



UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR

Ciências Sociais e Humanas

**AVALIAÇÃO DO DESEMPENHO
DE CENTROS DE RESPONSABILIDADE INTEGRADA -
- ESTUDO COMPARATIVO**

Carla Marina Duarte Simões de Almeida

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em

Gestão de Unidades de Saúde

(2º ciclo de estudos)

Orientadora: Professora Doutora Anabela Almeida

Covilhã, Outubro de 2018

Dedicatória

À memória da minha Mãe...

Ao meu Pai e irmãos, Sofia e Nuno

Agradecimentos

À Professora Doutora Anabela Almeida pelos conselhos e disponibilidade que demonstrou durante a realização do trabalho.

Esta dissertação foi redigida de
acordo com a antiga ortografia

Resumo

A cobertura universal de saúde é uma meta estabelecida pela maioria dos estados. No entanto, o esforço financeiro associado tem impedido e dificultado a concretização desse objectivo e obriga a que sejam tomadas medidas no sentido de otimizar os recursos utilizados, promovendo a eficácia e eficiência nas organizações do sector da saúde.

Os custos nos hospitais representam mais de 40% do total da despesa em saúde, o que transforma estas instituições num alvo de acções/experiências cujo objectivo é otimizar o seu desempenho.

Tradicionalmente, a organização interna do hospital baseou-se no conceito de serviço. Mais tarde, surgem os departamentos, que agregam várias especialidades, reunindo profissionais e equipamentos com objectivos comuns. Em Portugal, no final da década de 80 surge o conceito de Centro de Responsabilidade, legalmente criado em 1999, e definido como uma estrutura orgânica de gestão intermédia, agrupando serviços homogéneos, com o propósito de melhorar a acessibilidade, a qualidade, a produtividade e aumentar a eficiência e a efectividade.

O presente estudo pretende analisar o desempenho de serviços organizados em Centros de Responsabilidade Integrada (CRI), comparando-o com o de outros serviços do mesmo nível na respectiva rede de referência, não organizados em CRI, através de indicadores de qualidade, eficiência e acessibilidade, calculados para os anos de 2014 a 2016.

Pela análise dos resultados, verificou-se que 2 CRI's analisados não demonstraram um melhor desempenho face a outros serviços similares não organizados em CRI's e o CRI de Cirurgia Cardiotorácica destaca-se com um melhor desempenho na área cirúrgica.

Palavras-chave

Centros de Responsabilidade Integrada; Hospital; Desempenho

Abstract

Universal health care coverage is a target set by most governments. However, the related financial effort has hindered and hampered reaching this goal, thus calling for measures aimed at optimizing the resources used, while fostering the efficacy and efficiency of organizations in the health sector.

Hospital expenses account for over 40% of the overall health care expenditure, thereby making these institutions a target of initiatives/experiences whose goal is to optimize their performance.

Traditionally, the hospital's internal organization was based on the concept of service. Later on, departments sprang up, combining various specialties, bringing together professionals and equipment with common goals. In Portugal, the late 1980s saw the emergence of the concept of Center of Responsibility, which was legally created in 1999, and defined as an organic intermediate management structure, grouping homogeneous services, for the purpose of improving accessibility, quality and productivity, while increasing efficiency and effectiveness.

This study seeks to examine the performance of services organized into Integrated Responsibility Centers (IRCs), by comparing such performance with that of other services of the same level in the corresponding referral network, not organized into IRCs, via indicators of quality, efficiency and accessibility, as calculated for the years from 2014 to 2016.

By analyzing the results, it was verified that 2 CRIs analyzed did not show a better performance compared to other similar services not organized in CRI's and the CRI of Cardiothoracic Surgery stands out with a better performance in the surgical area.

Keywords

Integrated Responsibility Centers; Hospital; Performance

Índice

Introdução	1
1. Os Sistemas de Saúde	2
2. Os Hospitais	11
2.1 Gestão dos Hospitais	15
2.2. Os CRI em Portugal	22
2.2.1. Até 2017	23
2.2.2. Pós 2017	27
3. Metodologia de Investigação	31
3.1. Questão de Investigação	31
3.2. Objectivo da Investigação	31
3.3. Unidade de Análise	32
3.4. Estrutura da Investigação	32
3.5. Metodologia	33
3.6. Amostra em Estudo	36
3.7. Procedimentos de Recolha e Análise dos Dados	47
4. Análise dos Resultados	48
5. Conclusão	61
6. Referências Bibliográficas	64
7. Anexos	71

Lista de Figuras

Figura 1 - % das Despesas em Saúde no PIB, em 2016	3
Figura 2 - Despesa em Saúde per Capita, em 2016	4
Figura 3 - Despesas de Saúde por Tipos de Financiamento, em 2015	5
Figura 4 - Despesas de Saúde por Tipos de Cuidados, em 2015	5
Figura 5 - Despesas de Saúde por Tipos de Prestador, em 2015	14
Figura 6 - Despesas Hospitalar Por Tipo de Serviço, em 2015	14
Figura 7 - Objectivos dos CRI's definidos na Lei	33
Figura 8 - Características dos CRI's no CHUC	38
Figura 9 - Estrutura Orgânica do CRIO	42
Figura 10 - Estrutura Orgânica do CRIO-CCT	44
Figura 11 - Estrutura Orgânica do CRIP	46
Figura 12 - Índice Case-Mix - Oftalmologia	49
Figura 13 - Demora Média Simples - Oftalmologia	50
Figura 14 - Consultas por Médico ETC - Oftalmologia	51
Figura 15 - Cirurgias Programadas por Médico ETC - Oftalmologia	52
Figura 16 - % de Cump. TMRG's na Consulta, Ano 2014 - Oftalmologia	53
Figura 17 - % de Cump. TMRG's nas Cirurgias, Ano 2014 - Oftalmologia	54
Figura 18 - Resumo Posição dos Serviços - Oftalmologia	55
Figura 19 - Consultas por Médico ETC - Cirurgia Cardiorácica	56
Figura 20 - Cirurgias por Médico ETC - Cirurgia Cardiorácica	56

Figura 21 - % Cump. TMRG´s Cirurgias, Ano 2015 - Cirurgia Cardiotorácica	57
Figura 22 - Resumo Posição dos Serviços - Cirurgia Cardiotorácica	58
Figura 23 - Consultas por Médico ETC - Psiquiatria	59
Figura 24 - Altas por Médico ETC - Psiquiatria	59
Figura 25 - % de Cump. TMRG´s na Consulta, Ano 2016 - Psiquiatria	60
Figura 26 - Resumo Posição dos Serviços - Psiquiatria	60

Lista de Tabelas

Tabela 1 - Indicadores por Área	36
Tabela 2 - Serviços da Amostra	37
Tabela 3 - População Área Influência - Oftalmologia	40
Tabela 4 - Recursos Humanos Médicos - Oftalmologia	40
Tabela 5 - Lotação - Cirurgia Cardiotorácica	42
Tabela 6 - Recursos Humanos Médicos - Cirurgia Cardiotorácica	43
Tabela 7 - Recursos Humanos Médicos - Psiquiatria	45

Lista de Acrónimos

ACSS	Administração Central dos Sistemas de Saúde
CHUC	Centro Hospitalar Universitário de Coimbra
CR	Centro de Responsabilidade
CRI	Centro de Responsabilidade Integrada
CRIO	Centro de Responsabilidade Integrado de Oftalmologia do CHUC
CRIO-CCT	Centro de Responsabilidade Integrado de Cirurgia Cardiorádica do CHUC
CRIOP	Centro de Responsabilidade Integrado de Psiquiatria do CHUC
EPE	Entidade Púbdica Empresarial
CHUC	Centro Hospitalar Universitário de Coimbra
GCD	Grande Categoria Diagnóstica
GDH	Grupo de Diagnósticos Homogéneos
OCDE	Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico
OECD	Organization for Economic Cooperation and Development
OPSS	Observatório Português dos Sistemas de Saúde
PIB	Produto Interno Bruto
SNS	Serviço Nacional de Saúde
USD	United States Dollar

Introdução

Tem-se assistido a um aumento exponencial das despesas em saúde, que por um lado contribuíram para o aumento da esperança média de vida, mas por outro desafiam os estados a encontrar novas formas de organização que potenciem uma utilização mais eficiente dos recursos, nomeadamente nas instituições prestadoras de cuidados de saúde.

Nos hospitais, a divisão do trabalho tradicional, por serviço e departamento, carece de uma maior participação e autonomia daqueles órgãos. Caracterizando-se o sistema de governação daquelas organizações como muito dependente da gestão de topo, observando-se à concentração do processo de decisão, do planeamento e do controlo de recursos.

Em Portugal, no final da década de 80, surge o conceito de Centro de Responsabilidade Integrada (CRI), que foi legalmente criado em 1999 e definido como uma estrutura orgânica de gestão intermédia, agrupando serviços e ou unidades funcionais homogéneos.

Foram ainda definidos como objectivos da sua criação, a melhoria da qualidade, da eficiência e da acessibilidade dos cuidados de saúde, pelo que importa conhecer mais sobre este modelo de organização que foi implementado nalguns serviços hospitalares, desde os finais da década de 90.

Não existe muita informação, nem muitos estudos acerca dos Centros de Responsabilidade Integrada, nomeadamente no que respeita à sua avaliação.

Tendo o presente estudo como objectivo, analisar o desempenho dos serviços organizados em Centros de Responsabilidade Integrada (CRI), comparando-o com o de outros serviços, classificados no mesmo nível de prestação de cuidados, não integrados em CRI's.

O trabalho encontra-se organizado em 6 capítulos. Sendo no primeiro efectuada uma abordagem aos sistemas de saúde actuais, nomeadamente no que respeita às despesas com a saúde, incluindo também a evolução do sistema de saúde português. O segundo capítulo aborda a organização hospitalar, incorporando o enquadramento teórico relativo à gestão dos hospitais, incluindo ainda a evolução dos CRI's em Portugal. O terceiro capítulo inclui a metodologia de investigação. No quarto, consta a análise dos resultados. E no quinto, as conclusões. Por último, lista-se a bibliografia consultada.

1. Os Sistemas de Saúde

Os principais desafios enfrentados pelos Sistemas de Saúde são o aumento da esperança de vida, a permanente inovação tecnológica e o crescente acesso à informação, aumentando a exigência em relação aos cuidados de saúde.

Béresniak & Duru (1999) referem que cada país organiza o seu próprio sistema de saúde de acordo com as suas aspirações históricas, políticas e morais. Sendo que a organização de um sistema de saúde deve respeitar um certo número de condições definidas pela sociedade: satisfação das necessidades, acesso do maior número possível de pessoas à prestação de cuidados, solidariedade, respeito dos equilíbrios financeiros, equidade, regras éticas, entre outros. Acrescentando que um sistema de saúde representa sempre uma escolha da sociedade.

Segundo Luís Pisco em (Fernandes et al., 2011), os financiadores, os responsáveis pelas políticas de saúde e os responsáveis pela despesa com cuidados de saúde, há muito que se preocupam com os custos crescentes que eles envolvem e procuram incentivos e mecanismos que aumentem a responsabilidade e a consciência dos trabalhadores dos serviços de saúde quanto a um objectivo comum: a eficiência. A necessidade de melhorar a eficiência na saúde, melhorando a qualidade, em particular os ganhos em saúde dos cidadãos, reduzindo simultaneamente os custos, é um desafio que se coloca a todos os sistemas de saúde a nível mundial.

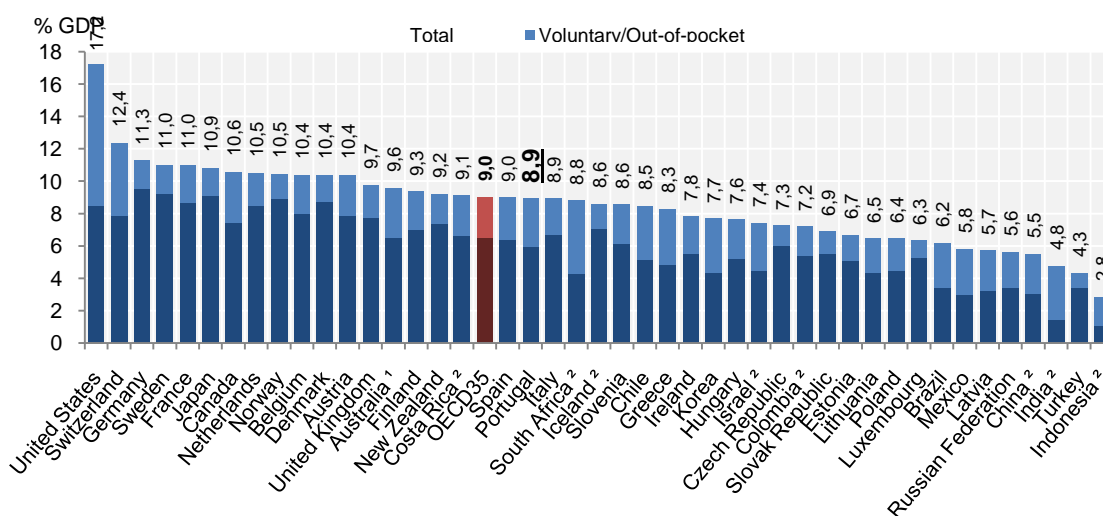
O relatório da Organização Mundial de Saúde (2010), inclui a informação de que os Estados Membros da Organização Mundial da Saúde (OMS) comprometeram-se, em 2005, a desenvolver sistemas de financiamento da saúde que permitam às pessoas aceder a serviços de saúde sem enormes sacrifícios financeiros para os pagar. Sendo que esta meta foi definida como a cobertura universal ou a cobertura universal de saúde. No entanto, os países enfrentam 3 problemas que os afastam daquele objectivo: A disponibilidade de recursos é limitada, levando-os a questionar sobre como deve ser financiado o sistema; A dependência excessiva dos pagamentos directos no momento em que as pessoas necessitam de cuidados, levando os países a questionar sobre como devem proteger as pessoas das consequências financeiras da falta de saúde e do pagamento pelos cuidados de saúde; O uso ineficiente e desigual de recursos, levando à questão sobre como otimizar a utilização dos recursos disponíveis.

De acordo com OECD (2017), o último relatório da Organização para a Cooperação e

Desenvolvimento Económico (OCDE), a maioria dos países membros dispõe de sistemas de saúde com cobertura universal ou próximos da cobertura universal, no entanto, é necessário melhorar o acesso. Sendo este afectado pelo grau da partilha de custos dos serviços de saúde, segundo aquela organização.

Em 2016, em média, nos países da OCDE, os gastos em saúde representaram 9,0% do Produto Interno Bruto (PIB), e assumem, desde 2,8%, na Indonésia, a 17,2% nos Estados Unidos da América (EUA). Em Portugal, representaram 8,9%, % ligeiramente inferior à média da OCDE.

Figura 1 - % das Despesas em Saúde no PIB, em 2016

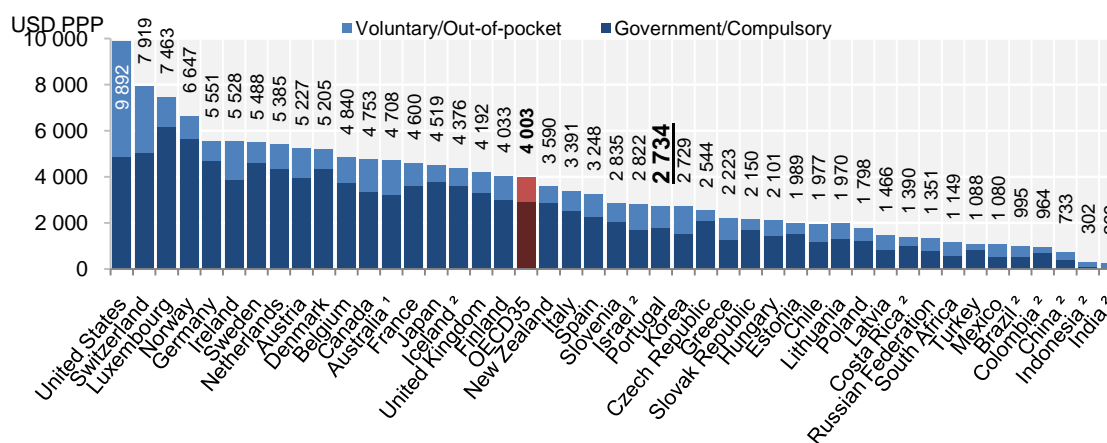


Fonte: OECD (2017)

Apesar de a % de Despesas em Saúde no PIB ser próxima da Média da OCDE, o mesmo não acontece quando se analisa a Despesa em Saúde per Capita.

A despesa com cuidados de saúde per capita é, em média na OCDE, de 4.003 USD per capita, 2.734 USD em Portugal, que diminuiu 1,3% no período de 2009 a 2016, sendo o país com o valor mais elevado, os EUA com quase 10.000 USD per capita.

Figura 2 - Despesa em Saúde per Capita, em 2016



Fonte: OECD (2017)

Segundo a OECD (2017), os gastos em saúde são o factor que mais tem contribuído para o aumento da esperança de vida ao longo dos últimos anos, cuja média na OCDE, passou de 70 anos, em 1970, para 80,6, em 2015. Portugal, em 2015, apresentava um valor superior, 81,2 anos.

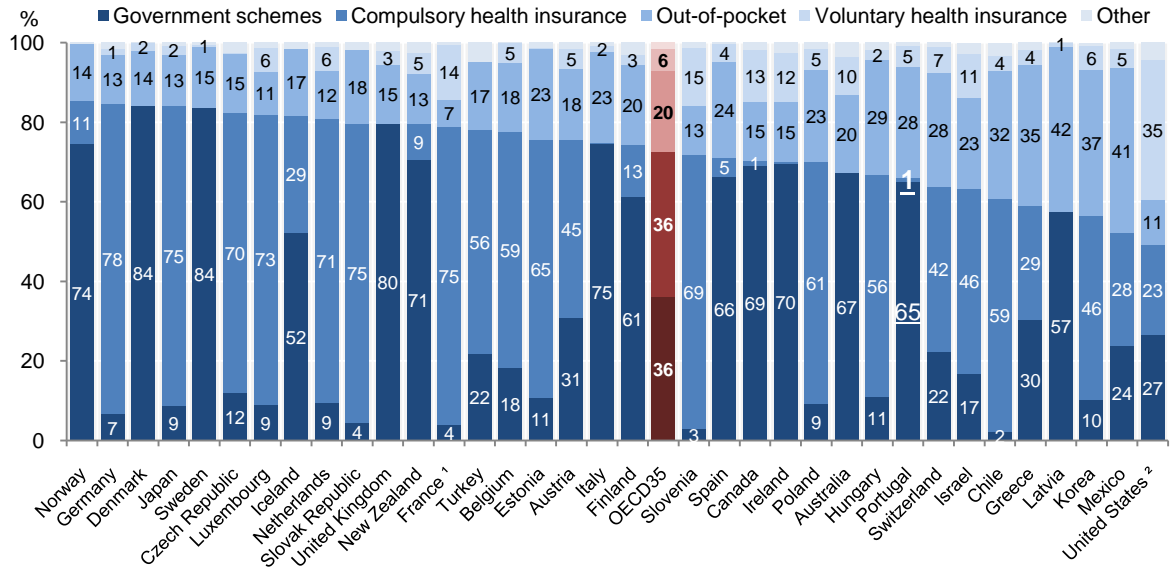
Harfouche (2008), refere que os actuais sistemas de saúde se desenvolveram a partir de dois grandes modelos: o Bismarkiano e o Beveridgeano, tendo Portugal adoptado este último que se baseia em receitas fiscais e em serviços públicos.

Sobre os sistemas de financiamento, segundo Barros & Gomes (2002) existem 4 fontes principais de financiamento dos cuidados de saúde: impostos, contribuição para esquemas sociais de seguro, subscrições voluntárias de esquemas privados de seguro e pagamentos directos por parte dos doentes. Estas quatro fontes podem ser classificadas em sistemas compulsórios (impostos e seguro de saúde social) ou sistemas voluntários (seguro voluntário e pagamentos directos).

Nos países da OCDE, com a excepção dos EUA, os sistemas compulsórios constituem a principal fonte de financiamento para as despesas com a saúde. Em Portugal, representam 66% e na média da OCDE, 72%, apesar do Estado (via impostos) ter um peso significativamente superior em Portugal (65%), face 36% na OCDE, atingindo o valor mais elevado na Dinamarca e Suécia com 84%, seguidos pelo Reino Unido (80%).

Em Portugal, os pagamentos directos são a segunda principal fonte de financiamento, representando 28%, superior ao valor dos países da OCDE, com 20%. Os seguros privados representam 5%.

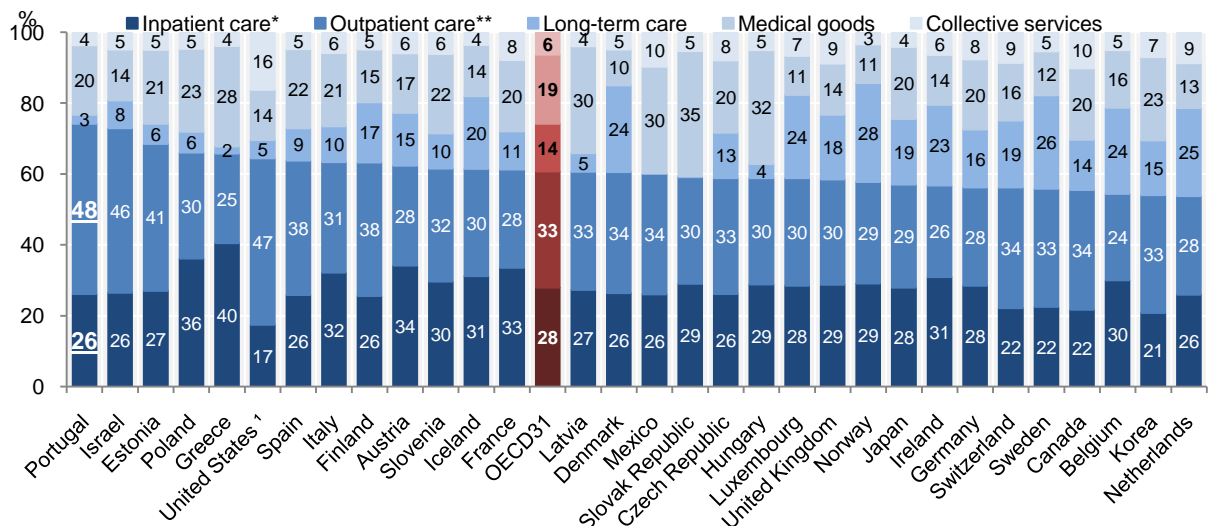
Figura 3 - Despesas de Saúde por Tipos de Financiamento, em 2015



Fonte: OECD (2017)

Nos países da OCDE, em relação ao Tipo de Cuidados, a despesa em saúde é distribuída da seguinte forma:

Figura 4 - Despesas de Saúde por Tipos de Cuidados, em 2015



Fonte: OECD (2017)

Em Portugal, 48% da despesa é gasta em cuidados de ambulatório, 26% em Internamento e 20% em medicamentos. Sendo a média da OCDE, 33%, 28% e 19%, respectivamente.

E, no período de 2009 a 2015, em média na OCDE, a despesa em cuidados continuados, registou um aumento superior ao registado nos cuidados de ambulatório e de internamento, representando em 2015, em média, 19%.

Quanto aos recursos humanos da saúde, em relação aos médicos, a média da OCDE é de 3,4 por mil habitantes, sendo que em Portugal, com 4,6, aquele valor é ultrapassado, importando no entanto referir que o valor indicado para Portugal corresponde ao nº de médicos com licença para praticar e não médicos em funções. Quanto aos enfermeiros por mil habitantes, a média da OCDE é de 9, sendo em Portugal inferior (6,3). Existem, no entanto, assimetrias regionais nestes indicadores, sendo Lisboa a região que dispõe de uma densidade de médicos muito superior à das outras regiões, existindo diferenças claras entre as regiões predominantemente urbanas e as rurais.

O valor gasto em saúde é significativo, de acordo com a Conta Satélite em Saúde (INE, 2018), estima-se que a despesa corrente em saúde em Portugal, em 2017, tenha atingido 17.344,8 milhões euros.

No entanto, no relatório da Organização Mundial de Saúde (2010) é referido que, conservadoramente, entre 20% a 40% dos recursos de saúde são desperdiçados.

Reduzindo este desperdício, aumentar-se-ia significativamente a capacidade dos sistemas de saúde fornecerem serviços de qualidade, permitindo também que os países mais pobres alcançassem a cobertura universal mais rapidamente, enquanto que os países mais ricos poderiam melhorar a disponibilidade e qualidade dos serviços oferecidos.

Em relação ao **Sistema de Saúde Português**, ele inclui o Serviço Nacional de Saúde (SNS), e é complementado pelos Sectores Privado e Social.

O Serviço Nacional de Saúde garante a toda a população o direito aos cuidados, independentemente da sua situação económica e geográfica.

OOPSS (2003) considera cinco períodos distintos do Sistema Nacional de Saúde:

- O Sistema de Saúde Português antes de 1970
- Criação e expansão do Serviço Nacional de saúde (1971-1985)
- Regionalização do SNS e novo papel para o sector privado (1986-1995)
- A abordagem segundo a “nova administração pública” para a reforma do SNS (1996-2001)

- Actual Estado do Serviço Nacional de Saúde

No início dos anos 70, Portugal apresentava indicadores sócio-económicos e de saúde muito desfavoráveis no contexto da Europa Ocidental: Uma taxa de mortalidade infantil de 58,6% (5% em 2001); Cerca de 8.000 médicos (mais de 33.000, em 2001); 37% de Partos Hospitalares (99,3% em 2001). O Sistema de saúde estava muito fragmentado: grandes hospitais do Estado, uma extensa rede de hospitais das misericórdias, postos médicos dos serviços médico-sociais da previdência, serviços de saúde pública (centros de saúde a partir de 1971), médicos municipais; serviços especializados para a saúde materno-infantil, tuberculose e as doenças psiquiátricas; sector privado especialmente desenvolvido na área do ambulatório. A capacidade de financiar os serviços públicos de saúde era muito baixa (a despesa com a saúde era de 2,8% do PIB, em 1970). E os profissionais de saúde, principalmente médicos, adaptavam-se às limitações económicas no sector e à debilidade financeira das instituições públicas, acumulando diferentes ocupações de forma a conseguir um nível aceitável de remuneração e de satisfação profissional.

Com a reforma do sistema de saúde e da assistência, legislada em 1971 (conhecida como a “Reforma de Gonçalves Ferreira”) surge o primeiro esboço de Serviço Nacional de Saúde. São explicitados princípios como o reconhecimento do direito à saúde de todos os portugueses, cabendo ao Estado assegurar esse direito.

Foi, no entanto, a partir de 1974 que a política de saúde em Portugal sofreu modificações radicais, tendo surgido condições políticas e sociais que permitiram, em 1979, a criação do SNS, através do qual o Estado assegura o direito à saúde a todos os cidadãos.

O Direito à Saúde está previsto na Constituição da República Portuguesa aprovada em 1976, na sua versão mais actual de 2005. O seu artigo 64º, prevê o direito à protecção da saúde e o dever de a defender e promover. Acrescentando que o direito à protecção da saúde é realizado através de um serviço nacional de saúde universal e geral e, tendo em conta as condições económicas e sociais dos cidadãos, tendencialmente gratuito. Incumbindo ao Estado a garantia do acesso de todos os cidadãos, independentemente da sua condição económica, aos cuidados da medicina preventiva, curativa e de reabilitação. No mesmo artigo, no ponto 4, é estabelecido ainda que o serviço nacional de saúde tem gestão descentralizada e participada.

O Serviço Nacional de Saúde foi criado em 1979, completando no próximo ano os 40 anos.

A década de 1986 a 1995, foi marcada por uma estabilidade política. Portugal tornou-se membro da Comunidade Económica Europeia (agora União Europeia) em 1986, o que tornou

possível o financiamento europeu para o desenvolvimento de infra-estruturas sociais e económicas.

A Lei de Bases da Saúde, aprovada pela Lei N.º 48/90, de 24/08, definiu as Bases do Serviço Nacional de Saúde, caracterizando-o como universal quanto à população abrangida e estabelecendo os seguintes deveres para o SNS: prestar integralmente cuidados globais ou garantir a sua prestação; ser tendencialmente gratuito para os utentes; garantir a equidade no acesso dos utentes; ter organização regionalizada e gestão descentralizada e participada. Esta lei proporcionou também um novo papel para o sector privado, permitindo a gestão privada de instituições de saúde.

Em 1993, foi aprovado o Decreto-Lei n.º 11/93, de 15 de Janeiro, o Estatuto do Serviço Nacional de Saúde, que vem regulamentar a Lei de Bases da Saúde, concretizando a separação do SNS enquanto financiador e prestador, definindo a organização e funcionamento do Serviço Nacional de Saúde. Prevendo ainda que o financiamento possa ser responsabilidade de outras entidades que não o Estado, inclusive dos beneficiários dos cuidados de saúde, desde que possuam condições económicas e sociais. E estabelece também o princípio do acesso às prestações de saúde através de serviços e estabelecimentos oficiais de cuidados, admitindo a contratualização com outras entidades no caso de incapacidade de resposta integral às solicitações.

No período seguinte, que vai até 2002, são testadas algumas experiências de gestão empresarial, o período da “Nova Gestão Pública ou “New Public Management”.

De acordo com Harfouche (2008), o conceito de New Public Management procura substituir a gestão pública tradicional por processos e técnicas de gestão empresarial, que se traduz na profissionalização e autonomia de gestão, pela liberdade de escolha do consumidor, pela competição entre unidades que se querem mais pequenas, pela adopção de estilos de gestão empresarial, pela explicitação das medidas de desempenho e pela ênfase nos resultados e na eficiência.

A primeira experiência de gestão hospitalar privada ocorreu em 1995 no Hospital Fernando da Fonseca (Amadora- Sintra), que em 1995 passa a ser gerido pelo grupo José de Mello Saúde.

Em 1998, o Decreto-Lei n.º 151/98, de 05/06, altera o estatuto jurídico aplicável ao Hospital de São Sebastião, em Santa Maria da Feira, de acordo com a gestão empresarial, a que se seguirá o Decreto-Lei n.º 76/2001, de 27/02 que estabelece o estatuto jurídico aplicável ao Hospital do Barlavento Algarvio.

Em 2002, a Lei Nº 27/2002, de 08/11, altera a Lei de Bases da Saúde e aprova o novo regime jurídico da gestão hospitalar. Tendo sido alteradas 3 Bases da lei de 1990: a do estatuto dos profissionais de saúde do SNS, permitindo a contratação pela lei do contrato individual de trabalho ou pela contratação colectiva de trabalho; a do financiamento que estabeleceu que o SNS fosse financiado através do pagamento dos actos e actividades efectivamente realizadas segundo uma tabela de preços que consagra uma classificação dos mesmos actos, técnicas e serviços de saúde; a da gestão dos hospitais e centros de saúde que previa a possibilidade de criação de unidades de saúde com a natureza de sociedade anónimas de capitais públicos. E introduziu-se o sistema de financiamento através de contratos programa.

Em Dezembro de 2002, foram publicados vários Decretos-Lei a transformar hospitais do sector público administrativo em 31 hospitais ou centros hospitalares Sociedades Anónimas (SA).

Mas, em 2005, com a mudança política para o partido socialista, pelos Decretos-Lei nº93/2005, de 07/06 e nº 233/2005, de 29/12, são transformados em Entidades Publicas Empresarias (EPE) os anteriores hospitais SA e transformados hospitais SPA em hospitais EPE, no total de 37 hospitais e centros hospitalares.

Em 2007, pelos Decretos-Lei Nº 50-A/2007, de 28/02 e Nº 326/2007, de 28/09, são criados novos hospitais e centros hospitalares EPE.

Também, em 2008, pelos Decretos-Lei Nº 23/2008, de 08/02, Nº 180/2008, de 26/08 e Nº 183/2008, de 04/09 são criados mais hospitais, centros hospitalares e Unidades Locais de Saúde EPE.

Em 2009, é lançado o primeiro contrato em Parceria Público Privada (PPP) para o hospital de Cascais, gerido pelo grupo Lusíadas Saúde. Em 2011 é aberta a PPP do Hospital de Braga, gerido pela José de Mello Saúde. Em 2012 inicia a gestão em PPP do Hospital Beatriz Ângelo (Loures) pela Sociedade Gestora do Hospital de Loures. E, em 2013, inicia o funcionamento o Hospital de Vila Franca de Xira, também com a José de Mello Saúde.

Em 2017, pelo Decreto-Lei Nº 18/2017, de 10/02, é publicado o novo regime jurídico e os estatutos aplicáveis às unidades de saúde do Serviço Nacional de Saúde com a natureza de Entidades Públicas Empresarias, bem como as integradas no Sector Público Administrativo.

Sendo revogados os Decreto-Lei Nº 233/2005, de 29/12 e o Decreto-Lei Nº 188/2003, de 20/08.

O Decreto-Lei Nº 18/2017, de 10/02, é definido como um instrumento para a reforma da prestação dos cuidados de saúde, que a nível organizativo, cria a possibilidade de serem criados os Centros de Responsabilidade Integrada de modo a potenciar os resultados da prestação de cuidados de saúde, contribuindo para a melhoria da acessibilidade dos utentes e a qualidade dos serviços prestados e para o aumento da produtividade. Ao nível da gestão veio capacitar os conselhos de administração e os órgãos de gestão intermédia, impondo que os mesmos possuam formação específica relevante em gestão em saúde e experiência profissional adequada.

Actualmente, a Lei de Bases da Saúde, encontra-se em processo de revisão.

2. Os Hospitais

Existem várias definições para o Hospital, o hospital é definido como um estabelecimento de saúde, de diferentes níveis de diferenciação, constituído por meios tecnológicos e humanos, cujo objectivo nuclear é a prestação de cuidados de saúde durante 24 horas por dia. Sendo a sua actividade desenvolvida através do diagnóstico, da terapêutica e da reabilitação, quer em regime de internamento, quer em ambulatório. Competindo-lhe, igualmente, promover a investigação e o ensino, com vista a resolver problemas de saúde (Reis, Vaz, Alves, & Escoval, 1998).

Actualmente os Hospitais deparam-se com os seguintes desafios:

- **Informação**, uma vez que os doentes estão cada vez mais informados em relação aos seus direitos e pretendem participar activamente no processo de prestação de cuidados de saúde, realçando-se o facto de que Portugal registou uma melhoria de indicadores relativos aos direitos de informação dos doentes. Em 2017, segundo o Euro Health Consumer Index (EHCI), Portugal situou-se na 14ª posição entre 35 países;
- **Alteração da estrutura demográfica** (envelhecimento da população), existindo cada vez mais pessoas a necessitar de cuidados de saúde e cada vez menos a suportar os seus custos;
- **Inovação e Desenvolvimento Tecnológico**, porque os avanços na tecnologia da medicina implicam, por um lado, a necessidade de investimento de mais recursos financeiros, e por outro, uma necessidade constante de adaptação à mudança, sendo os hospitais instituições com plataformas tecnológicas sofisticadas;
- **Recursos Financeiros Limitados**, o que aumenta a necessidade de sistemas de monitorização, das várias dimensões da sua actividade;
- **Novas formas de hospitalização**:
 - **Day Hospital Services** - em que estão incluídos os Testes de Diagnóstico e Tratamentos Médicos e Cirúrgicos (Cirurgia de Ambulatório)
 - **Hospitalização Domiciliária** - ainda a dar os primeiros passos em Portugal
 - **Cuidados Continuados Integrados** - necessidade de criação de estruturas deste tipo de cuidados

- A necessidade de incorporação na cadeia de cuidados clínicos-sociais, com o aumento e tendência de crescimento dos doentes crónicos.
- São um vector essencial de formação e ensino de profissionais de saúde, com a necessidade de criação de estruturas adequadas.

De acordo com o Ministério da Saúde Português existem em Portugal 225 hospitais, dos quais 107 públicos e 118 privados (M. Saúde, 2018).

O INE (2018), na Conta Satélite em Saúde, indica que, em 2016, a despesa com os hospitais representou 42,2% do total da despesa corrente em saúde. Sendo 31,1% de despesa nos hospitais públicos e 11,1% nos hospitais privados.

Os hospitais pertencentes ao Serviço Nacional de Saúde, encontram-se integrados em 49 Instituições Hospitalares: Unidades do Sector Público Administrativo (SPA), Entidades Públicas Empresariais (EPE) e Instituições em regime de Parceria Público-Privada (PPP). Sendo 6 Hospitais e Centros Hospitalares do Sector Público Administrativo, 8 Unidades Locais de Saúde e 31 Hospitais e Centros Hospitalares do Sector Público Empresarial e 4 Hospitais em Parceria Público-Privada (PPP).

Ao nível do sistema de financiamento actual dos hospitais, do sector empresarial do estado, coexistem 2 métodos, o pagamento ao acto, em que cada hospital recebe um valor, previsto no Contrato-Programa Anual, por cada acto realizado. E outro método de financiamento, aquele que é aplicado aos hospitais inseridos em Unidades Locais de Saúde, o pagamento capitolacional. Neste último modelo, é negociado um preço anual por habitante da área de influência da unidade hospitalar, que servirá para cobrir os custos correspondentes às necessidades em saúde dos habitantes. Este modelo conduz à focalização na preservação da saúde, incluindo aqui a prevenção, e não apenas na resposta directa aos episódios de doença.

A melhoria da eficiência hospitalar tem sido um objectivo preconizado pelos responsáveis dos vários sistemas de saúde mundiais.

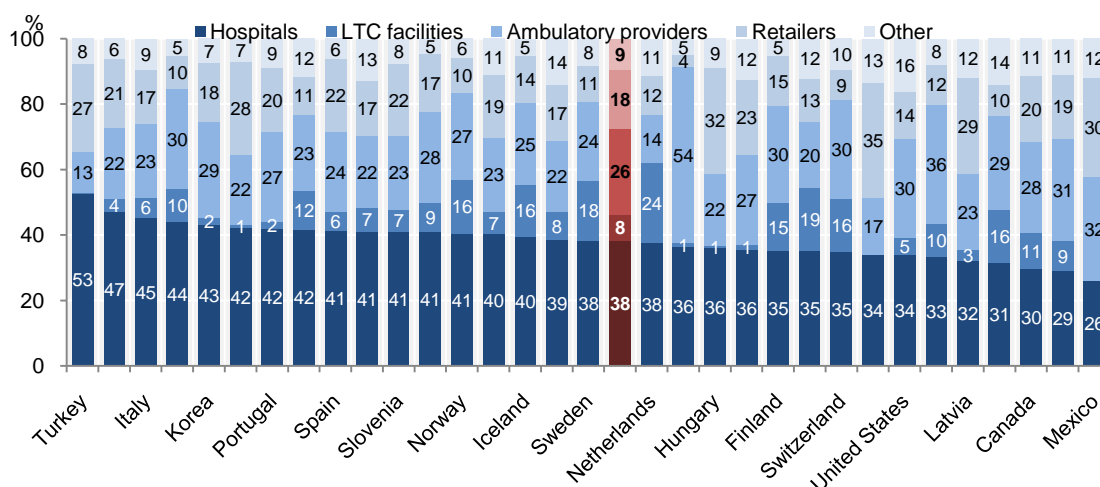
No Reino Unido, Walford & Grant (1998) definiam eficiência como a medida dos resultados alcançados em relação aos recursos utilizados. Um maior nº de resultados para o mesmo nº de recursos resulta numa maior eficiência, assim como o mesmo resultado com um nº inferior de recursos. Definindo ainda como exemplo típico de medidas de eficiência, os rácios de produtividade.

Os mesmos autores afirmavam que uma maior autonomia dos hospitais, com definições claras das responsabilidades e accountability, significava que os gestores hospitalares tinham incentivos e oportunidades para introduzir medidas que melhorassem a eficiência nos hospitais.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (2010), uma revisão de mais de 300 estudos sobre a eficiência e produtividade da prestação de cuidados de saúde determinou que a eficiência hospitalar, em média, era cerca de 85%, significando que os hospitais poderiam fazer mais do que actualmente com os mesmos custos, ou atingir o mesmo nível de serviços com menos 15% dos custos. Acrescentando, que não foram relatadas diferenças substanciais entre hospitais nos EUA, na Europa ou noutras partes do mundo, embora os hospitais públicos fossem mais eficientes que os hospitais privados, independentemente de terem ou não fins lucrativos. Mencionando a dimensão das unidades e a duração da estadia nos hospitais como factores que influenciam a eficiência hospitalar. Acrescentando que, em relação aos internamentos hospitalares, a sua duração é muitas vezes excessiva, e que outra fonte de ineficiência é a dimensão inapropriada de algumas instalações e da gama de serviços que oferecem. Referindo ainda que apesar de poder ter sentido, em termos económicos, aumentar a dimensão e as valências de um hospital para explorar plenamente as competências, infra-estruturas e equipamentos disponíveis, existe um ponto em que a eficiência começa a diminuir. De forma similar, os pequenos hospitais tornam-se ineficientes quando as infra-estruturas fixas e os custos administrativos são repartidos por um número muito pequeno de casos e, assim, aumentam os custos médios hospitalares. Relatando ainda uma investigação, desenvolvida principalmente nos EUA e no reino Unido, que indica que as ineficiências começam abaixo das 200 camas e acima das 600.

De acordo com a OECD (2017), em Portugal, 42% da despesa é gasta em hospitais. Sendo o hospital o principal prestador em termos de despesa de saúde. Um peso superior ao da média dos países da OCDE (38%).

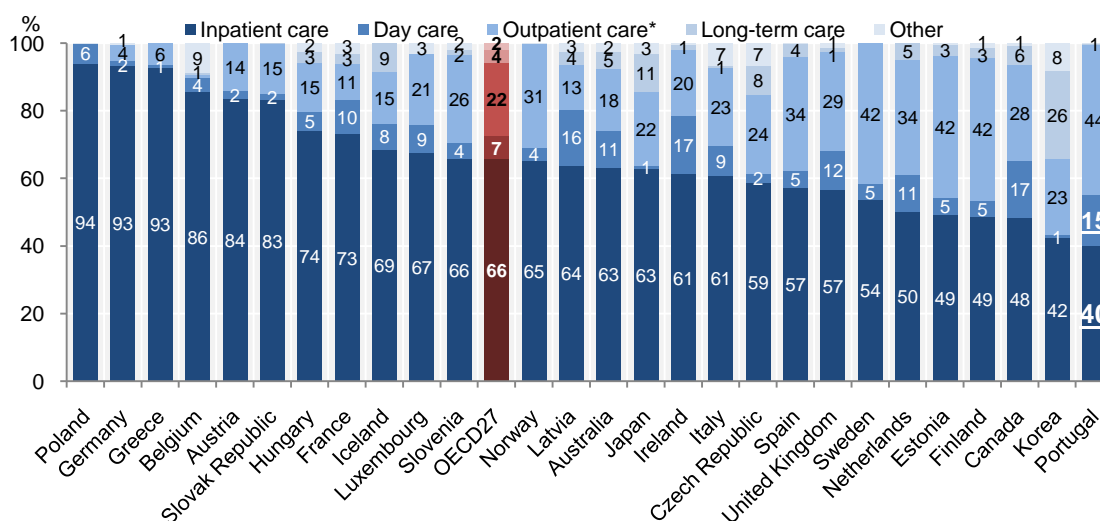
Figura 5 - Despesas de Saúde por Tipos de Prestador, em 2015



Fonte: OECD (2017)

Nos hospitais, em Portugal, os custos com serviços prestados no internamento representam 40% da despesa, sendo inferior à Média da OCDE com 66%, ainda em Portugal, os cuidados prestados na consulta, urgência e exames têm um peso de 44% na despesa do hospital e os custos no DayCare (Cirurgia de Ambulatório e Hospital e Dia) representam 15%.

Figura 6 - Despesas Hospitalar Por Tipo de Serviço em 2015



Fonte: OECD (2017)

É actualmente comum a expressão Hospital do Futuro, que Ana Escoval em (Proença et al., 2000) refere que *“traduz uma ideia de modernidade, ilustrando um conceito de hospital que se quer dinâmico e adaptado às exigências da comunidade (sejam estas de satisfação de necessidades de saúde dos cidadãos seus utilizadores ou de realização profissional por parte dos seus trabalhadores)”*.

Acrescentando que, a mesma expressão, *“ilustra também a noção de uma estrutura organizacional que se deseja mais flexível e responsabilizante, onde a inovação e a experimentação de novos modelos de organização e de gestão poderão introduzir traços inovadores nas estruturas tradicionais do hospital português”*.

A mesma autora afirma que

“assume relevo a introdução na orgânica hospitalar de níveis intermédios de gestão, integrando as componentes económico-financeiras e assistencial da prestação dos cuidados de saúde, de modo a desconcentrar e a responsabilizar os serviços e os profissionais pela gestão adequada dos recursos, pela obtenção da produção e objectivos contratados com o conselho de administração e deste com o SNS”.

2.1.Gestão dos Hospitais

Em Proença et al.(2000), Artur Morais Vaz refere que é aceite o facto de se considerar o hospital como uma empresa, devendo aplicar-se os mesmos critérios e princípios de funcionamento e avaliação que se aplicam a uma qualquer empresa. Acrescentando que o hospital é uma organização extraordinariamente complexa, por ser uma empresa produtora de serviços altamente diferenciados, exigindo mão-de-obra intensiva e diferenciada.

De acordo com Mintzberg (1995), os postos de trabalho podem ser agrupados em unidades, sendo, no caso dos hospitais, aplicado o agrupamento por conhecimentos e qualificações em que os postos de trabalho são agrupados segundo os conhecimentos e as qualificações especializadas dos respectivos membros. Sendo que a dimensão da unidade varia principalmente em função dos mecanismos para coordenar o trabalho.

Por outro lado, Reis (2007) refere que, contrariamente à grande maioria das organizações, os hospitais têm uma estrutura dual, quer em termos de autoridade (autoridade profissional versus autoridade formal), quer em termos da responsabilidade e do seu exercício (responsabilidade perante a organização mas também e autonomamente perante os doentes), que os torna singulares quando se procura escolher o modelo de estruturação interna.

O mesmo autor recorda que, tradicionalmente, a estrutura interna do hospital foi fundada no conceito de “serviço” enquanto unidade centralizadora de recursos homogéneos do ponto de vista técnico e científico. Mas que ao longo do tempo se têm procurado definir novos modelos de divisão do trabalho que ultrapassem aquele conceito, considerado por muitos limitativo e inadequado. Tendo surgido então os departamentos como “unidades de organização e administração de cuidados, baseados num trabalho pluridisciplinar que permita a colaboração de diversos especialistas médicos no seio da mesma equipa de prestação de cuidados que, assim, assume globalmente a responsabilidade pelas prestações perante o doente e perante o hospital”.

No entanto, a departamentalização, que de acordo com aquele autor, “criam círculos de poder técnico mais vastos, tendem a manter ou até agravar situações de conflito de autoridade e de confronto, o que continua a ameaçar a integração e a coordenação da actividade da organização”.

Surge então a evolução para outros conceitos na prática organizacional e na gestão dos hospitais: o Centro de Responsabilidade, que deverá ter objectivos próprios e responsáveis com poder de decisão sobre os meios necessários à realização dos objectivos.

Em relação à estrutura adequada de uma organização, Drucker (1962b) refere que a mesma deve ser desenhada para tornar possível a realização dos objectivos do negócio numa perspectiva de longo prazo. E é determinada com base numa análise das actividades desenvolvidas, numa análise das decisões e numa análise das relações. Acrescentando que apenas uma análise das actividades permite determinar o trabalho a desenvolver, os trabalhos que podem ser reunidos e qual a importância que cada actividade deve ter na estrutura. A análise das decisões irá permitir identificar a natureza das decisões com base nos seguintes critérios: o alcance das decisões no futuro; o impacto da decisão nas outras funções, áreas ou no negócio; o nº de factores qualitativos que a decisão comporta (princípios básicos de conduta, valores éticos, crenças sociais, etc); a periodicidade da decisão (se é frequente ou rara). E, na análise das relações devem ser consideradas as relações descendentes e ascendentes, directas e indirectas.

O mesmo autor indica que a estrutura da organização deve aplicar um dos seguintes Princípios, que sendo distintos, podem coexistir na mesma organização: Descentralização Federal que organiza as actividades em empresas autónomas com o seu mercado, produto e responsabilidades próprias; Descentralização Funcional que

estabelece unidades integradas com total responsabilidade por uma etapa distinta e importante do processo de produção.

Segundo aquele autor, a descentralização federal está directamente relacionada com os resultados, tem de ter dimensão suficiente que suporte um órgão de gestão e tem de potenciar o crescimento da unidade. Tendo como principais vantagens a focalização da visão e esforços na performance do negócio e nos resultados, permitindo a aplicação da gestão por objectivos e o desenvolvimento futuro dos gestores.

Mintzberg (2017) afirma que ao nível dos cuidados de saúde, a estratégia e liderança não descem do topo, mas emergem da base, aventurando-se até a criar novos serviços e utilizadores. Esta forma profissional de organização é a fonte de grande força da saúde, bem como a sua debilitante fraqueza, como quando se verifica o desajuste entre gestores e profissionais, os gerentes em hierarquias descendentes de autoridade e os profissionais em suas hierarquias ascendentes de status. De acordo com o autor, as organizações de cuidados de saúde podem ser reformuladas incentivando a colaboração para transcender a concorrência, cultura para transcender o controlo e o que pode ser chamado “comunidade” para transcender a liderança.

Porter & Lee (2013) afirmam que em todo o mundo,

“os sistemas de cuidados de saúde estão a lutar com o aumento de custos e com a qualidade desigual, apesar do trabalho árduo e bem intencionado dos clínicos bem treinados. Líderes de cuidados de saúde e decisores políticos tentaram inúmeras correcções: combatendo fraudes, reduzindo erros, impondo guidelines, tornando os doentes melhores “consumidores”, implementando registos médicos electrónicos - mas nenhum teve muito impacto. É tempo de uma nova estratégia. Maximizando o valor para os doentes, isto é, alcançar os melhores resultados ao menor custo. Afastando-nos de um sistema de cuidados de saúde orientado para a oferta, organizado em torno dos médicos para nos dirigirmos a um sistema centrado no doente organizado em torno das necessidades dos doentes.”

A transformação para cuidados de saúde baseados em valor, é o novo paradigma, em que se desvia o foco do volume (internamentos, procedimentos, análises) para os resultados alcançados pelo doente, melhorando-os. Mas fazer essa transformação não é um passo único, mas uma estratégia abrangente. A chamada, “agenda de valor”. Que foi introduzida por Michael Porter e Elizabeth Teisberg no livro “Redifining HealthCare”, e cujas ferramentas de implementação têm sido desenvolvidas por líderes dos cuidados de saúde e investigadores de todo o mundo.

Segundo Porter & Lee (2013), a agenda estratégica para mudar para um sistema de prestação de cuidados de saúde de alto valor tem seis componentes que são interdependentes e reforçam-se mutuamente. Que são: Organização em Unidades de Prática Integrada (UPI's); Medição de Resultados e Custos para Todos os Doentes; Alteração para pagamentos por pacotes para ciclos de assistência; Integração de Sistemas de Oferta de Cuidados; Expansão de Serviços de Excelência Geograficamente; Construção de uma plataforma activa de tecnologia de informação.

Em relação as UPIs, os autores definem-nas como equipas multidisciplinares organizadas para atender grupos de doentes com necessidades básicas e preventivas similares - por exemplo, doentes com condições crónicas complexas, como diabetes ou doentes idosos com deficiência. Sendo que numa UPI, uma equipa de pessoal clínico e não clínico oferece o ciclo completo de cuidado adequado à condição clínica do doente, tratando não apenas a doença mas também complicações e comorbilidades. Caracterizando-se as UPI's por: 1) Uma UIP é organizada em torno de uma condição médica ou um conjunto de condições intimamente relacionadas (ou em torno de segmentos de doentes definidos para os cuidados primários); 2) Os cuidados são prestados por uma equipa dedicada e multidisciplinar; 3) Os profissionais vêem-se a si mesmos como parte de uma unidade organizacional comum; 4) A equipa responsabiliza-se pelo ciclo completo de atendimento da condição, abrangendo atendimento ambulatorial, hospitalar e de reabilitação e serviços de apoio (como nutrição, assistência social e saúde comportamental); 5) A educação, o envolvimento e o acompanhamento dos doentes são integrados nos cuidados; 6) A unidade possui uma estrutura administrativa e de agendamento únicas; 7) Em grande medida, os cuidados são prestados em instalações dedicadas e co-localizadas; 8) Um chefe da equipa de médicos acompanha o processo de tratamento de cada doente; 9) A equipa mede os resultados, custos e processos para cada doente usando uma plataforma de medição comum; 10) Os cuidadores da equipa encontram-se formal e informalmente para discutir doentes, processos e resultados.

Segundo os mesmos autores, as seis componentes da agenda de valor são distintos, mas reforçam-se mutuamente. A organização em UIP's facilita a medição adequada dos resultados e custos. Uma melhor medição dos resultados e custos originam o pagamento por pacotes mais fácil de ser medido e acordado. Uma plataforma de tecnologia de informação permite colaboração e coordenação eficazes dentro das equipas da UIP e a comparação e relatórios de resultados e dados de custos mais fáceis. Com os preços agrupados em vigor, as UIP's têm incentivos mais fortes para trabalhar em equipa e melhorar o valor do atendimento. E á medida que os resultados das UIP's melhorarem, aumentará o seu volume de doentes. Com ferramentas para gerir e reduzir custos, os

prestadores poderão manter a viabilidade económica. E os prestadores que concentram volume conduzirão a um ciclo vicioso, no qual as equipas com mais experiência e melhores dados, melhorarão o valor mais rapidamente, atraindo mais volume. As UIP's superiores serão procuradas como parceiros de escolha, permitindo que se expandam noutras regiões.

Existem experiências de UPI's nos Estados Unidos ou Europa, e os resultados são similares (tratamentos mais rápidos, melhores resultados e custos mais baixos) e envolveram a reestruturação do trabalho. As UPI's inicialmente surgiram nos cuidados de determinadas condições médicas como o cancro da mama ou substituição das articulações, mas estão a expandir-se para outras áreas de cuidados agudos e crónicos.

Moutinho (1999) afirma que organizações como os hospitais exigem estruturas flexíveis e dinâmicas que potenciem a gestão por objectivos e a agilização dos processos decisoriais.

O processo da Gestão por Objectivos, criado por Peter Drucker, caracteriza-se pelo envolvimento de todos os elementos da organização na definição dos objectivos e pela existência de um processo de avaliação e de recompensa em função dos níveis de concretização dos objectivos.

Segundo Drucker (1962a), os objectivos, nas diferentes áreas, devem contribuir e servir o objectivo final da empresa. As metas de cada área devem ser definidas pela contribuição que essa área deve dar e cada gestor deve participar responsabilmente na definição dos objectivos. Sendo que essa participação deve ser acompanhada do conhecimento e compreensão das metas da empresa, das expectativas em relação a ele e da forma como será medido o seu desempenho.

Para o mesmo autor, a maior vantagem da gestão por objectivos é a de possibilitar ao gestor o controlo do próprio desempenho, devendo cada gestor dispor das informações necessárias para tal, recebidas em tempo adequado e constituindo um meio de auto-controlo e não um instrumento de controlo top-down. Baseando-se a gestão por objectivos no conceito de acção humana, de comportamento e de motivação.

Moutinho (1999) afirma que o modelo estrutural prevalente na generalidade dos hospitais é excessivamente rígido, fortemente centralizado, verticalizado e burocratizado, sendo imperioso que se proceda a uma profunda reestruturação das organizações hospitalares. Aconselhando que nos hospitais de média e grande dimensão se caminhe para modelos desconcentrados de gestão que permitam que os órgãos de gestão do topo se concentrem na função estratégica e se libertem da gestão corrente das unidades funcionais, deixando essas funções para outros níveis de decisão.

Isto leva-nos à Teoria da Agência que foi formalizada pelos economistas Jensen e Meckling em 1976, e baseia-se na análise dos conflitos que surgem no seio das organizações, que são originados pela divergência de interesses dos diversos agentes envolvidos. Para aqueles autores, a organização pode ser entendida como uma rede de contratos explícitos ou implícitos, que estabelecem as funções e definem os direitos e os deveres de todos os seus stakeholders. Jensen & Meckling (1976) referem que a relação de agência é um contrato segundo o qual uma ou mais pessoas (o principal) contratam outra pessoa (o agente) para executar algum serviço em seu nome, o que envolve delegar alguma autoridade de tomada de decisão ao agente.

Araújo (2000) afirma que uma relação de agência ocorre quando o Principal delega alguns direitos, por exemplo, direitos sobre a utilização de recursos a um Agente que está obrigado através de um contrato (formal ou informal) a representar os interesses do Principal em troca de uma remuneração de qualquer espécie. Sendo o Principal um indivíduo ou grupo de indivíduos que delegam autoridade a outro(s) de modo a obter um determinado resultado e o agente diz respeito a um indivíduo ou grupo de indivíduos que desenvolvem uma ou várias actividades de modo a atingir metas ou objectivos do principal.

O objectivo da Teoria da Agência é solucionar dois grandes problemas que podem ocorrer nas relações de trabalho (agência):

- O problema de trabalho que surge quando os desejos e os objectivos do principal e do agente não coincidem e for complicado para o principal verificar se o agente se comporta adequadamente.
- O problema da repartição de risco que surge quando o principal e o agente têm atitudes diferentes para com o risco, optando por acções distintas devido às suas preferências.

O foco da Teoria da Agência segundo Eisinghardt (1989) é a determinação do tipo de contrato mais eficiente na relação Principal/Agente de modo a que sejam considerados os interesses do Principal quando o Agente tem maior vantagem e informação e também interesses divergentes. Sendo a unidade de análise da teoria, o contrato capaz de gerir a relação entre o Principal e o Agente.

Esta teoria procura maximizar o benefício esperado do principal induzindo o agente a tomar a acção óptima através de incentivos.

As principais fontes de problemas na relação Principal/Agente são: o risco moral que consiste na possibilidade de haver oportunismo por parte do agente; a selecção adversa em que o principal não tem capacidade de verificar determinadas competências na altura da contratação; a assimetria de informação em que o agente dispõe de mais

informação sobre os detalhes das tarefas a executar do que o principal, permitindo ao primeiro tirar vantagens.

Eisenhardt (1989) refere que esta teoria tem sido investigada segundo duas correntes: a Positivista e a Principal-Agente.

Sendo que a primeira se foca na identificação de situações que originam conflitos de objectivos e descreve os mecanismos de gestão para resolver o problema da agência : pela realização de contratos baseados em resultados e pelo desenvolvimento de sistemas de informação que permitam ao principal verificar o comportamento do agente.

Enquanto esta identifica vários contratos alternativos, a corrente Principal-Agente indica qual é o contrato mais eficiente mediante vários níveis de resultados, aversão ao risco, informação e outras variáveis. Sendo o seu foco a determinação do melhor contrato, comportamento versus resultados.

Em relação a esta última teoria, Eisenhardt (1989) referiu 8 proposições: os sistemas de informação estão positivamente relacionados com a existência de contratos com base no comportamento do agente e negativamente relacionados com contratos relacionados com base em resultados; a incerteza dos resultados está positivamente relacionada com contratos baseados no comportamento do agente e negativamente relacionados com contratos baseados nos resultados; a aversão ao risco por parte do agente está positivamente relacionada com a existência de contratos com base no comportamento do agente e negativamente relacionada com contratos com base nos resultados; a aversão ao risco por parte do principal está negativamente relacionada com a existência de contratos com base no comportamento do agente e positivamente relacionada com contratos com base nos resultados; o conflito de objectivos principal-agente está negativamente relacionado com a existência de contratos com base no comportamento do agente e positivamente relacionada com contratos com base nos resultados; a programação das tarefas está positivamente relacionada com a existência de contratos com base no comportamento do agente e negativamente relacionada com contratos com base nos resultados; a mensuração do resultado está negativamente relacionada com a existência de contratos com base no comportamento do agente e positivamente relacionada com contratos com base nos resultados; a duração do contrato está positivamente relacionada com a existência de contratos com base no comportamento do agente e negativamente relacionada com contratos com base nos resultados.

A teoria da agência restabeleceu a importância dos incentivos e do interesse individual na organização, lembrando que a dinâmica da organização está fortemente relacionada com os interesses individuais. Acrescentando que a informação é encarada como um produto que tem um custo e que pode ser comprado. Realçando também a importância da existência de

sistemas de informação formais e informais assim como da supervisão, de modo a poder ser efectuado um controlo acerca do oportunismo dos agentes.

Araújo (2000) conclui que o modelo de agência proporcionou a introdução de novas práticas na administração pública, conduziu à separação das actividades de formulação das políticas e estratégias das actividades de execução e surge como um modelo pós-burocrático, alternativo à organização hierárquica tradicional, enfatizando a flexibilização da gestão, a responsabilização e a monitorização dos resultados.

2.2.Os CRI em Portugal

Segundo Moutinho (1999), conceptualmente, os CRI são unidades gestionárias, agrupando unidades funcionais com base em critérios coerentes. Estando o conceito de “Integrados” relacionado com o facto de se pretender integrar numa única entidade as vertentes técnicas (clínica) e de gestão.

Já Ana Escoval, em (Proença et al., 2000), refere que os Centros de Responsabilidade Integrada constituem níveis intermédios de gestão, baseados no processo assistencial, agrupando serviços e/ou unidades de dimensão gestionária adequada, segundo critérios de homogeneidade, afinidade e complementaridade.

De acordo com Reis (2007), um Centro de Responsabilidade, pode agregar mais do que uma unidade da organização. O autor refere que

“o CRI é mais do que um “centro de custo,” entendido agora este conceito na sua utilização mais habitual, originada na contabilidade analítica e em que o traço distintivo não é a extensão do poder de decisão mas sim a sua capacidade de funcionar como elemento aglutinador de despesas, directa ou indirectamente geradas pela produção ou prestação de um dado bem ou serviço.”

O mesmo autor, acrescenta que,

“no caso dos hospitais, é mais correcto conceituar centros de responsabilidade como “centro de resultados” (em que o responsável teria poder de decisão, não apenas sobre os recursos utilizados ou despesas mas também sobre as receitas da organização, através da produção do centro) ou “centros de investimento” (em que o responsável teria, não só o poder de decisão sobre custos e proveitos mas igualmente sobre outros elementos patrimoniais, activos ou passivos) consoante a extensão de poderes que se lhes quiser atribuir, agregando neles os “centros de custo”.

Moutinho (1999) afirma que o modelo de gestão aplicado aos CRI se baseia nos seguintes princípios: autonomia de gestão adequada; missão, finalidades e objectivos próprios claramente definidos no quadro estratégico global do hospital; descentralização de poderes; contratualização de objectivos; responsabilização pelos resultados; financiamento prospectivo.

O mesmo autor, refere que a filosofia de gestão que preside aos CRI é a contratualização interna dos objectivos (de produção, produtividade, eficiência, qualidade e acesso, entre outros) e negociação dos meios necessários, humanos e financeiros com os Conselhos de Administração dos hospitais.

2.2.1. Até 2017

Em termos legais, a primeira referência aos Centros de Responsabilidade (CR) surge em 1988, com a publicação do **Decreto-Lei 19/88, de 21/01**, que aprova a Lei de Gestão Hospitalar, e que determina a criação dos CR como níveis intermédios de administração, baseando-se no princípio de que os hospitais deviam organizar-se e ser administrados em termos empresariais.

Este diploma, no seu artigo 9º, definiu os CR, designados de centros de responsabilidade e de custos, como estruturas funcionais que deviam agrupar, como regra, vários centros de custos com actividades homogéneas ou afins. Sendo atribuído a cada CR a necessária autonomia, a fim de se conseguir a adequada desconcentração de poderes e correspondente repartição de responsabilidades. Determinou ainda que, sempre que necessário, os CR deviam ter um responsável profissionalizado, que desenvolveria a sua acção em colaboração com os elementos de direcção e chefia dos respectivos departamentos ou serviços.

A proposta de criação dos CR, designada de inovação no diploma referido anteriormente, impôs a alteração à estrutura organizacional dos hospitais que estava definida no **Decreto-Regulamentar Nº 30/77, de 20/05**, e resultou na substituição deste pelo **Decreto-Regulamentar Nº 3/88, de 22/01**. Que veio reforçar as competências dos órgãos de gestão e introduzir métodos de gestão empresarial, uma gestão com mais autonomia e, correspondentemente, maior responsabilidade. No seu artigo, 32º, definiu as actividades previstas para os CR, relacionadas com o planeamento e orçamentação, acompanhamento dos níveis de produtividade e custos e identificação de oportunidades de melhoria. Definiu ainda que a criação dos CR seria feita de forma progressiva e nos termos a fixar por despacho ministerial.

No entanto, segundo Antunes (2001) apenas dois ou três CR foram criados com base no Decreto de 1988 e só em 1990, com o Decreto-Lei Nº 73/90, de 06/03, que limitou a prática da clínica privada dentro dos CR, foram criados mais alguns. Isto, porque, segundo o autor,

“ a nenhum dos CR assim constituídos foram facilitados, quer pelo poder central, quer pelas administrações hospitalares, os instrumentos de gestão necessários e já previstos pelo Decreto-Lei de 1988, especialmente no que respeita à concessão de um orçamento próprio e autónomo”.

Elemento que o autor considera essenciais na implementação dos CR.

Só em 1999, é publicado o diploma que estabelece o regime geral a que devia obedecer a criação dos CRI nos hospitais e centros hospitalares do Serviço Nacional de Saúde, o **Decreto-Lei Nº 374/99, de 18/09**. Cujas origens estiveram no **Despacho Nº 12781/98, de 06/07**, da ministra da saúde à data, que nomeou uma equipa de projecto com o objectivo de preparar e apresentar propostas de normativos reguladores da organização e funcionamento dos centros de responsabilidade integrada, bem como dos instrumentos necessários à sua aplicação.

Segundo Antunes (2001), nove meses antes, por despacho, em 22 de Dezembro de 1998, é criado o Primeiro Centro de Responsabilidade Integrada, o CRI de Cirurgia Cardiorrástica, sem suporte legal até à publicação do diploma de 1999.

O **Decreto-Lei Nº 374/99, de 18/09**, definiu que os CRI constituíam estruturas orgânicas de gestão intermédia, agrupando serviços ou unidades funcionais homogéneos e ou afins. Podiam ainda coincidir com os departamentos, podendo excepcionalmente coincidir com os serviços, quando a sua dimensão o justificasse.

Foi definido como objectivo final dos CRI, melhorar a acessibilidade, a qualidade, a produtividade, a eficiência e a efectividade da prestação de cuidados de saúde, através de uma melhor gestão dos respectivos recursos.

Segundo aquele diploma, os CRI deveriam estabelecer com os conselhos de administração dos respectivos hospitais contratos-programa anuais que fixassem os objectivos e os meios necessários para os atingir e definissem os mecanismos de avaliação periódica. Devendo os contratos-programa ser coerentes com o plano de actividades e o orçamento do hospital.

Quando o valor dos proveitos obtidos pelo CRI fosse superior aos custos da actividade realizada, o resultado do exercício poderia ser afecto, em percentagens acordadas com

o conselho de administração, a : fundo de coesão institucional, fundo de reserva do CRI e sistema de incentivos.

O sistema de incentivos tinha como objectivo apoiar e estimular o desempenho colectivo dos profissionais do CRI, e podiam assumir as seguintes modalidades: melhoria das condições de trabalho, participação em acções de formação e estágios, apoio à investigação e prémios de desempenho. Sendo que os critérios de aplicação e distribuição dos incentivos deveriam constar do projecto do contrato-programa.

A avaliação de desempenho dos CRI deveria ser realizada pelo conselho de administração, pelo menos trimestralmente, devendo ser elaborado relatório anual e final a apresentar às ARS respectivas e a uma comissão de acompanhamento nacional.

Em relação aos CRI, Artur Morais Vaz, em (Proença et al., 2000) refere que os CRI apresentavam alguns problemas que podiam comprometer o seu sucesso. Porque, por um lado, as alterações propostas abrangiam apenas os níveis intermédios de gestão, não afectando directamente a gestão de topo dos hospitais. Isto é, criavam condições objectivas que induziam alterações comportamentais a um nível dependente e não no nível superior da gestão.

O mesmo autor refere que desde o início existiu uma excessiva identificação dos CRI com novas formas de pagamento aos profissionais, com o aumento dos rendimentos dos trabalhadores. Correndo-se o risco de criar CRI para que os profissionais ganhassem mais e não porque são um instrumento de gestão com potencialidades de melhoria de resultados. O autor afirma existir

“ um último ponto crítico, decorrente da realidade concreta portuguesa em termos de gestão dos hospitais públicos. A generalidade dos hospitais apresenta deficits de exploração quase estruturais. Como será, então, garantida a equidade de distribuição do esforço interno para fazer face a esse deficit ? Serão os Cri isolados dos seus efeitos? E, se sim, com que justificação? Como será possível atribuir recursos adicionais a um sector produtivo do hospital (apenas porque adoptou um instrumento de gestão), quando tal facto pode implicar (mesmo que na actual situação os níveis operacionais não sintam directamente os efeitos do deficit) efeitos acrescidos sobre o resto da organização ? Ou como justificar, perante sectores produtivos não estruturados em CRI mas efectivamente sustentáveis (em termos de despesas e resultados), que se aplicam duas medidas diferentes ? No actual estado da gestão hospitalar, estas questões assumem mais um âmbito de ética e equidade de tratamento interno do que de efectivos impactos sobre a gestão e o funcionamento das unidades funcionais que constituem os hospitais.”

Já Ana Escoval, em (Proença et al., 2000), afirma que a criação de CRI's visa atingir maior eficiência e melhor acessibilidade, através de um maior envolvimento e responsabilização dos profissionais pela gestão dos recursos postos à sua disposição. E que visa, igualmente, incrementar a produtividade e a qualidade da actividade, através da atribuição de incentivos aos profissionais, de acordo com o respectivo desempenho (individual e colectivo) e na medida dos ganhos de eficiência obtidos.

A mesma autora refere que a introdução de CRI visa também estimular e sedimentar novas soluções de organização dos serviços, em alternativa aos esquemas organizativos tradicionais. Sendo instrumentos essenciais ao desenvolvimento e criação de CRI, os seguintes: o Orçamento-Programa; o Plano de Investimentos; o Plano de Formação; o Programa de Garantia de Qualidade e o Regulamento Interno.

Segundo Ana Escoval em (Proença et al., 2000) o novo modelo de CRI, aprovado em 1999, é um contributo para a mudança do hospital actual. Sendo

“um instrumento essencial ao desenvolvimento do hospital moderno, que introduz uma nova atitude e uma nova dinâmica à gestão do hospital, devolvendo aos conselhos de administração a sua essência de planeamento, de gestão global da instituição, de acompanhamento e introdução das correcções necessárias para que os objectivos traçados se cumpram e a prestação de cuidados de saúde às populações se realize com capacidade técnica e científica, com qualidade e efectividade”.

Daniel Ferro, em (Proença et al., 2000), em relação aos níveis intermédios de gestão e o sobre o papel dos gestores intermédios, refere que com a criação de níveis intermédios de gestão pretende-se não só a descentralização da gestão, mas também torná-la mais eficaz, quer ao nível institucional, quer ao nível operacional. Afirmando também o mesmo autor que os CRI criados através do Decreto-Lei N° 374/99, de 18 /09 poderiam ser uma ferramenta adequada se houver rigor e cautela na sua aplicação, nomeadamente ao nível do perfil e exigências relativas aos gestores intermédios.

O Decreto-Regulamentar N° 3/88 e o Decreto-Lei N° 374/99 foram revogados pelo **Decreto-Lei N° 188/2003, de 30/08**. Este diploma surge na sequência da publicação da **Lei N° 27/2002, de 08/11**, o novo regime jurídico da gestão hospitalar, que determina a necessidade de um regulamento com a definição da estrutura orgânica das instituições hospitalares públicas.

O Decreto-Lei N° 188/2003, de 30/08, define assim a estrutura e órgãos das instituições hospitalares. Referindo a importância dos órgãos intermédios de gestão.

E, determinando, no seu artigo 3º, em relação à estrutura, que as estruturas orgânicas dos hospitais devem desenvolver a sua acção por centros de responsabilidade e de custo, reflectindo um organograma de gestão que sistematize a divisão de responsabilidade ao longo da cadeia hierárquica.

Estabelece ainda os CR como unidades descentralizadas dotadas de objectivos específicos e de um conjunto de meios materiais e humanos que permitam ao responsável do centro realizar o seu programa de actividade com a maior autonomia possível.

Em 2005, o **Decreto-Lei N° 233/2005, de 29/12**, que aprova os estatutos dos hospitais transformados em entidades públicas empresariais (Hospitais EPE), criados pelo **Decreto-Lei N° 93/2005, de 07/06**, estabelece, no seu artigo 9º, em relação à organização dos Hospitais EPE, que as estruturas orgânicas devem desenvolver a sua acção por centros de responsabilidade que permitam a realização, internamente contratualizada, dos respectivos programas de actividade com autonomia e responsabilidade, de modo a possibilitar formas de trabalho centradas prioritariamente no doente, de acordo com as boas práticas de gestão clínica.

2.2.2. Pós 2017

O **Decreto-Lei N° 18/2017, de 10/02**, veio regular o Regime Jurídico e os Estatutos aplicáveis às unidades de saúde do Serviço Nacional de Saúde com a natureza de Entidades Públicas Empresariais (EPE), bem como as integradas no Sector Público Administrativo, revogando o **Decreto-Lei N° 233/2005, de 29/12**.

Este novo Decreto de 2017, prevê, no seu artigo 9º, a organização dos hospitais EPE através de Centros de Responsabilidade Integrada. Definindo os CRI como estruturas orgânicas de gestão intermédia que visam potenciar os resultados da prestação de cuidados: melhorando a acessibilidade dos utentes; melhorando a qualidade dos serviços prestados; aumentando a produtividade dos recursos aplicados; contribuindo para uma maior eficácia e eficiência.

O referido diploma, prevê a constituição dos CRI por equipas multidisciplinares, integrando Médicos, Enfermeiros, Assistentes Técnicos, Assistentes Operacionais, Gestores e Administradores Hospitalares e Outros Profissionais de Saúde, de acordo com as áreas de Especialidade. Sendo as equipas multidisciplinares nomeadas pelo Conselho de Administração por um período de 3 anos e constituídas por profissionais que desenvolvam a sua actividade em regime de exclusividade de funções, salvo em situações excepcionais autorizadas pelo Conselho de Administração.

È estabelecido ainda que, no acto da nomeação referida anteriormente, é aprovado o regulamento interno do CRI, de acordo com o modelo definido pelo membro do Governo responsável pela área da saúde.

Neste diploma, é definido ainda que os CRI asseguram preferencialmente a produção adicional no âmbito do Sistema Integrado de Gestão do Acesso e que são financiados através de uma linha específica a ser incluída no contrato programa a celebrar entre o estado e as EPE.

Quanto ao funcionamento do CRI, é estabelecido ainda o seguinte:

- Os CRI são criados por deliberação dos Conselho de Administração, após aprovação do plano apresentado pelos directores de serviço;

O mesmo diploma define a orientação dos CRI's de acordo com os seguintes princípios:

- Descentralização de competências e de responsabilidade;
- Concretização dos objectivos contratados, o controlo dos custos e o reconhecimento dos profissionais;
- Transparência (registo e publicação dos resultado e realização de auditorias internas e externas);
- Cooperação e solidariedade entre elementos do CRI e restante instituição;
- Articulação, com as demais estruturas e serviços da Instituição;
- Avaliação, que deve ser objectiva, transparente e contratualizada entre as partes;
- Mérito e objectivação do reconhecimento;
- Comportamento ético, deontológico e sentido de serviço público;
- Definição clara dos objectivos quantificados, programados e calendarizados;
- Controlo da utilização dos recursos humanos e materiais que lhe estão afectos;
- Contratualização através da celebração, entre os directores do CRI e o conselho de administração, de contratos-programa anuais que fixam os objectivos e os meios necessários para os atingir e definem os mecanismos de avaliação periódica, que incluem, entre outros, o plano de actividades anual do CRI, o projecto de orçamento-programa anual, o plano de investimentos e o plano de formação e investigação;
- O Contrato-programa deve de ter em conta os objectivos gerais do hospital e os definidos pela tutela;

Quanto ao financiamento, o diploma refere que os CRI são financiados através de uma linha específica incluída no Contrato-Programa da entidade, que consiste numa majoração de 10% no preço base da consulta e de 5% na actividade de internamento e ambulatorio codificada em GDH.

Em Outubro de 2017, com a **Portaria Nº 330/2017, de 31/10**, é aprovado o modelo de Regulamento Interno dos CRIs.

A missão do CRI, prevista neste diploma, é a prestação de cuidados de saúde dentro do perfil assistencial definido no contrato-programa anual, garantindo a centralidade no utente, a acessibilidade, a tempestividade, a continuidade, a qualidade, a eficiência e a efectividade da prestação de cuidados de saúde, tendo como objectivo a melhoria dos resultados e dos ganhos em saúde.

A referida portaria, define que a estrutura de governação do CRI é constituída por um Conselho de Gestão, designado pelo Conselho de Administração, que inclui um Director, que preside, um Administrador Hospitalar ou Outro Profissional com experiência em Gestão em Saúde, e ainda um outro profissional da equipa multidisciplinar do CRI, devendo ser um enfermeiro no caso dos serviços médicos e cirúrgicos. Competindo ao Conselho de Gestão garantir o funcionamento e o cumprimento dos objectivos do CRI, bem como o exercício de todos os poderes de gestão que não estejam reservados a outros órgãos, em especial: elaboração do plano de acção, execução do contrato-programa anual e apresentação dos relatórios de acompanhamento.

Estabelece ainda que a actividade do CRI deve rentabilizar a utilização eficiente dos recursos humanos, técnicos e materiais que lhe estão alocados, contribuindo para o aumento dos níveis de produtividade da instituição e para o cumprimento dos tempos máximos de resposta garantidos estabelecidos.

Esta portaria, definia que o pessoal afecto ao CRI deveria estar sujeito ao regime de dedicação exclusiva na instituição, podendo, no entanto, o Conselho de Administração, fundamentadamente, dispensar a exigência de dedicação exclusiva até um máximo de 20% do pessoal de cada grupo profissional.

No sentido de sensibilizar os profissionais de saúde para o desenvolvimento destas estruturas orgânicas, foram promovidas sessões de esclarecimento no Porto, em Coimbra e em Lisboa, tendo, nessa sequência, sido publicada a primeira alteração ao regulamento interno (Portaria n.º 71/2018, de 08/03).

A **Portaria Nº 71/2018, de 8/03**, procede à primeira alteração da Portaria Nº 330/2017, de 31/10, e altera o artigo 3º, não limitando a nenhuma percentagem máxima a dispensa de dedicação exclusiva, tanto dos profissionais como do Director, desde que fundamentada.

No artigo 11 da Portaria Nº 330/2017, de 31/10, está prevista a elaboração de um documento que inclua o sistema de incentivos institucionais a atribuir ao CRI e sistema de incentivos aos profissionais e os critérios de distribuição da retribuição pelo desempenho. Podendo os incentivos institucionais assumir a forma de melhoria das condições de trabalho, investimento

e formação. Quanto aos incentivos remuneratórios, estão relacionados com a realização de actividade adicional, regulamentada na Portaria Nº 207/2017, de 11/07, que define os preços e as condições em que se pode efectuar a remuneração da produção adicional. Sendo que o valor a pagar às equipas pode variar entre 35% e 55% dos valores previstos na portaria, conforme estabelecido e aprovado pelo Conselho de Administração.

Em Setembro de 2018, foi publicada uma nova portaria, a **Portaria Nº 254/2018, de 07/09**, que entre outros, define os preços e as condições em que se pode efectuar a remuneração da produção adicional realizada pelas equipas, e diferencia positivamente o pagamento da actividade adicional interna realizada nos CRI, aumentando o valor a pagar às equipas para valores entre os 40% e 70%, valorizando assim este modelo organizativo.

Analisando os últimos diplomas referidos pode concluir-se que o objectivo de constituição dos CRI é reforçar a autonomia e a responsabilidade dos serviços, estimulando o compromisso e participação dos profissionais na rentabilização da capacidade instalada no SNS, com base num processo de contratualização interna, num modelo de organização orientado por objectivos, sendo os seus instrumentos principais o regulamento e o Contrato-Programa-Anual.

A 19 de Setembro de 2018, foi apresentado o primeiro Centro de Responsabilidade Integrada no Serviço Nacional de Saúde, criado à luz dos novos estatutos das entidades públicas empresariais do SNS, publicados em 2017. Este CRI vai desenvolver as suas actividades na área da obesidade e vai funcionar no Centro Hospitalar de Entre Douro e Vouga.

3. Metodologia de Investigação

Na pesquisa efectuada, verificou-se que a informação sobre os CRI's existentes é escassa, mesmo ao nível dos organismos centrais.

Pelo que este estudo, pretende reunir informação acerca da criação e enquadramento legal, funcionamento e resultados de desempenho de CRI's implementados em Portugal.

3.1. Questão de Investigação

A regulamentação no sector de saúde demonstra a preocupação com a melhoria do acesso e da prestação dos cuidados de saúde, fomentando a qualidade e eficiência dos serviços, nomeadamente, os hospitalares, que são responsáveis por mais de 40% da despesa em saúde. Os Centros de Responsabilidade Integrada foram criados com o objectivo melhorar os resultados na área da saúde, e apesar de não se terem generalizado pelos hospitais, são actualmente vistos como um meio de potenciar os resultados da prestação de cuidados de saúde, contribuindo para melhorar a acessibilidade dos utentes e a qualidade dos serviços prestados, aumentando a produtividade, para uma maior eficácia e eficiência.

Importa por isso avaliar os CRI's no sentido de determinar se os actualmente existentes cumprem o propósito para que foram criados.

Pelo que definiu-se como questão principal de investigação a seguinte:

Os serviços clínicos hospitalares organizados em CRI's têm um melhor desempenho que os outros serviços similares não organizados em CRI's?

3.2. Objectivo da Investigação

À semelhança de outros países, em Portugal, o aumento exponencial das despesas com a saúde das últimas décadas e a necessidade de controlar os custos, nomeadamente nos hospitais, levou à implementação, de novos modelos organizacionais com o objectivo de promover a eficiência e a qualidade dos cuidados prestados, como é o caso dos Centros de Responsabilidade Integrada, que carecem de avaliação.

Neste sentido, pretende-se analisar o desempenho dos serviços organizados em Centros de Responsabilidade Integrada (CRI), comparando-o com o de outros serviços, classificados no

mesmo nível de prestação de cuidados, não integrados em CRI's, para os anos seleccionados, de 2014 a 2016, cujo critério de selecção foi o de serem os mais recentes e em relação aos quais existe informação disponível.

3.3. Unidade de Análise

De acordo com (Fortin, 2009), num estudo de caso, a unidade de análise pode ser um fenómeno, um indivíduo, uma família, um grupo, uma organização ou uma unidade social de maior âmbito. Sendo no caso deste estudo os Serviços Clínicos Hospitalares.

3.4. Estrutura de Investigação

A presente investigação iniciou-se com a definição dos serviços a analisar.

Com o objectivo referido, foi enviado um questionário, via email (em anexo), com excepção das 4 Instituições em regime de Parceria Público Privada, a todas as outras Instituições Hospitalares do Serviço Nacional de Saúde, que incluiu as 8 Unidades Locais de Saúde, os 6 Hospitais e Centros Hospitalares do Sector Público Administrativo e os 31 Hospitais e Centros Hospitalares do Sector Empresarial do Estado, no total de 45 instituições.

Foram colocadas 3 questões aos Presidentes dos Conselhos de Administração: sobre o Nº e Designação dos CRI's existentes na instituição, sobre quais os serviços que integravam os CRI's e ano da criação de cada um dos CRI's.

Foram recebidas 15 respostas, que correspondem a uma taxa de resposta de 33%, nas quais foi indicado existir uma instituição com 3 CRI's e 14 sem qualquer CRI.

Com base nas respostas, foram seleccionados os serviços organizados em CRI's, da área da Oftalmologia: Centro de Responsabilidade Integrado de Oftalmologia do Centro Hospitalar Universitário de Coimbra (CHUC), da área de Cirurgia Cardiorácica: Centro de Responsabilidade Integrada de Cirurgia Cardiorácica e Transplantação de Órgãos Torácicos da mesma instituição, adiante designado por Centro de Responsabilidade Integrado de Cirurgia Cardiorácica, e da área de Psiquiatria: Centro de Responsabilidade Integrada de Psiquiatria, também do CHUC, cujo desempenho foi comparado com serviços similares, tendo sido recolhida informação dos relatórios

disponíveis, assim como dos pedidos dirigidos à ACSS, para se proceder à avaliação dos serviços.

3.5. Metodologia

Desde a 1ª referência, no Decreto-Lei Nº 19/88, de 21/01, como consta da figura seguinte, os CRI's foram apontados como meios para atingir objectivos de eficiência, acessibilidade, qualidade e produtividade, pelo que o desempenho dos serviços será analisado e comparado segundo 3 abordagens: Qualidade, Eficiência e Acessibilidade.

Figura 7 - Objectivos dos CRI's definidos na Lei

Legislação	Sumário	Objectivo do CRI
Decreto - Lei Nº 19/88, de 21/01	Aprova a Lei de Gestão Hospitalar	Maior <u>eficiência</u>
Decreto - Lei Nº 374/99, de 18/09	Cria os centros de responsabilidade integrados nos hospitais do Serviço Nacional de Saúde	Melhorar a <u>acessibilidade</u> , a <u>qualidade</u> , a <u>produtividade</u> , a <u>eficiência</u> e a <u>efectividade</u> da prestação de cuidados de saúde
Decreto-Lei Nº 18/2017, de 10/02	Regula o Regime Jurídico e os Estatutos aplicáveis às unidades de saúde do Serviço Nacional de Saúde com a natureza de Entidades Públicas Empresariais, bem como as integradas no Setor Público Administrativo	Potenciar os resultados da prestação de cuidados de saúde, melhorando a <u>acessibilidade</u> dos utentes e a <u>qualidade</u> dos serviços prestados, aumentando a <u>produtividade</u> dos recursos aplicados, contribuindo, para uma maior <u>eficácia</u> e <u>eficiência</u>

Elaboração Própria

QUALIDADE

Donabedian (1982) refere que a avaliação da qualidade deverá ser efectuada segundo critérios relacionados com a estrutura, com o processo e com os resultados. Sendo os critérios todos os “fenómenos” contabilizados ou medidos com o objectivo de avaliar a qualidade.

O mesmo autor, estabelece que a estrutura se refere aos recursos utilizados na prestação de cuidados, o processo é o conjunto de actividades que constituem o cuidado e os resultados são as consequências para a saúde da prestação.

Estas três abordagens na avaliação da qualidade são possíveis porque as características específicas da estrutura aumentam a possibilidade de providenciar cuidados específicos e porque propriedades específicas do processo de cuidados melhoram a probabilidade de obter mudanças específicas na saúde e bem estar dos indivíduos e população.

Donabedian (1982) identificou vários critérios para avaliação de serviços, tendo-se seleccionado um, relacionado com os resultados, a Demora Média de Internamento registada nos serviços.

O Instituto Nacional de Estatística define a Demora Média de Internamento como o indicador que mede a produção do internamento, considerando o número médio de dias de internamento por doente saído de um estabelecimento de saúde num período de referência. Pelo que calculou-se o resultado do indicador pela razão entre o somatório dos dias de internamento dos doentes saídos e o número de doentes saídos.

Solicitou-se à ACSS a Base de Dados Nacional dos GDH's da área de Oftalmologia, tendo sido enviado por aquele organismo um ficheiro que incluía todos os episódios codificados em GDH's, da Grande Categoria Diagnóstica de Doenças e Perturbações do Olho, de todas as instituições do SNS, a partir da qual foi possível calcular a Demora Média dos serviços em causa.

Para a análise da Demora Média dos serviços de Cirurgia Cardiorácica foram consultados os relatórios anuais de gestão das respectivas instituições hospitalares, mas a informação não se encontrava disponível em todos os relatórios.

EFICIÊNCIA

Segundo Caballer-Tarazona et al. (2010), a eficiência nos serviços hospitalares pode ser determinada pelo Modelo DEA (Data Envelopment Analysis) ou, em alternativa, por um modelo operativo mais simples, através de indicadores. O modelo DEA é uma

metodologia, que utiliza modelos matemáticos e é muito útil na medição da produtividade e eficiência das organizações como os hospitais, que usam muitos recursos para produzir múltiplos produtos ou serviços. O principal objectivo do modelo DEA é encontrar o limite da eficiência formado pela combinação de recursos que otimiza a quantidade de produtos ou serviços, minimizando os custos. Sendo o limite da eficiência, a referência para julgar comparativamente os resultados das outras unidades/serviços que não pertencem ao limite.

Caballer-Tarazona et al. (2010) propuseram a análise da eficiência através de indicadores que, segundo os mesmos, ofereciam 2 vantagens básicas em relação ao modelo DEA: os indicadores são um instrumento de medida que qualquer director de hospital pode usar; quando os dados são escassos os indicadores apresentam-se como alternativa ao modelo DEA que necessita de várias variáveis. Sendo que os indicadores propostos relacionavam produção com o nº de recursos médicos. E concluíram que os indicadores podem ser usados como alternativa ao modelo DEA para medir a eficiência.

Face ao exposto, propõe-se medir a eficiência dos serviços, já identificados, pelo resultado do cálculo dos Indicadores: Consultas por médico, Cirurgias por médico e para a área de Psiquiatria, também, as Altas por médico.

ACESSIBILIDADE

Para avaliar a acessibilidade, o nível de acesso aos cuidados de saúde proporcionado aos utentes, serão analisadas a % de Cumprimento dos Tempos Máximos de Resposta Garantidos nas Consultas e Cirurgias realizadas.

No quadro seguinte indicam-se os indicadores calculados para as várias áreas:

Tabela 1 - Indicadores por Área

ÁREA	INDICADOR	FÓRMULA	OFTALMOLOGIA	CIRURGIA CARDIOTORÁCICA	PSIQUIATRIA
QUALIDADE	Demora Média Simples 2015	Dias de Internamento / Doentes Saídos	X		
	Demora Média Simples 2016	Dias de Internamento / Doentes Saídos	X		
EFICIÊNCIA	Consultas Por Médico ETC 2014	Nº Consultas / Nº Médicos ETC	X		
	Cirurgias Programadas Por Médico ETC 2014	Nº Cirurgias Programadas / Nº Médicos ETC	X		
	Consultas Por Médico ETC 2015	Nº Consultas / Nº Médicos ETC		X	
	Cirurgias Programadas Por Médico ETC 2015	Nº Cirurgias Programadas / Nº Médicos ETC		X	
	Consultas Por Médico 2016	Nº Consultas / Nº Médicos			X
	Altas Por Médico 2016	Nº Altas / Nº Médicos			X
ACESSIBILIDADE	% Cumprimento TMRG na Consulta 2014/2015/2016	Nº Consultas Dentro Tempo / Nº Total Consultas	X		X
	% Cumprimento TMRG nas Cirurgias 2014/2015/2016	Nº Cirurgias Dentro do Tempo / Nº Total Cirurgias Programadas	X	X	

Elaboração própria

Foram ainda solicitados à ACSS os elementos da contabilidade analítica dos hospitais, que aquele organismo disponibilizava online, na Base de Dados dos Elementos Analíticos (BDEA), e que, segundo informação na própria base de dados, os dados eram recolhidos desde a década de 80 pela ACSS. Infelizmente essa recolha foi descontinuada a partir de 2010. Estando disponíveis apenas dados até 2009, que incluíam indicadores de eficiência, entre outros, custos unitários por serviço. Pelo que não foi possível utilizar estes dados.

3.6. Amostra em Estudo

Como não foi possível definir com exactidão o universo dos serviços organizados em CRI existentes em Portugal, optou-se por uma amostra por conveniência.

Tendo-se optado por seleccionar os 3 serviços em relação aos quais a resposta foi a de que estavam organizados em CRI, comparando-os com os outros serviços do mesmo nível na respectiva rede de referência. Os seguintes:

Tabela 2 - Serviços da Amostra

ÁREA	SERVIÇO
OFTAMOLOGIA	Serviço de Oftalmologia do Centro Hospitalar do Porto, EPE
	Serviço de Oftalmologia do Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE
	<u>Centro de Responsabilidade Integrado de Oftalmologia (CRIO)</u> do Centro Hospitalar Universitário de Coimbra, EPE
	Serviço de Oftalmologia do Centro Hospitalar Lisboa Central, EPE
	Serviço de Oftalmologia do Centro Hospitalar S. João, EPE
CIRURGIA CARDIOTORÁCICA	Serviço CardioTorácica do Centro Hospitalar S. João, EPE
	Serviço CardioTorácica do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho, EPE
	<u>Centro de Responsabilidade Integrado de Cirurgia Cardiotorácica (CRIO-CCT)</u> do Centro Hospitalar Universitário de Coimbra, EPE
	Serviço CardioTorácica do Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE
	Serviço CardioTorácica do Centro Hospitalar Lisboa Central, EPE
	Serviço CardioTorácica do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE
PSIQUIATRIA	<u>Centro de Responsabilidade Integrado de Psiquiatria (CRIP)</u> do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE
	Serviço Psiquiatria do Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa

Elaboração Própria

Os Centros de Responsabilidade Integrada do CHUC, aqui em análise, são caracterizados da seguinte forma:

Figura 8 - Características dos CRI's no CHUC

<p>Os centros de responsabilidade integrados (CRI) são estruturas de gestão não integradas em UGI, de dimensão adequada, dotadas de objectivos específicos e de um conjunto de meios materiais e humanos.</p>
<p>O director do CRI é nomeado pelo conselho de administração, preferencialmente de entre profissionais com experiência reconhecida em gestão hospitalar, para um mandato de três anos, decorrendo a nomeação da apresentação, avaliação e aprovação de um plano de actividades e de orçamentos anuais e plurianuais.</p>
<p>O complemento remuneratorio do director do CRI é fixado na deliberação de nomeação.</p>
<p>Os CRI, sempre que se justifique, integram um profissional com o perfil adequado as tarefas de gestão hospitalar, nas áreas de organização, de regulação, do controlo de gestão e de avaliação dos processos e resultados.</p>
<p>O mandato do director do CRI pode ser dado por findo, a todo o tempo, pelo conselho de administração, quando ocorra não observância da lei ou dos regulamentos aprovados pelo conselho de administração, ou não tenham sido alcançados os objectivos acordados elou os resultados contratados em contrato-programa, ou por conveniência institucional.</p>
<p>O regulamento do CRI será elaborado e apresentado pelo respectivo director ao conselho de administração para aprovação, no prazo de 60 dias após a criação desta estrutura.</p>
<p>O CRI terá um sistema de incentivos, previsto no seu regulamento, sujeito a contratualização anual com o conselho de administração.</p>

Elaboração Própria. Fonte: <http://www.chuc.min-saude.pt/paginas/centro-hospitalar/estrutura-de-gestao/centros-de-responsabilidade-integrados-cri.php>

OFTALMOLOGIA

De acordo com Murta (2016), na Rede de Referência Hospitalar para a Especialidade de Oftalmologia, que determina o processo de articulação entre os serviços hospitalares de oftalmologia e os caracteriza, aprovada no início de 2017, no que diz respeito à Oftalmologia, é referido que as unidades hospitalares podem ser divididas em 3 grupos.

Os serviços seleccionados para o presente estudo, pertencem todos ao Grupo III que se caracterizam, ao nível dos cuidados de saúde, por serem responsáveis por todos os cuidados de saúde oftalmológicos, excluindo aqueles relacionados com os Centros de Referência aprovados ou a vir ser aprovados. Ao nível da Urgência, por serem urgência polivalente com 2 médicos Oftalmologistas em presença física, 24 horas por dia, 7 dias por semana. E ao nível do equipamento, por ter o equipamento exigido aos grupos I e II, mais Retcame Electrofisiologia portátil.

A nível nacional, foram classificadas no Grupo III os serviços de Oftalmologia de: Centro Hospitalar São João, EPE, Centro Hospitalar do Porto, EPE, estes 2 da região norte, Centro Hospitalar Universitário de Coimbra, EPE, da região centro, e Centro Hospitalar Lisboa Central, EPE e Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE da região de Lisboa e Vale do Tejo, para onde são também referenciados os doentes do Alentejo e Algarve.

Em termos de caracterização podemos distinguir os serviços pela população da sua área de influência, pelos recursos humanos médicos que comportam e pela estrutura orgânica.

A população total, da área de influência directa e de referência, é superior no Serviço de Oftalmologia do Centro Hospitalar São João, EPE.

Tabela 3 - População Área Influência - Oftalmologia

Serviço	População da Área de Influência Directa	População para Além da Área de Influência Directa	População Total
Serviço de Oftalmologia do Centro Hospitalar do Porto, EPE	302.891	Hospital de Gaia (grupo II: 335.586); CH Entre Douro e Vouga (grupo I: 274.859); ULS Nordeste (grupo I: 136.252); CH Trás-os-montes e Alto Douro (grupo II: 273.263); Total : 1.019.960	1.322.851
Serviço de Oftalmologia do Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE	300.453	Lisboa Vale do Tejo (1.497.165); Algarve (451.006)	2.248.624
<u>Centro de Responsabilidade Integrado de Oftalmologia (CRIO) do Centro Hospitalar Universitário de Coimbra, EPE</u>	386.288	Hospital Distrital da Figueira da Foz (grupo I: 107.541); CH Baixo-Vouga (grupo II: 370.394); CH Leiria (grupo II: 317.436); CH Tondela-Viseu (grupo II: 267.633); CH Cova Beira (grupo II: 87.869) que serve a ULS Guarda (grupo I: 155.466) e ULS Castelo Branco (grupo I: 108.395); Total: 1.414.734	1.801.022
Serviço de Oftalmologia do Centro Hospitalar Lisboa Central, EPE	357.361	CH Médio Tejo (grupo I: 227.999); HD Santarém (grupo I: 196.620); H Vila F. Xira (grupo I: 244.377); H Garcia Orta (grupo II: 779.399); Hosp. De Évora (grupo II: 509.849)	2.315.605
Serviço de Oftalmologia do Centro Hospitalar S. João, EPE	330.386	ULS Matosinhos (grupo I: 318.419, inclui CH Póvoa do Varzim); CH Tâmega e Sousa (grupo I: 519.769); ACES Santo Tirso (grupo I: 110.529) e Hospital de Braga PPP (grupo II: 1.080.416)	2.359.519

Elaboração Própria, Fonte: Murta (2016) e Contas (2018)

Em relação aos recursos humanos médicos, o nº é superior no CRIO.

Tabela 4 - Recursos Humanos Médicos - Oftalmologia

Serviço	Nº Médicos (em 31-12-2014)	ETC´s (Equivalente a Tempo Completo= Horários de 35 horas)
Serviço de Oftalmologia do Centro Hospitalar do Porto, EPE	22	22,7
Serviço de Oftalmologia do Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE	22	19,1
<u>Centro de Responsabilidade Integrado de Oftalmologia (CRIO) do Centro Hospitalar Universitário de Coimbra, EPE</u>	41	39,2
Serviço de Oftalmologia do Centro Hospitalar Lisboa Central, EPE	38	37,8
Serviço de Oftalmologia do Centro Hospitalar S. João, EPE	30	31,0

Elaboração Própria, Fonte:Murta (2016)

O nº de recursos humanos médicos apresentado no quadro anterior foi transformado em ETC's (Equivalentes em Tempo Completo) que é uma medida habitualmente utilizada pelos organismos de saúde estatais, que faz equivaler 1 médico ETC a 1 médico com horário de 35 horas semanais.

Em relação à Estrutura orgânica em que se inserem os serviços seleccionados, é possível distinguir:

- Serviço de Oftalmologia do Centro Hospitalar do Porto, EPE

Pela análise do organograma (anexo 2), verifica-se que se encontra integrado no Departamento de Neurociências, da área dos Serviços Clínicos, que é dependente hierarquicamente do Conselho de Administração.

- Serviço de Oftalmologia do Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE

Está integrado no Departamento de Especialidades Cirúrgicas que depende hierarquicamente do Conselho de Administração (anexo 3).

- Serviço de Oftalmologia do Centro Hospitalar Lisboa Central, EPE

Está integrado na Área das Especialidades Cirúrgicas que depende hierarquicamente do Conselho de Administração (anexo 4).

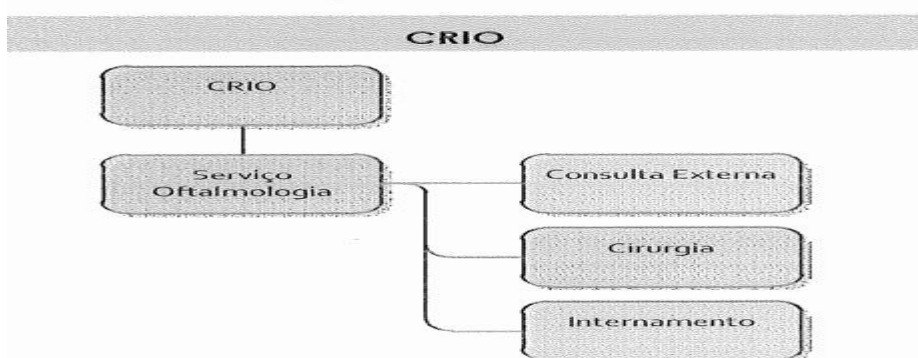
- Serviço de Oftalmologia do Centro Hospitalar São João, EPE

Está integrado na Unidade Autónoma de Gestão de Cirurgia que depende hierarquicamente do Conselho de Administração (anexo 6).

- Centro de Responsabilidade Integrado de Oftalmologia (CRIO) do Centro Hospitalar Universitário de Coimbra

Foi criado em 2010, tem uma estrutura de gestão própria e depende directamente do Conselho de Administração, não estando integrado noutras unidades. É dotado de objectivos específicos e de um conjunto de meios materiais e humanos. Estando também previsto um sistema de incentivos (anexo 5).

Figura 9 - Estrutura Orgânica do CRIO



Fonte: CHUC

CIRURGIA CARDIOTORÁCICA

De acordo com Antunes et al. (2017), são definidos os Centros de Cirurgia Cardiotorácica existentes no país, que integram as seguintes instituições: Centro Hospitalar São João, EPE; Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho, EPE; Centro Hospitalar Universitário de Coimbra, EPE; Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE; Centro Hospitalar Lisboa Central, EPE; Centro Hospitalar Lisboa Ocidental, EPE.

Em termos de caracterização, de acordo com a informação disponível, podemos distinguir os serviços pela lotação, pelos recursos humanos médicos que comportam e pela estrutura orgânica.

Tabela 5 - Lotação - Cirurgia Cardiotorácica

Serviço	Lotação (Nº Camas Activas)
Serviço CardioTorácica do Centro Hospitalar S. João, EPE	52
Serviço CardioTorácica do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho, EPE	40
<u>Centro de Responsabilidade Integrado de Cirurgia Cardiotorácica (CRIO-CCT)</u> do Centro Hospitalar Universitário de Coimbra, EPE	56
Serviço CardioTorácica do Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE	30
Serviço CardioTorácica do Centro Hospitalar Lisboa Central, EPE	39
Serviço CardioTorácica do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE	51

Elaboração Própria, Fonte: Antunes et al.(2017)

Tabela 6 - Recursos Humanos Médicos - Cirurgia Cardiorádica-2015

Serviço	Nº Médicos ETC (em 31-12-2015)
Serviço CardioTorádica do Centro Hospitalar S. João, EPE	12
Serviço CardioTorádica do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho, EPE	9
<u>Centro de Responsabilidade Integrado de Cirurgia Cardiorádica (CRIO-CCT) do Centro Hospitalar Universitário de Coimbra, EPE</u>	11
Serviço CardioTorádica do Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE	14
Serviço CardioTorádica do Centro Hospitalar Lisboa Central, EPE	13
Serviço CardioTorádica do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE	10

Elaboração Própria, Fonte: Antunes et al.(2017)

Em relação à Estrutura orgânica em que se inserem os serviços seleccionados, é possível distinguir:

- Serviço de Oftalmologia do Centro Hospitalar São João, EPE
Está integrado na Unidade Autónoma de Gestão de Cirurgia que depende hierarquicamente do Conselho de Administração (anexo 6).
- Serviço de Oftalmologia do Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho, EPE
Está integrado na UGI do Torax e Circulação que depende hierarquicamente do Conselho de Administração (anexo 7).
- Serviço de Oftalmologia do Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE
Está integrado no Departamento de Coração e Vasos que depende hierarquicamente do Conselho de Administração (anexo 3).
- Serviço de Oftalmologia do Centro Hospitalar Lisboa Central, EPE

Está integrado na Área da Coração Vasos e Toráx que depende hierarquicamente do Conselho de Administração (anexo 4).

- Serviço de Oftalmologia do Centro Hospitalar Lisboa Ocidental, EPE

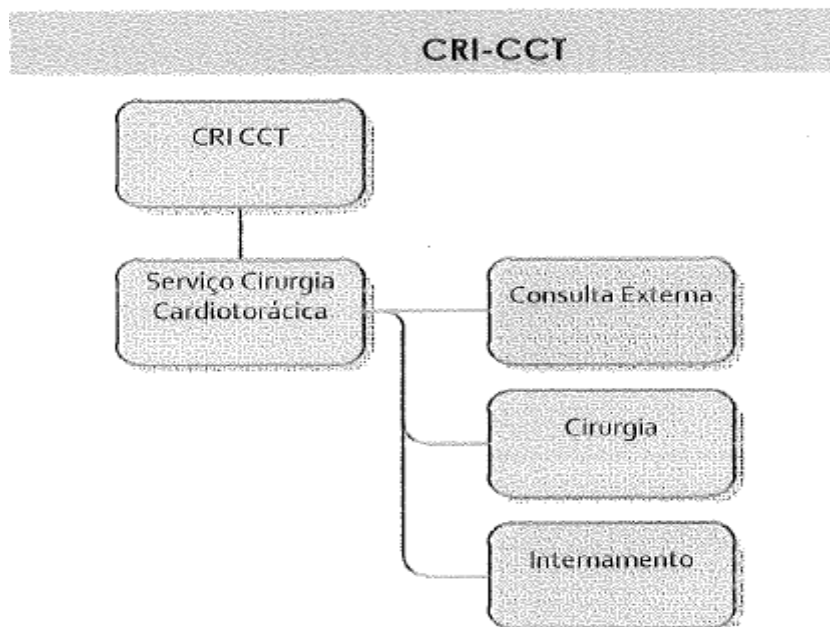
Está integrado no Departamento do Coração que depende hierarquicamente do Conselho de Administração (anexo 8).

- Centro de Responsabilidade Integrado de Cirurgia Cardiorácica (CRIO-CCT) do Centro Hospitalar Universitário de Coimbra

Foi criado em 1999, tem uma estrutura de gestão própria e depende directamente do Conselho de Administração, não estando integrado noutras unidades. É dotado de objectivos específicos e de um conjunto de meios materiais e humanos. Estando também previsto um sistema de incentivos.

De acordo com Carpinteiro et al.(2012), este CRI funciona como uma estrutura orgânica de gestão intermédia, com um grau de autonomia, que não sendo absoluto, constitui um modelo de gestão mais eficaz. Dispondo de mecanismos que lhe permite uma maior liberdade na gestão de algumas áreas, como os recursos humanos. Acrescentando o autor que são atribuídos prémios de desempenho (anexo 5).

Figura 10 - Estrutura Orgânica do CRIO-CCT



Fonte: CHUC

PSIQUIATRIA

De acordo com a ENTIDADE REGULADORA DA SAÚDE (2015), o Centro Hospitalar Universitário de Coimbra, EPE é um hospital de fim de linha para área da Psiquiatria na região de Centro, definindo ainda que em termos nacionais existem ainda mais 2 hospitais fim de linha para esta especialidade: Hospital de Magalhães Lemos, EPE, para a região norte, e o Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa, que serve toda a região sul.

Não foi possível obter os dados necessários para analisar o desempenho do Hospital Magalhães Lemos, EPE, pelo que o CRI de Psiquiatria do CHUC será comparado apenas com o Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa.

Em termos de caracterização, de acordo com a informação disponível, podemos distinguir os serviços pelos recursos humanos médicos que comportam e pela estrutura orgânica.

Tabela 7 - Recursos Humanos Médicos-Psiquiatria-2016

Serviço	Nº Médicos (2016)
<u>Centro de Responsabilidade Integrado de Psiquiatria (CRIP) do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE</u>	43
Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa	47

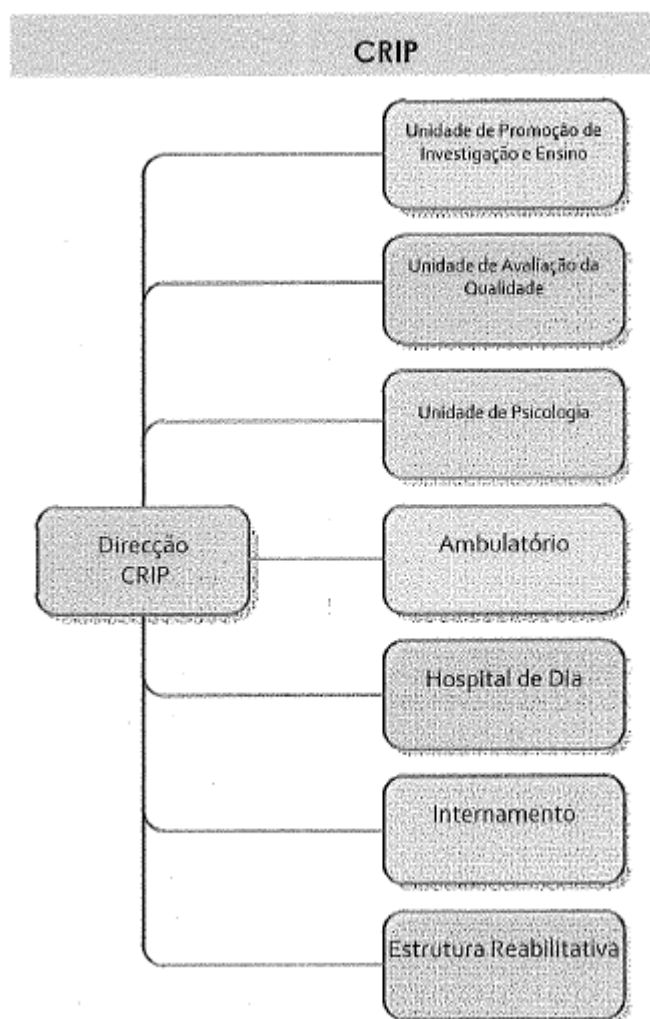
Elaboração Própria, Fonte: Site da Transparência SNS

Em relação à Estrutura orgânica em que se inserem os serviços seleccionados, é possível distinguir:

- Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa
É um hospital especializado em psiquiatria que inclui vários serviços organizados em Departamentos que dependem do Conselho de Administração, e pertence ao sector público administrativo (anexo 9).
- Centro de Responsabilidade Integrado de Psiquiatria (CRIO-P) do Centro Hospitalar Universitário de Coimbra

Foi criado em 2013, tem uma estrutura de gestão própria e depende directamente do Conselho de Administração, não estando integrado noutras unidades. É dotado de objectivos específicos e de um conjunto de meios materiais e humanos. Estando também previsto um sistema de incentivos. E integra o Hospital Sobral CID (anexo 5).

Figura 11 - Estrutura Orgânica do CRIP



Fonte: CHUC

Como referido, os critérios de selecção dos serviços, para além do recebimento das respostas, tiveram em conta a classificação dos serviços nas redes de referenciação que estão aprovadas.

Na área da Psiquiatria, existe um serviço similar aos seleccionados, o Hospital de Magalhães Lemos, EPE, no entanto, não foi possível obter dados que permitissem integrá-lo no estudo.

3.7. Procedimentos de Recolha e Análise dos Dados

Os dados foram obtidos pela análise documental dos relatórios de acesso e relatórios de actividades disponíveis nas páginas da internet das respectivas instituições, pela recolha de dados dos documentos que aprovam as Redes de Referência Hospitalar para as várias Especialidades e pelas respostas aos pedidos de informação dirigidos à Administração Central dos Serviços de Saúde.

Foram ainda dirigidos pedidos de informação a várias entidades hospitalares, mas apesar dos vários contactos, não se obteve resposta às questões colocadas. Nomeadamente em relação ao nº de recursos humanos médicos existentes no triénio de 2014 a 2016, de modo a poder-se fazer uma avaliação dos indicadores de eficiência ao longo daqueles 3 anos, uma vez que existiam dados disponíveis sobre a actividade realizada. Pelo que optou-se por proceder ao cálculo dos indicadores para o período de apenas um ano, de acordo com a informação disponível.

Os indicadores de avaliação do desempenho foram calculados com recurso ao software Microsoft Excel 2007.

4. Análise dos Resultados

O indicador Demora Média de Internamento foi calculado com base nos dados enviados pela ACSS que inclui todos os episódios codificados, relativos aos anos 2015 e 2016, e pelos relatórios de gestão das várias entidades.

Um valor mais baixo para a Demora Média, significa um melhor desempenho, uma vez que o doente é tratado num período de tempo menor, com menos custos em termos económicos e para a saúde do doente, que está menos dias em contacto com potenciais infeções hospitalares.

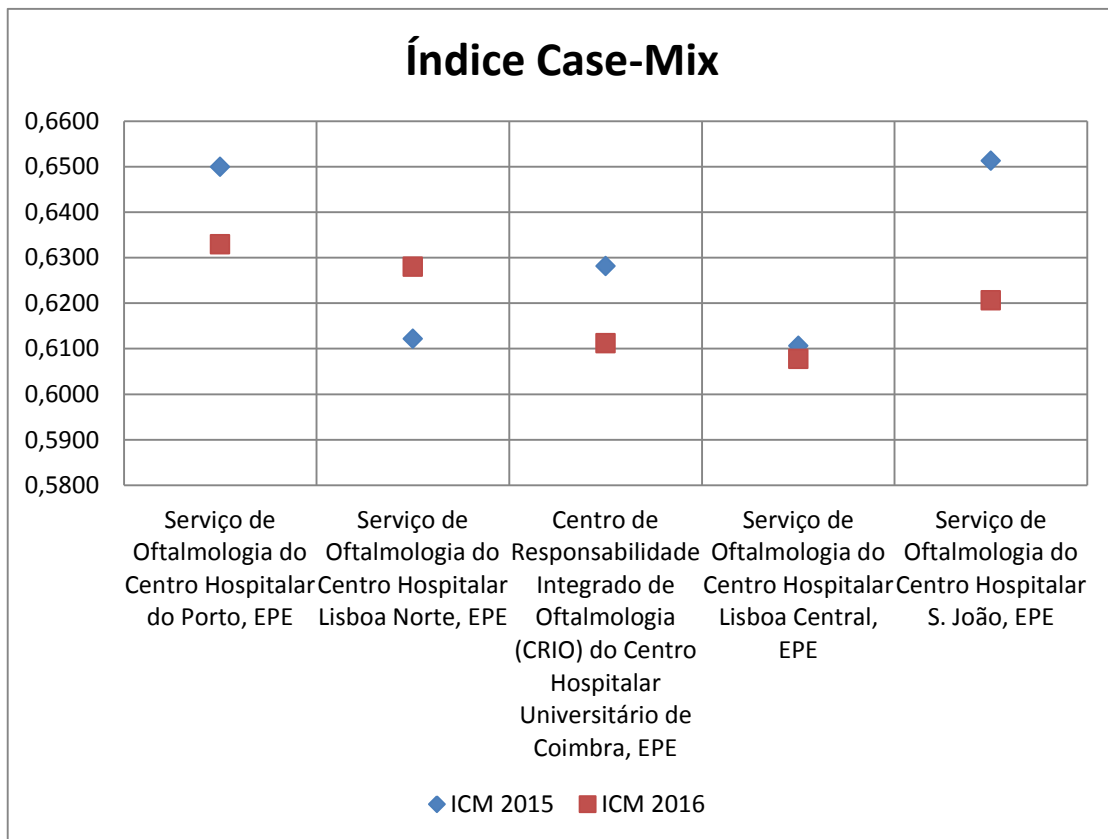
Para os indicadores de eficiência, utilizaram-se os relatórios de acesso e relatórios de gestão das várias instituições, relativos aos anos 2014 a 2016, e as redes de referenciação. Resultando no mais eficiente o serviço com o maior resultado.

Quanto ao Acesso, calcularam-se os Indicadores do Cumprimento dos Tempos Máximos de Resposta Garantidos (TMRG's) para as Consultas e Cirurgias, para o ano 2016. Sendo os TMRG's, determinados na lei, os tempos clinicamente aceitáveis que um doente deve aguardar, de acordo com a prioridade que foi definida para a sua condição de saúde, estando os mesmos previstos na Portaria N° 87/2015, de 23/03.

OFTALMOLOGIA

Um dos factores que influencia o tempo de internamento é a complexidade das patologias tratadas, que é medida pelo Índice Case-Mix (ICM), e é calculado pelo rácio entre o número de doentes equivalentes ponderados pelos pesos relativos dos respectivos GDH e o número total de doentes equivalentes. Pelo que irá também apresentar-se o ICM do Internamento de cada um dos hospitais, para aqueles 2 anos.

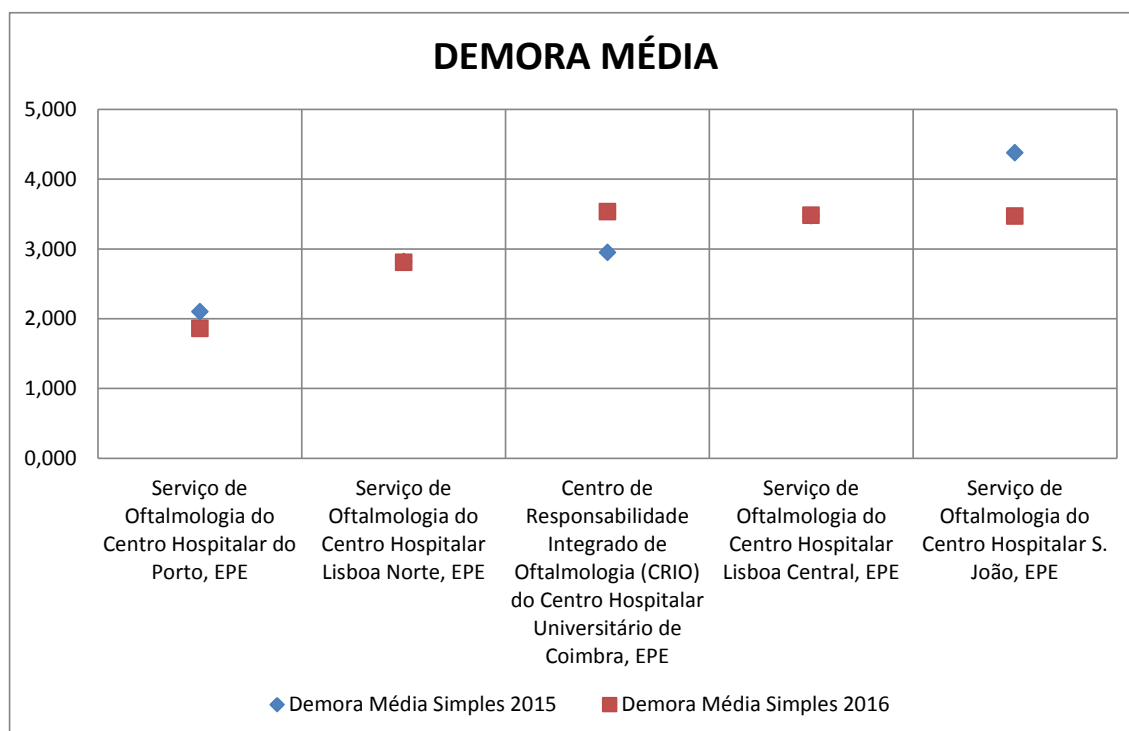
Figura 12 - Índice Case-Mix- Oftalmologia



Elaboração Própria. Fonte: Dados ACSS

Analisando os resultados do ICM, verifica-se que o Serviço de Oftalmologia do Centro Hospitalar São João apresenta o ICM mais elevado no ano 2015, seguido pelo Centro Hospitalar do Porto que apresenta, em 2016, o ICM mais elevado, significando que estes dois hospitais tratam patologias mais complexas que o CRIO. Sendo esta informação importante na análise aos resultados do Indicador apresentado em seguida.

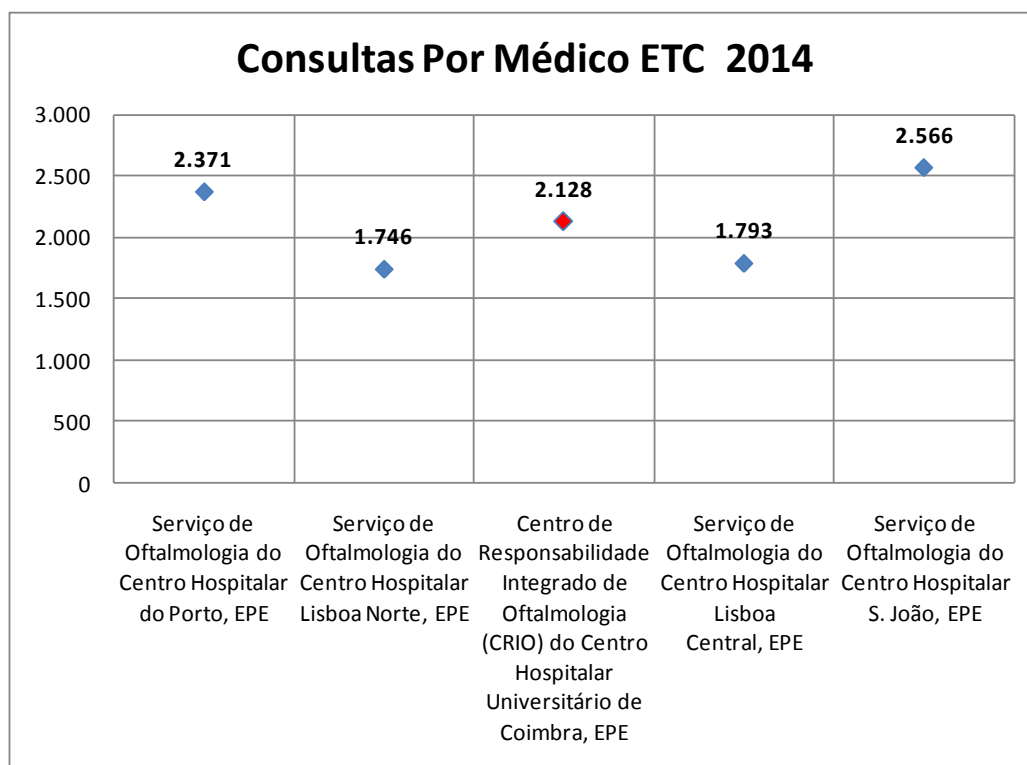
Figura 13 - Demora Média Simples- Oftalmologia



Elaboração Própria. Dados ACSS

O tempo médio de internamento ou Demora Média Simples foi menor no Serviço de Oftalmologia do Centro Hospitalar do Porto (CHP), nos dois anos analisados. Em relação ao CHP, o CRIO apresenta a Demora Média mais elevada em 2015 e 2016, que não pode ser justificada por uma maior complexidade dos casos tratados, que já analisámos ser superior no Centro Hospitalar do Porto e Centro Hospitalar São João.

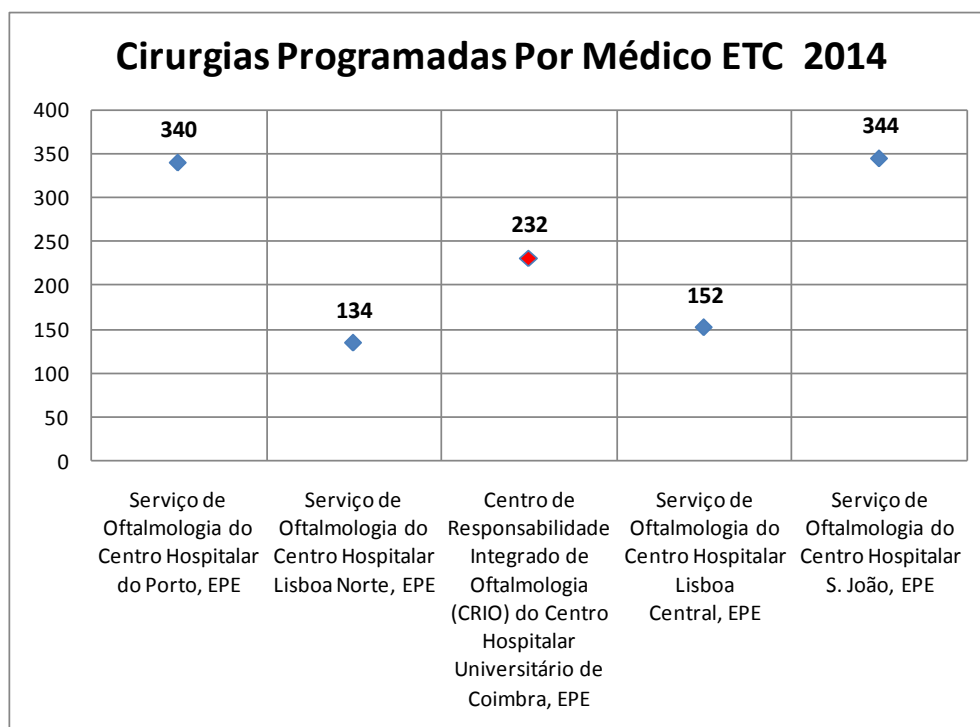
Figura 14 - Consultas por Médico ETC - Oftalmologia



Elaboração Própria.

O Centro Hospitalar São João e Centro Hospitalar do Porto e apresentam os valores mais elevados, significando que são mais eficientes ao nível da consulta, o serviço de Oftalmologia do Centro Hospitalar Lisboa Norte é o menos eficiente, apresentando-se o CRIO em terceiro lugar.

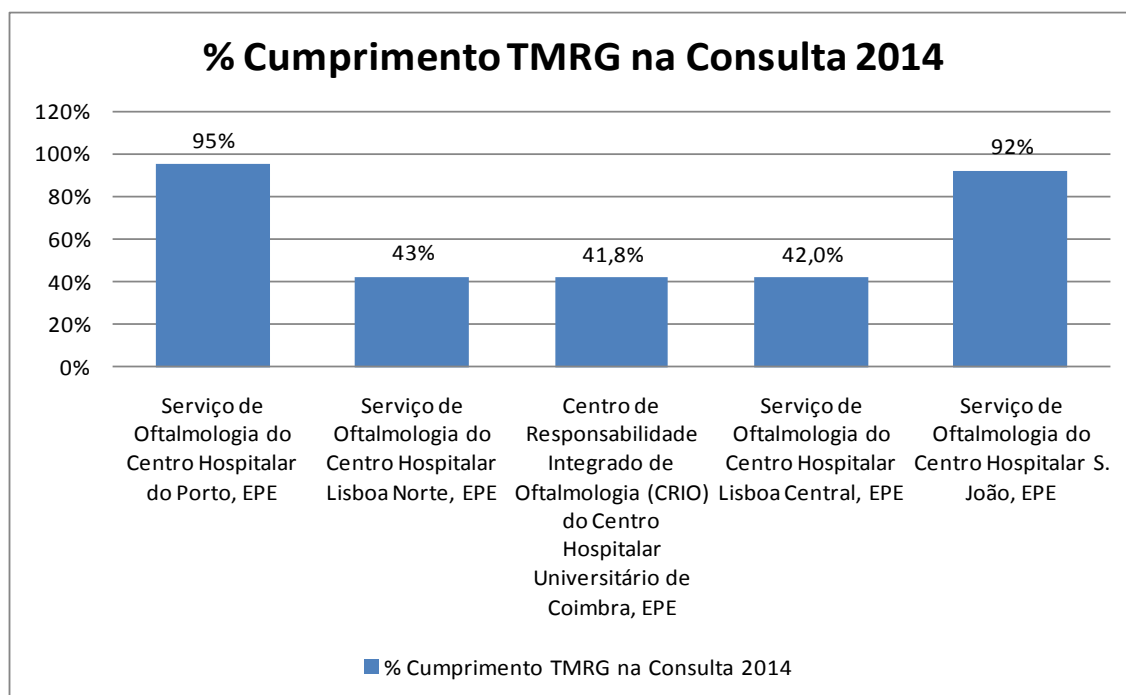
Figura 15 - Cirurgias Programadas por Médico ETC- Oftalmologia



Elaboração Própria.

O Centro Hospitalar São João e o Centro Hospitalar do Porto apresentam os valores mais elevados, seguidos pelo CRIO, apresentando-se o Centro Hospitalar Lisboa Norte como o menos eficiente dos 5 serviços.

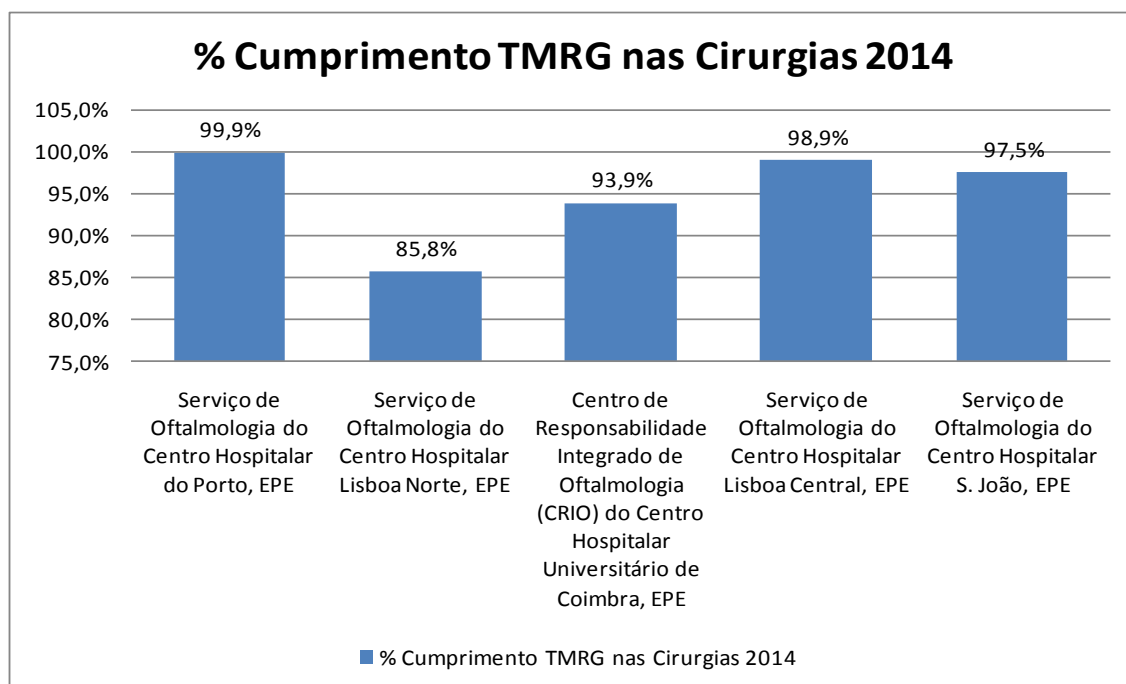
Figura 16 - % de Cump. Dos TMRG´s na Consulta, Ano 2014 - Oftalmologia



Elaboração Própria.

O Serviço de Oftalmologia do Centro Hospitalar do Porto apresenta o maior grau de cumprimento dos tempos na consulta no ano 2014, seguido pelo Centro Hospitalar São João. No CRIO, apenas 41,8% das consultas foram realizadas em tempo clinicamente aceitável.

Figura 17 - % de Cump. dos TMRG´s nas Cirurgias, Ano 2014 - Oftalmologia

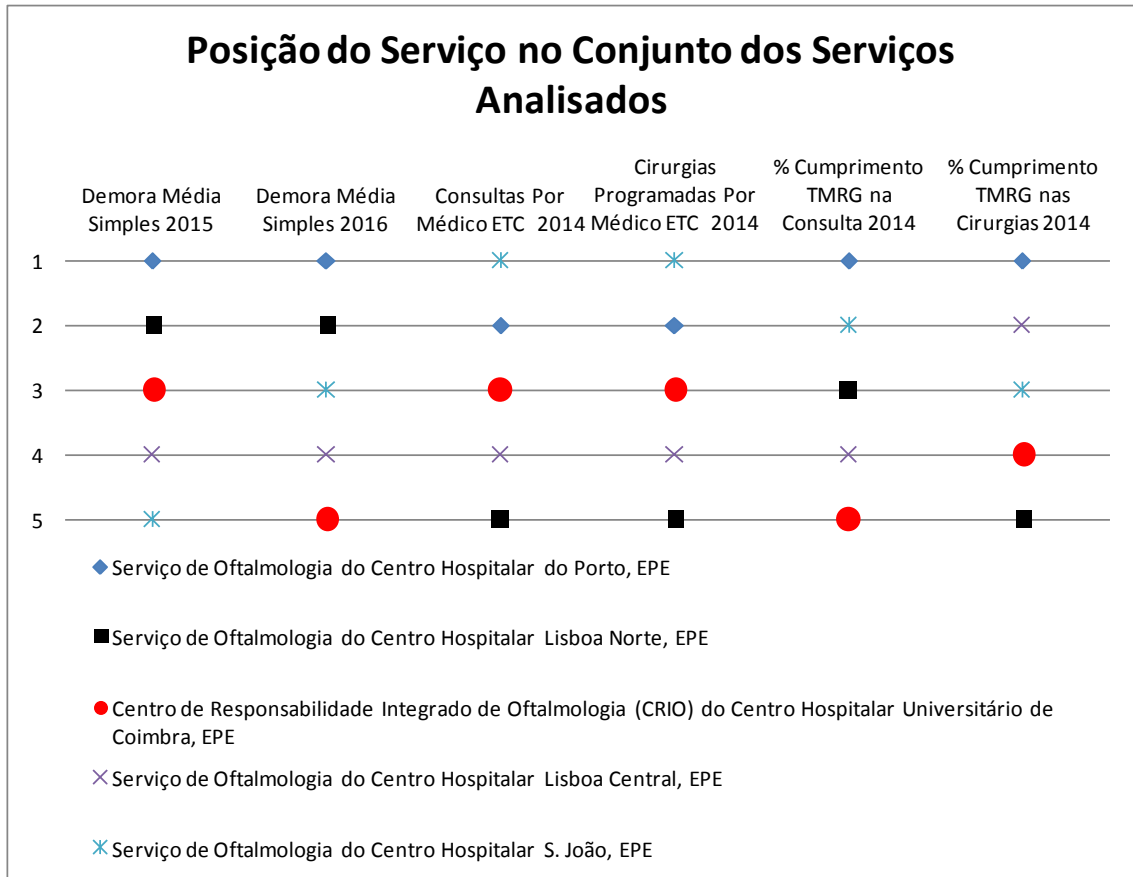


Elaboração Própria.

Quanto às cirurgias, o serviço com um maior nível de acesso é o do Centro Hospitalar do Porto, no qual, em 2014, 99,9% das cirurgias foram realizadas dentro do tempo adequado, seguido pelo Centro Hospitalar Lisboa Central, apresentando-se o CRIO em quarto lugar com 93,9%.

A figura seguinte representa um resumo com a posição de cada um dos serviços face aos outros, para cada um dos indicadores. Sendo que o serviço posicionado em 1 é o melhor classificado e em 5 tem o pior resultado.

Figura 18 - Resumo Posição dos Serviços - Oftalmologia

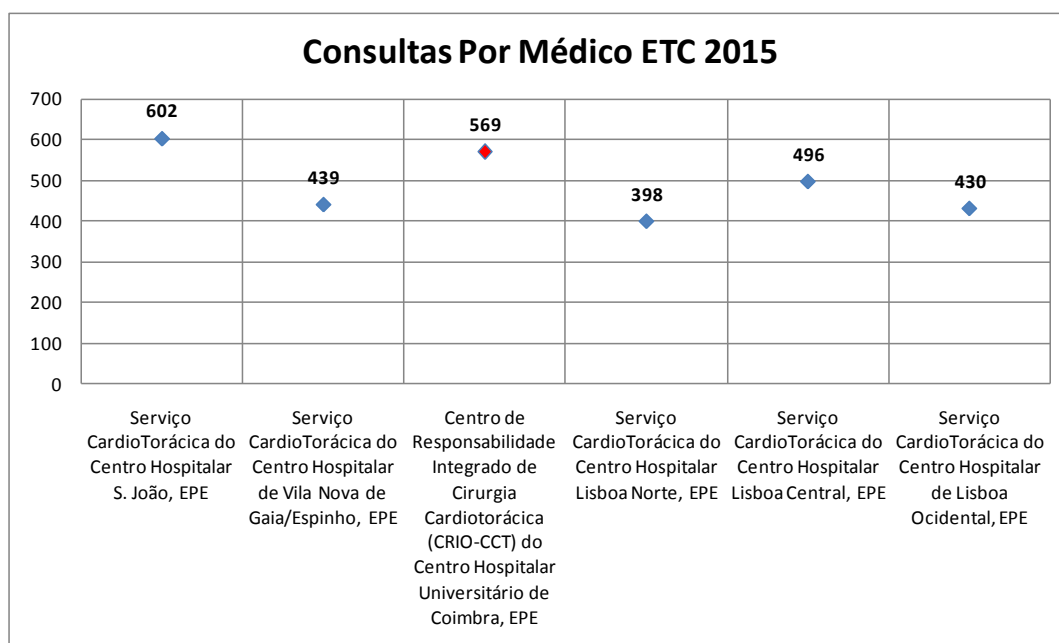


Elaboração Própria.

Verifica-se que, para todos os indicadores, existem serviços com melhores resultados que o CRIO, significando que têm um melhor desempenho.

CIRURGIA CARDIOTORÁCICA

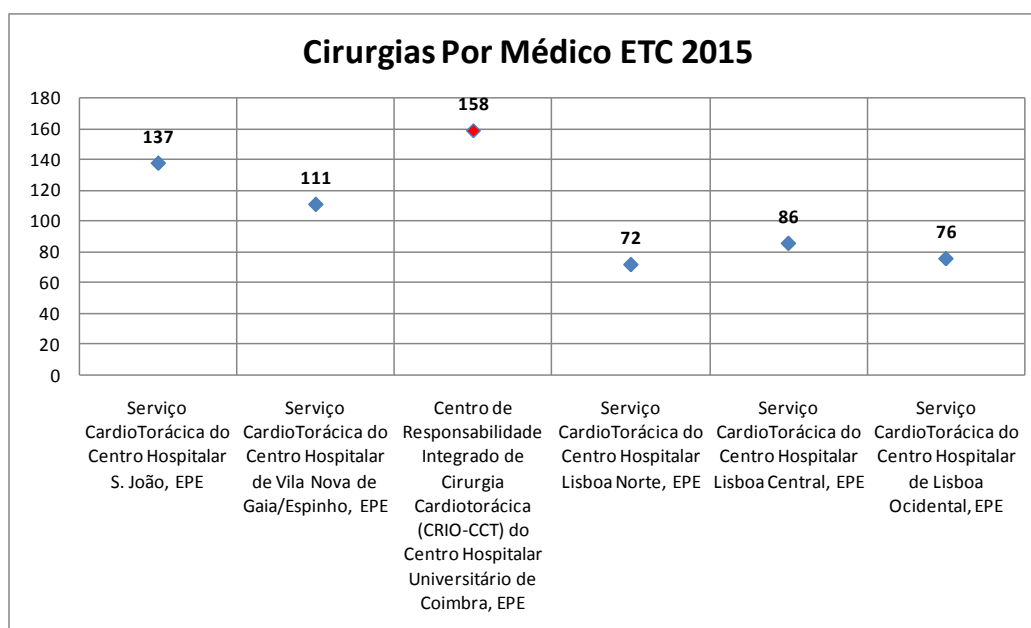
Figura 19 - Consultas por Médico ETC - Cirurgia Cardiotorácica



Elaboração Própria

O Serviço do Centro Hospitalar São João é o mais eficiente ao nível da consulta, seguido pelo CRIO-CCT.

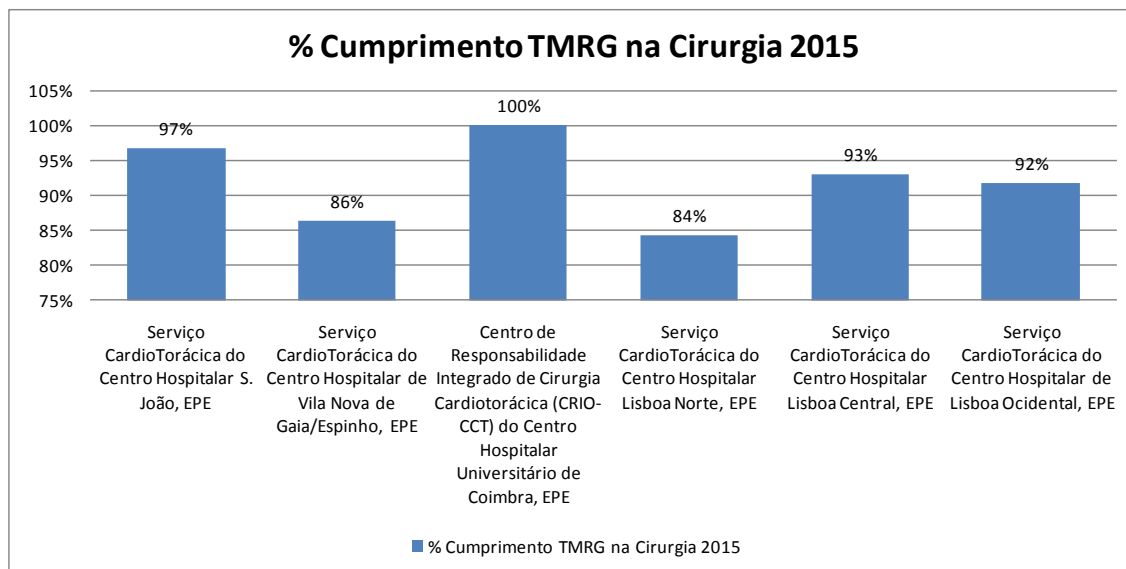
Figura 20 - Cirurgias por Médico ETC - Cirurgia Cardiotorácica



Elaboração Própria.

Já na área cirúrgica, o CRIO-CCT destaca-se dos outros serviços, com o maior nº de cirurgias realizadas por médico em 2015, o dobro do registado no Centro Hospitalar Lisboa Norte.

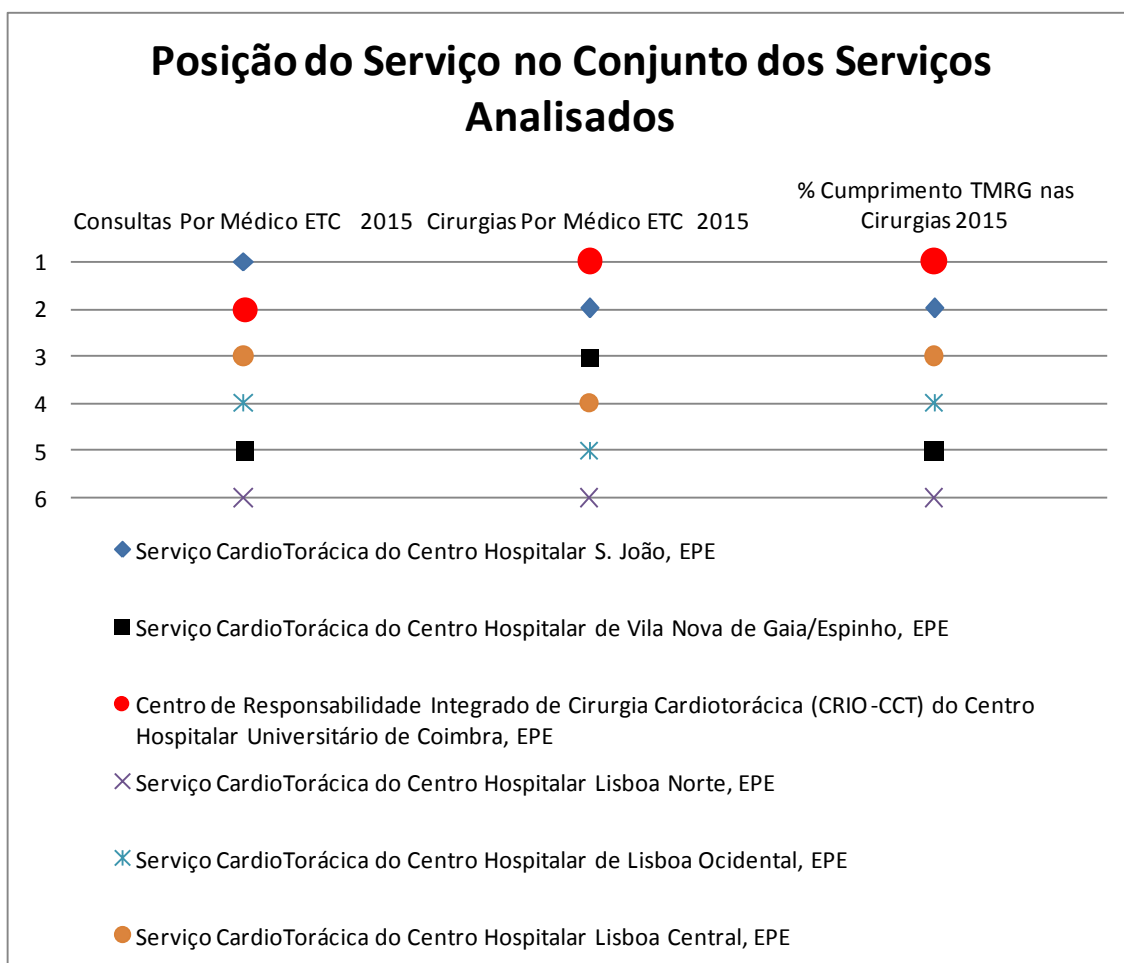
Figura 21 - % de Cump. TMRG´s nas Cirurgias, 2015 - Cirurgia Cardiotorácica



Elaboração Própria

100% dos doentes foram operados dentro do tempo clinicamente aceitável no CRIO-CCT.

Figura 22 - Resumo Posição dos Serviços - Cirurgia Cardiorádica

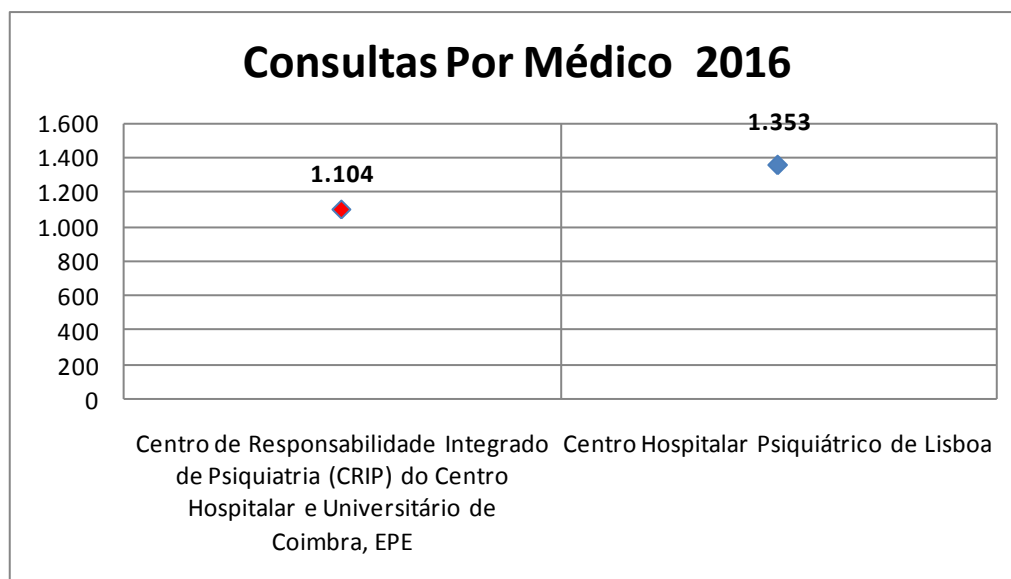


Elaboração própria.

O CRIO-CCT apresenta-se como o mais eficiente na área cirúrgica, que é a actividade principal do serviço e em segundo lugar na área da consulta. Em relação ao acesso, proporciona cuidados cirúrgicos dentro dos tempos máximos de resposta garantido a todos os doentes.

PSIQUIATRIA

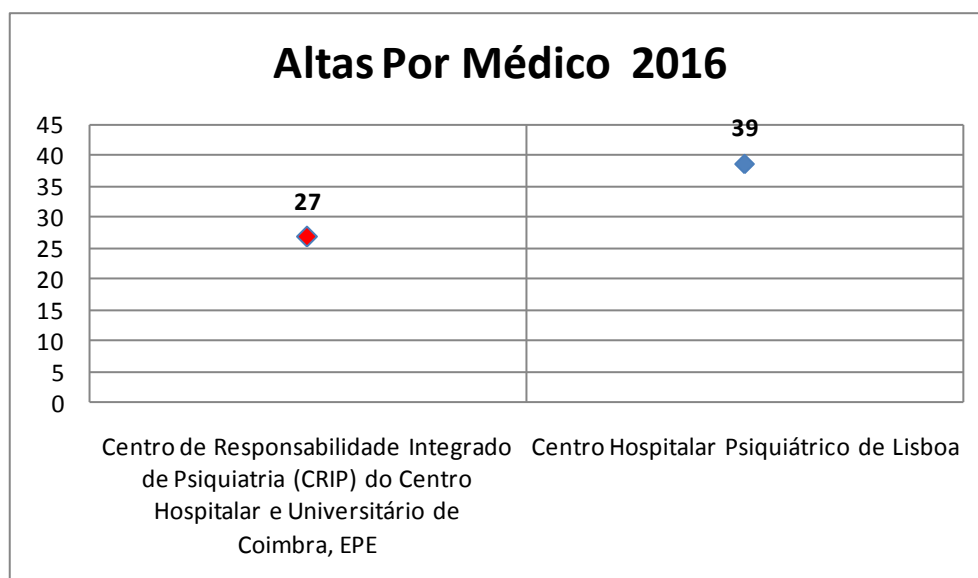
Figura 23 - Consultas por Médico - Psiquiatria



Elaboração Própria.

O Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa apresenta um nº de consultas por médico superior.

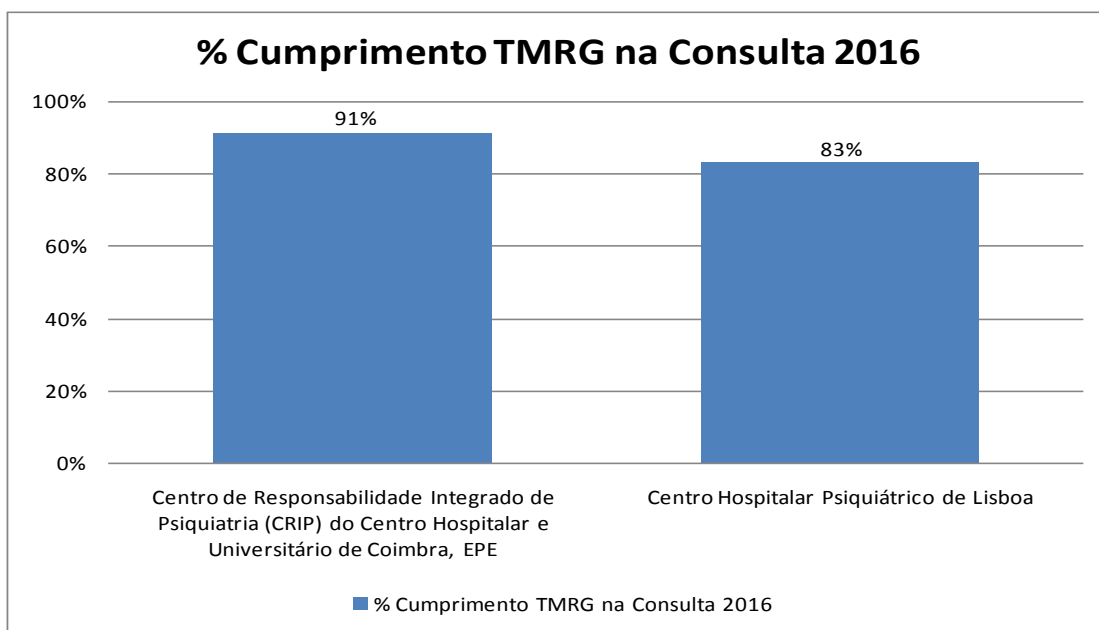
Figura 24 - Altas por Médico - Psiquiatria



Elaboração Própria.

O Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa apresenta um nº de altas por médico superior.

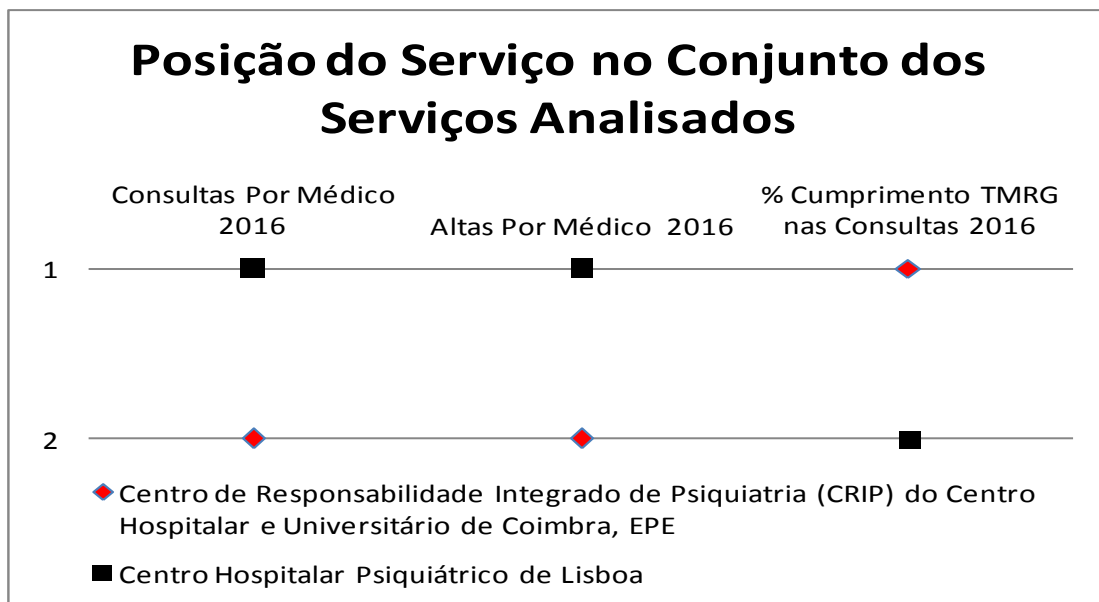
Figura 25 - % de Cump. TMRG´s nas Consultas, 2016 - Psiquiatria



Elaboração Própria.

O CRIP apresenta um valor mais favorável.

Figura 26 - Resumo Posição dos Serviços - Psiquiatria



Elaboração Própria.

O CRIP apresenta um melhor desempenho ao nível do acesso, mas pior ao nível da eficiência.

5. Conclusão

No estudo apresentado, pretendeu-se comparar o desempenho de serviços organizados em CRI's com o de outros serviços não organizados em CRI's e que pertenciam ao mesmo nível de cuidados estabelecido pelas redes de referência respectivas. Para tal, seleccionaram-se indicadores de desempenho que permitiram avaliar a qualidade, eficiência e acessibilidade. Compararam-se os resultados entre os vários serviços e estabeleceu-se um ranking de modo a identificar o serviço com o melhor resultado.

Os CRI's analisados, pertencem ao Centro Hospitalar Universitário de Coimbra e caracterizam-se por serem estruturas de gestão intermédia, não integradas noutras unidades, com uma estrutura de gestão e regulamentos próprios, adoptando os princípios da gestão por objectivos e caracterizando-se pela existência de uma relação de agência com o órgão máximo da instituição, através do Contrato-Programa Anual.

A questão de investigação (Os serviços clínicos hospitalares organizados em CRI's têm um melhor desempenho que os outros serviços similares não organizados em CRI's ?) foi respondida com evidência:

- Na Oftalmologia, no conjunto dos serviços analisados, o CRI de Oftalmologia, ocupa, em metade dos indicadores, a posição intermédia (qualidade e eficiência), obtendo piores resultados ao nível do acesso. Em oposição, destacam-se os hospitais do norte com os melhores resultados nas várias áreas.
- Na área da Cirurgia Cardiorácica, apesar de não conseguir a melhor posição em todos os indicadores, o CRI foi o mais eficiente, destacando-se, e proporcionou um melhor acesso, na área cirúrgica. Tendo ficado em segundo lugar na eficiência da consulta.
- Ao nível da Psiquiatria, nos dois serviços analisados, o CRI apresenta piores resultados na eficiência e melhor ao nível do acesso.

Salienta-se o facto de, dos 3 CRI's estudados, aquele que foi criado há mais tempo é o que apresenta os melhores resultados, fruto de certo da experiência de quase 20 anos de funcionamento. Os outros dois foram criados há menos de uma década.

Também, desde 2003, com a revogação do Decreto-Lei N°374/99, que tinha criado os CRI's, existia uma lacuna na legislação. Isto, apesar de o Decreto-Lei N° 188/2003 e posteriormente o Decreto-Lei N° 233/2005, continuarem a prever que as estruturas orgânicas dos hospitais desenvolvessem a sua acção por centros de responsabilidade e de custos. E de se terem mantido em funcionamento alguns CRI's e até terem sido criados outros, aqui em estudo.

Esta situação pode ter contribuído para que a autonomia necessária, o envolvimento e a responsabilização dos profissionais na gestão dos recursos dos CRI's não se tenham verificado no modelo existente até 2017.

O Decreto-Lei Nº 18/2017 e a Portaria Nº 330/2017, que aprova o modelo de regulamento interno dos CRI's, vieram colmatar essa lacuna legal. Esperando-se que os novos CRI's a criar, fortalecidos por esta legislação e por uma promoção por parte das entidades tutelares verificada actualmente, projectem desempenhos equivalentes ou superiores aos alcançados na área cirúrgica pelo CRI de Cirurgia Cardiorádica.

Importa referir algumas limitações que se relacionam com a obtenção dos dados. Actualmente a informação disponível sobre as instituições hospitalares é muito mais abundante do que há uns anos atrás, no entanto, quando se pretende analisar serviços, em vez da instituição na sua globalidade, ela escasseia. Nomeadamente no que diz respeito aos recursos humanos disponíveis, o que limitou o cálculo dos indicadores de eficiência a um ano, quando poderia ter-se calculado os mesmos para o triénio 2014 a 2016. Esta situação, vem confirmar as dificuldades sentidas pelo Observatório Português dos Sistemas de Saúde que no seu último relatório refere que não conseguiu determinar o nº de profissionais médicos a exercer, e que contribuem para a actividade, apenas tendo conseguido o nº de médicos habilitados. Para ultrapassar este obstáculo, a insuficiência de dados disponibilizados, contactaram-se as instituições no sentido de os mesmos serem fornecidos, mas não se obteve resposta útil.

Também, apenas foi possível determinar os resultados dos indicadores de qualidade para a área de oftalmologia uma vez que a sua obtenção dependia de autorização ministerial, e entre a autorização e disponibilização por parte da ACSS, passaram 2 meses, o que tendo em conta que a decisão de incluir nos estudos os outros CRI's foi recente, não foi possível aceder aquela informação.

Foi ainda solicitada mais informação sobre os CRI's em estudo às entidades hospitalares, nomeadamente, regulamentos internos, planos e relatórios de actividade, mas não se obteve resposta ao pedido.

Tendo em conta a regulamentação recente, que promove a transformação dos CRI's existentes e a criação de novos CRI's, e que foi criado recentemente o CRI da área de obesidade, propõe-se para estudos futuros a análise do desempenho dos "novos" CRI's de modo a confirmar a concretização dos objectivos da sua criação.

Para finalizar, em relação à constituição dos CRI's propõe-se a consonância com a agenda de valor, criando os CRI's à semelhança das Unidades de Prática Integrada, defendidas por Porter.

6.Referências Bibliográficas

- Antunes, M. . et al. (2017). *Rede Referenciação - Cirurgia Cardiotorácica*.
- Antunes, M. (2001). *A Doença da Saúde - Serviço Nacional de Saúde: Ineficiência e desperdício*. (Quetzal, Ed.). Lisboa.
- Araújo, J. F. F. E. (2000). O Modelo de Agência como Instrumento de Reforma da Administração: Forum 2000, Reforma do Estado e Administração Pública Gestonária, ISCSP, Fundação Calouste Gulbenkian.
- Barros, P. P., & Gomes, J.-P. (2002). Os Sistemas Nacionais de Saúde da União Europeia , Principais Modelos de Gestão Hospitalar e Eficiência no Sistema Hospitalar Português.
- Béresniak, A., & Duru, G. (1999). *Economia da Saúde*. (Climepsi, Ed.) (1ª Edição). Lisboa.
- Caballer-Tarazona, et al. (2010). *A model to measure the efficiency of hospital performance. Mathematical and Computer Modelling* (Vol. 52). Elsevier Ltd. <https://doi.org/10.1016/j.mcm.2010.03.006>
- Carpinteiro, J. A. (2012). *Auditoria Tribunal de Contas-Serviços Cirurgia Cardiotorácica* (Vol. I).
- Contas, T. de. (2018). Relatório Auditoria às Práticas de Gestão, I.
- Donabedian, A. (1982). *Explorations in Quality Assessement and Monitoring - Volume II - The Criteria and Standards of Quality*. (H. A. Press, Ed.). Michigan.
- Drucker, P. F. (1962a). *Prática de Administração de Empresas - Volume 1*. (Editora Fundo de Cultura, Ed.).
- Drucker, P. F. (1962b). *Prática de Administração de Empresas - Volume 2*. (Editora Fundo de Cultura, Ed.).
- Einsenhardt, K. M. (1989). Agency Theory: An Assessment and Review. *Academy of Management. Review*.

ENTIDADE REGULADORA DA SAÚDE. (2015). Acesso E Qualidade Nos Cuidados De Saúde Mental, 1-132.

Fernandes, A. C., Marques, C., Monteiro-Grillo, I., Pisco, L., Delgado, M., França, M., & Dotti, T. (2011). *A Qualidade em Saúde Face aos Novos Desafios do Sistema de Saúde*. (D. de Bordo, Ed.) (1ª Edição). Loures.

Fortin. (2009). *O Processo de Investigação da Concepção à Realização*. (L. Lusociência - Edições Técnicas e Científicas, Ed.) (5ª). Loures.

Harfouche, A. P. (2008). *Hospitais Transformados em Empresas - Análise do Impacto na Eficiência: Estudo Comparativo*. (I. S. de C. S. e Políticas, Ed.). Lisboa.

INE, I. N. de E. (2018). *Conta Satélite da Saúde*.

Jensen, M. C., & Meckling, W. H. (1976). Theory of the firm: Managerial behavior, agency costs and ownership structure. *Journal of Financial Economics*, 3(4), 305-360. [https://doi.org/10.1016/0304-405X\(76\)90026-X](https://doi.org/10.1016/0304-405X(76)90026-X)

Mintzberg, H. (1995). *Estrutura e Dinâmica das Organizações*. (P. D. Quixote, Ed.). Lisboa.

Mintzberg, H. (2017). Managing the Myths of Health Care. *The Official Journal of the International Hospital Federation, World Hospitals and Health Services, Volume 53*.

Moutinho, R. (1999). Organização dos Hospitais em Centros de Responsabilidade Integrados. *Tecnohospital N° 2*.

Murta, J. (2016). Rede Nacional de Especialidade Hospitalar e de Referência OFTALMOLOGIA. Retrieved from <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/01/RRH-Oftalmologia-1.pdf>

OECD. (2017). *Health at a Glance 2017: OECD Indicators*, OECD Publishing. Paris. Retrieved from http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2017-en

OPSS, O. D. S. de S. (2003). *No Title*. Retrieved from http://opss.pt/wp-content/uploads/2018/06/RelatorioPrimavera2003_OPSS.pdf

Organização Mundial de Saúde. (2010). *Relatório Mundial de Saúde - Financiamento Dos Sistemas De Saúde. Relatório Mundial da Saúde*. <https://doi.org/10.1181/0-309-06837-1>

Porter, M. E., & Lee, T. H. (2013). The Strategy That Will Fix Healthcare. *Harvard Business Review*, 1277(October), 1-19. <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>

Proença, J., Vaz, A. M., Escoval, A., Cadoso, F., Ferro, D., Carapeto, C., ... Roeslin, N. (2000). *O Hospital Português*. (V. Económica, Ed.). Lisboa.

Reis, V. P. (2007). *Gestão em Saúde : Um Espaço de Diferença*. (E. N. de S. Pública, Ed.) (1ª Edição). Lisboa.

Reis, V. P., Vaz, A., Alves, D., & Escoval, A. (1998). O Hospital Português. In D. G. da Saúde & M. da Saúde (Eds.). Lisboa.

Saúde, M. (2018). *Retrato da Saúde*. <https://doi.org/10.13427/j.cnki.njyi.2018.01.001>

Walford, V., & Grant, K. (1998). *Health Sector Reform: Improving Hospital Efficiency*.

Legislação

Decreto-Lei 19/88, de 21/01

Decreto-Regulamentar Nº 3/88, de 22/01

Decreto-Lei Nº 374/99, de 18/09.

Lei Nº 27/2002, de 08/11

Lei Nº 188/2003, de 30/08

Decreto-Lei Nº 233/2005, de 29/12

Decreto-Lei Nº 18/2017, de 10/02

Portaria Nº 330/2017, de 31/10

Portaria Nº 71/2017, de 8/03

Portaria Nº 254/2018, de 07/09

Sites Consultados (inclui fontes de dados)

<http://smi.ine.pt/ConceitoPorTema?clear=True>, consultado em Junho 2018

https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/12/RNEHR_Cirurgia-Cardioracica-Aprovada-19-12-2017.pdf, consultado entre Junho e Setembro de 2018

<https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/01/RRH-Oftalmologia-1.pdf>, consultado entre Junho e Setembro de 2018

<https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/05/rede-referencia%C3%A7%C3%A3o-hospitalar-psiquiatria-e-sa%C3%BAde-mental.pdf>, consultado entre Junho e Setembro de 2018

https://www.ers.pt/uploads/writer_file/document/1500/Estudo_Saude_Mental__versao_publicar__v.2.pdf, consultado entre Junho e Setembro de 2018

<https://transparencia.sns.gov.pt/explore/dataset/existencias-de-medicos-especialistas-e-previsao-de-aposentacoes/?sort=-anoaposentacao>, consultado entre Junho e Setembro de 2018

https://www.chporto.pt/pdf/2015/Relatorio_Acesso_2014.pdf, consultado entre Junho e Setembro de 2018

https://www.chporto.pt/pdf/2017/Relatorio_Acesso_2015.pdf, consultado entre Junho e Setembro de 2018

https://www.chporto.pt/pdf/2017/Relatorio_Acesso_2016.pdf, consultado entre Junho e Setembro de 2018

http://www.chln.min-saude.pt/media/k2/attachments/administracao/Relatorio%20Anual%20sobre%20o%20Acesso%20a%20Cuidados%20de%20Saude_2014.p, consultado entre Junho e Setembro de 2018

http://www.chln.min-saude.pt/media/k2/attachments/administracao/Relatorio%20Anual%20sobre%20o%20Acesso%20a%20Cuidados%20de%20Saude_2015.p, consultado entre Junho e Setembro de 2018

http://www.chln.min-saude.pt/media/k2/attachments/administracao/Relatorio%20Anual%20sobre%20o%20Acesso%20a%20Cuidados%20de%20Saude_2016.pdf, consultado entre Junho e Setembro de 2018

http://www.chuc.min-saude.pt/media/docs_divulgacao_obrigatoria/CHUC_Relatorio_Acesso_2014.pdf, consultado entre Junho e Setembro de 2018

http://www.chuc.min-saude.pt/media/conselho_administracao/Relatorio_Anual_Sobre_o_Acesso_a_Cuidados_Saude_Ano%202015_CHUC.pdf, consultado entre Junho e Setembro de 2018

http://www.chuc.min-saude.pt/media/docs_divulgacao_obrigatoria/2017/Relatorio_Anual_sobre_o_Acesso_a_Cuidados_de_Saude__Ano_2016.pdf, consultado entre Junho e Setembro de 2018

http://www.chlc.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/3/2017/09/Relatorio_Acesso_Cuidados_Saude_2014_CHLC.pdf, consultado entre Junho e Setembro de 2018

http://www.chlc.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/3/2017/09/CHLC_Relatorio_Acesso_2016.pdf, consultado entre Junho e Setembro de 2018

http://portal-chsj.min-saude.pt/uploads/document/file/236/CHSJ_RACS__2014.pdf, consultado entre Junho e Setembro de 2018

http://portal-chsj.min-saude.pt/uploads/document/file/287/CHSJ_RACS_2015.pdf, consultado entre Junho e Setembro de 2018

http://portal-chsj.min-saude.pt/uploads/document/file/363/Relat_rio_Acesso_2016_CHSJ.pdf, consultado entre Junho e Setembro de 2018

<http://www.chvng.pt/index.php/informacao-institucional/documentos/aceso-a-cuidados-saude/relatorios-anuais-sobre-o-aceso-a-cuidados-de-saude>, consultado entre Junho e Setembro de 2018

http://www.chlo.min-saude.pt/images/documents/centro_hospitalar/RelatorioAcessoCuidadosSaude2014.pdf, consultado entre Junho e Setembro de 2018

http://www.chlo.min-saude.pt/images/documents/informacao_gestao/RelatorioAnualAcessoCuidadosSaude2015.PDF, consultado entre Junho e Setembro de 2018

http://www.chlo.min-saude.pt/images/documents/Relatorio_Anual_Acesso_CHLO_2016.pdf, consultado entre Junho e Setembro de 2018

http://www.chuc.min-saude.pt/media/relatorios_contas/2016/Relatorio_e_Contas_CHUC_2016.pdf, consultado entre Junho e Setembro de 2018

<http://media.chpl.pt/multimedia/DOCUMENTOS/222/Relat%C3%B3rio%20Acesso%20aos%20Cuidados%20de%20Sa%C3%BAde%202016.pdf>, consultado entre Junho e Setembro de 2018

http://media.chpl.pt/multimedia/DOCUMENTOS/222/relatorio_gestao_2016.pdf, consultado entre Junho e Setembro de 2018

<http://www.chuc.min-saude.pt/paginas/centro-hospitalar/estrutura-de-gestao/centros-de-responsabilidade-integrados-cri.php>, consultado entre Junho e Setembro de 2018

<http://www2.acss.min-saude.pt/bdea/>, consultado entre Junho e Setembro de 2018

http://portal-chsj.min-saude.pt/uploads/document/file/287/CHSJ_RACS_2015.pdf

http://www.chlo.min-saude.pt/images/documents/informacao_gestao/RelatorioAnualAcessoCuidadosSaude2015.PDF

<https://www.chporto.pt/pdf/2014/organogramaCHP2014.pdf>, consultado em Outubro 2018

7. Anexos

Anexo 1 - Questões enviadas às Instituições Hospitalares

Exma. Senhora Presidente do Conselho de Administração,

Sou aluna do Mestrado de Gestão de Unidades de Saúde, da Universidade da Beira Interior, e venho por este meio solicitar a sua colaboração na resposta a três questões, relativas à organização que dirige.

O objectivo da minha tese será a análise do desempenho de serviços organizados em Centros de Responsabilidade Integrada (CRI), comparando-o com o de outros serviços similares não integrados em CRI.

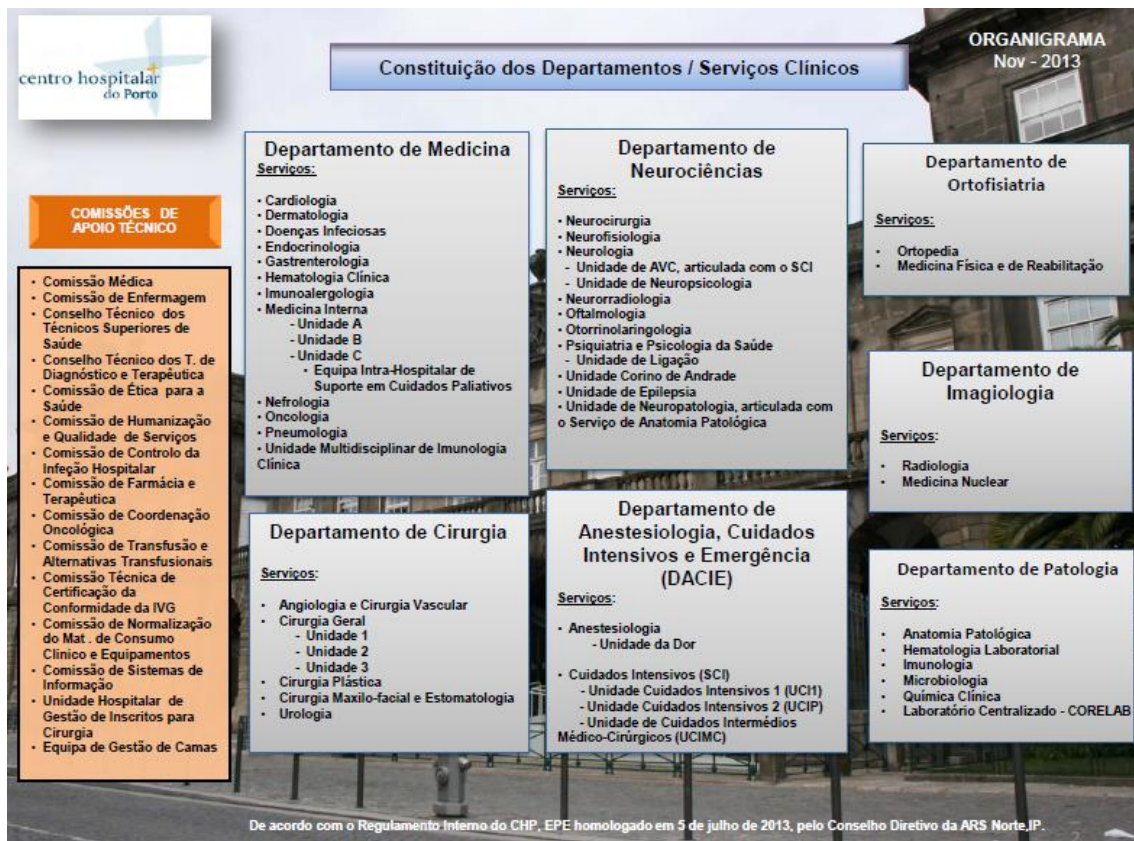
As questões que gostaria que respondesse são as seguintes:

- Quantos e Quais os CRI's existentes na instituição que dirige?
- Que serviços integram cada um dos CRI's ?
- Ano de Criação de cada um dos CRI's.

Antecipadamente grata pela atenção dispensada,

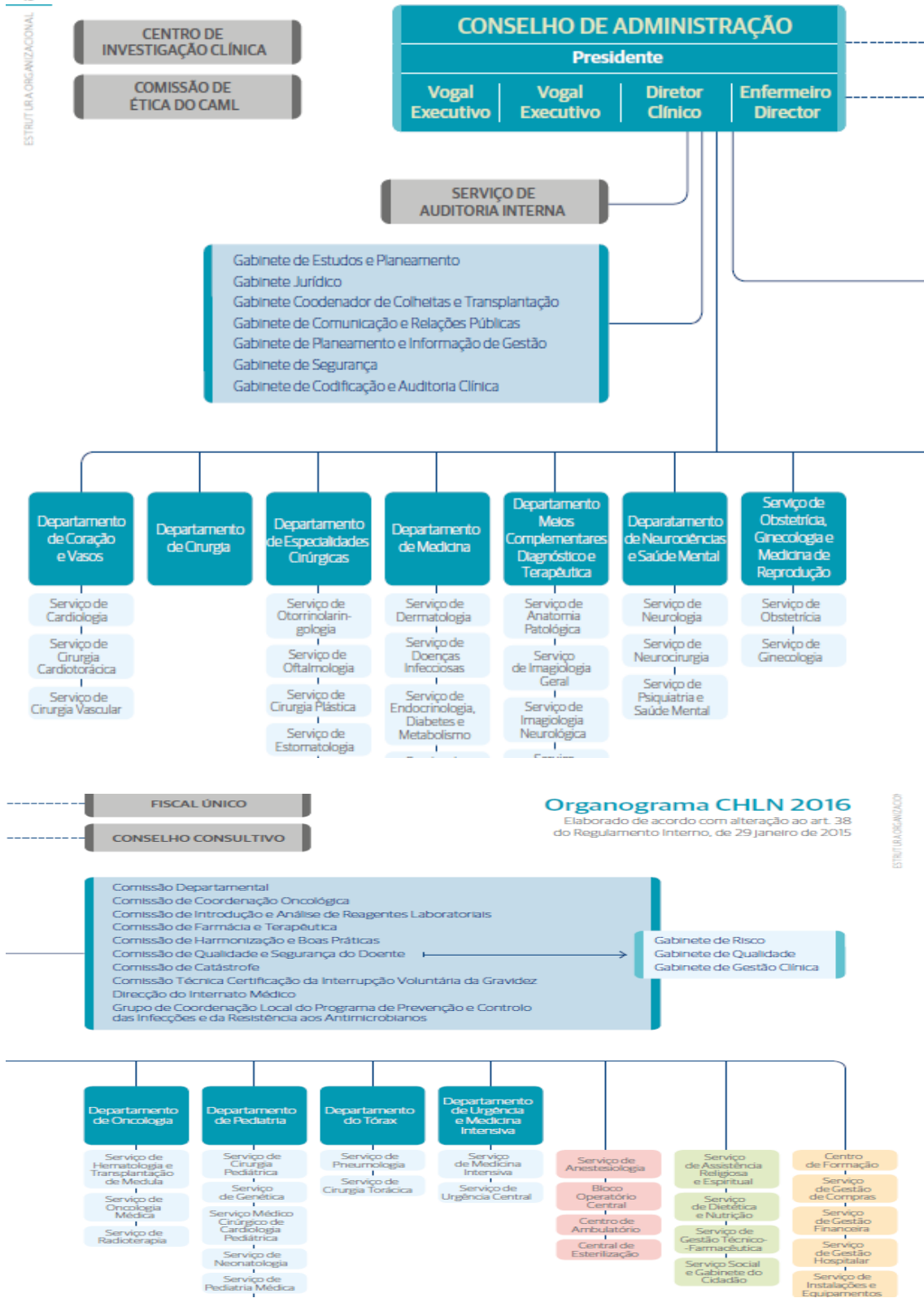
Com os melhores cumprimentos,
Carla Almeida

Anexo 2 - Organograma do Centro Hospitalar do Porto, EPE

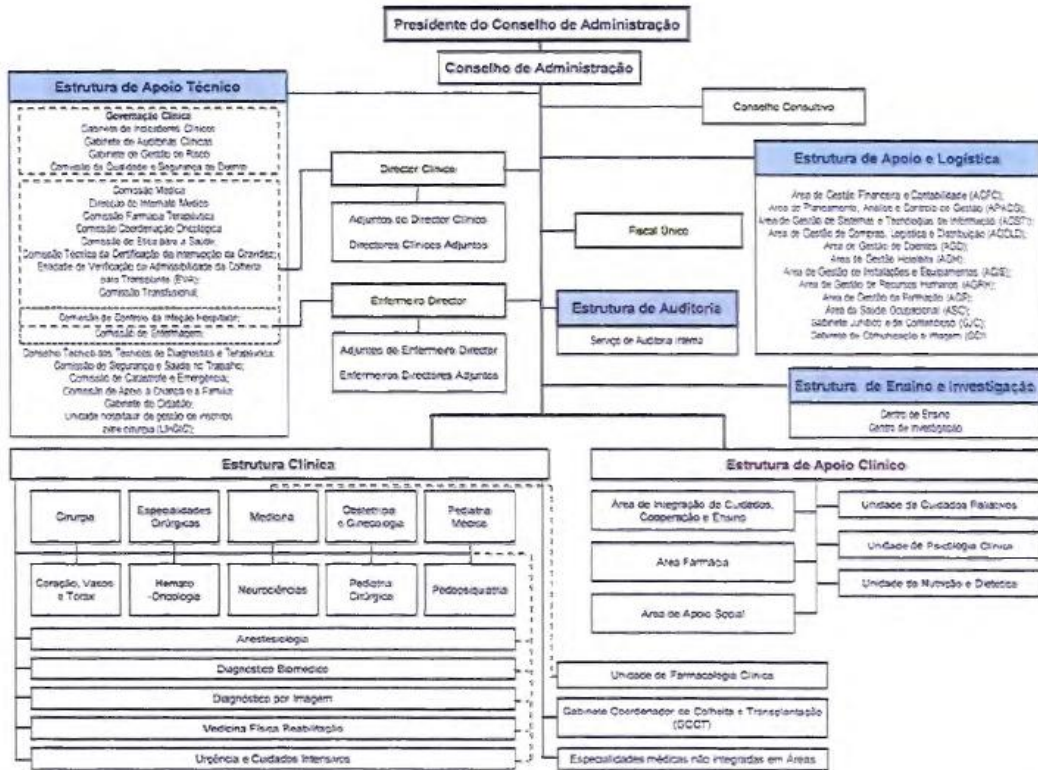


Anexo 3 - Organograma do Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE

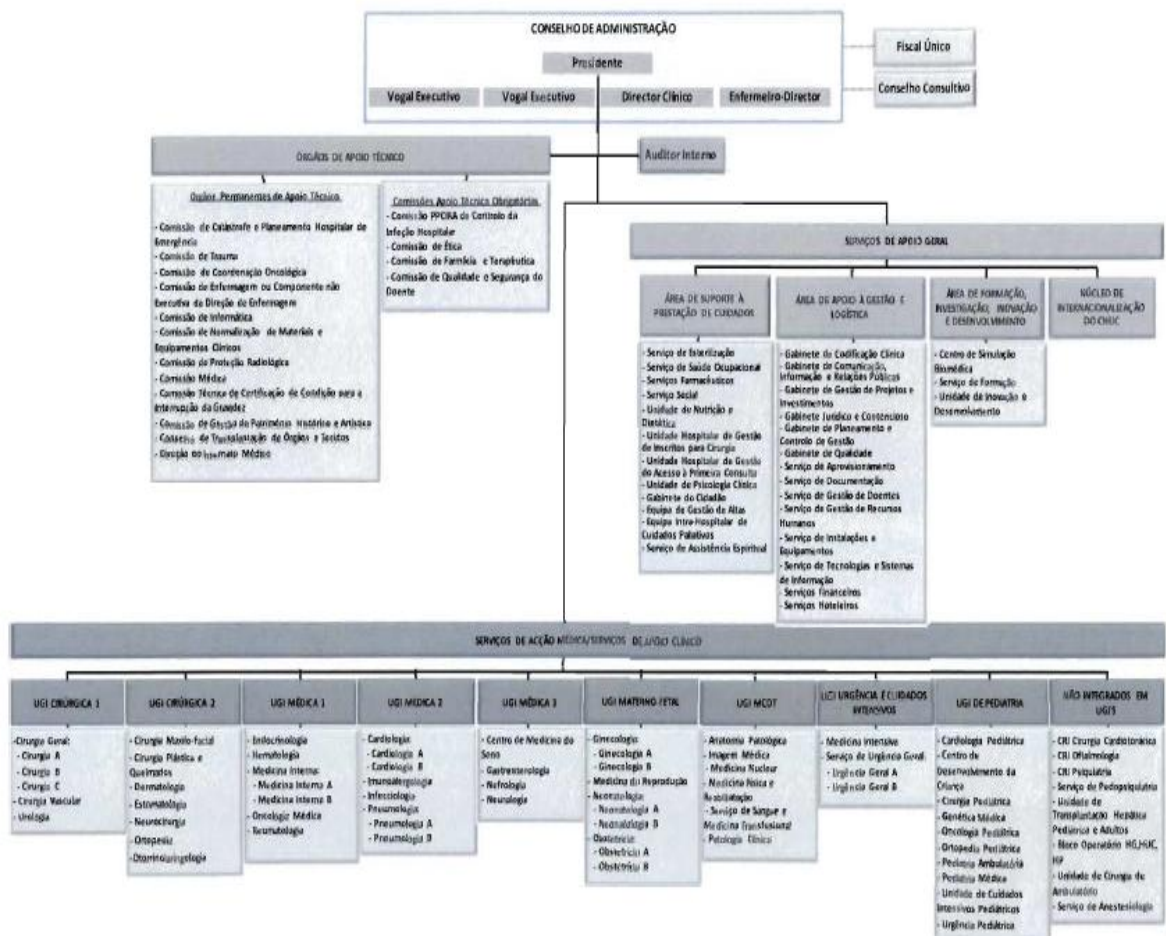
ESTRUTURA ORGANIZACIONAL
10



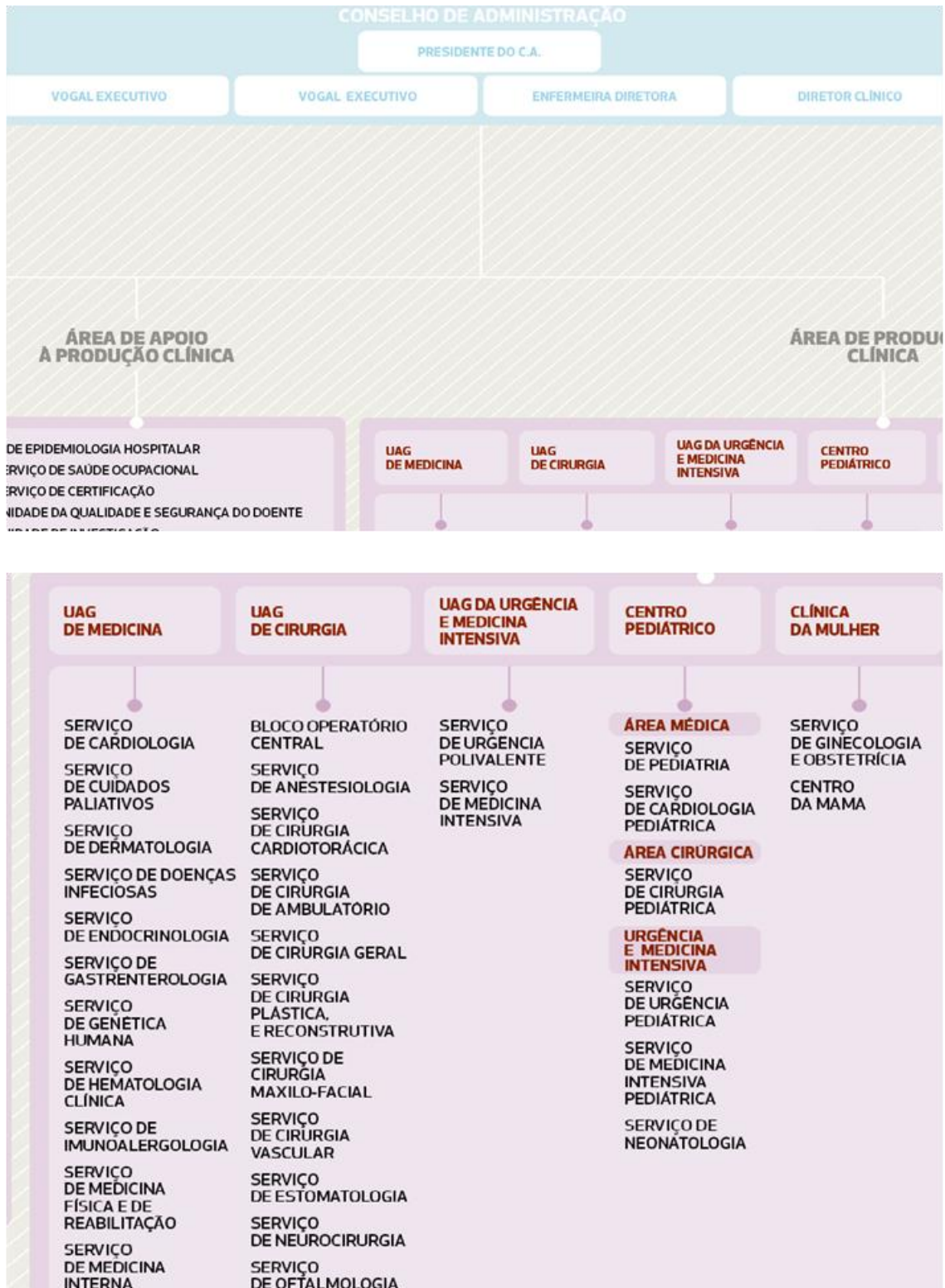
Anexo 4 - Organograma do Centro Hospitalar Lisboa Central, EPE



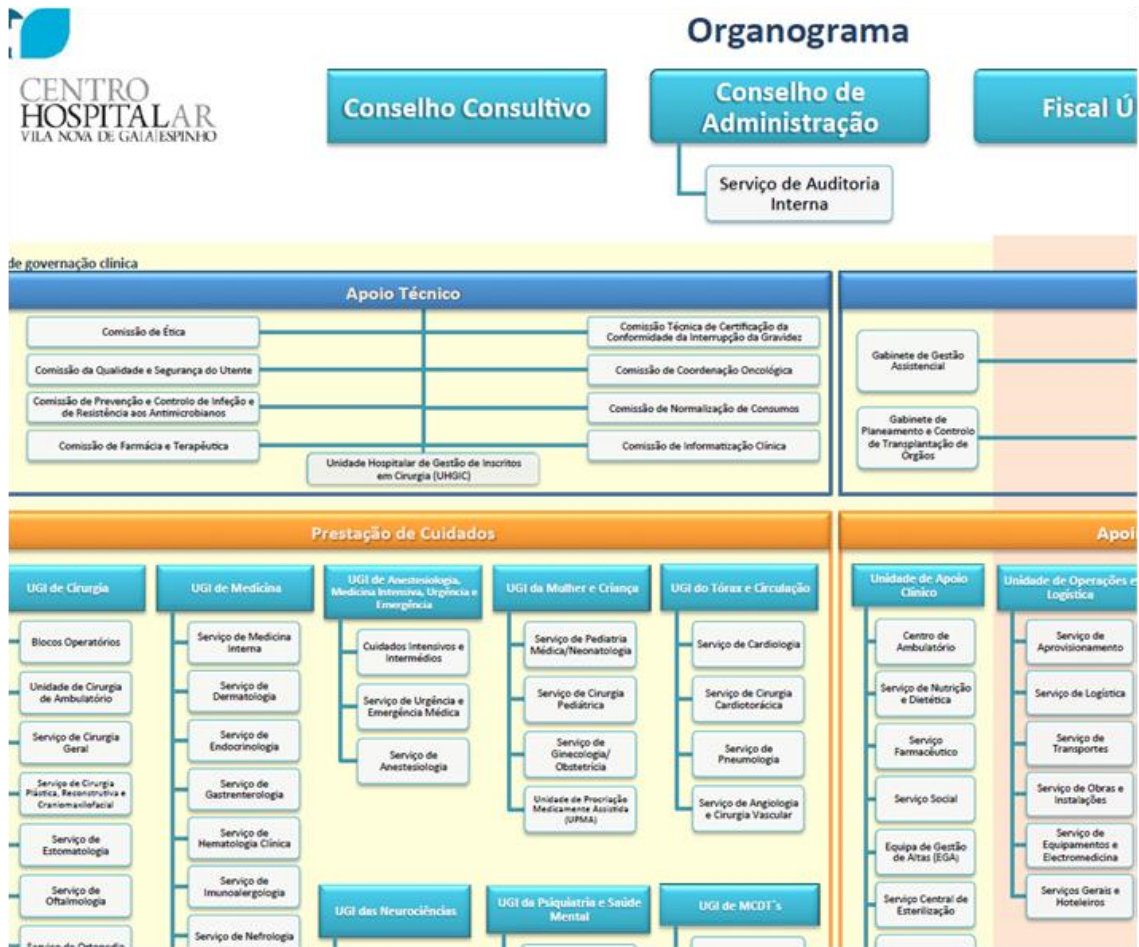
Anexo 5 - Organograma do Centro Hospitalar Universitário de Coimbra, EPE



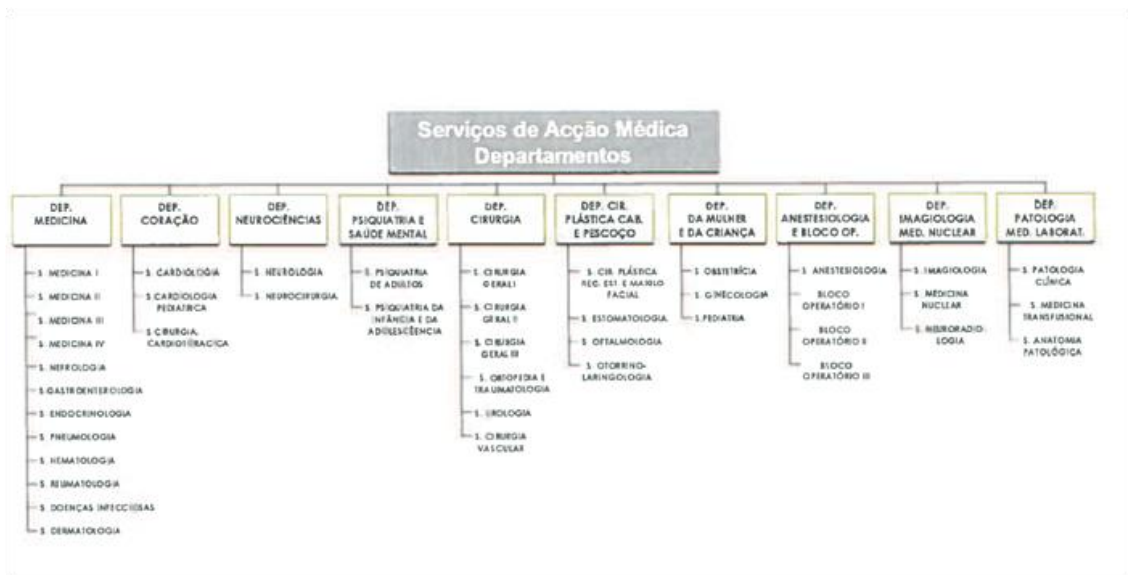
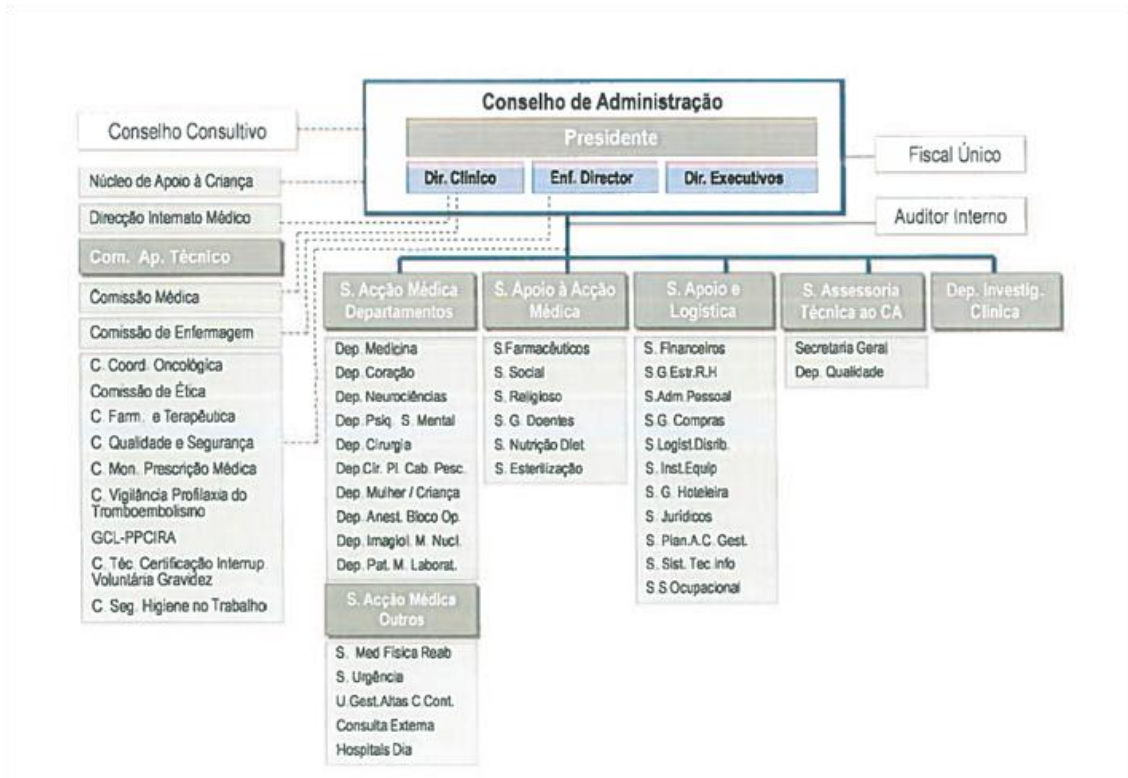
Anexo 6 - Organograma do Centro Hospitalar São João, EPE



Anexo 7 - Organograma do Centro Hosp. Vila Nova Gaia/Espinho, EPE



Anexo 8 - Organograma do Centro Hospitalar Lisboa Ocidental, EPE



Anexo 9 - Organograma do Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa

