GESTÃO HOSPITALAR

APAH

ABRIL | MAIO | JUNHO 2017
ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE
ADMINISTRADORES HOSPITALARES **[APAH]**
DISTRIBUIÇÃO GRATUITA ISSN: 0871-0767

Entrevista a Alexandre Lourenço

CENTROS DE REFERÊNCIA – CONCEPTUALIZAÇÃO E MODELO DE FINANCIAMENTO
Sofia Mariz
Bárbara Sofia de Carvalho

INTERNAMENTOS EVITÁVEIS POR CAUSAS SENSÍVEIS AOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS NA ULS MATOSINHOS, 2008-2013
Graça Lima
Sérgio Santos
Susana Cardoso

GAIACC – GESTÃO ASSISTENCIAL E INFORMATIZAÇÃO DE ALTAS PARA CODIFICAÇÃO CLÍNICA: UM NOVO PARADIGMA DA CODIFICAÇÃO CLÍNICA?
Ana Cristina Baptista
Joana Duarte

UMA VIDA ... UM EXEMPLO – FÁTIMA NOGUEIRA

E AINDA...
– Caminho dos Hospitais
– Conferências de Valor
– 27.º Congresso da EAHM
– Academia APAH

GESTÃO HOSPITALAR

DIREÇÃO
Alexandre Lourenço | Bárbara Carvalho
Emanuel Magalhães de Barros | Margarida França
REDAÇÃO
Catherine Alves Pereira
DESIGN GRÁFICO
Fedra Santos
REVISÃO
Ângela Barroqueiro
DISTRIBUIÇÃO
Gratuita

PROPRIEDADE
APAH – Associação Portuguesa
de Administradores Hospitalares
Apartado 13040
Estação CTT Casal Ribeiro
1000-994 Lisboa
secretariado@apah.pt
www.apah.pt

PERIODICIDADE
Trimestral
DEPÓSITO LEGAL N.º
16288/97
ISSN N.º
0871-0767
TIRAGEM
2.000 exemplares
IMPRESSÃO
Rainho & Neves, Lda. - Santa Maria da Feira

FOTO CAPA © Fedra Santos

SUMÁRIO

03 EDITORIAL

04 O PAPEL DOS ADMINISTRADORES HOSPITALARES

06 OS SERVIÇOS DE URGÊNCIA E A REFORMA DOS CSP

10 CENTROS DE REFERÊNCIA - CONCEPTUALIZAÇÃO E MODELO DE FINANCIAMENTO

16 INTERNAMENTOS EVITÁVEIS POR CAUSAS SENSÍVEIS AOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS NA ULS MATOSINHOS, 2008-2013

22 ENTREVISTA A ALEXANDRE LOURENÇO

30 GAIACC - GESTÃO ASSISTENCIAL E INFORMATIZAÇÃO DE ALTAS PARA CODIFICAÇÃO CLÍNICA: UM NOVO PARADIGMA DA CODIFICAÇÃO CLÍNICA?

34 PRÉMIO MARGARIDA BENTES

36 UMA VIDA... UM EXEMPLO

38 A CONTABILIDADE ANALÍTICA NOS HOSPITAIS EPE

42 VIII FÓRUM DO MEDICAMENTO – ADMINISTRADORES HOSPITALARES DISCUTIRAM MODELOS DE GESTÃO DA INOVAÇÃO EM ONCOLOGIA

44 INTELIGÊNCIA CLÍNICA E HOSPITALAR – NOVOS PARADIGMAS DE GESTÃO

46 TERCEIRA EDIÇÃO DO HEALTHCARE EXCELLENCE PREMEIA PROJETO DE CUIDADOS PÓS-OPERATÓRIOS DO HVFX

48 CAMINHO DOS HOSPITAIS

51 27.º CONGRESSO DA EAHM – EUROPEAN ASSOCIATION OF HOSPITAL MANAGERS

52 CONFERÊNCIAS DE VALOR APAH

55 ASSEMBLEIA-GERAL APAH

57 TOMADA DE POSSE DO NOVO BASTONÁRIO DA ORDEM DOS MÉDICOS

58 APAH MARCA A AGENDA

60 ACADEMIA APAH

Esta revista foi escrita segundo as novas regras do Acordo Ortográfico

© MARGARIDA FRANÇA

EDITORIAL

Promover o mérito, a excelência e o prestígio da profissão do Administrador Hospitalar!

Foi com este lema que, há um ano, iniciámos um novo projeto para a nossa associação. Ao longo deste período, promovemos o prestígio da nossa profissão e recentrámos o debate quanto à necessidade de mérito e excelência na gestão em saúde.

O dinamismo empreendido tem vindo a agregar um conjunto de vontades em torno deste projeto. Contudo, a meta está longe de ser alcançada. O nosso esforço, dedicação e serenidade para a melhoria da qualidade da gestão em saúde devem ser permanentes. Para este desígnio ter sucesso devemos procurar abranger e incluir todos os atores do sistema de saúde.

Nos próximos doze meses, as tarefas não são menos exigentes. Depois do despertar, muito existe por alcançar para garantir o mérito e a excelência.

Em 2018, comemoramos 50 anos da Carreira de Administração Hospitalar. Estes 50 anos merecem a participação de todos os Administradores Hospitalares no reconhecimento do nosso percurso e na perspetivação do nosso futuro. Honrar a nossa história e contributo para o Serviço Nacional de Saúde passa por assegurar a revitalização da carreira de administração hospitalar e serviços de saúde, permitindo o mérito no exercício da profissão. Devemos estar cientes da importância do momento e da relevância dos compromissos a alcançar.

Se existe uma área em que o papel da associação é relevante, é o da formação contínua. A Academia APAH, sob o lema **"Melhor gestão, mais SNS"**, é a nossa aposta de maior ambição, destinada a proporcionar um vasto conjunto de cursos de atualização e desenvolvimento de conhecimentos e competências, que abrangem diversas áreas de especialização em gestão da saúde, estágios e visitas de estudo institucionais. A Academia APAH conta neste momento com 15 instituições parceiras de excelência, assegurando um leque alargado e completo de áreas formativas. Foi muito gratificante obter a chancela "Serviço Nacional de Saúde" por parte do Ministério da Saúde, reconhecendo a qualidade da Academia, mas também a necessidade formativa dos gestores em saúde.

A participação ativa dos Administradores Hospitalares é essencial. Para assegurarmos a mudança, necessitamos atualizar os nossos conhecimentos e utilizar os mais recentes instrumentos de gestão.

Para obterem os melhores resultados em saúde para os cidadãos, as nossas organizações necessitam de líderes capazes. A liderança das unidades de saúde, em que diariamente damos o melhor de nós, conquista-se através dos nossos conhecimentos e do nosso comportamento.

O nosso valor demonstra-se através do nosso compromisso com os doentes e com as organizações onde trabalhamos. Sempre estivemos na linha da frente a dar cara pelo Serviço Nacional de Saúde. Mesmo antes da sua fundação. Mesmo nos momentos mais difíceis.

Somos o garante da universalização dos cuidados de saúde e do desenvolvimento do SNS. A nossa associação está e estará do lado da qualidade e eficiência dos serviços de saúde.

Melhor gestão, melhor SNS, melhor saúde.

ALEXANDRE LOURENÇO
Presidente da APAH

O PAPEL DOS **ADMINISTRADORES HOSPITALARES**

ALEXANDRE LOURENÇO

Presidente da Associação Portuguesa
de Administradores Hospitalares (APAH)

A carreira de administração hospitalar existe desde 1968, tendo ficado consagrada a exigência do curso de administração hospitalar como habilitação indispensável.

Em 1980, a carreira é revista e o exercício de funções é feito, em comissão de serviço, após concurso público nacional. O ingresso fica reservado a licenciados que tenham obtido diploma em Administração Hospitalar pela Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP). A progressão na carreira é feita mediante o tempo de exercício profissional, avaliação positiva por comissão de avaliação constituída por administradores hospitalares e provas (apresentação e discussão de trabalho preparado para o efeito).

No final da década, em 1988, é criada a figura de administrador-delegado enquanto membro dos recém-criados Conselhos de Administração (CA). Todos os elementos deste órgão colegial (entre 5 e 7) passam a ser nomeados por confiança política não sendo exigido qualquer mecanismo transparente de recrutamento, formação específica, comprovação de competências e avaliação de desempenho. Paralelamente, as remunerações de todos os membros do CA são aumentadas significativamente.

A partir da empresarialização dos hospitais, em finais de 2002, cessaram os concursos de ingresso e de acesso na carreira de administração hospitalar. Os diplomados em administração hospitalar passaram a ser contratados

A carreira de administração hospitalar
existe desde 1968, tendo ficado consagrada
a exigência do curso de administração hospitalar
como habilitação indispensável.

Os hospitais são organizações extraordinariamente complexas pela utilização intensiva de recursos humanos, capital, tecnologia e conhecimento. Peter Drucker afirma mesmo que representam a forma mais complexa de organização humana que alguma vez se pretendeu gerir. Efetivamente, longe vai o tempo em que se acreditava que as organizações de saúde eram tão simples de gerir que poderiam ser facilmente lideradas por profissionais não preparados. Assim, não é aceitável que a administração seja desempenhada por políticos, curiosos ou profissionais de saúde sem um conhecimento profundo dos métodos e dos instrumentos de gestão hospitalar.

em regime de contrato individual de trabalho sem acesso a formação contínua, avaliação de desempenho e possibilidade de progressão de carreira.

Os hospitais são organizações extraordinariamente complexas pela utilização intensiva de recursos humanos, capital, tecnologia e conhecimento. Peter Drucker afirma mesmo que representam a forma mais complexa de organização humana que alguma vez se pretendeu gerir. Efetivamente, longe vai o tempo em que se acreditava que as organizações de saúde eram tão simples de gerir que poderiam ser facilmente lideradas por profissionais não preparados. Assim, não é aceitável que a administração seja desempenhada por políticos, curiosos ou profissionais de saúde sem um conhecimento profundo dos métodos e dos instrumentos de gestão hospitalar.

Certamente que o conhecimento e a competência necessários não se adquirem através de cursos em horário pós-laboral sem qualquer avaliação de conhecimentos. Não podem existir dúvidas de que a qualidade dos gestores e dirigentes depende da sua formação e experiência, e dos conhecimentos, capacidades e competências que detêm.

Neste contexto, é imperativo garantir um consenso alargado para um quadro de qualificação da administração hospitalar/gestão em saúde, passando pela educação especializada, processo de recrutamento transparente, avaliação do desempenho e formação contínua.

Por definição, os administradores hospitalares são os primeiros a exigir a profissionalização da gestão intermédia e de topo dos agrupamentos de centros de saúde, hospitais e unidades locais de saúde do SNS. Todos, sem exceção e sem demora, são bem-vindos a este movimento. Saibamos todos tirar as devidas ilações e consequências.

Artigo original publicado no Diário de Notícias de 14 de julho de 2016.

Por definição, os administradores hospitalares são os primeiros a exigir a profissionalização da gestão intermédia e de topo dos agrupamentos de centros de saúde, hospitais e unidades locais de saúde do SNS. Todos, sem exceção e sem demora, são bem-vindos a este movimento.

OS **SERVIÇOS DE URGÊNCIA** E A **REFORMA DOS CSP**

ÁLVARO SANTOS ALMEIDA

Professor da Faculdade de Economia, Universidade do Porto

JOANA VALES

Gestora Intermédia Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, E.P.E.

A sobrelotação dos Serviços de Urgência é regularmente apontada como um dos principais problemas do Serviço Nacional de Saúde (SNS) português. Os cuidados de saúde primários (CSP) são geralmente apontados como uma das causas e a sua reforma como a principal solução do problema. O nosso estudo mostra como a reforma dos CSP contribui para reduzir a sobrelotação e qual o real impacto da reforma na utilização das urgências.

Notícias sobre tempos de espera excessivos e outros sintomas de sobrelotação das urgências dos hospitais do SNS eram habituais na comunicação social portuguesa, sobretudo nos períodos de Natal e de Verão. Tais notícias eram vistas por alguns como sinal de decadência do SNS, em resultado da suposta insuficiência de recursos financeiros e humanos disponibilizados aos hospitais públicos. No entanto, tal visão ignora que qualquer sobrelotação pode ser tanto resultado de uma insuficiência de oferta como de uma excessiva e inadequada procura.

Um estudo da OCDE concluiu que Portugal é o país, numa amostra de 21 países, onde mais se recorre à urgência, com quase 70 atendimentos por 100 habitantes. Tal resultado sugere que o problema de sobrelotação das urgências em Portugal será mais consequência de uma procura excessiva inadequada do que do subdimensionamento das urgências nos hospitais do SNS. Sucessivos governos identificaram corretamente o problema e têm promovido (pelo menos retoricamente) os CSP como parte da solução. Não que tal represente uma originalidade nacional, já que ao longo dos anos esta tem sido uma questão que afeta não só Portugal como outros sistemas de saúde, sobretudo os de inspiração beveridgeana. Desde 1978, com a Declaração de Alma-Ata, que os CSP têm sido considerados o pilar de qualquer sistema de saúde e o primeiro contacto por excelência do utente com o sistema de saúde. No entanto, os resultados não têm sido satisfatórios, já que os números de episódios de urgência continuam a não evidenciar uma tendência descendente clara, e continuam a pressionar excessivamente a gestão dos hospitais.

Coloca-se, assim, a dúvida sobre a solução apresentada para o problema. Será que a reforma dos CSP contribui efetivamente para a redução da pressão das urgências hospitalares e a continuação da pressão é sinal de que a reforma não foi tão longe quanto deveria? Ou será o impacto dos CSP nas urgências hospitalares apenas mais um dos muitos mitos urbanos que proliferam na opinião pública da saúde?

O argumento a favor do impacto positivo dos CSP nas urgências assenta no pressuposto que com um sistema de CSP mais eficaz os utentes passariam a ver os seus problemas de saúde aí resolvidos, deixando de recorrer tanto às urgências. Para que tal seja possível, é necessária uma organização bem definida dos cuidados de saúde, através de uma forte articulação entre cada um dos prestadores dos cuidados de proximidade e dos hospitais. Apesar de este ser um conhecimento com anos de evolução, a verdade é que os cuidados de saúde primários nunca receberam dos responsáveis políticos (em sentido lato) toda a atenção que merecem, sendo a atenção centralizada nos hospitais e nos cuidados especializados. De tal, resultaram valores culturalmente enraizados, associados à seguran-

ça, bem-estar, disponibilidade e acessibilidade no que diz respeito ao Serviço de Urgência, levando à preferência por este tipo de serviços.

A reforma dos cuidados de saúde primários, nomeadamente nas vertentes da criação das Unidades de Saúde de Familiares (USF) e do esforço para atribuir a todos os utentes um médico de família, foi um dos passos para a reestruturação da prestação de cuidados de saúde. Muito se argumenta em termos de eficiência e eficácia das USF, especialmente as modelo B, não sendo consensuais as respostas obtidas. Importa refletir sobre a organização dos serviços de saúde e, especialmente, sobre a acessibilidade aos mesmos e ao tipo de cuidados prestados. Em especial, pensámos que era urgente uma análise quantitativa e objetiva sobre o impacto da reforma dos CSP na utilização dos serviços de urgência hospitalares, já que este impacto se tornou algo consensual na discussão pública, sem que existisse evidência empírica clara que confirme a existência de um impacto positivo, e sobretudo, qual a verdadeira dimensão desse impacto (relevante ou negligenciável?).

Como contributo para esta reflexão, desenvolvemos um estudo empírico de investigação cujo objetivo foi avaliar o efeito que o tipo de CSP disponibilizados aos cidadãos tem sobre a sua utilização de serviços de urgência. Concretamente, desenvolvemos três modelos que permitiram estudar a possibilidade de existir uma relação entre a utilização do Serviço de Urgência e o tipo de unidade funcional dos CSP nas quais os utentes estão inscritos, bem como o ter ou não médico de família. Para tal, analisámos uma amostra de cerca de 117 mil episódios de urgência do Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, E.P.E.,que dispõe de dois serviços de urgência (uma urgência básica e uma urgência médico-cirúrgica).

A reforma dos cuidados de saúde primários, nomeadamente nas vertentes da criação das Unidades de Saúde Familiares (USF) e do esforço para atribuir a todos os utentes um médico de família, foi um dos passos para a reestruturação da prestação de cuidados de saúde.

UTENTES DAS USF MODELO B UTILIZAM SU DE FORMA MAIS ADEQUADA

O primeiro modelo visava estimar quais os principais fatores que influenciam uma utilização adequada do serviço de urgência. Definimos um episódio como correspondendo a uma "utilização adequada" se o utente foi triado no momento da admissão com prioridade vermelha (emergente), laranja (muito urgente) e amarela (urgente). De acordo com esta definição, na nossa amostra 40% dos episódios correspondem a uma utilização inadequada das urgências.

Os resultados da estimação do primeiro modelo, com recurso ao método econométrico *logit*, permitiram concluir que o tipo de unidade funcional influencia a utilização adequada dos Serviços de Urgência. Os utentes inscritos em USF têm uma utilização mais adequada dos serviços de urgência do que os utentes inscritos em UCSP. Dentro das USF, os utentes inscritos em USF modelo B têm uma utilização mais adequada do que os inscritos em USF modelo A. Tal resultado, que confirma a existência de um efeito positivo da reforma dos CSP na utilização dos serviços de urgência, poderá estar relacionado com o facto de as USF possibilitarem um melhor acesso à prestação de cuidados de saúde, e a possibilidade de darem uma melhor resposta em termos de continuidade de cuidados. Se os utentes têm melhor acesso e continuidade dos cuidados, conseguem ver as suas necessidades de saúde satisfeitas nos CSP e têm menos necessidade de recorrer ao Serviço de Urgência, fazendo-o apenas em situações que realmente o justifiquem.

Quantitativamente o efeito parece ser relevante. A percentagem de episódios que correspondem a uma utilização não adequada dos serviços de urgência é 2 pontos percentuais inferior nos utentes inscritos em USF B (e 0,8 pontos percentuais inferior para utentes de USF A), comparado com a percentagem de utilização inadequada nos utentes inscritos em UCSP. Se este resultado corresponder a um padrão replicável à escala nacional, então a conclusão da reforma dos CSP, com a transformação de todas as unidades funcionais em USF modelo B, permitiria uma redução de 123.367 no número de episódios de urgência, a que corresponderia uma poupança anual de 10 milhões de euros (assumindo um custo médio de 83 euros por episódio de urgência).

Quer isto dizer que apesar das USF modelo B serem mais dispendiosas para o SNS, ao possibilitarem um melhor seguimento do doente possibilitam uma redução significativa da utilização inadequada do Serviço de Urgências, sendo possível reduzir a sobrelotação destes serviços e os elevados custos associados. Note-se, porém, que este é apenas um dos vários efeitos positivos que a transformação de todas as unidades funcionais em USF

modelo B geraria para o sistema de saúde português. Tal não evita (pelo contrário, reforça) a necessidade de os organismos responsáveis realizarem uma monitorização adequada, considerando os indicadores certos, nomeadamente indicadores de resultado, que permitam uma avaliação efetiva dos ganhos resultantes da atividade assistencial destas unidades funcionais. Este é um ponto fundamental para uma melhor resposta em termos de cuidados de saúde primários e para garantir que os serviços de urgência existem para cumprir a sua missão principal, que é dar resposta a situações de emergência ou de urgência médica.

No que respeita ao efeito da atribuição de médico de família na utilização do serviço de urgência, as conclusões não são tão claras, mas são positivas. No estudo realizado observamos um acréscimo na probabilidade de ocorrência de utilização adequada em 1 ponto percentual nos doentes com médico de família. Este resultado vem reforçar o defendido por vários autores, de que a atribuição de médico de família, ao possibilitar uma efetiva continuidade de cuidados, permite um melhor controlo das patologias e, como tal, uma melhor utilização do Serviço de Urgência.

Os utentes com médico de família têm uma menor probabilidade de recorrer ao Serviço de Urgência, provavelmente por haver um maior contacto com o médico regular e desta forma um melhor controlo e vigilância da patologia. Os utentes sem médico de família têm de recorrer mais aos cuidados hospitalares, não sendo estes, por vezes, os locais mais adequados para estudar certos tipos de patologias.

UTENTES DAS UCSP RECORREM MAIS AO SU

O segundo modelo visava estimar a relação entre o modelo da unidade funcional dos utentes e a taxa de utilização da urgência hospitalar. Os resultados vão de encontro ao consenso, já que concluímos que os utentes inscritos em UCSP recorrem mais ao Serviço de Urgência. Tal como referido pela ARS Norte, numa auditoria levada a cabo pelo Tribunal de Contas sobre o desempenho das unidades funcionais dos cuidados de saúde primários, o facto de as USF garantirem ao cidadão o atendimento no próprio dia, assegurando a continuidade e integração dos cuidados, possibilitarem o acesso a consultas médicas pela população inscrita e monitorizarem o acesso dos doentes ao seu próprio médico de família, permite que o utente seja mais seguido neste tipo de cuidados. Já as UCSP registam uma taxa de utilização de consultas mais baixa e uma menor acessibilidade aos cuidados de saúde que os utentes necessitam. Assim, os utentes inscritos em UCSP tendem a recorrer mais ao Serviço de Urgência provavelmente por não terem acesso a outro tipo de cuidados de saúde.

Chegou-se a uma conclusão idêntica no que respeita à atribuição de médico de família. Os utentes com médico de família têm uma menor probabilidade de recorrer ao Serviço de Urgência, provavelmente por haver um maior contacto com o médico regular e desta forma um melhor controlo e vigilância da patologia. Os utentes sem médico de família têm de recorrer mais aos cuidados hospitalares, não sendo estes, por vezes, os locais mais adequados para estudar certos tipos de patologias.

EPISÓDIOS DE URGÊNCIA MAIS GRAVES PARA DOENTES DAS UCSP

Por último, o terceiro modelo visava avaliar se a severidade do episódio de urgência, considerada em três níveis (muito grave, grave e pouco grave), era influenciada pelo tipo de CSP disponibilizados ao utente. Os resultados permitem concluir que apesar dos utentes inscritos em UCSP recorrerem mais ao SU e de forma inadequada, quando comparado com as USF, a verdade é que os casos muito graves e graves são mais significativos nestes doentes. Considera-se que tal pode estar relacionado com o facto de estes doentes terem dificuldade de acesso a consultas e contacto regular com o médico de família, levando a um agravamento do estado de saúde. Já os utentes das USF, especialmente modelo B, terão um maior seguimento e, como tal, uma maior monitorização do seu estado de saúde.

Por fim, apenas um apontamento relacionado com a isenção das taxas moderadoras. Os modelos estimados mostram claramente que os utentes isentos recorrem mais ao Serviço de Urgência e em situações menos graves,

o que confirma que as taxas moderadoras são um instrumento eficaz para cumprir a sua função: reduzir a utilização inadequada dos serviços de saúde. O grande número de utentes isentos, que poderá ainda vir a ser aumentado, é um fator que contribui para a excessiva utilização dos serviços de urgência, pelo que um modelo mais racional de taxas moderadoras poderia contribuir para uma melhor gestão dos fluxos de acesso dos utentes ao SNS.

O nosso estudo permitiu identificar alguns dos fatores que contribuem para uma utilização excessiva e inadequada dos serviços de urgência, mas não esgota a questão. Sabemos que haverá outros fatores que não analisámos que levam os utentes a recorrerem por iniciativa própria ao Serviço de Urgência, onde estará, por exemplo, a perceção que numa urgência hospitalar se consegue um atendimento imediato com o recurso a meios complementares de diagnóstico. É possível ir ao SU e, no espaço de algumas horas, sair com um diagnóstico baseado nos exames necessários. Já nos cuidados de saúde primários, esse mesmo diagnóstico pode levar semanas.

É também fundamental olhar para o caminho do doente depois da passagem pelo Serviço de Urgência. Verificámos neste estudo que os idosos recorrem ao Serviço de Urgência em situações consideradas mais graves, sendo claro que quando o fazem apresentam uma descompensação clínica. Será importante desenvolver mecanismos assistenciais dentro da comunidade, por forma a ter estes doentes monitorizados e com as suas patologias controladas. Um seguimento apropriado evitaria uma admissão no serviço de urgência de longas horas e com elevados custos associados.

Apesar destas limitações, consideramos que o nosso estudo permitiu validar e quantificar o impacto positivo que as USF, em especial as modelo B, têm sobre a sobrelotação e a utilização inadequada das urgências. Importará assim investir neste tipo de unidades funcionais que, apesar de mais dispendiosas, podem, efetivamente, reduzir o número de episódios de urgência, entre outros ganhos em saúde potenciais.

Bibliografia

Berchet, C., & Papers, O. H. W. (2015). "Emergency Care Services :Trends, Drivers and Interventions to Manage the Demand" (Vol. 83). Paris: OECD Publishing. Retrieved from /content/workingpaper/5jrts344crns-en

ERS. (2016). "Estudo sobre as Unidades de Saúde Familiar e as Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados".

Tribunal de Contas.(2014)"Auditoria ao Desempenho das Unidades Funcionais dos Cuidados de Saúde Primários". Portugal.

Apoio Institucional

SNS SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE

CENTROS DE REFERÊNCIA – CONCEPTUALIZAÇÃO E MODELO DE FINANCIAMENTO

SOFIA MARIZ

Administradora Hospitalar
Administração Central do
Sistema de Saúde, I.P.

BÁRBARA SOFIA DE CARVALHO

Membro da Direção da APAH

Na sequência da transposição da Diretiva do Parlamento Europeu e Conselho 2011/24/EU, de 9 de março, respeitante ao exercício dos direitos dos doentes em matéria de cuidados de saúde transfronteiriços, que prevê a criação de Redes Europeias de Referência (RER) no sentido de potenciar a cooperação entre os diversos Estados-Membros da União Europeia despoletou-se, no final do primeiro trimestre de 2013, em Portugal, o tema dos Centros de Referência (CR).

O então XIX Governo Constitucional reconheceu como prioridade estratégica, no seio do planeamento da oferta de cuidados de saúde aos níveis nacional e, inclusivamente, internacional, a definição do conceito de CR, bem como a necessidade de, consequentemente se proceder ao processo de identificação, reconhecimento oficial e mapeamento.

Esta necessidade foi, igualmente, identificada pelo Grupo Técnico para a Reforma Hospitalar que, na sequência da apresentação do seu Relatório Final "Os cidadãos no centro do sistema. Os profissionais no centro da mudança", concretamente na iniciativa "Uma rede hospitalar mais coerente", destacou a "Criação e desenvolvimento de centros de referência".

Com a publicação do Despacho do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde, do XIX Governo Constitucional, n.º 4319/2013, de 15 de março, foi criado um Grupo de Trabalho para proceder ao estudo da rede de CR, nomeadamente no que se refere à definição do conceito de CR (ainda que inicialmente se adotasse a terminologia de Centro de Excelência), aos critérios de identificação e reconhecimento pelo Ministério da Saúde desses centros, à sua implementação, à conceção dos modelos de financiamento e à sua integração na rede hospitalar portuguesa e nas RER.

Como corolário dos trabalhos do Grupo, foi apresentado o relatório "Centros de Referência – Relatório final", que no fundo veio a alicerçar os conteúdos da Portaria n.º 194/2014, de 30 de setembro, em que se estabelece o conceito, o processo de identificação, aprovação e reconhecimento dos CR nacionais para a prestação de cuidados de saúde, designadamente para diagnóstico e tratamento de doenças raras.

Atualmente o conceito de CR está cimentado no Sistema de Saúde português, sendo definido como "qualquer serviço, departamento ou unidade de saúde, reconhecido como o expoente mais elevado de competências na prestação de cuidados de saúde de elevada qualidade em si-

> Facilmente se depreende que um CR culmina na concentração da prestação de cuidados de saúde em áreas específicas de elevada especialização, num número restrito de serviços e instituições hospitalares, públicos e/ou privados, direcionados para a melhoria da experiência clínica e de investigação, em diagnóstico e terapêutica.

tuações clínicas que exigem uma concentração de recursos técnicos e tecnológicos altamente diferenciados, de conhecimento e experiência, devido à baixa prevalência da doença, à complexidade no seu diagnóstico ou tratamento e/ou aos custos elevados da mesma, sendo capaz de conduzir formação pós-graduada e investigação científica nas respetivas áreas médicas".

Facilmente se depreende que um CR culmina na concentração da prestação de cuidados de saúde em áreas específicas de elevada especialização, num número restrito de serviços e instituições hospitalares, públicos e/ou privados, direcionados para a melhoria da experiência clínica e de investigação, em diagnóstico e terapêutica. Acresce que, além de garantir o direito à proteção da saúde dos cidadãos nacionais, qualquer CR pode constituir-se como um polo de atração de doentes do espaço europeu, potenciando a criação de valor no Sistema de Saúde português.

Em complemento, aos CR podem estar associados Centros Afiliados, enquanto serviços ou unidades de proximidade que, não cumprindo os critérios gerais e específicos para se constituírem como CR, se encontram associados a um CR da mesma área específica de competência mediante acordo de colaboração. Presentemente não foram reconhecidos Centros Afiliados no território nacional, sendo que, no entanto, se reconhece que esta rede de conhecimento e tratamento integrado dos doentes implica, necessariamente, mecanismos de articulação (formais ou informais) com os serviços de proximidade.

Em termos conceptuais, o processo de reconhecimento de CR passa, inexoravelmente, por diversas etapas. De forma a iniciar este processo, aprioristicamente foi constituída a Comissão Nacional para os Centros de Referência, em outubro de 2014, com o intuito de: (i) avaliar as necessidades de prestação de cuidados de saúde, (ii) identificar as grandes áreas de intervenção em que devem ser reconhecidos os Centros de Referência e (iii) definir os critérios específicos a que devem obedecer os candidatos a CR e os Centros Afiliados de um CR.

Nesta conformidade, a Comissão Nacional para os Centros de Referência propõe ao membro do Governo responsável pela área da saúde as áreas de intervenção prioritárias em que devem ser reconhecidos CR (para 2015 *vide* figura 1), sendo o processo para a obtenção de reconhecimento de CR iniciado com a publicação, pela Direção-Geral da Saúde, dos Avisos de abertura dos concursos podendo candidatar-se qualquer instituição prestadora de cuidados de saúde na área de referência, independentemente da sua natureza pública, privada ou social e de integrar ou não a rede de estabelecimentos e serviços do Serviço Nacional de Saúde. A Comissão Nacional para os Centros de Referência é a entidade responsável pela análise das candidaturas e, subsequentemente, pela apresentação da proposta de reconhecimento dos candidatos a CR.

Epilepsia refratária	> Epilepsia refratária
Onco-oftalmologia	> Retinoblastoma e Melanoma ocular
Oncologia de adultos	> Cancro do esófago > Cancro do testículo > Sarcomas das partes moles e ósseos > Cancro do reto > Cancro hepatobiliopancreático
Oncologia pediátrica	> Oncologia pediátrica
Doenças cardiovasculares	> Cardiologia de "intervenção estrutural" > Cardiopatias congénitas
Transplante	> Pulmonar > Pâncreas > Hepático > Renal (pediátrico e adulto) > Cardíaco (pediátrico e adulto)
Doenças raras	> Paramiloidose familiar > Doenças hereditárias do metabolismo

Fonte: Despacho n.º 235-A/2015, de 7 de janeiro, publicado no Diário da República, 2.ª Série, n.º 5, de 8 de janeiro, alterado pelo Despacho n.º 2999/2015, de 5 de março, publicado no Diário da República, 2.ª Série, n.º 58, de 24 de março

FIGURA 1 Áreas prioritárias e patologias/procedimentos definidas para o reconhecimento de CR para 2015

A Comissão Nacional para os Centros de Referência é a entidade responsável pela análise das candidaturas e, subsequentemente, pela apresentação da proposta de reconhecimento dos candidatos a CR.

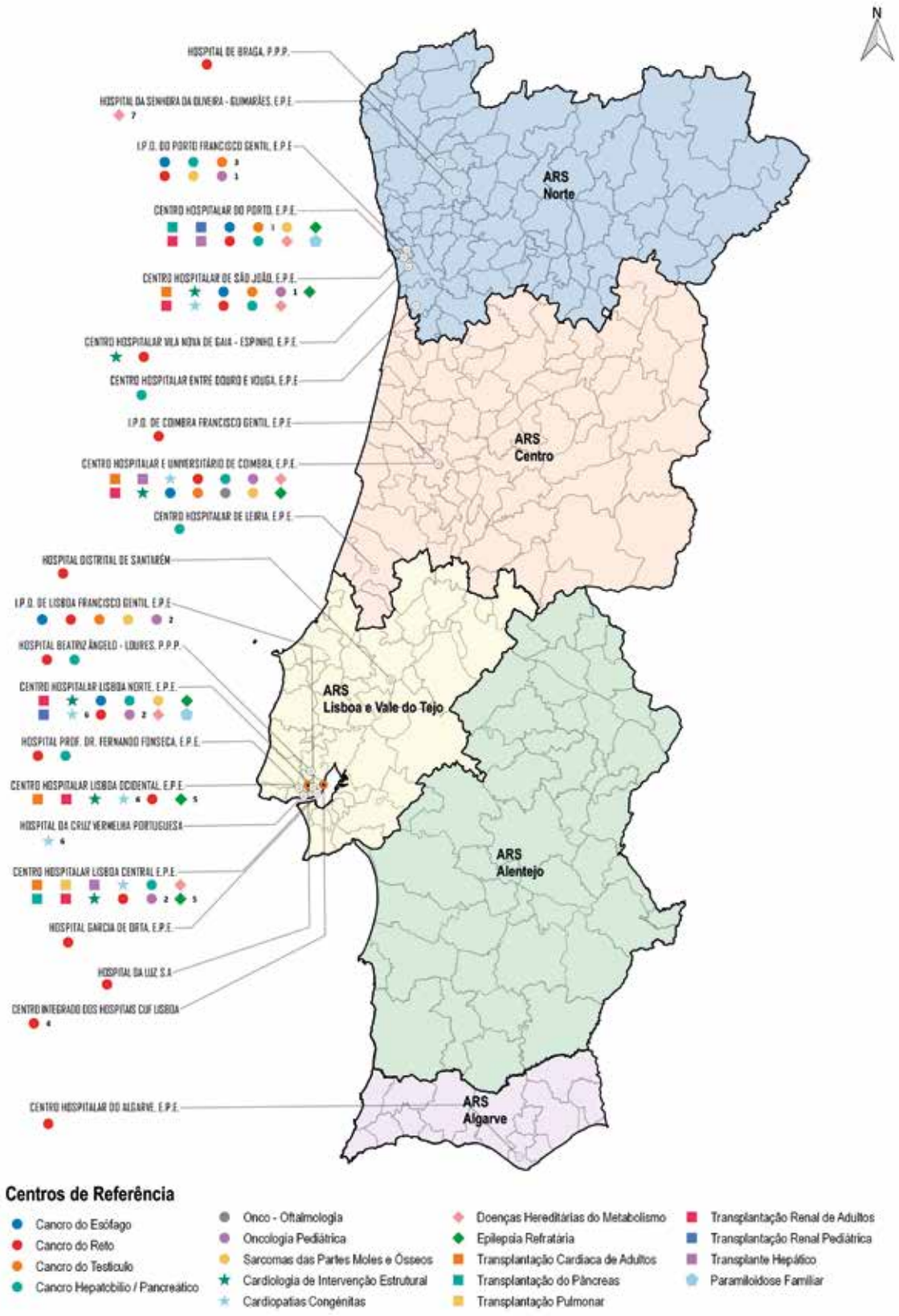
Tal como já tinha sido apontado no Relatório Final do Grupo de Trabalho constituído pelo Despacho do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde, do XIX Governo Constitucional, n.º 4319/2013, de 15 de março, e no contexto do Serviço Nacional de Saúde, os mecanismos de contratualização e financiamento devidamente calibrados podem constituir-se como ferramentas impulsionadoras da melhor prática clínica e de incentivo a comportamentos tendentes à prestação de cuidados de excelência, a par de objetivos primeiros de orientação para as necessidades em saúde da população e maximização da eficiência do sistema.

O modelo de financiamento hospitalar integra diferentes combinações de modalidades de pagamento consoante os objetivos e práticas que se pretende incentivar e os propósitos do próprio modelo. A título de exemplo, coexistem modalidades de pagamento por diária, mais adequadas a situações de internamento crónico ou continuado em que a variabilidade do custo no internamento ao longo do tempo é estável, com pagamentos por episódio para tratamento de doentes internados em camas de agudos, e com modalidades de pagamento por doente tratado sobretudo aplicadas ao tratamento ambulatório de doentes crónicos, em patologias raras, complexas e/ou particularmente onerosas.

Neste enquadramento, a seleção das modalidades de pagamento ou incentivos a aplicar aos CR implica, em primeiro lugar, a identificação clara do procedimento ou patologia que integra os CR, sendo também relevante a possibilidade de normalização dos cuidados que devem ser prestados no âmbito do procedimento ou patologia selecionados, quer nos CR, quer nos seus Afiliados. Por sua vez, e para efeitos de avaliação, devem também ser identificados os indicadores de qualidade subjacentes à monitorização da atividade dos CR.

Entre outubro de 2015 e julho de 2016 foram constituídos em Portugal 88 CR, incluindo as candidaturas conjuntas e colaborações interinstitucionais, contabilizando um total de 96 CR para 18 áreas, conforme figura seguinte.

Neste enquadramento, a seleção das modalidades de pagamento ou incentivos a aplicar aos CR implica, em primeiro lugar, a identificação clara do procedimento ou patologia que integra os CR, sendo também relevante a possibilidade de normalização dos cuidados que devem ser prestados no âmbito do procedimento ou patologia selecionados, quer nos CR, quer nos seus Afiliados. Por sua vez, e para efeitos de avaliação, devem também ser identificados os indicadores de qualidade subjacentes à monitorização da atividade dos CR.



Notas: 1- IPO do Porto em colaboração interinstitucional com o CHSJ | 2 - IPO de Lisboa em colaboração interinstitucional com o CHLC e com o CHLN, na área dos Tumores do Sistema Nervoso Central | 3 - IPO do Porto em colaboração interinstitucional com o CHP | 4 – Hospital CUF Infante Santo S.A. e Hospital CUF Descobertas S.A. | 5 – CHLO e o CHLC (na vertente pediátrica) | 6 – CHLO em colaboração interinstitucional com o CHLN e em colaboração interinstitucional com o HCVP | 7 – Apenas para a área das doenças lisossomais de sobrecarga

Fonte: Despacho n.º 11297/2015, de 2 de outubro, publicado no Diário da República, 2.ª Série, n.º 197 de 8 de outubro; Despacho n.º 3653/2016, de 7 de março, publicado no Diário da República, 2.ª Série, n.º 50, de 11 de março; Despacho n.º 5911-A/2016, de 29 de abril, publicado no Diário da República, 2.ª Série, n.º 85, de 3 de maio; Despacho n.º 9414/2016, de 14 de julho, publicado no Diário da República, 2.ª Série, n.º 140, de 22 de julho.

FIGURA 2 CR reconhecidos para 2015

Para efeitos de definição do modelo de financiamento, e dado o elevado número de procedimentos e algumas patologias selecionados, a opção do financiador recaiu na obtenção de grupos homogéneos aos quais pudesse ser aplicado o incentivo considerado mais adequado. O documento que explicita o modelo de alocação de recursos aos hospitais (Termos de Referência para contratualização hospitalar no SNS – Contrato-Programa 2016) aclara a forma como se procedeu ao incentivo à remuneração da atividade realizada em CR (e ao desincentivo à sua realização noutros prestadores).

Desta forma, foram constituídos quatro subgrupos: (i) transplantação; (ii) oncologia; (iii) doenças raras e (iv) outras áreas médico-cirúrgicas. Considerando os quatro subgrupos formados, a alocação de recursos em 2016 consistiu no incentivo à atividade realizada nos CR (e de desincentivo financeiro a essa mesma atividade não realizada em CR), sobretudo através da majoração das linhas de produção já constantes dos contratos-programa hospitalares nas áreas de referência.

Concretamente no caso da transplantação, a atividade é registada em linhas de produção como o GDH cirúrgico e a consulta externa que, de acordo com os mecanismos de incentivo considerados em 2016 consistiu na manutenção dos preços atuais da atividade realizada nos CR constituídos e no desincentivo pela redução, em 5%, do valor da atividade realizada em outros centros não reconhecidos como CR.

Os tratamentos no âmbito da Oncologia integram um conjunto muito alargado de linhas de produção hospitalares pelo que, para efeitos de incentivo, foi implementada a majoração em 10% do preço das consultas e a majoração em 5% das linhas de produção de GDH médico e cirúrgico (internamento e ambulatório). O desincentivo para a atividade a realizar no âmbito dos CR efetuada em outras entidades foi em sentido inverso (i.e., minoração em 10% do preço das consultas e a minoração em 5% das linhas de produção de GDH médico e cirúrgico). Excecionou-se, neste caso, a aplicação dos princípios de incentivo já referidos ao cancro do reto, uma vez que integra uma modalidade de pagamento por doente tratado que procura estimular a prestação integrada de cuidados nesta área.

Tal como sucedia no caso do cancro do cólon e reto, também no âmbito das Doenças Raras em que foram constituídos CR, o modelo de financiamento hospitalar já inclui modalidades de pagamento por doente tratado, pelo que a opção definida em sede de financiamento foi a manutenção dos preços anteriormente formados no âmbito das modalidades de pagamento por doente tratado e a minoração em 10% do preço para a atividade relacionada com estas áreas, realizada noutros centros.

Para as áreas médico-cirúrgicas em que foram reconhecidos CR, atenta a existência de um conjunto relativamente alargado de atividade realizada nas linhas constantes dos contratos hospitalares, a opção do financiador recaiu na majoração em 10% do preço das consultas e em 5% das linhas de produção de GDH médico e cirúrgico, e no desincentivo para a atividade realizada em outras entidades em sentido inverso, à semelhança do que se fez no âmbito da Oncologia.

Considerando que houve lugar à constituição de CR no decurso do ano de 2016, a inclusão de todos estes mecanismos de incentivo na metodologia de financiamento e contratualização no âmbito dos contratos programa hospitalares de 2016, revela a importância dada pelo sistema ao reconhecimento de CR no Serviço Nacional de Saúde. Acresce, aliás, que, no tocante a esta matéria, são apontados os caminhos a prosseguir no triénio de contratualização 2017-2019.

Assim, releva que, a médio prazo, sejam definidos os mecanismos de incentivo, quer no âmbito dos cuidados a prestar apenas pelos CR, quer no âmbito dos cuidados a prestar pelos Centros Afiliados que venham a ser reconhecidos.

A prestação de cuidados em algumas das áreas em que foram constituídos CR terá de ser realizada quer nos CR quer nos centros de proximidade, pelo que importa que seja definida a carteira comum de cuidados a prestar no âmbito das patologias e procedimentos selecionados e a carteira exclusiva dos CR, de forma a se poder diferenciar, em termos de financiamento, os CR com base nos recursos acrescidos de que necessitarão de dispor para a atividade que deverão assegurar neste modelo de relacionamento interinstitucional.

Para efeitos de definição do modelo de financiamento, e dado o elevado número de procedimentos e algumas patologias selecionados, a opção do financiador recaiu na tentativa de encontrar grupos homogéneos aos quais pudesse ser aplicado o incentivo considerado mais adequado.

hi
Healthcare
Insight
O seu compromisso é o nosso.
Por isso assumimos o desafio de levar a sua instituição até ao próximo nível na prestação de cuidados de saúde.
Better Knowledge,
Better Care
www.hi-upm.pt
healthcareinsight@novabase.pt
NOVABASE

INTERNAMENTOS EVITÁVEIS POR CAUSAS SENSÍVEIS AOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS NA ULS MATOSINHOS, 2008-2013

GRAÇA LIMA

Técnica Superior do Serviço de Planeamento e Controlo de Gestão da ULS de Matosinhos

SÉRGIO SANTOS

Técnico Superior do Serviço de Planeamento e Controlo de Gestão da ULS de Matosinhos

SUSANA CARDOSO

Diretora do Serviço de Planeamento e Controlo de Gestão da ULS de Matosinhos

INTRODUÇÃO

No âmbito do Plano Nacional de Saúde 2012-2016 definiram-se um conjunto de indicadores que permitem definir e calcular Ganhos Potenciais em Saúde nas áreas de resultados em saúde consideradas estratégicas: mortalidade, morbilidade, incapacidade, satisfação, resposta do sistema de saúde, qualidade e sustentabilidade.

Os internamentos hospitalares evitáveis correspondem a um conjunto de situações que poderiam ser evitadas porque a doença ou condição foi impedida de ocorrer, por prevenção primária, ou porque houve um bom acesso e acompanhamento nos cuidados de ambulatório e cuidados de saúde primários, por prevenção secundária ou terciária (Page *et al*, 2007).

Refletem o desempenho do sistema de saúde, porque permitem, por um lado, a monitorização da morbilidade, das necessidades, das variações no acesso ou da qualidade dos cuidados primários prestados e, por outro, a alocação de recursos e a definição do tipo de intervenções com mais impacto (Billings J *et al*, 1993).

Com este estudo pretende-se conhecer a magnitude dos internamentos evitáveis por causas sensíveis aos cuidados de ambulatório e cuidados de saúde primários, no Hospital Pedro Hispano (HPH), no período 2008-2013, estimando os custos associados a esses internamentos.

Os internamentos hospitalares evitáveis correspondem a um conjunto de situações que poderiam ser evitadas porque a doença ou condição foi impedida de ocorrer, por prevenção primária, ou porque houve um bom acesso e acompanhamento nos cuidados de ambulatório e cuidados de saúde primários, por prevenção secundária ou terciária (Page *et al*, 2007).

MATERIAL E MÉTODOS

As causas sensíveis aos cuidados de ambulatório (CSCA) são geralmente definidas como problemas de saúde em que um atendimento adequado ao nível do ambulatório/cuidados de saúde primários, pode prevenir ou reduzir a necessidade de internamento. Por exemplo, a hipertensão é uma condição que pode ser tratada no exterior de um hospital: com medicação e gestão de cuidados adequados, a maioria das pessoas não precisa de ser internada por hipertensão. Diz-se então que o internamento hospitalar nesta situação é potencialmente evitável e provavelmente revela uma falha do nosso sistema de saúde.

A análise de causas sensíveis a cuidados de ambulatório permite orientar ações para o desenvolvimento de cuidados de saúde primários e de ambulatório apropriados e mais eficientes (Alto Comissariado da Saúde, 2010).

Existem diversas metodologias desenvolvidas para definir as CSCA. Uma das mais utilizadas é proposta pelo Canadian Institute for Health Information (CIHI), como sendo a que melhor se ajusta à informação disponível em Portugal sendo, por isso, adotada pelo PNS 2012-2016. Esta metodologia considera evitáveis os episódios de internamentos de indivíduos com idade inferior a 75 anos que sobreviveram e que apresentam um dos seguintes diagnósticos principais de internamento:

- Angina (CID 9: 411; 413)
- Asma (CID 9: 493)
- Doença pulmonar obstrutiva crónica - DPOC (CID 9: 491; 492; 494; 496)
- Diabetes (CID 9: 250.0-250.2; 250.8)
- Epilepsia (Grand mal status and other epileptic convulsions) (CID 9: 345)
- Insuficiência cardíaca e edema pulmonar; (CID 9: 428; 518.4)
- Hipertensão (CID 9: 401.0; 401.9; 402.0; 402.1; 402.9)

Procedeu-se à análise da morbilidade hospitalar no Hospital Pedro Hispano para o período 2008-2013.

A classificação dos diagnósticos de internamento foi feita de acordo com a 9.ª revisão da Classificação Internacional das Doenças – Modificação Clínica (CID9-CM), que identifica o Diagnóstico Principal do episódio, considerado responsável pela admissão do doente no hospital, para tratamento.

Consideraram-se todos os episódios ocorridos entre 1 de janeiro de 2008 e 31 de dezembro de 2013, que deram origem a internamento, ou seja, episódios relativos aos doentes saídos com permanência em internamento de, pelo menos, 24 horas, excluindo-se os falecidos.

Para além do número de episódios de internamento por causa, foi calculada ainda a demora média ou seja, a média anual de dias de internamento por episódio de internamento.

Para estimar os custos associados aos internamentos evitáveis por causas sensíveis a cuidados de ambulatório utilizaram-se duas metodologias:

1) O preço praticado pelo SNS para cada GDH de internamento, tendo por base a Portaria 839-A/2009 ou a Portaria 163/2013 (desde 1 de janeiro de 2013);

2) Os custos médios associados à diária de internamento por especialidade no Hospital Pedro Hispano, segundo metodologia desenvolvida pelo Serviço de Planeamento e Controlo de Gestão da ULSM, EPE.

RESULTADOS

No quinquénio 2008-2013, verificaram-se, no Hospital Pedro Hispano, 2.694 admissões por CSCA, o que corresponde a 2,6% do total de internamentos registados nesse período (por todas as causas e todas as idades). Nesse período, registou-se uma média de 449 internamentos evitáveis por ano.

		2008	2009	2010	2011	2012	2013	TOTAL
Todas as causas (todas as idades)	Nº	18.331	18.082	17.171	16.060	16.486	16.937	**103.067**
Causas sensíveis aos cuidados de ambulatório (0-74 anos)	Nº	497	518	446	401	416	416	**2.694**
	%	2,7%	2,9%	2,6%	2,5%	2,5%	2,5%	**2,6%**

TABELA 1 Número de internamentos por causas sensíveis aos cuidados de ambulatório e todas as causas, Hospital Pedro Hispano, 2008-2013.

As três principais causas de internamento por CSCA no HPH no período 2008-2013 foram, respetivamente: a Insuficiência Cardíaca e Edema Pulmonar (com 28,7% dos internamentos por CSCA), a Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (26,5%) e a Epilepsia (15,6%). Estas 3 causas em conjunto representam cerca de 70% dos internamentos por CSCA. Seguem-se a Diabetes (10%), Asma (9,4%), Angina (7,3%) e Hipertensão (2,4%)

Causa	2008	2009	2010	2011	2012	2013	Total Geral	
	nº	nº	nº	nº	nº	nº	nº	%
Insuf. Cardíaca/Edema Pulmonar	112	123	124	157	141	117	774	28,7%
DPOC	122	163	105	84	116	125	715	26,5%
Epilepsia	106	100	85	31	43	56	421	15,6%
Diabetes	66	50	35	36	39	43	269	10,0%
Asma	52	42	42	47	37	33	253	9,4%
Angina	27	33	47	35	23	31	196	7,3%
Hipertensão	12	7	8	11	17	11	66	2,4%
Total Geral	**497**	**518**	**446**	**401**	**416**	**416**	**2.694**	**100%**

TABELA 2 Evolução dos internamentos por causa, HPH 2008-2013 (nº)

CARACTERIZAÇÃO DAS CSCA POR SEXO E GRUPO ETÁRIO

Dos internamentos por CSCA no período 2008-2013, cerca de 60% (1.612 episódios) são de indivíduos do sexo masculino e 40% (1.082) são do sexo feminino. Verificamos que os homens apresentam mais internamentos que as mulheres por todas as causas em estudo, à exceção da Diabetes e da Hipertensão. É de destacar ainda, a magnitude dos internamentos por DPOC e Angina nos homens, cujo número de episódios de internamentos é o triplo do das mulheres, no período em estudo.

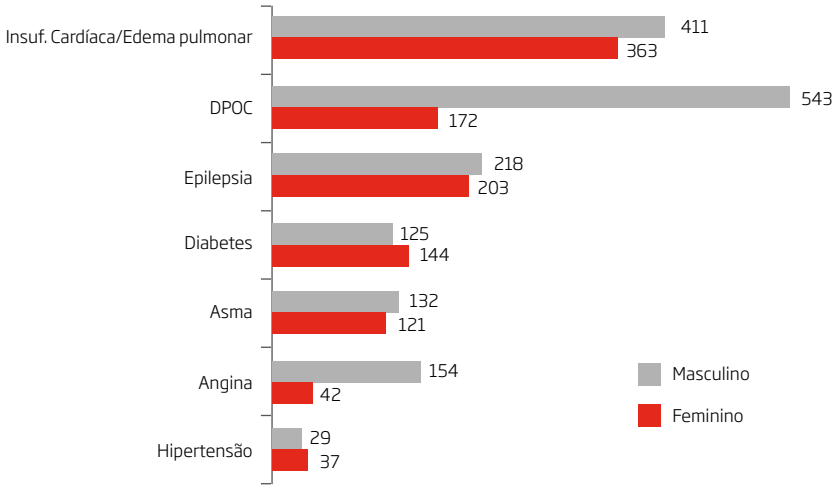
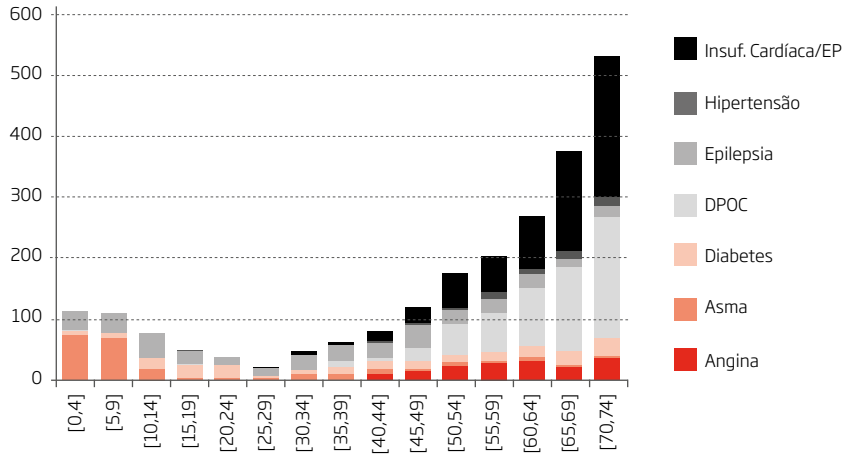


FIGURA 1 Internamentos por CSCA, por sexo, HPH 2008-2013.

No que se refere à análise por grupo etário, a distribuição segue uma 'curva em U', com a existência de dois picos: o primeiro, nos grupos etários até aos 10 anos, e outro, bastante mais elevado, nos grupos etários mais avançados (Figura 2). Nos grupos etários mais baixos deve-se essencialmente aos internamentos por asma, sendo as causas cardio-respiratórias (DPOC e Insuficiência cardíaca/EP) mais frequentes nos grupos etários mais avançados.

FIGURA 2 Distribuição dos internamentos por grupo etário, HPH 2008-2013.



Foram ainda analisados o número de episódios de internamentos por utente por CSCA no período 2008-2013. Assim verifica-se que:

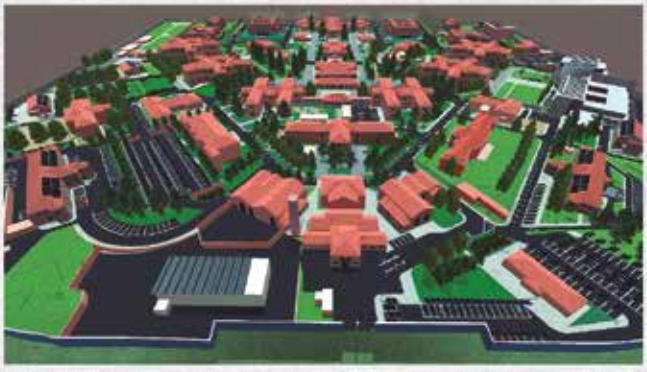
› pelo menos 22% dos utentes (1 em cada 5 utentes) tiveram mais do que um internamento por uma das sete causas consideradas neste estudo;

› a DPOC é a causa com maior número de reinternamentos (com, pelo menos, 30,2% dos utentes a registarem mais do que um internamento por DPOC), seguindo-se a insuficiência cardíaca e edema pulmonar (com 27,2%).

Causa	Reinternamentos%
Angina	3,2
Asma	10,6
Diabetes	17,3
DPOC	30,2
Epilepsia	12,5
Hipertensão	3,1
Insuf. Cardíaca/EP	27,2
Total Geral	**22,1**

TABELA 3 Utentes com reinternamentos por CSCA (%).

Projeto de Requalificação do Parque de Saúde de Lisboa



Maquete virtual elaborada pelo Departamento de Engenharia Informática do IST, em colaboração com o INESC-ID

SUCH
SERVIÇO DE UTILIZAÇÃO COMUM DOS HOSPITAIS

O Serviço de Utilização Comum dos Hospitais promove, em estreita articulação com o Ministério da Saúde, a requalificação do Parque de Saúde de Lisboa.

O projeto passa pela remodelação das infraestruturas-base e pela criação de 500 novos lugares de estacionamento (aumentando a capacidade para 1.300 lugares) visando criar um parque moderno e ecológico que compreenderá:

- Aproveitamento da Energia Solar no Parque através de painéis fotovoltaicos;
- Novo projeto de iluminação
- Nova sinalização vertical e horizontal
- Fim do estacionamento anárquico
- Redução dos Limites de Velocidade dentro do Parque
- Aplicação do conceito de Utilização Partilhada de Espaços (pedonal e viário)
- Espaço Central de Lazer
- Criação de novos Espaços Lúdicos

Pode consultar o projeto e deixar as suas sugestões em www.such.pt/parque

CARACTERIZAÇÃO DAS CSCA POR RESIDÊNCIA E TIPO DE ADMISSÃO

Cerca de 71% dos episódios de internamento por CSCA no Hospital Pedro Hispano, no período 2008-2013, são de residentes no concelho de Matosinhos; seguem-se os residentes nos concelhos da Maia (10,3%) e Vila do Conde (5,7%).

Foram ainda analisados os internamentos segundo a natureza ou modo de admissão, ou seja se se trata de uma admissão programada ou não programada. A grande maioria dos internamentos por CSCA teve origem não programa: 87% dos internamentos foram admitidos pela urgência.

O número médio de dias de internamento, ou demora média de internamento, por CSCA é de 6,9 dias, variando entre 3,8 dias, no caso da asma, e 9 dias, no caso da insuficiência cardíaca/edema pulmonar.

No quinquénio 2008-2013, os custos estimados com os internamentos por causas sensíveis aos cuidados de ambulatório, pelas duas metodologias, situam-se entre 5,5 M€ (contabilidade analítica SPCG) e 6,5 M€ (metodologia GDH).

CUSTOS ATRIBUÍDOS ÀS CSCA

Para estimar os custos [5] das CSCA no HPH período 2008-2013, foram utilizadas 2 metodologias. Na primeira metodologia considera-se o preço praticado pelo SNS para cada GDH de internamento, com base na Portaria 839-A/2009 ou a Portaria 163/2013. A segunda metodologia, mais adequada à realidade da ULS, tem em conta os custos médios da diária de internamento por especialidade, segundo contabilidade analítica executada pelo Serviço de Planeamento e Controlo de Gestão (SPCG), da ULSM. Para determinar o custo do internamento, associou-se o número de episódio ao serviço de internamento e, consequentemente, ao respetivo custo médio diário, sendo este valor multiplicado pelo número total de dias de internamento. Os resultados mais detalhados, nomeadamente por causa e ano, aqui apresentados referem-se à metodologia desenvolvida pelo SPCG, que se considera a mais aproximada à realidade da ULS Matosinhos.

No quinquénio 2008-2013, os custos estimados com os internamentos por causas sensíveis aos cuidados de ambulatório, pelas duas metodologias, situam-se entre 5,5 M€ (contabilidade analítica SPCG) e 6,5 M€ (metodologia GDH).

Causa de internamento	Não programada		Programada	
	Nº	%	Nº	%
Angina	184	93,88%	12	6,12%
Asma	163	64,43%	90	35,57%
Diabetes	240	89,22%	29	10,78%
DPOC	702	98,18%	13	1,82%
Epilepsia	241	57,24%	180	42,76%
Hipertensão	60	90,91%	6	9,09%
Insuf. Cardíaca /EP	747	96,51%	27	3,49%
Todas as CSCA	**2.337**	**86,75%**	**357**	**13,25%**

TABELA 4 Internamentos por CSCA, segundo a natureza da admissão.

Causa	Média dias de internamento (nº)
Angina	5,8
Asma	3,8
Diabetes	5,8
DPOC	8,0
Epilepsia	4,4
Hipertensão	6,9
Insuf. Cardíaca/EP	9,0
Todas CSCA	**6,9**

TABELA 5 Número médio de dias de internamento por CSCA, HPH, 2008-2013.

Causa	Custos estimativa GDH	Custos estimativa SPCG
Angina	518.003 €	289.322 €
Asma	323.341 €	437.511 €
Diabetes	591.937 €	515.722 €
DPOC	1.690.442 €	1.477.085 €
Epilepsia	625.142 €	654.444 €
Hipertensão	174.202 €	131.432 €
Insuf. Cardíaca/EP	2.506.312 €	1.993.127 €
Todas CSCA	**6.429.378 €**	**5.498.642 €**

TABELA 6 Custos estimados das CSCA, 2008-2013, HPH.

O custo para a ULSM dos ICSCA aumentou ligeiramente no último ano em estudo, contrariando a tendência de decréscimo verificada desde 2009: de 789.000€ em 2012 para 815.000€ em 2013. As causas com maior custo são a Insuficiência Cardíaca, Edema Pulmonar e a DPOC que, combinadas, representam 70% dos custos com internamentos por CSCA em 2013 (58% dos internamentos). Estas são também as causas com maior custo médio de internamento no período 2008-2013 (tabela 7).

Causa	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Angina	24.816 €	47.628 €	60.412 €	55.187 €	33.156 €	68.123 €
Asma	90.110 €	70.604 €	84.640 €	85.887 €	51.041 €	55.229 €
Diabetes	160.703 €	101.573 €	60.650 €	70.736 €	80.241 €	41.820 €
DPOC	262.063 €	346.635 €	204.668 €	178.652 €	217.564 €	267.502 €
Epilepsia	144.931 €	190.301 €	152.404 €	47.269 €	69.391 €	50.148 €
Hipertensão	17.039 €	9.587 €	24.201 €	23.480 €	38.725 €	18.400 €
Insuf. Cardíaca/EP	271.378 €	474.484 €	296.907 €	336.401 €	299.302 €	314.655 €
Total Geral	**971.040 €**	**1.240.811 €**	**883.881 €**	**797.612 €**	**789.420 €**	**815.878 €**

TABELA 7 Custos estimados das CSCA segundo a metodologia do custo médio de internamento por especialidade, 2008-2013, HPH.

CONCLUSÕES E DISCUSSÃO

No período 2008-2013, registaram-se 2.694 internamentos por causas sensíveis aos cuidados de ambulatório no HPH, que representam 2,6% do total de admissões (considerando todas as idades e causas), com um custo atribuível de cerca de 5,5 M€.

As três principais causas de internamento por CSCA no HPH no período 2008-2013 foram, respetivamente: a Insuficiência Cardíaca e Edema Pulmonar com 27,8% dos internamentos por CSCA, a Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica com 26,5% e a Epilepsia com 15,6%.

Os homens apresentam maior número de internamentos por CSCA do que as mulheres e são os grupos etários mais elevados os que mais contribuem para o total de CSCA.

Conclui-se que é possível monitorizar anualmente os internamentos por CSCA, segundo a metodologia proposta pelo CIHI. No entanto, existem outras metodologias que importa testar, que alargam o conceito de internamentos evitáveis a outras doenças.

O estudo das CSCA tem várias aplicações potenciais, entre as quais:

- servir como ferramenta de apoio à tomada de decisão;
- fornecer evidência para a definição de estratégias que podem reduzir a procura hospitalar;
- identificar barreiras no acesso aos cuidados de saúde primários;
- ajudar a avaliar o desempenho de iniciativas e intervenções;
- ser um dos indicadores de desempenho do sistema de saúde.

Bibliografia

ALTO COMISSARIADO DA SAÚDE – Calculo de Internamentos Evitáveis por Prevenção Primária e Internamentos por Causas Sensíveis a Cuidados de Ambulatório. [Em linha]. Lisboa: Alto Comissariado da Saúde – Gabinete Técnico do PNS 2011-2016, 2010 [Consult. 16 Out. 2013]. Disponível em: http://pns.dgs.pt/files/2010/02/Contexto-de-Internamentos-Evit%C3%A1veis.pdf

ANSARI, Z.; BARBETTI, T.; CARSON, N.; AUCKLAND, M.; CICUTTINI, F. – The Victorian ambulatory care sensitive conditions study: rural and urban perspectives. Social and Preventive Medicine. 48 : 1 (2003) 33-43.

Sanmartin, Claudia; Khan, Saeeda; Hospitalizations for Ambulatory Care Sensitive Conditions (ACSC): The factors that matter; LHAD research team and Health Information and Research Division, Statistics Canada, 2011.

Hospital Admissions for Ambulatory Sensitive Conditions and Subsequent Potentially Preventable Readmissions in the Medicaid Population in New York State, 2007 http://www.health.ny.gov/health_care/managed_care/reports/statistics_data/5ambulatory_sensitive_conditions.pdf

Caminal J, Mundet X, Ponsà J, Sánchez E, Casanova C.; Hospitalizations due to ambulatory care sensitive conditions: selection of diagnostic codes for Spain; Universitat Autònoma de Barcelona, 2013

Enhancing the Continuum of Care. Report of the Avoidable Hospitalization Advisory Panel

Submitted to the Ministry of Health and Long-Term care, Ontario, November 2011

Sarmento, J.; Internamentos por Causas Sensíveis a Cuidados de Ambulatório em contexto de integração vertical; ENSP, 2012

PORTUGAL, MINISTÉRIO DA SAÚDE: Portaria 839-A/2009 D.R. 1ª Série 147 (31/07/2009) 4978 – Aprova a tabela de preços a praticar pelo SNS.

Presidente da Associação Portuguesa
de Administradores Hospitalares (APAH)

© FEDRA SANTOS

© FEDRA SANTOS

ALEXANDRE JOSÉ LOURENÇO CARVALHO Nascido a 22 de novembro de 1977, em Santa Comba Dão, foi eleito, em junho do corrente ano, Presidente da Associação Portuguesa de Administradores Hospitalares (APAH).

Administrador Hospitalar no Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (CHUC) e aluno de Doutoramento na *Nova School of Business & Economics*, é especialista em Administração Hospitalar e pós-graduado em Gestão e Organização dos Cuidados de Saúde Primários pela Escola Nacional de Saúde Pública – Universidade Nova de Lisboa (ENSP-UNL).

É afiliado da *NOVA Healthcare Initiative – Research (NHI)*, associado do Centro de Direito Biomédico da Universidade de Coimbra e professor convidado da formação de executivos da *Católica Lisbon School of Business & Economics*.

É membro do Executive Committe da European Association of Hospital Managers (EAHM), da Associação Portuguesa de Economia da Saúde (APES) e *International Associate do American College Healthcare Executives (ACHE)*.

Desde 2014, coopera como consultor externo com a Organização Mundial de Saúde – Europa, prestando apoio técnico a vários Países nas áreas de financiamento e fortalecimento dos sistemas de saúde, sendo membro efetivo do *European Technical Advisory Group on Tuberculosis Control (TAG-TB) – WHO/Europe*.

Exerceu funções como técnico superior na Comissão Nacional da Luta Contra a Sida e no Alto Comissariado da Saúde e de Administrador Hospitalar no Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho. Em dezembro de 2008 foi nomeado, em comissão de serviço, Diretor Coordenador de Financiamento e Contratualização da Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS), tendo coordenado o Grupo de Trabalho para o Desenvolvimento da Contratualização com os Cuidados de Saúde Primários. Entre 2011 e 2014, exerceu funções de Vogal do Conselho Diretivo da ACSS, tendo como responsabilidades a gestão do acesso, contratualização e financiamento do SNS, e relações internacionais. Acompanhou e negociou a execução do Programa Assistência Económica e Financeira nas suas áreas de responsabilidade.

Em 2006, no âmbito da Sessão Especial para o VIH/SIDA, foi delegado à Assembleia-Geral das Nações Unidas. Participou, enquanto perito na *Network on Fiscal Sustainability of Health Systems (OCDE)*, no *Working Group on Ageing Populations and Sustainability* (Comissão Europeia em apoio ao GPEARI) e na *Framework for Action towards Coordinated / Integrated Health Services Delivery (OMS)*.

É autor e coautor de documentos técnicos e de políticas de saúde (para entidades como a OMS e a OCDE), capítulos de livro, artigos científicos e comunicações variadas.

Foi galardoado em 2016, juntamente com Julian Perelman, Giuliano Russo e Marisa Miraldo, com o Prémio António Arnaut para o melhor trabalho escrito sobre investigação em sistemas de saúde pelo texto "Reforma dos cuidados de saúde primários: a experiência do pagamento pelo desempenho".

ENTREVISTA A **ALEXANDRE LOURENÇO**

GH: **Como sabemos a carreira de Administração Hospitalar existe desde 1968 e ainda hoje se discute a falta de regulamentação no acesso à profissão de administrador hospitalar bem como respetiva carreira. Num artigo publicado este ano, e da sua autoria, referiu ser *"imperativo garantir um consenso alargado para um quadro de qualificação da administração hospitalar/gestão em saúde, passando pela educação especializada, processo de recrutamento transparente, avaliação do desempenho e formação contínua"*. Na sua opinião, enquanto Presidente da APAH, quais são os principais passos a serem dados para a existência de uma verdadeira regulamentação da profissão e da carreira de Administrador Hospitalar?**

AL: No próximo ano a carreira de administração hospitalar completa 50 anos. É um momento marcante para a maturidade da gestão profissional em saúde.

A agenda da Associação Portuguesa de Administradores Hospitalares tem sido muito clara. Temos feito os nossos melhores esforços para sensibilizar os vários níveis de intervenção e decisão para a importância da profissionalização da gestão em saúde.

Temos todos os sinais que nos permitem afirmar que esta mensagem tem sido bem-recebida e aceite por todos os atores. Claramente existe um largo consenso que a qualidade dos cuidados de saúde está dependente de um quadro gestionário competente. Esta competência é assegurada por gestores com formação e experiência profissional adequadas, recrutados e avaliados de forma transparente.

Reparem que esta não é uma matéria de administradores hospitalares. A qualidade da gestão influencia toda a resposta do sistema de saúde. Por isso mesmo, temos procurado envolver os vários parceiros nas atividades da APAH como o Caminho dos Hospitais, o Fórum do Medicamento ou as Conferências de Valor.

Neste percurso temos tido sensibilidade por parte do Senhor Ministro da Saúde e da sua equipa. Os passos dados no sentido da criação do grupo de trabalho para a revisão da carreira e a aprovação do relatório e proposta de Decreto-Lei apresentados sinalizam a importância dada ao tema.

Contudo, importa ter a noção sobre a relevância do momento e a responsabilidade dos administradores hospitalares. A confiança depositada em nós é algo que nos deve honrar, mas também responsabilizar. Mais do que administradores/ gestores devemos ser líderes da mudança do sistema de saúde. Para isso devemos ter um desempenho exemplar. Foi com este objetivo que lançámos a Academia APAH – um programa compreensivo e contínuo de formação em gestão em saúde.

No passado dia 31 de março, os administradores hospitalares responderam de uma forma unânime à proposta de revisão da carreira. Nos próximos tempos devemos dar prova de dinamismo e liderança nos locais onde desempenhamos funções.

GH: **É do conhecimento geral que os hospitais públicos portugueses têm sentido, nos últimos anos, diversas mudanças estruturais no modelo de gestão e financiamento. De algumas declarações suas vindas a público denota-se alguma preocupação nestas sucessivas alterações, que não tiveram em conta a total garantia da qualificação e responsabilização da gestão hospitalar. Defende que o modelo de gestão em saúde deveria garantir a qualidade dos gestores com formação específica e idoneidade para o exercício de funções? Em que termos?**

AL: O sucesso de qualquer entidade/empresa passa pela qualidade da sua gestão. No SNS não temos sido capazes de garantir a qualidade no recrutamento de gestores,

Neste percurso temos tido sensibilidade por parte do Senhor Ministro da Saúde e da sua equipa. Os passos dados no sentido da criação do grupo de trabalho para a revisão da carreira e a aprovação do relatório e proposta de Decreto-Lei apresentados sinalizam a importância dada ao tema.

© FEDRA SANTOS

nem de realizar uma avaliação do seu desempenho. Por outro lado, não podem existir dúvidas de que a qualidade dos gestores e dirigentes depende da sua formação e dos conhecimentos, capacidades e competências que detêm. Estou em crer que nestes aspetos existe um elevado consenso nacional. Recentemente, o Decreto-Lei 18/2017, veio reforçar o imperativo de uma maior capacitação dos conselhos de administração e dos órgãos de gestão intermédia, cujos membros deverão possuir formação específica relevante em gestão em saúde e experiência profissional adequada, e uma aposta na transparência e igualdade de oportunidades nos processos de nomeação de diretores de serviço. Contudo, a aposta do legislador foi de uma natureza qualitativa. No nosso ponto de vista, seria desejável avançar para critérios mensuráveis de uma forma transparente, como por exemplo um número mínimo de anos em lugares de direção intermédia, como critério de acesso aos lugares de direção de topo. De qualquer forma, será importante acompanhar o cumprimento destas novas orientações e em particular os reais impactos da sua aplicação.

No nosso ponto de vista, seria desejável avançar para critérios mensuráveis de uma forma transparente, como por exemplo um número mínimo de anos em lugares de direção intermédia, como critério de acesso aos lugares de direção de topo.

© FEDRA SANTOS

Por outro lado, existe atualmente um modelo proposto para a carreira de administração hospitalar por um grupo de trabalho do Ministério da Saúde que mereceu a aprovação unânime dos administradores hospitalares. A direção da APAH defendeu e defende esta proposta. A proposta é balanceada e corresponde a uma evolução do modelo.

Naturalmente, não podemos correr os riscos de uma autonomia sem regras como no passado. A uma maior autonomia deve corresponder uma maior responsabilização. Assim, esperamos que, a breve prazo, os hospitais tenham um aumento gradual da sua autonomia acompanhada de uma avaliação sistemática e objetiva dos conselhos de administração. Aliás, como decorre do estatuto do gestor público.

Por outro lado, existe atualmente um modelo proposto para a carreira de administração hospitalar por um grupo de trabalho do Ministério da Saúde que mereceu a aprovação unânime dos administradores hospitalares. A direção da APAH defendeu e defende esta proposta. A proposta é balanceada e corresponde a uma evolução do modelo.
Não tenhamos ilusões, é preciso ir bem mais além. O investimento num corpo dirigente na área da gestão em saúde deve ser acompanhado por um programa de formação contínua e por uma avaliação do desempenho transparente.

GH: **Na sua opinião, a atual dependência gestionária dos hospitais face à administração central prejudica a flexibilidade e qualidade da gestão em saúde?**
AL: Certamente. Organizações com a complexidade dos hospitais não são passíveis de ser geridas com o nível de centralização atual. Hoje, os conselhos de administração enfrentam um espartilho centralista que os impede de gerir as suas organizações, criando condições para a ineficiência, para a deterioração das condições de trabalho e da qualidade dos cuidados prestados.
Naturalmente, não podemos correr os riscos de uma autonomia sem regras como no passado. A uma maior autonomia deve corresponder uma maior responsabilização. Assim, esperamos que, a breve prazo, os hospitais tenham um aumento gradual da sua autonomia acompanhada de uma avaliação sistemática e objetiva dos conselhos de administração. Aliás, como decorre do estatuto do gestor público.

GH: **Considera que uma gestão em saúde mais descentralizada e com maior envolvimento das chefias intermédias pode ser importante para o exercício de melhores práticas clínicas e para a otimização da gestão de recursos humanos (e não só)?**
AL: A descentralização passa pela autonomia/responsabilização das administrações dos hospitais. Estou em crer que o papel das entidades locais na gestão em saúde – sejam elas autarquias, universidades, ou outras – passa pela existência de órgãos não executivos de direção estratégica que aprovam o plano de negócios do conselho de administração/executivo.
Dada a complexidade da maioria dos nossos hospitais, será importante que o nível de autonomia/responsabilização seja delegado em chefias intermédias conforme proposto recentemente pelo governo ao nível dos centros de responsabilidade integrada.
Contudo, sem dotarmos os hospitais de maior autonomia gestionária, a criação de CRI terá resultados muito limitados.

GH: **Considera que a falta de liderança é uma das principais causas para a deterioração económica e financeira na área da saúde? E, se sim, em que termos podem os Administradores Hospitalares ser responsabilizados pelo estado atual e, em sentido contrário, vir a contribuir para uma mudança de paradigma?**
AL: A falta de uma gestão profissional do sistema de saúde é uma das principais causas para a deterioração económica, financeira e organizativa do SNS. A inexistência de

um quadro transparente de avaliação e responsabilização face aos resultados permitiu agravar esta situação. Muitas vezes vemos maus desempenhos a serem premiados com reconduções e bons desempenhos a merecerem a demissão. Ora, a ausência de critérios para o exercício de funções, a ausente meritocracia e a injustiça na gestão do sector, tornam o sistema perverso, afastando os melhores gestores. Assim, estes permeabilizaram o SNS à possibilidade de muitos dos cargos de gestão serem exercidos por profissionais sem conhecimentos na área da saúde.
Naturalmente, os administradores hospitalares têm um papel e uma obrigação a desempenhar na inversão desta situação. Não através da passividade, mas através de uma ativa participação na busca de conhecimentos e soluções para o SNS.

GH: **Na sua opinião, quais os principais desafios da gestão em saúde? E, nesse contexto, de que forma podem os Administradores Hospitalares contribuir para a sustentabilidade do SNS e consequentemente para a melhoria dos cuidados de saúde à população?**
AL: Os desafios da gestão em saúde são imensos. Geralmente, falamos da evolução demográfica, tecnológica e de expectativas da população. Por outro lado, o crescimento económico anémico dificulta a obtenção de receita para os cuidados de saúde universais.
Contudo, existem um sem-número de oportunidades únicas para melhoria e para fazer evoluir o nosso sistema. A tecnologia, a informação e conhecimento atingiram patamares extraordinários. Estes desenvolvimentos irão permitir desenhar cuidados centrados nos interesses da comunidade – gestão de base populacional –, e ao mesmo tempo, considerar a individualidade de cada cidadão e dos resultados a alcançar. O aproveitamento de todas estas potencialidades e realidades exige uma nova geração de líderes em saúde, com elevados níveis de conhecimentos técnicos, mas também de natureza comportamental.
Os administradores hospitalares pela sua formação em saúde pública/administração/gestão e experiência profissional estão posicionados para ocupar este novo espaço, estando cientes que teremos de evoluir nos modelos de educação, formação contínua e avaliação de desempenho.
Esta nova liderança será discutida no congresso da Associação Europeia de diretores/gestores hospitalares que a APAH organiza em Portugal no próximo ano. O congresso será subordinado ao tema: *Innovating in Public Health, Redefining the role of hospitals*. Para além de um grande momento de partilha de experiências com todos os atores será também um momento inspirador para moldar o futuro.

GH: **Está prestes a completar um ano de mandato como Presidente da Associação Portuguesa de Administradores Hospitalares. Qual o balanço deste último ano?**
AL: Tem sido uma enorme honra liderar a APAH neste período. Tem sido uma caminhada excecional, com uma equipa fantástica. Como afirmámos quando apresentámos o nosso projeto, atravessamos uma janela de oportunidade para a valorização da administração hospitalar. É essa a nossa agenda primordial.
Felizmente, os vários atores, e não apenas os administradores hospitalares, compreendem a importância de garantir a profissionalização da gestão em saúde. A APAH, e por sua vez os AH, têm-se posicionado como um parceiro credível e dinâmico.
Iniciativas como o Caminho dos Hospitais têm sido essenciais para apoiarmos os colegas no seu local de trabalho, conhecer melhor a realidade de cada hospital e colocar temas relevantes na agenda, agregando vários campos intervenientes na gestão em saúde. Tem sido muito positiva a adesão a esta iniciativa.

Felizmente, os vários atores, e não apenas os administradores hospitalares, compreendem a importância de garantir a profissionalização da gestão em saúde. A APAH, e por sua vez os AH, têm-se posicionado como um parceiro credível e dinâmico.

Outra das apostas, como as Conferências de Valor APAH, têm permitido discutir abertamente os problemas da gestão hospitalar e apresentar realidades de outros países. No primeiro evento tivemos mais de 70% dos hospitais representados o que é um sinal da adesão ao modelo.

Mais recentemente, lançámos o nosso projeto mais ambicioso: a Academia APAH, Melhor Gestão, mais SNS. Começamos com 15 instituições parceiras de excelência, assegurando um leque alargado e completo de áreas. Foi muito gratificante obter a chancela "Serviço Nacional de Saúde" por parte do Ministério da Saúde, reconhecendo a qualidade da Academia, mas também a necessidade formativa dos gestores em saúde.

Temos ainda trabalhado na área de comunicação ao associado e nas áreas de benefícios aos associados, como o projeto do cartão APAH e do seguro de responsabilidade civil.

Apesar das iniciativas públicas, existe muito trabalho que pode passar despercebido na defesa dos interesses dos administradores hospitalares.

GH: **O que será a APAH no final do mandato desta direção?**

AL: Certamente, a APAH será mais profissional, agregadora e construtiva. Mais, a APAH será incontornável enquanto parceiro na discussão das temáticas do nosso sistema de saúde. Para tal, teremos de desenvolver também a nossa associação como fórum de debate da gestão em saúde, agregando os vários grupos profissionais e demais atores do sector. Acima de tudo, a nossa intervenção deve ser tecnicamente irrepreensível, de forma a sermos portadores de soluções para o sistema de saúde.

Sendo a APAH uma associação socioprofissional, será sempre o que os seus associados desejarem dela.

Da parte destes corpos sociais, estamos a trabalhar arduamente para colocar a administração hospitalar/em saúde no seu lugar natural.

© FEDRA SANTOS

GAIACC – GESTÃO ASSISTENCIAL E INFORMATIZAÇÃO DE ALTAS PARA CODIFICAÇÃO CLÍNICA: UM NOVO PARADIGMA DA CODIFICAÇÃO CLÍNICA?

ANA CRISTINA BAPTISTA

Diretora do Gabinete
de Gestão Assistencial
Centro Hospitalar de Vila
Nova de Gaia/Espinho

JOANA DUARTE

Vogal do Conselho Diretivo da
Unidade de Gestão Integrada de Anestesiologia,
Medicina Intensiva, Urgência e Emergência
e do Gabinete de Gestão Assistencial
Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho

A Gestão Assistencial e Informatização de Altas para Codificação Clínica (GAIACC) é uma metodologia de trabalho revolucionária e pioneira que cria sinergias em cada fase do circuito de codificação clínica, fortalecendo-as enquanto elos de uma cadeia de valor.

Resultado de uma profunda reengenharia de processos assente numa cultura de melhoria contínua e de otimização da eficiência organizacional, GAIACC reconfigura os padrões de qualidade, celeridade, segurança e transparência na área da codificação clínica. Acresce que esta nova conceção do circuito convoca para a sua génese os serviços clínicos enquanto prestadores de cuidados e responsáveis pelos respetivos registos assistenciais.

Por se tratar de uma área determinante para a aferição da casuística e diferenciação técnica das Instituições hospitalares, com impacto direto no nível de financiamento, a codificação clínica não pode ser subestimada pela comunidade hospitalar nem relegada para um plano quase burocrático e estanque. Pelo contrário, só com o alargamento da sua abrangência e a integração numa perspetiva multidisciplinar é possível exponenciar as suas potencialidades e oportunidades de melhoria.

Esta nova metodologia de trabalho, desenvolvida internamente pelo Gabinete de Gestão Assistencial (GGA) do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia / Espinho, EPE (CHVNG), impulsionou a modernização e informatização integral do circuito e, com a colaboração do Serviço de Sistemas e Tecnologias de Informação, resultou na criação de uma ferramenta inovadora e facilitadora da codificação clínica. A plataforma informática – também designada GAIACC – veio responder às exigências desta nova conceção, salientando-se, pela particular relevância, a automatização da recolha diária e integrada da Informação Clínica para Codificação (ICC) e a informatização da folha de codificação.

Construída progressivamente e à medida do planeamento delineado desde o último trimestre de 2014, GAIACC apresenta já resultados ao nível da exaustividade e qualidade, da otimização dos tempos e da segurança e fluidez do circuito que preenchem as melhores expetativas e se constituem como um incentivo para persistir no seu desenvolvimento contínuo.

FATORES IMPULSIONADORES

O reconhecimento do potencial de melhoria da área da codificação clínica no complexo contexto da caraterização e medição da casuística hospitalar fez da vontade a força motriz da mudança para desconstruir todo um circuito convencional e projetá-lo à luz de uma arquitetura de vanguarda.

A cultura de excelência preside a uma equipa multidisciplinar em que cada um, pelo envolvimento e compromisso, assume uma perspetiva de valorização individual e de complementaridade contribuindo para os objetivos do serviço. A multidisciplinaridade está também patente numa equipa de médicos codificadores provenientes das diversas especialidades da Instituição, o que favorece a aproximação aos serviços clínicos enquanto primeiros intervenientes do circuito.

A interação do GGA com os serviços clínicos promove a melhoria da exaustividade dos registos assistenciais e a ampla utilização do processo clínico eletrónico permite a desmaterialização da fase crucial de recolha de informação elegível para a codificação clínica. Não obstante a flexibilidade intrínseca à utilização do papel, a informatização integral do circuito impõe-se face ao crescente volume assistencial da atividade classificável em grupos de diagnósticos homogéneos (GDH) e à necessidade de maior rastreabilidade e monitorização de todas as suas fases, fatores que se revelam incompatíveis com ferramentas antiquadas e processos morosos em suporte de papel.

Acrescem fatores externos, como a introdução de um sistema de classificação de doentes com diferentes níveis de severidade por GDH, a atualização das regras relativas à documentação que deve estar presente no momento da codificação clínica e de auditoria (interna e externa) e as exigências da Tutela ao nível de prazos de codificação e faturação e da abrangência das auditorias externas.

CIRCUITO DE CODIFICAÇÃO CLÍNICA

O conhecimento e a experiência de todas as fases de um circuito e a análise crítica das suas fragilidades e áreas de melhoria estão na base de um diagnóstico aturado e consistente que, aliado a uma clara definição da metodologia de trabalho idealizada, alicerça a reengenharia de processos necessária à sua prossecução.

Antes GAIACC

No CHVNG o circuito iniciava-se com o preenchimento manual dos dados administrativos da folha de codificação pelos inúmeros secretariados dos serviços clínicos, após a alta do doente. Vocacionados para a área assistencial, a execução desta tarefa, que não consideravam prioritária, estava frequentemente sujeita a atrasos e falhas.

A identificação dos episódios para codificar ocorria apenas após a receção das folhas de codificação, o que desencadeava a impressão, a partir da aplicação WebGDH, das respetivas listagens por serviço. Estas listagens constituíam as ferramentas de monitorização de todo o circuito e revelavam-se rudimentares no que se refere a um efetivo controlo de estados.

Para cada episódio, era necessário imprimir os documentos existentes em diferentes aplicações informáticas, anexando-os à respetiva folha de codificação. Atendendo ao elevado número das fontes de informação, esta recolha constituía uma tarefa morosa e anacrónica no contexto da utilização do processo clínico eletrónico.

Os episódios eram agrupados para entrega aos médicos codificadores, presencialmente ou por correio interno, o que induzia mais ineficiências e atrasos nos tempos globais de codificação.

A codificação clínica realizada manualmente potenciava lapsos de escrita com utilização de códigos não contemplados na classificação internacional de doenças (ICD) em vigor, para além das situações de ilegibilidade e/ou dificuldade de leitura dos códigos e designações. As devoluções por estes motivos eram frequentes e obrigavam ao reiniciar do processo de envio aos médicos codificadores.

Seguia-se a transposição manual das folhas já codificadas para a aplicação WebGDH, tarefa muito suscetível a erros pelo número de episódios em causa. O volume de trabalho era inconstante e sujeito a picos relacionados com a chegada de conjuntos de episódios que, naturalmente, os médicos codificadores agrupavam para entrega.

A contagem das folhas codificadas e a sua organização para arquivo consumiam recursos que não se traduziam em valor acrescentado no circuito.

Também a preparação das auditorias era uma tarefa complexa e demorada que implicava o levantamento dos episódios dispersos por diferentes pastas de arquivo e a sua organização para os médicos auditores.

GAIACC

A metodologia de trabalho adotada expurga do circuito de codificação clínica toda a complexidade desnecessária e ineficiente e transforma-o numa engrenagem simples e poderosa.

A desmaterialização foi planeada de raiz para sincronizar todas as suas fases e ações, que passam a estar à distância de um clique.

A primeira ação é uma rotina informática que consiste na recolha diária automatizada e integrada da ICC dos episódios com alta no dia anterior. A unidade de medida de referência desta metodologia é, assim, o dia.

É no dia útil seguinte à alta que a equipa de assistentes técnicos prepara os episódios para envio ao médico codificador. Nesta fase, é confirmada a presença de todos os documentos imprescindíveis à codificação clínica nos termos da Circular Normativa n.º 23/2014/DPS/ACSS e nas situações residuais em que existam registos em suporte de papel, os mesmos são digitalizados e integrados no ficheiro único do episódio. *Menos é mais*, tendo por base o

processo clínico físico e/ou eletrónico, a ICC inclui toda e unicamente a informação clínica referente ao episódio.

Sempre que a documentação se encontre completa, o episódio fica no dia útil seguinte à alta disponível na lista de trabalho do médico codificador.

Efetivamente, tratando-se a codificação clínica de uma atividade médica especializada, esta tarefa prévia e acessória de pesquisa e recolha da documentação dispersa por inúmeras fontes de informação no processo clínico não pode constituir um ónus do médico codificador.

Basta-lhe apenas dispor de uma ligação à internet para, em qualquer parte do mundo, aceder à sua lista de trabalho e encontrar, para cada episódio, a respetiva ICC e a folha de codificação num formulário web. Este formulário conta com os dados administrativos pré-preenchidos e disponibiliza aos médicos codificadores do CHVNG as melhores e mais otimizadas ferramentas de apoio à codificação. Entre estas, salientam-se a integração dos índices, glossários, notas, definições e *guidelines* do livro de codificação, a validação dos códigos ICD em vigor, o preenchimento automático da designação oficial a partir do código ICD inserido e vice-versa, a possibilidade de inserção de códigos incompletos com direcionamento automático para o respetivo capítulo/tabela, a pesquisa otimizada por designação e por capítulo/tabela do livro de codificação, o preenchimento automático das exceções ao registo do indicador presente na admissão (PNA), a disponibilização dos mapeamentos oficiais ICD-9/ICD-10, a disponibilização de uma lista de favoritos e protocolos por médico codificador e validações de conformidade da codificação.

Uma vez codificado, a validação do episódio pelo médico codificador gera automaticamente um documento pdf no modelo oficial da folha de codificação que fica de imediato disponível para inserção na aplicação central de recolha de códigos e agrupamento em GDH. Nos casos em que é necessária uma revisão da codificação, o episódio é devolvido informaticamente ao médico codificador.

Os episódios sinalizados para auditoria interna integram a lista de trabalho dos médicos auditores. Estes encontram, para cada episódio, a informação dos alertas de auditoria, a respetiva informação clínica e a folha de codificação num formulário web que permite proceder à revisão tida por conveniente.

Uma vez auditado, a validação do episódio pelo médico auditor gera automaticamente um relatório de auditoria interna – também disponibilizado ao médico codificador do episódio – com a nova folha de codificação auditada que, caso contenha alterações, fica de imediato disponível para revisão na aplicação central.

Em qualquer uma das fases do circuito está assegurada a segregação de tarefas e há um total controlo de estados e rastreabilidade das ações. A documentação relativa a cada episódio – ICC, folha de codificação e relatório de auditoria interna – encontra-se sempre acessível conferindo transparência, segurança e fiabilidade ao arquivo de codificação clínica. O objeto de trabalho do médico codificador, do auditor interno e do auditor externo é o mesmo e fica igualmente disponível, em histórico, nos respetivos perfis.

> A atual fluidez do circuito comprime de tal modo os tempos globais de codificação clínica que, naturalmente, são inúmeros os episódios codificados no dia seguinte à alta do doente.

RESULTADOS

Em dois anos de trabalho os ganhos de operacionalidade e funcionalidade introduzidos pela metodologia GAIACC são inequívocos e têm expressão em todos os indicadores de desempenho na área da codificação clínica.

No que se refere aos tempos de codificação, era já há largos anos apanágio do CHVNG o encerramento da codificação clínica de cada ano até ao último dia útil do mês de janeiro do ano seguinte. A atual fluidez do circuito comprime de tal modo os tempos globais de codificação clínica que, naturalmente, são inúmeros os episódios codificados no dia seguinte à alta do doente. Foi, assim, exequível encerrar a codificação dos episódios com alta em 2016 no dia 31 de dezembro do próprio ano.

Os tempos médios de distribuição dos episódios aos médicos codificadores desceram de 13 para 3 dias. A média atual resulta do facto da distribuição ocorrer apenas em dias úteis e da existência de episódios que ficam a aguardar informação clínica, nomeadamente resultados histológicos.

Também na exaustividade – medida pelo número médio de diagnósticos e procedimentos codificados – é expressiva a melhoria observada. A título de exemplo, no internamento registam-se aumentos na ordem dos 27% nos diagnósticos e dos 23% nos procedimentos.

Este aumento da exaustividade reflete-se numa maior severidade, com a redistribuição em todas as linhas assistenciais classificáveis em GDH da percentagem de episódios do nível de severidade menor para os níveis moderado, major e extremo.

Quanto ao índice de *case-mix* – indicador de resultados por excelência para aferição da casuística e da diferencia-

ção técnica, com impacto direto na formação de preços a aplicar a cada Instituição – observa-se uma franca melhoria em todas as áreas assistenciais, destacando-se o acréscimo expressivo de 31% no internamento.

Estes resultados consolidam o posicionamento do CHVNG enquanto uma das unidades hospitalares de maior diferenciação técnica a nível nacional e, no contexto de manutenção do perfil produtivo da Instituição, ilustram a melhor captação da complexidade e da severidade dos cuidados prestados.

A transição para ICD-10-CM/PCS foi objeto de um planeamento exaustivo e atempado e, não obstante estar ainda a decorrer o normal período de aprendizagem, os resultados são já francamente positivos. Até ao momento, cerca de 80% da atividade assistencial com alta no ano de 2017 encontra-se codificada e observa-se simultaneamente um aumento do número de episódios codificados e uma diminuição dos tempos de codificação face ao período homólogo de 2016. Atualmente, os médicos codificadores do CHVNG codificam, em média, em 3,4 dias.

CONCLUSÕES

Implementar uma solução inovadora e disruptiva para com práticas instaladas é uma tarefa exigente, mas que requer apenas uma enorme determinação.

É também responsabilidade de cada Instituição encontrar novas soluções de eficiência organizacional que garantam o melhor retorno nas áreas críticas – como é o caso da codificação clínica – à sua sustentabilidade económico-financeira.

A experiência da metodologia GAIACC demonstra que os pilares fundamentais para o sucesso de um processo de mudança nesta área assentam na organização do circuito de codificação de acordo com a estratégia delineada em cada Instituição e na qualidade da informação assistencial enquanto objeto e cerne da codificação clínica. Apenas assim ficam reunidas as condições para que o médico codificador, munido das melhores ferramentas de apoio, possa desempenhar a sua atividade na plenitude.

A ICD-10-CM/PCS oferece um manancial de oportunidades e vem confirmar que o CHVNG dispõe de uma solução robusta e preparada para responder a qualquer desafio.

GAIACC apresenta resultados relevantes e motivadores para que seja dada continuidade ao trabalho desenvolvido. Este encontra-se reconhecido pela Agência para a Modernização Administrativa como boa prática na área da Inovação na Gestão e foi distinguido como melhor apresentação no 8.º Congresso da Associação dos Médicos Auditores e Codificadores Clínicos (AMACC).

Estão, assim, lançadas as bases para a construção de um novo paradigma da codificação clínica.

PRÉMIO **MARGARIDA BENTES**

A iniciativa APAH "Mérito em Administração Hospitalar – Prémio Margarida Bentes" visa incentivar a produção de evidência científica, produzida no âmbito da atividade de gestão desenvolvida em entidades centrais do Ministério da Saúde e em instituições prestadoras de cuidados de saúde públicas e privadas portuguesas, que permita a edificação de conhecimento que suporte a definição de estratégias e posicionamentos sólidos da APAH em matérias de gestão de saúde.

No dia 30 de setembro de 2016 decorreu a sessão pública desta iniciativa na Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP). Foi ótimo ter uma "casa cheia" para homenagear a Dra. Margarida Bentes e promover o Mérito em Administração Hospitalar. Coube à nossa muito querida colega Dr.ª Fátima Nogueira, nessa ocasião, apresentar o Prémio e enaltecer o contributo da Dra. Margarida Bentes, e de todos aqueles que a acompanharam, para o desenvolvimento do nosso sistema de saúde.

Nesta sessão, tivemos a oportunidade de conhecer o Projeto vencedor "Optimização dos Tempos de Internamento no Serviço de Medicina Interna do Hospital Garcia de Orta". Este projeto do Serviço de Medicina do HGO foi desenvolvido por uma equipa multidisciplinar, constituída pelo administrador hospitalar António Martins, Francisca Delerue, diretora do Serviço de Medicina do HGO, Susana Graúdo, enfermeira-chefe do mesmo Serviço, e de Fernando Melo, diretor do Serviço de Gestão de Serviços de Informação do HGO, e permitiu diminuir a demora média de internamento em cerca de 4 dias, reforçando a interligação com os cuidados de saúde primários (CSP). Segundo António Martins, outras vantagens do projeto, foram uma melhor integração de cuidados e a criação de condições

para que se avançasse com o projeto de Hospitalização Domiciliária (os doentes menos graves ficam internados em casa e são vistos por médicos e enfermeiros), melhoria dos processos de referenciação e a informação partilhada entre cuidados primários e hospitalares.

SOBRE MARGARIDA BENTES:

Margarida Bentes, licenciada em economia pelo ISEG e pós-graduada em Administração Hospitalar pela ENSP/UNL, trabalhou no Sistema de Informação para a Gestão dos Serviços de Saúde, depois no Instituto de Gestão Informática e Financeira do Ministério da Saúde e, mais tarde, na Administração Central do Sistema de Saúde, I.P., tendo sido Presidente do Conselho de Administração deste organismo. Foi também Presidente da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo e Diretora-geral da IASIST Portugal.

Grande conhecedora e entusiasta do Sistema de Pagamento Prospetivo através dos Grupos de Diagnósticos Homogéneos foi, juntamente com a equipa coordenada pelo Dr. João Urbano, dinamizadora da implementação do projeto dos GDH em Portugal.

A apresentação dos resultados do projeto está disponível no site da APAH (http://www.apah.pt/media/2ordfedicao_PMB/PMB_HGO_20160930.pdf)

No decurso da sessão teve ainda lugar uma conferência sobre "Ambulatory care sensitive conditions in Europe". Juan Eduardo Tello, da Divisão de Sistemas de Saúde e Saúde Pública na Europa da OMS, apresentou os resultados deste estudo, que envolveu vários países e cujo objetivo era avaliar a articulação e a integração entre os cuidados hospitalares e os CSP. (apresentação disponível em http://www.apah.pt/media/2ordfedicao_PMB/ACSCs_POR_290916_Juan_Tello.pdf).

Juan Eduardo Tello sublinhou que "Portugal está no bom caminho, mostrando trabalho na área da articulação e integração de cuidados".

O estudo foi também comentado por vários profissionais de saúde, mais concretamente: Henrique Botelho, coordenador nacional para a Reforma do SNS na área dos CSP; Fernando Regateiro, coordenador nacional para a Reforma do SNS na área hospitalar; Ricardo Mestre, vogal executivo da ACSS; Luís Pisco, vice-presidente da ARS Lisboa e Vale do Tejo; Rui Santana, investigador da ENSP; e Luís Campos, presidente da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna (SPMI).

Todos foram unânimes em considerar que é importante apostar nesta articulação e integração. Henrique Botelho apontou mesmo a importância de "um encontro de diferentes cuidados, como tal, complementares".

Fernando Regateiro relembrou, por sua vez, que não se pode esquecer o "sistema de pagamento de projetos que chocam com a cultura atual, como o da Hospitalização Domiciliária do HGO".

Já o presidente da SPMI, Luís Campos, salientou que "é bom que os doentes tenham resposta nos CSP, mas também no hospital", face ao aumento de consultas. E apontou que "é necessário dar resposta, mas não da forma como é feito atualmente, a pensar-se na doença, com base em programas verticais e *guidelines* desadequadas".

Na sessão de abertura estiveram presentes Rui Santana, Alexandre Lourenço, presidente da APAH, e Vítor Papão, diretor-geral da Gilead Sciences. O secretário de Estado da Saúde, Manuel Delgado, esteve presente na sessão de encerramento, assim como João Pereira, diretor da ENSP.

Esta iniciativa contou com o apoio da Gilead Sciences, da ENSP e da Exigo Consultores.

UMA VIDA ... UM EXEMPLO

"Uma vida sem desafios não vale a pena ser vivida."
SÓCRATES

Maria de Fátima Baptista Pinheiro Nogueira (1959-2016) faleceu no passado dia 30 de novembro – parece uma eternidade. Mas o carinho e orgulho por ela são muito importantes para todos nós e ajudam-nos a enfrentar a sua perda.

Viveu em constantes desafios – a vida atribulada de menina, os escuteiros, as escolas que foi frequentando, o seu bairro, o casamento, os filhos, a família, os cursos, os amigos, a profissão. Em tudo deixou a sua marca. Não semeou a indiferença.

Relembrando as suas qualificações académicas: Mestrado em Gestão dos Serviços de Saúde pelo Instituto Superior de Ciências do Trabalho e do Emprego INDEG/ISCTE (2000-2002), Dissertação "Análise comparativa dos custos com o tratamento do cancro de mama em três fases de deteção: local, localmente avançada e metastática"; Licenciatura em Sociologia pela Universidade Nova de Lisboa da Faculdade de Ciências Sociais e Humanas, 1992; Bacharelato de Neurofisiologia pela Escola Superior de Tecnologias da Saúde de Lisboa, 1985.

E como qualificações profissionais: diplomada em Administração Hospitalar pela Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade Nova de Lisboa, 1994.

Com um percurso profissional exemplar passando pelo Hospital Santa Maria, pelo IPO de Lisboa, pelo Centro Hospitalar da Cova da Beira E.P.E. – Hospital Pêro da Covilhã e Hospital do Fundão, onde exerceu de 1994 a 2012 cargos na Administração Hospitalar, era desde dezembro de 2012 Diretora-Executiva do Agrupamento de Centros de Saúde de Lisboa Ocidental e Oeiras.

Integrou os órgãos sociais da Associação Portuguesa para o Desenvolvimento Hospitalar e foi membro da Direção da Associação Protetora dos Diabéticos de Portugal, onde participou e colaborou ativamente em todas as iniciativas e desempenhou de forma empenhada o seu papel, acompanhando a APDP no reconhecimento do seu pioneirismo e de constante luta pela causa da diabetes.

A Associação Portuguesa de Administradores Hospitalares (APAH), para além de ter juntado a sua voz à de inúmeras organizações e pessoas em nome individual na homenagem e exposição do seu mais profundo pesar pelo falecimento desta jovem colega e membro da atual direção, quis soltar a palavra na dor que permanece e ouvir alguns colegas e amigos, que em maior proximidade com ela privaram.

A propósito da Fátima, podemos todos afirmar que foi pouco o tempo que com ela privámos, mas levaremos para sempre connosco a sua força interior, a sua garra e determinação, o seu amor e o sorriso lindo com que encarava a vida todos os dias.

Pela mão de Madre Tereza de Calcutá poderemos relembrá-la com rigor: O dia mais belo? Era sempre o de hoje; A coisa mais fácil? Errar, porque é humano; O maior obstáculo? O medo de não conseguir apoiar todos e fazer o que tinha de ser feito; O maior erro? O abandono, quer fosse de pessoas ou animais, mas principalmente dos gatos que animavam e coloriam a sua vida; A raiz de todos os males? O egoísmo de tantos com quem diariamente tinha de conviver; A distração mais bela? O trabalho, as viagens,

a família e os amigos; A pior derrota? O desânimo, que raramente a acometia; Os melhores professores? As crianças que procurava envolver no seu manto de amizade e dádiva; A primeira necessidade? Comunicar... comunicar... comunicar; O que mais a fazia feliz? Ser útil aos demais; O maior mistério? A morte, que tragicamente a envolveu em vésperas de partir para mais uma viagem; O pior defeito? O mau humor que camuflava com umas boas corridas e caminhadas, nomeadamente na Quinta das Conchas ou na praia; A pessoa mais perigosa? Aquela que lhe mentia; O sentimento mais ruim? O rancor que procurava nunca manter sobre nada nem ninguém; O presente mais belo? O perdão, de todos e a todos; O mais imprescindível? O lar; A rota mais rápida? O caminho certo; A sensação mais agradável? A paz interior; A proteção efetiva? O sorriso, SEMPRE; O melhor remédio? O otimismo; A maior satisfação? O dever cumprido; A força mais potente do mundo? A fé; as pessoas mais necessárias? Os filhos, o marido, a mãe, os sogros, os restantes familiares, os amigos (muitos); A mais bela de todas as coisas? O amor, que sentia e dava em cada palavra, em cada gesto, em cada ato ...

Pelo seu trabalho notável, amizade e humanidade, alguns colegas complementam esta singela e sincera homenagem e deixam um abraço de amizade aos seus familiares.

"A Fatinha era uma grande, grande, amiga e que me faz muita falta. Muitas vezes sinto vontade de lhe ligar para lhe pedir a opinião. Era engraçada, bem-disposta, com um sentido de humor fantástico. Estava sempre pronta a trabalhar mais e a divertir-se mais. Era uma excelente profissional e colega. Estudava profundamente os assuntos. Tinha uma incrível capacidade de iniciativa e de mobilização das pessoas à volta. Tinha muitas vezes uma visão diferente e um ponto de vista inovador. Era honesta e franca e sabia guardar um segredo. Era superleal e tinha um coração do tamanho do mundo. Faz-me falta."
FÁTIMA SENA E SILVA

"Ao longo da minha carreira profissional conheci muitos colegas, desses, poucos escolhi como amigos. A Fátima Nogueira, a quem conheci no IPO de Lisboa, superou a amizade e tornou-se uma confidente, muitas das coisas que dissemos uma à outra mais ninguém saberá. Sinto falta do seu bom-senso e da sua ponderação, mas principalmente do conforto da sua amizade. Ficou a dever-me uma ida ao teatro, desmarcada à última hora, vou cobrar-lha quando nos reencontrarmos..."
CRISTINA PEREIRA

"Sensibilidade e bom senso é a primeira ideia que me surge quando evoco a nossa querida Fátima Nogueira! Espírito sereno e atento às necessidades dos outros, testemunhei gestos de muita generosidade e de desprendimento! Além das qualidades pessoais, que faziam da Fátima uma mulher extraordinária, era uma administradora hospitalar de referência! Profissional incansável, dedicada, com o sonho de fazer mais e melhor pelo Serviço Nacional de Saúde! Uma mulher fecunda na máxima aceção da palavra, que terminou precoce e subitamente a sua missão neste mundo! Talvez porque tenha atingido um estádio que a impeliu para uma dimensão maior! É com um imenso orgulho que te recordo e afirmo perante os que não tiveram o privilégio de te conhecer tão próximo que fui colega e amiga da Fátima Nogueira!"
TERESA VERÍSSIMO

A **CONTABILIDADE ANALÍTICA** NOS HOSPITAIS EPE

AMARO FERREIRA

Vogal Executivo do Conselho de Administração do Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro E.P.E

O processo de empresarialização dos Hospitais públicos em Portugal iniciou-se em 2003, na altura com o estatuto jurídico de S.A. (Sociedade Anónima), e mais tarde, em 2005, com o estatuto jurídico de EPE (Entidade Pública Empresarial). Neste momento, o Sector Empresarial do Estado na área da Saúde[1] é constituído por 11 Hospitais, 20 Centros Hospitalares (que integram mais do que um Hospital) e 8 Unidades Locais de Saúde (que integram Hospitais e Centros de Saúde).

Os Contratos-Programa que estas Unidades de Saúde assinam anualmente com o Estado, via Ministério da Saúde, contêm diversas obrigações que incentivam a adoção de boas práticas de gestão criteriosa e de sustentabilidade económico-financeira. Entre essas obrigações, destacam-se:

a) Implementar uma filosofia de gestão empresarial nos vários níveis da estrutura de gestão, promovendo a transparência nos processos, decisões e resultados;

b) Melhorar a eficiência na utilização dos recursos escassos, implementando processos de controlo que acompanhem a conformidade e os objetivos contratados aos diversos níveis;

c) Planear o investimento de acordo com as necessidades da população e as disponibilidades financeiras;

d) Desenvolver sistemas e tecnologias de informação que disponibilizem informação em tempo útil, possibilitando a decisão operacional e estratégica sustentada;

e) Dotar os profissionais de conhecimentos na área económico-financeira, com especial enfoque nos profissionais que exercem cargos de chefia intermédia;

f) Analisar criteriosamente as variações (face ao período homólogo e face ao orçamentado) dos principais custos da Instituição, apurar as causas dessas variações e adotar planos de contenção de custos, preventivos ou corretivos, sempre que se mostre necessário, de forma a contribuir para um efetivo controlo dos custos;

g) Incentivar a adoção das melhores práticas na área da gestão financeira e de tesouraria.

Uma das ferramentas de gestão que se pode enquadrar nestas obrigações, respondendo principalmente às alíneas d) e f) acima elencadas, consiste na implementação de um efetivo sistema de custeio que permita efetuar uma gestão criteriosa através do conhecimento dos custos unitários de produção e suas respetivas componentes.

Na realidade, os Hospitais têm condições para ter um sistema de custeio como a contabilidade analítica, mas a maior parte deles está longe de a utilizar como uma verdadeira ferramenta de gestão. Existirão Hospitais que apuram os dados mensalmente, outros trimestralmente, outros semestralmente, outros anualmente e outros que, eventualmente, não os apuram.

Nos Hospitais, a contabilidade analítica está dividida em quatro secções, são elas: as principais, auxiliares de apoio clínico/apoio geral, administrativas e não imputáveis, competindo-lhes determinar, analisar e transmitir aos interessados os custos unitários dos diversos serviços prestados pelo Hospital e respetivas componentes (o desdobramento e a contribuição para o custo unitário de cada uma das rubricas de custos). Na distribuição dos custos indiretos é utilizado o método da distribuição recíproca.

Desta forma, é possível apurar, por exemplo, o custo unitário de um doente tratado no internamento em todas as especialidades médicas e cirúrgicas, o custo de uma diária de internamento, de uma consulta externa, de uma sessão de hospital de dia, de um episódio de urgência, de uma

cirurgia de ambulatório, de uma cirurgia convencional, de uma análise clínica, de um exame de imagem (Rx, TAC, Eco, RM), entre outros. É fácil perceber o potencial de informação destes dados, quer para a gestão interna dos Hospitais, quer para a comparabilidade de custos entre Hospitais, sobretudo quando estes podem ser decompostos pelas sub-rubricas de custos e comparados com períodos anteriores.

Porém, a Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS) deixou, há muito tempo, de solicitar regularmente estes dados aos Hospitais, e são muito poucos os que divulgam os seus custos unitários de produção no Relatório & Contas ou outros relatórios de *report* de informação.

Com exceção de algumas alterações muito específicas em 2009 e 2011, a última edição/revisão do Plano de Contabilidade Analítica dos Hospitais (PCAH) data de 2007, razão pela qual, face à evolução organizativa dos Hospitais e às novas necessidades de informação em termos de gestão de custos, se encontra desatualizado.

Até 2009, a ACSS manteve uma base de dados dos elementos analíticos (BDEA), ainda acessível em http://www2.acss.min-saude.pt/bdea/ sendo que os últimos estudos comparativos aí divulgados referem-se aos custos unitários diretos entre setembro de 2007 e setembro de 2006.

O último ano completo analisado pela ACSS foi o de 2006. Para esse ano, a ACSS produziu um relatório de 672 páginas com informação extremamente útil dos custos unitários por linha de produção e por Hospital, isto é, cada um dos hospitais foi analisado individualmente e comparado com os seus pares. Para alguns tipos de custos unitários, os resultados entre Hospitais do mesmo grupo apresentavam diferenças significativas que poderiam não ser apenas motivadas e/ou explicadas por diferentes atuações de gestão de custos de cada um dos Hospitais mas, também, pelos diferentes critérios de imputação aos centros de custos que cada um utilizava. Por isso, este relatório incidia igualmente sobre essas diferenças de critérios que, por si só, já induziam diferentes resultados entre Hospitais. Por exemplo, o peso dos custos "não imputáveis" no total dos custos da Instituição variava entre 18,7% e 0,0%! Existiam Hospitais que consideravam as amortizações como custos "não imputáveis"!

Se esta informação produzida tivesse sido utilizada no sentido de uma maior harmonização e generalização da contabilidade analítica dos Hospitais, seria bem mais fácil reconhecer as especificidades de cada Instituição e não teríamos as discrepâncias que atualmente existem entre Hospitais, quer ao nível dos resultados económicos, da dívida a fornecedores e das necessidades extraordinárias de financiamento via aumentos de capital estatutário e/ou valores de convergência.

É certo que, a partir de 2012 a ACSS implementou um *benchmarking* dos Hospitais que tem vindo a melhorar significativamente e que constitui uma ferramenta muito útil em termos de gestão e transparência. Este *benchmarking* inclui uma dimensão económico-financeira, que atesta as discrepâncias referidas, e onde a ACSS analisa os custos unitários dos Hospitais (operacionais, com pessoal, com medicamentos, com material de consumo clínico, com FSE) por *doente padrão*.

De realçar, no entanto, que o doente padrão é uma medida da atividade global do Hospital, isto é, transforma os diversos serviços que fazem parte do contrato-programa de um Hospital (doente médico, doente cirúrgico, consultas, urgências, cirurgias de ambulatório, sessões de hospital de dia, e outras) numa medida única - *doente padrão*. De certa forma, e uma vez que estão relacionados com a atividade, estes dados já podem ser apelidados de "contabilidade de custos" e, como já referido, a informação é útil, mas como são apurados em função de uma medida única, são demasiado *globalizantes*, não respondendo aos custos originados por cada um dos serviços prestados pelo Hospital; os responsáveis pela gestão de topo e intermédia têm necessidade de conhecer esses custos de uma forma mais *analítica*. Se, por exemplo, um Hospital está comparativamente com os outros Hospitais do mesmo grupo, com uma performance menos positiva nos "custos com material de consumo clínico por doente padrão", necessitará de saber, para poder atuar em conformidade, quais são os Serviços que mais estão a influenciar essa performance e isso só é possível com os dados de um sistema de custeio mais analítico e, melhor ainda, se os puder comparar com os mesmos dados dos outros Hospitais.

Em outubro de 2015 foi divulgado um estudo sobre a "avaliação da situação nacional dos blocos operatórios", elaborado por um grupo de trabalho nomeado em 2013 por Despacho do Senhor Secretário de Estado Adjunto e da Saúde, onde fica demonstrado que a contabilidade analí-

Na realidade, os Hospitais têm condições para ter um sistema de custeio como a contabilidade analítica, mas a maior parte deles está longe de a utilizar como uma verdadeira ferramenta de gestão.

Se a importância da informação de gestão da contabilidade analítica fosse efetivamente reconhecida, poderia ser possível aos Hospitais, no âmbito do sistema de *Business Intelligence* já existente na maior parte deles, e em função dos seus recursos disponíveis, desenvolver uma plataforma para automatizar todo o processo de apuramento e divulgação dos dados da contabilidade analítica, fornecendo os elementos quantificados e desdobrados, permitindo a cada responsável conhecer, para a sua Unidade Orgânica, os custos unitários dos serviços prestados.

tica, para além de estar operacional em poucos hospitais, apresenta divergências de informação muito relevantes, de tal forma que uma das 28 recomendações efetuadas pelo grupo é precisamente a "implementação de um sistema de contabilidade uniformizado entre entidades do SNS". O estudo pode ser consultado em http://www.apca.com.pt/documentos/2015/Avaliacao_situacao_nacional_blocos_operatorios_Outubro2015.pdf

Por outro lado, o apuramento da contabilidade analítica é efetuado com recurso a folhas de excel com uma carga administrativa e manual demasiado elevada, o que poderá estar a contribuir para o desinteresse da maior parte dos Hospitais nesta ferramenta.

Se a importância da informação de gestão da contabilidade analítica fosse efetivamente reconhecida, poderia ser possível aos Hospitais, no âmbito do sistema de *Business Intelligence* já existente na maior parte deles, e em função dos seus recursos disponíveis, desenvolver uma plataforma para automatizar todo o processo de apuramento e divulgação dos dados da contabilidade analítica, fornecendo os elementos quantificados e desdobrados, permitindo a cada responsável conhecer, para a sua Unidade Orgânica, os custos unitários dos serviços prestados.

Por automatização, entenda-se a recolha, via interfaces, de toda a informação necessária das diversas aplicações informáticas existentes no Hospital, a distribuição mediante tabelas e critérios previamente definidos, dos custos indiretos aos diversos centros de custos, o apuramento dos custos unitários com uma periodicidade mensal e a disponibilização para consulta dos interessados na plataforma do *Business Intelligence*. Os custos unitários seriam apurados como um todo para o Hospital, mas também para cada uma das suas Unidades Orgânicas, o que se tornaria de grande utilidade para a gestão intermédia. Igualmente importante seria a decomposição automática do custo unitário apurado e a possibilidade de efetuar comparações entre Centros de Custos e entre períodos anteriores.

Por último, a possibilidade de exportar os dados para excel permitindo efetuar o tipo de análise que melhor se ajustar às necessidades de informação dos responsáveis pelas Unidades Orgânicas.

É certo que existem outros modelos de custeio eventualmente mais evoluídos que a contabilidade analítica, como por exemplo o Custeio Baseado em Atividades (Custeio ABC) muito utilizado pela indústria mas, na minha opinião, de muito difícil aplicação num Hospital, uma vez que presta serviços de elevada complexidade, sustentados por um conjunto enorme e diversificado de atividades envolvendo múltiplos intervenientes. Para além de difícil, a sua implementação seria extremamente dispendiosa pelos recursos que seria necessário afetar, e o valor da informação que este sistema de custeio poderia acrescentar, não compensaria esses custos.

Por outro lado, a contabilidade analítica tem condições para dar resposta à Norma de Contabilidade Pública (NCP) 27 relativa à Contabilidade de Gestão, publicada no Anexo II ao Decreto-Lei 192/2015 de 11 de setembro. Este Decreto-Lei refere-se ao SNC-AP, Sistema de Normalização Contabilística da Administração Pública. No ponto 36 da NCP 27 é referido que *no caso do subsetor da saúde, devem ser obtidos mapas de informação, indicando o custo direto e indireto e o respetivo rendimento associado (se existir), por cada: (a) Unidade/estabelecimento de saúde; (b) Dia de Internamento; (c) Consulta; (d) Sessão; (e) Doente intervencionado; (f) Exame/análise; (g) Outros.*

Concluíndo, estou em crer que a atualização do PCAH com definição de critérios uniformes de imputação de custos, a "institucionalização" desta ferramenta de gestão em todos os Hospitais e a implementação de uma aplicação informática (de suporte à contabilidade analítica) comum e, eventualmente, centralizada como já acontece com outras aplicações da saúde, poderia contribuir para uma melhor gestão interna destas Instituições, para uma melhor monitorização central do desempenho individual de cada uma, para um melhor planeamento dos recursos e, por inerência, para uma maior responsabilização da gestão.

Advancing Therapeutics, Improving Lives.

GILEAD
Advancing Therapeutics.
Improving Lives.

Há 30 anos que a Gilead investiga e desenvolve medicamentos inovadores em áreas de importante necessidade médica como a infeção pelo VIH/SIDA, Hepatites Virais Crónicas, Infeções Fúngicas Sistémicas, Doenças Respiratórias e Cardiovasculares e na área da Hemato-Oncologia.

Trabalhamos diariamente para melhorar a esperança e a qualidade de vida dos doentes afetados por estas patologias.

Em todas as nossas atividades, privilegiamos a responsabilidade social, desenvolvemos e apoiamos projetos de investigação, programas educativos e fóruns de discussão centrados na prevenção, na educação para a saúde, no diagnóstico, no tratamento e nas políticas de saúde.

Na Gilead, acreditamos que os medicamentos que desenvolvemos devem estar ao alcance de todas as pessoas que deles necessitam.

Gilead Sciences, Lda.
Atrium Saldanha, Praça Duque de Saldanha, n.º 1 - 8.º A e B,
1050-094 Lisboa - Portugal | Tel.: 21 792 87 90 - Fax: 21 792 87 99
N.º de contribuinte: 503 604 704. Informação médica através
de N.º Verde (800 207 489) ou departamento.medico@gilead.com.
Os acontecimentos adversos deverão ser notificados e comunicados
à Gilead Sciences, Lda., por telefone, fax ou para portugal.safety@gilead.com.
Data de preparação: março 2017 | 000/PT/17-03/IN/1242

VIII FÓRUM DO MEDICAMENTO – ADMINISTRADORES HOSPITALARES DISCUTIRAM MODELOS DE GESTÃO DA INOVAÇÃO EM ONCOLOGIA

Os desafios que a evolução da inovação na doença oncológica coloca à gestão hospitalar estiveram em discussão no dia **11 de novembro de 2016** no **Centro Cultural de Belém**, no **VIII Fórum do Medicamento da Associação Portuguesa de Administradores Hospitalares**, subordinado ao tema **Modelos de Gestão da Inovação em Oncologia**.

O cancro é uma das principais causas de morbilidade e mortalidade, com aproximadamente 14 milhões de novos casos e 8 milhões de mortes em 2012, afetando populações em todos os países e todas as regiões, prevendo-se que a incidência aumente em cerca de 70% em todo o mundo em apenas duas décadas. (World Cancer Report 2014). Também segundo a International Agency for Research on Cancer (2012), o cancro é a segunda causa de morte mais frequente na União Europeia (UE), logo após as doenças cardiovasculares com uma incidência de aproximadamente 2,7 milhões de novos casos ano.

Os desafios que a gestão da doença oncológica nos coloca no presente irão marcar profundamente a sociedade o sistema de saúde e os cidadãos do decurso das próximas décadas. Se por um lado, a sobrevivência dos doentes com cancro tem vindo a aumentar graças a múltiplos fatores, entre os quais o desenvolvimento científico, o empenho dos profissionais e o investimento em melhores estruturas e equipamentos. Por outro, dois fatos parecem indiscutíveis para o futuro: em primeiro lugar, muito pode ainda ser feito para diagnosticar precocemente e controlar a maioria dos tipos de cancro, investigando e esclarecendo as suas causas e elaborando estratégias de prevenção eficazes. Em segundo, os custos associados ao tratamento duplicaram nos últimos 10 anos a um ritmo insustentável que urge controlar e gerir de forma eficiente, quer ao nível do seu custo/eficácia, do consenso sobre a definição de "benefício clínico significativo" e dos reais resultados obtidos.

O cancro é uma das doenças não transmissíveis mais importantes e dispendiosas que os sistemas de saúde enfrentam atualmente e decisões estratégicas necessitam ser tomadas e implementadas por forma a garantirem a sua sustentabilidade.

Neste contexto, o **VIII Fórum do Medicamento** visou contribuir para a discussão associada à gestão da doença oncológica, onde se privilegiou a análise, a discussão e a avaliação das políticas e práticas implementadas e a procura de soluções concertadas que permitam alcançar os melhores padrões de excelência, qualidade e sustentabilidade na prestação de cuidados do saúde do Serviço Nacional de Saúde.

O programa desta iniciativa abordou as diversas perspetivas no âmbito da gestão da doença oncológica, permitindo a reflexão sobre *Os desafios sociais e do sistema para a gestão da doença oncológica* e a partilha dos *Modelos de gestão da inovação a nível internacional.*

Os Desafios da Doença Oncológica – para a Sociedade, o sistema e o doente – foram o tema da conferência de abertura do **VIII Fórum do Medicamento**, a cargo da presidente da Sociedade Portuguesa de Oncologia, Gabriela Sousa, com comentário do presidente do Conselho de Administração do IPO de Lisboa, Francisco Ramos. Se é verdade que o diagnóstico precoce e o tratamento eficaz das doenças oncológicas ainda se encontra longe das metas desejadas, a taxa de sobrevida de doentes com cancro tem aumentado graças aos avanços da investigação científica nesta área, bem como à maior sensibilização das populações para a adesão a rastreios e ao investimento dos sistemas de saúde nas suas terapêuticas. No entanto, os custos que as doenças oncológicas envolvem são avultados e requerem uma reflexão com vista à sustentabilidade dos sistemas de saúde.

No primeiro painel da evento, as boas práticas na Europa foram apresentados por Diane Paillet, da Agence Technique de L'information sur L'Hospitalisation de França e Carlos Alberto Arenas dos Servicio Murciano de Salud de Espanha, que partilharam os modelos de gestão associados em particular ao medicamentos de alto custo e à implementação de modelos de gestão de risco partilhado. As apresentações efetuadas estão disponíveis em http://www.apah.pt/paginas/eventos/viii-forum-do-medicamento.php. Este painel contou ainda com os comentários de António Vaz Carneiro, do CEMBE e Francisco Rocha Gonçalves, do IPO de Porto, que identificaram alguns dos aspetos críticos a ter em consideração na aplicação e operacionalização efetiva dos modelos de partilha de risco baseado em valor a nível das instituições hospitalares.

A estratégia a adotar em Portugal para a inovação em oncologia foi analisado no último painel de discussão, que contou com a participação do presidente do INFARMED, Henrique Luz Rodrigues; João Paulo Cruz da Administração Central dos Sistemas de Saúde; Ana Paula Martins, bastonária da Ordem dos Farmacêuticos; João Almeida Lopes, presidente da APIFARMA; Sofia Crisóstomo do fórum Mais Participação, Melhor saúde; e Élia Costa Gomes, do Centro Hospitalar do Porto.

O evento contou com uma adesão expressiva dos diversos atores do Sistema, tendo sido encerrado pelo Senhor Secretário de Estado da Saúde, Dr. Manuel Delgado, o qual assumiu o compromisso do Governo pela garantia da equidade no acesso à inovação em tempo útil e da sustentabilidade do Sistema, contando, para isso, com o contributo de todos os agentes do sector.

O **VIII Fórum do Medicamento** da **Associação Portuguesa de Administradores Hospitalares** contou com o apoio da Bristol-Myers Squibb.

INTELIGÊNCIA CLÍNICA E HOSPITALAR – NOVOS PARADIGMAS DE GESTÃO

JORGE VARANDA
Administrador Hospitalar

O LEGADO INOVADOR DO DR. JOÃO URBANO

O Dr. João Urbano liderou durante a década de 80 e uma parte da década de 90 o programa mais inovador de gestão hospitalar que houve em Portugal. Mandatado pelo Professor Augusto Mantas, Diretor-Geral do Departamento de Gestão Financeira da Saúde, o Dr. João Urbano soube coordenar com êxito um conjunto vasto de profissionais que ajudaram a transferir para Portugal conhecimentos e processos de gestão hospitalar do mais avançado que existia então nos EUA. Todo esse trabalho foi realizado no contexto da ajuda americana de que Portugal beneficiou, tendo o respetivo programa sido institucionalizado sob a designação de Sistema de Informação para a Gestão dos Serviços de Saúde (SIGSS).

A ideia que então corria é que, dentro dos programas de ajuda americana a Portugal, tinha sido o da Saúde o que se mostrara de maior capacidade de realização. Tudo começou em 1981, sendo as primeiras atividades dedicadas à elaboração de relatórios de produtividade por centros de custo e a formação para o uso dos mesmos para melhoria dessa mesma produtividade. Seguiu-se o lançamento do Protocolo de Revisão de Utilização e do Planeamento de Altas, para além de outras atividades no domínio da distribuição de produtos no Hospital.

O mais conhecido dos projetos inovadores, porém, foi designado de GDH's (Grupos de Diagnóstico Homogéneos) e começou a ser implantado entre nós, pouco depois do seu arranque nos EUA, como processo de pagamento prospetivo dos episódios de internamento, sendo ainda hoje a base do nosso sistema de financiamento. É apropriado recordar a visita, em 1986, do Professor Robert Fetter, da Universidade de Yale, autor dos estudos que conduziram aos GDH. Para a sua concretização, foi posta em prática a Codificação Clínica com base na ICD 9-CM, envolvendo a formação de centenas de médicos codificadores, cuja atividade perdurou a partir daí.

DR. JOÃO URBANO

Entretanto, alguns outros projetos foram postos em prática: racionalização do sistema de recolha e distribuição de roupa e do sistema de distribuição de produtos de consumo e ainda o da classificação de doentes por graus de dependência de cuidados de enfermagem.

O Dr. João Urbano recebeu em toda esta ação inovadora o apoio do Professor Don Holloway e de muitos outros consultores americanos de elevada craveira. Toda esta torrente de trabalhos inovadores foi acompanhada de uma linha contínua de formação e de demonstração, com relevo para os cursos realizados no Charlton Memorial Hospital, Fall River, em 1983, e no University of Wisconsin Hospital and Clinics, em Madison, nos anos de 1988 e 1989, este focado em métodos de engenharia industrial, aplicados aos Hospitais no patamar da gestão da qualidade.

Foi assim que o Dr. João Urbano dignificou a administração hospitalar portuguesa e a carreira que abraçou e ajudou a construir. Sem a sua dedicação, capacidade de planeamento e execução e energia esta obra não se teria concretizado. Quem conviveu com ele, ao longo de todas estas iniciativas, sabe bem do entusiasmo com que as delineou e pôs em prática, elevando por mais do que uma década a gestão hospitalar portuguesa a um lugar cimeiro na Europa, enquanto as circunstâncias favoráveis o permitiram.

Acreditar no futuro.
Pela nossa saúde.

FRESENIUS
KABI
caring for life

TERCEIRA EDIÇÃO DO HEALTHCARE EXCELLENCE PREMEIA **PROJETO DE CUIDADOS PÓS-OPERATÓRIOS DO HVFX**

A APAH promoveu no dia 27 de junho no Hotel Praia D'El Rey Marriott, em Óbidos, a 3.ª Edição do prémio *Healthcare Excellence*, durante o qual foram apresentados os dez projetos finalistas e distinguidos os três melhores no que diz respeito ao aperfeiçoamento do serviço prestado aos doentes.

O número e qualidade de candidaturas deste ano foi muito interessante, o que dificultou em muito a seleção dos dez finalistas, de entre os projetos implementados durante os anos de 2015. Entre os finalistas, estiveram projetos do Centro Hospitalar Barreiro Montijo, do Centro Hospitalar Lisboa Central, do Centro Hospitalar Lisboa Ocidental, do Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, do Hospital Distrital da Figueira da Foz, do Hospital Garcia de Orta, do Hospital Senhora da Oliveira de Guimarães e do Hospital de Vila Franca de Xira, o único com dois projetos selecionados para a final.

O júri, constituído por 4 elementos (Margarida França, da APAH, Ricardo Mestre, da ACSS, Regina Sequeira Carlos, da ARSLVT, e a jornalista da TSF Sofia Morais), decidiu atribuir o prémio monetário de cinco mil euros, a um dos projetos do Hospital de Vila Franca de Xira. Foi também atribuída uma primeira menção honrosa ao projeto apresentado pelo Hospital Distrital da Figueira da Foz e uma segunda ao projeto apresentado pelo Centro Hospitalar de Lisboa Central.

O projeto vencedor foi apresentado pelo Hospital Vila Franca de Xira – "Capacitar Para Melhor Cuidar", que está a ser desenvolvido desde 2015, e tem por base uma consulta ativa, que identifica e depois prepara cuidadores informais para prestar cuidados no domicílio a doentes em pós-operatório na área da cirurgia ortopédica programada. Apesar da simplicidade, esta iniciativa consegue um elevado retorno, ao permitir antecipar várias altas, com benefícios a nível do hospital, que vê melhorar a sua demora média e taxa de reinternamento, e também ao nível do doente, que conclui a sua convalescença num ambiente mais familiar e confortável, e que vê reduzido o seu risco de infeção nosocomial.

O Hospital Distrital da Figueira da Foz foi distinguido com uma menção honrosa pelo projeto "*Healthcare Insight* – Gestão por Objetivos", uma plataforma de *business intelligence* e *benchmarking*, que resultou em impactos positivos ao nível da produtividade, eficiência, efetividade e qualidade dos cuidados prestados por aquela unidade.

A segunda menção honrosa foi para o projeto "ARPAT – Aplicação de Registo de Pedidos de Altas e Transferências", desenvolvido pelo Centro Hospitalar Lisboa Central, uma ferramenta informática criada para gerir pedidos de transferências, altas, óbitos e emissão de etiquetas, entre as Unidades de Internamento e a Urgência Geral Polivalente. O projeto foi depois alargado às admissões urgentes e programadas, ao pré-registo da cirurgia e à gestão de camas.

No encerramento, o presidente da APAH, Alexandre Lourenço, sublinhou a importância que este tipo de iniciativas tem no reconhecimento de projetos de qualidade e orientados para a melhoria do serviço aos utentes. Referiu ainda que os projetos candidatos são a demonstração de que, mesmo em período de constrangimentos financeiros, as instituições do SNS se mantêm focadas no seu objetivo de prestar cuidados de excelência da forma mais eficiente possível.

Foi ainda anunciada a intenção de lançar em 2017 uma quarta edição do prémio, novamente em parceria com a biofarmacêutica AbbVie.

CAMINHO DOS HOSPITAIS

A Associação Portuguesa de Administradores Hospitalares (APAH) prevê no seu programa para o mandato 2016-2019, concretamente no eixo *Imagem e Comunicação*, a adoção de uma estratégia de proximidade para com os seus associados, criando mecanismos que atenuem situações de periferia através de visitas e reuniões programáticas periódicas a instituições de saúde.

Desde logo a nova Direção da APAH abraçou os compromissos plasmados no seu programa, pelo que na primeira reunião de trabalho, realizada a 16 de junho do ano transato, no Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, E.P.E., decidiu promover a iniciativa ***Caminho dos Hospitais*** que visa reuniões mensais, de forma descentralizada, em diferentes instituições hospitalares do Serviço Nacional de Saúde, dando especial enfoque a ingerências dirigidas à proteção e promoção no tocante à melhoria das condições do exercício profissional dos seus associados. A APAH pauta-se por adotar e manter posturas ativas e proativas que objetivam refletir e agir sobre os novos desafios que afetam os Administradores Hospitalares no desempenho das suas funções.

A par da articulação com os Administradores Hospitalares locais, num fórum onde se identificam eventuais constrangimentos e se procuram as respetivas soluções, o órgão diretivo da APAH privilegia, de igual forma, a comunicação, a cooperação e a excelência no contacto com os respetivos Conselhos de Administração, conhecendo, deste modo, a realidade distinta de cada hospital e promovendo a qualidade da gestão hospitalar.

Neste sentido, são organizadas sessões de debates temáticos de natureza de gestão e administração hospitalar, gestão clínica e não clínica, saúde pública e outros assuntos relevantes para a defesa dos interesses profissionais dos Administradores Hospitalares, para as quais a Direção da APAH convida todos os associados e a comunidade hospitalar a participar.

Em sequência, o périplo *Caminho dos Hospitais* encetou-se a 12 de julho na Unidade Local de Saúde (ULS) do Alto Minho, E.P.E., seguido do Hospital Espírito Santo, E.P.E. a 27 de setembro, no qual decorreu o debate *Muita inspeção para pouca autonomia de gestão*. A moderação do debate esteve a cargo o Presidente da APAH, Dr. Alexandre Lourenço, onde se destacaram as intervenções do Dr. Paulo Espiga, Presidente do Conselho de Administração da ULS do Litoral Alentejano, E.P.E., da Dr.ª Margarida Silveira, Presidente do Conselho de Administração da ULS do Baixo Alentejo, E.P.E. e da Professora Doutora Maria Filomena Mendes, Presidente do Conselho de Administração do Hospital Espírito Santo, E.P.E.. O debate teve início com a elucidativa apresentação da Administradora Hospitalar, Dr.ª Ana Duarte, sobre as entidades inspetoras e o seu papel nos estabelecimentos hospitalares portugueses. De notar, ainda, que a participação dos colegas foi significativa e a troca de ideias enriquecedora para a prática profissional da administração hospitalar.

1.ª REUNIÃO *Caminho dos Hospitais* – ULSAM

2.ª REUNIÃO *Caminho dos Hospitais* – HESE

Do Alentejo, a APAH rumou à região Centro, especificamente ao Centro Hospitalar Cova da Beira, E.P.E.. Na Covilhã, no passado dia 4 de novembro, a direção da APAH promoveu a discussão da temática das ULS, instigando o debate *ULS, conquistas, falhas e oportunidades*, o qual contou com a presença dos Presidentes das ULS mais antiga (ULS de Matosinhos, E.P.E.) e mais recente (ULS do Litoral Alentejano, E.P.E.), bem como do Professor Doutor Rui Santana (Escola Nacional de Saúde Pública - Universidade Nova de Lisboa) e o Presidente da APAH no painel do encontro.

No dia 7 de dezembro, a APAH regressou à região Norte, especificamente ao Centro Hospitalar do Porto, E.P.E.. Nesta instituição hospitalar, a habitual reunião com os colegas consubstanciou-se num importante debate onde se analisou, ativa e participadamente, a proposta para o

3.ª REUNIÃO *Caminho dos Hospitais* – CHCB, E.P.E.

novo modelo da carreira de Administração Hospitalar, desenvolvida pela direção da APAH.

4.ª REUNIÃO *Caminho dos Hospitais* – CHP, E.P.E.

No passado dia 7 fevereiro, o Centro Hospitalar Lisboa Norte, E.P.E. (CHLN), especificamente o Hospital de Santa Maria, acolheu o Caminho dos Hospitais. No decurso do dia de trabalho foi possível refletir conjuntamente: (i) com o Conselho de Administração, a trajetória do CHLN e (ii) debater com os colegas, os desafios da gestão e administração hospitalar. No final do dia promoveu-se uma sessão para debater "Que modelos para a gestão da inovação em saúde?", a qual foi dinamizada pelos nossos intervenientes convidados e por todos os presentes.

5.ª REUNIÃO *Caminho dos Hospitais* – CHLN, E.P.E.

A sessão debate, moderada pelo Presidente da APAH, contou com os seguintes intervenientes:

- Julian Perelman | Escola Nacional de Saúde Pública;
- João Paulo Cruz | Administração Central do Sistema de Saúde, I.P.;
- António Lindo da Cunha | Instituto Pedro Nunes;
- Filipe Assoreira | P- Bio Associação Portuguesa de Bioindústrias;
- Carlos Neves Martins |CHLN.

SESSÃO DEBATE *"Que modelos para a gestão da inovação em saúde?"*

No dia 15 de março o Caminho dos Hospitais rumou à Unidade Local de Saúde de Matosinhos. A APAH foi gentilmente recebida pelo Conselho de Administração da instituição que partilhou as suas visões sobre diversas matérias inerentes ao seu funcionamento. Em seguida, a APAH reuniu com os Administradores Hospitalares da ULSM e ouviu as suas dúvidas e exposições relativamente a questões laborais.

No período da tarde teve lugar um debate sobre "A integração de Cuidados: Uma experiência de 2 décadas feita de futuro" que contou a com a participação do Dr. Miguel Guimarães (Bastonário da Ordem dos Médicos) e do Dr. Taveira Gomes (Diretor Clínico da ULSM) como comentadores de uma apresentação do Professor Doutor Damião Cunha.

Houve ainda lugar à apresentação de uma abordagem concetual sobre a temática em análise pela Dr.ª Ana Dias, Presidente Assembleia Geral Portuguese Association Integration of Care (PAfIC), e a apresentação dos seguintes casos práticos;

1. Internamentos evitáveis por causas sensíveis ao ambulatório

Graça Lima | Serviço de Planeamento e Controlo de Gestão| ULS Matosinhos

2. Um percurso na integração de cuidados: a experiência CH e Universitário

José Barros | Diretor Clínico| CH Universitário do Porto

3. Projeto de integração de cuidados paliativos e o doente crónico complexo

Maria Céu Rocha | Coordenadora equipa de cuidados paliativos | ULS Matosinhos

4. Tele-monitorização remota em Cardiologia

Fátima Silva | Vitalmobile Health Portugal

Como conclusão, foi consensual que o contributo das experiências existentes e de soluções que emergem dos agentes económicos tem servido de força motriz à implementação de uma abordagem integrada dos cuidados de saúde quer a nível horizontal quer vertical. Esta é hoje uma exigência imperiosa que se coloca ao nível das Unidades Locais de Saúde e dos Centros Hospitalares e da sua articulação com os restantes níveis de cuidados e comunidade, existindo ainda muitos espaços de melhoria e de consolidação de práticas que urge assegurar implementar a bem da qualidade dos serviços prestados aos utentes e da eficiência e resultados obtidos.

A Associação Portuguesa de Administradores Hospitalares (APAH) prevê no seu programa para o mandato 2016-2019, concretamente no eixo Imagem e Comunicação, a adoção de uma estratégia de proximidade para com os seus associados, criando mecanismos que atenuem situações de periferia através de visitas e reuniões programáticas periódicas a instituições de saúde.

Reunião com os colegas – ULS Matosinhos

APAH ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE ADMINISTRADORES HOSPITALARES

27th EAHMCONGRESS EUROPEAN ASSOCIATION OF HOSPITAL MANAGERS 26 • 28 SEPT_2018 CASCAIS • PORTUGAL

27.º CONGRESSO DA EAHM – EUROPEAN ASSOCIATION OF HOSPITAL MANAGERS

Pela terceira vez na sua história, a APAH assumiu o compromisso de realizar o 27.º Congresso da EAHM – European Association of Hospital Managers (http://www.eahm.eu.org/) que decorrerá nos dias 26-28 de setembro de 2018 em Cascais, no Centro de Congressos do Estoril.

Este encontro trará a Portugal mais de 500 gestores e diretores de hospitais de mais de 25 países da Europa e será um momento privilegiado de debate e partilhas de experiências sobre o papel das instituições hospitalares enquanto agentes de inovação em Saúde Pública.

No decurso dos trabalhos do 27.º congresso da EAHM será dado um enfoque especial às vertentes associadas à:

i) Construção de um sistema centrado nas pessoas;

ii) Metodologia(s) de integração de cuidados;

iii) Implementação de modelos inovadores de prestação de cuidados;

iv) Procura de soluções que assegurem a sustentabilidade financeira;

v) Obtenção de resultados de saúde para a população.

Paralelamente a este evento, a APAH irá organizar o 1.º Encontro das Associações congéneres do espaço lusófono com o objetivo principal de desenvolver laços de cooperação e partilha de experiências com os países da CPLP.

Reserve já na sua agenda.

CONFERÊNCIAS DE VALOR APAH

Albert Einstein dizia que "*We cannot solve problems by using the same kind of thinking we used when we created then*". Tendo por base este lema, a APAH promove a organização das **CONFERÊNCIAS de VALOR APAH**, tendo como desígnio a identificação de soluções e novas respostas que visem ultrapassar as dificuldades do momento, encontrando pontes e sinergias com os agentes económicos que permitam uma melhoria da qualidade e a excelência dos resultados em saúde e promovam um ciclo virtuoso fundamental para a riqueza e crescimento em Portugal.

1.ª CONFERÊNCIA DE VALOR APAH

Nos passados dias 24 e 25 de março, decorreu no Hotel Montebelo Vista Alegre em Ílhavo a 1.ª CONFERÊNCIA de VALOR APAH, dedicada ao tema *"Modelos de Negócio e Contratação - Oportunidades e Desafios"*, na qual marcaram presença representantes de 70% dos conselhos de administração dos hospitais portugueses.

Esta foi a primeira Conferência de um ciclo de três, que nascem de uma aposta na organização de iniciativas que promovam a criação de valor através da análise dos tópicos mais atuais que vão determinar o futuro dos hospitais e dos sistemas de saúde. Direcionada a todos os profissionais ligados à gestão em saúde, esta iniciativa visa fomentar a partilha de boas práticas e a procura de novas abordagens que permitam enfrentar os desafios presentes e futuros e promover a consolidação de pontes e sinergias com todos os parceiros do sector, tendo em vista uma melhoria da qualidade e a excelência dos resultados em saúde e contribuindo para um ciclo virtuoso de riqueza e crescimento em Portugal.

O evento foi presidido por Fernando Silva, administrador hospitalar da Unidade Local de Saúde de Matosinhos, E.P.E., tendo marcado presença o Secretário de Estado da Saúde - Dr. Manuel Delgado - e o Presidente da *European Association of Hospital Managers* (EAHM) – Gerry O´Dwyer. A audiência, com mais de 130 participantes, contou com presidentes e membros de conselhos de administração de hospitais nacionais, diretores executivos de agrupamentos de centros de saúde, administradores e gestores hospitalares, docentes e alunos de Administração Hospitalar, agentes económicos e demais interessados na matéria.

O mote para a jornada de trabalho da 1.ª Conferência VALOR APAH foi dado na APAH TALKS, subordinado ao tema *"Como serão os hospitais do futuro?"*, a cargo de Gabriel Antoja, investigador do Center of Research in Healthcare Innovation da IESE Business School e um dos autores do trabalho feito em colaboração com a Accenture. Para Antoja, "há cada vez uma evidência maior da relação entre os resultados em saúde e uma melhor experiência do cidadão" no momento em que recebe cuidados médicos.

Por isso, seja por razões financeiras, ou pelos melhores resultados para o doente, Gabriel Antoja defende que

"os profissionais de saúde vão envolver-se" cada vez mais *"para melhorar a experiência do doente"*. O investigador explicou que os dados do estudo foram recolhidos entre 2013 e 2015, tendo como base entrevistas e questionários a vários profissionais do sector e teve como ponto de partida a realidade de dois hospitais concretos, que foram escolhidos por serem uma referência na área: o Hospital Universitário Karolinska, na Suécia, e o Hospital Clínico de Barcelona, em Espanha. O objetivo foi antecipar uma fotografia do que poderá ser um hospital universitário europeu em 2030.

"Nos próximos dez anos, veremos como as barreiras entre as especialidades se vão esfumar graças ao uso de novas tecnologias que permitirão, por exemplo, que os cardiologistas possam realizar algumas intervenções sem precisar de um cirurgião". O especialista antevê que *"a organização do hospital incluirá equipas multidisciplinares que atenderão os doentes ao longo de todo o seu circuito assistencial, para eliminar barreiras entre departamentos do hospital"*. Uma das novidades está, também, no aparecimento de novas profissões como os *"médicos--engenheiros"* e os chamados *"conselheiros de genética"*, que ajudarão a escolher os novos exames ao nosso DNA que poderão ser úteis para atuar de forma preventiva. Os chamados *"gestores de caso"* vão ser uma figura fundamental, com a responsabilidade de coordenar o percurso do doente, desde o centro de saúde ao hospital.

Para Antoja, a relação entre os hospitais e os centros de saúde é uma das chaves para o sucesso da mudança rumo ao hospital do futuro. A ideia é que não continue a haver uma divisão entre estes dois tipos de cuidados. *"Os líderes clínicos dos hospitais trabalharão de forma próxima com os profissionais dos centros de saúde para redesenhar os circuitos"*. O papel do centro de saúde, defende, tem de deixar de ser apenas o de filtrar a chegada de doentes aos serviços de urgência. Os cuidados primários devem ser *"uma ponte que facilite a entrada no hospital pela porta mais adequada"* e as novas tecnologias serão fundamentais neste processo.

As conclusões do estudo apontam no sentido de que os hospitais reduzam a sua dimensão no futuro.

Questionado sobre o facto de em Portugal, nos últimos anos, o caminho ter sido no sentido de criar grandes centros hospitalares, Antoja refere que um hospital mais pequeno não significa uma redução do edifício ou do número de profissionais. O que o investigador prevê assenta numa redução do número de camas e na capacidade de trabalhar em rede com outras unidades hospitalares, centros de saúde ou com o sector social.

O segundo dia de trabalho da Conferência foi composto por quatro sessões. A primeira analisou a *"Oportunidade: A dinamização da investigação em saúde"* e esteve a cargo de Emília Monteiro, professora da NOVA Medical School e membro do Steering Committee da ECRIN-ERIC, evidenciando a necessidade de evolução e dinamização da investigação em saúde, tendo realçado a importância dos administradores hospitalares na liderança dessa dinamização, nomeadamente através de uma lógica de desenvolvimento de uma cultura de investigação nos hospitais.

Numa segunda sessão interveio Alexandre Lourenço. Na sua opinião *"os hospitais têm que profissionalizar esta área de atividade, de forma a responder às solicitações das empresas farmacêuticas e de dispositivos médicos no desenvolvimento de ensaios promovidos pelas mesmas, mas também em estudos de iniciativa do investigador. Trata-se de uma área de elevado potencial económico para os hospitais portugueses e para as regiões onde estão inseridos"*. Adiantou ainda que a APAH e a Nova Medical School, com o apoio da Apifarma, vão lançar, a partir do próximo mês de maio, o Programa Avançado para a Liderança e Administração em Investigação em Saúde (PALAIS).

Nas sessões seguintes, discutiram-se os desafios associados aos *"Modelos para a contratação da inovação tecnológica baseada em valor"* e aos *"Novos modelos de contratação com gestão partilhada em saúde"*. As palestras estiveram a cargo de Wil van Harten, CEO do Rijnstate Hospital na Holanda, e Herbet Stähr, Head of Portfolio Development and Marketing, Enterprise Services and Solutions, Siemens Healthineers, respetivamente.

Alexandre Lourenço referiu também que as novas parcerias podem ser muito úteis para a melhoria da qualidade da prestação aos doentes, nomeadamente num contexto em que os hospitais têm grandes limitações do ponto de vista de capital para investimento: *"Os hospitais têm muito equipamento que está obsoleto e que precisa de renovação urgente, pois coloca em risco a qualidade e a segurança*

dos cuidados prestados. É, portanto, necessário um forte investimento nos hospitais para substituir ou atualizar este equipamento". Muitos administradores hospitalares presentes no evento afirmaram que, em muitos casos, apenas procedem à substituição do que é mais premente.

É, assim, sentida a necessidade prática de parcerias mais alargadas (de 5 a 10 anos) que permitão a colocação, manutenção e operação de equipamento moderno, mantendo a sua atualização pelo período de vigência do contrato, sendo o mesmo amortizado ao longo deste período em que os hospitais não necessitarão de capital de investimento.

Na conferência, abordou-se, também, a necessidade de melhoria das competências da gestão intermédia dos hospitais na área da contratação pública, tal como de um trabalho mais aprofundado entre os hospitais, os auditores e as entidades respetivas para encontrar as melhores soluções para os hospitais avançarem para este tipo de contratos. Para isso, mencionou Alexandre Lourenço, *"também é necessário existir junto da tutela – Ministério da Saúde e Ministério das Finanças – maior celeridade na aprovação de encargos que abranjam mais do que um ano civil (plurianuais)".*

Este tipo de contratos abrange não só as áreas típicas da radiologia, mas também outras em que já existe alguma tradição, como, por exemplo, a limpeza, a lavandaria, a alimentação e, até do ponto de vista dos sistemas de informação, equipamentos e prestações de cuidados de saúde.

"Junto do Ministério da Saúde tem existido abertura para aliviar os prazos e encontrar as melhores soluções que respondam às necessidades dos hospitais e do erário público. Estamos confiantes que esta estratégia nos vai levar a proporcionar aos doentes e aos profissionais de saúde melhores condições de trabalho, equipamentos modernos e também a reduzir os custos operacionais", referiu.

Por último, foi explorada a *"Oportunidade: A era digital e da informação em saúde"* por Liz Thiebe, CEO do Rumailah Hospital no Qatar. Liz realçou, com exemplos concretos de distintas realidades culturais e geográficas, a importância de assegurar a melhor informação, as corretas infraestruturas tecnológicas e os correspondentes incentivos para que se garantam sistemas de saúde baseados no conhecimento e que, consequentemente, promovam uma melhoria do processo de decisão clínica e de gestão e a necessidade de assegurar o envolvimento do cidadão.

O painel de comentadores desta sessão reforçou esta prespetiva, dando enfoque aos desafios da efetiva articulação e integração dos sistemas, do investimento em plataformas tecnológicas que garantam a segurança e confidencialidade, do tratamento e da qualidade dos dados, por forma a potenciar a geração de conhecimento e do *big data* e da necessidade de estimular a incorporação das novas tecnologias, criando novos modelos de valor na prestação de cuidados.

Em conclusão, na 1.ª CONFERÊNCIA de VALOR APAH, tivemos a oportunidade de analisar como será o Hospital do Futuro, como deve ser assegurada a liderança da investigação em saúde por parte dos decisores hospitalares e como a era digital e o conhecimento em saúde é hoje uma oportunidade que deve ser alavanca para a mudança do modelo de prestação de cuidados. Em simultâneo, discutimos de que forma os modelos para a contratação, baseada em valor e em partilha de risco, devem ser assumidos enquanto pilares fundamentais para a sustentabilidade financeira e para a incorporação da inovação e atualização do parque tecnológico existente nos nossos hospitais e serviços de saúde.

Veja a reportagem fotográfica da conferência em https://justnews.pt/galeria/album/1a-conferencia-de-valor-da-associacao-portuguesa-de-administradores-hospitalares

As CONFERÊNCIAS de VALOR APAH contam com o apoio dos seguintes parceiros: Janssen, Jonhson & Jonhson, Medtronic e Novartis.

A **2.ª CONFERÊNCIA de VALOR APAH** decorrerá no Porto nos próximos dias **7-8 de julho**, sendo dedicada ao tema *"Modelos Financeiros e de Financiamento"*.

A APAH conta com a vossa participação.

ASSEMBLEIA-GERAL APAH

Nos termos do Despacho n.º 13585-A/2016, de 10 de novembro, publicado em DR 2ª Série n.º 217, de 11 de novembro, foi criado o *"Grupo de Trabalho destinado à análise, revisão e implementação da Carreira de Administração Hospitalar no sentido de repor o seu funcionamento para os efeitos que estiveram na sua génese."*

Assim, no cumprimento do referido despacho constituíam objetivos do Grupo de Trabalho:

› Apresentar um relatório de avaliação da situação profissional dos Administradores Hospitalares (AH);

› Apresentar as propostas consideradas necessárias para a revisão e implementação da Carreira de Administração Hospitalar (CAH).

Nesse âmbito o Grupo de Trabalho apresentou um relatório e uma proposta de diploma nos quais propôs, nomeadamente:

- A criação de uma Carreira especial de administração hospitalar e de serviços de saúde no âmbito da organização e gestão dos serviços e estabelecimentos sob tutela do Ministro da Saúde.
- A designação *"e de serviços de saúde"* surge porque mais não é do que espelhar uma realidade já existente em que muitos AH exercem funções noutras instituições que não apenas os hospitais.
- Propôs-se também o mesmo e único instrumento legislativo não só para os trabalhadores integrados na carreira de administração hospitalar por contrato de trabalho em funções públicas (RCTFP) como também para os administradores hospitalares com contrato

de trabalho (CT). Sendo incluídos os administradores hospitalares com contrato de trabalho em funções públicas em situação de nomeação definitiva, os administradores hospitalares com contrato de trabalho em funções públicas em situação de nomeação provisória, bem como os administradores hospitalares com contrato de trabalho por tempo indeterminado.

- De referir igualmente a exigência de titularidade de formação específica - Curso de Especialização em Administração Hospitalar ou formação equivalente reconhecida por despacho dos membros do Governo responsáveis pela Educação e Ensino Superior e Saúde. O Curso de Especialização em Administração Hospitalar existente e reconhecido como titularidade bastante na proposta existente, *ab initio*, é o da Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade Nova de Lisboa.
- O recrutamento de AH é realizado mediante procedimento concursal realizado pela Administração Central do Sistema de Saúde I.P. O concurso deve abranger uma pluralidade de postos de trabalho.
- O ingresso na carreira faz-se pela categoria de administrador hospitalar e de serviços de saúde de 3.ª classe – sempre pela base da carreira.
- A proposta equipara os administradores hospitalares e de serviços de saúde, para efeitos remuneratórios e de despesas de representação, aos cargos previstos no Estatuto do Pessoal Dirigente dos Serviços e Organismos da Administração Central, Regional e Local do Estado.
- É igualmente proposta a criação de uma comissão de acompanhamento da carreira especial de administração hospitalar e de serviços de saúde.

Foi sobre esta matéria que se realizou a Assembleia-Geral Extraordinária (AG) da Associação Portuguesa de Administradores Hospitalares, a 31 de março último, no Auditório do Hospital Júlio de Matos, sito no parque da Saúde em Lisboa, presidida por António Pedro Araújo Lopes e secretariada por Margarida Madalena Martins França, 1.ª Secretária, e Paulo Jorge Espiga Alexandre, Secretário Suplente, com a seguinte Ordem de Trabalhos:

1. Apreciação do momento atual da carreira de administração hospitalar:

2. Apreciação dos resultados do grupo de trabalho, criado pelo Despacho n.º 13585-A/2016, de 10 de novembro, destinado à análise, revisão e implementação da carreira de Administração Hospitalar.

3. Discussão de passos futuros para a revisão e implementação da carreira de administração hospitalar.

Nessa sequência na AG, à qual compareceu um elevado número de associados, vários foram os pontos debatidos:

› reforço da importância desta Assembleia-Geral: pelo alargamento do âmbito de atuação, possibilidade aos AH de crescimento profissional, integração de colegas com outro tipo de vinculação, entre outros;

› reforço da importância desta profissão no garante da defesa do doente, saudando esta nova Direção pela aposta na formação e reciclagem e reforçando a extensão das funções dos AH por outras áreas, nomeadamente nos processos de acreditação;

› a importância da formação no quadro da APAH, para a formação dos AH e em termos de reforço de competências;

› apresentação, pelo Presidente da APAH – Alexandre Lourenço, do trabalho desenvolvido pelo Grupo de Tra-

balho, criado pelo Despacho n.º 13585-A/2016, de 10 de novembro, destinado à análise, revisão e implementação da carreira de Administração Hospitalar, referindo tratar-se de um diploma inteligente, equilibrado e ambicioso, congratulando-se pela revitalização da carreira;

› o Presidente da APAH comprometeu-se a trabalhar com a Tutela no sentido da revisão dos contratos de colegas contratados como técnicos superiores para a sua inclusão da carreira;

› foi demonstrada preocupação que, designadamente no âmbito dos processos concursais, os critérios de ingresso venham a contemplar critérios justos e adequados de seleção;

› aprovação por unanimidade do documento – Projeto de Diploma Grupo de Trabalho Despacho n.º 13585-a/2016 de 10 de novembro do Sr. Secretário de Estado da Saúde – com Louvor ao Grupo de Trabalho, presidido por Teresa Sustelo, com Margarida Ornelas, Manuela Mota Pinto, Emanuel Magalhães e Carlos Gante.

TOMADA DE POSSE DO NOVO **BASTONÁRIO DA ORDEM DOS MÉDICOS**

No passado dia 08 de fevereiro de 2017 decorreu, no salão da Academia das Ciências de Lisboa, a cerimónia de tomada de Posse do novo Bastonário da Ordem dos Médicos, Dr. José Miguel Ribeiro de Castro Guimarães.

Nesta cerimónia pública, em que estiveram centenas de pessoas, destacou-se a presença do Ministro da Saúde, Dr. Adalberto Campos Fernandes e de Sua Excelência o Presidente da República, Professor Marcelo Rebelo de Sousa.

O primeiro discurso proferido foi o do cessante Bastonário da Ordem dos Médicos, Dr. José Manuel Silva, tendo referido as dificuldades sentidas nestes dois mandatos, mas salientando a recompensa deste trabalho complexo e gratificante pela contínua luta na defesa dos médicos, doentes e saúde.

De seguida, procedeu-se à cerimónia formal da tomada de posse do novo Bastonário da Ordem dos Médicos que no seu discurso identificou algumas das suas prioridades e preocupações para este novo desafio, prometendo ser "um bastonário que represente os médicos, no sector público, privado ou social" e que no seu mandato "a ética e a relação médico-doente, a formação e a qualidade da medicina estão no topo das prioridades".

De seguida deu a palavra ao Ministro da Saúde, Dr. Adalberto Campos Fernandes, que dirigiu algumas palavras de agradecimento e elogio ao Bastonário cessante e enalteceu o atual Bastonário pelas suas qualidades profissionais e pessoais.

Sua Excelência o Presidente da República, Professor Marcelo Rebelo de Sousa, proferiu o discurso final dirigindo algumas palavras ao Bastonário cessante e Bastonário atual, destacando a importância dos médicos na sociedade, por "serem fator de coesão social", tornando Portugal "forte".

APAH MARCA A AGENDA

A APAH MARCOU PRESENÇA EM **EVENTOS NACIONAIS E INTERNACIONAIS**:

ASSEMBLEIA-GERAL DA APAH
[01 de junho de 2016, Lisboa]
No passado dia 01 de junho realizou-se, na Escola Nacional de Saúde Pública, a Assembleia-Geral ordinária da APAH, com a seguinte ordem de trabalhos: aprovação de contas da direção do triénio 2013-2015, designadamente exercício de 2013, 2014 e 2015 e posse dos novos órgãos sociais.

CONGRESSO – "NOVOS PARADIGMAS – MANUTENÇÃO HOSPITALAR "
[09 de junho de 2016, Penafiel]
No passado dia 09 de junho realizou-se, no auditório do Museu Municipal de Penafiel, o Congresso de âmbito nacional, subordinado à temática "Novos Paradigmas – Manutenção Hospitalar ".

INTERNATIONAL CONFERENCE ON SAFETY AND INNOVATION IN FOOD PACKAGING 2016 (INSIPACK)
[16 de junho de 2016, Lisboa]
"International Conference on Safety and Innovation in Food Packaging 2016" (InSIPack) foi o título da conferência que o Instituto Ricardo Jorge, através do seu Departamento de Alimentação e Nutrição, promoveu nas suas instalações em Lisboa.

FORUM "OS HOSPITAIS E A REFORMA DO SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE - REFORMAR. TRANSFORMAR. MODERNIZAR"
[21 de junho de 2016, Lisboa]
A APAH e os seus associados estiveram presentes de forma expressiva e empenhada no 1.º Forúm do SNS.

STATA HEALTH RESEARCH SUMMER SCHOOL
[26 de junho a 01 de julho de 2016, Lisboa]

HEALTHCARE TECHNOLOGY MANAGEMENT CONFERENCE
[13 de setembro de 2016, Lisboa]
Esta conferência organizada pela TBS e SUCH contou com a participação da APAH.

26.º EAHM CONGRESS
[13-14 outubro de 2016, Bolonha]
Sustainable Healthcare Need responsability and competence foi o tema abordado no âmbito do 26.º congresso da EAHM.

HOMENAGEM AO PROFESSOR CORIOLANO FERRREIRA PELO CENTENÁRIO DO SEU NASCIMENTO (1916-2016)
[28 de outubro de 2016, Lisboa]
Iniciativa promovida magistralmente pelo colega Dr. Jorge Varanda, à qual a APAH se associou.

CONFERÊNCIA "INVESTIR EM SAÚDE – OBTER RESULTADOS"
[22 de novembro de 2016, Lisboa]
Organizado pelo *Jornal de Negócios*, com o apoio da Janssen, esta conferência contou com a participação da APAH nos seus vários painéis de discussão.

CONFERÊNCIA ANUAL DO HEALTH CLUSTER PORTUGAL
[23 de novembro de 2016, Lisboa]
A APAH participou nos trabalhos da Conferência Anual do Health Cluster Portugal subordinada à temática "O Presente e o Futuro da Saúde".

C-HEALTH CONGRESS
[29 de novembro de 2016, Lagoas Park Hotel – Porto Salvo]
O C-Health Congress abordou a necessidade de assegurar o fortalecimento das competências e conhecimento sobre as necessidades do Doente/Utente – Cliente, e contou com a participação da APAH.

WORKSHOP: "HEALTH CARE AND LONG-TERM CARE SYSTEMS AND FISCAL SUSTAINABILITY" – COMISSÃO EUROPEIA + NOVA SBE
[11 de janeiro de 2017]
O workshop que contou com a participação da APAH abordou o conteúdo do Joint Report on Health Care and Long-Term Care Systems and Fiscal Sustainability de 2016, preparado conjuntamente pela Comissão Europeia e pelos Estados-Membros e publicado em outubro de 2016

OCDE: POLICY FORUM ON THE FUTURE OF HEALTH
[16 de janeiro de 2017, Paris]
A APAH esteve presente no Fórum político sobre o futuro dos sistemas de saúde: "O Cidadão no Centro".

CONFERÊNCIA ICHOM PORTUGAL

[10-11 de fevereiro de 2017, Lisboa]

A APAH esteve representada no programa através do seu presidente e fez-se presente com um grupo de administradores hospitalares empenhados em liderar a medição dos resultados em saúde baseado em valor.

1.ª CONFERÊNCIA DE VALOR DA APAH

[24 e 25 de março de 2017, Ílhavo]

Realizou-se, nos dias 24 e 25 de março de 2017, a 1ª Conferência de VALOR APAH no Montebelo Vista Alegre Ílhavo Hotel sobre o tema "Modelos de Negócio e Contratação em Saúde".

CONFERÊNCIA "OS DESAFIOS ATUAIS DA GESTÃO HOSPITALAR"

[15 de maio de 2017, ISG - Lisboa]

Participação do presidente da APAH proferindo a palestra "Uma outra visão da gestão hospitalar".

EVENTOS +

...DEIXAMOS AQUI ALGUMAS SUGESTÕES DE **EVENTOS FUTUROS:**

> 21.º Congresso de Obstetrícia e Ginecologia
Data: 1 a 4 junho 2017
Local: Coimbra
Mais informações em:
http://www.congressofspog.com/

> Reunião da Primavera SPDV 2017
Data: 2 a 3 junho 2017
Local: Lisboa
Mais informações em: http://spdv.com.pt/

> 54th ERA-EDTA Congress
Data: 3 a 6 de junho 2017
Local: Madrid
Mais informações em:
http://www.era-edta2017.org

> VI Jornadas Médico-Cirúrgicas do Atlântico
Data: 7 e 10 de junho 2017
Local: Figueira da Foz
Mais informações em:
http://www.amedicaatlantico.com/

> XVII Congresso da Sociedade Portuguesa de Angiologia e Cirurgia Vascular (SPACV)
Data: 15 a 17 junho 2017
Local: Évora
Mais informações em: http://spacv.org/

> 7th European Post-Chicago Melanoma/Skin Cancer Meeting
Data: 29 a 30 de junho 2016
Local: Alemanha
Mais informações em: http://www.eado.org/

> 2.ª Conferência de Valor da APAH
Data: 7 e 8 de julho 2017
Local: Porto
Mais informações em: www.apah.pt

> 7th Challenges in Cardiology
Data: 7 a 8 de julho 2017
Local: Leiria
Mais informações em:
https://challengesincardiology.com

> 3.ª Conferência Internacional de Obesidade Infantil
Data: 5 a 8 de julho 2017
Local: Lisboa
Mais informações em: http://cioi2017.com/

> 15.º Congresso Europeu de Psicologia
Data: 11 a 14 de julho 2017
Local: Amesterdão
Mais informações em:
https://psychologycongress.eu/2017/

> XVIII Jornadas VIH 2017
Data: 16 a 17 de julho 2017
Local: Peso da Régua
Mais informações em: http://www.spmi.pt/

> 53.ª Reunião Anual da Associação Europeia para o Estudo da Diabetes
Data: 11 a 15 de setembro 2017
Local: Lisboa
Mais informações em:
http://www.europeandiabetesfoundation.org/

> 4.º Simpósio Internacional de Função Respiratória
Data: 22 de setembro 2017
Local: Lisboa
Mais informações em: http://spci.pt/

> VIII Jornadas Nacionais de Enfermagem Intensiva
Data: 22 e 23 de setembro 2017
Local: Lisboa
Mais informações em: http://spci.pt/

> Conferência do European Forum for Primary Care 2017
Data: 24 a 26 de setembro 2017
Local: Porto
Mais informações em:
http://www.euprimarycare.org/

> 7.º Simpósio do Cancro da Cabeça e Pescoço
Data: 30 de setembro 2017
Local: Figueira da Foz
Mais informações em: https://www.geccp.pt/

Academia APAH

A Associação Portuguesa de Administradores Hospitalares (APAH), tendo como lema "Melhor gestão, mais SNS", preparou para o triénio 2017-2019 um ambicioso Programa de Formação, ao qual deu o nome de Academia APAH, destinado a proporcionar um vasto conjunto de cursos de atualização e desenvolvimento de conhecimentos e competências que, abrangem diversas áreas de especialização em gestão da saúde, estágios e visitas de estudo institucionais.

A Academia APAH conta o Apoio institucional do Ministério da Saúde e tem como objetivo disponibilizar um vasto conjunto de cursos de atualização e desenvolvimento de conhecimentos e competências que abrangem diversas áreas de especialização em gestão da saúde, estágios e visitas de estudo institucionais.

Neste momento, a Academia APAH conta com a parceria de 15 instituições de ensino, assegurando um leque alargado e completo de áreas formativas, sendo os seus conteúdos da integral responsabilidade da APAH e das instituições de ensino parceiras.

Anunciamos desde já os seguintes 2 Cursos bandeira a iniciar ainda este semestre:

> **PALAIS – Programa Avançado para a Liderança e Administração da Investigação em Saúde**

> **CURSO JOÃO URBANO 2017 | Patient-Centric Health Care: Minimizing Medical Errors**

Este semestre serão ainda lançados os seguintes cursos:

> **PDLS – Programa Desenvolvimento em Lean na Saúde**

> **Programa de Introdução à Melhoria Contínua**
  > Workshop 1: Experiência Cliente
  > Workshop 2: Kaizen Diário

PALAIS – PROGRAMA AVANÇADO para a LIDERANÇA e ADMINISTRAÇÃO da INVESTIGAÇÃO em SAÚDE

A APAH organiza o 1.º PROGRAMA AVANÇADO para a LIDERANÇA e ADMINISTRAÇÃO da INVESTIGAÇÃO em SAÚDE (PALAIS), em parceria com a Nova Medical School (Faculdade de Ciências Médicas) e a PtCRIN (Portuguese Clinical Research Infrastructures Network) e que conta com o apoio da APIFARMA.

A APAH considera este programa de formação essencial para a dinamização da investigação em saúde nos hospitais, pretendendo capacitar os administradores e gestores hospitalares para a necessidade de liderança na tomada de decisão e gestão das infraestruturas de investigação nas unidades de prestação de cuidados de saúde.

A Investigação em Saúde é hoje uma atividade profissional que, à semelhança dos cuidados assistenciais, requer uma estrutura própria de governação e de gestão de necessidades específicas: recursos humanos, infraestruturas físicas, recursos financeiros e procedimentos/operações e serviços de apoio.

Esta estrutura é necessariamente diferente dos cuidados assistenciais devido às especificidades da investigação, nomeadamente: diversidade de estudos, perfil e formação dos profissionais, ética da investigação clínica e biomédica, aspetos regulamentares, qualidade dos dados e dos procedimentos, financiamento da investigação, disseminação e comunicação. Exigem uma Liderança e Administração destas estruturas por profissionais de gestão com os conhecimentos e competências necessárias para a sua efetiva e eficiente rentabilização.

De acordo com Alexandre Lourenço, presidente da APAH, o PALAIS *"vai ser essencial para a dinamização da investigação"* e *"realça a importância que os administradores hospitalares têm na dinamização da investigação em saúde"*, sublinhando, também, a importância da investigação em saúde para fazer evoluir o modelo hospitalar e responder às necessidades dos doentes, garantindo que *"um hospital que tenha mais investigação é um hospital que responde com melhor qualidade às necessidades dos doentes"*.

Os hospitais ainda se deparam com dificuldades operacionais para promover a investigação em saúde, incluindo a gestão e promoção de ensaios clínicos, devendo profissiona-

lizar esta área de atividade, de forma a responder às solicitações das empresas farmacêuticas e de dispositivos médicos no desenvolvimento de ensaios promovidos por estas, mas também em estudos de iniciativa do investigador. Trata-se de uma área de elevado potencial económico para os hospitais portugueses e para as regiões onde estão inseridos.

O PALAIS é uma das iniciativas que materializa o protocolo assinado entre a APAH e a APIFARMA, permitindo colmatar a falta de capacidades e competências nesta área. O PALAIS decorrerá, durante 2017, em duas fases: (i) fase 1, entre 19 de junho e 24 de julho e (ii) fase 2, de 11 de setembro e 3 de novembro.

Pode consultar o detalhe do curso e programa no site da APAH.

CURSO JOÃO URBANO 2017 – PATIENT-CENTRIC HEALTH CARE: MINIMIZING MEDICAL ERRORS

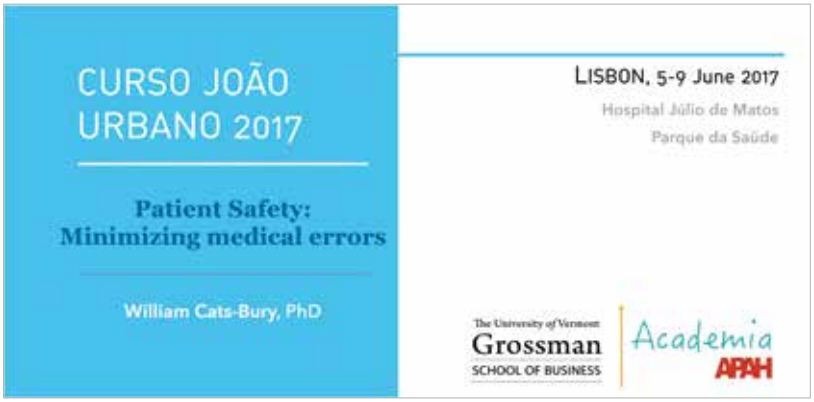
A APAH em parceria com a Grossman School of Business da University of Vermont, tem a honra de anunciar o curso JOÃO URBANO 2017 – PATIENT-CENTRIC HEALTH CARE: MINIMIZING MEDICAL ERRORS, lecionado pelo Professor William Cats-Baril nos próximos dia 5 a 9 de junho, no Centro Hospitalar e Psiquiátrico de Lisboa, no Parque da Saúde, em Lisboa.

William Cats-Baril é Professor de Ciências da Informação e da Decisão na Grossman School of Business e um dos especialistas mundiais sobre qualidade e reengenharia de processos de negócios. Para quem não conhece o professor William Cats-Baril, é um "velho" amigo dos administradores hospitalares portugueses, com quem manteve uma longa e fortuosa relação no âmbito do protocolo celebrado com os EUA e que foi liderado, ao tempo, pelo Dr. João Urbano, tendo influênciado uma geração de administradores hospitalares na implementação de técnicas de gestão e análise de decisão.

É em homenagem ao Dr. João Urbano que a APAH e o Professor William Cats-Baril decidem agora reeditar um programa formativo que será dedicado aos cuidados de saúde centrados no doente, com enfoque especial na minimização de erros médicos. O objetivo deste curso, de duração de uma semana, será aprender a construir e implementar uma organização de saúde «resiliente» e centrada no doente.

O curso JOÃO URBANO 2017 tem como coordenador científico o Dr. Jorge Varanda e é destinado preferencialmente a administradores e gestores hospitalares dedicados a áreas de gestão clínica e gestão da qualidade. O curso será ministrado em língua inglesa, dividido entre palestras, exercícios e workshops de trabalho, abordando as seguintes temáticas: **(i)** conceitos centrados no doente e numa cultura de zero erros médicos; **(ii)** melhoria contínua, o sistema de produção Toyota e a sua abordagem à medicina; **(iii)** *benchmarking*; **(iv)** avaliação do programa e **(v)** implementação da mudança.

Pode consultar o detalhe do curso e programa no site da APAH.



PARCEIROS PRATA

chtmad

HOSPITAL OVAR
DR. FRANCISCO ZAGALO
50 anos 1966 - 2016

PARCEIROS BRONZE

CENTRO HOSPITALAR BAIXO VOUGA

Centro Hospitalar de Entre o Douro e Vouga, E.P.E.

ULS MATOSINHOS EPE

APAH

www.apah.pt