

**INDICADORES DE DESEMPENHO NA GESTÃO
HOSPITALAR – O CASO DO HOSPITAL FERNANDO DA
FONSECA**

Telma Sofia Martins Monteiro

**Projeto submetido como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre
em Contabilidade**

Orientadores:

**Prof. Doutora Maria Antónia Jorge de Jesus, Prof. Auxiliar, ISCTE Business School,
Departamento de Contabilidade**

**Prof. Doutor Jonas da Silva Oliveira, Prof. Auxiliar, ISCTE Business School,
Departamento de Contabilidade**

outubro 2018

Resumo

O financiamento do Sistema Nacional de Saúde em Portugal no que respeita aos Hospitais Empresa segue o paradigma da Nova Gestão Pública, que estabelece um modelo de contratualização baseado nos contratos-programa.

Neste contexto, este projeto tem como finalidade compreender, no caso concreto do Hospital Fernando da Fonseca, se o contrato-programa celebrado para um triénio em particular afeta os sistemas de controlo de gestão desta entidade e, igualmente, se estes são influenciados pelo contrato-programa.

O estudo no HFF foi realizado com recurso à análise de dados documentais e a entrevistas a dois diretores de Direções diferentes. Foi possível observar que as necessidades de gestão poderiam estar a ser respondidas de forma mais eficaz. Igualmente se verificou que a falta de recursos humanos é uma situação premente na gestão do hospital, cuja eficiência é afetada pelas constantes alterações nos mecanismos de gestão.

Por outro lado, apesar do contrato-programa ter melhorado os mecanismos de controlo e gerado maior consciencialização sobre as flutuações anuais nas necessidades hospitalar, não se pode afirmar assertivamente que o contrato-programa influencia o controlo de gestão ou que este influencia o contrato-programa.

Palavras-chave: Indicadores de desempenho, SNS, EPE, estudo de caso

Classificação JEL: I18, M10

Abstract

The funding of the national health system in Portugal in what concerns the “Hospitals EPE” follows the New Public Management paradigm (NPM), establishing the contractual model based on the program contract.

Under this context, this project intends to understand, in the case of the “Hospital Fernando da Fonseca (HFF)” if the program contract, issued to a specific three years period, affects the management control systems of these entity and, also, if these systems are affected by the program contract.

The study was carried out at Fernando Fonseca Hospital using documental inside data and information and throughout interviews to directors from different departments, although relevant in different ways, to achieve the desired objectives.

It was observed that management needs could be more effectively answered. The lack of human resources is perceived as a relevant issue and the recurrent changes in management mechanisms affect management efficiency.

On other hand, although the program contracts has improved the control mechanisms and raised awareness about annual fluctuations in hospital needs, it is not possible to say that the program contract influence control or that management control influences the contract program.

Keywords: Performance Indicators; NHS; Business Public Entity; Case study

JEL Classification: I18, M10

Agradecimentos

Aos meus orientadores, Professora Doutora Maria Antónia de Jesus e Professor Doutor Jonas Oliveira, agradeço pela disponibilidade e apoio demonstrado, que foram essenciais em todos os momentos, em especial os mais decisivos, para a definição do caminho a seguir. Agradeço ainda os conselhos que me deram e a paciência e respeito que manifestaram, prestando atenção a todas as dúvidas que me foram surgindo, orientando-me, sempre com empenho e sentido prático, para as soluções mais adequadas.

Aos meus colegas de trabalho e diretores do Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, EPE, agradeço todo o conhecimento profissional que me transmitiram, incluindo a partilha de vivências e a forma acolhedora como me receberam e integraram na equipa.

Também aos meus colegas de mestrado agradeço o companheirismo que manifestaram deste o início do mestrado. Em equipa, tornámos os trabalhos de grupo mais ricos. Agradeço-lhes ainda pelas conversas que tivemos acerca de possíveis temas de dissertação, pois sem elas este tema poderia nunca ter surgido.

A todos os professores do 1º ano de mestrado agradeço pelo conhecimento que me transmitiram e pelos conselhos e sugestões sobre teses a realizar com maior potencial.

Aos meus amigos mais próximos, agradeço todos os momentos em que me fizeram desligar o computador para que me divertisse um pouco. Uma mente esgotada não consegue ter capacidade para encontrar soluções.

Por todo o apoio incondicional que me dá desde sempre, agradeço à minha mãe, que, desde 2015, me ajudou durante este projeto, quer através de contactos para a realização do estudo de caso, quer através de apoio emocional e paciência que sempre demonstrou para me ouvir, incentivando-me, em cada momento, a continuar.

Ao meu pai e irmã agradeço toda a compreensão e apoio, que foram fundamentais para que tivesse tempo e motivação para me dedicar em todas as fases necessárias para a elaboração do projeto. Ao meu tio, Dr. Fernando Videira, agradeço todo o apoio que manifestou nesta minha jornada.

Índice

Resumo	ii
Abstract.....	iii
Agradecimentos	iv
Índice de figuras	vii
Índice de tabelas	viii
Glossário de abreviaturas.....	ix
1. Introdução.....	1
2. Modelos de sistemas de saúde	3
2.1. Aspetos genéricos.....	3
2.2. Modelo do Sistema de Saúde em Portugal.....	9
2.2.1. Caracterização genérica.....	9
2.2.2. Relações financeiras no âmbito do funcionamento do SNS	12
2.2.3. Contratos-programa e financiamento	16
3. Sistemas de Controlo de Gestão nas entidades do setor da saúde	28
3.1. O papel da Nova Gestão Pública nos sistemas contabilísticos.....	28
3.2. Sistemas de controlo de gestão em entidades do setor da saúde	30
3.3. Controlo de gestão e indicadores de desempenho.....	32
4. Aspetos metodológicos do projeto	35
4.1. Contexto	35
4.2. Recolha de Informação.....	36
4.3. Passos na condução do estudo.....	37
5. O caso do Hospital Prof. Doutor Fernando da Fonseca, EPE (HFF)	39
5.1. O Hospital Prof. Doutor Fernando da Fonseca, EPE (HFF)	39
5.1.1. Razões da escolha do Hospital	39
5.1.2. Breve descrição da entidade objeto de estudo.....	40
5.2. Análise dos resultados.....	41

5.2.1. Contrato-Programa e Financiamento	41
5.2.2. Indicadores de desempenho e controlo orçamental.....	43
5.2.2.1. Indicadores de desempenho de 2012 e 2015	44
5.2.2.2. Controlo Orçamental	49
5.2.3. Análise das entrevistas	52
5.2.4. Resposta ao problema identificado	54
6. Conclusão	55
7. Bibliografia.....	58
8. Anexos.....	63
Anexo 1 - Artigos utilizados para a formulação das Questões Formuladas.....	63
Anexo 2 – Apêndice I Atividade Hospitalar (Contrato-Programa).....	64
Anexo 3 – Apêndice II - Objetivos de Qualidade e Eficiência Económico-Financeira (Contrato-Programa)	65
Anexo 4 - Questões Formuladas	66

Índice de figuras

Figura 1 - Caracterização da prestação de cuidados de saúde.....	10
Figura 2 - Relações financeiras entre as entidades.....	14

Índice de tabelas

Tabela 1 - Tipologias de episódios clínicos e respetiva modalidade de financiamento.....	25
Tabela 2 - Consultas e Internamento (2012-2015).....	44
Tabela 3 – Proporção de população residente com 65 ou mais anos de idade (%) em Portugal e em Portugal continental de 2012 a 2017 (NUTS – 2013).....	45
Tabela 4 – Densidade populacional (N.º/Km²) na Amadora e em Sintra de 2012 a 2017 (NUTS – 2013).....	45
Tabela 5 – Taxa bruta de natalidade (‰) por local de residência (NUTS – 2013)	45
Tabela 6 - Ambulatório e Urgências (2012-2015).....	46
Tabela 7 - Outros indicadores (2012-2015)	47

Glossário de abreviaturas

ACA – *Affordable Care Act*

ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde, I.P.

ADSE – Assistência na Doença aos Servidores do Estado

APR - *All Patient Refined*

ARS's - Administrações Regionais de Saúde

ARSLVT - Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, I.P.

CCGs – Clinical Commissioning Groups

CG – Contabilidade de Gestão

CQC – Care Quality Commission

CRP - Constituição da República Portuguesa

D.E. - Doente Equivalente

DGTI - Direção de Gestão das Tecnologias e da Informação

DH – Department of Health

DP - Direção de Produção

DPCG - Direção de Planeamento e Controlo de Gestão

EPE - Entidades Públicas Empresariais

ERP - *Enterprise Resource Planning*

EUA – Estados Unidos da América

GDH - Grupos de Diagnóstico Homogéneos

GPs – *General Practitioners*

HFF – Hospital Prof. Doutor Fernando da Fonseca, EPE

ICM - Índice de Case-Mix

IDG - Índice de Desempenho Global

INEM - Instituto Nacional da Emergência Médica, I.P.

MCDT - Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica

NGP - Nova Gestão Pública

NHS - *National Health Service*

NICE – National Institute for Health and Care Excellence

OCDE – Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

OE – Orçamento de Estado

PCTs – *Primary Care Trusts*

PNHP – *Physicians for a National Health Program*

PPP - Parecia Público-Privada

SAMS - Serviços de Assistência Médico e Social

SHAs – *Strategic Health Authority*

SNS - Serviço Nacional de Saúde

SO – Sala de Observações

UE – União Europeia

UICP - Unidades de Internamento de Curto Prazo

1. Introdução

No âmbito do paradigma da Nova Gestão Pública, foram criados novos sistemas de controlo e avaliação de desempenho nas entidades do sector de saúde, bem como novas formas de financiamento, designadamente a implementação do modelo de financiamento baseado na contratualização entre os governos e os respetivos Serviços Nacionais de Saúde (SNS). Este modelo de financiamento é aplicado ao SNS português, sendo muito semelhante ao *Beveridge Model* desenvolvido por um economista britânico, que serviu de base ao SNS, tal como hoje o conhecemos.

Teoricamente têm sido discutidas as vantagens e as desvantagens deste modelo. Este novo modelo de gestão tem como suporte o financiamento baseado em contratos-programa, contratualizados com os hospitais E.P.E. (Entidade Pública Empresarial). Os contratos-programa, geralmente instituídos por triénios, estabelecem um conjunto de metas e indicadores que aquelas entidades devem alcançar.

Neste sentido, foi identificado no caso particular do Hospital Fernando da Fonseca (HFF) a necessidade de articular os sistemas de controlo de gestão e os indicadores estabelecidos nos contratos-programa, dado que os indicadores de desempenho são potencialmente uma ferramenta importante para o controlo da gestão de um hospital.

Com este projeto, recorrendo ao contrato-programa referente ao triénio 2013-2015, pretende-se explorar o que os indicadores nos poderão dizer sobre a relação entre o controlo de gestão e o contrato-programa.

Os objetivos deste projeto são, assim, perceber se os sistemas de controlo de gestão afetam o cumprimento das metas do contrato-programa, ou se o contrato-programa afeta os sistemas de controlo de gestão do HFF. Para além disso, pretende-se compreender se, ao longo do tempo, os indicadores de desempenho mais utilizados no contexto hospitalar do hospital EPE em estudo estão a ficar iguais aos do contrato-programa. Finalmente pretende-se averiguar se a Nova Gestão Pública melhorou o SNS e contribuiu para o conhecimento académico sobre o tema proposto com recurso a um estudo de caso.

Para esta análise foram utilizadas várias fontes de informação, designadamente de natureza documental (como por exemplo, o contrato-programa 2013-2015 e outra documentação interna do HFF) e entrevistas a duas direções distintas do HFF.

Em termos de estrutura, para além desta introdução, o projeto compreende 6 capítulos. No capítulo 2 é feita uma abordagem aos vários sistemas de saúde a nível internacional e, também, uma descrição dos aspetos mais relevantes do SNS em Portugal.

No capítulo 3 são evidenciados alguns estudos que relacionam os sistemas de controlo de gestão nas entidades do sector da saúde com o novo paradigma da Nova Gestão Pública.

O capítulo 4 respeita aos aspetos metodológicos, salientando os passos desenvolvidos na concretização deste estudo no HFF, com recurso a recolha de dados e informação de base documental a entrevistas a diferentes áreas da entidade.

No capítulo 5 são explicadas as razões para a escolha deste hospital em particular e é feita uma breve descrição do mesmo. Ainda neste capítulo é efetuada uma análise dos resultados, nomeadamente, ao nível da concretização dos objetivos contratualizados e das variações de indicadores de 2012 a 2015. São também analisados os principais pontos focados nas entrevistas.

Por último, no capítulo 6 destacam-se as principais conclusões, as quais apontam para o facto de se observar que as necessidades de gestão poderiam estar a ser respondidas de forma mais eficaz. Identificou-se a falta de recursos humanos como um problema relevante, bem como alterações constantes nos mecanismos de gestão, com influência direta na eficiência da gestão. Por outro lado, apesar do contrato-programa ter melhorado os mecanismos de controlo e gerado uma maior consciencialização sobre flutuações anuais nas necessidades hospitalar, não se pode afirmar assertivamente que o contrato-programa influenciou o controlo ou que o controlo de gestão influenciou o contrato-programa.

2. Modelos de sistemas de saúde

Neste capítulo vão ser abordados os principais aspetos teóricos que enquadram este projeto, começando com a apresentação dos principais modelos de sistemas de saúde e respectivas formas de financiamento, a nível internacional e em Portugal. Numa segunda secção serão abordados os sistemas de controlo de gestão nas entidades do setor da saúde e possível ligação com os modelos de financiamento destas entidades.

2.1. Aspetos genéricos

Muitos países não têm qualquer sistema de cuidados de saúde estabelecido. Apenas alguns países, industrializados e mais desenvolvidos, têm capacidade para montar um sistema organizado que preste cuidados à população. Para os países onde não é possível existir este tipo de organização, a população com mais recursos financeiros consegue obter cuidados de saúde, ao contrário de quem não possui esses recursos.

Os EUA são um desses países, sendo conhecido pela falta de cuidados a determinados grupos de pessoas¹, designadamente aqueles que não conseguem preencher os requisitos para a obtenção de seguros de saúde. Desde 1987 que têm surgido vários movimentos para que neste país seja estabelecido um programa nacional de saúde abrangente e universal, tendo culminado com o *Affordable Care Act* (ACA), também conhecido com “Obamacare”. O *Obamacare* surgiu com o objetivo de aumentar o número de pessoas com acesso a seguro de saúde na América, expandir o programa de saúde social já existente no país para atribuir subsídios a mais famílias e apoiar alternativas de prestação de cuidados a baixo custo, entre outros².

¹ <http://www.commonwealthfund.org/Publications/Fund-Reports/2010/Jun/Mirror-Mirror-Update> [consultado a 13-05-2016]

² <https://www.healthcare.gov/glossary/affordable-care-act/> [consultado a 13-10-2018]

Os sistemas de prestação de cuidados de saúde podem ser estruturados de acordo com quatro modelos: *Beveridge Model*, *Bismarck Model*, *National Health Insurance Model* e *Out-of-pocket model*.³

O *Beveridge Model* foi criado por *William Beveridge*, economista britânico, e descrito no relatório *Social Insurance and Allied Services* publicado em 1942. Neste relatório foi proposto que todas as pessoas em idade ativa deveriam pagar uma contribuição semanal para o seguro nacional. Em troca os serviços deveriam ser gratuitos para as pessoas doentes, desempregadas, reformadas ou viúvas. Desta forma, o sistema providenciaria um padrão mínimo de vida.

Em países com o *Bismarck Model*, os planos de seguro de saúde tendem a ser semelhantes ao *Out-of-pocket model*. No entanto, o *Bismarck Model* tende a proteger toda a população e não gera rendimento, mas os médicos e hospitais tendem a ser privados. Já quanto ao *Out-of-pocket model*, estando presente em países muito pobres economicamente, apenas que tem dinheiro para ir ao médico consegue ir.

O *National Health Insurance Model* tem elementos quer do *Beveridge Model*, quer do *Bismarck Model*: existem prestadores do setor privado, mas os pagamentos provêm de um programa de seguro gerido pelo governo, sendo tendencialmente mais baratos que os programas do *Out-of-pocket model*, principalmente por não lhes estarem associados custos de marketing.

O *Out-of-pocket model* é um sistema de saúde fragmentado com diferentes tipos de seguros privados. Nem toda a população consegue obter um seguro, têm de pagar caso necessitem de cuidados, quer sejam programados ou urgentes.

Por outro lado, Lameire *et al.* (1999) defendem a existência de apenas três modelos principais: (i) o *Beveridge Model*, em que o financiamento é maioritariamente público, tal como o meio de prestação dos cuidados à população e o acesso é quase total para a população; (ii) o *Bismarck “mixed” model*, onde os prestadores privados assumem já alguma relevância, existindo um sistema de seguro social *premium*; e (iii) o *Private Insurance model*, onde a maioria dos prestadores são privados, os custos são mais elevados, mas o acesso é mais reduzido e existe uma cotação mais baixa em termos de

³ Segundo o website oficial de *Physicians for a National Health Program (PNHP)* http://www.pnhp.org/single_payer_resources/health_care_systems_four_basic_models.php [consultado a 30-06-2016]

qualidade, ao contrário dos anteriores que não apresentam nenhuma diferença em termos de qualidade de cuidados.

Mais recentemente, Wendt (2014) faz referência a quatro tipos de sistemas de saúde, obtidos através de *cluster analysis*, separando-os dos sistemas pertencentes a países “não classificados”. O primeiro sistema de saúde mencionado tem um elevado financiamento público e baixo investimento privado. O segundo apenas difere do primeiro em ter um elevado financiamento privado. O terceiro tipo é descrito como baixo em financiamento público e elevado em financiamento nos privados. Finalmente, o quarto e último tipo tem o financiamento público mais elevado dos quatro tipos e os mais baixos pagamentos diretos efetuados por pacientes. Como resultado desta análise, não foi possível estabelecer uma ligação com os modelos já mencionados no artigo publicado em 1999 e pelo *website* da PNHP: os EUA ficaram como não classificados e Portugal e Reino Unido ficaram em *clusters* diferentes.

Atualmente, o sistema de saúde em Portugal apresenta características semelhantes ao *Beveridge Model*.

Com base na existência destes modelos e na percentagem da população abrangida por proteção social/governamental em saúde oferecida por cada país pertencente à União Europeia (UE), de acordo com os dados recolhidos pela Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE)⁴, foram selecionados países sobre os quais se considera que, tal como Portugal, utilizam um modelo de sistema de saúde implementado semelhante ao *Beveridge Model*.

Visto que a UE é uma parceria económica e política existente atualmente entre 28 países pertencentes à Europa⁵, cujo modo de atuação é definido através de tratados aprovados por todos os Estados-membros, para os vários domínios de intervenção, considera-se importante realizar para o espaço europeu uma análise comparativa dos países integrantes do mesmo, de modo a encontrar elementos em comum entre os respetivos sistemas de saúde.

Para se obter apenas os países com sistema de saúde semelhante ao *Beveridge Model*, numa primeira fase a análise foca os países integrantes do espaço da UE por apresentarem uma atividade económica comparável. Numa segunda fase, foi

⁴ <http://www.oecd.org/> [consultado a 05-12-2015]

⁵ <http://europa.eu/> [consultado a 05-12-2015]

considerada a percentagem da população de cada um dos 28 países pertencentes à UE e simultaneamente pertencentes à OCDE (que apenas inclui 21 dos 28 países da UE), que é abrangida por proteção social em saúde dentro do seu país⁶. Foram escolhidos os países com uma percentagem de proteção social igual ou superior a cerca de 99% em 2013, sendo que em relação a Espanha foram considerados dados do ano 2011 por não existirem dados relativos aos anos subsequentes. Por último, dos catorze países que cumpriram estes requisitos, apenas foram selecionados os países que apresentam o modelo de financiamento mencionado (*Beveridge Model*), ou seja, sete países: Reino Unido (onde o modelo foi implementado em primeiro lugar), Portugal, Espanha, Dinamarca, Suécia, Finlândia e Itália.

Muito sucintamente, relativamente aos países acima mencionados, selecionados através dos critérios previamente mencionados na recolha de dados efetuada pela OCDE, referente a 2013, os cuidados de saúde podem ser caracterizados da seguinte forma:

- Segundo dados retirados do *website* do *Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad*, o Sistema Nacional de Saúde em Espanha encontra-se estruturado em dois níveis de cuidados de saúde: cuidados primários (prestados em centros de cuidados de saúde e clínicas locais) e cuidados especializados (prestados em centros especializados e hospitais)⁷. Ao Ministério da Saúde e Política Social compete efetuar a proposta e executar a política do governo em matéria de assistência médica, de consumo, de coesão, de inclusão e luta contra a discriminação e violência e a competência da Administração Geral do Estado passa por garantir aos cidadãos o direito à proteção em saúde. Segundo Mcdaid *et al.* (2009), o Ministério funciona com coordenador do sistema elaborando propostas e executando acordos, mas o controlo é parcialmente descentralizado entre as comunidades autónomas. No entanto, existem dezassete sistemas de saúde regionais, que apenas são reconhecidos pelos parlamentos regionais.
- No que respeita ao Reino Unido, de acordo com uma publicação *The Commonwealth Fund*, em 2010⁸, este país é considerado como tendo um dos melhores sistemas de saúde em termos de qualidade de cuidados, acesso, eficiência e igualdade. Recorreu-se à *The Commonwealth Fund*, organização

⁶ http://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH_STAT# [consultado a 05-12-2015]

⁷ <http://www.msssi.gob.es/> [consultado a 13-05-2016]

⁸ <https://www.bbc.com/news/10375877> [consultado a 13-05-2016]

privada dos EUA, com carácter independente, porque, de acordo com o respetivo *website*⁹, tem como objetivo promover um sistema de cuidados de saúde de elevado desempenho que melhore o acesso, qualidade e eficiência, particularmente para os mais vulneráveis (pessoas com pouco rendimento, sem seguro de saúde, grupos minoritários, crianças mais novas e adultos mais velhos). Salienta-se o apoio desta organização a investigações independentes e também o apoio com doações para melhorar práticas e políticas em cuidados de saúde. Segundo esta entidade, em termos gerais, no Reino Unido, os cuidados de saúde primários são providenciados por *General Practitioners (GPs)* e os hospitais providenciam serviços especializados. Em 2013, ocorreram modificações nas estruturas *NHS Primary Care Trusts (PCTs)* e *Strategic Health Authority (SHAs)* que foram substituídas por *Clinical Commissioning Groups (CCGs)*, com o objetivo compreender quais os serviços necessários e assegurar que estes são providenciados. Segundo o *website* oficial do SNS no Reino Unido denominado *NHS Choices*¹⁰, os serviços do *CCGs* incluem, nomeadamente, a maioria dos cuidados hospitalares programados, cuidados de reabilitação, cuidados de urgência e emergência (incluindo fora de horas), a maioria dos serviços de saúde à comunidade e serviços de saúde mental e de deficiência na aprendizagem. Devem ter em conta orientações do *National Institute for Health and Care Excellence (NICE)* e de *Care Quality Commission (CQC)*. O controlo financeiro global da prestação e desempenho do SNS é da responsabilidade do Secretário de Estado para a Saúde inserido no Departamento de Saúde, sendo que o *Department of Health (DH)* auxilia na criação de legislação, na promoção de objetivos a longo prazo (que correspondam a desafios presentes e futuros), providência fundos assegurando a continuidade de serviços, suporta pesquisa e a utilização de tecnologia, promove transparência, dignidade e a partilha de experiências entre as pessoas e os funcionários do *DH*.

- Relativamente à Dinamarca, segundo a *University College Lillebaelt* situada na Dinamarca, o sistema de saúde dinamarquês encontra-se dividido em cuidados de saúde primários e o setor hospitalar, sendo que cada uma das cinco regiões, que constituem a Dinamarca, é responsável por funcionamento dos hospitais e

⁹ <http://www.commonwealthfund.org/about-us> [consultado a 04-07-2016]

¹⁰ <http://www.nhs.uk/NHSEngland/thenhs/about/Pages/ccg-outcomes.aspx> [consultado a 13-05-2016]

pela prestação dos cuidados primários¹¹. O Ministério da Saúde realiza funções administrativas relativas à organização e financiamento do sistema de cuidados de saúde, psiquiatria e planos de saúde, segundo informação do *website* do Ministério da Saúde dinamarquês¹².

- Na Suécia, o sistema de saúde encontra-se descentralizado em municípios e concelhos municipais. Segundo o *website* oficial da Suécia, o governo tem como objetivo criar condições na sociedade, através de princípios e orientações, para que exista igualdade no acesso a cuidados de saúde pela totalidade da população¹³. Segundo o *website* do governo sueco, o Ministério da Saúde e Política Social promove a saúde da população e assegura que os tratamentos adequados chegam aos que o necessitam, incluindo planos que provam a segurança financeira da população mais vulnerável¹⁴.
- O sistema de saúde finlandês é também descentralizado. Segundo o *website* do Ministério dos Assuntos Sociais e Saúde, o respetivo ministério, é responsável por promover o bem-estar e saúde, garantir serviços sociais e de saúde, seguros sociais e privados, saúde e segurança ocupacional e igualdade de género, tal como, implementar o programa do governo, projetar legislação e reformas, direccionar a implementação da reforma e cumprir as designações atribuídas pelo governo¹⁵. O Ministério tem maior autoridade para a tomada de decisões, mas os municípios são responsáveis por providenciar os cuidados aos residentes. O Ministério beneficia do apoio das agências e institutos do setor para conseguir realizar as suas funções.
- Em Itália, é necessário ter seguro de saúde para se poder recorrer ao SNS e os medicamentos prescritos pelo médico de família são geralmente subsidiados. O Ministério da Saúde define os princípios fundamentais e objetivos do sistema e os benefícios garantidos ao longo do país traduzidos em serviços e aloca fundos nacionais às regiões. O Sistema está organizado em três níveis: nacional, regional e local¹⁶. As regiões são responsáveis por organizar e fornecer cuidados

¹¹ <https://international.ucl.dk/life-in-denmark/the-danish-health-care-system/> [consultado a 13-05-2016]

¹² <http://www.sum.dk/> [consultado a 13-05-2016]

¹³ <https://sweden.se/society/health-care-in-sweden/> [consultado a 13-05-2016]

¹⁴ <http://www.government.se/> [consultado a 13-05-2016]

¹⁵ <http://stm.fi/> [consultado a 13-05-2016]

¹⁶ <http://www.salute.gov.it/> [consultado a 21-06-2016]

de saúde enquanto as autoridades de saúde locais providenciam saúde pública, serviços de saúde à comunidade e cuidados especializados (diretamente, através de hospitais públicos ou prestadores privados acreditados).

2.2. Modelo do Sistema de Saúde em Portugal

2.2.1. Caracterização genérica

O Ministério da Saúde é a entidade responsável por assegurar a sustentabilidade do sistema de saúde português e a correta utilização dos recursos necessários à prestação de cuidados, assim como a avaliação dos seus resultados.

Em termos da estrutura orgânica, o Ministério da Saúde encontra-se dividido em serviços integrados na administração direta do Estado – Secretaria Geral; Inspeção-Geral das Atividades em Saúde; Direção-Geral da Saúde; organismos integrados na administração indireta do Estado – Administração Central do Sistema de Saúde, I.P. (ACSS); INFARMED – Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde, I.P.; Instituto Nacional da Emergência Médica, I.P. (INEM); Instituto Português do Sangue e da Transplantação, I.P.; Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, I.P.; e, Administrações Regionais de Saúde, I.P. Existem ainda alguns organismos de carácter consultivo, como o Conselho Nacional de Saúde e a Entidade Reguladora da Saúde.

O SNS existe em Portugal há mais de 30 anos. Anteriormente, a maioria dos cuidados médicos estavam apenas disponíveis para quem os pudesse pagar. Atualmente, o sistema de saúde português encontra-se definido na Lei de Bases da Saúde (Lei nº 48/90, de 24 de agosto) que define os cuidados de saúde que são prestados pelo Estado ou, sob fiscalização deste, por outros entes públicos ou por entidades privadas, sem ou com fins lucrativos (nº 4 da Base I). O Sistema de Saúde (Base IV) é constituído pelo SNS e por todas as entidades públicas que desenvolvem atividades na promoção, prevenção e tratamento na área da saúde, bem como todas as entidades privadas e todos os profissionais liberais que acordem com o SNS a prestação de todas ou de algumas daquelas atividades (nº 1 da Base XII), sendo o SNS o conjunto de todas as instituições

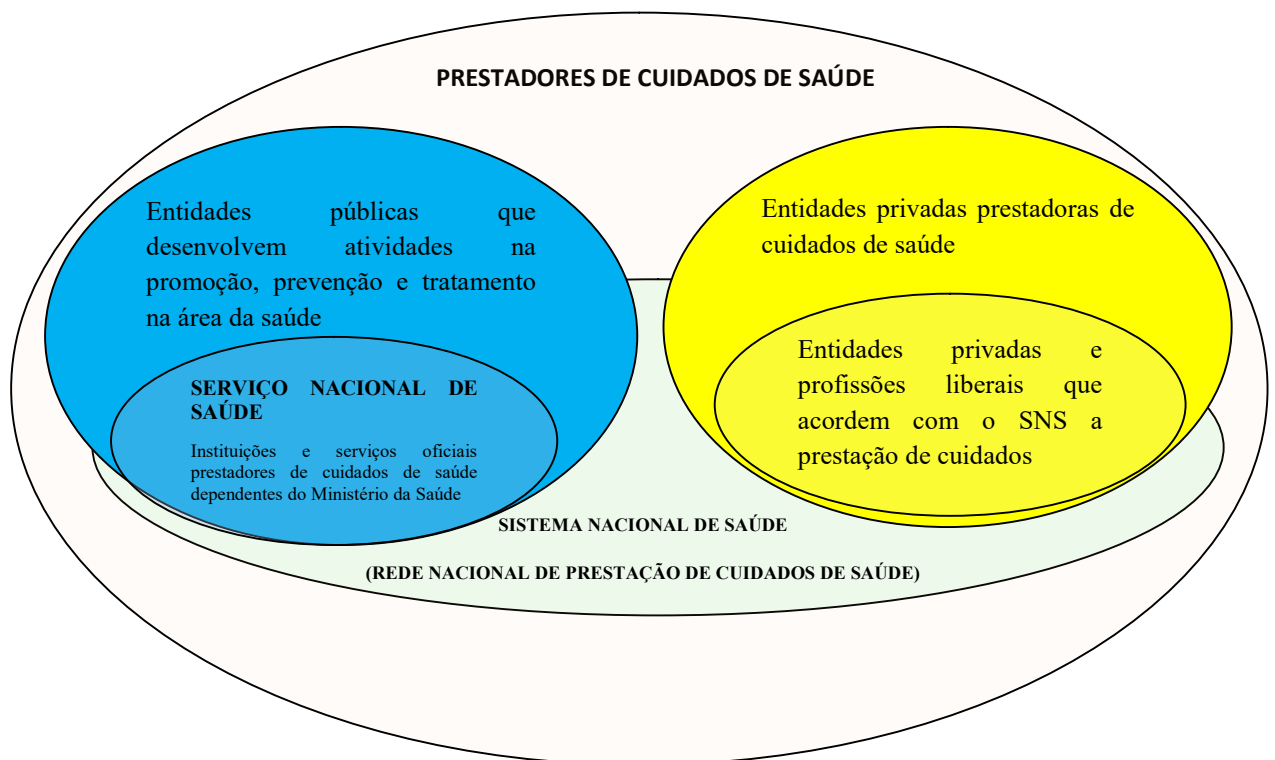
e serviços oficiais prestadores de cuidados de saúde dependentes do Ministério da Saúde (nº 2 da Base XII).

A Rede Nacional de prestação de cuidados de saúde engloba, assim, os estabelecimentos do SNS e os estabelecimentos públicos privados e profissões liberais com quem sejam formalizados contratos para a prestação de cuidados de saúde aos beneficiários do SNS, quando tal se afigure vantajoso, nomeadamente face à consideração do binómio qualidade-custo e desde que esteja garantido o direito de acesso (nº 3 da Base XII).

Tendencialmente, devem ser adotadas as mesmas regras no pagamento de cuidados e no financiamento de unidades de saúde da rede nacional da prestação de cuidados de saúde (nº 4 da Base XII).

A Figura 1 apresenta de forma resumida a caracterização e interligação entre os principais prestadores de saúde existentes no sistema português.

Figura 1 - Caracterização da prestação de cuidados de saúde



Fonte: Elaboração própria

O SNS é, assim, um dos elementos fundamentais do sistema de saúde português, que integra também outras entidades públicas e privadas, prestadoras de cuidados de saúde.

Relembrando um pouco o histórico do SNS, foi a Constituição da República Portuguesa de 1976 que consagrou a igualdade na prestação de cuidados de saúde, ditando o seu artigo 64^a que todos os cidadãos têm direito à proteção da saúde. No entanto, e apesar de a Constituição fazer referência a um serviço nacional de saúde universal, geral e gratuito, só em 1979, através da Lei nº 56/79, de 15 de setembro, foi criado o SNS enquanto instrumento do Estado, com vista a assegurar o direito à proteção de saúde, independentemente da condição económica e social dos cidadãos.

Contudo, os últimos anos têm sido desafiantes na atuação do SNS ao nível hospitalar. Em 1982, foi concedido ao SNS autonomia administrativa e financeira (Decreto-Lei nº 357/82, de 6 de setembro), sendo criada a carreira médica de Clínica Geral (Decreto-Lei nº 310/82, de 3 de agosto). Em 1984, foi criada a Direção-Geral dos Cuidados de Saúde Primários, sendo este um marco importante na expansão do SNS. Em 1988, foi aprovada a lei de gestão hospitalar, com vista à gestão eficiente dos recursos, através da introdução de princípios de natureza empresarial (Decreto-Lei nº 19/88, de 21 de janeiro). Em 1990, foi aprovada a Lei de Bases de Saúde (Lei nº 48/90, de 24 de agosto) que marca o momento em que, segundo a mesma Lei, a proteção à saúde se assume como uma “responsabilidade conjunta dos cidadãos, da sociedade e do Estado, em liberdade de procura e de prestação de cuidados”. A relevância desta Lei e seus principais aspetos integradores foram já evidenciados.

Em 1992, é estabelecido o regime de taxas moderadoras, bem como as suas isenções (Decreto-lei nº 54/92, de 11 de abril). O regime é definido com vista a arrecadar receita para o SNS, aumentar a eficiência e a qualidade dos serviços prestados. Ainda no mesmo ano, é aprovado o regime de prestação de assistência médica no estrangeiro aos beneficiários do SNS (Decreto-Lei nº 177/92, de 13 de agosto). Em 1993, foi publicado o novo estatuto de SNS que veio tentar dar resposta, mais uma vez, à necessidade de uma criteriosa gestão de recursos (Decreto-Lei nº 11/93, de 15 de janeiro).

Na viragem do século, em 2002, foram introduzidas mudanças profundas na Lei de Bases de Saúde, com a aprovação do novo regime de gestão hospitalar (Lei nº 27/2002, de 8 de novembro), sendo aprovado o modelo de gestão de tipo empresarial – as Entidades Públicas Empresariais (EPE). No mesmo ano, foi ainda publicado o Decreto-

Lei nº 39/2002, de 26 de fevereiro, que veio provocar mudanças na gestão hospitalar. Em 2003, foi criada a Rede de cuidados de saúde primários (Decreto-Lei nº 60/2003, de 1 de abril), que promoveu a articulação permanente de prestação de cuidados de saúde primários tradicionais com os cuidados hospitalares e continuados e assim, potencialmente, melhorar a eficiência dos recursos, tratando doenças em fase inicial, de forma a evitar recorrer a recursos utilizados em problemas de saúde agudos ou crónicos e, muitas das vezes mais caros, não recorrendo a custos evitáveis. Foram também revistas as taxas moderadoras. Em 2005, surgem os primeiros hospitais EPE. Em 2014, é criado o Fundo para a Investigação em Saúde (Decreto-Lei nº 110/2014, de 10 de julho) sendo considerado um instrumento, como por exemplo, para a melhoria contínua da qualidade, projeção internacional do país e obtenção de ganhos.

Após verificadas algumas das principais mudanças no sistema de saúde português nos últimos anos, é possível identificar o SNS como a estrutura principal do sistema de saúde. Este é, tendencialmente gratuito, maioritariamente financiado pelo Orçamento do Estado (OE), ou seja, através de impostos, segundo as atividades efetivamente realizadas, utilizando como instrumento de financiamento os contratos-programa celebrados anualmente, aproximando-se do modelo de financiamento mencionada na secção anterior e designado de *Beveridge Model*, muito próximo do modelo britânico. Abrange os cuidados de saúde prestados a todos os cidadãos portugueses, aos cidadãos nacionais de Estados membros da UE, aos cidadãos estrangeiros residentes em Portugal (em condições de reciprocidade) e os cidadãos apátridas residentes em Portugal (Base XXV da Lei nº 48/90, de 24 de agosto).

2.2.2. Relações financeiras no âmbito do funcionamento do SNS

O Estatuto do SNS, aprovado pelo Decreto-Lei nº 11/93, de 15 de janeiro, aplica-se às instituições e serviços que constituem o SNS e às entidades particulares e profissionais em regime liberal integradas na Rede Nacional de Prestação de Cuidados de Saúde, quando articuladas com o SNS (artº 2º), portanto, ao conjunto de entidades que asseguram o funcionamento do SNS.

Pelos encargos resultantes da prestação de cuidados de saúde no âmbito do SNS respondem (artº 23º):

- a) O Estado;
- b) Os utentes não beneficiários do SNS e os beneficiários, na parte que lhes couber;
- c) Os subsistemas de saúde, incluindo incluídas as instituições particulares de solidariedade social;
- d) As entidades que estejam a tal obrigadas por força da lei ou do contrato;
- e) As entidades que se responsabilizem pelo pagamento devido pela assistência em quarto particular ou por outra modalidade não prevista para a generalidade dos utentes;
- f) Os responsáveis por infração às regras de funcionamento do sistema ou por uso ilícito dos serviços ou material de saúde.

Os preços a cobrar pelos cuidados de saúde prestados no âmbito do SNS variam entre um máximo e um mínimo estabelecido por portaria do Ministério da Saúde e são calculados tendo em conta os custos reais diretos e indiretos e o necessário equilíbrio da exploração, sendo fixados, dentro dos limites anteriores, em cada região de saúde pelo respetivo Conselho de Administração (artº 25º).

A gestão das instituições e serviços do SNS pode ser entregue, mediante contrato de gestão, a outras entidades, públicas ou privadas (artº 28º).

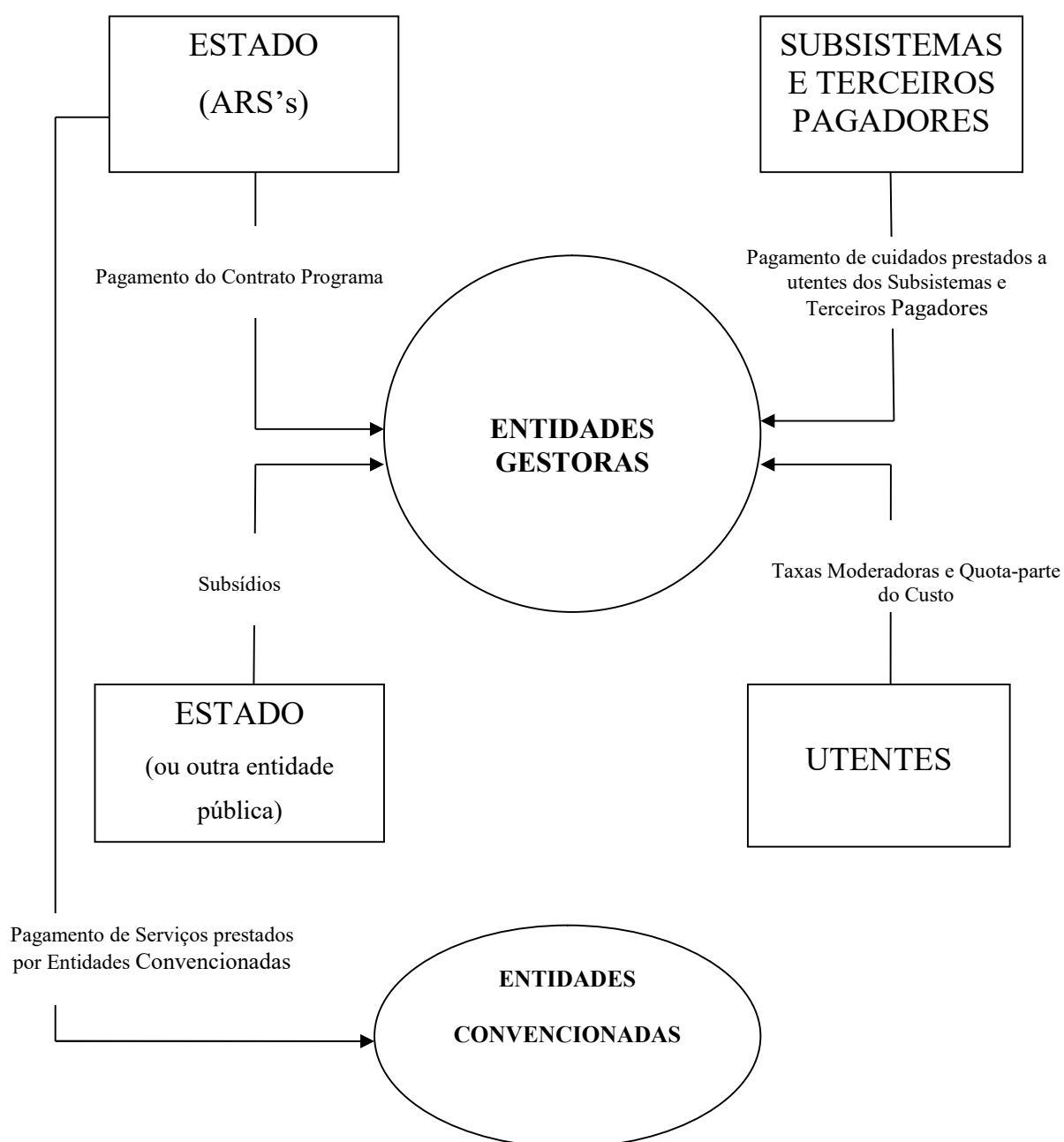
As Administrações Regionais de saúde são responsáveis pelo pagamento dos cuidados de saúde prestados aos seus beneficiários, de acordo com os preços fixados para a respetiva região nos termos antes referidos ou com tabelas específicas a aprovar por despacho do Ministro da Saúde.

O Estado, ou outra pessoa coletiva pública, pode subsidiar a entidade gestora para efeitos de:

- a) Renovação de equipamentos e remodelação de instalações;
- b) Investigação científica;
- c) Formação profissional

As relações financeiras entre as diversas entidades integrantes do sistema são evidenciadas na Figura 2.

Figura 2 - Relações financeiras entre as entidades



Fonte: Elaboração própria

Resulta, assim, que as unidades prestadoras de cuidados (os hospitais) da Rede Nacional de Prestação de Cuidados de Saúde atendem utentes do SNS e utentes de outros Subsistemas de Saúde, como a Assistência na Doença aos Servidores do Estado (ADSE), os Serviços de Assistência Médico e Social do Sindicato dos Bancários do Sul e Ilhas (SAMS), e os utentes cobertos por responsabilidade de empresas seguradoras.

O financiamento das unidades prestadoras de cuidados é, pois, assegurado mediante cobrança do valor da produção hospitalar às entidades responsáveis pelos diferentes tipos de utentes. O Estado, por via das Administrações Regionais de Saúde (ARS's) estabelece com os hospitais Contratos Programa em função da produção hospitalar para os utentes do Sistema Nacional de Saúde e os hospitais faturam aos subsistemas e outros terceiros pagadores o valor dos cuidados de saúde prestados a utentes desses subsistemas e seguradoras. São também fonte de receita dos hospitais as taxas moderadoras, eventuais copagamentos por parte dos utentes e eventuais subsídios. Segundo dados da ACSS, as receitas provenientes de serviços prestados a utentes de subsistemas e terceiros pagadores representa, atualmente, cerca de 15 % do total das receitas.

A prestação de cuidados de saúde assegurada ao abrigo de convenções com entidades privadas e profissões liberais é paga pelo Estado, via ARS's.

Os preços a pagar pelo Estado, pela prestação de cuidados de saúde convencionados com entidades privadas e profissões liberais, são estabelecidos em tabelas próprias divulgadas pela ACSS.

Os preços a praticar pelo SNS na faturação a cobrar aos subsistemas de saúde cujos beneficiários que a eles recorram, bem como a quaisquer entidades, públicas ou privadas, responsáveis pelos respetivos encargos, e o respetivo regulamento, constam da Portaria 132/2009, de 30 de janeiro, com as alterações introduzidas pela Portaria 839-A/2009, de 31 de julho.

As tabelas de preços constantes das portarias atrás referidas são, também, utilizadas na valoração da produção hospitalar para efeitos de contratualização referente aos utentes do SNS.

2.2.3. Contratos-programa e financiamento

Os hospitais EPE., entidades fundamentais do sistema de saúde em Portugal, são financiados tanto pelo Ministério da Saúde, através do SNS, como por outras entidades pagadoras, como exemplo, pelo próprio doente, por seguradoras no caso de acidentes, entre outras.

Os contratos-programa são a peça chave do financiamento dos hospitais, pelo que se passa a descrever o respetivo processo de cálculo do financiamento a atribuir a cada hospital através da respetiva Administração Regional de Saúde, considerando a produção contratada, os incentivos institucionais e as verbas atribuídas.

A análise que se segue é baseada no contrato-programa 2013-2105, contratualizado entre o Hospital Fernando da Fonseca e a Administração Regional de Saúde e Vale do Tejo.

Um contrato-programa é um contrato económico celebrado entre o Estado e entidades privadas ou públicas para a execução do plano. O artigo 92^a, n^o1, da CRP, confere carácter imperativo e obrigatório, por força de contratos-programa, para que as atividades se realizem com vista ao interesse público.

Seguidamente, são explicados conceitos existentes no contrato-programa, assim como, serão referidas medidas adotadas pela organização para que a qualidade dos dados se mantenha, desde que são inseridos no sistema informático até ao montante final correspondente ao financiamento que o hospital irá obter pela atividade produzida nesse mesmo ano. Posteriormente, é analisado o impacto do contrato-programa na atividade administrativa e na atividade geral do hospital.

Episódios de Internamento

Todos os anos é publicado no *website* oficial da ACSS, circular normativa destinada aos Hospitais EPE, Serviços Públicos Administrativos e Unidades Locais de Saúde, com vista a determinar as regras de faturação do Contrato-Programa, desse mesmo ano, que as instituições hospitalares se comprometem a cumprir com a ACSS. Para o ano de 2015, manteve-se a Circular Normativa n^o 13/2014, de 6 de fevereiro.

Os contratos-programa têm suporte em vários conceitos que enformam a forma como são determinados os valores de financiamento. Salienta-se:

- O conceito de “Doente equivalente” consiste numa incógnita que, através de uma fórmula com vários dados conhecidos sobre um determinado doente, permite chegar a um número representativo do episódio de internamento do mesmo doente. Este episódio corresponde à ocupação de cama para diagnóstico ou tratamento, com permanência de, pelo menos, 24 horas. Distinguem-se Episódios Normais e Episódios Excepcionais, e estes últimos podem ser de curta duração ou de evolução prolongada;
- O conceito de “Grupos de Diagnóstico Homogêneos - GDH” corresponde a episódios que podem ser, por exemplo, de internamento, de hospital de dia, de consulta externa ou de urgência. No que se refere a episódios de internamento, todos os serviços de prestação de cuidados médicos providenciados pelo hospital ao doente, durante o período de internamento, estão incluídos no preço de um determinado GDH. A cada GDH apenas pode estar associado um episódio de internamento, sendo que a primeira variável considerada para o GDH do episódio é o diagnóstico principal, e é de obrigatória utilização para todos os hospitais dentro de rede hospitalar do SNS. Neste estão incluídos serviços de enfermaria, da unidade de cuidados intensivos, de cuidado médico, de meios complementares de diagnóstico e terapêutica (Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica - MCDT) e de hotelaria. É assumida a existência de quatro principais subtipos de GDH utilizados para o cálculo do doente equivalente: (i) GDH cirúrgico com preço para ambulatório; (ii) GDH médico com preço para ambulatório; (iii) GDH cirúrgico sem preço para ambulatório e (iv) GDH médico sem preço para ambulatório;
- O Índice de Case-Mix (ICM) é um conceito-chave no processo de cálculo do financiamento. É definido como “um coeficiente global de ponderação da produção que reflete a relatividade de um hospital face aos outros, em termos da complexidade da sua casuística” (Circular Normativa nº 13/2014, de 6 de fevereiro) e é o índice que determina a complexidade de cada hospital.

A partir de 1 de janeiro de 2015, entrou em vigor um agrupador de GDH que é atualmente utilizado, denominado *All Patient Refined DRG (APR)*, o qual implicou alterações no cálculo do “doente equivalente”, ao estabelecer novos limites para os GDHs. O agrupador APR é importante para o cálculo dos doentes equivalentes e para o ICM, por afetar diretamente o peso relativo do GDH. No Case-Mix é definido o nível de severidade o episódio, o que está relacionado com o consumo de recursos, sendo o peso relativo do GDH maior para níveis de severidade mais elevados. Consequentemente, quanto menos forem os episódios de internamento com níveis de severidade elevados, menor será o ICM. Estes níveis permitem que o cálculo do doente equivalente esteja mais perto da realidade.

Os episódios de internamento podem ser normais, de curta duração ou de evolução prolongada, em função do tempo de internamento do doente. O tipo de episódio é definido através dos limites (inferior e máximo) definidos para cada GDH. Estes limites são revistos e definidos por portaria publicada anualmente, sendo os limiares inferior e máximo o intervalo de normalidade que se calcula segundo os intervalos interquartis das distribuições dos doentes, a nível macro para cada GDH. Na Portaria nº234/2015, de 7 de agosto, consta a tabela de preço a praticar pelo SNS para 2015, sendo identificado o tipo de GDH para cada caso: C de Cirúrgico e M de Médico.

Segue-se uma breve caracterização dos vários episódios clínicos:

- Episódios de internamento normais - os episódios considerados normais são caracterizados pelo doente ter estado internado por um período de tempo superior ao número de dias do limite inferior e inferior ao número de dias do limite máximo, do GDH pelo qual foram classificados. Numa situação de episódio normal, em que o doente que já teve alta (também conhecido como doente saído), é considerado um doente equivalente.
- Episódios de internamento de evolução prolongada - os episódios considerados de evolução prolongada são caracterizados pelo doente ter estado internado por um período de tempo igual ou superior ao número de dias do limite máximo, do GDH pelo qual foram classificados. Numa situação de episódio de evolução prolongada, um doente saído é considerado um doente equivalente. Caso o doente internado tenha sido admitido pela urgência, o período de internamento é contado desde a data de admissão na urgência, para os episódios de

internamento normais e de evolução prolongada. Para outras situações que não as anteriormente descritas, um doente saído poderá não corresponder a um doente equivalente. No entanto, um doente saído apenas por ser convertido para valores entre 0 e 1 doente equivalente.

Em seguida, é feita uma breve explicação das diversas situações em que 1 doente saído pode não corresponder a 1 doente equivalente: episódios de internamento de curta duração, transferências de doentes internados e doentes internados com menos de 24 horas; e em que o doente pode nem sequer ser considerado no cálculo dos doentes equivalentes do hospital, ou seja, em que 1 doente saído corresponda a 0 doente equivalente: transferências de doentes internados e doentes internados com menos de 24 horas. Veja-se cada uma delas:

- Episódios de internamento de curta duração - os episódios considerados de curta duração são caracterizados pelo doente ter estado internado por um período de tempo igual ou inferior ao número de dias do limite inferior, do GDH pelo qual foram classificados. Para que os doentes em episódio de internamento de curta duração possam ser convertidos para doente equivalente (D.E.), é necessário separar os GDH em médicos e cirúrgicos e com preço de ambulatório e sem preço de ambulatório.

Num episódio de curta duração em que o GDH (médico ou cirúrgico) tem preço para ambulatório, um doente saído equivale ao descrito na primeira formula e o peso ambulatório corresponde à segunda formula.

Fórmula para D.E. (com preço para ambulatório):

$$D.E. = \text{peso ambulatório} + \frac{(1 - \text{peso ambulatório})}{\text{Limite Inferior} + 1} * \text{Tempo de Internamento}$$

Fonte: Elaboração própria a partir de Circular normativa nº13, de 6 de fevereiro de 2014

Fórmula para peso ambulatório:

$$\text{peso ambulatório} = \frac{\text{preço de ambulatório}}{\text{preço de internamento}}$$

Fonte: Elaboração própria a partir de Circular normativa nº13, de 6 de fevereiro de 2014

Num episódio de curta duração em que o GDH cirúrgico não tem preço para ambulatorio, sendo que um doente saído corresponde ao demonstrado na fórmula do D.E. e peso do 1º dia corresponde à formula seguinte.

Fórmula para D.E. (GDH cirúrgico sem preço para ambulatorio):

$$D.E. = \text{peso } 1^{\text{o}} \text{ dia} + \frac{(1 - \text{peso } 1^{\text{o}} \text{ dia})}{\text{Limite Inferior}} * (\text{Tempo de Internamento} - 1)$$

Fonte: Elaboração própria a partir de Circular normativa nº13, de 6 de fevereiro de 2014

Peso 1º dia para GDH cirúrgicos:

$$\text{peso } 1^{\text{o}} \text{ dia} = \frac{\text{preço do } 1^{\text{o}} \text{ dia para GDH cirúrgicos}}{\text{preço de internamento}}$$

Fonte: Elaboração própria a partir de Circular normativa nº13, de 6 de fevereiro de 2014

Fórmula para D.E. (GDH médico sem preço para ambulatorio):

$$D.E. = \frac{1}{\text{Limite Inferior} + 1} * (\text{Tempo de Internamento})$$

Fonte: Elaboração própria a partir de Circular normativa nº13, de 6 de fevereiro de 2014

Num episódio de curta duração em que o GDH médico não tem preço para ambulatorio, um doente saído corresponde à fórmula mencionada anteriormente. Dados a saber:

- Para GDH com preço de ambulatorio, no cálculo é somado mais um dia por os episódios de ambulatorio poderem ir até 24 horas, sendo necessário essa soma ao tempo total do internamento visto que todo o custo do doente será faturado num único episódio (de internamento).
- Para GDH cirúrgicos sem preço de ambulatorio, o custo do primeiro dia, incluindo a cirurgia, assume alguma importância comparativamente aos restantes dias do internamento. Quanto mais custos o primeiro dia envolver para o hospital, o que em princípio significará cirurgias mais complexas, maior será o valor do Doente Equivalente e, consequentemente, o ICM (Índice de Case-Mixed) e a remuneração atribuída ao hospital pela atividade

realizada. Já no GDH médico sem preço para ambulatório, todos os dias do internamento assumem a mesma importância para o cálculo do Doente Equivalente.

- Internamento inferior a 24 horas, transferência por falta de recursos e reinternamento - os internamentos que não perfaçam pelo menos 24 horas, equivalem a 0 doente equivalente, ou seja, não são considerados nem cálculo do doente equivalente, nem no cálculo do Índice de Case-Mix. No entanto, se o doente em questão tiver saído contra parecer médico, por óbito ou se for transferido para outros hospitais do SNS é assumido um dia de internamento, entrando o episódio no cálculo do doente equivalente. A transferência tem de estar corretamente identificada com a unidade proveniência e a de destino, tal como, o motivo da transferência. A transferência para ser considerada no cálculo tem ainda de obedecer a determinadas regras. Como dentro da rede hospitalar do SNS são consideradas transferências internos, apenas é possível faturar o GDH no dia de alta. O GDH será faturado pela instituição onde o doente permaneceu mais tempo internado. Na outra instituição, o episódio equivale a 0 doentes equivalentes. Se o motivo da transferência for por falta de recursos, a instituição que fatura o episódio apenas pode faturar entre 0 e 0,5 doente equivalente para esse episódio. Se o doente for reinternado na sequência da mesma situação clínica do último internamento (exceto situações do foro oncológico e anterior transferência por falta de recursos), nas setenta e duas horas após lhe ser dada a alta médica, apenas é faturado o GDH do último internamento.

Um hospital recebe mais por um episódio de internamento, que tem de corresponder, obrigatoriamente, a pelo menos 24 horas de permanência do doente, do que, por exemplo, por episódio de ambulatório. Situações em que um doente esteja quase a perfazer 24 horas em observação/internamento, mas que possa sair antes sem risco para o próprio, é mais vantajoso, teoricamente, para o hospital que o doente aguarde um pouco mais de tempo até perfazer as 24 horas e poder ser considerado como episódio de internamento. O período de tempo em que um doente possa ficar a mais no hospital corresponde uma cama que se encontra ocupada, que poderá ser necessária para outro doente a precisar de cuidados. Este tipo de situações envolve alguma sensibilidade por parte de quem toma este tipo de decisões para que o contrato-programa não interfira

negativamente na necessidade de cuidados da população e que ao mesmo tempo não prejudique financeiramente o hospital.

Tendo em conta que o peso relativo GDH é atribuído pela Portaria que se encontra em vigor, o cálculo do total dos doentes equivalentes, previamente concluído, vai determinar o ICM de cada hospital, para que, posteriormente, sejam comparáveis.

O novo agrupador de GDH, *All Patient Refined DRG*, trouxe implicações também no cálculo do índice de Case-Mix: novos pesos relativos. O coeficiente do peso relativo de cada GDH reflete uma ponderação entre o custo esperado que um doente, normalmente, envolve para ser tratado até ser-lhe dada alta, para um determinado GDH e nível de severidade, e o custo médio de um doente típico em Portugal. Considerando o cálculo do ICM é possível deduzir que o ICM nacional é por definição igual a 1.

Fórmula do ICM:

$$\text{ICM} = \frac{\sum(\text{doentes equivalentes do GDH} \times \text{peso relativo do GDH})}{\sum \text{doentes equivalentes do GDH}}$$

Fonte: Elaboração própria a partir de Circular normativa nº13, de 6 de fevereiro de 2014

O ICM de cada instituição de saúde terá um valor maior quantos mais forem os doentes equivalentes de GDH com peso relativo elevado. Na prática, um hospital que tenha capacidade para tratar as situações médicas e/ou cirúrgicas mais complexas e em que os custos esperados sejam mais elevados do que a média irá, em princípio, afastar-se positivamente e de forma considerável do valor de referência 1. O inverso também se aplica. Um hospital que não tenha capacidade suficiente para tratar as situações médicas e/ou cirúrgicas mais complexas, sendo que os custos esperados são mais baixos do que a média, irá em princípio, afastar-se negativamente do valor de referência 1.

Outras definições são relevantes para compreender os contratos-programa:

- Episódios de Ambulatório - os episódios de ambulatório, que podem ser médicos ou cirúrgicos, devem estar previamente programados e realizam-se num período inferior a 24 horas. Apenas são financiadas as cirurgias de ambulatório que se encontram na tabela de preço da Portaria mencionada anteriormente. No que se refere aos episódios médicos de ambulatório, apenas são faturados aqueles que apresentam preço para ambulatório conforme a Portaria previamente

mencionada referente à tabela de preços do SNS. Todas as situações de internamento inferior a 24 horas que não estejam abrangidas pelos três tipos mencionados anteriormente são faturadas como episódios de ambulatório.

- Quando recorrente de um GDH médico ou de um GDH cirúrgico seja internado um doente, as regras aplicadas ao internamento passam a substituir as do ambulatório. Com a alta do doente, todos os procedimentos, efetuados em ambulatório e internamento, são faturados apenas segundo o regime de internamento. Caso o doente necessite ter uma consulta externa ou um episódio de urgência dentro das próximas 24 horas após a alta, apenas uma situação o episódio de urgência pode ser faturado (a consulta externa é contemplada ainda no GDH do internamento).
- Consulta Externa - uma consulta externa (consulta médica) é ato de assistência prestado por um médico, sendo que podem envolver observação clínica, diagnóstico e aconselhamento, prescrição terapêutica ou verificação da evolução do estado de saúde do doente. Uma consulta médica é considerada “Primeira consulta” quando referente a um episódio de doença diferente da última consulta da mesma especialidade, caso tenha ocorrido. A “Consulta subsequente” ocorre na sequência que um episódio de doença previamente verificado, servindo a consulta para verificar a evolução do estado de saúde do doente, ou ainda para administração ou prescrição. O preço a faturar pelas “primeiras consultas” e “consultas subsequentes” é igual. As consultas sem a presença do doente não são faturadas juntamente com as consultas presenciais. Ao contrário do que se verificar em ambulatório, consultas seguidas de internamento podem dar origem a faturação. No entanto, uma observação clínica, no seguimento de um episódio de ambulatório, não pode ser faturada enquanto episódio de consulta.
- Urgência - atendimento na Urgência compreende um ato de assistência devido a doença aguda ou agravamento do estado de saúde de um doente. O atendimento pode necessitar a permanência do doente na Sala de Observações (SO) (até no máximo 24 horas). Apenas são faturados os episódios de urgência em que o doente tem alta para o exterior, quer inclua permanência na SO ou não. Episódios seguidos de internamento passam a ser faturados segundo o regime de internamento. Caso ocorram dois episódios de Urgência para o mesmo doente,

no mesmo dia, apenas há lugar à faturação de um episódio, exceto se pelo menos um dos episódios for contra parecer médico.

- Hospital de Dia - compreende um serviço onde os doentes recebem assistência e cuidados programados, sendo que têm de permanecer sob vigilância durante algum tempo até ao máximo de 24 horas. Apenas são pagas, através de contrato-programa, as sessões registadas que envolvam observação clínica e de enfermagem. Não pode haver lugar a mais de uma sessão por dia para cada doente, nem a um episódio de consulta em simultâneo com a sessão.

A análise da aplicação em concreto de um contrato-programa será efetuada no estudo do caso do Hospital objeto deste projeto.

Entretanto, apresenta-se na Tabela 1 uma síntese das principais tipologias de episódios clínicos e respetiva modalidade de financiamento.

Tabela 1 - Tipologias de episódios clínicos e respetiva modalidade de financiamento

Episódios	Tipologias		Fixação do Preço	Unidade Física
Internamento	Normais		GDH/Diária Internamento (Anexo II Tabela)	Nr. Doentes
	Excecionais	Curta Duração	GDH/Diária Internamento c/ preço ambulatorio – Diária Internamento - Coluna H + Preço ambulatorio – Coluna G s/ preço ambulatorio – Diária Internamento - Coluna H	Nr. Doentes
		Evolução Prolongada	GDH/Diária Internamento (GDH + dias internamento x diária internamento a contar do limiar máximo)	Nr. Doentes
Ambulatório	Cirurgias ou Outros		GDH – Coluna G (Anexo II Tabela)	Nr. Doentes
	Hospital de Dia		Anexo III da Tabela, exceto procedimentos previstos no Anexo II (GDH)	Sessão/Procedimento
	Consulta Externa		Critério Específico – artº 15º Psiquiatria – Anexo III da Tabela + MADT do Anexo III	Nr. Consultas
	Urgência		Polivalente/Médico-cirúrgica/Básica – Critério Específico	Nr Urgências
	Serviço Domiciliário		Critério Específico + Anexo III	Nr. Visitas
	Interrupção de Gravidez		Anexo III / GDH Internamento	Nr. Ocorrências
	Insuficiência Renal Crónica		Anexo III	Nr. Doentes

Fonte: Elaboração própria

O financiamento pela Produção Contratada e Contratualização de acordo com as regras de 2015 pode ser descrito da seguinte forma:

- Todos os anos, o hospital assume a responsabilidade em assegurar a concretização da produção contratualizada para esse ano, presente no “Apêndice I Atividade Hospitalar” (Anexo 2). Em contrapartida, pela produção realizada, pelas metas referentes aos indicadores alcançados e, eventualmente, pelo valor de convergência atribuído, o hospital poderia receber um montante máximo que, em 2015, seria superior ao que lhe é atribuído.

Relativamente à produção contratualizada, o hospital compromete-se a cumprir a produção previamente contratualizada para primeiras consultas e consultas subsequentes que realiza, para saídas de internamento referentes aos diferentes GDH, referentes aos dias de internamento de doentes de psiquiatria no exterior (apenas consta no contrato-programa do HFF desde 2014) e de doentes crónicos ventilados, para episódios de Ambulatório, para urgências, para sessões de hospital de dia, para programas de gestão de doença aos quais o hospital está associado, para Interrupções Voluntárias de Gravidez até às 10 semanas, para serviços domiciliários, para medicamentos de cedência hospitalar em ambulatório e para internos.

A quantidade contratualizada nunca deve ser relacionada com períodos de tempo em que as pessoas estão a adoecer mais e em maior número, nem com a maior procura de consultas de rotina em especialidade. A quantidade contratualizada a ser estudada aqui tem sim de ser vista tendo em conta a capacidade de resposta do hospital.

Enquanto para maioria dos montantes contratualizados apenas é necessário multiplicar o preço unitário (€) pela quantidade, para os episódios de internamento e de ambulatório é necessário ter em conta o ICM calculado para o próprio hospital, ou seja, este recebe segundo a complexidade que lhe é atribuída. Nos episódios de ambulatório, é multiplicado o ICM, pelo preço unitário (€) e pela quantidade. Nos episódios de internamento, para se poder determinar o montante a receber, é necessário multiplicar o ICM, pelo número de doentes equivalentes determinados e pelo preço unitário (€). A quantidade que é referida corresponde ao número de doentes saídos, ou seja, ao número de pessoas que se pretende que tenham alta durante esse ano, antes de o mesmo ser traduzido para o respetivo valor de doente equivalente.

No que se refere ao que se poderá receber pelos indicadores institucionais definidos, segundo a metodologia adotada para 2015, estes apenas são reconhecidos no montante a receber se seguirem as regras estabelecidas para o Índice de Desempenho Global (IDG). Este índice apenas inclui indicadores com grau de cumprimento igual ou superior a 50% sendo que o grau de cumprimento a considerar (grau de cumprimento ajustado) não pode ser superior a 120%, de forma a evitar que graus elevados ou demasiado baixos, resultantes de diversos fatores externos, afetem o IDG. O IDG corresponde à soma do grau de cumprimento ajustado de cada um dos indicadores.

Se o IDG apresentar uma percentagem inferior a 65%, o hospital não receberá nenhum montante correspondente a incentivos institucionais. Se o IDG estiver entre 65% e 99,9%, o montante a receber corresponderá à multiplicação entre o IDG e o montante máximo que poderá ser atribuído, segundo o contrato-programa, pelos incentivos institucionais. Para valores de IDG superiores a 100%, o cálculo do montante a receber é efetuado da mesma forma desde que o montante total de remuneração não ultrapasse o já estabelecido no contrato-programa.

3. Sistemas de Controlo de Gestão nas entidades do setor da saúde

3.1. O papel da Nova Gestão Pública nos sistemas contabilísticos

Muito se tem vindo a falar da Nova Gestão Pública (NGP) em diversos países. A NGP é um movimento com origem no Reino Unido na década de oitenta que veio reestruturar aspetos importantes no modo de administração do setor público, trazendo para a gestão pública conceitos do setor privado, nomeadamente “resultados”, “objetivos”, “desempenho”, “autonomia”, entre outros (Lapsley, 1999; Lapsley e Wright, 2004; Rego *et al.*, 2010; Wijngaarden *et al.*, 2012; Opedal e Rommetvedt, 2010).

Alguns autores fazem referência à NGP como a ferramenta de gestão que surgiu por forma a prestar melhores serviços, em todas as situações (Hood, 1991), defendendo-se que transformar serviços públicos em serviços de mercado ou quase-mercado origina maior eficiência nos serviços (Lapsley, 1999). Em Itália, afirma-se que a NGP trouxe a solução para politização das políticas de distribuição que existiam antes do tumulto político de 1992-94 (Mattei, 2006; Ferré *et al.*, 2014). Na Suécia, a NGP teve influência na reforma de 1996, no sentido de manter e até melhorar a solidariedade e encorajar reformas institucionais (Wijngaarden *et al.*, 2012). Na Dinamarca, os políticos são aconselhados a atribuir autonomia a administradores e gestores (Opedal e Rommetvedt, 2010). Na Austrália, afirma-se que, apesar da NGP não ser apenas um conjunto de princípios e doutrinas, a ideologia e realidade podem ser contraditórias, pois os resultados do estudo demonstram a existência de mais gastos relativos a nível de gerência, havendo apenas redução nos gastos da equipa de enfermagem (Doessel *et al.*, 2009), o que também se verificou em Portugal (Oliveira e Pinto, 2005). As reformas estruturais, em 2002, ofereciam potencial para promover *accountability* e eficiência. No entanto, as condições para que tal se concretizasse ainda não estavam satisfeitas nesse ano (Oliveira e Pinto, 2005). Infelizmente, os propósitos desta reestruturação não surtiram, em termos absolutos, o efeito desejável. A escassez de recursos humanos acabou por comprometer a eficiência dos serviços e até desregular o setor. As medidas excecionais de estabilidade orçamental, aplicadas desde 2012 em Portugal, condicionaram a autonomia da gestão destes estabelecimentos e os resultados esperados.

O conceito NGP tem assumido um papel dominante em reformas no setor público nos anos 1980s e 1990s (Lapsley, 1999). No final dos anos 1990s, o Reino Unido instituiu um quadro de desempenho para o SNS inspirado na NGP, o que levou ao aumento da satisfação e percepção do desempenho e veio mostrar que a NGP conseguiu alcançar pelo menos alguns dos seus objetivos (Grosso e Ryzin, 2016). A tendência NGP tem sido caracterizada como tendo várias dimensões: parte da reestruturação do serviço público, passando de uma visão da administração pública *old-style* para um novo foco de gestão em serviços públicos; parte do desejo de colocar serviços públicos em serviços de mercado ou quase-mercado com maior eficiência; focaliza-se na necessidade de racionalizar serviços públicos e, acima de tudo, através da demonstração de conquistas relacionadas com ganhos de eficiência e novos níveis de desempenho (Lapsley, 1999).

Em Portugal, e na área da saúde, a NGP é interpretada como uma “reformulação burocrática” devido à estrutura a favor da gestão, flexibilidade e padronização das funções, às mudanças contratuais dos efetivos e referência a conceito do privado (Carvalho e Santiago, 2008). A incapacidade das organizações públicas tradicionais para responder a novos desafios económicos, tecnológicos e sociais e os problemas emergentes associados criou a necessidade de adotar novos métodos de gestão em saúde (Rego *et al.*, 2010). A introdução de procedimentos de mercado e mudanças na estrutura organizacional, como autonomia de gestão e empresarialização dos hospitais públicos, têm tido um impacto positivo nos hospitais públicos portugueses (Rego *et al.*, 2010).

Por outro lado, a reforma de saúde prosseguida em Portugal nas últimas décadas tem seguido uma convergência ideológica, apesar das incertezas crescentes de hoje sobre o futuro do SNS português, movendo-se entre os princípios *Beveridge* e *Bismarck* (Correia, 2011). No início do século XXI, estratégias de coordenação foram lançadas nos sistemas de cuidados de saúde portugueses, e apenas posteriormente foram revitalizados alguns dos princípios que inspiraram o SNS, com base no modelo britânico, que procura um sistema universal, equitativo e de qualidade (Asensio, 2008). Nas entidades, têm-se sentido tensões entre gestores e profissionais de saúde provenientes da discrepância entre o quadro teórico para a reforma e o apoio efetivamente disponibilizado para a sua implementação (Lapão e Dussault, 2012).

Os sistemas contabilísticos sofreram reformas substanciais decorrentes da expansão de racionalização da modernização do setor público (Lapsley, 1999) e têm um papel

central no foco nos resultados e nas medidas decorrentes da NGP (Lapsley e Wright, 2004). Assim, tornou-se necessário rever alguns conceitos associados com os sistemas contabilísticos e com os sistemas de controlo de gestão, em particular a nível hospitalar, dada a crescente relevância no controlo da eficiência dos processos para que seja possível efetuar o controlo dos custos hospitalares.

3.2. Sistemas de controlo de gestão em entidades do setor da saúde

Dentro do âmbito da saúde, o setor hospitalar é uma das áreas onde as reformas da NGP têm sido introduzidas em busca de maior eficiência, eficácia e economia na produção do serviço (Eriotis *et al.*, 2011). No entanto, devido à posição social única dos hospitais, os princípios de governança corporativa não podem ser aplicados ao setor hospitalar sem os ajustamentos adequados (Eeckloo *et al.*, 2004). A introdução de técnicas de negócio no setor pode melhorar o desempenho se as variáveis associadas com atitude e comportamento forem adequadamente estimuladas (Macinati e Rizzo, 2014). Para que estes ajustamentos sejam corretamente efetuados, é importante inicialmente compreender o setor e a dinâmica que o mesmo integra.

Diversos estudos permitem ter uma visão geral sobre o que tem funcionado dentro de determinados países em termos de eficiência no setor. Nos EUA, as fusões entre hospitais, em vez de parcerias, reduziram os custos dispensados em cuidados e os custos de transação, aumentaram os rendimentos hospitalares e alcançaram economias de escala (Burns e Lee, 2008). Em Espanha, cuidados ao domicílio reduziram o número de admissões hospitalares e a duração da estadia (Vilà *et al.*, 2015). O *Benchmarking* é o processo de procura de melhores práticas para melhorar o desempenho. O *Benchmarking* sistemático e divulgação pública de informação, se integrado nos mecanismos de governança regional, mostrou ser uma ferramenta poderosa para garantir a melhoria sustentável dos sistemas de cuidados de saúde (Nuti *et al.*, 2015).

Outros estudos, designadamente os de Steccolini (2004) e Nuti *et al.* (2011) focalizaram-se na dinâmica existente nas organizações, como: circulação de informação e fatores que influenciam o desempenho e produtividade. Segundo os mesmos, em Itália, os relatórios anuais efetuados pelos governos locais são praticamente utilizados

apenas internamente, não sendo utilizadas ferramentas alternativas para comunicar o desempenho aos *stakeholders* e para melhorar os níveis de produtividade.

Na Suécia, identificou-se uma relação positiva entre a comparência no trabalho, de forma equilibrada, associada com saúde sustentável e desempenho e entre incentivos no trabalho e comparência no mesmo (Dellve *et al.*, 2011).

Os desafios enfrentados pelo SNS do Reino Unido têm tendência a aumentar (Edlin *et al.*, 2010). As parcerias entre entidades públicas (tal como as alianças estratégicas entre empresas do setor privado) são criadas com o intuito de maximizar recursos escassos e mostraram estar positivamente associadas com eficácia, eficiência e igualdade e as parcerias entre as entidades públicas e privadas mostraram estar negativamente associadas com eficácia e igualdade (Andrews e Entwistle, 2010).

No Reino Unido, o tempo de permanência em internamento é superior quando comparado com outros países europeus, existindo a necessidade de investir em serviços comunitários, pelo que o *mobile working* foi introduzido no SNS britânico para ajudar à reforma da prática de cuidados de saúde comunitários e para melhorar a continuidade de cuidados, através do registo e acesso em tempo real da situação do paciente que, por sua vez, ajuda a reduzir o atraso no início de tratamentos necessários e evitar uma admissão no hospital (Turner, 2015).

Em Portugal, a informação de natureza económico-financeira ainda é pouco relevante para os profissionais de saúde. No entanto, alguns estudos já começaram a integrar este tipo de informação na sua prática profissional (Da Silva e Pereira, 2014), tendo sido verificadas melhorias na eficiência dos hospitais públicas após a sua transformação em Entidades Públicas Empresariais (Major e Magalhães, 2014).

Em síntese, está em causa a eficiência dos serviços de saúde, tendo sido postas em causa as várias modalidades de parcerias encontradas para melhorar esta eficiência, designadamente as parcerias público-privadas, primeiramente utilizadas no Reino Unido (Edlin *et al.*, 2010). Estas são umas vezes positivamente associadas com a eficácia e a eficiência e outras negativamente associados com eficácia e igualdade. As parcerias entre entidades públicas e entidades sem fins lucrativos no setor da saúde não são geralmente relacionadas com o respetivo desempenho (Andrews e Entwistle, 2010).

3.3. Controlo de gestão e indicadores de desempenho

As práticas de controlo de gestão estão necessariamente associadas à definição de indicadores de desempenho, o que se aplica também ao setor da saúde. Assim, foram selecionados alguns estudos que abordam esta temática a nível internacional, especificamente orientados para o domínio da saúde. Os estudos que se passam a referir tratam sobretudo dos critérios de definição dos indicadores de desempenho e da sua utilidade e ou adequação.

Em Espanha, foi verificado que a inclusão de variáveis, com as principais características da população, tem um grande impacto na eficiência, sendo que a sua não inclusão levaria a resultados ilusórios. Neste país foi criado um programa de cuidados ao domicílio, que tem como objetivo melhorar a eficiência e eficácia de cuidados, garantindo a continuidade dos mesmos e otimizado os recursos em cuidados de saúde (Vilà *et al.*, 2015). Também foi verificado que a maioria das entidades que introduziu indicadores de desempenho não os utiliza para tomada de decisão, pois os diretores financeiros ainda consideram que o relato orçamental é o mais útil, pois o controlo de despesas ainda é baseado no orçamento (Brusca e Montesinos, 2013).

Na Dinamarca, um estudo de Traberg *et al.* (2014) concluiu que os indicadores devem estar de acordo com a estratégia e normalizados de acordo com o desempenho até ao momento e que a hierarquia permite acompanhar o desempenho com base nos objetivos estratégicos.

No Reino Unido, os indicadores de desempenho estão disponíveis para a melhoria de eficiência. No entanto, a implementação e gestão dos indicadores do SNS britânico não assegura o sucesso verificado no setor privado, o que pode levar a medidas de gestão defensiva prejudiciais (Turner *et al.*, 2013). As pesquisas deveriam ir no sentido de desenvolver indicadores voláteis, fiáveis e relevantes, de forma a poderem ser utilizados e melhorados através do *feedback* contínuo de gestores de serviços de saúde, como hospitais, para assegurar uma boa utilização nos mesmos em contexto real (Klazinga *et al.*, 2011).

Genericamente, os indicadores de desempenho servem para medir a qualidade de cuidados, assim como servir de medida de comparação, aprendizagem e melhoria

(*benchmarking*), tornando-se uma componente central da política de cuidados de saúde (Klazinga et al., 2011). A informação qualitativa deveria ter como vantagem o conhecimento, sendo que tem um papel valioso na avaliação de desempenho (Goddard et al., 1999). A informação quantitativa funciona como segurança para identificar os baixos desempenhos e, raramente, é utilizada para encorajar o alto desempenho ou identificar as melhores práticas (Goddard et al., 1999).

No setor público, os desvios orçamentais são ainda uma dimensão importante da avaliação do desempenho das entidades do setor da saúde, por causa de pressões políticas e institucionais, sendo crucial que as organizações públicas nem gastem a mais nem a menos.

Uma série de inquéritos acerca do relato das entidades prestadoras de cuidados de saúde sugerem falhas consideráveis nos cuidados providenciados a alguns pacientes do SNS (Newdick, 2014). A necessidade de um controlo efetivo leva à procura crescente de informação disponível ao público e ao controlo dos recursos desperdiçados por sistemas ineficientes de cuidados de saúde (Newdick, 2014). Soluções apropriadas dependem da compreensão dos incentivos perversos inerentes a cada modelo e à necessidade de dar importância crescente à voz dos pacientes e do público (Newdick, 2014).

Entre 2004 e 2008, já tinham sido publicados outros estudos sobre controlo de recursos e orçamento (Haslam e Marriott, 2006; Lapsley e Wright, 2004; Marginson e Ogden, 2005; Ramesh, 2008). No Reino Unido, a introdução de inovações nos sistemas contabilísticos por parte de organizações do setor público foi largamente afetada pela influência do governo (Lapsley e Wright, 2004). Por outro lado, os gestores confrontados com incertezas podem reagir de forma mais positiva e comprometerem-se em alcançar os objetivos orçamentais, pois os orçamentos conferem sensações de certeza, sendo a sua utilização uma influência poderosa no comportamento do gestor (Marginson e Ogden, 2005).

Em Singapura, a reforma dos hospitais públicos iniciou-se nos anos 80 garantindo aos hospitais públicos autonomia de gestão. Na década seguinte, o governo reafirmou o controlo devido ao aumento de custos (Ramesh, 2008). Apenas a constante supervisão e coordenação do governo garante que a concorrência de mercado apresente resultados economicamente eficientes e melhorias politicamente aceitáveis para o consumidor (Ramesh, 2008). Consequentemente, as estratégias de contenção de custos encorajam o

design de sistemas de contabilidade de gestão (CG) mais sofisticados, que são direta ou indiretamente influenciados por variáveis contingenciais, organizacionais e comportamentais. Existe uma relação pouco significativamente positiva entre o uso de CG e o desempenho financeiro (Macinati e Anessi-Pessina, 2014). Os sistemas de medição de desempenho não são neutros, mas são condicionados pelo contexto ambiental de cada governo local para encaixar dentro da estrutura organizacional (Torres *et al.*, 2011).

4. Aspetos metodológicos do projeto

4.1. Contexto

Este projeto surgiu da necessidade de avaliar em que medida a forma de financiamento de um hospital EPE, através dos contratos-programa, influenciavam ou não o controlo de gestão nessa instituição.

Por razões de acesso à informação por parte da investigadora foi escolhido o Hospital Prof. Doutor Fernando da Fonseca, EPE (HFF), cujas principais características são descritas no próximo capítulo.

Tratando-se de um projeto, não é identificada uma metodologia de investigação propriamente dita, antes são descritos os principais passos desenvolvidos no estudo e as fontes de informação utilizadas e respetiva articulação.

O projeto foi desenvolvido através de abordagem direta tendo sido recolhidos alguns dados no próprio local. Desta forma, a investigação foi orientada e realizada nos contornos de uma metodologia de investigação associada a um estudo de caso, sendo esta metodologia considerada apropriada tendo em consideração o tipo de estudo, setor e curso de mestrado em que se insere.

Todavia, sendo o problema centrado numa entidade em concreto, o estudo insere-se no paradigma da investigação interpretativa, podendo o caso do HFF ser considerado como um Estudo de Caso, enquadrado nas características que Yin (2009) atribui às circunstâncias em que este método deve ser utilizado. Designadamente:

- O compreender o “como” e o “porquê” estão entre as questões centrais que se colocam para entender o problema identificado;
- O investigador detém um controlo reduzido sobre os acontecimentos;
- Trata-se de um fenómeno contemporâneo inserido no contexto da vida real.

Foram utilizadas várias fontes de informação, fundamentalmente fontes documentais e entrevistas semiestruturadas, como é usual nestes casos, que se aproximam dos estudos de caso descritivos (Major e Vieira, 2009).

4.2. Recolha de Informação

A informação foi recolhida através de documentação pública e fornecida por vários recursos bibliográficos, como por exemplo: *B-on*, *Google Académico* e *Web of Science*. Para a contextualização do problema foram consultados livros de referência dentro do tema em estudo. A observação e recolha de documentação foi realizada de novembro de 2015 a janeiro de 2016.

A recolha de informação com base em entrevistas compreendeu um conjunto de etapas. Em primeiro foi preparado um requerimento que foi enviado em 2015 ao Conselho de Administração do HFF, que aprovou a realização das entrevistas nos moldes solicitados. Em sequência desta autorização foram realizadas em 2015 duas entrevistas, sendo a primeira efetuada junto da responsável da Direção de Planeamento e Controlo de Gestão (DPCG) e a segunda junto do responsável da Direção de Produção.

Para a abordagem direta, recorreu-se inicialmente a estudos já realizados, nomeadamente, a outros estudos de caso, e informação junto do próprio hospital. Como resultado da pesquisa, surgiram dúvidas que poderiam ser respondidas, como tal, posteriormente, foram delineadas questões (anexo 4), que serviram de guia às entrevistas a realizar.

Foram elaborados guiões para as entrevistas semiestruturadas, tendo por base a necessidade de completar a informação documental recolhida. O guião foi feito com base nas questões que surgiram durante a elaboração dos capítulos 2 e 3 e durante a recolha documental (Anexo 1).

A primeira entrevista foi recolhida através de áudio com duração de 01:55, 04:14, 01:53 e 02:45. A segunda entrevista não chegou a existir e o guião teve de ser reformulado por forma a ser possível recolher respostas o mais aproximadas possível do que se iria obter caso tivesse sido realizada a entrevista (presencial). Este novo guião reformulado foi respondido por computador pelo próprio diretor da direção.

As fases de pesquisa, elaboração de entrevistas e registo de resposta são cruciais para complementar os dados recolhidos e concluir sobre o objetivo do projeto.

Após a realização das entrevistas, procedeu-se à análise das respostas de forma a encontrar padrões em comum e obter a informação mais relevante e os aspetos a realçar sobre cada uma das questões colocadas. O guião reformulado, respondido por escrito, foi analisado como se de uma de entrevista se tratasse para facilitar a análise comparativa entre este e a entrevista.

Após a preparação inicial, foi redigida uma carta diretamente ao Conselho de Administração para a aprovação de um estágio não remunerado com a duração de três meses. O mesmo foi proposto com o intuito de explorar o tema inicialmente delineado.

A abordagem direta permite ainda ao investigador criar uma relação entre a pesquisa e as pessoas envolvidas no contexto do hospital e permite observar as situações que ocorrem em contexto normal de trabalho, que noutra situação não presenciaria. Esta proximidade também permite uma maior fluidez na investigação para mais facilmente poderem ser alteradas as características da investigação.

4.3. Passos na condução do estudo

Tratando-se de um problema analisado como se fosse um estudo de caso, foram seguidos os passos identificados por Major e Vieira (2009) como essenciais à condução de um estudo desta natureza: “Preparação”, “Recolha de Evidência”, “Avaliação da evidência” e “Escrever o caso”.

Na fase de “Preparação” o investigador tem de proceder a uma revisão bibliográfica, recorrendo preferencialmente às revistas científicas mais relevantes na área em estudo, para que adquira conhecimentos sólidos sobre os temas mais importantes para a formulação das questões de investigação a formular. Nesta fase terá de ser construído o planeamento e construção do estudo sendo que o investigador poderá adotar uma determinada teoria que assim achar mais adequado para o estudo que planear conduzir.

Na fase de “Recolha de Evidência”, tem ser recolhida toda a informação possível sobre a entidade escolhida para o estudo de caso, de preferência através da construção de uma base de dados para consulta posterior. O investigador tem de dominar as informações

recolhidas como as referentes ao contexto político, económico e social da situação em estudo. As fontes de evidência para estudos de caso compreendem documentos, entrevistas, questionários, observação direta, registo de arquivos, artefactos e observação participante.

Na fase de “Avaliação de evidência” recorre-se a diversos testes estudados que permitem garantir a qualidade do estudo, nomeadamente a validade contextual que averigua o grau de credibilidade da evidência obtida e das conclusões.

Na fase de “Escrever o caso” é fundamental, principalmente no estudo qualitativo, o domínio da escrita e língua e garantir que é dedicado o tempo necessário na escrita do estudo. É necessário dedicar tempo a explicar os elementos mais relevantes e explorá-los, se pertinente. Deve ser incluída informação sobre as pessoas entrevistadas, reuniões presenciais (assistidas), entre outros elementos.

Esta investigação é uma mistura entre metodologia indutiva, dedutiva e histórica. Indutivo pois está implícito que a relação do contrato-programa com o controlo de gestão do hospital presenciada no HFF possa ser verificada também noutros hospitais. Dedutivo por serem utilizados estudos para conseguir encontrar e entender padrões existentes nos dados interpretados do HFF. Histórico por os dados de ano anterior serem tão importantes para interpretar os dados de 2015 e para analisar as entrevistas ocorridas em 2016, conforme já mencionado neste capítulo.

5. O caso do Hospital Prof. Doutor Fernando da Fonseca, EPE (HFF)

5.1. O Hospital Prof. Doutor Fernando da Fonseca, EPE (HFF)

5.1.1. Razões da escolha do Hospital

Este projeto, conforme salientado anteriormente, tem como propósito compreender em que medida os contratos-programa, suporte do financiamento dos hospitais do SNS português, influenciaram de alguma forma o desempenho dos mesmos.

Para o efeito foi escolhido um hospital público, dado que este se insere no conjunto das entidades onde se prestam a maioria dos cuidados de saúde no âmbito do SNS. Foi selecionado um hospital EPE, porque, embora sendo uma entidade pública, dotada de personalidade jurídica, autonomia administrativa e financeira, apresenta autonomia patrimonial e natureza empresarial, e as questões do financiamento e da avaliação do desempenho estão estritamente interligadas.

A autonomia patrimonial e a natureza empresarial da gestão dos hospitais EPE são características que permitem que a administração do próprio hospital possa utilizar a informação proveniente da contabilidade e dos indicadores de desempenho que utiliza na avaliação da atividade efetivamente realizada e da eficiência da utilização dos seus recursos, não só para reportar informação à ACSS, mas também para gerir o seu próprio património e realizar investimentos, com o propósito de prestar cuidados de saúde de melhor qualidade.

Dentro do universo dos hospitais EPE, o HFF reúne as condições acima expressas, de acordo com a informação recolhida na página *web* oficial do próprio hospital. Em concreto, o Relatório e Contas deste hospital, referente a 2014, disponibiliza informação acerca de investimentos relevantes efetuados naquele ano (a título de exemplo, a aquisição de materiais tais como novos esterilizadores e um detetor digital e, ainda, investimentos em 24 novas camas para a unidade de cuidados intensivos). Já em 2013 tinham sido realizados investimentos, nomeadamente, na instalação de climatização, na

requalificação da cozinha central e, novamente, na rede de distribuição de fluidos e em algumas fachadas.

5.1.2. Breve descrição da entidade objeto de estudo

O HFF está situado no distrito de Lisboa, sendo este facto importante para a escolha do hospital devido à densidade populacional que abrange. É atualmente a única unidade de saúde pública capaz de responder a situações agudas de necessidade de cuidados dos concelhos de Sintra e de Amadora. No que se refere à abrangência demográfica que se espera, em 1995, no início da sua atividade, o hospital deveria conseguir responder à sua área de influência que estava estimada para cerca de 350 mil habitantes. Em 2011, altura em que se registaram os Censos 2011, a população residente nos concelhos assinalados já se encontrava, aproximadamente, nos 553 mil habitantes, sendo a população de atração direta do HFF, desse ano, a maior da Rede Nacional de Cuidados de Saúde que engloba hospitais/centros hospitalares e unidades locais de saúde, seguindo-se o centro hospitalar do Tâmega e Sousa, EPE. Quando a procura supera a oferta, acresce a necessidade que tornar os serviços mais eficientes. Com este estudo, pretende-se perceber se também se a gestão do hospital tem correspondido da melhor forma a este aumento na procura de cuidados de saúde.

O hospital foi a primeira experiência de um estabelecimento de saúde gerido por uma entidade privada, em regime de PPP. Em 1995, o mesmo foi entregue à gestão privada, nos termos de contrato de gestão celebrado com o hospital Amadora/Sintra, Sociedade Gestora, S.A., o qual se extinguiu dia 31 de dezembro de 2008, com a transformação em EPE. Esta mudança teve consequências na contabilidade do próprio hospital, pois a partir do dia 1 de janeiro de 2009 todos os créditos e dívidas pertencentes à antiga gestão permaneceram com a sociedade de gestão privada, sendo que o recém-formado EPE começou a contabilidade desde início. Este episódio trouxe aparentemente benefícios para a gestão do hospital, pois possíveis erros cometidos no passado deixaram de influenciar os dados atuais e os indicadores de desempenho no presente são calculados em bases sólidas e facilmente justificadas devido à atualidade dos dados.

O HFF é frequentemente convidado para projetos-piloto devido, em parte, ao ERP (*Enterprise Resource Planning*) que utiliza. Recentemente, e segundo carta datada a 4 de novembro de 2015, o hospital foi convidado a integrar o grupo de entidades piloto

que irá implementar a nova Lei do Enquadramento Orçamental, aprovada pela Lei nº 151/2015, de 11 de setembro, e o Sistema de Normalização Contabilística para as Administrações Públicas, aprovado pelo Decreto-Lei nº 192/2015, de 11 de setembro.

Esta perspetiva inovadora do HFF fez com que o mesmo fosse escolhido como projeto para avaliar a possível relação entre o respetivo contrato-programa e os indicadores de avaliação de desempenho apresentados pelo hospital.

5.2. Análise dos resultados

Nesta secção vão ser analisados os resultados do estudo centrado no HFF, o qual compreende, numa primeira fase a descrição dos contratos-programa que têm vindo a ser celebrados com a ACSS. Esta análise, essencialmente documental, é complementada com entrevistas realizadas no próprio hospital, conforme descrito no capítulo relativo aos aspetos metodológicos, pois só através das mesmas é possível estabelecer alguma ligação entre os contratos-programa e os indicadores de desempenho.

5.2.1. Contrato-Programa e Financiamento

Como explicado no Capítulo 2, os hospitais EPE são financiados tanto pelo Ministério da Saúde, através do SNS, como por outras entidades pagadoras, como exemplo, pelo próprio doente, por seguradoras no caso de acidentes, entre outras.

O financiamento através do SNS, tal como oportunamente explicado, é efetuado mediante a assinatura de um contrato-programa, entre Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, I.P. (ARSLVT) e o HFF. Este contrato-programa define os termos da produção contratada, os incentivos institucionais contratados e as verbas de convergência atribuídas.

Assim, importa agora analisar o contrato-programa celebrado com o HFF desde 2009 e que tem vindo a ser objeto de atualizações anuais, sempre que sejam consideradas necessárias.

O hospital, por pertencer ao Setor Empresarial do Estado, é obrigatoriamente abrangido pelas regras de remuneração estipuladas na Circular Normativa 13/2014, de 16 de fevereiro. Nas situações em que o hospital não consiga concretizar pelo menos 50% da

produção contratualizada, pelos episódios de urgência faturados, apenas recebe 50% do preço contratado. No entanto, este tipo de situação, normalmente, apenas ocorre no ano em que um hospital inicia a sua atividade.

Mesmo não existindo remuneração pela atividade realizada, o hospital pode vir a receber um valor de convergência. O valor de convergência consiste num apoio financeiro que é atribuído ao hospital quando, por situações contextuais diversas, a ARSLVT considera necessário, sendo que o seu recebimento se encontra dependente das metas alcançadas pela instituição durante esse ano.

Em oposição, se a produção desse ano for superior à contratualizada, a remuneração a receber terá de ser revista de acordo com a(s) área(s) e o(s) GDH onde a produção foi excedida e com o valor global do contrato sem incentivos. Segundo o Acordo Modificativo de 2015, o hospital pode ainda sofrer penalidades até 1% do montante a atribuir pela produção contratualizada se não cumprir determinadas obrigações. Segundo o contrato-programa 2013-2015, a instituição hospitalar ainda recebe uma componente variável relativa “à responsabilidade assistencial pelos doentes inscritos na lista de espera cirúrgica do Hospital”, “às receitas de terceiros responsáveis” e “ao custo com medicamentos prescritos no Hospital e fornecidos em farmácia de oficina”.

Para além do já mencionado, o hospital recebe um pagamento autónomo pela atividade assistencial prestada no âmbito dos programas específicos estipulados no Apêndice III do contrato-programa.

Mensalmente, o hospital recebe adiantamentos por conta do montante contratualizado em função da faturação verificada pela ACSS.

De forma a cobrir o aumento populacional na área geográfica que o hospital abrange, as quantidades contratualizadas têm vindo a aumentar. De 2013 para 2014, em termos gerais, ocorreu um aumento na quantidade contratualizada para as consultas externas, urgências e hospital de dia; e uma diminuição nos episódios de GDH Ambulatório contratualizados e no único programa de gestão da doença presente no quadro, “VIH/Sida”.

De 2014 para 2015, em termos gerais, foram novamente reforçadas as quantidades contratadas de consultas externas a efetuar durante o ano. Aumentou o número de altas de internamento pretendidas, bem como a quantidade contratualizada de episódios de

GDH Ambulatório (mas sem alcançar a quantidade definida em 2013). As sessões de hospital de dia continuaram a aumentar e ocorreu um ligeiro aumento no que respeita aos programas de gestão da doença, em particular, no de “VIH/Sida” (sem chegar a alcançar a quantidade presente no contrato em 2013). Em termos de preços unitários, de 2013 para 2014, praticamente todos os preços unitários diminuíram, sendo que a maioria se manteve, de 2014 para 2015, subindo apenas o preço unitário para todos os episódios de GDH Ambulatório e o “preço base único”, definido nos pontos 3 e 6 da cláusula 2ª do Acordo Modificativo 2015 do contrato-programa 2013-2015, para os internamentos de GDH médico e cirúrgico com alta.

Proporcionalmente às quantidades contratualizadas, o montante total máximo do contrato tem vindo também a aumentar: em 2013 era de 137.489.317,14€ (130.614.851,28€ respeitantes a Produção e 6.874.465,86€ respeitantes a Incentivos Institucionais) (anexo 2), em 2014 passou para 146.286.229,37€ (139.006.489,35€ respeitantes a Produção e 7.279.740,02€ respeitantes a Incentivos Institucionais), sendo que o HFF ainda teve direito a duas verbas de convergência para restabelecer o equilíbrio financeiro (5.000.000,00€) e para a compensação por acréscimo de gastos com pessoal (3.111.446,00€). Em 2015 voltou a aumentar o montante máximo do contrato para 147.723.158,28€ (140.010.667,09€ respeitantes a produção, 7.386.157,91€ respeitantes a Incentivos Institucionais e 326.333,28€ respeitantes a valor de convergência).

5.2.2. Indicadores de desempenho e controlo orçamental

Nesta secção vai ser realizada uma análise evolutiva do contrato-programa do HFF relativa ao período de 2013 a 2015. A análise compreende a evolução dos principais indicadores previstos no referido contrato-programa, bem como a evolução das metas e objetivos que foram definidos para o HFF, nesse mesmo período e no ano imediatamente anterior. O ano 2012 será incluído nesta análise para introduzir e contextualizar o contrato-programa com início em 2013.

Posteriormente, é descrita a forma como é realizado no HFF o controlo orçamental, para testar a evolução dos dados, e como é realizada a auditoria aos dados extraídos através das plataformas internas, para aferir da sua qualidade.

5.2.2.1. Indicadores de desempenho de 2012 e 2015

Conforme mencionado em capítulos anteriores, o contrato-programa apresenta indicadores que deverão ser cumpridos, em troca de compensação monetária. A variação do cumprimento, ou não, destes indicadores está dependente de diversas causas, que podem ser externas (nomeadamente, população abrangente), ou internas (como médico, enfermeiros e administradores e incoerência com indicadores utilizados internamente).

A pressão sobre o pessoal médico tem aumento por força do acréscimo da quantidade contratualizada para a realização de consultas externas, como ilustrado pela tabela 2, que evidencia a evolução destes indicadores de 2012 a 2015.

Tabela 2 - Consultas e Internamento (2012-2015)

CONTRATO-PROGRAMA/ ACORDO MODIFICATIVO									
Consultas		2015	2014	2013	2012				
	Total 1 ^{as} consultas	100 956	99 189	99 449	88 041				
	Total consultas subsequentes	198 826	196 121	190 086	187 882				
Internamento	Doentes saídos (GDH)	31 445	32 114	33 733	35 285				
	Dias de internamento de doentes crónicos	303 415	352 305	2 500	2 500				
RELATÓRIO DE GESTÃO									
Consultas		2015	Real/C.-P.	2014	Real/C.-P.	2013	Real/C.-P.	2012	Real/C.-P.
	Total 1 ^{as} consultas	91 288	90%	94 417	95%	94 953	95%	91 928	104%
	Total consultas subsequentes	197 865	100%	205 480	105%	210 230	111%	192 944	103%
Internamento	Doentes saídos (GDH)	S/ Dados	N.A.	32 083	100%	33 511	99%	35 032	99%
	Dias de internamento de doentes crónicos	294 588	97%	305 768	87%	S/ Dados	N.A.	S/ Dados	N.A.

Fonte: Elaboração própria a partir do Contrato-programa 2013-2015 celebrado com o HFF, EPE

Isto acontece também porque a população residente na área abrangente é cada vez maior (tabela 5) e mais idosa, como ilustra a tabela 3. Também se verifica que tem aumentado o número de mulheres a precisar de serem acompanhadas e de crianças, um dos grupos mais vulneráveis da população (tabela 4). Em 2012 a percentagem era de 17,9% no Continente, sendo que em 2015 a percentagem já ia em 19,2%. E deverá continuar a aumentar.

Tabela 3 – Proporção de população residente com 65 ou mais anos de idade (%) em Portugal e em Portugal continental de 2012 a 2017 (NUTS – 2013)

Local de residência (NUTS - 2013)	Proporção da população residente com 65 ou mais anos de idade (%) por Local de residência (NUTS - 2013)					
	Período de referência dos dados					
	2017 (%)	2016 (%)	2015 (%)	2014 (%)	2013 (%)	2012 (%)
Portugal	20,10	19,70	19,20	18,70	18,2	17,7
Continente	20,30	19,90	19,50	19,00	18,5	17,9

Fonte: Elaboração própria de https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_base_dados consultado a 31-05-2018

Tabela 4 – Densidade populacional (N.º/Km²) na Amadora e em Sintra de 2012 a 2017 (NUTS – 2013)

Local de residência (NUTS - 2013)	Densidade populacional (N.º/km²) por Local de residência (NUTS - 2013); Anual					
	2017	2016	2015	2014	2013	2012
	N.º/km²	N.º/km²	N.º/km²	N.º/km²	N.º/km²	N.º/km²
Amadora	7 565,40	7 492,40	7 426,80	7 397,70	7372,6	7384,2
Sintra	1209,30	1202,70	1198,30	1193,30	1189,6	1190,3

Fonte: Elaboração própria de https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_base_dados consultado a 31-05-2018

Tabela 5 – Taxa bruta de natalidade (‰) por local de residência (NUTS – 2013)

Local de residência (NUTS - 2013)	Taxa bruta de natalidade (‰) por Local de residência (NUTS - 2013); Anual					
	Período de referência dos dados					
	2017	2016	2015	2014	2013	2012
Portugal	8,40	8,40	8,30	7,90	7,9	8,5
Amadora	10,90	10,70	10,60	10,30	10,1	10,4
Sintra	10,40	10,00	9,70	9,50	9,5	10,5

Fonte: Elaboração própria de https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_base_dados consultado a 31-05-2018

Apesar da pressão para o hospital "produzir" cada vez mais ter-se mantido, a quantidade de consultas realizadas não tem acompanhado a exigência do contrato-programa, tanto quanto às primeiras consultas como para as subseqüentes, como ilustrado pela tabela 2. Até 2014, o número contratado de doentes saídos de internamento acompanhou a evolução negativa real de doentes saídos, como ilustrado na mesma tabela (tabela 2).

No que respeita a episódios de ambulatório, foram observadas oscilações no período em análise, não sendo claro se o valor deverá subir no ano seguinte ou não. No entanto, através das variações, ilustradas na tabela 4, é possível perceber que, em 2013, quando a

diferença no GDH cirúrgico foi negativa em mais de 1000 episódios, do contratado para o real, o valor contratualizado desceu. A diferença em 2014 não foi tão negativa (menos 738 episódios). Como tal, em 2015, o valor contratualizado voltou a subir (tabela 6). É necessário que administradores tenham sensibilidade para analisar os dados e assim utilizar o controlo de gestão para prever os montantes do contrato-programa e fazer estimativas.

Tabela 6 - Ambulatório e Urgências (2012-2015)

		CONTRATO PROGRAMA/ ACORDO MODIFICATIVO							
		2015	2014	2013	2012				
Ambulatório	Episódios da GDH Cirúrgicos	9 710	9 594	10 096	9 363				
	Episódios da GDH Médicos	9 837	9 817	10 874	10 671				
Urgências	Atendimentos	246 510	245 708	227 791	232 515				
Hospital de Dia	Sessões	23 509	20 446	17 415	16 144				
		RELATÓRIO DE GESTÃO							
		2015	Real/C.-P.	2014	Real/C.-P.	2013	Real/C.-P.	2012	Real/C.-P.
Ambulatorio	Episodios da GDH Cirúrgicos	5 402	56%	8 856	92%	8 741	87%	8 529	91%
	Episodios da GDH Médicos	11 874	121%	9 709	99%	10 013	92%	10 972	103%
Urgências	Atendimentos	251 999	102%	260 784	106%	265 595	117%	252 300	109%
Hospital de Dia	Sessões	25 692	109%	24 548	120%	21 303	122%	19 916	123%

Fonte: Elaboração própria a partir do Contrato-programa 2013-2015 celebrado com o HFF, EPE

Para o hospital seria mais vantajoso se a quantidade de atendimentos de urgência, contratualizados, aumentasse (em contrapartida da diminuição de outro indicador, como por exemplo, episódios de GDH cirúrgicos de ambulatório), pois apesar da baixa quantidade de atendimentos definidos no contrato, têm sido sempre realizadas mais urgências do que as contratualizadas (tabela 6).

Todos os anos, o número de sessões realizadas, no hospital de dia, tem aumentado e ultrapassado as quantidades contratualizadas que, por sua vez, têm aumentado também todos os anos (tabela 6).

No que respeita a outros dados definidos em contrato, não há dados suficientes para comparar todos os indicadores descritivos no contrato-programa com o real, com suporte no Relatório de Gestão de cada ano, como ilustra a tabela 7.

Tabela 7 - Outros indicadores (2012-2015)

CONTRATO PROGRAMA/ ACORDO MODIFICATIVO		2015	2014	2013	2012				
Programa de	VIH (doentes em TARC)	1 580	1 530	1 600	1 516				
Gestão de Doença	Doença de Pompe	1	1	-	-				
Saúde Sexual e	Medicamentosa (IVG até 10 Semanas)	40	40	30	12				
Reprodutiva	Cirúrgica (IVG até 10 Semanas)	1 300	1 300	1 600	1 718				
Outros	Serviços Domiciliários	1 400	1 400	1 436	1 055				
	Próteses	-	-	300	-				
RELATÓRIO DE GESTÃO		2015	Real/C.-P.	2014	Real/C.-P.	2013	Real/C.-P.	2012	Real/C.-P.
Programa de	VIH (doentes em TARC)	S/ Dados	N.A.	S/ Dados	N.A.	S/ Dados	N.A.	S/ Dados	N.A.
Gestão de Doença	Doença de Pompe	S/ Dados	N.A.	S/ Dados	N.A.	S/ Dados	N.A.	S/ Dados	N.A.
Saúde Sexual e	Medicamentosa (IVG até 10 Semanas)	S/ Dados	N.A.	S/ Dados	N.A.	S/ Dados	N.A.	S/ Dados	N.A.
Reprodutiva	Cirúrgica (IVG até 10 Semanas)	S/ Dados	N.A.	S/ Dados	N.A.	S/ Dados	N.A.	S/ Dados	N.A.
Outros	Serviços Domiciliários	S/ Dados	N.A.	S/ Dados	N.A.	S/ Dados	N.A.	S/ Dados	N.A.
	Próteses	-	N.A.	-	N.A.	S/ Dados	N.A.	S/ Dados	N.A.

Fonte: Elaboração própria a partir do Contrato-programa 2013-2015 celebrado com o HFF, EPE

De salientar também que a mudança na estrutura dos Relatórios de Gestão não permite uma clara comparação entre anos, não existindo a quantidade e qualidade de dados pretendida para um estudo como este. Já os contratos-programa, têm obrigatoriamente que corresponder a estruturas bem organizadas, planeadas e dinâmicas que permitam dar respostas rápidas às necessidades da população em constante mudança.

Com a renovação anual dos contratos-programa, são definidos objetivos para os hospitais EPE, e também para o HFF, que devem conseguir avaliar a qualidade dos serviços e a eficiência económico-financeira do hospital. Estes objetivos têm de estar de acordo com a metodologia definida para um determinado ano e as metas são definidas através de negociação entre as ARS e as instituições hospitalares. Quando as metas negociadas não estiverem de acordo com o princípio de melhoria contínua do desempenho das instituições, a ARS terá de justificar à ACSS a meta negociada no contrato-programa da instituição hospitalar em questão.

No HFF, para o período em vigor do Contrato-Programa 2013-2015, mantiveram-se, quase na sua totalidade, os objetivos definidos em 2013 (Anexo 3). As únicas exceções registaram-se no Desempenho Assistencial, pertencente aos Objetivos Nacionais, e nos Objetivos Regionais. No Desempenho Assistencial, o objetivo “Percentagem de partos por cesariana”, considerado para o ano 2013 (Anexo 3), deixou de constar no Acordo Modificativo de 2014 sendo substituído por “Percentagem de cirurgias da anca efetuadas nas primeiras 48 horas”. Nos Objetivos Regionais, o objetivo “Variação 2013/2012 do custo unitário por doente tratado/ano em HIV (Medicamentos

dispensados em ambulatório) ”, considerado para o ano 2013, deixou de constar no Acordo Modificativo de 2014 sendo substituído por “% de Utentes em espera para cirurgia com Tempo Superior a 12 meses”. O tipo de objetivos a alcançar, tanto Nacionais como Regionais, mantiveram-se de 2014 para 2015. O mesmo não se aplica às metas referentes aos objetivos definidos.

Existe uma clara separação dos Objetivos Nacionais no Contrato-Programa que têm uma ponderação de 60% no montante atribuídos ao hospital em incentivos institucionais (Anexo 3): Acesso, Desempenho Assistencial e Desempenho Económico-Financeiro.

Tendo em conta que os objetivos a alcançar, referentes ao “Acesso”, se têm mantido, é possível verificar as oscilações ocorridas entre as metas definidas para os diferentes anos. De 2013 para 2014, a subida no grau de exigência das metas foi superior à registada de 2014 para 2015. Dos cinco objetivos, em 2014 quatro aumentaram, sendo que em contrapartida, em 2015 apenas aumentaram três dos cinco. Por sua vez, para o “Desempenho Assistencial”, como um dos objetivos definidos em 2013 deixou de existir em 2014, uma vez que um novo objetivo surgiu no mesmo ano, a análise das variações das metas será apenas feita para os objetivos que se mantiveram nos três anos, ou seja, em vez de serem considerados os oito objetivos apenas são considerados seis. De 2013 até 2015, ao grau de exigência manteve-se aproximadamente constante. Para o “Desempenho Económico-Financeiro”, verificou-se uma descida no grau de exigência em três dos quatro objetivos, de 2013 para 2014, sendo que, de 2014 para 2015, o grau de exigência voltou a subir e os dois objetivos que contribuíram para que tal acontecesse, ficaram ainda com uma meta superior à exigida em 2013.

Os Objetivos Regionais são responsáveis por 40% dos incentivos atribuídos à instituição e englobam quatro objetivos. Mas apenas podem ser analisados três, porque um deles apenas surgiu em 2014. De 2013 para 2014, a exigência aumentou sendo que, de 2014 para 2015, a exigência manteve-se.

Em 2014, a definição de metas foi mais direcionada para melhorias no “Acesso” e a nível regional. Em 2015, a definição de metas foi direcionada para continuar a melhorar o “Acesso” a cuidados de saúde, mas também para o “Desempenho Económico-Financeiro”, conforme mencionado no contrato-programa.

5.2.2.2. Controlo Orçamental

No HFF o controlo de orçamento disponível é efetuado em coordenação entre diferentes direções, sendo que a DPCG é responsável por produzir os indicadores que demonstram, nomeadamente, a utilização do orçamento, o que ainda é possível gastar e se está a ser cumprida a produção do contrato-programa. O orçamento externo atribuído respeita a uma entidade que presta serviços de urgência, sendo que dificilmente se pode prever quantos episódios irão ocorrer em cada mês. Apesar de existir controlo orçamental sobre os compromissos e gastos efetuados, a Direção tem de estar preparada para, em coordenação com a Direção Financeira, conseguirem solucionar as situações em que o orçamento não consegue cobrir todos os gastos e compromissos efetuados durante um mês.

Para ajudar a compreender a origem dos gastos, a DPCG elabora um mapa referente às variações entre o orçamentado e o real, sendo que compete à Direção Financeira justificar as variações ocorridas. Para tentar alcançar a produção do contrato-programa, a DPCG informa diariamente diversos departamentos, nomeadamente, de Internamento, Consulta Externa, Urgência, Hospital de dia e Ambulatório sobre a sua atividade e se a mesma se encontra a melhorar, a piorar ou simplesmente igual, relativamente à produção prevista para esse mês. A DPCG também é responsável por elaborar o orçamento, que posteriormente é discutido entre o Conselho de Administração e a ACSS, por forma a acordar os pormenores do contrato-programa, realizar a faturação do contrato-programa, de acordo com a produção realizada, e realizar o controlo de custos por centros de responsabilidade (tratado por centros de custos).

Através de conversas informais havidas com os dirigentes dos departamentos de controlo que têm vindo a ser mencionados, foi possível compreender que, ao contrário das outras atividades, em que o cliente pode ser influenciado a escolher um produto, serviço ou solução em detrimento de outro menos vantajoso, num hospital o doente não deve ser influenciado a optar por um serviço diferente do que aquele que efetivamente necessita. Esta dificuldade na gestão de resultados dificulta o trabalho da gestão na aproximação dos resultados à contratualização aprovada em contrato-programa para esse ano.

Os custos que se espera incorrer no período são previstos de forma o mais aproximadamente possível da quantidade e montante efetivamente realizados, para além de também estarem dependentes do financiamento contratualizado no contrato-programa e de outros fatores. Desta forma, o controlo dos custos ocupa grande parte do trabalho dos gestores e administrativos e influencia o trabalho e coordenação entre as diferentes direções do hospital. Através do contrato-programa, são efetuados os compromissos relativamente ao que se esperar gastar. As notas de encomenda apenas são criadas enquanto for possível utilizar o compromisso e as faturas registadas pelos fornecedores têm de estar associados a uma nota de encomenda.

No processo de controlo orçamental do HFF os aspetos relacionados com a auditoria e a qualidade dos dados são de grande relevância. Para garantir a veracidade dos dados produzidos pelos *softwares* de gestão utilizado (*Hosix*), e pelo clínico (*Sorian*), mensalmente é realizada pelo DPCG uma auditoria à qualidade dos dados produzidos internamente. Para ser realizada a auditoria, existem indicadores produzidos pelo próprio hospital que são revistos, também numa base mensal, e alterados se necessário, de forma a garantir a qualidade da informação produzida. Para aceder à informação das bases de dados, é utilizado o *QlikView*, que consiste numa plataforma que permite organizar grandes quantidades de informação.

Quando os indicadores mostram a existência de irregularidades, o Departamento tem de se esclarecer junto da área responsável por produzir a informação e indicar para que a corrigiam caso se justifique. Para que a informação esteja o mais correta possível, é da responsabilidade do Ambulatório justificar ou corrigir caso seja considerado erro. Veja-se algumas das situações que podem estar em causa: (i) registos duplicados para o mesmo doente, no mesmo dia e para a mesma especialidade, quer seja respeitante a consultas, a sessões de Hospital de Dia, a ambulatório cirúrgico, a ambulatório médico, a interrupções voluntárias de gravidez ou a serviço domiciliário; (ii) registos dentro de mesma especialidade, no mesmo dia e para o mesmo doente mas em áreas diferentes no hospital, ou seja, consulta externa juntamente com sessão de hospital de dia, sessões de hospital de dia, consultas externas, ambulatório médico, visitas domiciliárias juntamente com internamento, consultas externas ou sessões de hospital de dia com ambulatório médico ou cirúrgico e ambulatório cirúrgico com ambulatório médico; (iii) registos de consultas ou visitas domiciliárias para doentes que não correspondem ao perfil mais

comum, ou seja, pessoas do sexo masculino ou com mais de 50 anos em Ginecologia ou utentes com mais de 18 anos em Pediatria.

A responsabilidade de efetuar justificações e correções é do Internamento relativamente a:

1. Registos de ambulatório cirúrgico de doentes que se encontram no mesmo;
2. Internamentos com complicações se, consequentemente, geram mais registos nos sistemas; e,
3. Internamentos com menos de 24 horas e alta diferente de óbito ou saída contra parecer médico.

A Urgência tem a responsabilidade de justificar ou corrigir:

1. Sobreposições de episódios no mesmo dia para o mesmo doente;
2. Admissões por acidente ou taxa de alcoolemia com outra Entidade Financeira Responsável SNS;
3. Episódios de urgência superiores a 24 horas sem registo de internamento;
4. Registo de internamento nas Unidades de Internamento de Curto Prazo (UICP) das urgências (para controlar se realmente apenas ficam lá menos de 24 horas);
5. Registo para o mesmo doente de sessão do hospital de dia enquanto decorre o episódio de urgência;
6. Registo de urgência geral com urgência básica em menos de 24 horas;
7. Registo de urgência básica com alta por transferência sem urgência geral associada; e,
8. Registo de urgências com alta para internamento sem registo de internamento associado.

Existem ainda indicadores que, devido à sua especial importância, necessitam de ser revistos numa base semanal, como é o caso dos episódios de urgência com saída “Óbito” sem registo em internamento e o registo de consultas e urgências sem código padrão associado. A primeira situação é da responsabilidade da Urgência e do Gabinete de Codificação justificar sendo que se tem de garantir que foram efetuadas manobras de reanimação na sala de reanimação da UICP e efetuar o registo do episódio de internamento para enviar para a codificação a informação. A segunda situação é da responsabilidade da Direção de Gestão das Tecnologias e da Informação (DGTI) sendo

que tem de ser inserido sempre um padrão para consultas ou urgências quando realizadas em contexto de ambulatório.

Como foi possível observar, as variações dos indicadores, definidos no contrato-programa, entre anos, podem estar relacionados com os indicadores reais obtidos no final de cada ano, respetivamente, refletidos no Relatório de gestão do hospital, tendo sido encontrados alguns padrões entre os valores dos contratos-programa e os relatórios.

Para obter confirmação entre os dados extraídos e analisados e as situações observadas, recorreu-se a entrevistas para complementar as conclusões. Os comentários sobre o tema, feitos pelas direções relacionadas, e sobre os dados das tabelas anteriores, são importantes para saber a perspetiva de quem trabalha e conhecer a fundo os dados que são comunicados externamente.

Algumas questões não foram respondidas. No entanto, serão feitas algumas observações importantes sobre o tema.

5.2.3. Análise das entrevistas

Este projeto pretende estabelecer uma relação entre os contratos-programa do HFF e os seus sistemas de controlo de gestão. Assim, para completar a análise até aqui efetuada, foram realizadas entrevistas conforme explicado no capítulo 4. Uma síntese da transcrição destas entrevistas consta do Anexo 4.

Uma análise às respostas que foi possível obter permite-nos realçar os seguintes aspetos:

- Os níveis de severidade das exigências (dos episódios de ambulatório e de internamento) trouxeram mais consequências, positivas, para a Direção de Produção (DP) do que para a DPCG.
- As necessidades de gestão poderiam estar a ser respondidas de forma mais eficaz. A contratação de pessoas para integrar equipas de gestão deveria estar a ser facilitada.

- Enquanto o DPCG afirma prontamente que o maior volume de recursos deve ser direcionado para as linhas de produção que mais consomem, o DP mostra confiar nos compromissos assumidos para melhor direcionar os recursos.
- Os novos mecanismos adotados, nos contratos-programa, anualmente afetam a eficiência do DPCG devido às constantes adaptações.
- A eficiência das linhas de produção também é afetada pela estratégia do Ministério para esse ano, sendo que não é possível associar a contratualização diretamente à eficiência das linhas de produção. O contrato-programa melhorou os mecanismos de controlo da DPCG.
- O hospital não tem contabilidade analítica, mas tem uma ferramenta SAP que faz a distribuição dos gastos por centros de custo de forma automática e pormenorizada; todavia esta ferramenta não tem sido utilizada com mecanismo de gestão.
- O DPCG não é responsável por toda a componente de controlo de gestão implementada no hospital. É sim, da sua responsabilidade focar-se na vertente do financiamento. Não recorrendo à distribuição de centro de custos efetuada pela ferramenta SAP, da contabilidade, recorrem apenas à distribuição por centro de custos pela sua própria ferramenta (*Qlikview*) que consideram ser “muito efetiva”.
- Segundo a cláusula 20ª, do Contrato-Programa que define o plano da atividades do Hospital para o triénio 2013-2015, referente aos recursos humanos, “o hospital deve dispor de recursos humanos suficientes (...)”. Contrariamente à conclusão retirada na entrevista realizada à Diretora da DPCG, no hospital existe “bastante falta de recursos humanos e informáticos nas áreas de suporte”. A falta de recursos humanos leva a menos “produção” o que leva a um montante recebido inferior no que se refere a incentivos institucionais e produção. Um aumento populacional na área geográfica do hospital, e consequentemente aumento das quantidades contratualizadas, também deveria implicar um aumento de recursos humanos.

5.2.4. Resposta ao problema identificado

Conforme mencionada na introdução, o objetivo deste trabalho é averiguar se o contrato-programa influencia ou não o controlo de gestão, e vice-versa.

Do conjunto do estudo efetuado no HFF, utilizando quer análise documental, quer da análise de entrevistas, foi possível perceber que o contrato-programa de 2013-2015 não influencia diretamente o controlo neste hospital, mas que obrigou à sua adaptação, por forma a manter os procedimentos aprendidos nos anteriores contratos-programa, mas utilizando os dados existentes. Resumindo, o contrato-programa melhorou o controlo de gestão.

Por outro lado, o controlo de gestão aparentemente não influencia de todo o contrato-programa, porque não é a DPCG que define o contrato-programa. No entanto, através da análise dos indicadores de desempenho, foi possível verificar algum padrão na variação das unidades contratualizadas com o real respetivo ano anterior.

6. Conclusão

O objetivo deste trabalho é averiguar se o contrato-programa influencia ou não o controlo de gestão, e vice-versa. Foram recolhidos estudos na área de controlo de gestão, realizadas entrevistas com base nestes estudos e na informação que foi possível recolher *online* e em sites oficiais.

Como resultado da análise das entrevistas realizadas, atendendo também aos documentos internos consultados do HFF, pode ser afirmado que os indicadores de desempenho são uma ferramenta de gestão importante para medir o desempenho de hospital e principalmente, nesta situação, em que o cumprimento dos mesmos é essencial para avaliar o contrato-programa e, consequentemente, a forma de financiamento do hospital. Os indicadores de desempenho são, portanto, uma via para estabelecer a relação entre o contrato-programa e o controlo de gestão.

Os indicadores de desempenho têm diferentes importâncias para as diferentes direções/departamentos. Enquanto, por exemplo, para a direção de qualidade pode interessar a utilização de mais indicadores reais, ou seja, indicadores orientados para o trabalho diário (e não na perspetiva do financiamento), para o DPCG interessam os indicadores definidos no orçamento (e orientados para objetivos). Há dificuldade em comparar indicadores hospitalares utilizados em Portugal e indicadores hospitalares utilizados em outros países da Europa.

Em relação a valores finais efetivamente recebidos pelo hospital, estes não podem ser mencionados, por serem dados confidenciais; todavia, foi possível saber que durante o ano 2015 foram efetuados adiantamentos, mas apenas em 2016 foi efetuado o acerto e pago o correspondente aos incentivos institucionais contratualizados.

Ainda relativamente à falta de recursos humanos, é importante evidenciar o facto de, apesar do acréscimo de gastos verificado em 2013, que levou ao recebimento de uma verba específica em 2014 no valor de 5 milhões de euros, o hospital, em 2015, ainda apresenta falta de recursos humanos (noutras áreas do hospital).

A Nova Gestão Pública não conseguiu alterar o facto de o SNS estar em profunda crise, em regressão e retração. Pelo contrário, segundo João Semedo, médico e político português, um dos autores do recente livro publicado “Salvar o SNS”, a NGP trouxe caos organizativo e funcional, provocou maior desregulação e instabilidade profissional e impôs uma gestão conduzida por resultados financeiros em detrimento de resultados assistenciais.

Na opinião dos responsáveis do HFF que foram entrevistados, esta nova forma de gestão hospital orientada para os resultados financeiros em detrimento dos resultados assistenciais, leva a uma desregulação no sector e à instabilidade dos profissionais de saúde.

Este tipo de gestão, conduzida por resultados financeiros, é entendida como fundamental no funcionamento dos hospitais EPE, predominando esta perspetiva na avaliação de desempenho dos hospitais com estas características, dado que o financiamento dos mesmos é efetuado através dos contratos-programa, que estabelecem as metas a atingir pelos hospitais e os respetivos indicadores.

Os resultados das entrevistas permitem concluir que no HFF o contrato-programa foi um instrumento de gestão bem-sucedido, originando melhorias nos vários indicadores de desempenho deste hospital, originando, por acréscimo, uma maior consciencialização sobre as flutuações anuais nas necessidades hospitalares, que se deveram encontrar refletidas nos objetivos definidos nos contratos-programa.

Futuramente este estudo de caso poderá ser replicado noutros hospitais EPE para que se possa perceber se, por exemplo, os padrões de verificadores no contrato-programa, em comparação com o relatório de gestão, também se verificam em mais do que um EPE. As entrevistas também poderão ser replicadas. Esta repetição leva a aferir sobre o contexto e subjetividade que possam existir nas respostas obtidas nas duas entrevistas realizadas.

Contudo, o presente estudo apresenta algumas limitações. A obtenção de dados, sendo realizada noutro EPE, e encontrando relação com os dados obtidos neste estudo, poderão levar a outro tipo de conclusões complementares e assim “rentabilizar” a informação extraída através dos diferentes meios de investigação aplicados. Esta

informação poderia ter sido ainda mais detalhada em termos de investigação, no entanto, existem dados que não devem ser divulgados e informação extraída durante um período de abordagem direta diminuto, sendo estas algumas limitações encontradas neste estudo.

Em resumo, foi aberta a discussão sobre o tema dos contratos-programa, controle hospitalar em EPE após NGP e a sua relação de proximidade e interdependência.

7. Bibliografia

Andrews, R., & Entwistle, T. 2010. Does cross-sectoral partnership deliver? An empirical exploration of public service effectiveness, efficiency, and equity. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 20 (3): 679–701.

Asensio, M. 2008. *The debate on health in Portugal: governance of health care and the welfare modernization agenda*. Disponível em <http://repap.ina.pt/handle/10782/631>, consultado no dia 30 de junho de 2016.

Brusca, I., & Montesinos, V. 2013. From Rhetoric to Practice: The Case of Spanish Local Government Reforms. *Financial Accountability & Management*, 29 (4): 354–377.

Burns, L., & Lee, J. 2008. Hospital purchasing alliances: Utilization, services, and performance. *Health Care Management Review* 33 (3): 203–215.

Carvalho, M., & Santiago, R. 2008. (Re) formas da burocracia : A Nova Gestão Pública e a organização hospitalar. *VI Congresso Português de Sociologia: Mundos sociais: Saberes e Práticas*, 13.

Correia, T. 2011. New Public Management in the Portuguese health sector : a comprehensive reading. *Sociologia Online*, vol. 2: 573–598 (26).

Da Silva, A., & Pereira, J. 2014. *Las perspectiva de los profesionales de la salud acerca de la información contable en un hospital-empresa en Portugal*, 15 (38): 501–523 (24).

Dellve, L., Hadzibajramovic, E., & Ahlborg, G. 2011. Work attendance among healthcare workers: Prevalence, incentives, and long-term consequences for health and performance. *Journal of Advanced Nursing*, 67 (9): 1918–1929.

Doessel, D., Williams, R., & Whiteford, H. 2009. Deinstitutionalisation and managerialism in Queensland’s public psychiatric institutions: Challenging “rhetoric” with empirical results. *Australian Journal of Public Administration*, 68 (4): 459–483.

Edlin, R., Round, J., Hulme, C., & McCabe, C. 2010. Cost-effectiveness analysis and efficient use of the pharmaceutical budget: The key role of clinical pharmacologists. *British Journal of Clinical Pharmacology*, 70 (3): 350–355.

Eeckloo, K., Van Herck, G., Van Hulle, C., & Vleugels, A. 2004. From Corporate Governance to Hospital Governance. Authority, transparency and accountability of Belgian non-profit hospitals’ board and management. *Health Policy*, 68 (1): 1–15.

Eriotis, N., Stamatiadis, F., & Vasiliou, D. 2011. Assessing Accrual Accounting Reform in Greek Public Hospitals: An Empirical Investigation. *International Journal of Economic Sciences and Applied Research*, 4 (1): 153–184

Ferré, F., Giulio de Belvis, A., Valerio, L., Longhi, S., Lazzari, A., Fattore, G., Ricciardi, W., & Maresso, A. 2014. Health Systems in Transition: Italy – Health system review. *European Observatory on Health Systems and Policies*, vol. 16 (4). Disponível em http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/263253/HiT-Italy.pdf, consultado no dia 21 de junho de 2016.

Goddard, M., Mannion, R., & Smith, P. 1999. Assessing the performance of NHS Hospital Trusts: The role of “hard” and “soft” information. *Health Policy*, 48 (2): 119–134.

Grosso, A., & Ryzin, G. 2016. Public management reform and citizen perceptions of the UK health system. *International Review of Administrative Sciences*, 78 (3): 494–513.

Haslam, C., & Marriott, N. 2006. Accounting for reform: Funding and transformation in the four nation’s hospital services. *Accounting Forum*, 30 (4): 389–405.

Hood, C. 1991. A new public management for all seasons. *Public Administration*, 69 (1): 3–19.

Klazinga, N., Fischer, C., & Asbroek, A. 2011. Health services research related to performance indicators and benchmarking in Europe. *Journal of health services research & policy*, 16 (suppl 2): 38–47.

Lameire, N., Joffe, P., & Wiedemann, M. 1999. Healthcare systems—an international review: an overview. *Nephrology Dialysis Transplantation*, 14 (suppl 6): 3–9.

Lapão, L.V., & Dussault, G. 2012. From policy to reality: Clinical managers’ views of the organizational challenges of primary care reform in Portugal. *International Journal of Health Planning and Management*, 27 (4): 295–307.

Lapsley, I. 1999. Accounting and the new public management: instruments of substantive efficiency or a rationalising modernity? *Financial Accountability & Management*, 15 (November): 201–207.

Lapsley, I., & Wright, E. 2004. The diffusion of management accounting innovations in the public sector: A research agenda. *Management Accounting Research*, 15 (3): 355–374.

Macinati, M.S., & Anessi-Pessina, E. 2014. Management accounting use and financial performance in public health-care organisations: Evidence from the Italian national health service. *Health Policy*, 117 (1): 98–111.

Macinati, M.S., & Rizzo, M.G. 2014. Budget goal commitment, clinical managers’ use of budget information and performance. *Health Policy*, 117 (2): 228–238.

Major, M.J., & Vieira, R. 2009. *Contabilidade e Controlo de Gestão - Teoria, Metodologia e Prática*, Lisboa: Escolar Editora.

- Major, M., & Magalhães, A. 2014. Reestruturação do serviço nacional de saúde em Portugal : balanço da empresarialização dos hospitais públicos portugueses. *R. Adm.*, 49 (3): 476–490.
- Marginson, D., & Ogden, S. 2005. *Coping with ambiguity through the budget: the positive effects of budgetary targets on managers' budgeting behaviours*, 30: 435–456.
- Mattei, P. 2006. The enterprise formula, New Public Management and the Italian health care system: Remedy or contagion? *Public Administration*, 84 (4): 1007–1027.
- Mcdaid, D., Wiley, M., Maresso, A., & Mossialos, E. 2009. **Health system review**, 11 (4).
- Newdick, C. 2014. From hippocrates to commodities: Three models of NHS governance. *Medical Law Review*, 22 (2): 162–179.
- Nuti, S., Daraio, C., Speroni, C., & Vainieri, M. 2011. Relationships between technical efficiency and the quality and costs of health care in Italy. *International journal for quality in health care : journal of the International Society for Quality in Health Care / ISQua*, 23 (3): 324–330.
- Nuti, S., Vola, F., Bonini, A., & Vainieri, M. 2015. Making governance work in the health care sector: evidence from a “natural experiment” in Italy. *Health Economics, Policy and Law*, 11 (1): 17–38.
- Oliveira, M.D., & Pinto, C.G. 2005. Health care reform in Portugal: An evaluation of the NHS experience. *Health Economics*, 14 (suppl 1): 203–220.
- Opedal, S., & Rommetvedt, H. 2010. From Politics to Management – or More Politics? *Public Management Review*, 12 (2): 191–212 (24).
- Ramesh, M. 2008. *Autonomy and Control in Public Hospital Reforms in Singapore*: 62–79.
- Rego, G., Nunes, R., & Costa, J. 2010. The challenge of corporatisation: The experience of Portuguese public hospitals. *European Journal of Health Economics*, 11 (4): 367–381 (15).
- Steccolini, I. 2004. Is the Annual Report an Accountability. *Financial Accountability & Management*, 20 (August): 327–350.
- Torres, L., Pina, V., & Yetano, A. 2011. Performance measurement in Spanish local governments. A cross-case comparison study. *Public Administration*, 89 (3): 1081–1109.
- Traberg, A., Jacobsen, P., & Duthiers, N.M. 2014. Advancing the use of performance evaluation in health care. *Health Organization and Management*, 28 (3): 422–436.

Turner, P., Kane, R., & Jackson, C. 2013. Creating enterprise efficiencies in the NHS. *British Journal of Healthcare Management*, 19 (7): 330–334.

Turner, C. 2015. Reducing costs and avoiding hospital admissions: can mobile working help? *British journal of community nursing*, 20(5): 245–6, 248–9

Vilà, A., Villegas, E., Cruanyes, J., Delgado, R., Sabate, R., Ortega, J., Araguas, C., & Humet, C. 2015. Cost-effectiveness of a Barcelona home care program for individuals with multimorbidity. *Journal of The American Geriatrics Society*, 63 (5): 1017–1024.

Wendt, C. 2014. Changing healthcare system types. *Social Policy and Administration*, 48 (7): 864–882.

Wijngaarden, J., Scholten, G., & Wijk, K. 2012. Strategic analysis for health care organizations : the suitability of the SWOT-anaylsis. *International Journal of Health Planning and Management*, 27 (July): 34–49.

Yin, R. 2009. *Case study research: design and methods, 4th Edition*. Thousand Oaks, CA: Sage.

Legislação:

Constituição da República Portuguesa. 1976.

Constituição da República Portuguesa. 2005.

Lei nº 56/79. D.R. I Série. 214 (79-09-15) 2357-2363.

Lei nº 48/90. D.R. I Série. 195 (90-08-24) 3452-3459.

Lei nº 27/2002. D.R. I Série A. 258 (02-11-08) 7150-7154.

Lei nº 151/2015. D.R. I Série. 178 (15-09-11) 7566-7584.

Decreto-Lei nº 310/82. D.R. I Série. 177 (82-08-03) 2283-2298.

Decreto-Lei nº 357/82. D.R. I Série. 206 (82-09-06) 2645.

Decreto-Lei nº 19/88. D.R. I Série. 17-3º Suplemento (88-01-21) 248(20)-248(23).

Decreto-lei nº 54/92. D.R. I Série A. 86 (92-04-11) 1725-1726.

Decreto-Lei nº 177/92. D.R. I Série A. 186 (92-08-13) 3926-3928.

Decreto-Lei nº 11/93. D.R. I Série A. 12 (93-01-15) 129-134.

Decreto-Lei nº 39/2002. D.R. I Série A. 48 (02-02-26) 1623-1624.

Decreto-Lei nº 60/2003. D.R. I Série A. 77 (03-04-01) 2118-2127.

Decreto-Lei nº 124/2011. D.R. I Série. 249 (11-12-29) 5491-5498.

Decreto-Lei nº 110/2014. D.R. I Série. 131 (14-07-10) 3794-3796.

Decreto-Lei nº 192/2015. D.R. I Série. 178 (15-09-11) 7584-7828

Portaria 234/2015, de 7 de agosto

Circular Normativa nº 13/2014, de 6 de fevereiro

8. Anexos

Anexo 1 - Artigos utilizados para a formulação das Questões Formuladas

	Amostra	Objetivos de investigação	Quadro teórico	Resultados esperados	Resultados
Nome A teoria institucional e o costing na contabilidade de gestão hospitalar: o caso da gestão central dos hospitais EPE portugueses		Analisar "o papel da normalização para a gestão pública internacional"; Alerir sobre "relevância da normalização em CGHP (Contabilidade de Gestão Hospitalar Pública) para a gestão pública institucional"	Nova Sociologia Institucional (NSI); Conceitos: "normalização da contabilidade de gestão hospitalar pública (procedimentos instituídos no Plano de Contabilidade Analítica dos Hospitais - PCAH)" e "gestão pública institucional (tutela política ministerial responsável pela tomada de decisão em função da utilidade dos instrumentos de gestão)"	RE1: "A Normalização do CGHP traduz-se apenas em costing"; RE2: "Diversão dos indicadores resultantes da normalização da CGHP persiste elevada ano após ano, mesmo depois da empresarialização dos hospitais"; RE3: "A normalização da CGHP implementada tem limitações nítidas , realça da s por organismos de avaliação externos e reconhecidas internamente pela tutela institucional"; "Deficiências no processo de implementação, associadas às limitações dos próprios indicadores e à prevalência de fatores institucionais em detrimento da eficiência, tornam estes indicadores pouco úteis para a gestão central ministerial que colmata esta lacuna de informação de contabilidade de gestão com recurso a consultoria externa"	R1: "A normalização da CGHP é essencialmente costing tradicional baseado no métodos das secções homogéneas" e "Custos unitários são o indicador principal para comparar resultados de eficiência entre hospitais"; R2: "A dispersão dos indicadores resultantes da normalização da CGHP persiste elevada ano após ano, mesmo depois da empresarialização dos hospitais"; R3: "A normalização da CGHP implementada tem limitações nítidas , realça da s por organismos de avaliação externos e reconhecidas internamente pela tutela institucional"; "Deficiências no processo de implementação, associadas às limitações dos próprios indicadores e à prevalência de fatores institucionais em detrimento da eficiência, tornam estes indicadores pouco úteis para a gestão central ministerial que colmata esta lacuna de informação de contabilidade de gestão com recurso a consultoria externa"
	Autores				
	Ano				
Nome EFFICIENCY AND PROGRAM-CONTRACT BARGAINING IN SPANISH PUBLIC HOSPITALS		Analisar a evolução da produtividade nos hospitais públicos durante o período caracterizado pelo uso de contratos-programa	Implementação dos contratos-programa como ferramenta de gestão, deveria introduzir mudança na estrutura do sistema de saúde, separar responsabilidades de produção e pagamento e aumentar a autonomia dos hospitais; O objetivo era estabelecer um sistema de pagamento prospectivo, baseado nos targets de atividades contratualizados, no entanto este objetivo nunca foi alcançado na prática; Contratos-programa incorporaram a lógica de gestão por objetivos estratégicos, ou seja, a autoridade de decisão é descentralizada quando os targets fossem claramente especificados; Conquistas: Direta comparação entre hospitais, Permitir um controlo orçamental mais forte, Promover aprendizagem organizacional e Mudança cultural a todos os níveis do sistema de saúde e Levar ao aumento dos níveis de eficiência no uso de recursos; Contratos-programa melhoraram a disponibilidade da informação sobre o uso de recursos		Melhoria nos 3 índices de eficiência; Possibilidade de melhoria adicional; Melhorar no total factor productivity de cerca de 8,3%; Mais de 72% dos hospitais melhoram os níveis de pure and scale efficiency (hospitais que já eram considerando eficientes estão incluídos nos outros 28%); O Krustal-Wallis test revela nenhuma diferença significativa no respeito à melhoria da produtividade mas revela diferenças entre os 4 grupos de hospitais identificados em termos de melhoria de eficiência de escala; A mudança na eficiência tem sido a maior contribuição para a melhoria na produtividade; A negociação do contrato-programa tem sido sujeita a ratchet effect, ou seja, quanto mais o hospital faz, mais lhe será pedido fazer no futuro, o que ameaça a credibilidade do contrato-programa como um sistema de incentivos
	Autores				
	Ventura; González; Cárcaba				
	2004	País	Metodologia		
	Espanha				

Indicadores de Desempenho na Gestão Hospitalar – Caso HFF, EPE

Anexo 2 – Apêndice I Atividade Hospitalar (Contrato-Programa)

		2013				
		ICM	D.E.	P.U. (€)	Quant.	Valor (€)
Consultas Externas	1ªs consultas Méd			71,84	68 885,00	4 948 698,40
	1ªs consultas Ref			79,03	29 522,00	2 333 123,66
	1ªs consultas saúde mental			79,03	1 042,00	82 349,26
	Consultas subseq. Méd			69,75	174 225,00	12 152 193,75
	Consultas subseq. Saúde mental			76,73	15 861,00	1 217 014,53
						20 733 379,60
Internamento	DS GDH Médico	0,9846	19 630,00	2 077,45	21 498,00	40 152 326,21
	DS GDH Cirurgico	0,9143	7 304,00	2 141,70	7 314,00	14 302 373,69
	DS GDH Cirurgico urgente	0,9143	4 914,00	2 034,62	4 921,00	9 141 283,57
	Doentes Psiqui.Exterior (OrdensReligiosas)					-
	Doentes Crónicos Ventilados			254,18	2 500,00	635 450,00
						64 231 433,46
Ambulatório	GDH Amb. Cirurgico	0,3448		2 205,95	10 096,00	7 679 134,31
	GDH Amb. Médico	0,2241		2 141,70	10 874,00	5 219 030,34
						12 898 164,65
Urgências	Atendimentos (SU-Médico-Cirúrgica)			56,16	188 824,00	10 604 355,84
	Atendimentos (SU-Básica)			31,98	38 967,00	1 246 164,66
	Disponibilidade Serviço					-
						11 850 520,50
Hospital de Dia	Base			20,98	9 533,00	200 002,34
	Imuno-Hemoterapia			305,75	232,00	70 934,00
	Psiquiatria			31,76	7 650,00	242 964,00
						513 900,34
Programas de Gestão da	VIH/Sida			9 547,44	1 600,00	15 275 904,00
	Doença de Pompe					-
						15 275 904,00
Saúde Sexual e Reprodutiva	IVG até 10 semanas - Medicamentosa			294,90	30,00	8 847,00
	IVG até 10 semanas - Cirúrgica			383,97	1 600,00	614 352,00
						623 199,00
Serviços Domiciliarios	Serviços Domiciliarios			34,48	1 436,00	49 513,28
						49 513,28
Outros	Desfibrilhador cardiaco			17 135,40	50,00	856 770,00
	Protese da anca			1 246,04	250,00	311 510,00
	Medicamentos de cedência em Amb.					2 170 922,84
	Internos					1 099 633,60
						4 438 836,44
						Produção Contratada
						130 614 851,28
						Incentivos
						6 874 465,86
						Convergência
						-
						TOTAL
						137 489 317,14

Anexo 3 – Apêndice II - Objetivos de Qualidade e Eficiência Económico-Financeira (Contrato-Programa)

		2013
Objetivos Nacionais (60%)		
A. Acesso		15%
1 ^{as} consultas	%	34,5
CE em TA	%	59,9
CE M c/ Alta	%	11
LIC com TE <=TMRG	%	90,4
Para RNCCI em TA de DT	%	8,51
B. Desempenho Assistencial		25%
Demora média	Dias	7,77
Reinternam. Em 30 dias	%	7,9
D.Saídos c/ Intern. Acima do LM	%	1,03
Partos por cesariana	%	35
Cirurgias Anca nas 1 ^{as} 48 horas	%	
Cirurgias em Amb. Das cirur. Program.	%	60
Medicam. Genérico do total	%	38,98
Registo de "LVSC"	%	95
C. Desempenho Económico/Financeiro		20%
Gastos HorasExtra, Suplem. e FSE em c/ GastosPessoal	%	14,1
EBITDA	€	1166116
Acréscimo Dívida Vencida (Fornec.Externos)	€	<= 0
Rend.ExtraContrato no total de rendimentos	%	4,6
Objetivos Regionais (40%)		
TE para cirurgia < X Dias	Dias	120
Variação C.U. por DT/ano em HIV (Medicamento em Amb.)		-5
Utentes c/ TE para cirurgia > a 12 meses	Pessoas	
CE por médico ETC - Oftalmologia	Consultas	1551
CE por médico ETC - Ortopedia	Consultas	1252

Anexo 4 - Questões Formuladas

1º Entrevista Direção de Planeamento e Controlo de Gestão Dra. Catarina Paulino	2º Entrevista Direção de Produção Dr. Vilagelim Ribeiro
De forma sucinta, quais as suas principais responsabilidades enquanto Diretora?	Quais as suas principais responsabilidades enquanto Diretor? Quantos gestores de produção o hospital tem atualmente? De forma sucinta, como estão distribuídas as principais funções entre os gestores?
“Controlo de Gestão é um órgão de acessória do concelho.” Principais responsabilidades: • “Elaboração do orçamento financeiro; • Contratualização com a ARS; • Negociação e Gestão do contrato-programa; • Faturação Contrato-Programa; • Dar resposta a solicitações externas e internas (temos médicos que precisam de informações para complementarem o seu currículo).”	À Direção de Produção (DP) compete: • Garantir a coordenação da gestão da atividade produtiva de acordo com os objetivos estratégicos definidos pela organização; • Identificar e promover a melhoria da qualidade e eficiência da operação com vista a maximizar os resultados de exploração.
A tabela de preços praticados pelo SNS sofre alterações anuais. Em 2013, esteve em vigor a Portaria nº163/2013, 24 de abril, em 2014, esteve em vigor a Portaria nº20/2014, de 29 de janeiro, e, em 2015, esteve em vigor a Portaria nº234/2015, de 3 de agosto. Que impacto estas alterações tiveram no cálculo do doente equivalente? Que impacto a criação de níveis de severidade produziu no controlo de gestão?	
“Tabela de preços teve algum impacto no hospital. O cálculo do doente equivalente: • É importante para saber o índice de severidade que o case mix tem dentro da sua organização; • Do ponto de vista do financiamento (...) não” é “(...) importante. A metodologia indica um rácio de doente equivalente por doente saído <i>standard</i> portanto nós não vamos pelo real vamos pelo que está inscrito em orçamento.” Nós não criamos mecanismos de severidade. Nós temos de adotar obrigatoriamente o que a ACSS nos	O controlo da atividade do Hospital tem em consideração as alterações verificadas na tabela de preços e no que respeita aos níveis de severidade verificou-se uma preocupação complementar com a qualidade dos registos clínicos. Com maior intervenção e articulação do Gabinete de Auditoria e Codificação Clínica.

dá e são eles que fazem esses cálculos.”	
Quais são as linhas de produção, discriminadas nas rubricas da Produção Contratualizada para cada ano, sobre as quais devem ser redirecionados mais recursos? A Contratualização em 2015 incentivou maior eficiência na gestão de recursos para essas linhas de produção, do que em 2013? Ou é a eficiência de cada linha de produção que determina a Contratualização do ano seguinte?	
<u>Em relação ao redireccionamento de recursos:</u> “As que consomem mais recursos para nós.” <u>Em relação à eficiência na gestão de recursos:</u> “ (...) Temos um problema com os contratos programa: • Todos os anos são introduzidos novos mecanismos de financiamento; • Tudo o que é novos indicadores vem condicionar o cálculo e o acompanhamento do contrato programa; Teoricamente a contratualização quer sempre mais eficiência a questão é que nós não podemos dizer que impõe mais eficiência ou não. As organizações acabam por se adaptar ao seu nível de financiamento e à forma como são financiados. (...) Nunca podemos dizer que uma (linha de produção) é mais eficiente que outra. (...), ou seja, não é uma que é mais do que a outra (...) é diferente (...) tendo em conta a estratégia de saúde do ministério para aquele ano. Adotamos mecanismos de controlo tendo em conta os contratos existentes e tentamos não perder os anteriores. (...) É tentar adaptar à informação que nos é solicitada. Podemos dizer que o contrato programa melhorou os mecanismos de controlo. Nós de ano para ano fomos acumulando mecanismos de controlo introduzidos nos contratos, então podemos dizer que sim.” <u>Em relação à eficiência poder determinar a contratualização do ano seguinte:</u> “Não influencia porque não somos nós que definimos. O controlo de gestão não influencia o contrato.”	As linhas de produção contratualizadas, anualmente, são as seguintes: • Internamento • Consultas externas • Ambulatório médico e cirúrgico • Hospital de dia • Urgência • Visitas domiciliárias A afetação de recursos às diferentes linhas de produção está associada aos compromissos assumidos junto da entidade que contratualiza com o HFF em cada ano. A Contratualização em 2015 incentivou de facto maior eficiência na gestão das várias linhas contratualizadas. O incremento de eficiência em determinadas linhas influencia a Contratualização do ano seguinte.

Em termos gerais, considera que o contrato-programa teve influência e melhorou o controlo de gestão do hospital? O controlo de gestão influenciou o contrato-programa do ano seguinte?

Não houve nada a acrescentar. Resposta já mencionada.

Em relação à influência do contrato-programa no controlo:

“Adotamos mecanismos de controlo tendo em conta os contratos existentes e tentamos não perder os anteriores. (...) É tentar adaptar à informação que nos é solicitada.

Podemos dizer que o contrato programa melhorou os mecanismos de controlo. Nós de ano para ano fomos acumulando mecanismos de controlo introduzidos nos contratos, então podemos dizer que sim.”

Em relação ao controlo influencia o contrato-programa do ano seguinte:

“O controlo de gestão não influencia o contrato.”

O Contrato Programa:

- Tem uma importância nuclear já que cerca de 99% da produção do Hospital integra este documento;
- Tem uma profunda influência no controlo de gestão do Hospital considerando que a generalidade dos proveitos lhe está associada.

O controlo de gestão pelos motivos indicados privilegia a execução do contrato programa nas suas várias dimensões.

Qual a perceção que tem em relação às alterações no acordo modificativo, de 2013 a 2015, e como este influencia o controlo de gestão? Como é efetuado o ajustamento? É necessário proceder realmente a alterações no sistema de controlo de gestão?

Influências no controlo de gestão:

“(…) Tentam introduzir novos mecanismos e novas estratégias de gestão e de contratualização. Se depois são mais ou menos efetivas é discutível. Tem a ver com a forma como as organizações conseguem ajustar.

Há umas (novos mecanismos e estratégias de gestão) que eles tentam implementar e que as organizações não estão preparadas (...). O que era suposto ser eficiente torne-se ineficiente e acabamos por não conseguir introduzir as alterações necessárias para os sistemas de gestão.”

Exemplo de alterações que afetaram a eficiência:

“(…) Fizeram um programa que era o programa da obesidade (...) foi introduzido 2 anos e o esforço necessário para construir todos os mecanismos de controlo para pudermos faturar, foi desmensurado face ao contrato programa. Este em específico nunca foi gasto de tempo, foi gasto de eficiência.”

O Hospital ajusta-se às prioridades identificadas em sede de Contrato Programa, considerando a sua relevância para nível de proveitos e ainda objetivos institucionais com repercussão na acessibilidade à prestação de cuidados.

Implicações, nomeadamente, ao nível da melhoria dos sistemas de suporte à monitorização e controlo, com identificação de desenvolvimentos.

1º Entrevista (continuação)
Direção de Planeamento e Controlo de Gestão
Dra. Catarina Paulino

Segundo um estudo datado de 2010, foram apontadas algumas limitações aos hospitais portugueses nos documentos “Contabilidade Analítica 2005: hospitais do SNS” do Ministério da Saúde, “Relatório global de avaliação do modelo de gestão dos hospitais SEE – período 2001-2004 (Volume 1)” do Tribunal de Contas e “Resultados da avaliação dos hospitais SA”, publicado em 2006 e produzido pela Comissão para a Avaliação dos Hospitais Sociedade Anónima, e numa entrevista efetuada a um responsável da área financeira do Ministério da Saúde. Apesar de apenas no início de 2009 o HFF se ter transformado em EPE, com o seguinte grupo de questões pretende-se compreender se estas limitações, que se verificaram no passado em outros hospitais, se verificaram em 2009, 2013 e 2015 no hospital em estudo.

O hospital tem contabilidade analítica? Se sim, incorporou as indicações do último Plano de Contabilidade Analítica dos Hospitais de 2007? O PCAH é utilizado como instrumento de gestão? É formal e mais para apoio à contabilidade financeira ou para apoiar a gestão?

“O hospital não tem contabilidade analítica, tem um SAP que lhe permite ter um grande grau de distribuição automática por centro de custo bastante elevado mas não tem implementado atividade analítica por si.

(...) Os centros de custo (...) não são os da contabilidade analítica dos hospitais de 2007. (...) não é utilizado como mecanismo de gestão. Como a nossa distribuição por centros de custo é muito efetiva acaba por ser considerado um nicho de gestão co produtora.”

A informação económico-financeira agregada é consolidada? Os diversos sistemas de informação do hospital estão integrados numa única solução informática integradora? Se sim, o que contribuiu para tal acontecesse? O Contrato-programa influenciou à consolidação e agregação de sistemas?

“A informação é consolidada. Nós usamos o SAP. É a melhor plataforma, é a melhor bem tratada. O Contrato-programa não influencia a consolidação de sistemas.”

Há falta de recursos humanos e informáticos internos no hospital?

“Há bastante falta de recursos humanos e informáticos nas áreas de suporte. Nós somos muito poucos para tanta coisa. Nós herdamos um pouco os recursos que tínhamos na gestão privada em que havia muita centralização de pessoal de compras e depois não crescemos nessa parte.”