceção de uma análise da evolução dos resultados obtidos em indicadores estabelecidos em CP e respetivas metas contratualizadas para cada um dos hospitais EPE da Região Centro.

### **5.1. Entidades e período de análise**

O objetivo do estudo reside em conseguir retirar potenciais conclusões relativamente ao impacto da contratualização no desempenho das instituições hospitalares. Deste modo, a primeira fase consistiu na definição do conjunto de instituições hospitalares da Região Centro que iriam ser objeto de análise.

Após a consideração das instituições que se encontram dentro do espectro de possibilidades, definiu-se que a amostra seria constituída pelos CH que fazem parte da rede hospitalar da ARSC, ficando excluídas da amostra as ULS e os hospitais (tanto distritais, como os especializados). Desta forma, a amostra usada no estudo é constituída pelas seguintes unidades de prestação de CSH:

- CHCB;
- CHL;
- CHBV;
- CHUC;
- CHT.

O conjunto de instituições supramencionadas apresentam semelhanças no que respeita ao estatuto, estrutura organizacional e tipo de serviços prestados, sendo ainda importante referir que estas instituições contratualizam os mesmos indicadores em CP. A presença de todas estas características revela-se fundamental para que se eleve o nível de

semelhança dentro da amostra e conseqüentemente seja possível alcançar resultados consistentes e com maior grau de comparabilidade.

Importa referir que, os dados recolhidos para análise correspondem ao período compreendido entre 2012 e 2016 e a principal fonte dos mesmos foi o SICA. Trata-se de um sistema desenvolvido especificamente para a ACSS com o objetivo de suportar o processo de contratualização e respetivo acompanhamento. Este sistema incorpora as seguintes componentes: Portal SICA, Gestor de Informação (para submissão/aprovação de tarefas), *ProClarity* (para análises *Ad-hoc*) e Microsite de *Dashboards*.

## 5.2. Indicadores analisados

Posteriormente à definição das entidades e do período de análise, procedeu-se à seleção dos indicadores que iriam ser objeto de estudo com base em algumas características que estes detêm. Note-se que os indicadores estabelecidos e contratualizados em CP visam incentivar a melhoria do desempenho das instituições e a responsabilização dos prestadores de serviços de saúde. Este incentivo traduz-se numa componente do financiamento, correspondente a uma pequena percentagem do valor do CP do ano em questão, que está associada ao cumprimento dos objetivos estabelecidos (ACSS, 2017).

Os indicadores contratualizados e definidos em CP em cada ano apresentam-se divididos em duas vertentes distintas, em que 60% são de origem nacional, ou seja, estão associados a objetivos institucionais comuns a nível nacional, e os restantes 40% são de origem regional, o que significa que estão relacionados a objetivos institucionais de cada região de saúde (ACSS, 2017).

Os indicadores nacionais são definidos pela ACSS e visam a avaliação da *performance* em diferentes dimensões, nomeadamente a dimensão do acesso, qualidade/desempenho assistencial e eficiência. No apêndice II apresenta-se o conjunto de indicadores nacionais contratualizados com instituições hospitalares ao longo dos últimos anos.

As variáveis eleitas para análise compõem o referido conjunto de indicadores nacionais e foram selecionadas consoante alguns parâmetros, com especial relevo no período de tempo em que permaneceram contratualizados em CP e a dimensão a que se aplicam - acesso, qualidade/desempenho assistencial ou eficiência. Assim, selecionaram-se os seguintes indicadores, cujas fórmulas de cálculo são apresentadas no apêndice III:

- ✓ Indicador 1: Percentagem de primeiras consultas médicas no total de consultas médicas;
- ✓ Indicador 2: Percentagem de doentes saídos com duração de internamento acima do limiar máximo;
- ✓ Indicador 3: Percentagem de reinternamentos em 30 dias, na mesma grande categoria de diagnóstico;
- ✓ Indicador 4: *Earnings Before Interest, Taxes, Depreciation and Amortization (EBITDA)*.

O conjunto de indicadores de desempenho selecionados podem ser classificados como indicadores de *output*, uma vez que medem os resultados obtidos numa determinada área ou atividade, avaliando desta forma a eficiência e a qualidade dos serviços prestados em matéria de saúde, tendo em conta o montante de recursos disponibilizados.

Os indicadores 1, 2 e 3 fazem parte do conjunto de indicadores nacionais inseridos na dimensão da qualidade/desempenho assistencial, enquanto o indicador 4 encontra-se inserido na dimensão da eficiência.

Relativamente às características que devem ser atribuídas aos indicadores de forma a garantir o seu valor, e que foram discutidas no capítulo 3, os indicadores selecionados apresentam-se definidos de forma clara e objetiva, são relevantes dada a natureza das questões que abordam e exibem elevados níveis de viabilidade e robustez, na medida em que a informação necessária para o cálculo dos mesmos se encontra disponível e é consistente.

Seguindo a lógica de Kaufman (1988), podemos afirmar que os quatro indicadores selecionados podem ser adjetivados como indicadores úteis, uma vez que é possível identificar de forma clara e evidente o posicionamento, a mensurabilidade e classificação relativamente aos cinco elementos organizacionais identificados pelo autor. Assim, o universo de indicadores em causa apresenta-se orientado para as consequências, avaliando os resultados em termos de qualidade e eficiência dos processos face aos recursos utilizados, é medido através de cálculos da razão, ou seja, pela relação entre valores, e por fim, podem ser classificados como produtos ou *outputs*.

Importa ainda referir que, em saúde, por vezes não existe uma distinção concreta entre indicadores de *output* e *outcome*, no entanto considera-se que indicadores de *outcome* são aqueles que medem o estado da saúde da população, ou seja medem as consequências dos serviços prestados em saúde.

### 5.3. Apresentação e análise dos resultados

Nesta secção destacam-se alguns pontos de análise tendo por base os gráficos e tabelas elaborados, concretamente os Gráficos 1, 2, 3 e 4 que exibem a evolução do desempenho, traduzido em resultados obtidos, dos CH em cada indicador, e as Tabelas 1, 2, 3 e 4 que fornecem informação relativa à variação dos referidos resultados e respetivas metas.

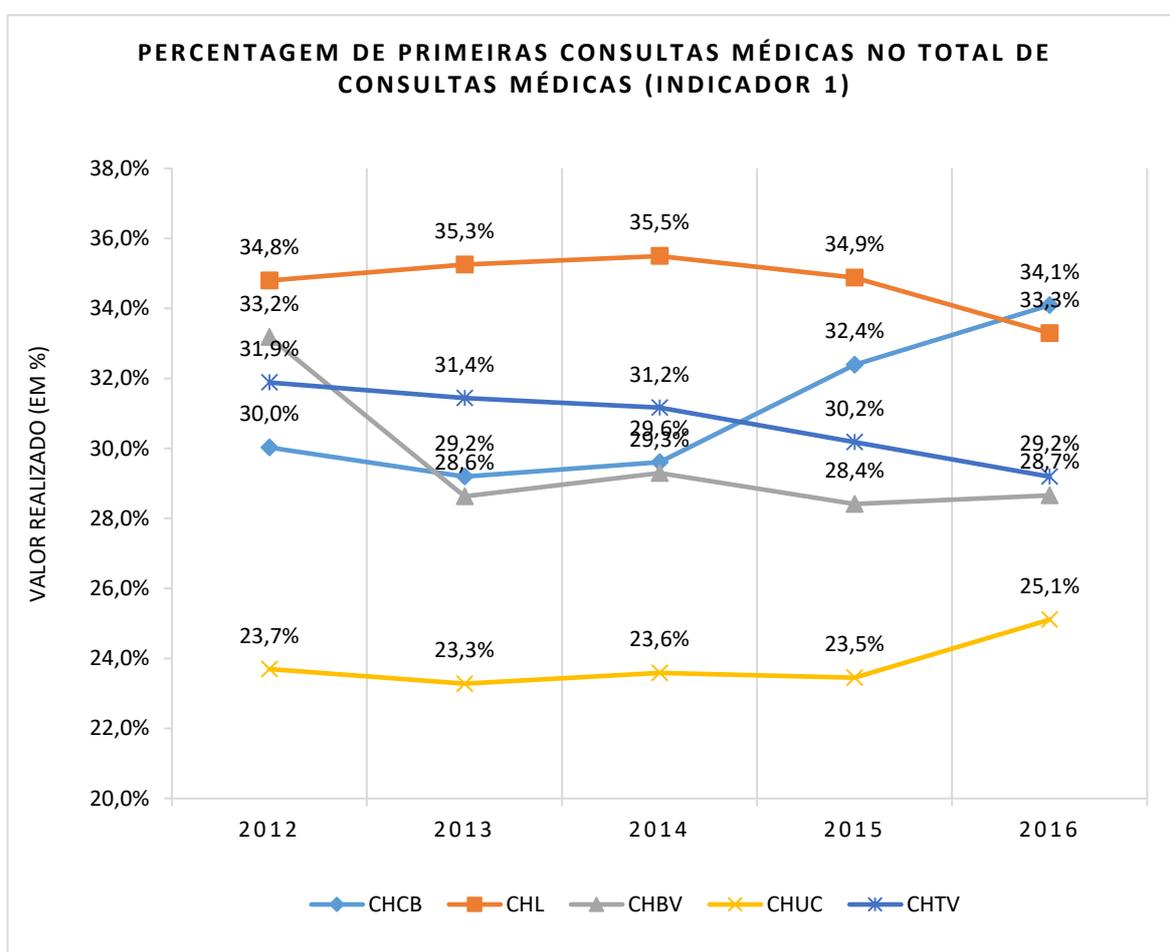


Gráfico 1: Evolução dos resultados obtidos pelos CH no indicador 1

Fonte: SICA

PERCENTAGEM DE PRIMEIRAS CONSULTAS MÉDICAS NO TOTAL DE CONSULTAS MÉDICAS (Indicador 1)					
CHCB					
	2012	2013	2014	2015	2016
Meta	29,0%	30,3%	30,0%	30,0%	32,4%
Δ Meta		1,3%	-0,3%	0,0%	2,4%
Δ Resultado		-0,8%	0,4%	2,8%	1,7%
Sinal		-	-	+	+
Alcançou a meta?	Sim	Não	Não	Sim	Sim
CHL					
	2012	2013	2014	2015	2016
Meta	35,0%	33,3%	35,0%	35,0%	35,0%
Δ Meta		-1,7%	1,7%	0,0%	0,0%
Δ Resultado		0,5%	0,2%	-0,6%	-1,6%
Sinal		-	+	-	-
Alcançou a meta?	Não	Sim	Sim	Não	Não
CHBV					
	2012	2013	2014	2015	2016
Meta	33,5%	35,9%	34,0%	32,0%	30,0%
Δ Meta		2,4%	-1,9%	-2,0%	-2,0%
Δ Resultado		-4,6%	0,7%	-0,9%	0,2%
Sinal		-	-	+	-
Alcançou a meta?	Não	Não	Não	Não	Não
CHUC					
	2012	2013	2014	2015	2016
Meta	24,0%	24,0%	24,0%	25,0%	25,2%
Δ Meta		0,0%	0,0%	1,0%	0,2%
Δ Resultado		-0,4%	0,3%	-0,1%	1,7%
Sinal		-	+	-	+
Alcançou a meta?	Não	Não	Não	Não	Não
CHTV					
	2012	2013	2014	2015	2016
Meta	32,0%	33,5%	32,5%	32,5%	32,5%
Δ Meta		1,5%	-1,0%	0,0%	0,0%
Δ Resultado		-0,4%	-0,3%	-1,0%	-1,0%
Sinal		-	+	-	-
Alcançou a meta?	Não	Não	Não	Não	Não

Tabela 1: Dados relativos ao indicador 1 para cada CH, Fonte: SICA

Relativamente ao indicador 1, é possível tecer as seguintes observações:

- De forma geral não existe uma tendência ou padrão no que diz respeito à evolução do desempenho dos CH no indicador. Esta afirmação é evidenciada pelo Gráfico 1, que regista uma evolução maioritariamente positiva registada pelo CHCB, contrariamente ao desempenho deteriorado registado pelo CHTV e pelo CHBV, e ainda pelos resultados genericamente estáveis apresentados pelo CHL e pelo CHUC;
- As variações percentuais assinaladas nos resultados obtidos apresentam-se como pouco significativas, registando-se uma variação média nos resultados de -0,2%;
- As metas contratualizadas com as instituições, à exceção do CHL, apresentam um cenário de desenvolvimento positivo ao longo dos anos em análise, registando-se uma variação média de 0,1%. Verifica-se desta forma um aumento da exigência, ainda que de forma muito gradual;
- O sinal resultante das variações de resultados e metas apresenta-se maioritariamente negativo, evidenciando desenvolvimentos em sentidos opostos;
- Os CH demonstram inabilidade geral na satisfação das metas. Em cada ano, apenas 1 em cada 5 CH atinge o valor da meta contratualizada, como é o caso do CHCB e o CHL.

Tendo em conta o conjunto de aspetos referido, pode-se concluir que neste indicador o aumento da exigência das metas não se traduz numa melhoria consistente do resultado dos CH. Genericamente, os dados e a informação recolhida para este indicador evidenciam a não existência de relação entre metas e resultados, na medida em que variações positivas nas metas não induzem variações positivas nos resultados, e vice-versa. Além disto, a informação exhibe ainda uma incapacidade nítida das instituições no cumprimento das metas contratualizadas.

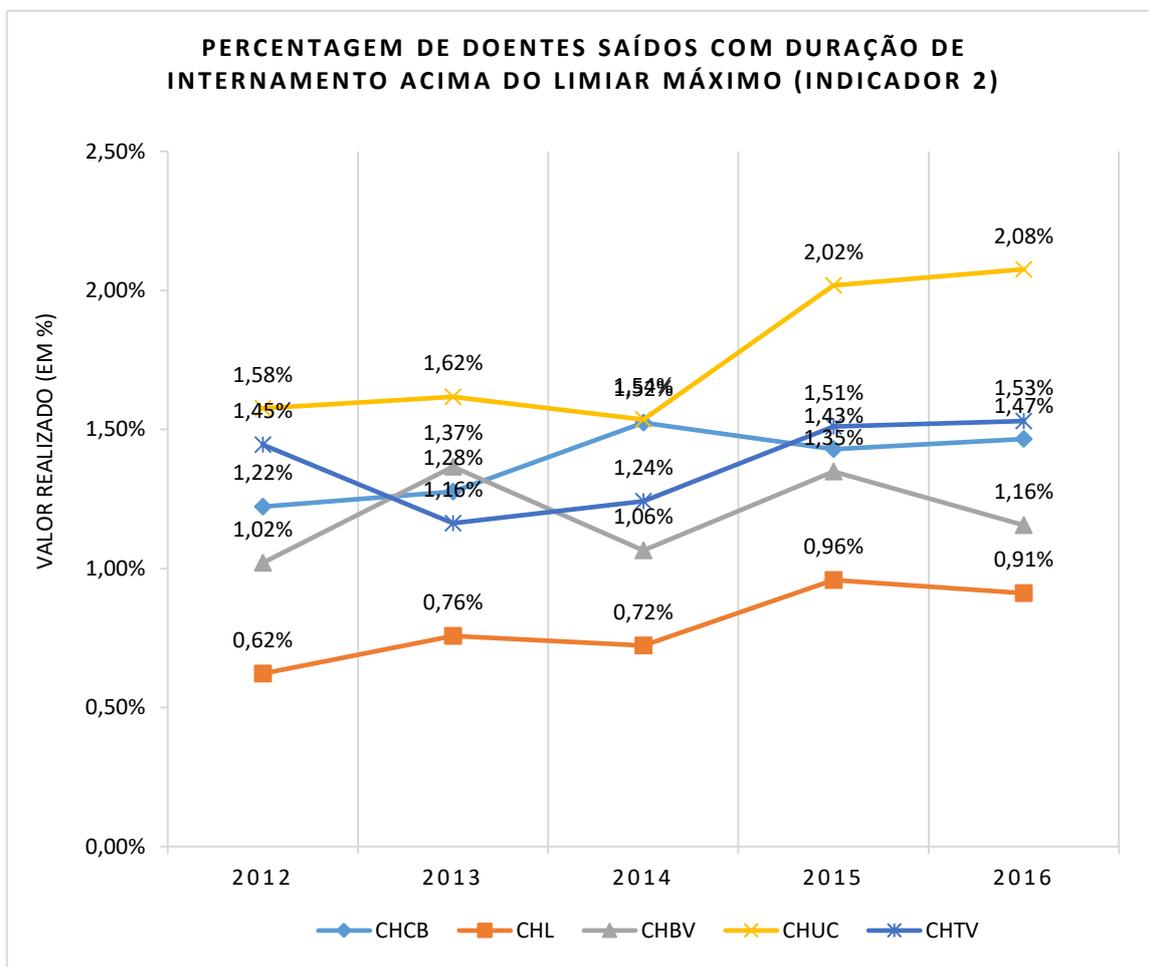


Gráfico 2: Evolução dos resultados obtidos pelos CH no indicador 2

Fonte: SICA

PERCENTAGEM DE DOENTES SAÍDOS C/ DURAÇÃO DE INTERNAMENTO ACIMA DO LIMIAR MÁXIMO (Indicador 2)					
<b>CHCB</b>					
	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>
<b>Meta</b>	1,34%	1,35%	1,22%	1,40%	1,40%
<b>Δ Meta</b>		0,01%	-0,13%	0,18%	0,00%
<b>Δ Resultado</b>		0,05%	0,25%	-0,10%	0,04%
<b>Sinal</b>		+	-	-	+
<b>Ultrapassou o limite?</b>	Não	Não	Sim	Sim	Sim
<b>CHL</b>					
	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>
<b>Meta</b>	0,70%	0,75%	0,80%	0,80%	0,90%
<b>Δ Meta</b>		0,05%	0,05%	0,0%	0,10%
<b>Δ Resultado</b>		0,14%	-0,03%	0,24%	-0,05%
<b>Sinal</b>		+	-	+	-
<b>Ultrapassou o limite?</b>	Não	Sim	Não	Sim	Sim
<b>CHBV</b>					
	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>
<b>Meta</b>	1,00%	0,99%	1,00%	1,00%	1,25%
<b>Δ Meta</b>		-0,01%	0,01%	0,00%	0,25%
<b>Δ Resultado</b>		0,35%	-0,30%	0,28%	-0,19%
<b>Sinal</b>		-	-	+	-
<b>Ultrapassou o limite?</b>	Sim	Sim	Sim	Sim	Não
<b>CHUC</b>					
	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>
<b>Meta</b>	1,00%	1,42%	1,40%	1,20%	1,90%
<b>Δ Meta</b>		0,42%	-0,02%	-0,20%	0,70%
<b>Δ Resultado</b>		0,04%	-0,08%	0,48%	0,06%
<b>Sinal</b>		+	+	-	+
<b>Ultrapassou o limite?</b>	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
<b>CHTV</b>					
	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>
<b>Meta</b>	1,77%	1,40%	1,10%	1,10%	1,10%
<b>Δ Meta</b>		-0,37%	-0,30%	0,0%	0,0%
<b>Δ Resultado</b>		-0,28%	0,08%	0,27%	0,02%
<b>Sinal</b>		+	-	+	+
<b>Ultrapassou o limite?</b>	Não	Não	Sim	Sim	Sim

Tabela 2: Dados relativos ao indicador 2 para cada CH, Fonte: SICA

Em relação ao indicador 2, salientam-se os seguintes pontos:

- Numa perspetiva global, o desempenho evidenciado pelos CH tem piorado ao longo dos anos em análise;
- O agravamento do desempenho é demonstrado pelo aumento dos valores obtidos pelas instituições neste indicador, cujo objetivo ideal seria alcançar um valor nulo ou muito próximo deste;
- A variação média dos resultados obtidos pelos CH é positiva (0,06%), o que neste indicador traduz uma degradação dos resultados;
- As metas contratualizadas com os CH, à exceção do CHTV, evidenciam reduções graduais no nível exigência, possivelmente refletindo um entendimento da incapacidade revelada pelos CH em atingir as metas previamente fixadas. Esta afirmação é comprovada pelas variações positivas registadas no período em análise, o que se traduz numa atenuação média das metas de 0,04%. Importa ter em atenção que neste indicador as metas estabelecem valores máximos que não devem ser excedidos;
- Ainda relativamente ao valor das metas contratualizadas, o CHUC é o CH que regista a maior quebra na exigência destas, mais especificamente no ano de 2016, em que o valor da meta é atenuado em 0,70%;
- O sinal resultante das variações de resultados e metas apresenta-se na maioria dos casos positivo, evidenciando evoluções no mesmo sentido;
- À semelhança do que acontece no indicador 1, analisado anteriormente, os CH tendem a não satisfazer as metas.

Conclui-se que neste indicador existem evidências de uma possível relação entre metas e resultados, na medida em que o sentido da evolução das primeiras aparenta influenciar o desempenho dos CH. Os dados e informação exposta refletem a existência de degradações no valor das metas, que consequentemente induziu a resultados tendencialmente insatisfatórios obtidos pelos CH.

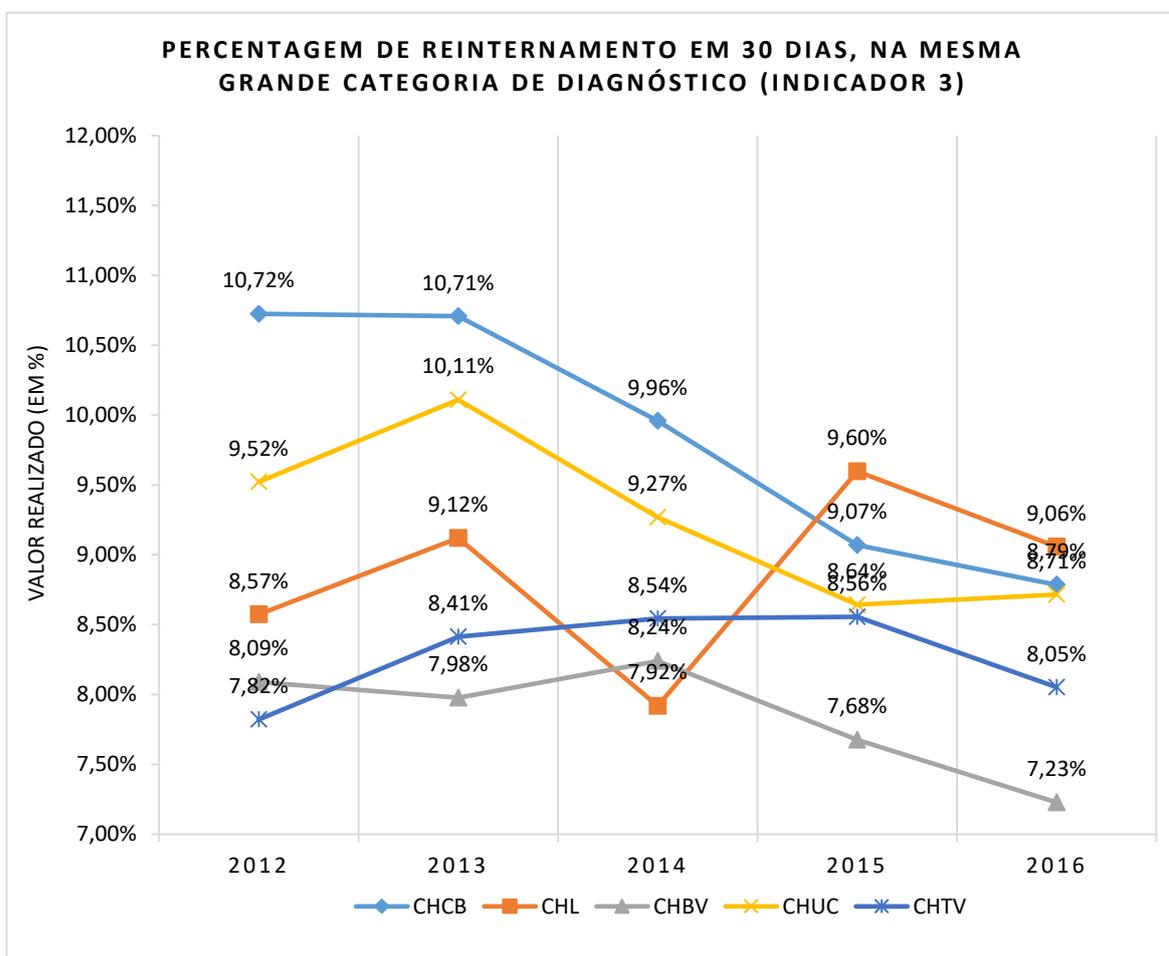


Gráfico 3: Evolução dos resultados obtidos pelos CH no indicador 3

Fonte: SICA

PERCENTAGEM DE REINTERNAMENTO 30 DIAS, NA MESMA GRANDE CATEGORIA DE DIAGNÓSTICO (Indicador 3)					
<b>CHCB</b>					
	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>
<b>Meta</b>	11,55%	9,00%	9,00%	8,60%	5,00%
<b>Δ Meta</b>		-2,55%	0,00%	-0,40%	-3,60%
<b>Δ Resultado</b>		-0,02%	-0,75%	-0,89%	-0,28%
<b>Sinal</b>		+	-	+	+
<b>Ultrapassou o limite?</b>	Não	Sim	Sim	Sim	Sim
<b>CHL</b>					
	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>
<b>Meta</b>	9,50%	8,00%	7,90%	7,50%	4,50%
<b>Δ Meta</b>		-1,50%	-0,10%	-0,40%	-3,00%
<b>Δ Resultado</b>		0,55%	-1,20%	1,68%	-0,54%
<b>Sinal</b>		-	+	-	+
<b>Ultrapassou o limite?</b>	Não	Sim	Não	Sim	Sim
<b>CHBV</b>					
	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>
<b>Meta</b>	8,00%	7,80%	7,50%	7,20%	3,70%
<b>Δ Meta</b>		-0,20%	-0,30%	-0,30%	-3,50%
<b>Δ Resultado</b>		-0,11%	0,26%	-0,56%	-0,45%
<b>Sinal</b>		+	-	+	+
<b>Ultrapassou o limite?</b>	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
<b>CHUC</b>					
	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>
<b>Meta</b>	11,50%	8,20%	9,20%	8,00%	4,90%
<b>Δ Meta</b>		-3,30%	1,00%	-1,20%	-3,10%
<b>Δ Resultado</b>		0,59%	-0,84%	-0,63%	0,07%
<b>Sinal</b>		-	-	+	-
<b>Ultrapassou o limite?</b>	Não	Sim	Sim	Sim	Sim
<b>CHTV</b>					
	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>
<b>Meta</b>	7,95%	7,50%	7,80%	7,40%	4,50%
<b>Δ Meta</b>		-0,45%	0,30%	-0,40%	-2,90%
<b>Δ Resultado</b>		0,59%	0,13%	0,01%	-0,50%
<b>Sinal</b>		-	+	-	+
<b>Ultrapassou o limite?</b>	Não	Sim	Sim	Sim	Sim

Tabela 3: Dados relativos ao indicador 3 para cada CH, Fonte: SICA

Quanto ao indicador 3, importa referir os seguintes pontos:

- Os CH apresentam uma evolução genericamente positiva do desempenho;
- Destacam-se os resultados obtidos pelo CHCB e pelo CHUC. Esta tendência de melhoria não é constatada apenas no CHL, que regista uma deterioração média dos resultados de 0,12%;
- As metas contratualizadas denotam um aumento dos níveis de exigência. Este aumento abarca todos os CH e é confirmado pela redução dos valores contratualizados, ano após ano, verificando-se apenas dois episódios excecionais no ano de 2014;
- Os valores contratualizados em termos de metas registaram uma variação média de -1,30%;
- A informação relativa ao sinal resultante das variações de resultados e metas indica existir maioritariamente variações no mesmo sentido, ou seja, de sinal positivo;
- Apesar da melhoria do desempenho assinalada, mais uma vez os CH genericamente não cumprem as metas.

Com base nos aspetos destacados, pode-se concluir que neste indicador os valores das metas contratualizados aparentam influenciar os resultados obtidos pelos CH, ou seja, existe uma relação entre estas variáveis. Neste indicador registou-se a evolução no sentido do aumento da exigência bastante acentuada das metas, em comparação com as variações médias registadas nos restantes indicadores, e conseqüentemente uma melhoria geral dos resultados obtidos pelas instituições.

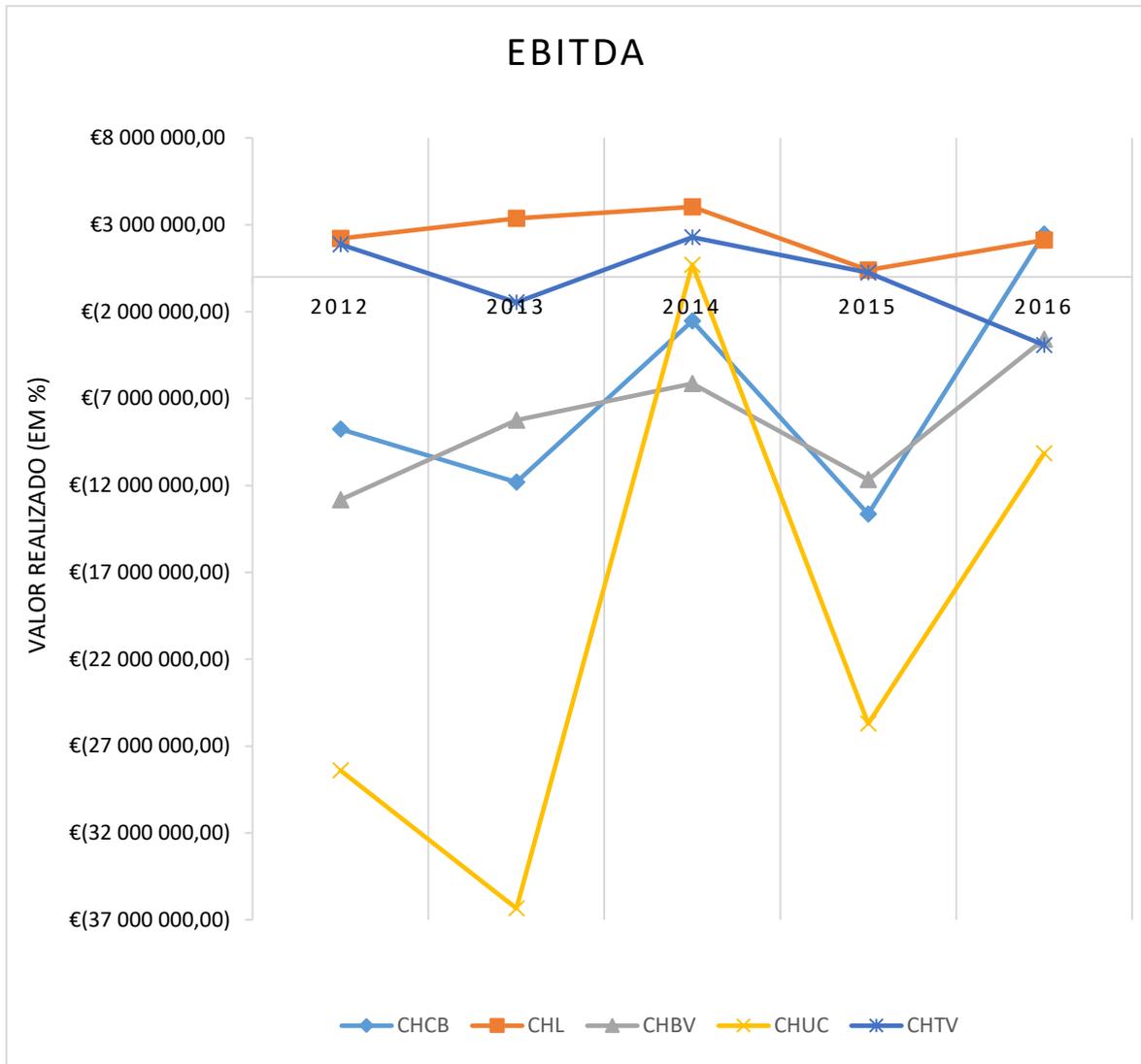


Gráfico 4: Evolução dos resultados obtidos pelos CH no indicador 4

Fonte: SICA

EBITDA (Indicador 4)					
CHCB					
	2012	2013	2014	2015	2016
Meta	-10.361.041,85€	-15.264.451,16€	0,00€	0,00€	0,00€
Δ Meta		-4.903.409,31€	15.264.451,16€	0,00€	0,00€
Δ Resultado		-3.057.493,66€	9.271.898,29€	-11.108.902,40€	16.104.995,58€
Sinal		+	+	-	+
Atingiu a meta?	Sim	Sim	Não	Não	Sim
CHL					
	2012	2013	2014	2015	2016
Meta	3.218.366,30€	6.222,02€	1.000.000,00€	0,00€	-748.983,14€
Δ Meta		-3.212.144,28€	993.777,98€	-1.000.000,00€	-748.983,41€
Δ Resultado		1.166.494,45€	662.261,79€	-3.636.093,34€	1.728.574,91€
Sinal		-	+	+	-
Atingiu a meta?	Não	Sim	Sim	Sim	Sim
CHBV					
	2012	2013	2014	2015	2016
Meta	-8.752.323,26€	-7.697.538,81€	12.788,44€	0,00€	-3.589.982,79€
Δ Meta		1.054.784,45€	7.710.327,25€	-12.788,44€	-3.589.982,79€
Δ Resultado		4.582.430,97€	2.096.428,29€	-5.521.623,03€	8.078.997,36€
Sinal		+	+	-	-
Atingiu a meta?	Não	Não	Não	Não	Sim
CHUC					
	2012	2013	2014	2015	2016
Meta	-26.978.489,00€	-32.061.198,00€	1.514.567,00€	0,00€	-7.314.820,01€
Δ Meta		-5.082.709,00€	33.575.765,00€	-1.514.567,00€	-7.314.820,01€
Δ Resultado		-7.933.465,48€	37.041.563,20€	-26.410.781,20€	15.553.950,96€
Sinal		+	+	+	-
Atingiu a meta?	Não	Não	Não	Não	Não
CHTV					
	2012	2013	2014	2015	2016
Meta	2.155.629,41€	-3.632.627,54€	780,86€	0,00€	-5.628.585,66€
Δ Meta		-5.788.256,95€	3.633.408,40€	-780,86€	-5.628.585,66€
Δ Resultado		-3.323.937,48€	3.741.464,22€	-2.031.397,41€	-4.174.266,84€
Sinal		+	+	+	+
Atingiu a meta?	Não	Sim	Sim	Sim	Sim

Tabela 4: Dados relativos ao indicador 4 para cada CH, Fonte: SICA

Analogamente, no indicador 4 destacam-se os pontos infra:

- Os dados revelam elevados níveis de instabilidade no que concerne aos resultados alcançados pelos CH;
- Apesar da evidente instabilidade, algumas instituições apresentam valores satisfatórios, como é o caso do CHL que regista resultados para o EBITDA positivos em todos os períodos em análise;
- O CHUC destaca-se negativamente, tanto pelos resultados insuficientes, como pela inconsistência dos mesmos;
- Também os valores das metas contratualizadas apresentam grande instabilidade e grandes oscilações durante o período em análise, não existindo uma tendência ou padrão de evolução;
- O sinal resultante das variações de resultados e metas apresenta-se maioritariamente positivo, evidenciando evoluções no mesmo sentido;
- Os CH aparentam deter uma ligeira maior capacidade de satisfação das metas contratualizadas neste indicador, do que nos indicadores anteriormente analisados.

Tendo em conta o conjunto de aspetos salientados, constata-se que os resultados dos CH neste indicador tendem a evoluir no mesmo sentido que as metas contratualizadas, denotando a existência de uma relação entre estas variáveis. Evidencia-se que variações positivas nas metas traduzem variações positivas nos resultados, e vice-versa. Além de mais, os dados exibem ainda a existência de um maior número de CH capazes de cumprir as metas.

Importa referir que este indicador está inserido no conjunto de indicadores de eficiência e tem origem financeira, portanto, as metas contratualizadas geralmente resultam de previsões realizadas pelos CH. Assim, os valores contratualizados para este indicador desempenham a função de “guia”, ou seja, tratam-se de valores base dos quais os CH não se devem desviar de forma significativa. Este argumento justifica as grandes oscilações verificadas no valor das metas no período em análise.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os CSH desempenham um papel fundamental no SNS e na prestação de cuidados à população. Por outro lado, constituem também os cuidados que captam a maior parte dos recursos afetos ao financiamento dos cuidados de saúde e, portanto, existe uma crescente pressão no sentido do controlo da despesa e importância atribuída a princípios de eficiência e eficácia. Assim, no seguimento destas necessidades surgiu o processo de contratualização e este veio alterar o funcionamento e gestão dos serviços neste setor.

O desenvolvimento deste relatório revelou-se extremamente profícuo na perceção do funcionamento do Sistema de Saúde em Portugal e ainda da importância da introdução do processo de contratualização.

Relativamente ao objetivo deste relatório, que visa a melhor compreensão do impacto da contratualização no desempenho das instituições hospitalares, conclui-se que, em Portugal, o processo de contratualização não é totalmente efetivo, ou seja, este processo não é forçosamente impactante na melhoria do desempenho destas instituições prestadoras de cuidados de saúde. No entanto, constata-se que a contratualização contribui para a melhoria do acesso e dos serviços prestados à população, através do desenvolvimento de CP onde se estabelecem mínimos de produção e níveis de desempenho em determinadas áreas.

Apesar de, na maioria das vezes, as instituições não alcançarem ou cumprirem os pressupostos estabelecidos, é possível afirmar que a contratualização orienta estas entidades para que atentem em algumas áreas de relevo, seja por meio da definição de indicadores a inserir em CP ou pelo estabelecimento de padrões de desempenho, permitindo a adaptação e implementação de medidas corretivas por parte das instituições na sua estratégia.

No caso concreto dos CH da Região Centro, a análise dos resultados demonstrou evidências de uma possível relação entre metas e resultados em determinados indicadores,

na medida em que os valores contratualizados para as metas aparentam influenciar os resultados obtidos pelas instituições. Esta aparente influência do processo de contratualização é denotada essencialmente em dimensões orientadas para a vertente da qualidade/desempenho assistencial, possivelmente refletindo uma certa incapacidade dos CH em controlar ou manipular o seu desempenho em áreas como o acesso e a eficiência.

A desvirtuação do processo de contratualização em determinadas áreas pode derivar dos constrangimentos financeiros, na medida em que a dotação atribuída a cada região e conseqüentemente a cada instituição prestadora de cuidados de saúde limita a capacidade de produção de serviços, e conseqüentemente a capacidade de aumentar, por exemplo, o acesso.

Segundo Escoval é essencial que se continue a trabalhar no sentido de promover uma nova síntese entre a teoria e a prática da contratualização nos cuidados de saúde em Portugal, aprendendo com a experiência, revendo as práticas a partir de novos patamares de elaboração (Escoval, O processo de contratualização na saúde em Portugal (1996-2005), 2010).

Este relatório apresenta algumas limitações que se prendem com as fontes de informação disponíveis e com as variáveis de estudo utilizadas, nomeadamente o número limitado de indicadores e entidades em estudo. Estas limitações devem ser tidas em consideração aquando da interpretação dos resultados obtidos.

Importa ainda referir, como conclusão final, que estes últimos meses revelaram-se fundamentais para o meu percurso de aprendizagem, tanto a nível académico e profissional como a nível pessoal.

**BIBLIOGRAFIA**

- ACSS & APDH. (2016). *Ação - Formação de Suporte ao Modelo de Contratualização nos Serviços de Saúde*. Referencial de Formação 2016-2018, Lisboa.
- ACSS. (Novembro de 2017). Termos de Referência para contratualização de cuidados de saúde no SNS para 2018. pp. 11 e 27-31 e 60-73.
- Administração Central do Sistema de Saúde. (2011). *Contratualização Externa e Interna*. Obtido de [http://www2.acss.min-saude.pt/Portals/0/23\\_Jul\\_2010\\_UOFC.pdf](http://www2.acss.min-saude.pt/Portals/0/23_Jul_2010_UOFC.pdf)
- Administração Regional de Saúde do Centro, IP. (s.d.). Obtido de <http://www.arscentro.min-saude.pt/Institucional/Paginas/Organiza%c3%a7%c3%a3o.aspx>
- Administração Regional de Saúde do Centro, IP. (julho de 2017). Relatório de Atividades. *Relatório de Atividades 2016*, pp. 41-47, 55-63.
- Araújo, J. F. (2000). Hierarquia e Mercado: A Experiência Recente da Administração Gestionária. *2ª Encontro INA – Moderna gestão pública: dos meios aos resultados*.
- Arnaut, A. (2009). *Serviço Nacional de Saúde SNS - 30 Anos de Resistência*. Coimbra: Coimbra Editora.
- Barros, P. P. (1999). *As Políticas de Saúde em Portugal nos Últimos 25 Anos: evolução da prestação na década 1987-1996*. Faculdade de Economia da Universidade Nova de Lisboa. Obtido de <https://momentoseconomicos.files.wordpress.com/2011/06/apesjan99.pdf>
- Campos, A. C. (2008). O Fio Condutor. Em A. C. Campos, *Reformas de Saúde - O Fio Condutor* (pp. 25-45). Coimbra: Edições Almedina, SA.
- Campos, A. C., & Simões, J. (2011)<sup>a</sup>. A saúde na União Europeia. Em A. C. Campos, & J. Simões, *O Percorso da Saúde: Portugal na Europa* (pp. 77-93). Coimbra: Edições Almedina, SA.
- Campos, A. C., & Simões, J. (2011)<sup>b</sup>. O sistema de saúde português. Em A. C. Campos, & J. Simões, *O Percorso da Saúde: Portugal na Europa* (pp. 111-159). Coimbra: Edições Almedina, SA.
- Campos, A. C., & Simões, J. (2011)<sup>c</sup>. Os Sistemas de Saúde em países da OCDE. Em A. C. Campos, & J. Simões, *O Percorso da Saúde: Portugal na Europa* (pp. 37-75). Coimbra: Edições Almediana, SA.
- Carlson, V., Chilton, M., Corso, L., & Beitsch, L. (2015). Public Health Governance - Defining the Functions of Public Health Governance. *American Journal of Public Health*.

- Carvalho, M. T. (2006). A Nova Gestão Pública, as reformas no setor da saúde e os profissionais de enfermagem com funções de gestão em Portugal. Universidade de Aveiro. Obtido de <https://ria.ua.pt/bitstream/10773/4621/1/206895.pdf>
- Coordenação Nacional para a Reforma do SNS. (2017). *Contratualização CSP 2017 - Operacionalização do Processo de Contratualização UCSP e USF*. Cuidados de Saúde Primários.
- Entidade Reguladora da Saúde. (2012). *Estudo para a Carta Hospitalar*. Porto.
- Equipa de Investigação da Escola Nacional de Saúde Pública/UNL. (Abril de 2009). Fase 1 - Estrutura do Projecto de Investigação. *Contratualização em Cuidados de Saúde Primários - Horizonte 2015/20*.
- Escoval, A. (2010). O processo de contratualização na saúde em Portugal (1996-2005). *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 7-24, Vol.9.
- Escoval, A., Fernandes, A., Matos, T., & Santos, A. (2010). *Plano Nacional de Saúde 2011-2016 - Cuidados de Saúde Hospitalares*.
- Escoval, A., Ribeiro, R., & Matos, T. (2010). A contratualização em Cuidados de Saúde Primários: o contexto internacional. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 41-57, Vol.9.
- Fernandes, A. C. (2014). A combinação Público-privado. Em A. C. Campos, & J. Simões, *40 anos de Abril na Saúde* (pp. 211-229). Coimbra: Edições Almedina, SA.
- Freitas, P., & Escoval, A. (2010). A transparência na contratualização. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 129-139, Vol. 9.
- INE. (26 de junho de 2017). *Conta Satélite da Saúde, 2014 – 2016Pe*, pp. 1-3.
- Kaufman, R. (1988). Preparing Useful Performance Indicators. *Training and Development Journal*, 80 - 83.
- Lonti, Z., & Gregory, R. (2007). Accountability or Countability? Performance Measurement in the New Zealand Public Service, 1992–2002. *The Australian Journal of Public Administration*, 468–484, Vol.66.
- Manguet, C., & Baye, A. (2006). 3.C. Defining a framework of indicators measure the social outcomes of learning. *Measuring the Effects of Education on Health and Civic Engagement*, 154. (R. Desjardins, & T. Schuller, Edits.)
- Mainz, J. (2003). Defining and classifying clinical indicators for quality improvement. *International Journal for Quality in Health Care*.
- Matos, T. T., Ferreira, A. C., Lourenço, A., & Escoval, A. (2010). Contratualização interna vs. contratualização externa. *REVISTA PORTUGUESA DE SAÚDE PÚBLICA*, 161-167, Vol. 9.

- Nunes, A. (2008). *Indicadores de desempenho para as micro e pequenas empresas: Uma pesquisa com as MPE's associadas a Microempna de Caxia do Sul/RS*. Caxias do Sul.
- OPSS, R. d. (16 de Outubro de 2003). *Observatório Português dos Sistemas de Saúde*. Obtido de <http://www.opss.pt/node/141>
- ROR-Centro. (2016). *Incidência - Doentes diagnosticados na Região Centro em 2009*. Registo Oncológico Regional do Centro . Coimbra: Instituto Português de Oncologia de Coimbra.
- Serviço Nacional de Saúde. (2016). *Reforma do Serviço Nacional de Saúde - Os Hospitais em Portugal*.
- Serviço Nacional de Saúde. (s.d.). *História do SNS*. Obtido de Serviço Nacional de Saúde: <https://www.sns.gov.pt/sns/servico-nacional-de-saude/>
- Simões, J. (2009). *Retrato Político da Saúde - Dependência do Percurso e Inovação em Saúde: Da Ideologia ao Desempenho*. Coimbra: Edições Almedina, SA.
- Sousa, P. A. (2009). O sistema de saúde em Portugal: realizações e desafios. *ACTA - Paulista de Enfermagem*.

## APÊNDICES

## Apêndice I:

Indicador		Percentagem de registos oncológicos completos no total de registos oncológicos	
<b>Tipo de Indicador</b>	Objetivo Regional CP 2018	<b>Entidade Gestora</b>	Hospital, Unidade Local de Saúde
<b>Tipo de falha</b>	Qualidade da Informação	<b>Período aplicável</b>	Ano 2018
<b>Objetivo</b>	Promover a recolha e registo de informação completa e válida pelas instituições no que diz respeito a doenças oncológicas, contribuindo conseqüentemente para o RON.		
<b>Descrição do Indicador</b>	O presente indicador apura a percentagem de registos oncológicos completos no total de registos oncológicos.		
<b>Cláusula CP</b>	Acordo Modificativo 2018 - Hospitais / Centros Hospitalares	<b>Unidade de medida</b>	% (uma casa decimal)
<b>Frequência de monitorização</b>	TRIMESTRAL	<b>Fonte dos dados/ Base da monitorização</b>	Sistema de Informação RON
<b>Responsável pela monitorização</b>	Instituição / ARS	<b>Fórmula</b>	(Nº de registos oncológicos completos/ Total de registos oncológicos) *100
<b>Prazo Entrega Reporting</b>	Dia 10 do mês n+1	<b>Valor de Referência</b>	Definido no Acordo Modificativo 2018 Hospitais / Centros Hospitalares
<b>Órgão fiscalizador</b>	ARS / ACSS	<b>Valor de base</b>	Valor histórico da instituição
<b>Variáveis</b>	<b>Definição</b>	<b>Fonte Informação / SI</b>	<b>Unidade de medida</b>
	Número de registos oncológicos em que se verifica o	IPOC	Número Inteiro

<p>Registos oncológicos completos</p>	<p>preenchimento de todos os seguintes campos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Data de admissão do doente e identificação do mesmo (nome, sexo, data de nascimento, morada, do número de utente, da identificação da instituição, número de processo clínico, profissão e naturalidade);</li> <li>• Classificação do tumor (topográfica e histológica) e CID (Classificação Internacional da Doença);</li> <li>• A data do diagnóstico e do início do tratamento</li> <li>• Identificação do tratamento, bem como qualquer mudança no mesmo.</li> <li>• Registo anual do estado geral do paciente.</li> </ul>		
<p>Total de registo oncológicos</p>	<p>Número total de registo oncológicos contabilizados</p>	<p>IPOC</p>	<p>Número Inteiro</p>

Tabela 5: Bilhete de identidade do indicador "Percentagem de registos oncológicos completos no total de registos oncológicos"

Fonte: ARSC

**Apêndice II:**

<b>Indicadores Nacionais</b>	
<b>Percentagem de primeiras consultas médicas no total de consultas médicas</b>	Acesso
<b>Peso das consultas externas médicas com registo de alta no total de consultas externas médicas</b>	Acesso
<b>Percentagem de utentes referenciados dos cuidados de saúde primários para consulta externa atendidos em tempo adequado</b>	Acesso
<b>Percentagem de doentes cirúrgicos (neoplasias malignas) inscritos em LIC com tempo de espera inferior ou igual ao TMRG</b>	Acesso
<b>Mediana de tempo de espera da LIC, em meses</b>	Acesso
<b>Percentagem de episódios de urgência atendidos dentro do tempo de espera previsto no Protocolo de Triagem de Manchester</b>	Acesso
<b>Permilagem de doentes sinalizados para a RNCCI, em tempo adequado, no total de doentes tratados</b>	Acesso
<b>Percentagem de reinternamentos em 30 dias, na mesma grande categoria de diagnóstico</b>	Qualidade/Desempenho Assistencial
<b>Percentagem de doentes saídos (DS) com duração de internamento acima do limiar máximo</b>	Qualidade/Desempenho Assistencial
<b>Percentagem de cirurgias da anca efetuadas nas primeiras 48 horas</b>	Qualidade/Desempenho Assistencial
<b>Percentagem de cirurgias realizadas em ambulatório no total de cirurgias programadas (GDH)</b>	Qualidade/Desempenho Assistencial
<b>Percentagem de cirurgias realizadas em ambulatório, para procedimentos tendencialmente ambulatorizáveis</b>	Qualidade/Desempenho Assistencial
<b>Índice de demora média ajustada</b>	Qualidade/Desempenho Assistencial
<b>Índice de mortalidade ajustada</b>	Qualidade/Desempenho Assistencial

<b>Índice risco e segurança do doente</b>	Qualidade/Desempenho Assistencial
<b>Percentagem de embalagens de medicamentos genéricos prescritos, no total de embalagens de medicamentos prescritos</b>	Qualidade/Desempenho Assistencial
<b>Percentagem de Custos com Horas Extraordinárias, Suplementos e FSE (seleccionados), no Total de Custos com Pessoal</b>	Eficiência
<b>EBITDA</b>	Eficiência
<b>Acréscimo de Dívida Vencida (Fornecedores externos)</b>	Eficiência
<b>Percentagem de proveitos operacionais próprios (extra contrato), no total de proveitos operacionais</b>	Eficiência

Tabela 6: Indicadores Nacionais

Fonte: ARSC

**Apêndice III:**

Indicador	Fórmula
1	$\frac{\text{Número de 1ªs consultas médicas}}{\text{Total de consultas médicas}} \times 100$
2	$\frac{\text{Total de doentes saídos com duração de internamento acima do limiar máximo}}{\text{Total de doentes saídos, no período em análise}} \times 100$
3	$\frac{\text{Total de reinternamentos, na mesma GCD, ocorridos até 30 dias após a alta do doente}}{\text{Total de episódios de reinternamento, no período em análise}} \times 100$
4	$\Sigma \# 7 \text{ POCMS (71 a 76)} - \Sigma \# 6 \text{ POCMS (61 a 65)}$

Tabela 7: Fórmulas dos indicadores selecionados

Fonte: ARSC