

Instituto Politécnico de Coimbra
Instituto Superior de Contabilidade
e Administração de Coimbra

Andreia Sofia Gouveia Pinto

A Racionalização da Rede Hospitalar Pública
Aplicação prática ao Centro Hospitalar de Leiria, E.P.E.

A Racionalização da Rede Hospitalar Pública

Andreia Sofia Gouveia Pinto

ISCAC | 2018

Coimbra, maio de 2018



Instituto Politécnico de Coimbra

Instituto Superior de Contabilidade
e Administração de Coimbra

Andreia Sofia Gouveia Pinto

**A Racionalização da Rede Hospitalar Pública
Aplicação prática ao Centro Hospitalar de Leiria,
E.P.E.**

Trabalho de projeto submetido ao Instituto Superior de Contabilidade e Administração de Coimbra para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de **Mestre em Gestão Empresarial**, realizado sob a orientação da Professora Doutora Isabel Clímaco.

Coimbra, maio de 2018

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Declaro ser a autora deste projeto, que constitui um trabalho original e inédito, que nunca foi submetido a outra Instituição de ensino superior para obtenção de um grau acadêmico ou outra habilitação. Atesto ainda que todas as citações estão devidamente identificadas e que tenho consciência de que o plágio constitui uma grave falta de ética, que poderá resultar na anulação do projeto.

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar quero manifestar o meu agradecimento à minha orientadora Professora Doutora Isabel Clímaco, pelas orientações, sugestões e conselhos, apoio e disponibilidade ao longo da realização deste projeto. Ao Dr. Carlos António, o meu sincero agradecimento, pelas suas preciosas e sábias sugestões e transmissão de conhecimentos dados no decorrer da elaboração do projeto.

Agradeço também ao Dr. Licínio de Carvalho e à Dra. Inês Carlos pela sua colaboração na disponibilização de dados necessários para a elaboração do estudo empírico.

Aos meus pais e à minha irmã por todo o investimento feito e pelo incondicional apoio que sempre me deram.

Como não podia deixar de ser, quero fazer um especial agradecimento ao meu namorado, que sempre demonstrou interesse e empenho no acompanhamento deste trabalho. Foi a sua força que tantas vezes me puxou para cima e me impediu de desistir.

RESUMO

A saúde é um setor que conduz a elevados consumos de recursos, o que faz com que a despesa com a saúde, em Portugal, tenha crescido a um ritmo muito superior ao da riqueza produzida, colocando em causa a sustentabilidade do Serviço Nacional de Saúde.

É neste contexto, de controlar os custos com a saúde e melhorar a produção hospitalar, que têm sido introduzidos novos modelos de gestão no sistema de saúde. Salienta-se a transformação dos hospitais integrados no Setor Público Administrativo e hospitais Sociedade Anónima em hospitais Empresas Públicas do Estado (Decreto-Lei n.º 93/2005, de 7 de junho), bem como a fusão e concentração de unidades hospitalares – criação do modelo de centro hospitalar – operado ao abrigo do Decreto-Lei n.º 30/2011, de 2 março.

Assim, foi objetivo deste projeto verificar em que medida o desempenho institucional e operacional do Centro Hospitalar de Leiria, E.P.E. – resultante da fusão e integração dos hospitais: Hospital de Santo André, de Leiria, Hospital Distrital de Pombal e o Hospital Bernardino Lopes de Oliveira, de Alcobaça –, confirma, ou não, a consecução dos objetivos genéricos estabelecidos no diploma legal que determinou a sua criação, em 2011.

Os resultados obtidos do estudo levam a concluir que, os objetivos previstos no decreto-lei, se identificam com o cumprimento do objetivo de melhoria da prestação de cuidados de saúde, garantindo às populações qualidade e diversificação da oferta, apresenta resultados mistos (positivos, negativos e inconclusivos) em relação ao objetivo de melhoria da eficiência, e não alcança o propósito de universalizar o acesso da população da sua área de influência.

Palavras-chave: Serviço Nacional de Saúde, Centros hospitalares, Empresarialização, Produção, Produtividade, Eficiência, Acessibilidade

ABSTRACT

Health is a sector responsible for a high consumption of resources, which means that health expenditure in Portugal has grown at a much higher rate than the wealth produced, putting the sustainability of the National Health Service into question.

It is in this context, originating from the control of health costs and improvement of hospital production, that new management models were introduced into the health system. It is worth highlighting the transformation of the integrated hospitals of the Public Administrative Sector and Hospital Public Limited into hospitals of State Public Companies (Decree-Law no. 93/2005, of June 7), as well as the merge and concentration of hospital units - hospital centers - operated under Decree-Law no. 30/2011, of March 2.

Thus, the objective of this project was to verify to what extent the institutional and operational performance of the Hospital Center of Leiria, E.P.E. (resulting from the merge and integration of: Santo André Hospital, Pombal District Hospital and Bernardino Lopes de Oliveira Hospital) confirms, the achievement of the generic objectives established in the legal diploma that determined its creation in 2011.

The results obtained led to the conclusion that, taking into account the objectives of improving the delivery of health care, guaranteeing the population quality and diversification of supply, this center presents mixed results (positive, negative and inconclusive) and does not achieve the purpose of universal access in its area of influence.

Keywords: National Health Service, Hospital Centers, Entrepreneurship, Production, Productivity, Efficiency, Accessibility

ÍNDICE GERAL

INTRODUÇÃO	1
1 A Reforma da Administração Pública no Sector da Saúde	4
1.1 Caracterização do Sistema de Saúde Português	7
1.1.1 Modelos de financiamento e pagamento em saúde	9
1.1.2 Modelos de Gestão Hospitalar em Portugal	15
1.1.3 Fusão dos Hospitais em Centros Hospitalares	17
1.2 As Medidas de Austeridade Impostas ao Setor Hospitalar	18
1.3 Racionalização da Rede Hospitalar.....	21
1.3.1 Acesso aos cuidados de saúde	22
1.3.2 Áreas de influência hospitalar.....	24
2 Caracterização e população servida do Centro Hospitalar de Leiria, E.P.E.	27
2.1 Tipologia dos cuidados hospitalares disponíveis	29
2.2 Área de influência do CHL	30
3 Estudo empírico - O caso do CHL.....	31
3.1 Objetivos	31
3.2 Metodologia	32
3.2.1 Construção de indicadores	33
3.3 Resultados	40
3.3.1 Indicadores de Recursos ou <i>Inputs</i>	40
3.3.2 Indicadores de Produção ou <i>Outputs</i>	42
3.4 Discussão de Resultados e Conclusões	50
CONCLUSÃO	57
Recomendações para estudos futuros	59
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	60

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1.1 Despesas com a saúde em Portugal (2010 - 2016).....	10
Figura 1.2 Centros Hospitalares existentes, em Portugal	18
Figura 1.3 Dimensões do conceito de acesso aos cuidados de saúde	24
Figura 1.4 Classificação do tipo de hospital	26
Figura 2.1 Centro Hospitalar de Leiria, Leiria.....	27
Figura 2.2 Hospital de Alcobaça Bernardino Lopes de Oliveira, Alcobaça.....	28
Figura 2.3 Hospital Distrital de Pombal, Pombal	27
Figura 2.4 Tipologia dos cuidados hospitalares do CHL.....	29

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 2.1 - População da área de influência do Centro Hospitalar de Leiria	30
Quadro 3.1 – Indicadores de Recursos ou Inputs	34
Quadro 3.2 – Indicadores de Produção ou Outputs	35
Quadro 3.3 – Indicadores de Produtividade.....	37
Quadro 3.4 – Indicadores de Eficiência Operacional	38
Quadro 3.5 - Indicadores de Acessibilidade	39
Quadro 3.6 - Evolução do número de profissionais médicos	40
Quadro 3.7 – Evolução dos Recursos Técnicos.....	41
Quadro 3.8 – Movimento assistencial por linhas de produção	42
Quadro 3.9 – Indicadores de Produtividade.....	46
Quadro 3.10 – Indicadores de Eficiência Operacional	47
Quadro 3.11 – Indicadores de Acessibilidade	49

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1.1 Despesas com cuidados de saúde como percentagem do PIB, 2016.....	12
Gráfico 3.1 Evolução do Internamento.....	43
Gráfico 3.2 Evolução do número de Consultas Externas	44
Gráfico 3.3 Evolução da Atividade Cirúrgica (S/ SIGIC)	45
Gráfico 3.4 Evolução do Serviço de Urgência	45

Lista de abreviaturas, acrónimos e siglas

ACSS - Administração Central do Sistema de Saúde

ADSE – Direção-Geral de Proteção Social aos Funcionários e Agentes da Administração Pública

ARS – Administração Regional de Saúde

BCE - Banco Central Europeu

CAHSA - Comissão de Avaliação dos Hospitais S.A.

CE - Comissão Europeia

CH – Centro Hospitalar

CHL – Centro Hospitalar de Leiria

CPLP – Comunidade de Países de Língua Portuguesa

CRP- Constituição da República Portuguesa

DL – Decreto-Lei

E.P.E. – Entidade Pública Empresarial

E.R.S. – Entidade Reguladora da Saúde

FMI – Fundo Monetário Internacional

GDH – Grupos Diagnóstico Homogéneos

GTRH - Grupo Técnico para a Reforma Hospitalar

HABLO - Hospital de Alcobaça Bernardino Lopes de Oliveira

HDP - Hospital Distrital de Pombal

HSA - Hospital de Santo André

IME - Instituto Monetário Europeu

INE – Instituto Nacional de Estatística

NPM – New Public Management

OCDE – Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

PEC - Programa de Estabilidade e Crescimento

PIB – Produto Interno Bruto

PNS – Plano Nacional de Saúde

S.A. – Sociedade Anónima

S.P.A. - Sector Público Administrativo

SNS – Sistema Nacional de Saúde

UE - União Europeia

UEM - União Económica Monetária

INTRODUÇÃO

“O setor da saúde, relativamente a outros setores, assume uma posição com grande visibilidade na sociedade, quer a nível social, quer a nível económico” (Campos, 2001).

A saúde é um setor proeminente e em rápido desenvolvimento em Portugal, tendo registado uma evolução notável ao longo das últimas duas décadas, graças ao aumento da oferta de cuidados de saúde e ao acréscimo e utilização de recursos humanos, financeiros e técnicos.

Contudo, trata-se de um setor com elevados custos. Em Portugal, como nos restantes países da União Europeia (UE), os gastos com a saúde têm crescido a um ritmo muito superior ao da riqueza produzida, assumindo uma importância crescente face ao Produto Interno Bruto (PIB).

O crescimento acentuado da despesa em saúde (pública e privada), verificado ao longo das últimas décadas, coloca em causa a sustentabilidade do sistema de saúde e a equidade no acesso aos cuidados de saúde. É apontado como fator determinante no crescimento da despesa, a relativa ineficiência do serviço nacional de saúde (SNS), e dentro deste, o funcionamento dos hospitais (Barros, 2013). Este facto levou os governos a repensar as suas políticas de saúde, conduzindo a reformas no setor para a procura de maior eficiência, eficácia e efetividade.

Desde 1974, que o sistema de saúde português tem por base o modelo social europeu, que apresenta como principais objetivos a obtenção de ganhos em saúde, o combate às diferenças dos resultados em saúde, a diminuição das desigualdades no acesso a tratamentos e a educação para a saúde (Campos, 2007). Na base da transformação encontra-se o facto do serviço público de saúde ser financiado por dotações do Orçamento de Estado, ou seja, por impostos provenientes das contribuições dos cidadãos, das empresas e da tributação sobre transação de bens e serviços (Campos & Simões, 2011).

Face à recente crise económico-financeira do país, Portugal viu-se obrigado a pedir auxílio e ajuda financeira, recorrendo aos três credores internacionais: Fundo Monetário

Internacional (FMI), Banco Central Europeu (BCE) e Comissão Europeia (CE). Assim, em maio de 2011 foi celebrado entre o Estado Português e a *Troika* (UE, o BCE, CE e FMI) o Memorando de Entendimento no qual previa uma série de medidas de reforma a serem aplicadas a todos os setores da economia nacional.

No que diz respeito ao setor da saúde, a necessidade de uma maior racionalização de recursos e a redução de custos, constituíram-se como dois dos principais focos de atenção nos compromissos assumidos no âmbito do programa de ajustamento acordado com a *Troika*.

As reformas na saúde acompanharam as transformações ocorridas na Administração Pública, principalmente pela adoção de novos modelos de gestão, adotados pelo princípio da *New Public Management* (NPM). A reforma da gestão hospitalar preconizou os princípios da NPM com a adoção de regras de gestão empresarial para as unidades hospitalares, nomeadamente, a melhoria do desempenho, a responsabilização dos gestores, a prestação de contas e a implementação de incentivos de desempenho aos serviços e funcionários. Todas estas medidas tinham como objetivo um maior controlo da despesa e a obtenção de um equilíbrio orçamental (Abreu, 2011).

Para este efeito, definiram-se novos estatutos jurídicos para os hospitais. Numa primeira fase a empresarialização dos hospitais públicos, em 2002, caracterizou-se pela transformação dos hospitais integrados no Setor Público Administrativo (S.P.A.), em hospitais sociedade anónima (S.A.) (Decreto-Lei n.º27/2002, de 8 de novembro). Posteriormente, em 2005, deu-se a transformação dos hospitais S.A. em Hospitais Empresa Pública do Estado (E.P.E) (Decreto-Lei n.º93/2005, de 7 de junho). Contudo, para além da obtenção do estatuto E.P.E., tem-se assistido à fusão de hospitais em centros hospitalares, bem como à integração de hospitais em unidade locais de saúde com estatuto E.P.E., de forma a racionalizar recursos e a evitar duplicação de serviços.

Para o efeito, o Decreto-Lei n.º 30/2011, de 2 março, veio estabelecer o regime enquadrador da criação e funcionamento dos hospitais em centros hospitalares, cujo objetivo da fusão dos hospitais pretende: *“melhorar continuamente a prestação de cuidados de saúde, garantindo às populações qualidade e diversificação da oferta, universalizar o acesso e o aumento da eficiência dos serviços”*.

Neste contexto, foi definido como objetivo geral deste estudo, verificar em que medida o desempenho institucional e operacional do Centro Hospitalar de Leiria, E.P.E. (CHL),

após a sua criação, em 2011, concretizou, ou não, os objetivos genéricos fixados no Decreto-Lei n.º30/2011, de 2 de março, recorrendo à construção de um conjunto de indicadores de recursos, de produção, de produtividade, de eficiência operacional e de acessibilidade.

O presente projeto encontra-se organizado da seguinte forma: no primeiro capítulo será realizada uma breve descrição do sistema de saúde português, referindo as principais reformas sentidas no setor, bem como as medidas de austeridade impostas ao setor hospitalar (após a celebração do Memorando de Entendimento entre Portugal e *Troika*), com especial destaque para a fusão dos hospitais em centros hospitalares, no capítulo dois será realizada uma breve caracterização do Centro Hospitalar de Leiria, E.P.E., e no capítulo três será apresentado o estudo empírico, onde irá ser apresentada a questão prática do estudo, a metodologia de investigação utilizada, os indicadores utilizados e a discussão dos respetivos resultados obtidos. Por último, serão apresentadas as respetivas conclusões.

1 A Reforma da Administração Pública no Sector da Saúde

“Ao longo da história têm sido profundas as mudanças no papel do Estado e da Administração Pública. Estas alterações foram sempre em consequência de fatores históricos, económicos, políticos e sociais, em prol dos quais o Estado exerce a sua missão e planeia as suas atividades, impondo assim mudanças estruturais”.

(Canotilho, 2000)

As reformas no setor público, nas suas variadas dimensões têm sido uma constante em todos os países desenvolvidos. Porém, a entrada de Portugal na União Europeia (UE), traçou o início de uma nova era na história do país. Para um país que permaneceu virtualmente isolado do desenvolvimento de outras democracias ocidentais, o derrube do antigo regime e o início do processo de democratização, as perdas das suas colónias africanas e a adesão à Comunidade Económica Europeia (CEE) representaram os acontecimentos mais importantes nas últimas décadas (Araújo, 2002).

O modelo de Estado burocrático permaneceu por várias décadas, tendo-se verificado entre os anos 60 a 80, um aumento da despesa pública nos países ocidentais industrializados, numa proporção preocupante face ao PIB (Pitschas, 2003). Assim, o Estado Social¹ deu sinais de instabilidade após um período áureo de grande desenvolvimento.

Após este período, foi desenvolvido uma nova filosofia de administração. A ideia de introduzir maior racionalidade e eficiência na gestão da Administração Pública em geral, iniciou-se no Reino Unido com um conjunto de reformas implementadas no tempo de Margareth Thatcher (1979 – 1990). Com estas reformas, foram transpostos para a Administração Pública princípios e métodos de gestão privada, nomeadamente a introdução de concorrência e a criação de mercados (Bilhim, 2013). Face a isto,

¹ Estado social é um tipo de organização política e económica que coloca o Estado como agente da promoção social e organizador da economia. Nesta orientação, o Estado é o agente regulamentador de toda a vida e saúde social, política e económica do país, em parceria com sindicatos e empresas privadas, em níveis diferentes de acordo com o país em questão (Santos, B., 2012).

adaptou-se o conceito de *New Public Management* (NPM) que surgiu assim, nos anos 80, numa tentativa de tentar retardar o crescimento da despesa pública.

Este conceito, NPM, é visto como um corpo de pensamento de gestão, assente em ideias com origem no setor privado e importadas para o setor público, ou seja, é designado por um conjunto de abordagens e técnicas de gestão empresarial. De acordo com Simões (2004), os principais objetivos da NPM resumem-se no seguinte: substituição da gestão pública tradicional por processos e técnicas de gestão empresarial, profissionalização e autonomia da gestão, explicitação das medidas de desempenho, ênfase nos resultados e na eficiência, liberdade de escolha do consumidor, fragmentação das grandes unidades, concorrência entre unidades e adoção de estilos de gestão empresarial.

As características do NPM contribuíram para o avanço e reforma do setor público, uma vez que foram desenhadas políticas com vista a uma mudança nos processos e estruturas do setor público, por forma a melhorar o seu desempenho. Rego (2006) defende que este novo modelo nasce da consciencialização e da necessidade de aumentar a produtividade e emerge como meio de superar o excesso de despesa e de dívida pública.

Segundo Bilhim (2013), com a implementação do NPM verificou-se, efetivamente, a mudança para a desagregação do setor público, criando um rompimento com modelos anteriores, que se manifestou pelos interesses de produção e ganhos de eficiência distintos, tanto dentro como fora do setor público, originando competição e apontando a concorrência como plano para reduzir custos, aumentar a produtividade e melhorar os padrões.

Em Portugal, com a Constituição da República Portuguesa de 1976, o Estado passou a ser um prestador de serviço público (Abreu, 2011). No entanto, foi com a revisão constitucional de 1989 que se introduziram profundas alterações a nível político e económico, que permitiu realizar algumas privatizações (Bilhim, 2013).

Com o avanço da reforma do Estado e tendo como modelo a NPM começaram a ser introduzidas algumas alterações no funcionamento da Administração Pública: o Estado passou a assumir o papel de regulador e através da regulação, tem em seu poder a orientação e um certo controlo da atividade económica. Posto isto, o Estado pode surgir na forma de empresário, produtor ou distribuidor de bens e serviços, ou na forma de regulador, que condiciona, fiscaliza e promove a atividade do mercado (Carvalho, 2013).

A prestação de serviços públicos, atualmente, ocorre através da contratualização com empresas privadas, empresas de capital total ou parcialmente público, entidades públicas empresariais, institutos públicos e direções gerais.

A reforma da Administração Pública estendeu-se, igualmente, ao setor da saúde, assentando sobretudo nos principais valores da teoria da nova gestão pública que envolvem o Estado e a sociedade.

Verificou-se ao nível do desenvolvimento a existência de mercados internos², com objetivo de promover a competição e uma concorrência saudável entre as unidades públicas prestadoras de cuidados de saúde. Neste sentido, ocorreu uma separação entre o Estado como financiador/prestador de serviços e o Estado como regulador, promovendo-se a contratualização (Abreu, 2011; Barros, et al., 2011).

De forma a impor uma reforma do sistema de regulação e supervisão no setor da saúde, foi criada a Entidade Reguladora da Saúde (ERS), através da publicação do Decreto-Lei n.º 309/2003 de 10 de dezembro, assente no princípio de separação da função do Estado como regulador e supervisor, em relação à sua função de prestador e financiador.

A teoria do NPM implica, na Administração Pública, uma adaptação do Estado a novos papéis e premeia uma relação com os modelos de gestão privados (Abreu, 2011). A inovação e aplicação de medidas da nova gestão pública ao setor da saúde vêm centradas na procura da eficiência e da eficácia, e na criação de valor (Rego, 2011).

De um modo geral, os sistemas de saúde possuem dois grandes objetivos: promover o acesso equitativo das populações aos cuidados de saúde de acordo com as suas expectativas e necessidades, e fomentar a eficiência económica, nomeadamente através de um quadro de rigor orçamental e de controlo da despesa pública.

Assim, os desafios que se colocam ao setor da saúde consistem, basicamente, em alcançar um controlo efetivo sobre o crescimento da despesa pública e encontrar o equilíbrio adequado entre a prestação de serviços de qualidade, salvaguardando o acesso

² Um mercado pode ser definido como um sistema de incentivo monetário autoajustável que influencia o comportamento dos consumidores e prestadores de serviços. Os mercados internos são, da mesma forma, um sistema de trocas que visa imitar características de sistemas de incentivo autoajustável que influenciam comportamentos dos consumidores e prestadores de modo competitivo (Reis, 2017).

equitativo pela adoção de novos modelos de prestação de cuidados de saúde (Barros, 2013).

O processo de transformação ocorrido na Administração Pública, ao procurar uma maior eficiência e desempenho para o setor público, esteve na base das reformas da saúde e como tal fundamentou o processo de empresarialização das unidades hospitalares (Abreu, 2011; Rego et al, 2010).

1.1 Caracterização do Sistema de Saúde Português

A saúde em Portugal, antes do 25 de abril de 1974, era constituída por várias vias: as Misericórdias, que geriam grande parte das instituições hospitalares e outros serviços por todo o país; os Serviços Médico-Sociais, que prestavam cuidados médicos aos beneficiários da Federação de Caixa de Previdência; os Serviços de Saúde Pública, vocacionados, essencialmente, para a proteção da saúde (vacinações, saneamento, proteção materna, entre outras); os Hospitais estatais, gerais e especializados, que se encontravam principalmente localizados nos grandes centros urbanos; e os Serviços Privados, dirigidos aos estratos socioeconómicos mais elevados (OPSS, 2001).

Segundo Pedro Pita Barros (2011), ao longo da década de 70, foram instituídas as maiores reformas no sistema de saúde português: a diminuição das barreiras ao acesso de cuidados médicos, quer no financiamento, quer no acesso físico. Assim, em 1971, surge com a publicação do Decreto-Lei n.º413/71, de 27 de setembro, o direito à saúde a todos os cidadãos, bem como a nova orgânica do Ministério da Saúde que reestruturou os serviços centrais, regionais, distritais e locais e criou, a partir dos distritos, duas estruturas funcionais: os Centros de Saúde e os Hospitais.

A partir de 1974, Portugal passou a ter um Serviço Nacional de Saúde³ (SNS) criado com um objetivo muito democrático (universalidade, generalidade e gratuidade), dependente da Secretaria de Estado da Saúde. A amplitude dos seus objetivos e a

³ O Serviço Nacional de Saúde (SNS) foi criado em 1979 com a publicação da Lei n.º56/79, de 15 de setembro, no qual veio assegurar o acesso universal, compreensivo e gratuito a cuidados de saúde.

cobertura das despesas do SNS foram realizadas, exclusivamente, de acordo com o Orçamento Geral do Estado (OPSS, 2001).

A atuação do SNS procurou privilegiar as unidades de saúde primárias, uma aposta que não teve, a partir dos finais dos anos 80, qualquer seguimento em reorganizar a rede hospitalar, reestruturar as carreiras médicas e de enfermagem e desenvolver o controlo da medicina privada e dos produtos farmacêuticos (OPSS, 2001).

O SNS foi, a partir de 1990, regulado por dois diplomas fundamentais: a Lei de Bases da Saúde (Lei n.º48/90, de 24 de agosto) e o Estatuto do Serviço Nacional de Saúde (Lei n.º 22/93, de 15 de janeiro). Com a Lei de Bases foram postos em causa, três princípios da Lei do SNS, a responsabilidade do Estado pela proteção da saúde, a gratuitidade e a forma do respetivo funcionamento e a natureza da entidade, serviço ou instituição prestadora dos serviços de saúde.

Assim, o SNS passou a ser composto por um conjunto de instituições e serviços públicos, cuja principal função é assegurar a todos os cidadãos o acesso a cuidados de saúde tendencialmente gratuitos.

De acordo com o artigo 64.º da Constituição da República Portuguesa (CRP), “o direito à proteção da saúde é realizado através de um serviço nacional de saúde universal e geral, tendo em conta as condições económicas e sociais dos cidadãos, tendencialmente gratuito (...) para assegurar o direito à proteção da saúde incumbe prioritariamente ao Estado:

- a) Garantir o acesso a todos os cidadãos, independentemente da sua condição económica, aos cuidados da medicina preventiva, curativa e de reabilitação;*
- b) Garantir uma racional e eficiente cobertura de todo o país em recursos humanos e unidades de saúde;*
- c) Orientar a sua ação para a socialização dos custos dos cuidados médicos e medicamentosos;*
- d) Disciplinar e fiscalizar as formas empresariais e privadas da medicina, articulando-as com o serviço nacional de saúde, por forma*

a assegurar, nas instituições de saúde públicas e privadas, adequados padrões de eficiência e de qualidade;

e) Disciplinar e controlar a produção, a distribuição, a comercialização e o uso dos produtos químicos, biológicos e farmacêuticos e outros meios de tratamento e diagnóstico;

f) Estabelecer políticas de prevenção e tratamento da toxicodependência”.

A sua organização é descentralizada, sendo dominada pelas Regiões de Saúde, que estabelecem o contacto entre o nível local e o Ministério da Saúde. Em Portugal, existem cinco Regiões de Saúde: Norte, com sede no Porto; Centro, com sede em Coimbra; Lisboa e Vale do Tejo, com sede em Lisboa; Alentejo, com sede em Évora e Algarve, com sede em Faro, e ainda 18 sub-regiões, correspondentes a cada um dos distritos do Continente. Em cada Região de Saúde há uma Administração Regional de Saúde (ARS), *“dotada de personalidade jurídica, autonomia administrativa e financeira, e património próprio, tendo funções de planeamento, distribuição de recursos, orientação e coordenação de atividades, gestão de recursos humanos, apoio técnico e administrativo e de avaliação do funcionamento das instituições e serviços prestados de cuidados de saúde”* (Almeida, 1999).

Em Portugal, a oferta em termos de saúde não se cinge exclusivamente ao SNS. Os cidadãos têm ao seu dispor entidades privadas prestadoras de cuidados de saúde que podem aceder mediante pagamento, subvenção ou seguro (Barros, 2013).

1.1.1 Modelos de financiamento e pagamento em saúde

Quanto ao financiamento dos hospitais públicos portugueses, que integram o SNS, este passou a ser, essencialmente, da responsabilidade de outras entidades, para além do Estado, nomeadamente os beneficiários.

O financiamento passou a ser realizado pelo orçamento de Estado anual e por contribuições compulsórias dos subsistemas públicos de saúde. Por sua vez, os subsistemas de saúde, que fornecem a cobertura total ou parcial dos serviços de saúde,

são sustentados pelas contribuições dos trabalhadores e dos empregadores (incluindo o Estado⁴- ADSE) mas também por contribuições privadas, através de co-pagamentos (taxas moderadoras) e pagamentos diretos dos utentes, prémios de seguros privados e instituições mutualistas (Barros, 2013).

A maioria do financiamento é público e canalizado pelo SNS, embora haja uma componente muito significativa de financiamento privado sustentado por pagamentos *out-of-pocket*⁵.

A figura 1.1 evidencia a despesa corrente total em saúde, entre 2010 e 2016, bem como os seus principais financiadores (recursos públicos - administrações públicas -, e recursos privados – famílias). A evolução da despesa em saúde, suportada pela administração pública, regista uma diminuição de 11,1%, enquanto que a evolução da despesa suportada pelas famílias aumenta 4,3%.

Figura 1.1 Despesas com a saúde em Portugal (2010 - 2016)

ANO	Despesa corrente total - 1000€	Administrações públicas - 1000€	Famílias 1000€	Despesa Pública % do TOTAL	Despesa Famílias % do TOTAL
2010	17.668.162	12.326.832	4.338.460	69,8%	24,6%
2011	16.790.717	11.366.401	4.415.771	67,7%	26,3%
2012	15.742.270	10.322.103	4.435.519	65,6%	28,2%
2013	15.476.704	10.357.378	4.173.429	66,9%	27,0%
2014	15.615.760	10.319.246	4.325.540	66,1%	27,7%
2015Po	16.105.800	10.664.835	4.453.366	66,2%	27,7%
2016Pe	16.545.287	10.960.212	4.526.632	66,2%	27,4%
Var. 2010-16	-6,4%	-11,1%	4,3%	-5,1%	11,4%

Fonte: Conta Satélite da Saúde (Portugal), dados do INE (26 de junho de 2017).

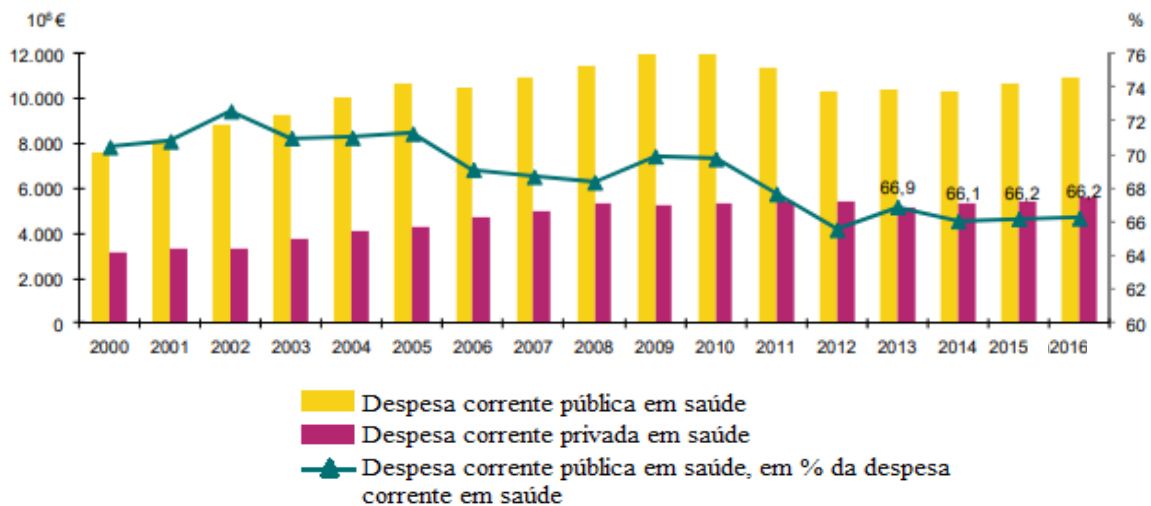
⁴ Em Portugal a Direção-Geral de Proteção Social aos Funcionários e Agentes da Administração Pública (ADSE) é o organismo encarregue pela proteção social dos funcionários públicos e outros trabalhadores do Estado.

⁵ Os pagamentos *out-of-pocket* são gastos suportados diretamente pelos utentes do serviço de saúde nos casos em que, nem o serviço público, nem a cobertura de seguro privado cobrem o custo total do bem ou serviço de saúde.

A insustentabilidade financeira do SNS surge no topo dos problemas manifestados pelos diversos *stakeholders* na área da saúde, uma vez que se tem verificado um aumento generalizado da despesa privada e pública em saúde (Barros, 2013).

O gráfico 1.1 apresenta a evolução da despesa corrente em saúde, pública e privada, entre 2000 e 2016. Em 2014, a despesa corrente pública representou 66,1% da despesa corrente. Em 2015 e 2016, a importância relativa da despesa corrente pública aumentou ligeiramente, atingindo os 66,2%.

Gráfico 1.1 Despesa corrente em saúde, pública e privada (2000 - 2016)



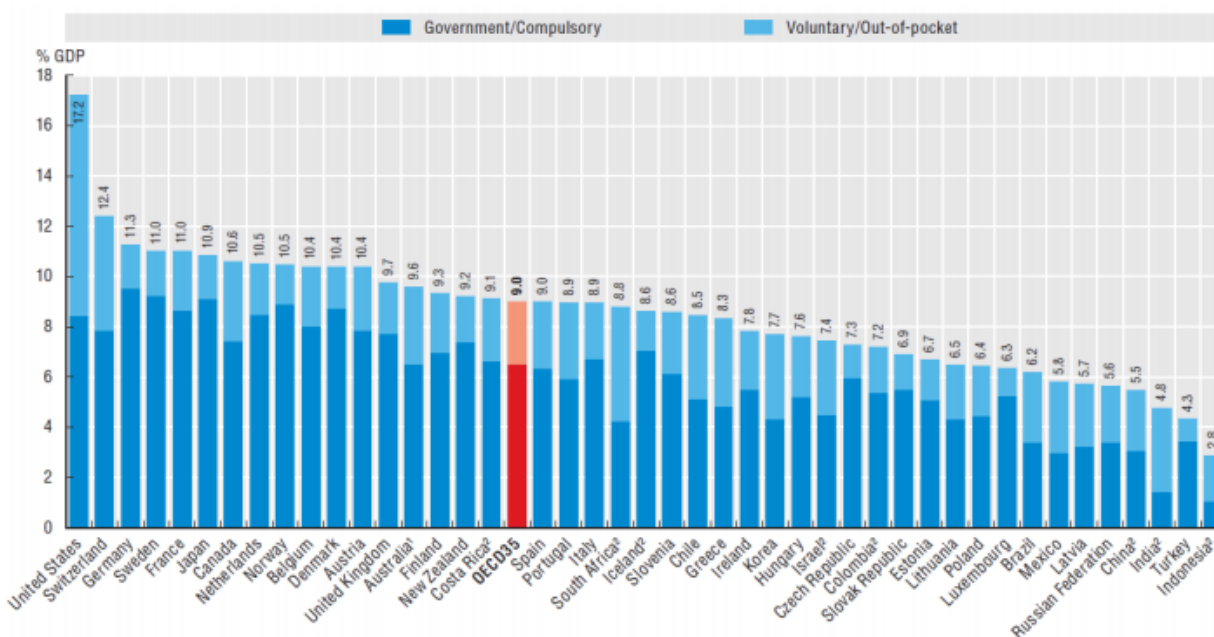
Fonte: Conta Satélite da Saúde (Portugal), dados do INE (26 de junho de 2017).

Barros (2013) considera que os problemas de sustentabilidade financeira do SNS são, em grande medida, um problema decorrente do crescimento económico do País, identificando quatro grandes fatores como os principais responsáveis pelo aumento crescente das despesas públicas na área da saúde: o envelhecimento da população, a inovação tecnológica, o crescimento do rendimento disponível da população e o crescimento dos preços de cuidados de saúde como resultado de um menor crescimento da produtividade no setor da saúde.

No entanto, os problemas de sustentabilidade não são exclusivos do sistema de saúde português. Todos os países europeus, de uma forma generalizada, enfrentam problemas de sustentabilidade financeira a médio prazo.

O gráfico 1.2 evidencia os países da OCDE e respetivas despesas com cuidados de saúde como percentagem do PIB, no ano de 2016. Em 2016, os países da OCDE gastaram em média 9% do PIB em cuidados de saúde, desde 4,3% na Turquia até 17,2% nos Estados Unidos. As despesas com saúde, em Portugal, representaram 8,9% do PIB.

Gráfico 1.2 Despesas com cuidados de saúde como percentagem do PIB, 2016



Fonte: O Estado da Saúde em Portugal, conferência APIFARMA 2018 (dados: Health at a Glance 2017)

Segundo Pedro Pita Barros (2013), o financiamento diz respeito “*não só à forma como captamos recursos financeiros para fazer face às despesas mas também à forma como os recursos financeiros são distribuídos, pelos diferentes prestadores, para cobrir os custos de produção*”.

No caso dos pagamentos do SNS aos hospitais, este deve ser estabelecido por forma a replicar o papel de sinal que os preços devem ter. Os hospitais têm sido

tradicionalmente pagos com base em orçamentos baseados nos seus custos históricos (sistema de reembolso de custos). O pagamento por orçamento a custo histórico permite aos hospitais recuperar as despesas tidas no tratamento dos doentes, independentemente de essas despesas terem sido elevadas ou baixas, excessivas ou eficientes.

No entanto, a espiral crescente dos custos hospitalares levou à procura de sistemas de pagamento que contivessem elevada taxa de crescimento. Segundo Barros (2013), a solução adotada foi a de converter o financiamento em pagamento prospetivo baseado em grupos de diagnóstico homogéneo⁶ (GDH). Os GDH constituem um sistema de classificação de doentes que permite o cálculo do *índice de case mix*⁷ de um hospital, sendo determinante para a determinação dos custos das instituições.

O pagamento prospetivo, por seu lado, estabelece o pagamento para cada tipo de procedimento antes do tratamento ter tido lugar. Ao estabelecer um pagamento fixo por admissão, o pagamento prospetivo fornece fortes incentivos à poupança de recursos. Permite, ainda, promover incentivos aos Hospitais para controlar a despesa na relação custo-benefício, por sua vez pode encorajar os prestadores não só a reduzir o valor do tratamento para o qual recebem uma unidade de pagamento, como conduzir a situações em que os prestadores se recusem a receber doentes com diagnósticos muito complicados em virtude de serem pouco rentáveis (Barros, 2013).

O modelo de pagamento prospetivo tem implícito um contrato-programa, que consiste num documento que resulta de um processo de negociação entre a Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS) (pagador), os Departamentos de Contratualização de cada Administração Regional de Saúde (ARS) (negociador) e cada unidade hospitalar (prestador) (ACSS, 2011).

Bentes (1998) define um contrato-programa como *“o conjunto de outputs que deverão ser produzidos a partir de um dado volume de inputs financeiros, num período de tempo e segundo determinados padrões de qualidade. Determinam, assim, o valor de*

⁶ Os GDH foram criados nos EUA com o objetivo primordial de permitir mensurar e avaliar a *performance* dos hospitais como forma de controlar os custos com a saúde, tendo sido Portugal um dos países da Europa onde mais cedo introduziram os GDH como critério de afetação para os orçamentos hospitalares (Rego, 2011).

⁷ Coeficiente global de ponderação da produção que reflete a relatividade de um hospital face aos outros, em termos da sua maior ou menor proporção de doentes com patologias complexas e, conseqüentemente, mais consumidoras de recursos (Portaria n.º839-A/2009, de 31 de julho)

financiamento a atribuir a cada hospital, tendo em vista a prestação de cuidados de saúde a beneficiários do SNS”.

Os contratos-programa determinam portanto, o valor de financiamento a atribuir a cada hospital, tendo em vista a prestação de cuidados de saúde a beneficiários do SNS.

Nesta forma de financiamento podem ser utilizadas unidades de pagamento, que constituem a forma como o dinheiro é distribuído ao prestador para cobrir os custos de produção. De acordo com Barros (2013), os pagamentos podem ser efetuados da seguinte forma:

- i) “Pagamento por diária, o prestador é remunerado com base nos dias de internamento do doente;*
- ii) Pagamento baseado no ato, o número de atos determina o nível de recursos disponibilizados ao hospital sendo o prestador remunerado em função de cada serviço prestado;*
- iii) Pagamento por episódio, o prestador recebe um pagamento com base em todos os serviços por caso ou episódio de doença;*
- iv) Pagamento por capitação, nesta unidade de pagamento é especificado um conjunto de cuidados de saúde a serem prestados à população, ou seja, é estabelecido um valor fixo por pessoa coberta e um período de tempo válido para o pagamento realizado”.*

Segundo Campos e Simões (2011), existe uma tendência clara e progressiva para a transição de modelos de financiamento de cariz retrospectivo, baseado no reembolso de custos históricos, para modelos de cariz prospetivo, em que se definem antecipadamente preços, tipo e volume de serviços prestados.

No entanto, surgem algumas desvantagens quanto a este sistema de financiamento: o incentivo à sob prestação de cuidados mediante um mesmo pagamento, uma menor motivação, uma redução na qualidade de atendimento, um incentivo à seleção e/ou exclusão de pacientes mais doentes e/ou estratos socioeconómicos inferiores, portanto, menos rentáveis, e uma admissão desnecessária de doentes com baixos custos associados.

1.1.2 Modelos de Gestão Hospitalar em Portugal

Em Portugal, os hospitais públicos constituem os principais prestadores de serviços de saúde à população (Simões, 2004).

De acordo com o Regulamento Geral dos Hospitais (Decreto-Lei n.º48358, de 27 de abril de 1968), estes são entendidos como "*serviços de interesse público, instituídos, organizados e administrados com o objetivo de prestar à população assistência médica curativa e de reabilitação*", competindo-lhes colaborar na prevenção da doença, no ensino e na investigação científica.

O desenvolvimento das unidades hospitalares, em Portugal, teve sempre como referencial a garantia da prestação de cuidados de qualidade aos utentes a um mais baixo custo, com incremento de eficiência, sem prejuízo da eficácia ou da equidade no acesso. Ou seja, preconizava-se a manutenção da prestação de cuidados de saúde com elevados padrões de qualidade e com atenção ao princípio de equidade que rege o SNS (GTROH, 2010).

Ao nível da gestão hospitalar, a materialização da influência do NPM deu-se através de um conjunto de experiências de gestão inovadoras. Foram postos à prova novos modelos, de forma a garantir um maior controlo dos custos e uma melhoria na produção hospitalar.

Os primeiros hospitais a adotarem regras de gestão empresarial foram: o Hospital Amadora-Sinta, em 1995, no qual se estabeleceu a contratualização entre a gestão deste hospital do SNS com um grupo económico privado, tendo como objetivo alcançar maior racionalidade económica na área da saúde; o Hospital S^a do Rosário e o Hospital do Barlavento Algarvio, em 1995, o Hospital de São Sebastião, em 1996 a Unidade Local de Saúde de Matosinhos em 1999.

Este processo desenvolveu-se com a aprovação e publicação do novo regime de gestão hospitalar (Lei n.º 27/2002, de 8 de novembro), que ditou a transformação dos hospitais integrados no Setor Público Administrativo (S.P.A.), em hospitais Sociedade Anónima (S.A.).

Para avaliar a eficiência da gestão dos Hospitais S.A. foi criada, em 2006, a Comissão de Avaliação dos Hospitais S.A. (CAHSA), concluindo que os Hospitais S.A. alcançavam melhorias de eficiência sem reduzir os níveis de qualidade e acesso aos cuidados. Neste contexto, começaram a existir deficiências e limitações práticas quanto à sustentabilidade financeira e à gestão de recursos humanos, no qual surge através da promulgação do Decreto-Lei n.º 93/2005, de 7 de junho, a transformação dos hospitais S.A. em hospitais Empresas Públicas do Estado (E.P.E.).

Segundo Pereira (2005), os principais objetivos do projeto de empresarialização foram os seguintes:

- a) “Substituição da cultura administrativa dominante e introdução de uma nova cultura de gestão empresarial, promotora de políticas de monitorização e de responsabilização por resultados;*
- b) Flexibilização da gestão das unidades aos diversos níveis: financeiro, recursos humanos, gestão operacional corrente e gestão de investimentos;*
- c) Introdução de um novo modelo de financiamento baseado na produção hospitalar efetiva, diferenciando-se do anterior modelo de financiamento da despesa gerada;*
- d) Reforço do enfoque na qualidade da prestação e em políticas de gestão centradas no utente”.*

Com os Hospitais E.P.E. procura-se que, através de um modelo de gestão empresarial rigoroso, os utentes possam vir a beneficiar de melhorias concretas, ao nível da qualidade clínica, da facilidade de acesso a profissionais especializados, de melhoria de serviço e atendimento. Também a motivação dos profissionais de saúde que prestam serviços nestes hospitais, é um fator fundamental que assegura o sucesso da empresarialização (Relatório Primavera, 2009).

1.1.3 Fusão dos Hospitais em Centros Hospitalares

A segunda grande alteração implementada com a referida reforma estrutural prendeu-se com a política de fusão dos hospitais em centros hospitalares.

A fusão e a concentração de unidades hospitalares com diferentes dimensões, capacidades e especialidades, permite promover a eficiência recorrendo a uma maior poupança de recursos, apesar da gestão empresarial ser vista como elemento facilitador e potenciador de maior eficiência dos hospitais públicos. Esta reestruturação resultou na criação do modelo de Centro Hospitalar (CH), como um modelo alternativo de gestão.

O Decreto-Lei n.º 30/2011, de 2 março, veio assim, estabelecer o regime enquadrador da criação e funcionamento dos CH, *“os centros hospitalares criados ao abrigo do presente regime sucedem às unidades de saúde que lhes deram origem em todos os direitos e obrigações”*, por outro lado estabelece ainda *“a forma como é fixado o capital estatutário dos novos centros hospitalares com natureza de entidades públicas empresariais e o regime jurídico que é aplicável ao pessoal com relação jurídica de emprego público com as unidades de saúde objeto de reestruturação”*.

De acordo com o presente decreto-lei, *“a fusão dos hospitais descritos pretende melhorar continuamente a prestação de cuidados de saúde, garantindo às populações qualidade e diversificação da oferta, universalizar o acesso e o aumento da eficiência dos serviços”*.

Para o efeito, a criação dos centros hospitalares reduz a estrutura orgânica, administrativa e funcional das unidades de saúde envolvidas, reduzindo em mais de metade as estruturas de gestão e o número de gestores afetos a estas unidades de saúde, e introduz ainda mecanismos para uma organização integrada e conjunta que tornam mais eficiente a gestão hospitalar das unidades de saúde envolvidas (Decreto-Lei n.º 30/2011 de 2 março).

Foram criados, com a natureza de entidades públicas empresariais, os seguintes centros hospitalares mencionados na figura 1.2.

Figura 1.2 Centros Hospitalares existentes, em Portugal

Designação	
Centro Hospitalar Barreiro Montijo, EPE	Centro Hospitalar do Médio Tejo, EPE
Centro Hospitalar Cova da Beira, EPE	Centro Hospitalar do Oeste Norte
Centro Hospitalar de Entre Douro e Vouga, EPE	Centro Hospitalar do Porto, EPE
Centro Hospitalar de Leiria-Pombal, EPE	Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE
Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE	Centro Hospitalar Lisboa Central, EPE
Centro Hospitalar de São João, EPE	Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE
Centro Hospitalar de Setúbal, EPE	Centro Hospitalar Póvoa de Varzim/Vila do Conde, EPE
Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE	Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa
Centro Hospitalar do Alto Ave, EPE	Centro Hospitalar Tâmega e Sousa, EPE
Centro Hospitalar do Baixo Vouga, EPE	Centro Hospitalar Tondela-Viseu, EPE
Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio, EPE	Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho, EPE
Centro Hospitalar do Médio Ave, EPE	

Fonte: Associação Portuguesa para o Desenvolvimento Hospitalar (novembro de 2017)

1.2 As Medidas de Austeridade Impostas ao Setor Hospitalar

A adesão de Portugal à Comunidade Económica Europeia (CEE), em Janeiro de 1986, provocou uma mudança gradual de regime económico, orientado para a estabilidade macroeconómica. Esta mudança veio a intensificar-se ao longo da década de 90, num processo de convergência real e nominal, nem sempre linear, sendo a preparação da economia portuguesa para a União Económica Monetária (UEM) uma opção estratégica da política económica nacional. Esta União serve o intuito da concretização de uma só

política monetária para todos os estados-membros e ainda o da existência de uma só moeda, emitida por um banco comum, o Banco Central (Cabral, 2013).

Em 1991, através de uma reunião em Maastricht, a Comunidade concordou em dar uma série de passos: num primeiro passo, em julho de 1990 até 1993, procedeu-se à apresentação dos critérios de convergência por parte de vários Estados, estes critérios tinham como objetivo a aproximação dos vários défices orçamentais, taxas de inflação e dívidas públicas; em 1994 iniciou-se o segundo passo, foi criado o Instituto Monetário Europeu (IME), com o intuito de reforçar a concretização da moeda única, das políticas monetárias e da criação de um Banco Central Europeu; por fim, o último passo deu-se a 1 de janeiro de 1999, o Euro passou a ser a moeda oficial única da UEM. O Euro é a partir desta data a moeda que Portugal e os seus parceiros da União Europeia decidiram ter em comum.

A adesão ao euro tem múltiplas vantagens, fazendo-se sentir a diferentes níveis, desde os cidadãos e as empresas até à economia no seu conjunto: maior escolha e preços mais estáveis para os consumidores e para os cidadãos, maior segurança e mais oportunidades para as empresas e para os mercados e maior integração dos mercados financeiros.

A integração na UE e os processos acelerados de inserção internacional e de transformação interna de Portugal, obrigaram a que a Administração Pública se reorganizasse, exigindo melhores e mais rápidas respostas das áreas da estratégia e do planeamento.

Com a entrada em circulação do euro, à semelhança do que se passou com outros países periféricos, Portugal foi perdendo competitividade nas exportações, designadamente pelo fato de se ter deixado de poder produzir e desvalorizar a sua moeda. Ignorando essas variáveis e as consequências de austeridade já aplicadas noutros países europeus de economia periférica, o Memorando de Entendimento celebrado com a *Troika* (CE, FMI e BCE, 2011) veio exigir que um país, que historicamente esteve em quase permanente balança comercial deficitária, se transformasse numa economia modelar, o que dificilmente apresentaria quaisquer possibilidades reais de concretização no prazo de uma legislatura (Cabral, 2013).

As políticas de ajustamento que visavam a redução do défice estrutural das finanças públicas começaram em 2005, quando o Programa de Estabilidade e Crescimento (PEC) foi lançado.

A crise financeira internacional de 2008 contribuiu para que a redução do défice estrutural não fosse alcançada. Para atingir este objetivo, Portugal implementou um conjunto alargado de medidas, definidas no Memorando de Entendimento com a *Troika*, de carácter reformador e permanente, que visam a contenção do crescimento da despesa pública.

Na prática, as metas que constam do Memorando traduziram-se em medidas de reforma, muitas das quais foram aplicadas entre 2011 e 2013, a todos os setores da economia nacional.

No que diz respeito ao setor da saúde, as diretrizes gerais descritas no Memorando apontam para a obtenção dos seguintes objetivos estratégicos:

- a) *“Qualidade e acesso da população aos cuidados de saúde: melhorar a qualidade e acesso efetivo, através da garantia do acesso universal e equitativo, tendencialmente gratuito, aos cuidados incluídos no Plano de Prestações Garantidas, bem como obter resultados convergentes com os melhores da Europa;*
- b) *Sustentabilidade: garantir a sustentabilidade e financeira do SNS, através de mecanismos de financiamento de base solidária e mantendo os princípios fundamentais subjacentes à sua criação;*
- c) *Participação do cidadão: fomentar o protagonismo dos cidadãos e reforçar a liberdade de escolha;*
- d) *Cooperação com a CPLP: Aprofundar a cooperação no domínio da saúde com a Comunidade dos Países de Língua Portuguesa (CPLP)”.*

De forma a alcançar os objetivos descritos, foram estabelecidas um conjunto de medidas a implementar:

- a) Ao nível da regulação e governação: rever e aumentar as taxas moderadoras; cortar as deduções fiscais com despesas de saúde; alcançar um modelo auto-sustentável nos subsistemas públicos; rever o sistema de preços e comparticipação de medicamentos; implementar legislação que regula a

atividade das farmácias; avaliar o cumprimento das regras de concorrência europeias na prestação de serviços de saúde; tornar mais transparente o processo de nomeação de administradores hospitalares; estabelecer um sistema de *benchmarking* para compara o desempenho e publicação de informação sobre o desempenho das instituições; atualizar o modelo de financiamento hospitalar, entre outras;

- b) Ao nível da organização: elaborar um plano estratégico para a saúde; continuar a reorganização e racionalização da rede hospitalar; avaliar a criação de centros hospitalares; avaliar as oportunidades de fusão, concentração ou extinção de hospitais e serviços; transferir serviços ambulatoriais para as Unidades de Saúde Familiar; atualizar inventário de médicos no ativo; preparar planos de afetação dos recursos humanos; implementar mecanismos que conduzam a uma distribuição mais uniforme de médicos de família pelo país, entre outras;

Ao nível da operação: estabelecer um calendário vinculativo de pagamento das dívidas a fornecedores; criar e apresentar um programa detalhado de medidas de redução de custos operacionais dos hospitais; sensibilizar os médicos para a prescrição menos onerosa; estabelecer e implementar regras claras sobre a prescrição de medicamentos; introduzir liberdade de escolha do cidadão; reduzir os tempos de espera; promover a investigação clínica; promover a cirurgia ambulatória; garantir a acreditação em saúde; entre outras.

1.3 Racionalização da Rede Hospitalar

As medidas elencadas para a reforma da rede hospitalar mostraram alguns impactos diretos, uma vez que propuseram o encerramento de diversos serviços e valências em várias instituições hospitalares, conseqüentemente, afetará tanto os profissionais de saúde, como os utentes dos serviços de saúde, no que respeita ao acesso aos cuidados de saúde (GTRH, 2011).

De acordo com o Relatório Final do Grupo Técnico para a Reforma Hospitalar (GTRH) de 2011, um dos erros cometidos com a implementação do programa de empresarialização terá sido a ausência de critérios de racionalidade e de planeamento assentes em economias de escala, aquando da fusão de hospitais ou da criação de centros hospitalares.

A avaliação de resultados hospitalares depende muito do modo como a informação e o processo clínico são registados, bem como da prática de codificação de cada instituição. A crescente necessidade de se controlar a qualidade dos dados é justificada pela importância da informação disponibilizada por estes, na avaliação da eficiência, dos custos, da qualidade, do financiamento e do planeamento (Barros, 2013).

1.3.1 Acesso aos cuidados de saúde

A importância dada ao acesso a cuidados de saúde resulta, antes de mais, pela aceitação do que é um princípio consagrado na Constituição da República, artigo 64º, *“Todos têm o direito à proteção da saúde e o dever de a defender e promover. [...] O direito à proteção da saúde é realizado pela criação de um serviço nacional de saúde universal, geral e tendencialmente gratuito, pela criação de condições económicas, sociais e culturais que garantam a proteção da infância, da juventude e da velhice e pela melhoria sistemática das condições de vida e de trabalho, bem como pela promoção da cultura física e desportiva, escolar e popular e ainda pelo desenvolvimento da educação sanitária do povo”*.

No Plano Nacional de Saúde 2012-2016 (PNS) o acesso é definido como *“a obtenção de cuidados de qualidade necessários e oportunos, no local apropriado e no momento adequado”*.

Neste contexto, o acesso não é entendido apenas como uma função do Estado, mas antes como o resultado da interação entre as características das pessoas, das famílias, dos ambientes sociais e físicos, bem como, das características dos sistemas de saúde, organizações e prestadores de cuidados.

Existem fatores que influenciam o acesso, tanto no âmbito da componente da oferta, como da procura.

Relativamente à procura, um dos principais fatores são as características da população. É necessário ter em conta uma série de elementos, tais como a morbilidade da área regional, as necessidades da população e toda a estrutura política e organizacional, e não apenas a procura de serviços. Também outras características como o sexo, a idade, o estado civil, as características demográficas, culturais e sociais, são condicionantes do acesso aos cuidados de saúde (Silva, 1978).

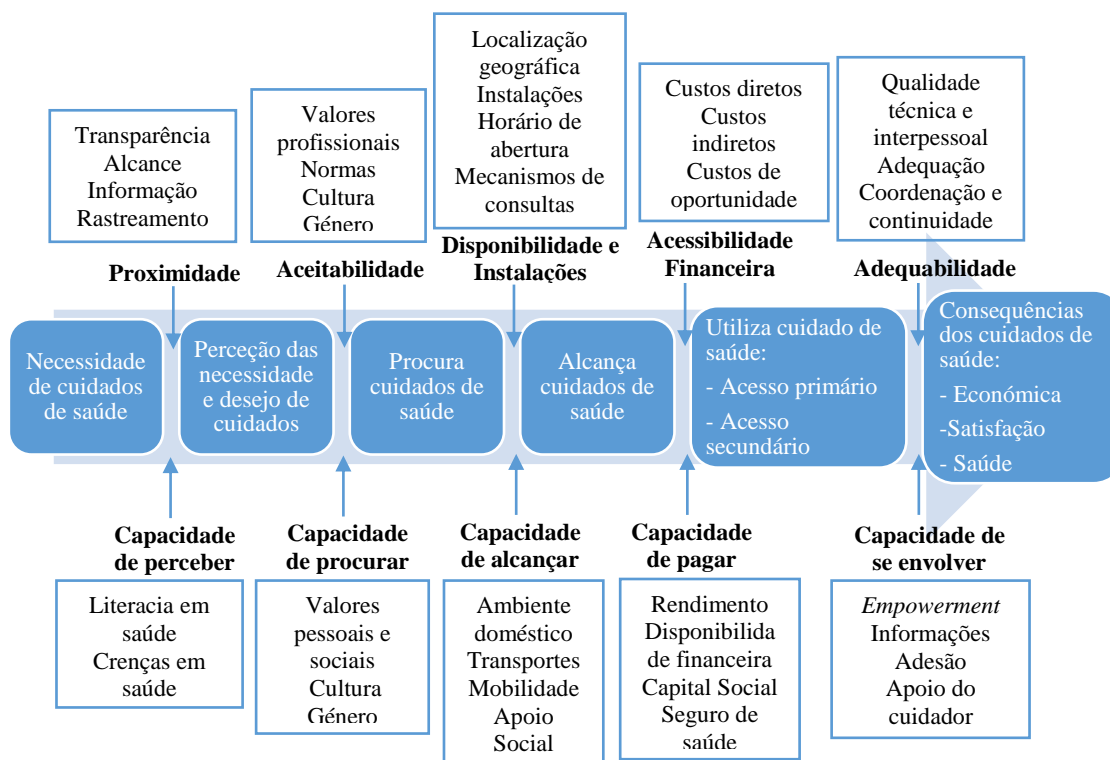
Também o nível económico constitui umas das variáveis mais utilizadas em estudos que visam caracterizar e medir o acesso com base em fatores condicionantes, como por exemplo, o modelo de financiamento da prestação de cuidados, pelo impacto que tem na situação económica dos utentes. O meio ambiente em que se opera, nomeadamente o clima, a distância a percorrer, as facilidades de transporte, representam outros fatores condicionantes (Silva, 1978).

Quanto à oferta, os principais fatores que influenciam o acesso são a disponibilidade de equipamentos e de serviços de cuidados primários e especializados, bem como a existência de profissionais qualificados e de prestígio. A qualidade dos serviços facilita o acesso e o aumento do consumo de cuidados médicos (Silva, 1978).

A localização, os sistemas de informação, a forma como as organizações se dirigem à comunidade e os preços da prestação de cuidados, representam outros fatores importantes do lado da oferta.

A figura 1.3 patenteia as dimensões do conceito de acesso aos cuidados de saúde, tornando-o num conceito ainda mais complexo e difícil de medir, uma vez que resulta da interação entre diferentes atores e combina variáveis de diferentes naturezas.

Figura 1.3 Dimensões do conceito de acesso aos cuidados de saúde



Fonte: Relatório Primavera, 2015

A prestação de cuidados de saúde abrange as dimensões de equidade horizontal e equidade vertical. A equidade horizontal remete para o tratamento igual, de indivíduos em situação igual, como por exemplo, a prestação do mesmo nível de cuidados a pessoas com o mesmo nível de doença. Por outro lado, na equidade vertical o tratamento é desigual face a situações desiguais, por exemplo, se o financiamento dos cuidados de saúde for de acordo com a capacidade que cada um tem para pagar (Barros, 2013).

1.3.2 Áreas de influência hospitalar

A definição de área de influência é essencial para um planeamento hospitalar apropriado, uma vez que associa populações residentes às unidades hospitalares da rede

hospitalar, permitindo que a capacidade assistencial e a especialização de um hospital sejam adequadas às necessidades das populações.

De modo a não comprometer o princípio da liberdade de escolha no acesso, cada hospital serve, preferencialmente, a população de utentes da área de influência que lhe foi atribuída pelas redes de referenciação hospitalar.

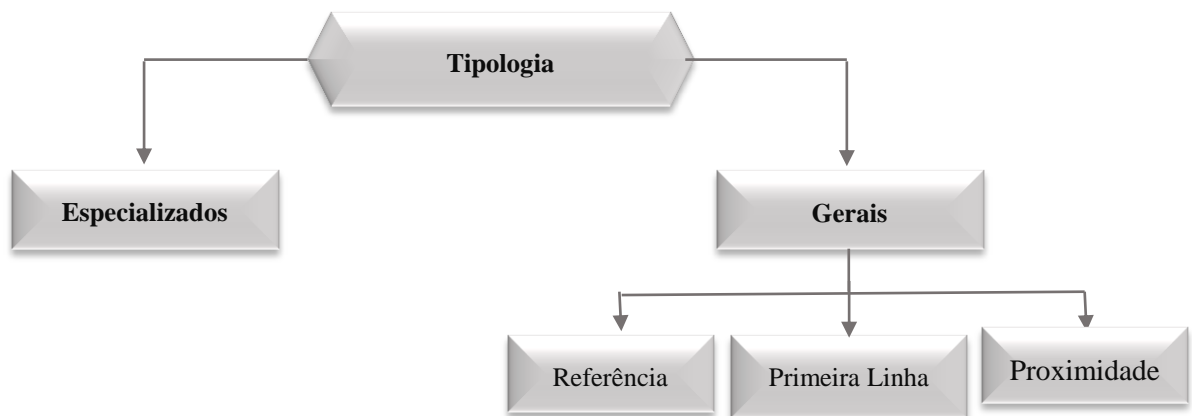
O fator essencial no planeamento da rede de oferta hospitalar é a definição das áreas geográficas de influência primária (ou diretas)⁸ das diversas unidades hospitalares, cuja delimitação se restringe às populações cobertas diretamente pelos hospitais. No entanto, existem hospitais que não têm áreas de influência primárias bem delineadas, o que pode provocar alguma desorganização na referenciação dos utentes e conseqüente dificuldade no acesso dos utentes aos cuidados de saúde hospitalares.

Neste sentido, torna-se necessário definir claramente as áreas de influência dos hospitais, com vista a melhorar o acesso dos utentes aos cuidados de saúde hospitalares e a melhorar a satisfação das suas necessidades, tendo em conta o tipo, a capacidade e o grau de especialização de cada hospital, bem como a sua distribuição geográfica.

Para além da constituição da rede e respetivo modo de funcionamento, a Entidade Reguladora da Saúde (ERS) (2012) estipula regras quanto às tipologias dos hospitais (Figura 1.4).

⁸ A área de influência primária (ou direta) de um hospital abrange a população residente em torno do hospital, numa região pré-definida, cujo tempo de deslocação para qualquer residente até ao hospital não deve ser superior a 90 minutos (ERS, 2012). A área de influência secundária (ou indireta) de um hospital engloba todas as populações cobertas pelas áreas de influência primárias dos hospitais que referenciam utentes para o hospital em causa (ERS, 2012).

Figura 1.4 Classificação do tipo de hospital



Fonte: Elaboração própria, segundo dados da ERS (2012)

Existem, portanto, dois tipos de hospitais: os hospitais de primeira linha (a primeira porta de entrada dos utentes aos cuidados hospitalares do SNS) e os hospitais de referência (para além de funcionarem como hospitais de primeira linha relativamente às populações da sua área de influência primária, visam responder a situações altamente diferenciadas, para onde os utentes serão reencaminhados quando os hospitais de primeira linha não forem capazes de prover os cuidados necessários em função da gravidade ou complexidade das patologias) (ERS, 2012).

A estes dois tipos de hospital poderá, excecionalmente, adicionar-se o conceito de hospitais de proximidade, que visam satisfazer as necessidades de cuidados de saúde nas situações em que a acessibilidade geográfica ou temporal a um hospital de primeira linha seja menos favorável (ERS, 2012).

Uma outra classificação importante é a de hospitais gerais e hospitais especializados. Um hospital especializado é definido como sendo um hospital em que predomina um número de camas adstritas a determinada valência ou que presta cuidados de saúde apenas ou especialmente a determinados utentes, sendo o hospital geral definido como o hospital que integra diversas valências (ERS, 2012).

Para cada um dos hospitais, o Ministério da Saúde identifica a respetiva área de influência, onde são definidas as populações cobertas pelo hospital. No entanto, alguns hospitais têm áreas de abrangência que se sobrepõem às áreas de outros hospitais, pelo

que, nessas áreas sobrepostas, as populações serão cobertas pelas áreas de dois ou mais hospitais⁹.

2 Caracterização e população servida do Centro Hospitalar de Leiria, E.P.E.

O Centro Hospitalar Leiria, E.P.E (CHL) é composto por três unidades de saúde. Primeiramente surgiu da fusão realizada entre o Hospital de Santo André, E.P.E (HSA), situado em Leiria e o Hospital Distrital de Pombal (HDP) situado em Pombal, em conformidade com o Decreto-Lei n.º 30/2011 de 2 de Março, e posteriormente da integração do Hospital Bernardino Lopes de Oliveira (HABLO), que se situa em Alcobça, em conformidade com o Decreto-Lei n.º 116/2013 de 9 de agosto.

Figura 2.1 Centro Hospitalar de Leiria, Leiria



Figura 2.2 Hospital Distrital de Pombal, Pombal



⁹ Porém, nas áreas sobrepostas, ter mais do que uma opção de hospital não significa que exista para todas as especialidades e, situação que é colmatada pela lógica da referenciação existente no SNS.

Figura 2.3 Hospital de Alcobaça
Bernardino Lopes de Oliveira, Alcobaça



A junção destas três unidades de saúde em Centro Hospitalar resulta da publicação do Decreto-Lei n.º30/2011, de 2 de março, que teve por objetivo promover a reestruturação do parque hospitalar, melhorar a prestação de cuidados de saúde, garantir às populações qualidade e diversificação da oferta e universalizar o acesso da população aos cuidados de saúde.

No âmbito da execução da sua missão de prestação de cuidados de saúde à população da sua área de influência, o CHL articula-se, por intermédio de um sistema de referenciação em desenvolvimento e aperfeiçoamento, com os centros de saúde existentes nessa área geográfica, com os hospitais do Serviço Nacional de Saúde, do Distrito e centrais de Coimbra e com as instituições integradas na rede de cuidados continuados integrados.

Colabora, ainda, mediante a celebração de protocolos específicos, com as restantes unidades privadas integradas no Sistema Nacional de Saúde, através da aquisição ou prestação de serviços.

2.1 Tipologia dos cuidados hospitalares disponíveis

O CHL dispõe de três serviços de urgência (médico-cirúrgica em Leiria e básica em Pombal e Alcobaça), contando ainda com a oferta de serviços em consultas externas, internamento, cirurgia ambulatória e hospital de dia (Plano Estratégico do CHL, 2016).

A tipologia de cuidados hospitalares é alargada a uma vasta capacidade de prestação de cuidados especializados que se encontram descritos na Figura 2.2.

Figura 2.2 Tipologia dos cuidados hospitalares do CHL

Tipologia dos cuidados	
Anatomia Patológica	Neurocirurgia
Anestesiologia	Neurologia
Cardiologia	Oftalmologia
Cirurgia Geral	Ortopedia
Dermatologia	Endocrinologia
Estomatologia	Otorrinolaringologia
Medicina Física e Reabilitação	Patologia Clínica
Gastrenterologia	Pediatria
Ginecologia/Obstetrícia	Neonatologia
Hematologia	Pneumologia
Imagiologia	Psiquiatria e Saúde Mental
Imuno-Hemoterapia	Pedopsiquiatria
Imunoalergologia	Hemodinâmica e Pacing Cardíaco
Medicina Interna	Cuidados Intensivos Cardíacos
Oncologia Médica	Urologia
Obstetrícia	Medicina Intensiva

Fonte: Elaboração própria

2.2 Área de influência do CHL

A área de influência do Centro Hospitalar de Leiria, após a fusão dos hospitais HSA e HDP em 2011, passou a abranger os concelhos e respetivos habitantes de Batalha, Leiria, Marinha Grande, Porto de Mós, Pombal e Ansião, servindo uma população de cerca de 274.070 habitantes (quadro 2.1).

Em 2013, após a integração do Hospital de Alcobaça, a área de influência do CHL englobou os concelhos de Alcobaça (excluindo as freguesias de Alfeizerão, Benedita e S. Martinho do Porto) e Nazaré, acrescentando 56.494 habitantes.

Posteriormente em 2016, a população residente na totalidade do concelho de Ourém passou a integrar a área de influência do CHL.

Quadro 2.1 - População da área de influência do Centro Hospitalar de Leiria

Concelhos da área de influência	HSA + HDP 2010	CHLP 2011	CHLP 2012	CHL + HABLO 2013	CHL 2014	CHL 2015	CHL + Pop.Ourém 2016
Batalha	15805	15805	15805	15805	15805	15805	15805
Leiria	126897	126897	126897	126897	126897	126897	126897
Marinha grande	38681	38681	38681	38681	38681	38681	38681
Porto de Mós	24342	24342	24342	24342	24342	24342	24342
Pombal	55217	55217	55217	55217	55217	55217	55217
Ansião	13128	13128	13128	13128	13128	13128	13128
Alcobaça				41336	41336	41336	41336
Nazaré				15158	15158	15158	15158
Ourém							45932
TOTAL População média	274.070	274.070	274.070	330.564	330.564	330.564	376.496

Fonte: Centro Hospitalar de Leiria, E.P.E. e Censos de 2011

Atualmente, o CHL tem no contexto do Serviço Nacional de Saúde como área de influência a população correspondente aos concelhos de Batalha, Leiria, Marinha Grande, Porto de Mós, Pombal, Ansião, Alcobaça (excluindo as freguesias de

Alfeizerão, Benedita e S. Martinho do Porto), Nazaré e Ourém servindo uma população de cerca de 376.496 habitantes.

3 Estudo empírico - O caso do CHL

A revisão de literatura, realizada na primeira parte deste trabalho, procurou apresentar uma breve descrição do sistema de saúde português, abordando as medidas de austeridade impostas ao setor hospitalar, nomeadamente a reorganização e racionalização da rede hospitalar.

Neste capítulo concretiza-se o pressuposto para este projeto, mediante a realização de um estudo, em que será analisado a medida de consecução dos objetivos enunciados para a fusão dos hospitais em centro hospitalar, prevista pelo Decreto-Lei n.º30/2011, de 2 de março, em que se preconiza que a *“fusão dos hospitais descritos pretende melhorar continuamente a prestação de cuidados de saúde, garantindo às populações qualidade e diversificação da oferta, universalizar o acesso e o aumento da eficiência dos serviços”*, recorrendo à construção de vários indicadores de gestão.

Dado que a construção destes indicadores necessita de uma prévia definição, abordaremos primeiro alguns atributos e definições a ser considerados neste processo, seguindo-se a construção de indicadores.

Por último, concluímos este projeto com a análise e discussão aos respetivos resultados obtidos.

3.1 Objetivos

Este projeto tem como objetivo principal, verificar em que medida o desempenho institucional e operacional do Centro Hospitalar de Leiria, E.P.E. (CHL), após a sua criação, em 2011, confirma, ou não, a consecução dos objetivos genéricos identificados no Decreto-Lei n.º30/2011, de 2 de março.

Neste sentido, procede-se à análise de vários indicadores de recursos, de produção, de produtividade, de eficiência e de acessibilidade da população aos cuidados de saúde.

Note-se que o processo de constituição de centros hospitalares, por fusão e integração de hospitais, não se subordinou ou implicou a elaboração prévia de planos estratégicos específicos, nos quais se estabelecesse os objetivos estratégicos a atingir e os correspondentes planos de suporte, tendo havido apenas explicação dos objetivos genéricos pretendidos, o que compromete a possibilidade de avaliação tendo em referência um quadro de objetivos quantificados a atingir.

3.2 Metodologia

Definir a metodologia a utilizar é uma das etapas mais importantes, uma vez que é aqui que se tomam decisões fundamentais para assegurar a fiabilidade da investigação, de acordo com propósitos de investigação, e a partir dos objetivos genéricos mencionados no Decreto-Lei n.º30/2011, de 2 de março.

A escolha do Centro Hospitalar de Leiria, E.P.E (CHL) para a análise do estudo deveu-se ao facto de este ser considerado um hospital de referência da região centro do País¹⁰.

O estudo assenta na construção de um conjunto de indicadores que serão utilizados na avaliação da produção, da produtividade, da eficiência e da acessibilidade da população ao CHL, atributos que, apesar das limitações de informação de natureza económica e clínica, se consideram globalmente adequados para a finalidade em vista.

Atendendo aos objetivos explicitados, a recolha de informação inerente à construção dos indicadores foi obtida através do *site*¹¹ do CHL, nomeadamente a partir dos relatórios e contas dos anos de 2010 a 2016, no que diz respeito à atividade assistencial do hospital. Numa fase posterior, foram realizadas entrevistas a vogal do Conselho de Administração, bem como à diretora do serviço de planeamento e informação para a

¹⁰ O Centro Hospitalar de Leiria, EPE, foi considerado, em 2015, pela Revista Exame e SIC Notícias a melhor empresa no setor da saúde.

¹¹ www.chleiria.pt

gestão, por forma a recolher dados e informações complementares aos constantes dos relatórios e contas.

De salientar que, por vicissitudes do respetivo processo, a fusão do HSA e HDP, só se ter concretizado em 2011, originou que os dados disponíveis referentes a este ano se encontrem incompletos, tornando assim impossível obter dados verdadeiros e consistentes para a análise do ano de 2011. Por esta razão não serão considerados, no âmbito do estudo, os dados relativos a 2011.

3.2.1 Construção de indicadores

Os indicadores são instrumentos importantes para o controlo da gestão, não apenas na administração privada, mas especialmente na administração pública, por aumentarem a transparência da gestão e facilitarem o diálogo entre os mais diversos grupos sociais organizados (Machado, 2004).

A construção dos indicadores de gestão deve obedecer aos seguintes princípios: i) credibilidade, devem ser construídos com base em elementos de confiança, com cálculos e métricas precisas; ii) fiabilidade de recolha, a sua obtenção deve ser exequível, com um custo aceitável, devendo ser incluídos indicadores fáceis de calcular e de interpretar; iii) clareza, devem fornecer informação clara e precisa, facilmente comunicável e compreensível; iv) comparabilidade, devem permitir a apreciação dos resultados em confronto com um determinado referencial, de modo a que seja possível estabelecer relações (evolução temporal) (CCAS, 2008).

Os indicadores medem aspetos qualitativos e/ou quantitativos relativos ao meio ambiente, à estrutura, aos processos e aos resultados. Podem ser expressos em taxa ou coeficiente, índice ou mesmo em número absoluto.

O desenvolvimento dos indicadores apresenta-se, deste modo, como uma resposta para a avaliação sobre o alcance dos objetivos definidos anteriormente. São por isso variáveis que permitem quantificar resultados e ações.

3.2.1.1 Indicadores propostos

O processo de avaliação que o estudo pretende concretizar, consiste na comparação temporal, antes e após a criação do Centro Hospitalar de Leiria, entre os anos de 2010 e 2016, de vários indicadores representativos dos recursos, da produção, da produtividade, da eficiência e da acessibilidade, exceto para o ano de 2011 pela razão expressa anteriormente.

Para realizar esse processo de avaliação, que consubstancia o objetivo genérico definido no diploma da criação dos centros hospitalares, adotaram-se os seguintes indicadores:

a) Indicadores de Recursos ou Inputs;

Para este trabalho foram definidos quatro indicadores de *inputs* (um indicador de recursos humanos e três indicadores de recursos técnicos), considerados representativos recursos operacionais, que constam no quadro 3.1. seguinte.

Quadro 3.1 – Indicadores de Recursos ou Inputs

Tipologia de recursos	Indicadores de recursos ou inputs
Recursos Humanos	Número total de médicos (não tendo em conta a especialidade médica)
Recursos Técnicos	Número de camas hospitalares (excluindo berçário e camas da unidade de internamento de doenças de evolução prolongada de psiquiatria)
	Número de gabinetes para consulta
	Número de salas de bloco operatório

Fonte: Elaboração própria

Os recursos humanos (RH), nomeadamente os médicos, os enfermeiros e os técnicos de diagnóstico e terapêutica, são o capital mais importante numa organização hospitalar. No entanto, como os médicos são quem determina em grande medida a produção de um hospital, dadas as suas funções específicas, nos processos assistenciais de diagnóstico e

tratamento, foi adotado o “número total de médicos” como indicador de recursos humanos, por corresponder a um indicador relevante que sintetiza a produção hospitalar e uma vez que a consideração de outros RH, como por exemplo os enfermeiros, exigiria um nível de informação e agregação que não se encontra disponível.

Neste sentido, o indicador “número total de médicos” pretende analisar a evolução do número de profissionais médicos, nele se incluem apenas os médicos com contrato de trabalho em funções públicas e com contrato individual de trabalho, sendo excluídos do estudo os médicos prestadores de serviços e os médicos internos por terem um horário muito variável e incompleto.

Os recursos técnicos visam analisar a capacidade existente do CHL em termos de ocupação. Para tal, foram adotados como indicadores “o número de camas hospitalares”, “o número de gabinetes para consulta” e o “número de salas de bloco operatório”, na medida em que são considerados fatores técnicos relevantes da capacidade operacional hospitalar.

b) Indicadores de Produção ou Outputs;

Em relação aos *outputs*, estes foram escolhidos com base nas linhas produtivas dos serviços clínicos do CHL, encontrando-se mencionados no quadro 3.2.

Quadro 3.2 – Indicadores de Produção ou *Outputs*

Linhas de Produção	Indicadores de produção ou <i>inputs</i>
Internamento	Número de doentes saídos (sem berçário)
Consultas Externas	Número total de consultas externas (incluindo o número total de primeiras consultas e consultas subseqüentes)
Atividade Cirúrgica	Número total de cirurgias (sem utentes de SIGIC – incluído o número total de intervenções cirúrgicas urgentes, em ambulatório e convencionais)
Urgência	Número de atendimentos em serviço de urgência

Fonte: Elaboração própria

A linha de produção **internamento** traduz a principal atividade de uma unidade hospitalar, que a diferencia de outras instituições prestadoras de cuidados de saúde. Para este estudo, contabilizaram-se nesta linha de produção os episódios em função do número de doentes saídos.

A linha produtiva **consulta externa** é o somatório das primeiras consultas, em que o utente é examinado pela primeira vez numa especialidade, e das consultas subsequentes, para verificação do estado de saúde do doente, independentemente da especialidade. A análise não permite desassociar o número total de consultas entre médicas e não médicas, nem fazer qualquer ajustamento pela complexidade de tratamentos.

A linha produtiva **atividade cirúrgica** permite avaliar a evolução do número total de intervenções cirúrgicas urgentes (intervenção efetuada sem data de realização previamente marcada), de intervenções cirúrgicas em ambulatório (intervenção programada e realizadas sem necessidade de internamento) e de intervenções cirúrgicas convencionais (realizadas de forma programada por recurso a internamento hospitalar).

A linha produtiva **urgência** permite avaliar a evolução do afluxo às urgências como acesso imediato aos cuidados de saúde.

Tendo em conta a finalidade do estudo a partir dos indicadores de *outputs* e da população servida serão construídos indicadores compostos pela análise e avaliação da evolução da produtividade, eficiência e acessibilidade da população ao CHL.

c) Indicadores de Produtividade;

O indicador de produtividade mede a capacidade e eficiência na utilização dos recursos disponíveis para a geração dos serviços oferecidos pelo CHL, nomeadamente serviços de internamento, de consultas externas, de atividade cirúrgica e de urgência. Para tal, foram escolhidos os seguintes indicadores mencionados no quadro 3.3.

Quadro 3.3 – Indicadores de Produtividade

Tipo de Indicador	Indicadores de produtividade
Produtividade	Número de doentes saídos por médico: $\frac{\text{número total de doentes saídos}}{\text{número total de médicos}}$
	Número de consultas por médico: $\frac{\text{número total de consultas}}{\text{número total de médicos}}$
	Número de intervenções cirúrgicas (convencional e ambulatório) por médico: $\frac{\text{número total de intervenções cirúrgicas}}{\text{número total de médicos}}$
	Número de intervenções cirúrgicas convencional por sala operatória: $\frac{\text{número total de intervenções cirúrgicas convencionais}}{\text{número total de salas operatórias}}$
	Número de intervenções cirúrgicas em ambulatório por sala operatória: $\frac{\text{número total de intervenções cirúrgicas em ambulatório}}{\text{número total de salas operatórias}}$

Fonte: Elaboração própria

d) Indicadores de Eficiência Operacional;

Os indicadores de eficiência operacional são indicadores de desempenho operacional que permite avaliar a produtividade de uma organização e quão bem os recursos são utilizados. A eficiência pode ser medida pela relação entre os resultados alcançados e os recursos utilizados.

O quadro 3.4 evidencia os indicadores escolhidos.

Quadro 3.4 – Indicadores de Eficiência Operacional

Tipo de Indicador	Indicadores de eficiência operacional
Eficiência Operacional	Número de doentes saídos por cama: $\frac{\text{número total de doentes saídos}}{\text{número total de camas}}$
	Demora média do internamento: $\frac{\text{número de dias}}{\text{número total de doentes saídos}}$
	Taxa de ocupação do internamento: $\frac{\text{número de dias de internamento}}{\text{número total de camas}} \times 100$

Fonte: Elaboração própria

e) Indicadores de acessibilidade;

Com estes indicadores pretende-se definir a medida de proporção da população que utiliza os serviços de saúde disponíveis no CHL, significando, em princípio valores mais elevados de indicador melhor acessibilidade dos cidadãos aos cuidados de saúde.

Para tal, foram escolhidos os seguintes indicadores (quadro 3.5.).

Quadro 3.5 - Indicadores de Acessibilidade

Tipo de Indicador	Indicadores de acessibilidade
Acessibilidade	Número de internamentos por 1000 habitantes: $\frac{\text{número de total de internamentos}}{\text{número total habitantes}} \times 1000$
	Número de primeiras consultas por 1000 habitantes: $\frac{\text{número de total de 1ª consultas}}{\text{número total habitantes}} \times 1000$
	Número de cirurgias (ambulatório e convencional) por 1000 habitantes: $\frac{\text{número de total de cirurgias}}{\text{número total habitantes}} \times 1000$
	Número de urgências por 1000 habitantes: $\frac{\text{número de total de urgências}}{\text{número total habitantes}} \times 1000$

Fonte: Elaboração própria

Dada a relevância destes indicadores, estes irão permitir analisar qual a evolução da atividade do CHL, desde a fusão dos hospitais que lhe deram origem, bem como verificar se os resultados obtidos vão ao encontro dos objetivos mencionados no Decreto-Lei n.º30/2011 de 2 de março.

3.3 Resultados

Seguidamente, serão apresentados os dados recolhidos e o tratamento a que foram sujeitos para obtenção dos indicadores pretendidos – indicadores de recursos, de produção, de produtividade, de eficiência operacional e de acessibilidade – de forma a podermos retirar conclusões.

3.3.1 Indicadores de Recursos ou *Inputs*

3.3.1.1 Recursos Humanos

O quadro 3.6 evidencia o número total de profissionais médicos com contrato de trabalho em funções públicas e com contrato individual de trabalho em 2010, antes da criação do CHL, e anos seguintes à sua criação até 2016.

Quadro 3.6 - Evolução do número de profissionais médicos

Tipo de contrato	HSA + HDP 2010	CHLP 2012	CHL + HABLO 2013	CHL 2014	CHL 2015	CHL + Pop. Ourém 2016	Variação 2010-2016
Contrato de trabalho em Funções Públicas (CTFP)	146	164	184	197	199	209	43,2%
Contrato Individual de Trabalho (CIT)	66	92	96	101	120	139	110,6%
TOTAL	212	256	280	298	319	348	64,2%

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados dos relatórios e contas do CHL.

Nota: HSA – Hospital de Santo André; HDP – Hospital Distrital de Pombal; CHLP – Centro Hospitalar de Leiria-Pombal; HABLO – Hospital Alcobaça Bernardino Lopes de Oliveira; CHL – Centro Hospitalar de Leiria.

Em termos comparativos, verifica-se que no final do ano de 2016 o CHL regista um crescimento de 136 profissionais (64,2%) em relação a 2010.

De salientar que o aumento do número de profissionais a par da diversificação da oferta de serviços, deveu-se à necessidade de prestar cuidados de saúde a um maior número de utentes, uma vez que a área de influência do CHL aumentou com o processo de fusão e integração das três instituições e com o correspondente aumento da população servida.

3.3.1.2 Recursos Técnicos

Na sequência do processo de fusão e integração das três instituições que deram origem ao CHL, assistiu-se à fusão de vários serviços clínicos e à alteração da organização interna, tendo os recursos técnicos disponíveis (no caso das camas, gabinetes para consultas e salas operatórias) evoluído como podemos analisar no quadro 3.7.

Quadro 3.7 – Evolução dos Recursos Técnicos

Indicadores de recursos técnicos	HSA + HDP 2010	CHLP 2012	CHL + HABLO 2013	CHL 2014	CHL 2015	CHL + Pop. Ourém 2016	Variação 2010-2016
Número de Camas	513	504	558	558	558	563	9,8%
Número de gabinetes de consulta	107	110	121	125	124	128	19,6%
Número de salas em bloco operatório	11	12	12	12	12	11	0,0%
Número de salas em cirurgia ambulatória	4	4	5	5	5	5	25%

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados dos relatórios e contas do CHL.

No internamento, verifica-se que no final do ano de 2016 o CHL teve um crescimento de 50 camas (9,8%) face ao ano de 2010.

Relativamente ao número de gabinetes disponíveis para consultas, verifica-se um aumento de 21 gabinetes (19,6%) em relação ao ano de 2010.

Quanto às salas de bloco operatório para a prática de cirurgias com internamento e cirurgias em ambulatório, não se verifica um aumento considerável: para as cirurgias com internamento, o número de salas de bloco operatório aumentou de 11 para 12, entre os anos de 2010 a 2015. No entanto, em 2016 o número de salas diminuiu para 11. Para as cirurgias em ambulatório, o número de salas registou um aumento de 4, em 2010, para 5 em 2016.

Se conjugarmos os dados dos recursos humanos (médicos) e dos recursos técnicos (camas, gabinetes e salas operatórias), verificamos que todos os indicadores de *inputs* aumentaram ao longo do período em análise.

3.3.2 Indicadores de Produção ou *Outputs*

O quadro 3.8 apresenta o movimento assistencial das principais linhas de produção hospitalar no CHL, entre os anos de 2010 a 2016.

Quadro 3.8 – Movimento assistencial por linhas de produção

Linhas de Produção	HSA + HDP 2010	CHLP 2012	CHL + HABLO 2013	CHL 2014	CHL 2015	CHL + Pop. Ourém 2016	Variação 2010-2016
INTERNAMENTO							
Doentes saídos (s/berçário)	22129	22574	23073	24082	23927	24905	12,5%
Demora média (dias)	7,58	6,24	5,92	6,32	6,20	6,39	-15,7%
CONSULTA EXTERNA	205404	200556	219838	245859	254251	253796	23,6%
1ª Consultas	85370	69790	77508	87266	88678	84501	-1,0%
Consultas Subsequentes	120034	130766	142330	158593	165573	169295	41,0%

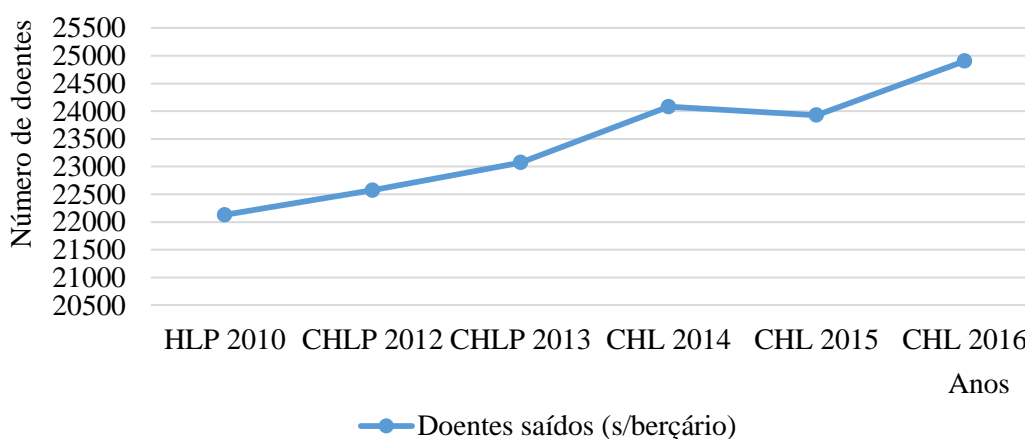
ATIVIDADE CIRÚRGICA (s/ SIGIC)¹²	8710	8411	9201	9556	9464	9354	7,4%
Cirurgia Convencional (Total Intervenções)	4001	4308	4570	4193	3917	3717	-7,1%
Cirurgia Ambulatório (Total Intervenções)	4709	4103	4631	5363	5547	5637	19,7%
SERVIÇO DE URGÊNCIA	188534	170103	182581	196985	195180	204484	8,5%
Geral (Total de atendimentos)	131328	117533	129008	142923	141997	149037	13,5%
Pediátrica (Total de atendimentos)	44827	41795	43262	43376	41373	43453	-3,0%
Ginecológica/Obstétrica (Total de atendimentos)	12379	10775	10311	10686	11810	11994	-3,1%

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados dos relatórios e contas do CHL.

No que diz respeito à análise da atividade assistencial do CHL, após a fusão dos hospitais é notório o crescimento da produção em todas as linhas: internamento, consulta externa, atividade cirúrgica e urgência.

A linha de atividade internamento, no ano de 2016, apresenta um aumento do número de doentes saídos de 2.776 doentes (12,5%) em relação a 2010 (gráfico 3.1.).

Gráfico 3.1 Evolução do Internamento

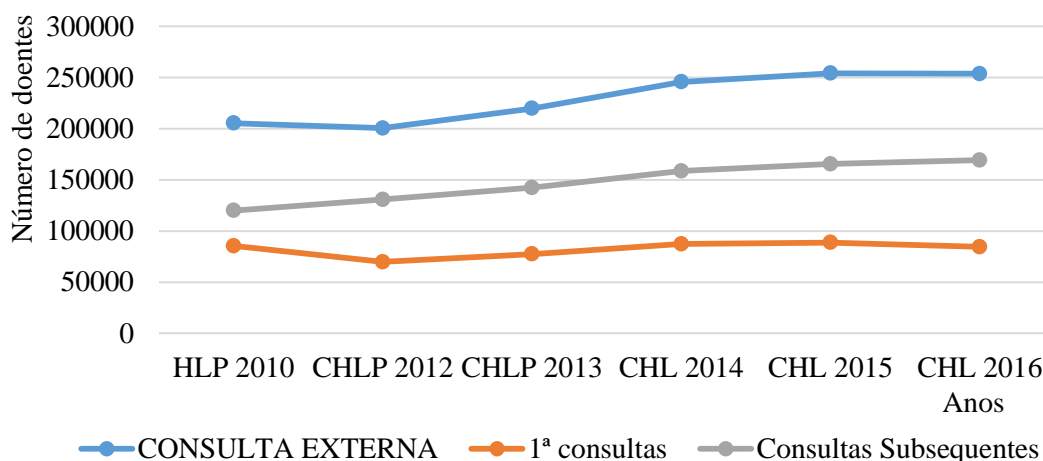


Fonte: Elaboração própria a partir dos dados do Quadro 3.8.

¹² **Nota:** SIGIC corresponde à atividade extra normal contratualizada com os profissionais fora do seu horário normal.

A atividade de consultas externas apresenta um aumento de 48.392 consultas (23,6%) face ao ano de 2010. Tal deve-se, essencialmente, ao aumento da capacidade assistencial de alguns serviços, designadamente de Cardiologia, Endocrinologia e Nutrição, Fisiatria, Oftalmologia, Oncologia Médica, Pediatria, Psiquiatria e Urologia (Relatório e Contas do CHL, 2016). De referir que o aumento da atividade de consultas externas é sustentado pelo aumento do número de consultas subsequentes em 41,0%, ou seja, 49.261 consultas, uma vez que o acesso a primeiras consultas diminui cerca de 1,02%, ou seja, 869 consultas (gráfico 3.2.).

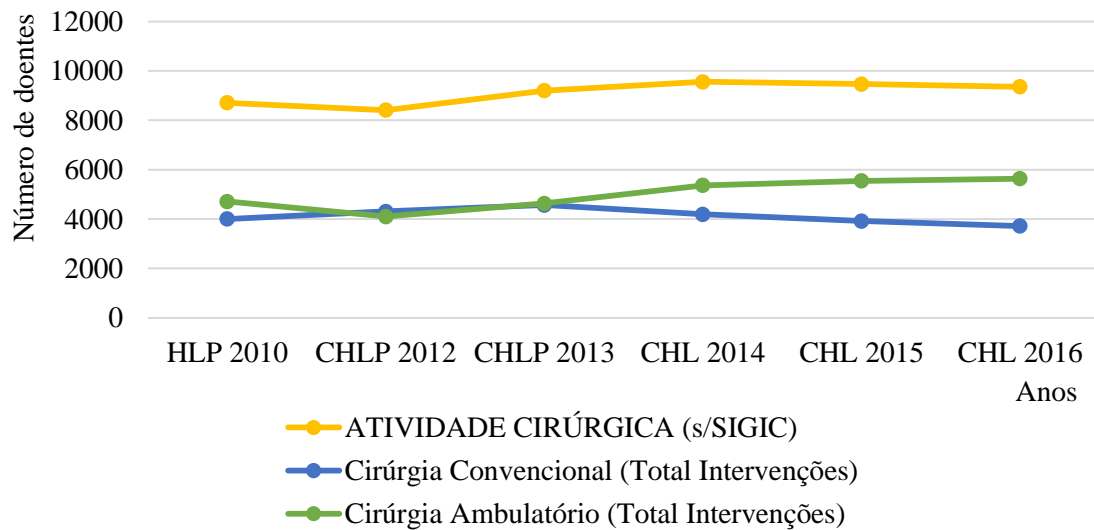
Gráfico 3.2 Evolução do número de Consultas Externas



Fonte: Elaboração própria a partir dos dados do Quadro 3.8.

A linha de atividade cirúrgica apresenta em 2016 um acréscimo de 644 cirurgias (7,4%) em relação a 2010. Para este aumento contribuíram maioritariamente as cirurgias realizadas em ambulatório, com uma variação de cerca de 19,7% face a 2010, já que a cirurgia convencional com internamento diminui cerca de 7,1% face a 2010 (gráfico 3.3.).

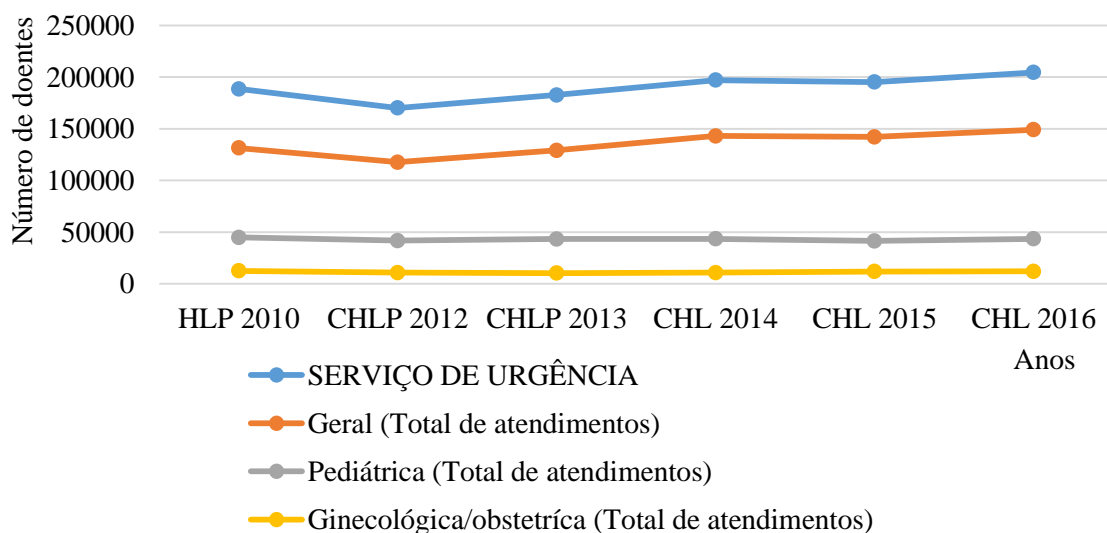
Gráfico 3.3 Evolução da Atividade Cirúrgica (S/ SIGIC)



Fonte: Elaboração própria a partir dos dados do Quadro 3.8.

O número de doentes atendidos em serviço de urgência, em termos globais, aumentou cerca de 8,5% no período entre 2010 e 2016. Destaca-se a urgência geral com um aumento de 17.709 atendimentos (13,5%), uma vez que a urgência pediátrica e ginecológica/obstétrica diminuiu, respetivamente, 3,0% e 3,1% (gráfico 3.4.).

Gráfico 3.4 Evolução do Serviço de Urgência



Fonte: Elaboração própria a partir dos dados do Quadro 3.8.

3.3.2.1 Indicadores de Produtividade

Tendo em conta os resultados obtidos nos pontos anteriores para os indicadores de recursos e produção, obtiveram-se os indicadores de produtividade que constam no quadro seguinte.

Quadro 3.9 – Indicadores de Produtividade

Indicadores	2010	2012	2013	2014	2015	2016	Variação 2010-2016
Indicadores de Recursos Humanos							
Doentes saídos por médico	104,38	88,18	82,40	80,81	75,01	71,57	-31,4%
Consultas por médico	968,89	783,42	785,14	825,03	797,03	729,30	-24,7%
Intervenção cirúrgica por médico	41,08	32,86	32,86	32,07	29,67	26,88	-34,6%
Indicadores de Recursos Técnicos							
Consultas por gabinete	1919,66	1823,24	1816,84	1966,87	2050,41	1982,78	3,3%
Intervenção cirúrgica convencional por sala op.	363,73	359,00	380,83	349,42	326,42	337,91	-7,1%
Intervenção cirúrgica em ambulatório por sala op.	1177,25	1025,75	926,20	1072,60	1109,40	1127,40	-4,2%

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados dos relatórios e contas do CHL.

Da análise do quadro 3.9, verifica-se que o número de doentes tratados por médico foi diminuindo ao longo dos anos: em 2010 eram tratados em média 104 doentes por médico e em 2016 o número de doentes tratados diminuiu para 72 doentes por médico.

Apesar desta evolução, por não se dispor de dados sobre o *case-mix* (grau de complexidade) dos doentes tratados e da qualidade assistencial, não se poderá concluir, inequivocamente, que houve um decréscimo de produtividade.

Quanto ao indicador consultas por médico, este apresenta em 2016 uma variação negativa de 24,7% face a 2010. De facto, em 2010 eram realizadas em média 969 consultas por médico, enquanto que em 2016 este número diminuiu para 729 consultas por médico (quadro 3.9.).

O número de intervenções cirúrgicas por médico também diminuiu ao longo dos anos, entre 2010 e 2016 verifica-se uma evolução negativa de 34,6%. Em 2010 eram realizadas em média 41 cirurgias por médico, em 2016 passaram a ser realizadas em média 27 cirurgias por médico.

Quanto ao indicador consultas por gabinete, embora com comportamento misto ao longo do período, registou uma ligeira evolução positiva (3,3%) na comparação entre 2010 e 2016.

Em relação ao número de intervenções cirúrgicas convencionais e ambulatoriais por sala operatória não se verifica um aumento de produtividade, uma vez que ambos diminuíram entre 2010 e 2016, respetivamente 7,1% e 4,2%.

3.3.2.2 Indicadores de Eficiência Operacional

Os resultados obtidos, constantes no quadro 3.10, referem-se a três indicadores de eficiência operacional habitualmente utilizados na avaliação do desempenho operacional de hospitais ao nível do internamento, sua principal linha de produção – demora média do internamento, taxa de ocupação do internamento e doentes saídos por cama.

Quadro 3.10 – Indicadores de Eficiência Operacional

Indicadores	2010	2012	2013	2014	2015	2016	Varição 2010-2016
Demora média do internamento	7,58	6,24	5,92	6,32	6,20	6,39	-15,7%
Taxa de ocupação do internamento (%)	73,92	75,91	71,72	76,30	74,80	78,20	5,8%
Doentes saídos por cama	43,14	44,79	41,35	43,16	42,88	44,24	2,5%

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados dos relatórios e contas do CHL.

A demora média por internamento tem diminuído, apresentando em 2016 uma variação de 15,7% (-1,19 dias) em relação a 2010.

Relativamente à taxa de ocupação, verifica-se uma subida constante, ao longo do período em análise. Em 2010, a taxa de ocupação do internamento era de 73,9% passando a 78,2%, em 2016, ou seja, uma variação de 4,3 p.p., o que se explica pelo aumento do número de internamentos face ao decréscimo da demora média.

Quanto ao indicador doentes tratados por cama, cujo comportamento depende da evolução da demora média e da taxa de ocupação, oscila, no período, entre 43,14, em 2010, a 44,24, em 2016, a que se associam demoras médias entre 7,58 a 6,39 dias e taxas de ocupação entre 73,92% a 78,20%. Ou seja, o número de doentes tratados por cama aumentou como consequência da evolução favorável, em conjunto, da demora média (redução) e da taxa de ocupação (aumento), traduzindo melhoria de eficiência.

3.3.2.3 Indicadores de Acessibilidade

Os indicadores de acessibilidade cujos resultados se apresentam no quadro 3.11, relacionam a atividade assistencial realizada com a população da área de influência, conforme quadro 2.1, evidenciando a medida, em termos de evolução, que o CHL consegue responder às necessidades da população servida.

Quadro 3.11 – Indicadores de Acessibilidade

Indicadores	2010	2012	2013	2014	2015	2016	Variação 2010-2016
INTERNAMENTO							
Internamento (doentes saídos) por 1000 hab.	80,74	82,37	69,80	72,85	72,38	66,15	-18,1%
CONSULTA EXTERNA							
Consulta por 1000 hab.	749,46	731,77	665,04	743,76	769,14	674,10	-10,1%
1ª Consultas por 1000 hab.	311,49	254,64	234,47	263,99	268,26	224,44	-28%
Consultas Subsequentes por 1000 hab.	437,97	477,13	430,57	479,76	500,88	449,66	2,7%
SERVIÇO DE URGÊNCIA							
Urgência por 1000 hab.	687,90	620,66	552,33	595,91	590,45	543,12	-21,1%
ATIVIDADE CIRÚRGICA							
Atividade Cirúrgica por 1000 hab.	31,78	30,69	27,83	28,908	28,63	24,84	-21,8%
Atividade Cirúrgica convencional por 1000 hab.	14,60	15,72	13,82	12,68	11,85	9,87	-32,4%
Atividade Cirúrgica ambulat. por 1000 habitantes	17,18	14,97	14,01	16,22	16,78	14,97	-12,9%

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados dos relatórios e contas do CHL.

Apesar da atividade assistencial do CHL ter aumentado ao longo do período de 2010 a 2016, aparentemente, esse crescimento da produção de cuidados não se traduziu em melhoria do acesso aos cuidados de saúde, no CHL, por parte da população da sua área de influência, como se observa no quadro 3.11.

De facto, verifica-se que o número de doentes saídos após terem alta médica, em relação ao número de habitantes da área de influência, foi diminuindo ao longo dos anos: em 2010 saíram em média 81 doentes por cada mil habitantes enquanto em 2016 saíram em média apenas 66 doentes por cada mil habitantes, representando uma variação negativa de 18,1%.

Também o acesso da população da área de influência ao serviço de consultas externas regista uma evolução negativa de 10,1%, entre os anos de 2010 e 2016, explicada pela redução verificada no acesso da população a primeiras consultas. Em 2010 a média no acesso a primeiras consultas era de 311 consultas por cada mil habitantes e em 2016 a média passou para apenas 224 primeiras consultas por cada mil habitantes, uma diminuição de cerca de 28%.

Do mesmo modo quanto ao indicador das urgências pelo número de habitantes, em que se verifica uma diminuição no acesso da população ao serviço de urgência, ao longo do período em análise: em 2010 foram realizados 688 atendimentos de urgência por cada mil habitantes e em 2016 foram realizados 543 atendimentos de urgência por cada mil habitantes (uma diminuição de 21,1%).

Em relação ao acesso da população à atividade cirúrgica do CHL, esta apresenta, tal como nos indicadores anteriores, uma evolução negativa: em 2010 foram realizadas em média 32 cirurgias por cada mil habitantes, enquanto em 2016 este número diminuiu, passando a ser realizadas 25 cirurgias por cada mil habitantes (-21,8%).

3.4 Discussão de Resultados e Conclusões

Objetivos. A discussão dos resultados que se segue orienta-se pelo propósito que justifica o presente estudo empírico, ou seja, verificar se o desempenho institucional e operacional do Centro Hospitalar de Leiria, E.P.E. (CHL), após a sua criação, em 2011, concretizou, ou não, os objetivos genéricos fixados no Decreto-Lei n.º30/2011, de 2 de março, materializados na indicação de que *“a fusão dos hospitais pretende melhorar continuamente a prestação de cuidados de saúde, garantindo às populações qualidade e diversificação da oferta, universalizar o acesso e o aumento da eficiência dos serviços”*.

Assim, atendendo às limitações de informação disponível (dados de qualidade e económico-financeiros), adotamos como referencial na avaliação da concretização dos referidos objetivos genéricos a evolução do comportamento de vários indicadores de natureza operacional, tendo por base a seguinte correspondência:

- a) Indicadores de **recursos** disponíveis mais relevantes e indicadores de **produção** assistencial – para aferição do objetivo de melhorar a prestação de cuidados e garantir qualidade e diversificação da oferta;
- b) Indicadores de **produtividade** e **eficiência operacional** – para avaliação do objetivo de aumentar a eficiência dos serviços;
- c) Indicador de **acessibilidade** – para ponderar o objetivo de universalizar o acesso.

Recursos. Relativamente aos recursos operacionais disponíveis – **recursos humanos** (número de médicos) e **recursos técnicos** (camas, gabinetes para consulta e salas operatórias) – os resultados obtidos registaram, entre 2010 e 2016, um significativo crescimento em todos os indicadores, sendo mais relevante a evolução do número de médicos (cerca de 64%), já que nos restantes recursos se observam variações mais moderadas: camas um aumento de 9,85%; gabinetes para consulta um aumento de 19,6% e salas de operação um aumento de 6,7%.

A evolução dos indicadores de recursos sugere um reforço da capacidade operacional do CHL, tendo em vista acompanhar o alargamento da sua responsabilidade assistencial face ao aumento verificado da sua área de influência, ao longo do período em análise, que se afigura compatível, igualmente, com o objetivo genérico de melhorar a prestação de cuidados, garantir a qualidade e promover a diversificação da oferta.

Produção. Quanto à atividade das principais linhas de produção do CHL, os resultados obtidos evidenciam, entre 2010 e 2016, uma evolução positiva em todas as suas componentes: internamento, consulta externa, atividade cirúrgica e urgência.

No setor do **internamento** verificou-se um crescimento de 12,5%, que se justifica pelo aumento do número de camas, pela redução da demora média e pelo aumento da taxa de ocupação e, assim como, pelo envelhecimento e alargamento da população da área de influência.

O aumento de **consultas** deve-se, essencialmente, ao aumento da oferta do CHL, uma vez que foram criadas novas especialidades clínicas e alargada a oferta em especialidades existentes em função do aumento do número de médicos. A evolução desta atividade (+23,6% no total de consultas) é sustentada pelo crescimento do número

de consultas subsequentes (41%) – evidenciando, porventura, o efeito do envelhecimento da população e do aumento dos doentes crónicos, em regra carecidos de mais e maior prolongamento de cuidados, também em ambulatório –, uma vez que o acesso a primeiras consultas diminuiu 1,0%.

Em relação ao aumento das **cirurgias** (7,4%) contribuiu, maioritariamente, a atividade realizada em ambulatório. A evolução do número de cirurgias em ambulatório vai ao encontro dos objetivos estratégicos estabelecidos no Plano Nacional de Saúde. O aumento deste tipo de cirurgia apresenta várias vantagens para o CHL (a diminuição dos tempos de internamento e das listas de espera melhora a organização do hospital, diminui a despesa hospitalar, apresentando o melhor custo operacional, e em termos clínicos, baixa incidência de complicações, alta produtividade e rentabilidade) e para o doente (conduz a benefícios económicos, uma vez que a recuperação é mais rápida pode ser realizada junto da família). Nesta perspetiva admite-se que o decréscimo das cirurgias convencionais de 7,1% tenha decorrido, essencialmente, por “efeito transferência” para cirurgia ambulatória.

Quanto à **urgência**, o número total de atendimentos, entre 2010 e 2016, aumentou 8,5%, mas com evoluções distintas: enquanto a urgência geral cresce 13,5% - provavelmente pelo efeito do alargamento da área de influência e pelo envelhecimento da população servida – as urgências pediátrica e ginecológica/obstétrica diminuem, respetivamente, 3,0% e 3,1% - previsivelmente pelo efeito na procura do decréscimo observado na natalidade e por existir nestas áreas clínicas oferta alternativa noutros hospitais/prestadores.

A evolução da atividade assistencial entre 2010 e 2016 – com crescimentos relevantes em todas as linhas de produção – sugere que o aumento da produção de cuidados hospitalares poderá ter contribuído para a consecução do objetivo genérico de melhoria na prestação de cuidados e de garantia da qualidade e, ao mesmo tempo e em função de informação adicional obtida sobre novos serviços oferecidos, materializa a concretização do propósito de diversificação da oferta.

Produtividade. Os resultados obtidos a partir dos dados de recursos e de produção para os indicadores de produtividade – doentes saídos por médico, consultas por médico, intervenções cirúrgicas por médico, intervenções cirúrgicas convencionais por sala

operatória e intervenções cirúrgicas em ambulatório por sala operatória – demonstram uma significativa diminuição destes indicadores, exceto para o número de consultas por gabinete. Este, entre 2010 e 2016, cresceu 3,3%, apesar de evidenciar ao longo deste período um comportamento misto.

Apesar desta evolução aparentemente negativa em termos quantitativos, a circunstância de não se dispor de dados sobre o *case-mix* (grau de complexidade) dos doentes tratados, da tipologia das intervenções e tratamentos realizados e da qualidade assistencial, não permite concluir, de forma inequívoca, pela ocorrência entre 2010 e 2016 de um decréscimo efetivo de produtividade e, assim, afirmar, sem reservas, que esta componente não terá contribuído para a concretização do objetivo de melhoria da eficiência dos serviços.

Eficiência operacional. A avaliação do desempenho operacional do CHL, através de indicadores de eficiência operacional para a sua principal linha de produção em consumo de recursos e custos – o internamento – revela um comportamento positivo em qualquer um dos indicadores considerados. De facto, verifica-se um aumento do número de doentes tratados por cama (2,5%), como consequência da evolução favorável, em conjunto, da demora média (-1,19 dias) e da taxa de ocupação (5,8%).

A evolução destes indicadores – no seu comportamento individual ou em conjunto – sugere a existência de racionalização de recursos e de melhoria da eficiência na prestação de cuidados em internamento.

Acessibilidade. Os resultados obtidos para os indicadores de acessibilidade permitem observar uma diminuição, significativa, no acesso da população da área de influência aos cuidados de saúde no CHL. Com efeito, o indicador de atividade assistencial por mil habitantes decresce 18,1% no número de internamentos, 10,1% no número de consultas, 21,1% no número de urgências e 21,8% no número de cirurgias.

Tais resultados negativos – registados num contexto em que se verificou um aumento de recursos (médicos, camas, gabinetes para consulta e salas operatórias) e um crescimento da produção em todas as linhas (internamento, consulta, cirurgia e urgência) – indicam que esta variação positiva dos recursos foram insuficientes para acompanhar o natural

aumento das necessidades da população servida induzido, desde logo, pelo alargamento da área de influência, que cresceu 37%, passando de 274.070 para 376.496 habitantes (conforme quadro 2.1).

Deste modo, os indicadores de acessibilidade tratados sugerem que, no período observado, o CHL não terá sido a unidade hospitalar de referência da totalidade da população da sua área de influência, obrigando parte da população, por limitação da oferta de cuidados locais, a recorrer como alternativa a outros hospitais/prestadores para satisfazer as suas necessidades de cuidados ou a abdicar na utilização de cuidados de saúde. Em qualquer dos casos poderá estar a verificar-se alguma limitação da universalidade no acesso aos cuidados hospitalares, o que parece comprometer o objetivo genérico estabelecido para a criação do CHL.

Em função da discussão dos resultados que antecede, obtiveram-se conclusões que permitem, em boa medida, embora com limitações decorrentes da amplitude e natureza dos dados disponíveis, responder às questões seguintes que o estudo empírico realizado tinha como propósito esclarecer, ou seja, saber se o desempenho operacional do CHL após a sua criação, em 2011, concretizou ou está a concretizar, ou não, os objetivos genéricos estabelecidos na legislação que determinou a fusão/integração de hospitais (Decreto-Lei n.º 30/2011, de 2 de março) em centros hospitalares.

Assim:

- a) **Quanto ao objetivo de “melhorar continuamente a prestação de cuidados de saúde, garantindo às populações qualidade e diversificação da oferta”** – Apesar das limitações intrínsecas dos indicadores disponíveis para realizar uma avaliação alargada e aprofundada de todas as componentes deste objetivo genérico (especialmente no que se refere à qualidade assistencial), os indicadores que se elegeram para este efeito – no caso, de recursos e de produção – revelam uma evolução favorável, traduzida em crescimentos muito significativos. Esta evolução, a partir da relação existente em saúde entre recursos disponíveis e quantidade de cuidados prestados, por um lado, e melhoria da prestação de cuidados, qualidade de cuidados e diversificação da oferta, por outro lado, sugere que no CHL se verificou uma concretização do objetivo pretendido ou, pelo menos, que o objetivo não deixou de ser atingido

por causa da evolução e do comportamento dos indicadores de recursos e de produção;

- b) **Quanto ao objetivo de “*aumento da eficiência dos serviços*”** – Pelas limitações de informação disponível, para avaliação deste objetivo considerou-se a utilização conjunta de indicadores convencionais de produtividade – de recursos humanos (médicos) e de recursos técnicos (camas, gabinetes de consultas e salas de operações), pela sua relevância na determinação da produção hospitalar – e de eficiência operacional no internamento (doentes tratados por cama, demora média e taxa de ocupação). Quanto à produtividade, os resultados quantitativos obtidos configuram uma evolução negativa em quase todos os indicadores, embora a indisponibilidade de informação, muito relevante em saúde, sobre a evolução da complexidade da produção e da qualidade assistencial realizada no CHL limite a possibilidade de se afirmar que se verificou degradação do desempenho nesta variável. Pelo contrário, os indicadores de eficiência operacional para o internamento revelam uma evolução inequivocamente compatível com o objetivo de melhoria da eficiência. Apesar de sugerirem conclusões aparentemente não coincidentes, embora no quadro da limitação referida sobre a qualidade da informação da produção, não se poderá afirmar que os resultados obtidos para os indicadores considerados de produtividade e de eficiência operacional no CHL, ao longo do período em estudo, comprometam o cumprimento do objetivo pretendido de aumento da eficiência;
- c) **Quanto ao objetivo de “*universalizar o acesso*”** – Sem prejuízo de avaliação mais completa do cumprimento deste objetivo que seria desejável com recurso a indicadores complementares aos adotados ou relativos a outros atributos de acessibilidade, que no quadro deste estudo se revelaram indisponíveis, considera-se suficientemente adequada para aferição da concretização deste objetivo a informação proporcionada pelos indicadores de acessibilidade obtidos no estudo – que relacionam quantidades de cuidados utilizados com a população servida –, que indicia a incapacidade do CHL para servir a totalidade da população da sua acrescida área de influência. De facto, apesar do significativo crescimento dos recursos e da produção do CHL, ao longo do período em

análise, tal não foi suficiente para acompanhar o crescimento da população da sua área de influência, originando redução da acessibilidade, provavelmente compensada por utilização alternativa de outros hospitais/prestadores ou gerando abstenção de utilização de serviços de saúde. O propósito de universalizar o acesso da população servida pelo CHL, aparentemente, não se encontra realizado, por insuficiência dos recursos disponíveis ou da produção realizada ou, ainda, por desajustamento da área de influência estabelecida.

Em síntese, tendo em conta os pressupostos e indicadores considerados, conclui-se que o desempenho operacional do CHL, entre 2010 e 2016, face aos objetivos genéricos estabelecidos no diploma legal que determinou a sua criação, (i) se identifica com o cumprimento do objetivo de melhoria da prestação de cuidados de saúde, garantindo às populações qualidade e diversificação da oferta, (ii) apresenta resultados mistos (positivos, negativos e inconclusivos) em relação ao objetivo de melhoria da eficiência, e (iii) não alcança o propósito de universalizar o acesso na sua área de influência.

CONCLUSÃO

Os graves problemas de sustentabilidade financeira do sistema público de saúde têm motivado, nos últimos anos, várias reformas no Serviço Nacional de Saúde (SNS) com o objetivo de se conseguir obter ganhos em saúde, eficiência, maior produtividade e desempenho do setor, sem esquecer a qualidade e a equidade de acesso aos cuidados de saúde.

Em Portugal, os hospitais públicos são caracterizados como os principais prestadores de serviços de saúde à população. O desenvolvimento das unidades hospitalares teve sempre como referencial a garantia da prestação de cuidados de qualidade aos utentes a um mais baixo custo, com incremento de eficiência, sem prejuízo da eficácia ou da equidade no acesso. Contudo, ao nível da gestão hospitalar, foram postos à prova novos modelos gestão, de forma a garantir um maior controlo dos custos e uma melhoria na produção hospitalar. Este processo definiu novos estatutos jurídicos para os hospitais, caracterizada pela transformação dos hospitais S.P.A e S.A. em E.P.E. (Decreto-Lei n.º93/2005, de 7 de junho), para além destes, surgiram outras políticas para a reforma da gestão hospitalar: a fusão de hospitais em centros hospitalares, bem como a integração de hospitais em unidade locais de saúde com estatuto E.P.E. (Decreto-Lei n.º 30/2011, de 2 março), de forma a racionalizar recursos e a evitar duplicação de serviços.

No entanto, a necessidade de um maior racionamento dos recursos e da redução de custos no setor da saúde, obrigou Portugal a implementar um conjunto de medidas, definidas no Memorando de Entendimento celebrado com *Troika*, em maio de 2011, a aplicar a todos os setores da economia.

No que diz respeito ao setor da saúde, as medidas elencadas para a reforma da rede hospitalar mostraram alguns impactos diretos, aquando da fusão de hospitais em centros hospitalares, uma vez que propuseram o encerramento de diversos serviços e valências em várias instituições hospitalares, o que afetará tanto os profissionais de saúde, como os utentes dos serviços de saúde.

Na realidade, é cada vez mais importante que as organizações do setor público estejam preparadas para responder aos desafios da gestão atual, criando estratégias em função da

envolvente externa e dos recursos existentes, de forma a garantirem o funcionamento e o posicionamento necessários à sua sobrevivência e crescimento.

Este estudo teve como objetivo principal verificar em que medida o desempenho institucional e operacional do Centro Hospitalar de Leiria, E.P.E. (CHL), após a sua criação, em 2011, concretizou, ou não, os objetivos genéricos fixados no Decreto-Lei n.º30/2011, de 2 de março, nomeadamente: i) *melhorar continuamente a prestação de cuidados de saúde e garantir à população qualidade e diversificação da oferta*; ii) *aumentar a eficiência dos serviços*; e iii) *universalizar o acesso*.

Para a prossecução do objetivo proposto foi realizada uma análise ao desempenho da atividade do CHL, após a sua criação, por comparação à situação anterior em 2010, recorrendo à construção de vários indicadores de gestão representativos dos recursos, da produção, da produtividade, da eficiência e da acessibilidade.

A recolha de informação inerente à construção dos indicadores foi obtida através dos relatórios e contas dos anos de 2010 a 2016. Numa fase posterior, foram realizadas entrevistas a vogal do Conselho de Administração, bem como à diretora do serviço de planeamento e informação para a gestão por forma a recolher dados e informações complementares aos constantes dos relatórios e contas.

Perante a análise efetuada, são de evidenciar os aspetos seguintes mais relevantes:

- i) Quanto ao cumprimento do objetivo de “*melhoria da prestação de cuidados de saúde, garantindo às populações qualidade e diversificação da oferta*”, elegeram-se para este efeito indicadores de recursos e de produção. Os resultados obtidos revelam uma evolução favorável, traduzida em crescimentos muito significativos, o que sugere que no CHL se verificou uma concretização do objetivo pretendido;
- ii) Em relação ao objetivo “*aumento de eficiência dos serviços*”, considerou-se a utilização conjunta de indicadores convencionais de produtividade e de eficiência operacional no internamento. Os resultados obtidos permitem conclusões, aparentemente, não coincidentes, uma vez que os resultados quantitativos obtidos para o indicador de produtividade configuram uma evolução negativa, enquanto que os resultados obtidos para os indicadores de eficiência operacional, para o internamento, revelam uma evolução compatível

com o objetivo de melhoria de eficiência. Assim, não se poderá afirmar o cumprimento do objetivo pretendido, uma vez que apresenta resultados mistos;

iii) Por fim, quanto ao objetivo de “*universalizar o acesso*”, foram relacionadas as quantidades de cuidados utilizados com a população servida. Apesar do significativo crescimento dos recursos e da produção do CHL, tal não foi suficiente para acompanhar o crescimento da população da sua área de influência, originando redução da acessibilidade, provavelmente compensada por utilização alternativa de outros hospitais/prestadores ou gerando abstenção de utilização de serviços de saúde. Neste sentido, não se encontra realizado o objetivo de universalizar o acesso na sua área de influência.

Estudos futuros sobre esta temática poderão ser uma mais-valia ou uma base de sustentação para uma nova reforma hospitalar à luz da evolução das políticas de saúde, de modo a dar continuidade à obtenção de ganhos em saúde para os cidadãos, com elevados ganhos de desempenho, de eficiência e de produtividade.

Recomendações para estudos futuros

Será de todo o interesse aprofundar um pouco o presente estudo, procurando recorrer a técnicas e modelos matemáticos, para selecionar os melhores indicadores, que podem servir de *benchmarking* e que permitam a avaliação do desempenho.

Sugiro, que se realize um novo estudo em que sejam definidas estratégias que combatam as dificuldades de acesso aos cuidados de saúde. Existem vários modelos desenvolvidos para caracterizar o acesso e a utilização de serviços de saúde, contemplando variáveis como por exemplo, a distância percorrida, as facilidades de transporte, o rendimento ou os indicadores de satisfação, representando assim outra a via de exploração desta temática.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abreu, P. (2011). *A empresarialização dos hospitais públicos em Portugal: análise comparativa da eficiência dos hospitais S.A. transformados em E.P.E.* Lisboa: Chiado editora.

Administração Central Dos Sistemas De Saúde (ACSS), *Relatório final do grupo técnico para a reforma hospitalar, Os Cidadãos no centro do Sistema. Os profissionais no centro da mudança*, 2011.

Almeida, F. (1999). *Liberdade de escolha na saúde*. Loures: Diário de Bordo.

Araújo, J. (2002). *NPM and the change in Portuguese central government*. International Public Management Journal,

Barros, Pedro Pita (2013), *Economia da Saúde: conceitos e comportamentos*, 3ª ed. Coimbra: Edições Almedina, 2013.

Barros, P. (2011). *As parcerias público privadas na saúde em Portugal*, Coimbra: Almedina

Bentes, M. (1998). *O financiamento dos hospitais*. Lisboa: IGIF

Bilhim, J. (2013). *Gerir a Administração Pública como uma empresa*. Lisboa: Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas.

Cabral, J. (2013). *Economia de escala, eficiência e custos nos hospitais distritais. Evidências empíricas*. Lisboa: Associação Portuguesa de Economia da Saúde

Campos, A. (2001). *Despesa e défice na saúde: o percurso financeiro de uma política pública*. *Análise Social*, XXXVI.

Campos, A. (2007). *Por um sistema de saúde mais eficiente*. *Cadernos de economia*.

Campos, A., & Simões, J. (2011). *O percurso da saúde: Portugal na Europa*. Coimbra: Almedina

Canotilho, J. (2000). *Paradigmas de estado e paradigmas de administração pública. moderna gestão pública - dos meios aos resultados*, acta geral do 2º encontro INA. Oeiras: INA - Instituto Nacional de Administração.

Carvalho, Maria Teresa Geraldo (2013), *Nova gestão pública e reformas da saúde: o profissionalismo numa encruzilhada*. Lisboa, Edições Sílabo.

CCAS - Conselho Coordenador de Avaliação de Serviços (2008). Consultado a 17/05/2018, disponível em: <http://www.ccas.min-financas.pt/faq/quais-os-aspectos-que-devem-ser-observados-na>

Escoval, Ana, *Evolução da administração pública da saúde: o papel da contratualização*, Lisboa: Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa, 2003. Tese de Doutoramento.

Fernandes, João Varandas e Barros, Pedro Pita, (2012), *Um ano depois da Troika na política de saúde*, Principia.

Governo De Portugal (2011). *Memorando de Entendimento sobre as condicionalidades de política económica*. https://www.portugal.gov.pt/media/371372/mou_pt_20110517.pdf. Consultado em 20/03/2018.

Health Cluster Portugal, *O Setor da Saúde: da Racionalização à Excelência*, Relatório de síntese; Porto Business School. Consultado a 16-10-2016. Disponível em: http://healthportugal.com/noticias/hcp_pbs-da_racionalizacao_a_excelencia_versaoexecutiva_vf-mar2013.pdf.

Notícia: “O CHL é um dos melhores exemplos de gestão e de cuidados no País”, Consultado a 20-10-2016. Disponível em: <http://www.chleiria.pt/comunicacao-social/noticias-eventos/-/laquoo-chl-e-um-dos-melhores-exemplos-de-gestao-e-de-cuidados-no-paisraquo-279/>.

Observatório Português do Sistema de Saúde (OPSS), (2001), *Conhecer os caminhos da saúde*, relatório de primavera do OPSS. Lisboa: OPSS

Pereira, Luís Filipe, *A reforma estrutural da saúde e a visão estratégica para o futuro*. Lisboa, 2005

Pereira, M. et al. (1996), *A Utilização dos GDHs como instrumento de financiamento hospitalar*. Gestão Hospitalar.

Pitschas, Rainer (2003), *Reformas da administração pública na união europeia*, Oeiras, Celta Editora.

Plano Estratégico do Centro Hospitalar de Leiria, E.P.E. (2016). Consultado a 13/01/2018, Disponível em: [http://www.chleiria.pt/galeria/files/chlpombal-201612-P%20Estrategico-Submit-v002-20160428%20Ficheiro%201\(1\).pdf](http://www.chleiria.pt/galeria/files/chlpombal-201612-P%20Estrategico-Submit-v002-20160428%20Ficheiro%201(1).pdf).

Portugal. Ms. ERS, *Estudo de Avaliação dos Centros Hospitalares*. Porto: Entidade Reguladora da Saúde. Ministério da Saúde, 2012.

Rego, G.M. (2006), *Gestão Empresarial dos Serviços Públicos: uma aplicação ao sector da saúde*; Dissertação de Doutoramento, Faculdade de Economia da Universidade do Porto. Porto.

Rego, G., Nunes, R., & Costa, J. (2010). *The challenge of corporisation: the experience of portuguese public hospitals*. *European Journal of Health Economics*.

Reis, Rodrigo Vale (2017), *Comportamento do Consumidor: Fatores que influenciam no processo de decisão de compras dos consumidores*. Consultado a 15/05/2018, Disponível em: <https://pt.linkedin.com/pulse/comportamento-do-consumidor-fatores-que-influenciam-de-vale-reis>

Relatório Primavera (2015). *Acesso aos cuidados de saúde. Um direito em risco?* Observatório Português dos Sistemas de Saúde.

Relatório Primavera, (2009). *10/30 Anos: Razões para continuar*. Observatório Português dos Sistemas de Saúde.

Relatórios e Contas do Centro Hospitalar de Leiria, E.P.E. (2010-2016), Consultado a 16/12/2017, Disponível em: <http://www.chleiria.pt/o-hospital/-/relatorio-e-contas-52/>

Serviço Nacional de Saúde, ACSS. Consultado a 16-10-2016. Disponível em: <https://www.sns.gov.pt/>.

Silva, J. (1978), *Jornadas de Administração Hospitalar – O Acesso aos Cuidados Hospitalares em Portugal*. Lisboa: ENSP.

Simões, Jorge (2004), *A avaliação do desempenho de hospitais*. Revista Portuguesa de Saúde Pública.

Legislação:

Decreto-Lei n.º 116/2013 de 9 de agosto

Decreto-Lei n.º 30/2011, de 2 março

Decreto-Lei n.º 309/2003, de 10 de dezembro

Decreto-Lei n.º 93/2005, de 7 de junho

Decreto-Lei n.º 27/2002, de 8 de novembro

Decreto-Lei n.º 413/71, de 27 de setembro

Decreto-Lei n.º 48358, de 27 de abril de 1968

Decreto-Lei n.º 93/2005, de 7 de junho

Lei n.º 22/93, de 15 de janeiro

Lei n.º 27/2002, de 8 de novembro

Lei n.º 56/79, de 15 de setembro