



UNIVERSIDADE D  
COIMBRA

Ana Lúcia Gonçalves Ferreira Gomes

MODERNIZAÇÃO ADMINISTRATIVA:  
UM ESTUDO SOBRE CONTRATUALIZAÇÃO HOSPITALAR

Relatório de Estágio no âmbito do 2º Ciclo de Estudos em Administração Público-Privada,  
orientado pela Doutora Fernanda Paula Marques Oliveira  
e apresentado à Faculdade de Direito da Universidade de Coimbra

Julho de 2019



Ana Lúcia Gonçalves Ferreira Gomes

**Modernização Administrativa: Um estudo sobre  
contratualização hospitalar**

Administrative Modernization: A study on hospital contracting

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

Orientadora: Doutora Fernanda Paula Marques Oliveira

Coimbra, 2019

## **Agradecimentos**

Em primeiro lugar o meu agradecimento aos meus pais e à minha avó pelo seu total apoio nesta caminhada que agora termina. Sem o seu suporte emocional não seria capaz enfrentar os desafios e provações que foram surgindo no meu caminho. A eles a minha eterna gratidão.

Aos amigos de sempre, por nunca se esquecerem de mim e pela compreensão das minhas ausências nos últimos anos.

Aos amigos que Coimbra me deu e que se tornaram parte da minha família, por todos os momentos vividos, risos e lágrimas partilhados e por me terem feito sentir em casa numa cidade que não era minha.

Ao Tiago, por todo o seu amor, carinho, compreensão e apoio mesmo nos momentos mais difíceis.

À Doutora Fernanda Paula Marques, pelo conhecimento transmitido e pela sua ajuda e disponibilidade na realização deste trabalho agora apresentado.

À Administração Regional de Saúde do Centro, em particular ao Departamento de Planeamento e Contratualização por me terem recebido tão bem, por todos os conhecimentos que me foram transmitidos e toda a confiança que depositaram em mim ao longo dos cinco meses de estágio.

À linda cidade de Coimbra por estes últimos anos fantásticos e por me ter permitido fazer parte da sua história. Levarei para sempre os seus ensinamentos comigo.

## **Resumo**

O relatório aqui apresentado resulta do estágio realizado entre outubro de 2018 e fevereiro de 2019 na Administração Regional de Saúde do Centro, integrado no Mestrado em Administração Público Privada da Faculdade de Direito da Universidade de Coimbra.

Este analisa a contratualização hospitalar, considerada umas das mais importantes medidas de modernização administrativa no setor da saúde. Pretendeu-se, através de uma revisão da literatura, perceber o que é a contratualização hospitalar e quais os seus fundamentos.

A análise feita neste relatório permite perceber o impacto que esta ferramenta de gestão teve em Portugal, nomeadamente na eficácia e eficiência das instituições hospitalares, nos seus impactos económico-financeiros e ainda na saúde da população.

Conclui-se, através deste estudo, que a contratualização hospitalar teve um impacto positivo, aumentando a produção apresentada pelas entidades do SNS bem como um aumento na esperança média de vida dos portugueses, verificando-se ainda uma diminuição da percentagem das despesas de saúde no total do Produto Interno Bruto nacional. Neste sentido podemos assumir a contratualização hospitalar como uma das medidas de modernização mais bem-sucedidas no setor da saúde até hoje, através das medidas de gestão privada transpostas para o setor público.

Palavras-Chave: Modernização Administrativa; Contratualização Hospitalar; Saúde; SNS; Administração Pública

## **Abstrac**

The report presented here results from the internship held between October 2018 and February 2019 in the Regional Health Administration of the Center, integrated in the Master's Degree in Public Private Administration of the Faculty of Law of the University of Coimbra.

It analyzes hospital contracting, considered one of the most important administrative modernization measures in the health sector. It was intended, through a review of the literature, to understand what hospital contracting is and what its fundamentals are.

The analysis made in this report makes it possible to cognize the impact that this management tool had in Portugal, namely on the effectiveness and efficiency of hospital institutions, their economic and financial impacts and also on the health of the population.

It was concluded, through this study, that the hospital contracting had a positive impact, increasing the production presented by the NHS entities as well as an increase in the average life expectancy of Portuguese population, with a decrease in the percentage of health expenses in the total national gross domestic product. In this sense we can assume hospital contracting as one of the most successful modernization measures in the health sector until today, through the private management measures transposed to the public sector.

Key words: Administrative Modernization; Hospital Contract; Health; SNS; Public Administration

## **Lista de Siglas**

ACSS – Administração Central dos Sistemas de Saúde

ARS – Administração Regional de Saúde

ARSC – Administração Regional de Saúde do Centro

CH – Centro Hospitalar

DPC – Departamento de Planeamento e Contratualização

EPE – Entidade Pública Empresarial

NPM – *New Public Management*

OPSS – Observatório Português dos Sistemas de Saúde

PAO – Plano de Atividades e Orçamento

PIB – Produto Interno Bruto

SA – Sociedade Anónima

SICA – Sistemas de Informação de Contratualização e Acompanhamento

SNS – Serviço Nacional de Saúde

ULS – Unidade Local de Saúde

# Índice

Agradecimentos .....	I
Resumo .....	II
Abstrac .....	III
Lista de Siglas .....	IV
Índice .....	V
Índice de tabelas.....	VII
Índice de gráficos.....	VIII
Capítulo 1 – Introdução .....	1
1.1 Contexto da Investigação .....	1
1.2 Objetivos da Investigação .....	2
1.3 Estrutura da Investigação .....	3
Capítulo 2 – Enquadramento Teórico .....	4
2.1 <i>New Public Management</i> .....	4
2.2 Modernização Administrativa em Portugal .....	7
2.3 Modernização Administrativa no setor da saúde em Portugal.....	9
2.3.1 Empresarialização dos Hospitais Públicos .....	10
2.3.1.1 Primeira fase de empresarialização .....	12
2.3.1.2 Segunda fase de empresarialização .....	13
2.3.1.3 Terceira fase de empresarialização .....	13
2.3.1.4 Ponto de situação atual .....	14
2.4 Súmula Conclusiva .....	15
Capítulo 3 – Estudo de Caso.....	16
3.1 Introdução .....	16

3.2 Apresentação da Entidade Acolhedora .....	16
3.3 Estudo de caso.....	17
3.3.1 Objetivos .....	18
3.3.2 Metodologia .....	18
3.4 Contratualização Hospitalar .....	19
3.4.1 Contrato-Programa .....	21
3.4.2 Financiamento .....	23
3.4.3 Contratualização Externa e Contratualização Interna .....	25
3.4.4 Processo de contratualização.....	26
3.4.5 Monitorização e Avaliação.....	27
3.4.6 Desafios e problemas enfrentados pela contratualização .....	29
3.5 Impacto da contratualização hospitalar em Portugal .....	30
3.5.1. Evolução da produção dos hospitais do SNS .....	31
3.5.2 Evolução dos indicadores de saúde da população Portuguesa.....	33
3.5.3 Evolução dos valores das despesas com saúde .....	34
3.5.4 Discussão dos Resultados.....	37
Capítulo 4 – Conclusão.....	40
4.1 Introdução .....	40
4.2 Conclusões Gerais.....	40
4.3 Implicações para a Administração Pública .....	41
Bibliografia .....	43
Jurisprudência .....	46
ANEXOS .....	47



## Índice de tabelas

Tabela 1 Consultas, internamentos e episódios de urgência nos Hospitais do SNS (em milhares) .....	31
Tabela 2 Cirurgias (exceto pequenas cirurgias) efetuadas nos hospitais do SNS .....	32
Tabela 3 Expetativa de vida saudável baseada na autoperceção da saúde em Portugal (em anos).....	34
Tabela 4 Despesas correntes em cuidados de saúde .....	35
Tabela 5 Despesa corrente em cuidados de saúde per capita.....	36

## **Índice de gráficos**

Gráfico 1 Cirurgias (exceto pequenas cirurgias) efetuadas nos hospitais do SNS .....	32
Gráfico 2 Esperança média de vida (em anos) .....	33
Gráfico 3 Despesa corrente em cuidados de saúde em % do PIB .....	37

# Capítulo 1 – Introdução

## 1.1 Contexto da Investigação

A modernização na Administração Pública é essencial para que esta consiga responder aos novos desafios económicos e sociais que lhe são impostos quase diariamente. A satisfação das necessidades emergentes dos cidadãos, exigem atividades criadoras de valor, mas que utilizem de forma racional os recursos existentes, recorrendo a novas práticas no funcionamento das organizações, nos processos e nos serviços prestados.

A modernização administrativa em Portugal iniciou-se no período pós 25 de Abril. Até essa data a Administração Pública portuguesa era constituída por estruturas e processos inalterados no tempo. Tal acontecia porque se assumia que o seu funcionamento seria o mais correto, sem existir necessidade de alterações ou fatores indutivos à mudança.

Após o 25 de Abril de 1974 verificou-se que os gastos públicos eram excessivos sendo a Administração Pública demasiado gastadora e ineficiente. Assistia-se também a um descrédito dos cidadãos relativamente à qualidade dos serviços prestados pelas entidades públicas.

O mesmo se verificou, em particular, no setor da saúde, onde numa tentativa de tornar o setor mais eficaz, eficiente, racional e com melhor qualidade dos serviços prestados, foram introduzidas reformas inspiradas nos princípios e métodos da gestão privada no Serviço Nacional de Saúde, doravante denominado de SNS. Teve assim início o processo de modernização do SNS.

Uma das medidas de destaque inseridas neste processo de modernização é a contratualização hospitalar. Este processo trata-se de um novo modelo de financiamento das instituições do SNS, através do qual a sua produção e respetivos custos associados são acordados entre os hospitais/centros hospitalares e o Ministério da Saúde através das Administrações Regionais de Saúde (ARS).

A capacidade de modernizar a Administração Pública é fundamental para que a mesma consiga corresponder aos novos desafios que lhe são impostos, tanto a nível económico como a nível social.

Desde os últimos anos com a crise económica e o memorando de entendimento com a Troika, a modernização administrativa tem cada vez mais um papel de destaque, com principal incidência no setor da saúde. Com a implementação das reformas adequadas é possível reduzir os gastos na saúde, evitando o desperdício e melhorando a qualidade dos serviços prestados aos utentes.

Assim, através da modernização administrativa no setor da saúde e com a melhoria dos resultados obtidos, será possível manter o acesso aos cuidados de saúde universal e gratuito para os utentes.

O relatório aqui apresentado faz parte da fase final do Mestrado em Administração Público-Privada da Faculdade de Direito da Universidade de Coimbra. Através do referido mestrado foi realizado um estágio, com cinco meses de duração, na Administração Regional de Saúde do Centro.

## **1.2 Objetivos da Investigação**

A contratualização hospitalar constitui hoje a principal forma de financiamento dos hospitais/centros hospitalares do SNS. Assim torna-se essencial que o cumprimento dos contratos-programa, entre as entidades envolvidas, seja visto como uma prioridade no setor da saúde.

A contratualização hospitalar permite uma gestão eficiente dos recursos disponíveis, tornando a administração do setor mais eficiente e eficaz. Tal torna-se possível tendo em conta que durante o processo de contratualização, são definidos objetivos e prioridades para as instituições integrantes do SNS, tendo ainda definidos critérios de qualidade que devem ser respeitados.

Assim a contratualização hospitalar contribui para um serviço de saúde de qualidade, eficaz, eficiente, acessível e moderno para o cidadão levando a que as suas necessidades de saúde sejam satisfeitas com a qualidade exigida.

No entanto, quando a contratualização não é respeitada pelas entidades envolvidas pode ter consequências graves, não só para as referidas entidades, como também para os cidadãos que se podem ver privados dos cuidados de saúde adequados.

### **1.3 Estrutura da Investigação**

O presente relatório encontra-se dividido em quatro capítulos.

No primeiro capítulo é feito o contexto da investigação, os seus objetivos e por fim, é feita a apresentação da estrutura da mesma.

O segundo capítulo aborda o contexto teórico do tema, procedendo à revisão da literatura das temáticas abordadas.

O terceiro capítulo trata a parte prática do relatório. Em primeiro lugar é feita uma apresentação da entidade acolhedora do estágio curricular. De seguida, é feita uma revisão de literatura sobre em que consiste a contratualização hospitalar, bem como, as várias etapas até ao fecho do contrato. Serão ainda analisados alguns dados estatísticos sobre a saúde em Portugal desde os primeiros anos de contratualização até ao momento atual.

Por fim, no quarto e último capítulo, são apresentadas as conclusões gerais retiradas e as implicações para a Administração Pública.

## Capítulo 2 – Enquadramento Teórico

### 2.1 New Public Management

Um dos novos paradigmas da gestão pública que ditou a reforma administrativa do setor público, a partir da década de 80, foi o do *New Public Management* (NPM). Esta abordagem gestionária foi entendida como uma resposta para os problemas económicos e sociais, bem como uma solução para inserir mais eficiência e eficácia no seio da Administração Pública (Mourato, 2013).

Este modelo surgiu numa tentativa de tentar reverter o crescimento da despesa pública (Nunes, 2016). Para Hood (1991, *apud* Nunes 2016) o NPM é também definido como um modelo de gestão pública, centrada nos cidadãos, que são vistos como clientes, e concebido como argumento e filosofia administrativa aceite.

Para Pollit (1990, *apud* Correia 2010) o NPM é uma tentativa de tornar o setor público mais flexível a diferentes conjunturas, descentralizar a tomada de decisão e tornar o mesmo mais eficiente na utilização dos recursos existentes.

A ideia de introduzir maior racionalidade e eficiência na gestão da Administração Pública em geral, teve início no Reino Unido com um conjunto de reformas implementadas no tempo de Margareth Thatcher (Nunes, 2016). Com estas reformas, foram transpostos para a Administração Pública princípios e métodos da gestão privada, mais concretamente a introdução de concorrência e mercados (Ferlie, Ashburner, Fitzgerald e Pettigrew, 1996, *apud* Nunes 2016).

Este modelo gestionário parte da certeza de que a gestão do setor privado é superior à do setor público, tendo assim, o intento de proceder à reforma deste último recorrendo a técnicas e ferramentas utilizadas no setor privado. Este modelo preconiza também que tudo o que é público é ineficiente e sai mais caro aos cidadãos que a produção levada a cabo no setor privado. Nos setores não privatizáveis o Estado procura introduzir concorrência e a utilização criativa dos mecanismos de mercado (Mourato, 2013).

Assim a base do NPM assenta na doutrina económica, na qual prevalece uma racionalidade técnica e económica com base nas leis de mercado. O interesse público é assumido por um conjunto de interesses individuais, em que os destinatários destes são tomados como clientes do serviço público. Como tal o NPM representa uma forma de reorganização do setor público na sua gestão, ou como uma perceção particular de modelo de negócio (Nunes, 2016).

O *New Public Management*, numa perspetiva de adaptação a essas alterações e de dotar o Estado de maior desempenho, introduziu no setor público métodos de gestão privada (Nunes e Harfouche, 2015).

Nunes e Harfouche (2015) apresentam como ideias principais do NPM:

- Agencificação do aparelho administrativo;
- Crescente autonomia de decisão para os dirigentes públicos;
- Crescente flexibilidade de instrumentos de gestão
- Criação de imagem de um Estado regulador;
- Introdução de mecanismos do tipo mercado;
- Avaliação de desempenho nos serviços públicos;
- Busca da eficiência e da eficácia;
- Desburocratização e procura da qualidade nos serviços públicos através da satisfação das necessidades dos clientes;
- Introdução das tecnologias de informação na Administração Pública.

Segundo Hoods (1991 *apud* Araújo, 2005) o *New Public Management* caracteriza-se pelos seguintes elementos:

- A entrada no setor público de gestores profissionais provenientes do setor privado, procurando desta forma a profissionalização da gestão e uma orientação para as técnicas de gestão;
- A definição de medidas e padrões de desempenho com objetivos mensuráveis e claramente definidos;
- A preocupação com o controlo dos resultados enfatizando a necessidade de insistir nos resultados e não nos processos;

- A desagregação de unidades do setor público dividindo grandes estruturas em unidades mais pequenas recorrendo a formas inovadoras de organização das atividades;
- A introdução de fatores que promovam a concorrência no setor público, nomeadamente com a contratação, procurando com isto baixar custos e melhorar a qualidade da prestação de serviços;
- Ênfase nos estilos e práticas de gestão do setor privado, introduzindo modelos que flexibilizam a gestão;
- Ênfase em maior disciplina e moderação na utilização dos recursos cortando nos custos e procurando maior eficiência e economia.

O NPM não ficou, no entanto, isento a críticas. Rocha (2000) afirma que esta nova forma de gestão levanta várias contradições e problemas nomeadamente:

- O pressuposto de que a gestão empresarial é superior à gestão pública, sem que consiga seja provada a referida superioridade;
- A acentuação da necessidade de controlo financeiro e coordenação orçamental, apesar de insistir na descentralização. Tal acaba por gerar incoerências e contradições no processo de decisão;
- A dificuldade de medir a eficiência e garantir uma correta avaliação da performance dos serviços públicos, o que torna a aplicação do NPM muito difícil.

Com a implementação do NPM verificou-se uma mudança para a fragmentação do setor público, criando um rompimento com modelos anteriores, com a aplicação de regras do setor privado ao setor público, exigindo assim uma necessidade de se verificar uma maior disciplina no consumo de recursos de forma a fazer mais com menos (Bilhim, 2000b, 2013, *apud* Nunes, 2016).

Mais que a introdução de um conjunto de técnicas de gestão, o NPM implica a introdução de novos valores e de uma cultura administrativa virada para os resultados e instigadora da eficiência e economia (Araújo, 2005).

Para Araújo (2007) este novo modelo gestor apareceu como a “grande resposta” para a resolução dos problemas que a Administração Pública vivia na altura.



## 2.2 Modernização Administrativa em Portugal

No final da década de setenta, em grande parte dos países ocidentais, assistiu-se a um conjunto de reformas e medidas de reestruturação da Administração Pública com o objetivo de racionalizar a sua estrutura e funcionamento (Mourato, 2013).

Falar na reforma administrativa em Portugal é falar, particularmente nas mudanças que ocorreram nas últimas quatro décadas com o regime democrático de abril de 1974 (Araújo, 2005).

Ao longo das últimas quatro décadas, passado que estava o período de conturbação pós-revolucionário, e apesar das idiossincrasias e especificidades decorrentes de uma história e tradição próprias, a reforma da Administração Pública Portuguesa assemelhou-se em muito àquelas que foram acontecendo noutros países ocidentais (Madureira, 2015).

A Administração Pública Burocrática, associada ao Estado de bem-estar económico e social, entrou em decadência com o revivalismo das ideias neoliberais, a insustentabilidade do nível da despesa pública e a exigência de melhores serviços pelos cidadãos. Sucede-lhe uma Administração Pública de características inspiradas nas técnicas utilizadas no setor privado, podendo dizer-se que era sustentada nos ideais do NPM.

Até à década de 80, apesar da reforma administrativa constar da agenda política dos governos, apenas ocorreram modificações pontuais de modernização. Não houve grandes mutações no funcionamento do sistema administrativo e as iniciativas de reforma geralmente enfatizavam a desburocratização, mas ficavam muito aquém daquilo que o país necessitava. A partir da década de 80 a estratégia de reforma assume uma orientação de mudança centrada no paradigma gestor do NPM (Araújo, 2005).

No início do Séc. XXI, as constantes pressões dos cidadãos, por um lado, e do contexto económico, por outro, forçaram as administrações públicas por todo o mundo a concentrarem-se na questão de prestação de serviços públicos com eficácia e eficiência às populações (Madureira, 2015).

Foram várias as estratégias de reforma adotadas para mudar a estrutura e o funcionamento da Administração Pública, desde cortes orçamentais, vendas de bens do

estado, privatizações, contratação de serviços, introdução de indicadores de desempenho, gestão por objetivos e outras técnicas de gestão do setor privado (Araújo, 2007).

Madureira (2015) afirma ainda que essas práticas encontravam, como enquadramento teórico os princípios do *New Public Management* que vinham propondo a aplicação dos dogmas da gestão privada ao setor público como solução para as ineficiências da burocracia.

As preocupações com a qualidade dos serviços públicos, a relação administração-cidadãos, a adoção de formas inovadoras de fornecimentos de serviços públicos e a procura de maior envolvimento e participação das organizações sem fins lucrativos na implementação das políticas públicas foram algumas iniciativas desenvolvidas que procuraram dar uma nova ênfase a reforma (Araújo, 2005).

Para Rocha (2010) é incontestável que todas as reformas têm por ambição controlar as despesas públicas, sendo que a modernização administrativa tem implicado a adoção de técnicas e processos de gestão empresarial. É então importante sublinhar a ideia de que os gestores devem gozar de autonomia total e dispor de orçamentos globais, sendo que a sua atuação é avaliada posteriormente, bem como, a visão dos cidadãos que usam os serviços como consumidores.

Para Oliveira & Machado (2018) verificou-se ao longo dos anos, um conjunto de modificações na organização administrativa portuguesa, entre elas, a racionalização da Administração sob o ponto de vista da relação entre os recursos envolvidos e o “output” produzido. Este fato desperta fenômenos de empresarialização da Administração Pública, bem como a introdução de mecanismos de tipo de mercado.

O recurso a técnicas de gestão do setor privado e ao mercado para o fornecimento de bens e serviços foi a resposta do governo aos problemas de ineficiência da Administração Pública. As mudanças pretenderam introduzir estruturas de sistemas de incentivos que induzissem alterações no funcionamento das organizações de forma a promover os valores da eficiência e eficácia (Araújo, 2007).

Segundo Fonseca e Carapeto (2005, *apud* Costa, 2012) nos dias de hoje em Portugal passou-se de uma Administração Pública clássica para uma que fomenta uma administração gestonária, descentralizada, de cariz empresarial, que trouxe um conjunto de técnicas de

gestão e valores do setor privado, com a sua orientação para os resultados, o mercado e os clientes.

### **2.3 Modernização Administrativa no setor da saúde em Portugal**

Atendendo aos objetivos e medidas do *New Public Management*, a saúde apresenta-se como um dos setores mais suscetível de ser reestruturado sob os seus princípios. A doutrina da “ideologia de mercado” marcou, em particular, a reforma do setor hospitalar português (Mourato, 2013).

Para Viegas (2010, *apud* Mourato, 2013) a saúde é a porta de entrada do NPM no setor público, considerando o peso significativo que assume em todos os orçamentos públicos e pelas funções sociais que desempenha.

O setor público da saúde tem uma posição especial com grande impacto na vida dos cidadãos, a nível profissional, social e económico. O estado de saúde da população determina o crescimento e o desenvolvimento de um país, pois só com uma população saudável se pode produzir mais e melhor (Campos, 2003; 2008 *apud* Nunes, 2016).

Em Portugal impera a existência de um Estado Social e como tal, a proteção do direito à saúde encontra-se inscrita na Constituição da República como um dever do Estado perante todos os cidadãos (Nunes, 2017).

Em 1970 o Estado tinha um papel de prestador e financiador dos cuidados de saúde. Era um período caracterizado por baixos níveis de saúde dos portugueses, bem como por um baixo nível de profissionalização das instituições (Nunes e Harfouche, 2015).

A prestação dos cuidados de saúde em Portugal ganhou uma nova dinâmica com um SNS que presta cuidados de saúde com base em três princípios: Universalidade no acesso, a generalidade na prestação e a tendencial gratuitidade no pagamento (Nunes, 2016).

O setor hospitalar tem uma proeminência particular em Portugal, não apenas porque representa o local onde são tratadas as doenças agudas e mais severas, mas também porque representa o recurso que as populações têm utilizado mais frequentemente em caso de doença, severa ou não (OPSS, 2018).

O sistema de saúde precisa de ser sustentável para enfrentar as necessidades do futuro e o hospital continuará a ter um papel fundamental, mas diferente, como promotor da saúde e necessariamente contribuindo para a redução das iniquidades (Matos *et al*, 2010).

Fatores como o aumento das expectativas dos cidadãos, as alterações demográficas, a escassez de recursos, a procura de maior eficiência e a introdução de novas tecnologias como fármacos, técnicas terapêuticas e dispositivos médicos determinam que o setor da saúde enfrenta desafios constantes e mudanças no seu desenvolvimento futuro no que respeita a cobertura, universalidade, saúde e sustentabilidade económica e financeira (OPSS, 2009).

A reforma do sistema de saúde parte da premissa de que o aumento da concorrência entre serviços prestadores de cuidados de saúde irá criar pressões competitivas, tal como num mercado, de forma a promover uma melhor utilização de recursos proporcionando melhores serviços para os cidadãos (Araújo, 2005).

Garantir a sustentabilidade financeira do sistema de saúde reduzindo as ineficiências e evitando o desperdício implica uma maior responsabilização de todos os níveis de gestão e um controlo efetivo do crescimento da despesa, sendo certo que a execução de tal objetivo não poderá decorrer de uma qualquer restrição no acesso ou redução da qualidade, antes sim, de uma gestão verdadeiramente eficiente do sistema (Matos *et al*, 2010).

As reformas da gestão hospitalar, objetivaram a maximização da eficiência nos hospitais promovendo a sustentabilidade do setor. No ano de 2002 iniciou-se uma nova reforma de gestão hospitalar que vigora até os dias de hoje: a empresarialização (Nunes, 2016).

### **2.3.1 Empresarialização dos Hospitais Públicos**

Entende-se por empresarialização hospitalar o procedimento de autonomização das aptidões gestionárias das organizações públicas, em convergência com o paradigma de

gestão do setor privado, no quadro de um sistema público de prestação de cuidados (Stoleroff & Correia, 2008:4, *apud* Mourato, 2013).

As reformas da gestão da saúde, desde o momento de criação do SNS, foram projetadas de forma a maximizar a eficiência e a produtividade dos hospitais e para promover a sustentabilidade do setor, sendo que este apresentava elevados custos, bem como, dificuldade em controlar os mesmos (Nunes, 2016).

A transformação dos hospitais do setor público administrativo em sociedades anónimas de capitais públicos (SA) e depois em Entidade Pública Empresarial (EPE) constitui um exemplo explícito da influência do *New Public Management* no setor da saúde (Nunes & Harfouche 2015).

Para Araújo (2005) a empresarialização dos hospitais representa uma tentativa de introduzir uma estrutura de gestão na qual se enfatiza o controlo dos custos, produtividade, flexibilidade, autonomia de gestão e responsabilização pelos resultados obtidos.

A implementação de práticas de gestão empresarial na gestão das unidades hospitalares iniciou-se com a publicação de um novo regime jurídico para a gestão hospitalar, mais concretamente a Lei n.º 27/2002, de 8 de novembro (Nunes, 2016).

A referida Lei, no seu artigo segundo define que os hospitais integrados na rede de prestação de cuidados de saúde podem revestir-se de uma das seguintes figuras jurídicas:

- a) Estabelecimentos públicos, dotados de personalidade jurídica, autonomia administrativa e financeira, com ou sem autonomia patrimonial;
- b) Estabelecimentos públicos, dotados de personalidade jurídica, autonomia administrativa, financeira e patrimonial e natureza empresarial;
- c) Sociedades Anónimas de capitais exclusivamente públicos;
- d) Estabelecimentos privados, com ou sem fins lucrativos.

Com esta reforma verificou-se um conjunto de medidas de gestão nos hospitais públicos que promoveram uma maior autonomia nestas organizações. A empresarialização hospitalar, associada à contratualização, é considerada como uma das medidas de modernização do setor de maior relevância na obtenção de maior eficiência, desempenho e produtividade (OPSS, 2009).

A reforma iniciada com a lei supracitada foi dividida em três fases, denominadas por “fases de empresarialização”, sendo que cada uma delas corresponde a um período temporal.

### **2.3.1.1 Primeira fase de empresarialização**

A primeira fase de empresarialização decorreu entre 2002 e 2004.

Depois da publicação do regime jurídico da gestão hospitalar optou-se pelo Estatuto Jurídico da Sociedade Anónima que culminou na criação dos Hospitais SA (Nunes, 2016).

Assim procedeu-se à transformação de 31 Hospitais em sociedades anónimas de capitais exclusivamente públicos, consagrando-se a autonomia de gestão das unidades hospitalares em moldes empresariais, estabelecendo-se a separação entre o financiador de prestações de saúde e o prestador de cuidados de saúde, sem prejuízo do carácter unitário e universal do SNS (Tribunal de Contas, 2003).

O Estado era o único acionista, permanecendo os hospitais no domínio público, embora fossem desenvolvidos incentivos à eficiência e à orientação dos serviços para a procura, sendo que o objetivo era simular um mercado para os hospitais (OPSS, 2003).

Segundo Nunes & Harfouche (2015) as principais alterações a nível de gestão com a criação dos hospitais SA foram:

- Introdução de uma cultura de gestão por objetivos;
- Melhoria da qualidade e eficiência;
- Introdução de novas ferramentas de suporte à atividade dos hospitais;
- Flexibilização e desenvolvimento dos recursos humanos;
- Melhoria do nível de serviços prestados ao utente;
- Melhoria da comunicação interna e externa.

### **2.3.1.2 Segunda fase de empresarialização**

Passado algum tempo após a criação dos Hospitais SA começaram a surgir evidências de que os mesmos não estavam a corresponder às expetativas, visto que no exercício de 2003 verificou-se uma derrapagem nos prejuízos que era superior à derrapagem observada em 2001, além disso, não se verificava qualquer efeito real sobre o volume de receitas próprias (OPSS, 2009).

Iniciou-se então segunda fase de empresarialização, decorrida entre 2005 e 2006. Foi uma fase inovadora no processo, marcando uma nova política de saúde centrada na mudança para um novo estatuto jurídico. Em conformidade com o Decreto-Lei n.º 233/2005, de 29 de dezembro, assiste-se à transformação de todas as unidades hospitalares com estatuto de sociedade anónima para o setor empresarial do Estado com estatuto de Entidade Pública Empresarial (EPE) (Nunes, 2016).

Segundo o referido Decreto-Lei as unidades de saúde devem estar sujeitas a um regime jurídico que permita uma maior intervenção ao nível das orientações estratégicas da tutela e superintendência do Ministério da Saúde e do Ministério das Finanças, necessárias ao correto funcionamento das instituições do SNS a nível operacional e da racionalidade económica das decisões (Decreto-Lei n.º 233/2005).

Verificou-se ainda uma tendência para a fusão de unidades de saúde em centros hospitalares para obtenção de melhores resultados, centralização de meios e evitar a sua subutilização (Campos, 2008; Harfouche, 2008, *apud* Nunes 2016).

### **2.3.1.3 Terceira fase de empresarialização**

A terceira fase de empresarialização, ocorrida entre 2007 e 2016, caracteriza-se pela reafirmação da vontade do Ministério da Saúde em dar continuidade ao processo de transformação de estatuto das unidades de saúde do SNS (Nunes, 2016).

Assim durante 2007, continua a ampliação do estatuto EPE a mais hospitais e centros hospitalares sendo assim reafirmado que este estatuto é o que melhor se adequa à

gestão dos hospitais do SNS por compartilhar autonomia de gestão com sujeição à tutela governamental (OPSS, 2009).

Assistiu-se também a um reforço das experiências de centros hospitalares, num movimento de redefinição da rede hospitalar apostando na melhoria da eficiência com base em economias de escala, e de unidades locais de saúde (OPSS, 2009).

Assistiu-se então à fusão de hospitais em centros hospitalares, bem como, a integração de hospitais em Unidades Locais de Saúde com estatuto EPE tendo em vista a racionalização de recursos (Nunes, 2016).

#### **2.3.1.4 Ponto de situação atual**

No final de 2017, integravam o SNS um total de 49 instituições hospitalares, sendo que dessas 31 são hospitais e centros hospitalares e 8 são unidades locais de saúde, perfazendo um total de 39 instituições com estatuto EPE (Ministério da Saúde, 2018).

O período vivido atualmente no setor hospitalar encontra-se marcado pelas consequências da aplicação do Programa de Assistência Económica e Financeira durante 2011 e 2015 resultado da intervenção externa da troika. É necessário corrigir a trajetória dos impactos provocados pelas medidas introduzidas no sistema de saúde durante o período de austeridade (OPSS, 2018).

Continua válido o estatuto jurídico dos hospitais no modelo EPE, mas entendeu-se que a contratualização com as unidades prestadoras de cuidados de saúde deveria ser melhorada, tendo-se efetuado alterações à metodologia de contratualização (Nunes, 2016).

Importa ainda referir o aumento do envelhecimento da população que comporta um risco para as finanças públicas na área da saúde visto que um aumento da longevidade, sem o aumento correspondente do número de anos de vida saudável implicaria um aumento da procura dos serviços de saúde levando a um aumento de custos (Tribunal de Contas, 2018) podendo ser necessária uma nova reforma neste setor para o tornar mais sustentável e eficiente.



## **2.4 Súmula Conclusiva**

A incapacidade da Administração Pública em gerir os seus recursos de forma eficiente e racional levou a graves problemas financeiros bem como um descrédito por parte dos cidadãos em relação aos serviços públicos prestados.

De forma a inverter a situação foram adotadas novas formas de gestão. O NPM teve um papel fundamental na modernização administrativa portuguesa após o 25 de Abril de 1974, inserido técnicas e ferramentas de gestão do setor privado na gestão do setor público.

Sendo o setor da saúde um dos mais importantes com grande impacto na vida dos cidadãos, o NPM e os seus princípios foram fundamentais para tornar o referido setor mais eficiente, evitando desperdícios e focalizando-o no cidadão.

Assim em 2002 teve início uma das mais importantes medidas de modernização do SNS, a empresarialização hospitalar, passando os hospitais públicos a ter na sua gestão ferramentas da gestão privada através de uma perspetiva de mercado.

A modernização Administrativa tem um papel fundamental na Administração Pública, em especial no setor da saúde, onde é imperativo a eficiência do setor com o menor gasto de recursos possíveis e com maior qualidade para o cidadão. Uma Administração Pública que não se adapte ao ambiente no qual se encontra e às adversidades que surgem, acaba por se tornar ineficaz devido às suas técnicas de gestão obsoletas.

## **Capítulo 3 – Estudo de Caso**

### **3.1 Introdução**

O capítulo terceiro do presente relatório inicia-se com a apresentação da entidade acolhedora do estágio por mim realizado, nomeadamente, a Administração Regional de Saúde do Centro. De seguida conceitua-se a contratualização hospitalar e as suas componentes, bem como as críticas que alguns autores tecem a este modelo. Por último apresentam-se dados estatísticos desde a implementação da contratualização hospitalar e discutem-se os resultados.

### **3.2 Apresentação da Entidade Acolhedora**

Considerando o estágio realizado, torna-se imperioso caracterizar a entidade responsável pela Contratualização Hospitalar com as Unidades Locais de Saúde (ULS), Centros Hospitalares (CH) e Hospitais a nível regional. Falamos da Administração Regional de Saúde (ARS).

As ARS surgem em 1982 pelo Decreto-Lei n.º 254/82, de 29 de junho. Estas são consideradas institutos públicos da Administração Indireta do Estado, dotados de autonomia administrativa e financeira detendo património próprio. Encontram-se sob superintendência e tutela do membro do governo responsável pela área da Saúde.

A sua missão, segundo o Decreto-Lei n.º 22/2012, de 30 de janeiro, é garantir à população da respetiva área geográfica o acesso à prestação de cuidados de saúde, sendo para isso necessário adequar os recursos existentes às necessidades sentidas.

As ARS exercem a sua autoridade em cinco áreas geográficas, originando assim cinco sedes espalhadas pelo país, mais concretamente a ARS do Norte (Porto), ARS do Centro (Coimbra), ARS de Lisboa e Vale do Tejo (Lisboa), ARS do Alentejo (Évora) e ARS do Algarve (Faro).

Relativamente à Administração Regional de Saúde do Centro (ARSC), a Portaria n.º 164/2012, de 22 de maio, no seu artigo primeiro divide a mesma em seis serviços centrais, nomeadamente a) Departamento de Saúde Pública, b) Departamento de Planeamento e Contratualização, c) Departamento de Gestão e Administração Geral, d) Departamento de Recursos Humanos, e) Departamento de Instalações e Equipamentos e f) Gabinete Jurídico e do Cidadão.

O estágio curricular decorreu no Departamento de Planeamento e Contratualização (DPC) cujo as suas atribuições se encontram no artigo quarto da Portaria supracitada. Assim compete ao DPC participar na definição das normas para a contratualização nos serviços de saúde e difundir as normas e orientações técnicas bem como outros instrumentos de apoio técnico à atividade dos estabelecimentos de saúde, apoiando a sua implementação e monitorizando a respetiva execução.

O DPC trata da contratualização com cinco centros hospitalares, que são eles Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Centro Hospitalar Cova da Beira, Centro Hospitalar de Leiria, Centro Hospitalar do Baixo Vouga e o Centro Hospitalar Tondela Viseu. Duas Unidades Locais de saúde, nomeadamente Unidade Local de Saúde da Guarda e Unidade Local de Saúde de Castelo Branco e ainda com o Hospital Distrital da Figueira da Foz e com o Instituto Português de Oncologia de Coimbra.

Em sùmula as atividades principais do DPC passam pela negociação, elaboração e celebração dos contrato-programa, monitorização mensal dos objetivos de qualidade e eficiência, produção realizada e auditorias às atividades clínicas realizadas nos CH, ULS e hospitais.

### **3.3 Estudo de caso**

Após a caracterização da entidade acolhedora de estágio passo a apresentar os objetivos específicos deste estudo, a metodologia utilizada e as respetivas conclusões retiradas do mesmo.

### **3.3.1 Objetivos**

O capítulo que se segue tem como objetivo analisar a contratualização hospitalar. Para esse efeito foi realizado um estudo sobre as componentes que dela fazem parte, sendo elas o contrato-programa, o financiamento, a contratualização interna e a contratualização externa, o processo de contratualização e a monitorização e avaliação.

Sendo que a contratualização hospitalar é considerada uma das mais importantes medidas de modernização administrativa resultantes da empresarialização hospitalar, é fundamental conhecer as suas componentes e respetivas etapas.

Importa ainda analisar as principais dificuldades e obstáculos que poderão surgir desta ferramenta de gestão privada aplicada ao setor público como influência do NPM.

Por fim é fundamental analisar os seus impactos na eficiência e eficácia do SNS, que se irão também refletir nos dados económico-financeiros do país, e ainda, a evolução dos indicadores de saúde dos portugueses desde que a contratualização hospitalar ressurgiu no panorama do nosso país.

### **3.3.2 Metodologia**

Durante o estágio na ARSC, foi determinado a nível superior que o mesmo decorreria no Departamento de Planeamento e Contratualização e que, entre outras tarefas, ficaria a preparar e acompanhar o processo de contratualização hospitalar para 2019.

Como medida de modernização administrativa torna-se fundamental conhecer quais as suas componentes e como se processam todas as etapas pelas quais a contratualização passa.

A informação e dados apresentados, tem por base uma análise qualitativa fundamentada em pesquisa e análise documental.

Assim num primeiro passo aplicou-se uma revisão de literatura aos princípios teóricos que fundamentam a contratualização hospitalar, nomeadamente o NPM e a

empresarialização hospitalar que podem ser consultados no Capítulo 2 do presente relatório. De seguida, também recorrendo a uma revisão de literatura, faz-se uma descrição da contratualização, das suas componentes, e ainda dos problemas e desafios enfrentados por esta ferramenta de modernização. Num terceiro passo optou-se por uma análise evolutiva dos indicadores de produção do SNS, indicadores de saúde da população portuguesa e dos indicadores económico-financeiros do país desde 2005, ano em que a contratualização ressurgiu em Portugal.

### **3.4 Contratualização Hospitalar**

Há vários anos que se verifica na maioria dos países desenvolvidos uma tendência para adoção de políticas contratuais com as entidades prestadoras dos cuidados de saúde, de modo a assegurar o financiamento público, a universalidade no acesso e a equidade nos cuidados de saúde (OPSS, 2009).

O desenvolvimento do processo de contratualização em Portugal, para além da decisão do Ministério da Saúde em principiar nesse novo ciclo político mudanças estruturais no setor (2005), teve como principal impulso o movimento reformista, observado em toda a União Europeia (Escoval, 2010).

A preocupação pelo acompanhamento do desempenho, bem como pela contratualização com as organizações de saúde do SNS, surgiu pela primeira vez em 1996, com uma experiência na região de Lisboa e Vale do Tejo, que se estendeu de forma gradual a todo o país. No entanto o projeto acabou por não vingar (OPSS, 2006).

Segundo a OPSS (2009) destacam-se quatro razões pelas quais se desencadeou o processo de contratualização, nomeadamente o aumento da despesa em saúde e a necessidade de maior rigor na gestão de recursos públicos, necessidade de melhorar o nível de prestação de contas, vontade em tornar a distribuição de recursos mais equitativa e tornar o sistema mais transparente no que diz respeito aos processos de decisão, em especial, no que concerne à afetação de recursos.

Em 2005 o Relatório Primavera (OPSS) afirmava que a alteração dos Hospitais SA para empresas públicas empresariais (EPE) apontava para a aplicação de novas regras de gestão empresarial aos hospitais do setor público administrativo (SPA), assim como a elaboração de contratos programa anuais com todas as instituições.

Assim o Despacho Normativo n.º 22 250/2005 de 3 de outubro reiniciou o processo de contratualização anteriormente interrompido, e onde foi estabelecido que as instituições hospitalares tinham até outubro de 2005 para proceder à contratualização interna da atividade para 2006, tendo a contratualização externa que estar concluída até 15 de dezembro de 2005.

Vários autores definiram a contratualização na saúde destacando-se Meireles (2008, *apud* Gonçalves 2013) que considera a contratualização na saúde um instrumento de negociação de objetivos de desempenho clínico, social e económico-financeiro entre duas partes, quem financia e quem presta os serviços.

Barros & Gomes (2002, *apud* Gonçalves, 2013) assumem a contratualização também como um instrumento que visa facilitar a implementação das políticas de saúde, possibilitando uma gestão de recursos mais inteligente e “*market oriented*”, sendo que as funções de comprador e prestador estão separadas.

Escoval (2010) considera a contratualização como um processo de negociação que permite operacionalizar a melhor utilização dos recursos públicos afetos à saúde bem como zelar pelos interesses de quem paga os cuidados de saúde direta ou indiretamente. Estão assim implícitos a fixação de objetivos, a monitorização e a avaliação.

Já Nunes (2016) considera a contratualização um novo modelo de financiamento em que os custos e a produção passam a ser contratualizados entre os hospitais e o ministério da saúde.

No caso português, a contratualização com as entidades do SNS visa essencialmente uma prestação de serviços que responda às necessidades coletivas e promova um verdadeiro benefício público na utilização dos recursos, distribuindo-os prioritariamente por áreas mais desfavorecidas e grupos de risco, e contribuindo, de alguma forma, para equidade no acesso ao SNS (Matos *et al*, 2010).

Podemos então concluir que a contratualização não se deve basear exclusivamente na produção pura e simples, mas também no impacto e nos resultados que estas intervenções apresentam na vida dos cidadãos (OPSS, 2006).

Esta constitui-se como uma nova política de saúde que permite uma melhor utilização e distribuição dos recursos públicos para a saúde, interessando-se pela defesa dos interesses dos pagadores, tendo por base um mecanismo de monitorização e avaliação contínua dos objetivos contratualmente estabelecidos (Matos *et al*, 2010).

Segundo a ACSS (2018) este processo de contratualização pretende contribuir para assegurar o acesso adequado dos cidadãos ao SNS, com qualidade e eficiência dos cuidados prestados, contemplando três instrumentos essenciais que devem marcar presença de forma equilibrada, são eles:

- **Contratação da atividade:** Assegurar que os prestadores de cuidados de saúde se comprometem com um nível de produção expetável, tendo em conta as necessidades dos cidadãos e os recursos que tem ao seu dispor;
- **Modelo de financiamento e modalidades de pagamento:** Alavancar o comportamento dos prestadores e alinhar os objetivos individuais com o processo global de prestação de cuidados;
- **Medição da performance:** Medir e comparar o desempenho das instituições em áreas estratégicas e/ou prioritárias no país, através de indicadores de processo, *output* e resultado.

Para a OPSS (2009), a contratualização trata-se uma ferramenta de modernização que introduziu maior transparência e rigor ao sistema, trazendo ganhos ao nível da prestação de contas. Assim a contratualização fomenta maior responsabilização, promovendo uma avaliação mais efetiva e rigorosa do sistema.

### **3.4.1 Contrato-Programa**

Segundo Escoval (2010) os contratos-programa definem o nível e a composição da produção contratada, os objetivos acordados com a tutela que devem ser atingidos, bem

como os indicadores que permitem aferir o desempenho das instituições na perspectiva de garantia dos princípios de acesso e qualidade, desempenho assistência e económico-financeiro.

Para Araújo (2005), os contratos substituíram as relações entre os serviços públicos que tinham por base a hierarquia, alegando que desta forma existiria uma maior responsabilização, custos menores e uma maior qualidade nos serviços prestados. A sua utilização em áreas tradicionalmente coordenadas por relações de dependência hierárquica introduziu mudanças importantes a nível da estrutura e cultura da Administração Pública.

Os contratos podem assumir três modalidades:

- Contratos Globais: podem ser comparados a um orçamento para um serviço definido. O comprador ou agente acorda pagar um determinado valor recebendo em troca acesso a uma série de serviços definidos. Esta tipologia de contratos é a predominante;
- Contratos de Custo-Volume: caracterizam-se por serem um aperfeiçoamento dos contratos globais. O pagamento por serviços específicos é mais explícito no que diz respeito aos serviços oferecidos;
- Contratos custo por caso ou ato: nesta tipologia de contrato um único custo é definido a cada item do serviço ou prestação. Normalmente estes contratos são pouco utilizados visto ser necessário uma informação sobre os custos extremamente detalhada. (Escoval, 2010).

Ainda segundo Escoval (2010), devem ficar estabelecidos nos contrato-programa, através de negociação, os objetivos, o modelo de monitorização de desempenho e a metodologia de avaliação final, de forma a orientar a produção para as necessidades de saúde da população de forma a garantir o benefício público.

É fundamental estabelecer um sistema eficaz de monitorização dos contratos de forma a garantir o cumprimento dos objetivos e das condições contratuais. (Araújo, 2005).



### 3.4.2 Financiamento

Através da contratualização hospitalar criou-se um novo modelo de financiamento em que os custos e a produção passaram a ser contratualizados entre os hospitais e o Ministério da Saúde (através das ARS), recorrendo a contratos-programa que determinam os objetivos e as prioridades com critérios de qualidade definidos (Abreu, 2011; Santana 2005 *apud*, Nunes, 2016).

A forma de financiamento deixa de se basear de forma exclusiva no Orçamento de Estado, sendo feito através da prestação dos cuidados de saúde definidos por contrato com o SNS (Princípio da Separação entre o financiador e o prestador de serviço) (Araújo, 2005).

Estabelecendo-se um compromisso contratual, existe uma real separação entre o agente pagador e o agente prestador com a devida partilha do risco (Abreu 2011; Tribunal de Contas, 2006 *apud*, Nunes, 2016). Assim, numa relação contratual o governo retém a responsabilidade de financiar o fornecimento do serviço ou produto, mas delega a autoridade da produção/prestação a uma organização pública, que neste caso pertence ao setor hospitalar com estatuto EPE (Araújo, 2005).

Como tal, não existindo um sistema de reembolso de custos, mas sim um contrato-programa, a sobrevivência do hospital enquanto unidade autónoma depende de uma prestação de cuidados de saúde eficiente, por outras palavras, assegurar que os recursos são utilizados com o menor custo, sem existência de desperdício, e que o nível de atividade da entidade hospitalar satisfaz as necessidades de saúde da população que serve (Matos *et al*, 2010).

Os atos médicos são renumerados conforme uma tabela de preços (ver anexo I) e o orçamento de cada instituição do SNS será calculado tendo em consideração determinado número de cirurgias, consultas ou atendimento. Significa que o governo vai criar um “mercado” com os preços fixados numa tabela que representa o custo fixo para cada um dos cuidados de saúde (Araújo, 2005). Para que o modelo de contratualização se aproxime o mais possível de um mercado, tem de existir liberdade de escolha por parte dos utentes da entidade hospitalar na qual querem ser tratados, tal vai criar pressões do lado da procura para que exista uma maior qualidade dos serviços prestados (Mourato, 2013).

A ACSS define os valores máximos a contratualizar com os hospitais e centros hospitalares, por ARS, para cada ano. Importa referir que os valores de financiamento de cada uma delas não podem ser ultrapassados, no entanto, tal não impede que haja uma redistribuição dos mesmos a nível interno pelas instituições que integram a área de influência de cada uma.

Para 2019 o Ministério da Saúde disponibilizou um total de 4.323.350.210€, sendo que destinou à ARS do Centro 823.512.300€, que foram distribuídos pelas nove entidades hospitalares da sua área de influência (ACSS, 2018).

Ainda segundo a ACSS (2018) os contrato-programa não podem originar ganhos superiores ao valor estabelecido em contrato. Existem, no entanto, critérios para a faturação da atividade marginal (entre linhas de produção) sendo que o montante global está limitado à valorização global da produção contratada. Tal permite aumentar a flexibilidade na gestão do contrato, sendo possível adaptar a resposta hospitalar a alterações na procura anteriormente prevista, garantindo a resposta às necessidades de saúde dos cidadãos.

A contratualização permite a racionalização de gastos públicos, visto que o capital estatutário dos Hospitais EPE passa a ser definido em função da atividade hospitalar efetivamente concretizada. O prestador público vê-se obrigado a alcançar metas quantitativas e qualitativas estabelecidas no contrato programa, enquanto que o Ministério da Saúde transfere as verbas negociadas para prossecução das referidas metas. Uma não utilização das verbas estabelecidas em contrato leva a uma redução no financiamento da unidade hospitalar no ano seguinte (Mourato, 2013).

Tendo em conta o modelo de financiamento que o Ministério da Saúde tem ao seu alcance para intervir sobre o próprio sistema de saúde, sendo que este assume um peso muito relevante na forma de atuação das várias instituições hospitalares do SNS, convirá que a contratualização incorpore componentes que promovam a criação de valor para o utente, para além dos aspetos financeiros, acessibilidade e eficiência produtiva (OPSS, 2009).

### 3.4.3 Contratualização Externa e Contratualização Interna

Segundo Gonçalves (2013) um dos grandes desafios que a contratualização hospitalar enfrenta nos dias de hoje é as dinâmicas de articulação entre a gestão estratégica e a gestão operacional das entidades de saúde. Como tal, deve ser considerada uma divisão entre a contratualização externa e a contratualização interna.

A contratualização externa representa a relação contratual existente entre o Estado e toda a unidade de saúde. Esta implica uma política de responsabilidade de toda a organização, de forma a corresponder aos trâmites acordados, que se reflete no interior da organização (Nunes, 2016).

A contratualização interna, ou gestão por objetivos, é um instrumento suscetível de promover um alinhamento cada vez maior entre os objetivos contratualizados externamente e a missão das instituições de saúde, onde deverão ser favorecidos os elementos que promovam ganhos efetivos de saúde e não apenas a produção de atos médicos (Matos *et al*, 2010).

Os processos de contratualização interna agregam-se numa gestão moderna promovendo a responsabilidade e autonomia dos profissionais e das equipas das entidades do SNS, aumentando a sua motivação e compromisso, os níveis de produtividade e efetividade dos serviços e a redução das ineficiências e desperdício nas instituições. A valorização da negociação interna dos objetivos, processos e resultados numa lógica de melhoria contínua contribuí para o reforço da autonomia organizativa e de gestão de departamentos e serviços, bem como, para uma maior rentabilização da capacidade instalada do SNS (ACSS, 2018).

Este tipo de contratualização, tende a ser um reflexo da contratualização externa e do seu financiamento, assim deverá haver consciência de que os modelos de financiamento, em especial nas EPE, traçam os comportamentos organizacionais (OPSS, 2009).

Para a gestão hospitalar, a mais valia prática da contratualização interna resulta da possibilidade de criar compromissos com as suas diversas unidades organizacionais, compromissos esses que implicam um controlo, monitorização e avaliação constantes, possibilitando ainda, e de forma simultânea um conhecimento atual e imediato às partes

envolvidas, no que diz respeito ao nível de cumprimento dos compromissos contratualizados (Matos *et al*, 2010).

Para Escoval (2010), não existindo uma efetiva contratualização interna com os profissionais, serviços e departamentos existentes nas instituições, os resultados que poderiam surgir da utilização desta ferramenta de gestão e regulação ficam aquém do desejado.

#### **3.4.4 Processo de contratualização**

Este processo teve os seus primeiros desenvolvimentos com a constituição das Agências de Contratualização, inicialmente designadas de acompanhamento, com a missão de aclarar as carências de saúde e proteger os interesses da sociedade, e em particular, dos cidadãos, promovendo uma utilização eficiente e eficaz dos recursos públicos afetos à prestação de cuidados de saúde (OPSS, 2006).

Ainda segundo a OPSS (2006) estas agências foram extintas no início do ano 2000, apesar de nunca extintas por lei, viram-se remetidas para uma existência “virtual”, ou seja, o seu grau de intervenção era mais elevado ou mais baixo conforme a vontade das várias ARS.

Com o renascer da contratualização através da empresarialização dos hospitais públicos torna-se imperioso explicitar a forma como ocorre o processo de contratualização entre as entidades hospitalares do SNS e o Ministério da Saúde (através do DPC de cada ARS).

Segundo Escoval (2010), a contratualização trata-se de um processo de negociação entre duas partes, no mínimo, os pagadores e os prestadores, resultando daí um entendimento mútuo que envolve obrigações e direitos específicos.

As etapas deste processo estão definidas nos Termos de Referência para Contratualização de Cuidados de Saúde no SNS para 2019, documento esse emanado pela Administração Central dos Sistemas de Saúde (ACSS).

Assim processo de contratualização hospitalar para o ano de 2019 dividiu-se em 5 etapas:

1. Teve início em junho de 2018, através do Despacho n.º 19/2018, de 30 de maio da Secretária de Estado da Saúde. Este despacho deu origem à primeira proposta de contratualização com as entidades do SNS, sendo esta considerada na elaboração do orçamento de estado para 2019;
2. Até 23 de Novembro, foram disponibilizados, através do Portal SICA, os documentos que constituem o Plano de Atividades e Orçamento (PAO) para recolha da proposta final das instituições e que se tornou a base para a negociação de 2019;
3. Após o preenchimento do PAO as entidades hospitalares submeteram os documentos no portal SICA até 7 de dezembro;
4. O acordo modificativo foi negociado entre as entidades hospitalares e as ARS até 21 de dezembro de 2018. Da referida negociação resultou o quadro de produção, de desempenho assistencial e económico financeiro contratado para 2019, bem como a proposta de PAO que foi submetida à tutela conjunta, mais concretamente Saúde e Finanças;
5. Os acordos modificativos foram assinados até 31 de dezembro de 2018.

Durante este processo de contratualização, a criação de valor para o cidadão deve ser o objetivo principal a ter em conta por ambas as partes aquando das escolhas estratégicas e operacionais a por em prática nas instituições hospitalares (Matos *et al*, 2010).

### **3.4.5 Monitorização e Avaliação**

A contratualização hospitalar é um processo de negociação que permite zelar pelos interesses de quem paga, direta ou indiretamente os procedimentos em saúde, estando por isso implícitos a fixação de objetivos, a monitorização e a avaliação de resultados (Escoval, 2010), tornando a referida avaliação do sistema mais efetiva e rigorosa (OPSS, 2009).

Os hospitais do SNS têm respondido de forma positiva ao aumento da procura dos seus serviços. Tal acontece através da adoção de novas medidas na sua organização interna,

nomeadamente a criação de mecanismos de responsabilização e avaliação de desempenho (Ministério da Saúde, 2018).

Após o processo de elaboração e negociação dos contrato-programa é fundamental monitorizar o desempenho e o cumprimento dos mesmos pelas entidades hospitalares. Como tal durante o ano serão realizadas três reuniões de acompanhamento entre as ARS e as referidas entidades:

- 1º Trimestre: até 15 de maio de 2019;
- 2º Trimestre: até 30 de julho de 2019;
- 3º Trimestre: até 26 de setembro de 2019.

A atividade pode também ser monitorizada através do portal SICA, dos *dashboards* de monitorização mensal e de *benchmarking* que são publicados no *microsite* “Monitorização SNS”.

As instituições do SNS são avaliadas através do cumprimento dos objetivos nacionais e que são válidos para todas as entidades hospitalares com estatuto EPE, nomeadamente no Acesso, Qualidade e Eficiência que valem 60%. Estes objetivos nacionais são iguais para ULS, CH/Hospitais, mas diferem para o IPO (Ver anexo II). Existem também os objetivos regionais que são definidos por cada ARS para todos os hospitais da sua área de influência. No entanto o número de objetivos contratualizados pode diferir tendo em consideração o perfil de cada instituição. Estes têm um peso de 40%. Os objetivos regionais que a ARSC definiu para as instituições da sua área de influência para 2019 podem ser consultados no Anexo III.

Ainda segundo a ACSS (2018), as instituições hospitalares receberão incentivos institucionais conforme o cumprimento das metas contratualizadas com as ARS. As verbas recebidas deverão ser utilizadas, principalmente, para premiar os departamentos e serviços que alcançaram as metas anteriormente contratualizadas. O sistema de incentivos referido acima é uma questão fundamental para que haja convergência dos interesses dos intervenientes na contratualização (Escoval, 2010).

Abreu (2011, *apud* Nunes, 2013) destaca a necessidade de um processo de monitorização e avaliação, visto que o objetivo da atividade dos hospitais do setor EPE é a prestação de cuidados de saúde e como tal é imperioso efetuar de forma permanente ações

que verifiquem e demonstrem a qualidade dos serviços por eles prestados, bem como o nível de eficiência atingido.

O desenvolvimento de novas estratégias e instrumentos de avaliação e monitorização tem como desafio compatibilizar o caráter público da prestação e a responsabilidade social que o Estado assume na defesa dos interesses do utente, na procura de melhores resultados em saúde, garantindo o acesso com qualidade aos serviços de saúde, com maior efetividade, equidade e sustentabilidade financeira (OPSS, 2009).

#### **3.4.6 Desafios e problemas enfrentados pela contratualização**

Apesar do seu teor inovador no seio da Administração Pública, a contratualização enfrenta alguns problemas e desafios.

Para Araújo (2005) existem três problemas fundamentais neste modelo. Em primeiro lugar, considera difícil identificar o custo real dos serviços de saúde prestados. Tal deve-se a fatores como a complexidade das atividades, a dimensão da unidade hospitalar e a tecnologia disponível. Como tal, considera que a aplicação de uma única tabela de preços levanta dificuldades nos casos em que existam diferenças significativas na estrutura de custos. Em segundo lugar o autor considera que o Estado pode não conseguir corresponder às exigências de supervisão e regulação necessárias para que o contrato-programa seja cumprido, tendo em conta que o mesmo exige um sistema eficaz de monitorização. Por último Araújo têm em conta que a preocupação com a eficiência e economia pode colidir com a prestação de cuidados médicos. Tal significa que o utente pode não obter o melhor tratamento para a sua patologia devido aos elevados custos que o mesmo acarreta.

A OPSS (2009) no seu Relatório Primavera considera que os sistemas de informação utilizados pela contratualização baseiam-se em dados meramente administrativos, a componente clínica e a interação do utente com o sistema não são alvo de análise. Acrescenta ainda que a mesma não se baseia numa rigorosa avaliação das necessidades de saúde sentidas pelos cidadãos, mas sim pelo histórico de produção dos hospitais. Finaliza afirmando que este processo não tem valorizado suficientemente os resultados obtidos. Dá como exemplo a contratualização de consultas externas realizadas, e

que se dividem entre primeiras e subseqüentes, não tem em conta requisitos e especificidades das mesmas nem o valor que as mesmas têm para o utente.

Na opinião de Escoval (2010) a contratualização não atinge os seus objetivos por falhas na negociação do contratos-programa. Tal acontece devido a fatores como informação assimétrica, impreparação do órgão fiscalizador e inexistência de um objetivo agregador. Observa também que problemas conceptuais no acompanhamento e na avaliação do desempenho é um dos problemas deste modelo. No entender da autora o sistema de acompanhamento e monitorização deve permitir avaliar a prestação da entidade, dando apoio a um sistema de incentivos adequado.

Tendo em conta as críticas feitas por alguns autores, o caminho já percorrido pela contratualização permite afirmar que deve existir uma evolução da mesma de forma a assegurar uma distribuição de recursos em função dos resultados esperados, privilegiando a autonomia e responsabilidade das partes, bem como, a existência de um sistema de informação robusto e que seja capaz de sustentar um melhor planeamento das necessidades e das respostas em saúde, tendo sempre em mente o aspeto fundamenta da avaliação (OPSS, 2009).

### **3.5 Impacto da contratualização hospitalar em Portugal**

A contratualização hospitalar é considerada uma ferramenta de gestão importantíssima na modernização do setor da saúde, trazendo eficiência e eficácia ao setor, colocando o cidadão no centro do SNS. Importa, no entanto, compreender qual a sua real influência na produção do SNS.

É também necessário compreender se a contratualização hospitalar impulsionou melhorias significativas no nível de saúde dos portugueses, bem como perceber o seu impacto a nível económico-financeiro ao longo dos últimos anos.

Para verificar a veracidade das afirmações torna-se imperioso analisar a evolução dos indicadores, considerados mais adequados a este estudo, tendo como base, e sempre que



possível, dados a partir de 2005, tendo em consideração o Despacho-Normativo n.º 22 250/2005, de 3 de outubro.

### 3.5.1. Evolução da produção dos hospitais do SNS

A literatura sobre o tema abordado neste trabalho, indica que a contratualização hospitalar é a medida indicada para impulsionar e eficácia e eficiência no setor hospitalar do SNS, levando a um aumento de produção de atos médicos.

**Tabela 1 Consultas, internamentos e episódios de urgência nos Hospitais do SNS (em milhares)**

	<b>Consultas</b>	<b>Internamentos</b>	<b>Urgências</b>
<b>2005</b>	8898,0	959,0	6447,0
<b>2006</b>	9257,0	948,0	6366,0
<b>2007</b>	9725,0	949,0	6595,0
<b>2008</b>	10212,0	929,0	6409,0
<b>2009</b>	10683,0	909,0	6376,0
<b>2010</b>	10998,0	906,9	6450,0
<b>2011</b>	11167,0	881,3	6341,0
<b>2012</b>	11319,0	887,3	5914,0
<b>2013</b>	11669,0	881,9	5966,0
<b>2014</b>	11840,0	860,7	5961,0
<b>2015</b>	12012,0	857,6	5828,0
<b>2016</b>	12056,0	857,4	6113,0
<b>2017</b>	12146,0	850,8	6081,0

Fonte: Pordata

Na tabela 1, está representada a evolução do número total de consultas externas, internamentos e episódios de urgência desde 2005 até 2017.

Como podemos observar as consultas externas é a linha de produção que apresenta uma maior variação, neste caso positiva. Em 2017 as consultas realizadas cresceram 36,5% relativamente a 2005, o que corresponde a um aumento de 3248 milhares de consultas realizadas durante o período assinalado.

No mesmo período verifica-se ainda um decréscimo no número de internamentos bem como nos episódios de urgência de 11,3% e 5,7% respetivamente.

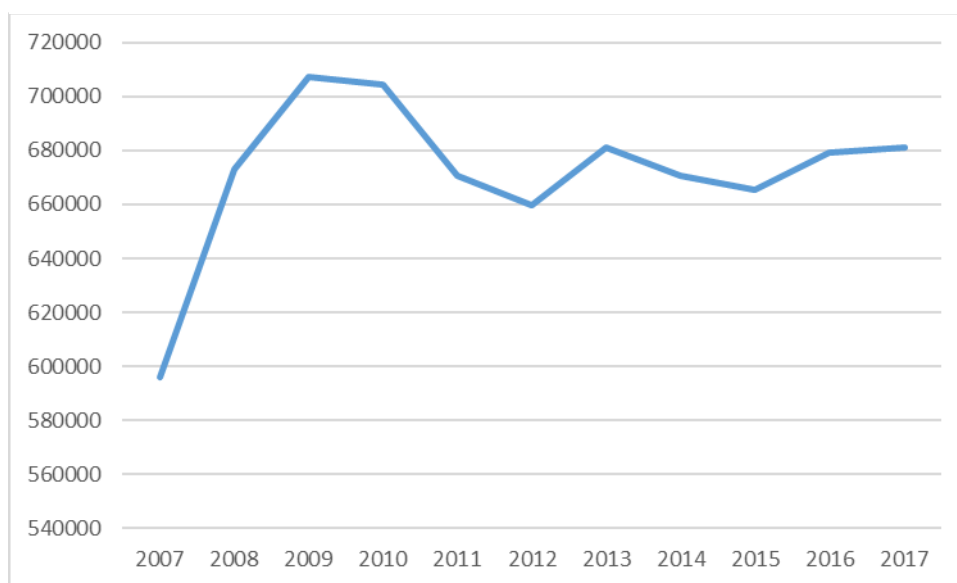
**Tabela 2 (Dia Mundial da Saúde - 7 de Abril, 2019)**

Ano	Nº de Cirurgias
2007	595910
2008	672778
2009	707435
2010	704212
2011	670621
2012	659762
2013	681047
2014	670720
2015	665256
2016	679279
2017	681222

Fonte: INE

A Tabela 2, apresenta o Nº de cirurgias feitas no SNS desde 2007. Apesar de se verificarem oscilações no número de cirurgias efetuadas durante os últimos anos, é de frisar o aumento do número de cirurgias desde 2007 até 2017.

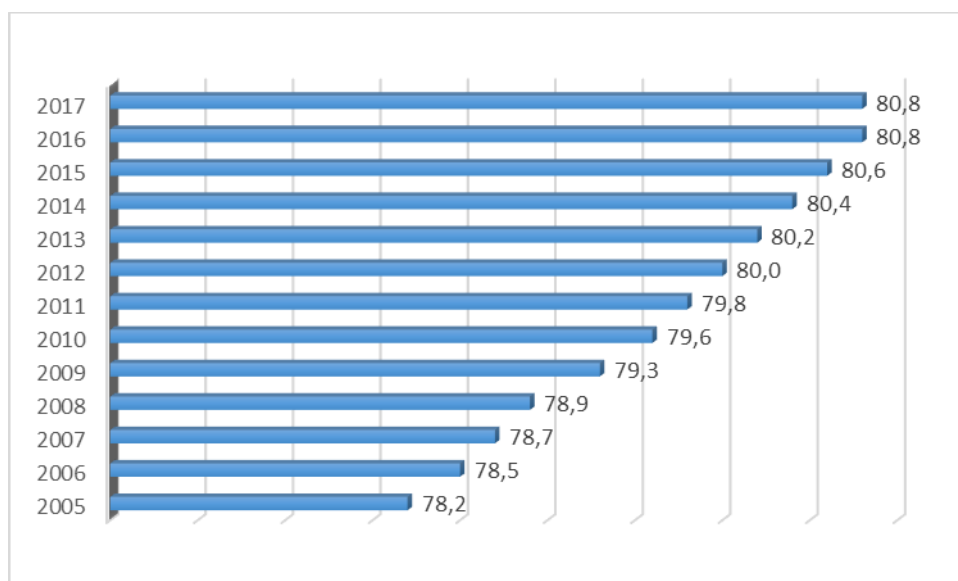
**Gráfico 1 Cirurgias (exceto pequenas cirurgias) efetuadas nos hospitais do SNS**



Através do gráfico 1, baseado nos valores da tabela 2, é possível obter um melhor entendimento sobre a variação do número de cirurgias realizadas ao longo dos anos em apreço, bem como do aumento entre 2007 e 2017.

### 3.5.2 Evolução dos indicadores de saúde da população Portuguesa

**Gráfico 2 Esperança média de vida (em anos)**



Fonte: Pordata

A esperança de vida é um dos principais indicadores para avaliação do estado de saúde de uma determinada população refletindo-se de forma direta nas condições do seu serviço de saúde.

O gráfico 2 representa a esperança média de vida dos portugueses. Através do gráfico podemos verificar que a população portuguesa em 2017 vivia em média mais 2,6 anos do que em 2005, tendo este aumento acontecido de forma gradual.

**Tabela 3** Expetativa de vida saudável baseada na autoperceção da saúde em Portugal (em anos)

<b>Ano</b>	<b>Mulheres</b>	<b>Homens</b>
<b>2005</b>	63,6	64,4
<b>2006</b>	64,7	64,9
<b>2007</b>	65,9	65,6
<b>2008</b>	65,8	65,4
<b>2009</b>	65,5	66,2
<b>2010</b>	65,3	65,7
<b>2011</b>	68,2	67,3
<b>2012</b>	68,4	67,9
<b>2013</b>	68,1	68,1
<b>2014</b>	68,7	68,2
<b>2015</b>	69,3	68,5
<b>2016</b>	70,8	69,8

Fonte: Eurostat

A autoperceção da saúde trata-se da perceção que a população possui sobre a sua própria saúde, refletindo-se também, de forma direta, na opinião detida sobre os cuidados de saúde dos quais usufruem.

Através da tabela 3 podemos concluir que ao longo dos últimos anos, tanto homens como mulheres, estimam viver durante mais anos. Em 2016 as mulheres estimavam viver mais 7,2 anos do que em 2005. Já os elementos do sexo masculino, no mesmo período, estimavam viver mais 5,4 anos.

### **3.5.3 Evolução dos valores das despesas com saúde**

Em primeiro lugar importa aferir qual o valor despendido no funcionamento da saúde em Portugal.

**Tabela 4 Despesas correntes em cuidados de saúde**

<b>Ano</b>	<b>Mil milhões de €</b>
<b>2005</b>	14 966 348 €
<b>2006</b>	15 188 768 €
<b>2007</b>	15 907 572 €
<b>2008</b>	16 729 079 €
<b>2009</b>	17 332 440 €
<b>2010</b>	17 668 162 €
<b>2011</b>	16 790 717 €
<b>2012</b>	15 742 270 €
<b>2013</b>	15 476 704 €
<b>2014</b>	15 615 760 €
<b>2015</b>	16 132 190 €
<b>2016</b>	16 836 103 €
<b>2017</b>	17 344 758 €

Fonte: Pordata

A tabela 4 permite verificar o valor das despesas correntes com os cuidados de saúde. De 2005 até 2010 a despesa aumentou cerca de 2.701.814€ mil milhões de euros. Em 2011 e 2013 observou-se uma pequena diminuição nos custos correntes, voltando os mesmos a aumentar a partir de 2014. Em 2017 as despesas já atingiam os 17.344.758€, no entanto não ultrapassando o valor de 2010.

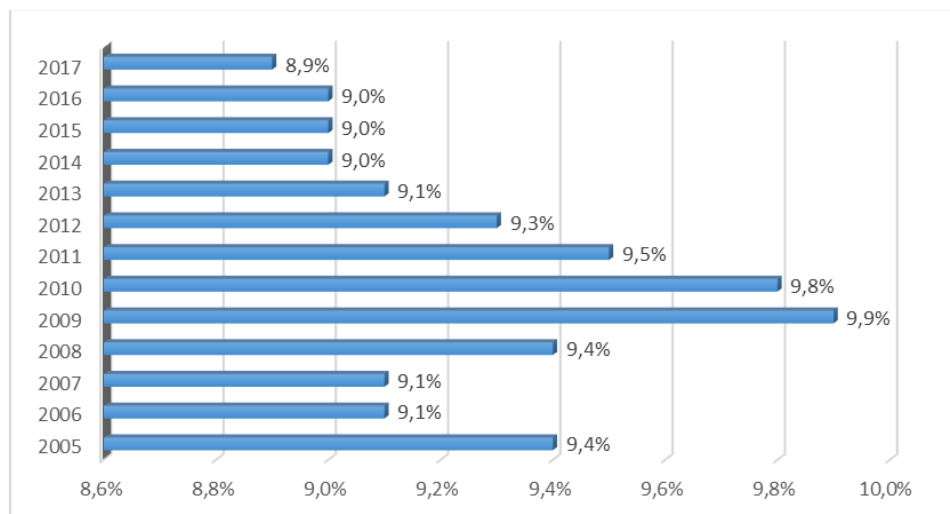
**Tabela 5 Despesa corrente em cuidados de saúde per capita**

Ano	€
2005	1 424,9 €
2006	1 442,5 €
2007	1 508,8 €
2008	1 584,5 €
2009	1 640,0 €
2010	1 671,0 €
2011	1 590,4 €
2012	1 497,1 €
2013	1 480,0 €
2014	1 501,4 €
2015	1 557,5 €
2016	1 630,5 €
2017	1 638,9 €

Fonte: Pordata

A tabela 5 representa qual o gasto médio, por pessoa, no funcionamento da saúde. Tal como na tabela acima, também aqui se verifica um aumento na despesa *per capita* entre 2005 e 2010 de 246,1€. Após este aumento, verifica-se um decréscimo da despesa entre 2011 e 2013, para de novo volta a aumentar. Entre 2005 e 2017 a despesa aumentou 241€ por pessoa.

**Gráfico 3 Despesa corrente em cuidados de saúde em % do PIB**



Fonte: Pordata

O gráfico 3 demonstra o valor gasto, em percentagem do PIB, no funcionamento da saúde. Entre 2005 e 2010 verificam-se algumas variações na percentagem do PIB, no entanto a variação que mais se destaca é a que acontece a partir de 2010 até 2017 em que os custos com saúde no valor do PIB decrescem de 9,9% para 8,9%.

### 3.5.4 Discussão dos Resultados

Após a exposição e análise dos dados recolhidos torna-se impreterível retirar conclusões sobre os mesmos.

Em primeiro lugar foram analisados dados de produção hospitalar, verificando-se um aumento considerável no número de consultas externas e cirurgias realizadas no SNS desde 2005 e 2007 respetivamente. A evolução positiva apresentada da produção destes atos médicos vai de encontro à teoria de que a contratualização promove a eficácia do SNS.

Verifica-se ainda um decréscimo no número de internamentos e de episódios de urgência, no entanto, tal pode indicar uma melhoria da saúde da população, sendo que as patologias mais graves e que exigem internamento são facilmente evitáveis através de um melhor serviço de saúde, e ainda uma diminuição das doenças agudas e que levam os utentes a dirigirem-se aos serviços de urgência dos hospitais mais próximos de si. A diminuição dos

episódios de urgência poderá estar também relacionada com algumas medidas do Ministério da Saúde, como a "Linha Saúde 24", que através dos esclarecimentos feitos ao utente por profissionais de saúde, reduz a entrada de casos nas urgências dos hospitais.

Em segundo lugar examinaram-se alguns indicadores do estado de saúde da população. A esperança média de vida trata-se do número médio de anos que se espera que um individuo viva após o seu nascimento. Este é um dos indicadores mais importantes para aferição da saúde da população de um determinado país. Verificou-se que em Portugal a esperança média de vida teve um aumento gradual desde 2005, situando-se em 2007 em 80,8 anos.

Também a esperança média de vida baseada na autoperceção da saúde foi um dos indicadores avaliados. Se a população considera que irá viver mais anos tendo em conta o estado da sua saúde significa que a mesma tem acesso a um sistema de saúde eficaz e de qualidade. Também aqui se verificou, entre 2005 e 2016 um aumento gradual da idade até a qual se estima viver, sendo que nas mulheres registou-se um aumento de 7,2 anos e nos homens de 5,4 anos.

Por último analisou-se a evolução dos indicadores económico financeiros do País, no qual se verificou um aumento das despesas correntes no funcionamento da saúde, bem como na despesa corrente *per capita*. Na primeira, e apesar de uma pequena redução entre 2011 e 2013, verificou-se, em 2017, um aumento de 2.378.410 mil milhões de € em relação a 2005, enquanto que na segunda o aumento foi de 214€ durante o mesmo período.

Este aumento não significa a ineficiência do setor hospitalar, nem que o mesmo realiza gastos excessivos. Poderá antes estar relacionado com a esperança média de vida dos portugueses, visto que ao viver mais anos, os cidadãos vão precisar de mais cuidados de saúde ao longo da vida, aumentando assim o custo das despesas correntes nacionais e *per capita*.

Analisou-se, por fim, qual o peso das despesas de saúde no PIB do país, e onde se verificou uma diminuição do valor do mesmo ao longo dos anos. Em 2017 o peso das despesas representava 8,9% do PIB nacional.

Em sùmula, os dados analisados mostram uma evolução positiva da produção hospitalar e da saúde da população e até na diminuição da despesa de saúde em percentagem



de PIB que parecem ser mais significativos a partir de 2005, ano em que a contratualização voltou ao setor da saúde. Podemos então concluir que a referida medida de modernização teve um impacto positivo em Portugal, através das várias alterações que implementou no setor hospitalar português.

## **Capítulo 4 – Conclusão**

### **4.1 Introdução**

O setor da saúde é considerado um dos mais importantes, onde é sempre exigido pelos cidadãos um elevado nível de qualidade, eficiência e eficácia. No entanto, na entrada no novo milénio, verificou-se que o mesmo apresentava pouca capacidade de resposta às necessidades dos utentes, apresentando já elevados custos estando por isso a tornar-se insustentável, do ponto de vista económico-financeiro.

Era função da Administração Pública reverter a situação vivida no setor da saúde português, no entanto, devido às suas técnicas de gestão obsoletas e desacuadas aos novos problemas que a saúde enfrentava tal não foi possível.

Assim deu-se início a um ciclo de modernização na saúde onde, influenciados pelo NPM, foram aplicadas medidas de gestão de empresas privadas aos hospitais do setor público de forma a potenciar a eficiência e eficácia do setor hospitalar, promovendo assim a sustentabilidade do setor.

### **4.2 Conclusões Gerais**

O objetivo do relatório apresentado era analisar a contratualização hospitalar como forma de modernização do setor da saúde e as novas medidas que implementou no mesmo. Durante o período de estágio no DPC foi-me possível contactar diretamente com a Administração Pública, sendo que no referido período colaborei na preparação e negociação da contratualização hospitalar para 2019, onde percebi que esta não se concentra exclusivamente na produção bruta dos hospitais, tem também em consideração o impacto e o valor criado para o cidadão.

Através da criação e utilização dos contratos-programa foram introduzidas mudanças a nível da estrutura e cultura da Administração Pública, sendo que anteriormente a área era orientada por relações de dependência hierárquica.

A contratualização hospitalar criou igualmente um novo modelo de financiamento, sendo que o mesmo deixou de se basear no orçamento de Estado, passando a fundamentar-se na prestação de cuidados e dos objetivos de qualidade contratualizados. Para que as referidas metas quantitativas e qualitativas sejam alcançadas torna-se fundamental a sinergia entre a contratualização externa e a contratualização interna. Só através da última é possível orientar as diversas unidades organizacionais para a produção de atos médicos e de ganhos efetivos na saúde, possibilitando o cumprimento dos objetivos contratualizados externamente.

Também a monitorização e a avaliação do cumprimento dos contratos são fundamentais, visto que é através destes processos que o setor da saúde se torna mais efetivo e rigoroso, não só na produção e eficiência das instituições, mas também na qualidade dos serviços prestados aos cidadãos.

Apesar dos problemas e desafios que a contratualização enfrenta, verificou-se uma melhoria significativa na saúde dos portugueses, aumentando a esperança média de vida e reduzindo o número de internamentos e episódios de urgência. Verificou-se também um aumento na produção de atos médicos, e apesar da despesa na saúde continuar a aumentar, observa-se uma diminuição do peso da mesma no PIB.

Concluindo, a contratualização hospitalar não foi apenas uma nova medida que se limitou a inserir novas formas de gestão na Administração Pública, esta gerou ganhos efetivos no setor da saúde português, podendo ser por isso considerada, uma verdadeira medida de modernização administrativa.

### **4.3 Implicações para a Administração Pública**

As instituições prestadoras de cuidados de saúde, neste caso as entidades hospitalares pertencentes ao SNS, devem ser um meio para melhorar a saúde da população. Assim a contratualização hospitalar, serve para manter o SNS sustentável, promovendo uma correta utilização dos recursos e proporcionando um serviço de qualidade para o utente.

Verificou-se que através desta forma de gestão foi possível modernizar o setor público, nomeadamente o da saúde, conseguindo este contornar a insustentabilidade que vivia, através de novas formas de gestão que potenciaram o correto funcionamento da saúde.

Também os utentes obtiveram benefícios com esta reforma administrativa, passando a ter serviços de qualidade e que respondem às necessidades por si sentidas. Para além disso, e devido à criação de um “mercado”, passaram também a poder escolher qual a instituição hospitalar para a qual querem ser referenciados.

Para que a contratualização continue a apresentar resultados positivos, recomenda-se que continue a existir monitorização e avaliação permanente dos objetivos contratualizados de modo a garantir o nível de eficiência exigido e a qualidade dos serviços prestados.

## Bibliografia

ACSS. (Novembro de 2018). Termos de referência para contratualização de cuidados de saúde no SNS para 2019. Lisboa.

Araújo, J. (2005). A Reforma Administrativa em Portugal: em busca de um novo paradigma. Universidade do Minho.

Araújo, J. (2005). Avaliação da gestão pública: A administração pós burocrática. Universidade do Minho.

Araújo, J. F. (2005). A Reforma do Serviço Nacional de Saúde: o novo contexto da gestão pública. Universidade do Minho.

Contas, T. d. (2003). *Auditoria de Gestão HDS-HNSR-HSS. Relatório Global - análise comparativa. Relatório n.º03/02*. Tribunal de Contas.

Contas, T. d. (2018). *Auditoria à conta consolidada do Ministério da Saúde - Exercício 2017- Relatório n.º20/2018*. Tribunal de Contas.

Correia, T. (2010). New Public Management in the Portuguese health sector: a comprehensive reading. *Revista da Associação Portuguesa de Sociologia*.

Costa, C. (2012). Sistema de controlo interno e modernização administrativa em Portugal. Lisboa.

*Despesa corrente em cuidados de saúde*. (26 de 06 de 2018). Obtido de PORDATA - Base de dados Portugal Contemporâneo: <https://www.pordata.pt/Portugal/Despesa+corrente+em+cuidados+de+sa%c3%bade-3010>

*Despesa corrente em cuidados de saúde em % de PIB*. (23 de 03 de 2019). Obtido de PORDATA - Base de dados Portugal contemporâneo: <https://www.pordata.pt/Portugal/Despesa+corrente+em+cuidados+de+sa%c3%bade+em+percentagem+do+PIB-610>

*Despesa corrente em cuidados de saúde per capita*. (14 de 06 de 2019). Obtido de PORDATA - Base de dados Portugal Contemporâneo: <https://www.pordata.pt/Portugal/Despesa+corrente+em+cuidados+de+sa%c3%bade+per+capita-609>

*Dia Mundial da Saúde - 7 de Abril.* (05 de 04 de 2019). Obtido de Instituto Nacional de Estatística:

[https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_destaquese&DESTAQUESdest\\_boui=352430866&DESTAQUESmodo=2](https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaquese&DESTAQUESdest_boui=352430866&DESTAQUESmodo=2)

Escoval, A. (2010). O processo de contratualização na saúde em Portugal (1996-2005). *Revista Portuguesa de Saúde Pública, Volume temático 9*, pp. 7-24.

*Esperança de vida à nascença.* (31 de 05 de 2019). Obtido de PORDATA - Base de dados Portugal Conemporâneo:

[https://www.pordata.pt/Portugal/Esperanc%a7a+de+vida+%c3%a0+nascen%c3%a7a+total+e+por+sexo+\(base+tri%c3%a9nio+a+partir+de+2001\)-418](https://www.pordata.pt/Portugal/Esperanc%a7a+de+vida+%c3%a0+nascen%c3%a7a+total+e+por+sexo+(base+tri%c3%a9nio+a+partir+de+2001)-418)

Gonçalves, L. J. (2013). *Contratualização e Nova Gestão Pública no Setor da Saúde: uma nova experiência em dois centros de responsabilidade hospitalares.* Coimbra.

*Healthy life expectancy based on self perceived health.* (24 de 04 de 2018). Obtido de

Eurostat - your key to European statistics:

<http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/submitViewTableAction.do>

Madureira, C. (Maio/Junho de 2015). A reforma da Administração Pública central no Portugal democrático: do período pós-revolucionário à intervenção da Troika. *Revista Administração Pública - Rio de Janeiro, 49(3)*, pp. 547-562.

Matos, A. A., & Nunes, A. M. (24 de Abril de 2016). Inovação da gestão dos hospitais públicos no sistema de saúde português. *Revista de Gestão em Sistemas de Saúde*, pp. 14-23.

Matos, T. T., Ferreira, A. C., Lourenço, A., & Escoval, A. (2010). Contratualização interna vs. contratualização externa. *Revista Portuguesa de Saúde Pública, volume temático: 9*, pp. 161-180.

Mourato, A. (Abril de 2013). *Empresarialização hospitalar e gestão de recursos humanos: um estudo de caso.*

Nunes, A. (2013). *A gestão empresarial hospitalar na perspetiva dos gestores hospitalares.* Lisboa.

Nunes, A. (2016). Reformas na gestão hospitalar: Análise dos efeitos da empresarialização. Lisboa.

Nunes, A. M. (31 de Outubro de 2016). Gestão hospitalar: Quatorze anos de empresarialização em Portugal. *Revista de Gestão em Sistemas de Saúde*.

Nunes, A. M., & Harfouche, A. J. (8 de Setembro de 2015). A reforma da administração pública aplicada ao setor da saúde: a experiência portuguesa. *Revista de Gestão em Sistemas de Saúde*.

Oliveira, F. P., de Campos, D. D., & Machado, C. (2018). *Uma Administração Pública Moderna e Mais Próxima do Cidadão*. Coimbra: Edições Almedina. S.A.

OPSS. (2006). *Relatório Primavera - Um ano de governação em saúde: sentidos e significados*. Lisboa: Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra.

OPSS. (2009). *Relatório Primavera - 10/30 anos: razões para continuar*. Lisboa.

OPSS. (2018). *Relatório Primavera - Meio caminho andado*. Lisboa.

Rocha, J. (2000). O modelo pós-burocrático: A reforma da Administração Pública à luz da experiência internacional recente. *Forum 2000: Reforma do Estado e Administração Gestionária*. Lisboa, Fundação Calouste Gulbenkian.

Saúde, M. d. (2018). *Relatório Anual - Acesso a cuidados de saúde nos estabelecimentos do SNS e entidades convencionadas em 2017*. Ministério da Saúde.

*SNS - Consultas, internamentos e urgências*. (14 de 12 de 2018). Obtido de PORDATA - Base de dados Portugal Contemporâneo: [https://www.pordata.pt/Portugal/SNS+consultas++internamentos+e+urg%  
c3%aaancias+++Continente-159](https://www.pordata.pt/Portugal/SNS+consultas++internamentos+e+urg%c3%aaancias+++Continente-159)

## **Jurisprudência**

Lei n.º 27/2002, de 8 de novembro

Decreto-Lei n.º 233/2005, de 29 de dezembro

Decreto-Lei n.º 254/82, de 29 de junho

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

Portaria n.º 164/2012, de 22 de maio

Despacho Normativo n.º 22 250/2005, de 25 de outubro

Despacho n.º 19/2018, de 30 de maio



## **ANEXOS**

## ANEXO I – Tabela de preços SNS

Linhas de Produção	Preço
<b>Consultas Externas</b>	
<b>Nº Total Consultas Médicas</b>	
<b>Primeiras Consultas</b>	
Primeiras Consultas com origem nos CSP referenciadas via CTH	48,00 €
Primeiras Consultas Telemedicina em tempo real	48,00 €
Primeiras Consultas de Saúde Mental na Comunidade	48,00 €
Primeiras Consultas Centros Referência (ref.)	48,00 €
Primeiras Consultas CRI	48,00 €
Primeiras Consultas Descentralizadas nos CSP	48,00 €
Primeiras Consultas Cuidados Paliativos	48,00 €
Primeiras Consultas (sem majoração de preço)	44,00 €
<b>Consultas Subsequentes</b>	
Consultas Subsequentes Telemedicina em tempo real	48,00 €
Consultas Subsequentes de Saúde Mental na Comunidade	48,00 €
Consultas Subsequentes Centros Referência	48,00 €
Consultas Subsequentes CRI	48,00 €
Consultas Subsequentes Descentralizadas nos CSP	48,00 €
Consultas Subsequentes Cuidados Paliativos	48,00 €
Consultas Subsequentes (sem majoração de preço)	44,00 €
<b>Internamento</b>	
<b>Doentes Saídos - Agudos</b>	
<b>GDH Médicos TOTAL</b>	
GDH Médicos	2 285,00 €
GDH Médicos Int. Centros Ref.	2 399,00 €
GDH Médicos Int. CRI	2 399,00 €
GDH Médicos Int. Cuidados Paliativos	2 399,00 €
<b>GDH Cirúrgicos</b>	
<b>GDH Cirúrgicos Programados (Total)</b>	
GDH Cirúrgicos Programados	2 285,00 €
GDH Cirúrgicos Int. Centros Ref.	2 399,00 €
GDH Cirúrgicos Int. CRI	2 399,00 €
<b>D. Saídos - GDH Cirúrgicos Urg (Total)</b>	
GDH Cirúrgicos - Urgentes	2 171,00 €
GDH Cirúrgicos Urgentes Centros Ref.	2 280,00 €
GDH Cirúrgicos Urgentes CRI	2 280,00 €
<b>Doentes Tratados - Reabilitação Psicossocial</b>	

Reabilitação Psicossocial	42,00 €
<b>Dias de Internamento Doentes Residentes/Crónicos</b>	
Psiquiatria no Hospital	71,00 €
Psiquiatria no Exterior (Ordens Religiosas)	42,00 €
Psiquiatria no Exterior (Outras Instituições)	42,00 €
Doentes Crónicos Ventilados	244,00 €
Doentes Medicina Física e Reabilitação	205,00 €
Lar de Doentes (IPO)	63,00 €
<b>Nº Dias de Internamento - Reabilitação Psicossocial</b>	
Reabilitação Psicossocial	42,00 €
ECMO	
ECMO	21 606,00 €
<b>Urgência</b>	
<b>Total de Atendimentos</b>	
Total de Atendimentos SU Polivalente	17M€/170000 EP
Total Atendimentos SU Médico-Cirúrgica	5M€/100000 EP
Total de Atendimentos SU Básica	1,4M€/35000 EP
<b>Hospital de Dia</b>	
Hematologia	309,00 €
Imuno-hemoterapia	309,00 €
Psiquiatria (Adultos e Infância e Adolescência)	32,00 €
Psiquiatria (Unidades Sócio-Ocupacionais)	30,00 €
Base (Pediatria+Pneumologia+Oncologia s/Químio+Outros)	21,00 €
Cuidados Paliativos	25,00 €
<b>Serviços Domiciliários</b>	
Total de Domicílios	38,00 €
Hospitalização Domiciliária	2 285,00 €
<b>GDH Ambulatório</b>	
<b>GDH Médicos Amb. Total</b>	
GDH Médicos	2 285,00 €
GDH Médicos Amb. Centros Ref.	2 399,00 €
GDH Médicos Amb. CRI	2 399,00 €
<b>GDH Cirúrgicos Ambulatório (Total)</b>	
GDH Cirúrgicos	2 285,00 €
GDH Cirúrgicos Amb. Centros Ref.	2 399,00 €
GDH Cirúrgicos Amb. CRI	2 399,00 €
<b>Sessões de Radioncologia</b>	
Tratamentos Simples	105,00 €
Tratamentos Complexos	251,00 €
<b>Colocação de Implantes Cocleares</b>	

Implante coclear unilateral	18 750,00 €
Implante coclear bilateral	32 500,00 €
<b>Programas de Saúde</b>	
<b>Diagnóstico Pré-Natal</b>	
Diagnóstico Pré-Natal - N.º Protocolos I	38,00 €
Diagnóstico Pré-Natal - N.º Protocolos II	65,00 €
<b>VIH/Sida - Total de Doentes</b>	
VIH/Sida - N.º Doentes em TARC (1ºe 2º ETR)	5 997,00 €
VIH/Sida - Doentes Transitados TARC (1ºe 2º ETR)	5 997,00 €
VIH/Sida - Outros Doentes TARC (outros ETR)	5 997,00 €
<b>IVG até 10 Semanas</b>	
IVG até 10 semanas - N.º IG Medicamentosa em Ambulatório (Amb.)	283,00 €
IVG até 10 semanas - N.º IG Cirúrgica em Amb.	369,00 €
<b>Esclerose Múltipla - Total de Doentes</b>	
N.º Doentes em Tratamento - EDSS <= 3,5 até um surto por ano	12 380,00 €
N.º Doentes em Tratamento - EDSS <= 3,5 até dois surtos por ano	12 380,00 €
N.º Doentes em Tratamento - 4 <= EDSS <= 6,5	12 380,00 €
N.º Doentes em Tratamento - 7 <= EDSS <= 8	12 380,00 €
<b>Hepatite C</b>	
Nº Doentes Tratados (indivíduos)	6 922,00 €
Nº de Novos Doentes em Tratamento	6 922,00 €
<b>Hipertensão Pulmonar - Total de Doentes</b>	
N.º Doentes em Tratamento - seguimento 1º ano (doente tratado/ano)	8 408,00 €
N.º Doentes em Tratamento - seguimento após 1º ano CF <= III (doente tratado/ano)	22 555,00 €
N.º Doentes em Tratamento - seguimento após 1º ano CF IV (doente tratado/ano)	162 563,00 €
<b>Patologia Oncológica</b>	
<b>Cancro da Mama - N.º Doentes em tratamento</b>	
Cancro da Mama - N.º Doentes em tratamento - 1º ano	9 827,00 €
Cancro da Mama - N.º Doentes em tratamento - 2º ano	3 944,00 €
<b>Cancro do Colo do Útero - N.º Doentes em Tratamento</b>	
Cancro do Colo do Útero - N.º Doentes em Tratamento - 1º ano	12 023,00 €

Cancro do Colo do Útero - N.º Doentes em Tratamento - 2º ano	3 551,00 €
<b>Cancro do Cólon e Reto - N.º Doentes em Tratamento</b>	
Cancro do Cólon e Reto - N.º Doentes em Tratamento - 1º ano	11 302,00 €
Cancro do Cólon e Reto - N.º Doentes em Tratamento - 2º ano	4 995,00 €
<b>Cancro da Próstata - N.º de Doentes em Tratamento</b>	
Cancro da Próstata - N.º de Doentes em Tratamento - 1º Ano	6 314,00 €
Cancro da Próstata - N.º de Doentes em Tratamento - 2º Ano	1 726,00 €
<b>Cancro do Pulmão - N.º Doentes em Tratamento</b>	
Cancro do Pulmão - N.º Doentes em Tratamento - 1º Ano	16 901,00 €
Cancro do Pulmão - N.º Doentes em Tratamento - 2º Ano	4 397,00 €
<b>Mieloma - N.º Doentes em Tratamento</b>	
Mieloma - N.º Doentes em Tratamento - 1º Ano	24 879,00 €
Mieloma - N.º Doentes em Tratamento - 2º Ano	10 687,00 €
<b>Rastreios - N.º de Rastreios</b>	
Rastreio do Cancro do Colo do Útero	68,00 €
Rastreio do Cancro do Cólon e Reto	378,00 €
<b>Telemonitorização DPOC</b>	
Elementos de Telemonitorização DPOC	1 296,00 €
N.º Doentes em Tratamento DPOC (doente equivalente/ano)	2 053,00 €
<b>Telemonitorização status pós Enfarte Agudo do Miocárdio</b>	
Elementos de Telemonitorização EAM	3 391,00 €
N.º Doentes em Tratamento EAM (doente tratado/ano)	1 342,00 €
<b>Telemonitorização status da Insuficiência Cardíaca Crónica</b>	
Elementos de Telemonitorização ICC	1 621,00 €
N.º Doentes em Tratamento EAM (doente equivalente/ano)	1 342,00 €
<b>PSCI (Centros de Tratamento Autorizados pela DGS)</b>	
Doentes em Seguimento (Cuidados 1º ano ) (doente equivalente/ano)	2 700,00 €

<b>PSCI (Centros de Tratamento Autorizados pela DGS)</b>	
Doentes em Seguimento (Cuidados 2º ano e seguintes) (doente equivalente/ano)	1 200,00 €
<b>Doenças Lisossomais</b>	
Doença de Gaucher - N.º Doentes em Tratamento	181 373,00 €
Doença de Fabry - N.º Doentes em Tratamento	119 485,00 €
Doença de Hurler - N.º Doentes em Tratamento	171 037,00 €
Doença de Hunter - N.º Doentes em Tratamento	411 356,00 €
Doença de Maroteaux-Lamy - N.º Doentes em Tratamento	385 325,00 €
Doença de Niemann-Pick - N.º Doentes em Tratamento	74 086,00 €
Doença de Pompe - N.º Doentes em Tratamento	196 668,00 €
<b>Doenças Lisossomais Centros de Referência - Doentes CTP</b>	
Doença de Gaucher - N.º Doentes em Tratamento CTP (CRe)	179 281,00 €
Doença de Fabry - N.º Doentes em Tratamento CTP (CRe)	117 915,00 €
Doença de Hurler - N.º Doentes em Tratamento CTP (CRe)	168 147,00 €
Doença de Hunter - N.º Doentes em Tratamento CTP (CRe)	408 466,00 €
Doença de Maroteaux-Lamy - N.º Doentes em Tratamento CTP (CRe)	382 435,00 €
Doença de Niemann-Pick - N.º Doentes em Tratamento CTP (CRe)	72 567,00 €
Doença de Pompe - N.º Doentes em Tratamento CTP (CRe)	195 067,00 €
<b>Doenças Lisossomais Centros de Proximidade - Doentes CTP</b>	
Doença de Gaucher - N.º Doentes em Tratamento CTP	2 123,00 €
Doença de Fabry - N.º Doentes em Tratamento CTP	1 601,00 €
Doença de Hurler - N.º Doentes em Tratamento CTP	2 921,00 €
Doença de Hunter - N.º Doentes em Tratamento CTP	2 921,00 €
Doença de Maroteaux-Lamy - N.º Doentes em Tratamento CTP	2 921,00 €
Doença de Niemann-Pick - N.º Doentes em Tratamento CTP	1 550,00 €

Doença de Pompe - N.º Doentes em Tratamento CTP	1 632,00 €
<b>Perturbações Mentais Graves</b>	
Psicoses Esquizófrénicas (doente equivalente/ano)	1 519,00 €
Psicoses Afetivas (doente equivalente/ano)	1 035,00 €
Psicoses não Orgânicas (doente equivalente/ano)	799,00 €
<b>Programa de Tratamento Cirúrgico da Obesidade (PTCO)</b>	
N.º Doentes com Pré-Avaliação e Cirurgia Bariátrica - Cirurgia de Banda Gástrica	3 377,00 €
Cirurgia de Banda Gástrica - 1.º ano de follow-up	563,00 €
Cirurgia de Banda Gástrica - 2.º ano de follow-up	563,00 €
N.º Doentes com Pré-Avaliação e Cirurgia Bariátrica - Cirurgia de Bypass Gástrica	4 295,00 €
Cirurgia de Bypass Gástrico - 1.º ano de follow-up	716,00 €
Cirurgia de Bypass Gástrico - 2.º ano de follow-up	716,00 €
Outras Técnicas - Modelo 1	3 377,00 €
Outras Técnicas - Modelo 2	4 295,00 €
Outras Técnicas - Modelo 1 - 1.º ano de follow up	563,00 €
Outras Técnicas - Modelo 1 - 2.º ano de follow up	716,00 €
<b>Programa Terapêutico PAF1</b>	
PAF1 - N.º Doentes em Tratamento	58 359,00 €
<b>Diagnóstico e Tratamento da Infertilidade</b>	
N.º Consultas de Apoio à Fertilidade	88,00 €
N.º Induções da Ovulação	133,00 €
N.º Inseminações Intra-Uterinas	335,00 €
N.º Fertilizações In Vitro	2 098,00 €
N.º Injecções Intra-Citoplasmáticas de Espermatozoides	2 308,00 €
N.º Injecções Intra-Citoplasmáticas de Espermatozoides recolhidos cirúrgicamente	2 937,00 €
<b>Banco de Gâmetas</b>	
N.º de Packs Gâmetas Masculinos	1 405,00 €
N.º de Packs Gâmetas Femininos	2 825,00 €

Fonte: ACSS

## ANEXO II – Objetivos Nacionais

Objetivos Nacionais ULS, CH, HOSP	
Áreas	Ponderações
Objetivos Nacionais	60%
A. Acesso	20%
A.1 Percentagem de utentes em Lista de Espera para Consulta (LEC) dentro do Tempo Máximo de Resposta Garantido (TMRG)	3%
A.2 Percentagem de consultas realizadas dentro dos TMRG	4%
A.3 Percentagem de utentes em Lista de Inscritos para Cirurgia (LIC) dentro do TMRG	3%
A.4 Percentagem de doentes operados dentro dos TMRG	4%
A.5 Percentagem de episódios de urgência atendidos dentro do tempo de espera previsto no protocolo de triagem	3%
A.6 Percentagem de doentes referenciados para a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados , avaliados/confirmados pela EGA em tempo adequado (até 2 dias úteis), no total de doentes referenciados para a RNCCI	3%
B. Qualidade	20%
B.1 Percentagem de reinternamento em 30 dias, na mesma grande categoria de diagnóstico	3%
B.2 Percentagem de cirurgias realizadas em ambulatório, para procedimentos tendencialmente ambulatorizáveis	3%
B.3 Percentagem de cirurgias de anca efetuadas nas primeiras 48 horas	3%
B.4 Índice de mortalidade ajustada	4%
B.5 índice de demora média ajustada	4%
B.6 Demora média antes da cirurgia	3%
C. Eficiência	20%
C.1 Gastos operacionais por doente padrão	5%
C.2 Doente padrão por médico ETC	5%
C.3 Doente padrão por enfermeiro ETC	5%
C.4 % de gastos com horas extraordinárias, suplementos e fornecimentos de serviços externos (selecionados) no total de gastos com o pessoal	5%

Fonte: ACSS



Objetivos Nacionais IPO	
Áreas	Ponderações
Objetivos Nacionais	60%
A. Acesso	20%
A.1 Percentagem de utentes em Lista de Espera para Consulta (LEC) dentro do	4%
A.2 Percentagem de consultas realizadas dentro dos TMRG	4%
A.3 Percentagem de utentes em Lista de Inscritos para Cirurgia (LIC), neoplasias	4%
A.4 Percentagem de doentes operados dentro dos TMRG	4%
A.6 Percentagem de doentes referenciados para a Rede Nacional de Cuidados	4%
B. Qualidade	20%
B.1 Percentagem de doentes saídos com duração de internamento acima do limiar máximo	4%
B.2 Variação do n.º de operados padrão por neoplasia maligna	4%
B.3 Índice de mortalidade ajustada	4%
B.4 índice de demora média ajustada	4%
B.5 Demora média antes da cirurgia	4%
C. Eficiência	20%
C.1 Gastos operacionais por doente padrão	5%
C.2 Doente padrão por médico ETC	5%
C.3 Doente padrão por enfermeiro ETC	5%
C.4 % de gastos com horas extraordinárias, suplementos e fornecimentos de serviços externos (selecionados) no total de gastos com o pessoal	5%

Fonte: ACSS

## ANEXO III – Objetivos Regionais

<b>Objetivos Regionais da ARSC para 2019</b>
<b>1. Percentagem de pedidos muito prioritários atendidos acima do tempo máximo de espera (CTH)</b>
Objetivo: Reduzir o n.º de pedidos muito prioritários atendidos acima do tempo máximo de espera
Tipo de falha: Acesso
<b>2. Episódios cirúrgicos em espera há mais de 12 meses</b>
Objetivo: Reduzir o n.º de episódios cirúrgicos em espera há mais de 12 meses
Tipo de falha: Acesso
<b>3. Percentagem de cirurgia urgente no total de cirurgias</b>
Objetivo: Incentivar o aumento da atividade cirúrgica programada em detrimento da urgente
Tipo de falha: Desempenho Assistencial
<b>4. Percentagem de registos oncológicos completos no total de registos oncológicos</b>
Objetivo: Promover a recolha e registo de informação completa e válida pelas instituições nas doenças oncológicas, contribuindo para o Registo Oncológico Nacional (RON).
Tipo de falha: Qualidade da Informação
<b>5. Tempo médio de codificação e agrupamento em Grupos de Diagnóstico Homogéneos (GDH)</b>
Objetivo: Diminuir o tempo médio de codificação e agrupamento em GDH
Tipo de falha: Desempenho Assistencial
<b>6. Faturação de medicamentos cedidos em farmácia de oficina</b>
Objetivo: Reduzir a faturação de medicamentos cedidos em farmácia de oficina
Tipo de falha: Desempenho Económico-Financeiro

Fonte: adaptado ARSC