

Mestrado em Gestão

Administração Pública

Cláudia Susana Fernandes Amaral

PROCESSO DE IMPLEMENTAÇÃO DA CONTRATUALIZAÇÃO INTERNA
BASEADO NA GESTÃO POR OBJETIVOS COM SUPORTE NO BALANCED
SCORECARD NA UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DA GUARDA

out | 2023

GUARDA
POLI
TÉCNICO



POLI TÉCNICO GUARDA

Escola Superior de Tecnologia e Gestão

**PROCESSO DE IMPLEMENTAÇÃO DA
CONTRATUALIZAÇÃO INTERNA DE CUIDADOS
HOSPITALARES BASEADO NA GESTÃO POR OBJETIVOS
COM SUPORTE NO *BALANCED SCORECARD* NA
UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DA GUARDA**

PROJETO APLICADO

PARA OBTENÇÃO DO GRAU DE MESTRE EM GESTÃO
ESPECIALIZAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA

Cláudia Susana Fernandes Amaral

Outubro / 2023

Escola Superior de Tecnologia e Gestão

**PROCESSO DE IMPLEMENTAÇÃO DA
CONTRATUALIZAÇÃO INTERNA BASEADO NA GESTÃO
POR OBJETIVOS COM SUPORTE NO *BALANCED
SCORECARD* NA UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DA
GUARDA**

PROJETO APLICADO
PARA OBTENÇÃO DO GRAU DE MESTRE EM **GESTÃO**
ESPECIALIZAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA

Professora Orientadora: Prof. Doutora Ana Cristina Marques Daniel

Cláudia Susana Fernandes Amaral

Outubro / 2023

*“The credit belongs to the man who is actually in the arena, whose face is marred by dust and sweat and blood; who strives valiantly; who errs, who comes short again and again, because there is no effort without error and shortcoming; but who does actually strive to do the deeds; who knows great enthusiasms, the great devotions; who spends himself in a worthy cause; who at the best knows in the end the triumph of high achievement, and who at the worst, if he fails, at least fails while daring greatly, so that his place shall never be with those cold and timid souls who neither know victory nor defeat.” (Roosevelt, *The Man in The Arena*, 1910)*

DEDICATÓRIA

À minha MÃE,

Por relevar os meus erros e me permitir aprender e crescer, pela sua resiliência e capacidade de compreensão, por acreditar sempre em mim, pelo seu amor infinito e por ter dedicado a sua vida a nós.

À minha AVOZINHA (*in memoriam*),

Que está sempre no meu pensamento a cada passo que dou.

Dedico ainda este Projeto a todas as contrariedades superadas neste percurso repleto de momentos, amizades, memórias e amor.

AGRADECIMENTOS

Este projeto de Mestrado resultou de uma experiência única que reuniu várias pessoas, momentos e partilhas. Elaborar um Projeto de Mestrado envolve muita resignação dos mais próximos, assim, era impensável não agradecer a todos e a cada um, que de alguma forma me ajudaram nesta aventura.

Aos meus Filhos, Isabel e Filipe, obrigada por serem a minha inspiração, o meu equilíbrio, por me permitirem ser o vosso motivo de admiração e orgulho. Nada disto faria sentido se vocês não existissem na minha vida. Obrigada por acreditarem em mim e me obrigarem a continuar e a querer ser sempre melhor, desculpem pelas ausências e pela falta de paciência em momentos de mais stress. AMO-VOS até ao infinito e mais além!!!

Ao meu marido, que não me permitiu desistir, obrigada por seres a minha força, o meu guia, o meu porto seguro em todos os momentos difíceis, obrigada por juntos termos construído uma família tão especial. Obrigada por tantas vezes abdicares do teu crescimento pessoal em prol do meu, pela paciência com o mau feitio, por cada choro que transformaste em sorriso, desculpa por todas as vezes que ficaste sozinho a cuidar da nossa família tão louca, neste caminho que nem sempre foi fácil, o teu apoio e presença foram essenciais, jamais conseguirei agradecer a tua dedicação. AMO-TE MUITO!!!

Aos meus Pais, obrigada por me ensinarem o valor da coragem, da humildade, do respeito e do amor. Obrigada pela preocupação, carinho, apoio e incentivo. AMO-VOS MUITO!!!

À minha família, obrigada por acreditarem sempre em mim e por me motivarem a seguir em frente. Mana uma pela outra sempre.

À Exma. Senhora Professora Doutora Ana Daniel a qual tive a sorte e o privilégio de ter ao meu lado neste percurso, um exemplo de força, integridade, generosidade e serenidade. Obrigada pela confiança, paciência, apoio e disposição em partilhar o seu conhecimento, ajudando-me a ultrapassar os obstáculos que encontrei nesta caminhada. Muito obrigada por tudo!

Às minhas meninas, Bruna e Margarida que me aturam mais horas durante o dia que a minha família, que me ensinam todos os dias que os sonhos são alcançáveis e que ingenuamente acham que sou insubstituível, grata por todos os momentos fantásticos que passamos juntas, **CORAGEM, PERSISTÊNCIA e DETERMINAÇÃO.**

Aos meus “sobrinhos” do coração, Jorginho e Bea, que adotei para a vida, e ao Eduardo companheiro nesta “luta”, obrigada por tornarem os dias de trabalho e estudo muito mais leves e divertidos, juntos conseguimos terminar esta jornada.

Ao Departamento de Saúde da Criança e da Mulher na pessoa da Enf. Ester e do Dr. Mendes, o meu bem-haja pela disponibilidade e partilha.

À Dra. Marisa Santos obrigada pelo apoio constante, motivação e confiança.

À Unidade Local de Saúde da Guarda por me permitir desenvolver este Projeto.

A todos os professores que lecionaram as unidades curriculares do Mestrado, grata por saberem o nosso nome e nos fazerem sentir únicos, obrigada pelos ensinamentos que superaram o programa curricular e por estarem sempre prontos a ajudar, afinal o IPG é bem mais que um Instituto do interior.

RESUMO

O Despacho n.º 721/2006 de 11 de janeiro define o financiamento prospetivo, determinado para as Unidades de Saúde integradas no setor empresarial do Estado, efetuado através do pagamento dos atos e atividades estabelecidos nos Contratos-Programa, celebrados com o Ministério da Saúde. Estes identificam objetivos, metas qualitativas e quantitativas da atividade produzida, preços e indicadores de avaliação do desempenho e da qualidade na prestação de serviços, ficando assim estas obrigadas a assegurar a produção das prestações correspondentes às linhas de produção particularmente no Internamento, Cirurgia de Ambulatório, Consulta Externa, Urgência, Hospital Dia, Radioterapia e Serviços Domiciliários.

A Contratualização Interna é uma consequência natural do processo de Contratualização Externa garantindo o cumprimento do Contrato-Programa e promovendo a implementação da Gestão por Objetivos, permitindo assim, o alinhamento estratégico dos esforços realizados internamente pelos diferentes níveis de gestão, com as responsabilidades assumidas com o Conselho de Administração e com a tutela. A ausência deste processo nos Cuidados Hospitalares da Unidade Local de Saúde da Guarda (ULSG) evidencia as condições propícias à implementação do Modelo de Contratualização Interna, desagregando e definindo internamente objetivos e indicadores para as unidades funcionais. Devido à sua complexidade optou-se por utilizar o Departamento da Saúde da Criança e da Mulher como serviço experimental na implementação do processo, sendo mais tarde replicado para os restantes departamentos.

O desenvolvimento deste Projeto assenta principalmente na necessidade da ULSG vincular responsabilidades a cada área no cumprimento integral dos compromissos assumidos no Contrato-Programa, através da implementação da metodologia *Balanced Scorecard* de modo a tornar operacional a Gestão por Objetivos, otimizando a utilização de recursos financeiros, técnicos e humanos da Instituição.

PALAVRAS CHAVE: Contratualização, *Balanced Scorecard*, Gestão por Objetivos, Indicadores de Desempenho

ABSTRACT

Order no. 721/2006 of January 11 defines the prospective financing, determined for the Health Units integrated in the state business sector, made through the payment of the acts and activities established in the Program Contracts signed with the Ministry of Health. These identify objectives, qualitative and quantitative targets for the activity produced, prices and indicators for assessing performance and quality in the provision of services, thus obliging them to ensure the production of services corresponding to the production lines, particularly in Inpatient Care, Outpatient Surgery, Outpatient Consultation, Emergency Care, Day Hospital, Radiotherapy and Home Care Services.

Internal Contractualization is a natural consequence of the External Contractualization process, guaranteeing compliance with the Program Contract and promoting the implementation of Management by Objectives, thus enabling the strategic alignment of the efforts made internally by the different management levels with the responsibilities assumed by the Board of Directors and the supervisory body. The absence of this process at the Guarda Local Health Unit (ULSG) shows that the conditions are right for implementing the Internal Contractualization Model, breaking down and internally defining objectives and indicators for the functional units. Due to its complexity, it was decided to use the Department of Child and Women's Health as an experimental service to implement the model.

Keywords: Contractualization, Balanced Scorecard, Management by Objectives, Performance Indicators.

LISTA DE SIGLAS E ACRÓNIMOS

ACSS	Administração Central do Sistema de Saúde
ARS	Administração Regional de Saúde
ARSC	Administração Regional de Saúde do Centro
BI	<i>Business Intelligence</i>
BIMH	<i>Business Intelligence</i> para Morbilidade Hospitalar
BSC	<i>Balanced Scorecard</i>
CA	Conselho de Administração
CP	Contratos Programa
CPAM	Comissão Pró Aleitamento Materno
CSH	Cuidados de Saúde Hospitalares
CSP	Cuidados de Saúde Primários
CTH	Consulta a Tempo e Horas
DSCM	Departamento de Saúde da Criança e da Mulher
EBITDA	<i>Earnings Before Interest, Taxes, Depreciation and Amortization</i>
ECCI	Equipa de Cuidados Continuados Integrados
ECMO	Oxigenação por Membrana Extracorpórea
ECSCP	Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos
EIHSCP	Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos
EIHSCPP	Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos Pediátricos
ENAC	Registo Nacional de Anomalias de Congénitas
EPE	Entidade Pública Empresarial
ERS	Entidade Reguladora da Saúde
FSE	Fornecimentos e Serviços Externos
HDI	Hospital dia
HNSA	Hospital Nossa Senhora de Assunção
HSM	Hospital de Sousa Martins
IDG	Índice de Desempenho Global
INE	Instituto Nacional Estatística
IPO	Instituto Português de Oncologia
KPI	<i>Key Performance Indicator Scorecards</i>

LEC	Lista de Espera para Consulta
LIC	Lista de Inscritos para Cirurgia
MCDT	Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica
NHACJR	Núcleo Hospitalar de Apoio à Criança e Jovens de Risco
NPM	<i>New Public Management</i>
OPSS	Observatório Português de Sistemas de Saúde
PAO	Plano de Atividades e Orçamento
PIB	Produto Interno Bruto
PMP	Prazo Médio de Pagamento
PMR	Prazo Médio de Recebimento
RAM	Registo de Aleitamento Materno
RANU	Rastreio Auditivo Neonatal Universal
RNCCI	Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados
S/N	Sem número
SA	Sociedades Anónimas
SEPAG	Serviço de Estudos Planeamento e Apoio à Gestão
SICA	Sistema de Informação para Contratualização e Acompanhamento
SINAS	Sistema Nacional de Avaliação em Saúde
SIRIEF	Sistema de Recolha de Informação Económica e Financeira
SMART	<i>Specific, Measurable, Attainable, Realistic and Times-Bound</i>
SNS	Serviço Nacional de Saúde
SONHO	Sistema Integrado de Informação Hospitalar
SPA	Setor Público Administrativo
SWOT	<i>Strengths, Weaknesses, Opportunities, and Threats</i>
TME	Tempo Médio de Espera
UC	Unidade e Convalescença
UCC	Unidades de Cuidados na Comunidade
UCFMI	Unidade Coordenadora Funcional Materno Infantil da ULSG
UCP	Unidade de Cuidados Paliativos
UCSP	Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados
UE	União Europeia
UHD	Unidade de Hospitalização Domiciliária

ULSG	Unidade Local de Saúde da Guarda
USF	Unidades de Saúde Familiar
USP	Unidade da Saúde Pública
UTAM	Unidade Técnica de Acompanhamento e Monitorização do Setor Empresarial do Estado

ÍNDICE

DEDICATÓRIA	ii
AGRADECIMENTOS	iii
RESUMO.....	v
ABSTRACT	v
LISTA DE SIGLAS E ACRÓNIMOS	vi
ÍNDICE DE QUADROS	xii
ÍNDICE DE FIGURAS	xiv
INTRODUÇÃO	1
PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO	4
CAPÍTULO I – CONTRATUALIZAÇÃO	4
1.1. <i>New Public Management</i>	4
1.2. Processo de Contratualização Externa nas Unidades de Saúde.....	7
1.2.1. Processo de Contratualização Externa na Unidade Local de Saúde da Guarda para 2023	14
1.2.2. Contrato-Programa da ULSG 2017-2019.....	14
1.2.3. Acordo Modificativo ao Contrato-Programa da ULSG para 2023.....	17
1.2.4. Contratualização Externa da ULSG para 2023	18
1.3. A Contratualização Interna no Processo de Contratualização Externa	23
1.4. <i>Balanced Scorecard</i>	25
1.4.1. <i>Balanced Scorecard</i> , Instrumento de Gestão nos Hospitais.....	31
1.5. Vantagens e Limitações do BSC nos Hospitais	34
CAPÍTULO II– CARACTERIZAÇÃO DA ULSG E DO DEPARTAMENTO DE SAÚDE DA CRIANÇA E DA MULHER	36
2.1. Caracterização da Unidade Local Saúde da Guarda.....	36
2.1.1. Envolvente Externa	36
2.1.2. Envolvente Interna	37
2.1.3. Cuidados de Saúde Prestados	37
2.1.3.1. Cuidados de Saúde Hospitalares	38
2.1.3.2. Recursos Humanos da ULSG.....	39
2.1.3.3. Análise da Posição Económica e Financeira	40

2.2.	Caracterização do Departamento de Saúde da Criança e da Mulher.....	43
2.2.1.	Envolvente Externa	45
2.2.2.	Envolvente Interna	53
2.2.2.1.	Recursos Humanos	55
2.2.2.2.	Movimento Assistencial Serviço de Pediatria/Neonatologia 2021/2022	56
2.2.2.3.	Movimento Assistencial Serviço de Obstetrícia/Ginecologia 2021/2022	61
2.2.2.4.	Gastos do DSCM.....	65
PARTE II – PROJETO DE IMPLEMENTAÇÃO DA CONTRATUALIZAÇÃO INTERNA NA ULSG NO DEPARTAMENTO DE SAÚDE DA CRIANÇA E DA MULHER		68
CAPÍTULO III– CONTRATUALIZAÇÃO NA ULSG		68
3.1.	Objetivo do Projeto	69
3.2.	Contratualização Interna no Departamento de Saúde da Criança e da Mulher	69
3.2.1.	Análise SWOT da implementação do Modelo de Contratualização Interna no DSCM	70
3.2.2.	Modelo de Contratualização Interna no DSCM	71
3.2.2.1.	Cronograma.....	72
3.2.2.1.1.	Preparação e Análise Detalhada da Informação de Suporte para o DSC	73
3.2.2.1.2.	Envio ao Departamento das Orientações e Documentos de Suporte para Apoio na Definição dos Objetivos e Indicadores a Contratualizar no “ano n”	74
3.2.2.1.3.	Apresentação de Propostas para as Linhas de Produção, Objetivos e Indicadores de Desempenho a Contratualizar.....	74
3.2.2.1.4.	Reuniões de Negociação entre as Partes	74
3.2.2.1.5.	Assinatura das Cartas de Compromisso Internas	75
3.2.2.1.6.	Processo de Contratualização Externa	75
3.2.2.1.7.	Envio ao Departamento das Cartas de Compromisso Definitivas.....	75
3.2.2.1.8.	Monitorização e Acompanhamento baseado no BSC	75
3.2.2.1.9.	Reuniões de Avaliação do Desempenho	76
3.2.2.1.10.	Atribuição de Incentivos	76
3.2.2.2.	O <i>Balanced Scorecard</i> no Processo de Contratualização Interna do DSCM.....	77

3.2.2.2.1. Proposta de Mapa Estratégico para o DSCM.....	82
CAPÍTULO IV– CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES	85
4.1. Conclusão e Considerações Finais.....	85
Bibliografia.....	88
Apêndice 1 - Linhas Orientadoras para Contratualização Interna DSCM “ano n”	93
Linhas Orientadoras para Contratualização Interna DSCM “ano n”	94
Apêndice 2 - Minuta das Cartas de Compromisso para Contratualização Interna “ano n”	127
Apêndice 3 - Exemplo Matriz Indicadores ACSS a Contratualizar “ano n”	131
Apêndice 4 – Exemplo BSC para o DSCM.....	134
Anexo I	136

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 - Objetivos de Acesso, Desempenho Assistencial e Eficiência nas Unidades Locais de Saúde	11
Quadro 2 - Limites Máximos a Contratualizar com os Hospitais e Centros Hospitalares EPE em 2023	13
Quadro 3 - Constituição do Contrato Programa	15
Quadro 4 - Constituição do Acordo Modificativo ao CP	17
Quadro 5 – Remuneração 2023	18
Quadro 6 - Atividade Hospitalar Contratada 2023	19
Quadro 7 - Objetivos de Acesso, Desempenho Assistencial e Eficiência 2023	21
Quadro 8 - Objetivos de Desempenho do Serviço de Urgência 2023	22
Quadro 9 - Penalidades 2023	22
Quadro 10 - Contributo de Alguns Autores para a Ferramenta BSC	26
Quadro 11- Recursos Humanos por Grupo e Vínculo 2021/2022	39
Quadro 12- EBITDA, Resultados Operacionais e Líquidos do Exercício	40
Quadro 13 - Indicadores Económico-Financeiros 2021/2022	42
Quadro 14 - Indicadores Orçamentais	43
Quadro 15 - População Infantil e Juvenil por Género 2021	46
Quadro 16- Taxa de Fecundidade 2020/2011	47
Quadro 17- Nados-Vivos 2011/2021	47
Quadro 18 -Óbitos Perinatais 2011/2021	48
Quadro 19-População Feminina do Distrito da Guarda distribuída por Concelhos em 2021	50
Quadro 20-Mulheres em Idade Fértil 2021	51
Quadro 21- Nascimentos por Local de Parto 2021	52
Quadro 22 - N.º de Profissionais do DSCM a 31/12/2022	55
Quadro 23 - Médicos por vínculo a 31/12/2022	56
Quadro 24 - Enfermeiros Especialistas a 31/12/2022	56
Quadro 25- Movimento de Consultas Médicas Pediatria 2021/2022	57
Quadro 26 - Movimento Consultas Médicas Neonatologia 2021/2022	57
Quadro 27 – Movimento Consultas Não Médicas 2021/2022	58
Quadro 28- Lista Espera para Consulta 2021/2022	58
Quadro 29 - Movimento Internamento 2021/2022	58
Quadro 30 - HDI Pediatria 2021/2022	59
Quadro 31 - Urgência Pediátrica 2021/2022	60
Quadro 32- Movimento Consultas Médicas Ginecologia 2021/2022	61

Quadro 33 - Movimento Consultas Médicas Obstetrícia 2021/2022.....	62
Quadro 34 - Movimento Consultas Não Médicas 2021/2022	62
Quadro 35 - Lista Espera para Consulta 2022/2021	62
Quadro 36 - Movimento do Internamento 2022/2021	63
Quadro 37 – Distribuição de Parto e número de Nascimento 2021/2022	63
Quadro 38 - Doentes Intervencionados 2021/2022	64
Quadro 39 - Lista Inscritos para Cirurgia 2021/2022	64
Quadro 40 - Atendimentos de Urgência Obstétrica por Triagem de Manchester 2022/2021	65
Quadro 41 - Gastos do DSCM.....	67
Quadro 42 - Calendarização das Fases da Contratualização Interna	72
Quadro 43 - Perspetiva dos Utentes.....	79
Quadro 44 - Perspetiva do Desempenho Económico e Financeiro.....	80
Quadro 45 - Perspetiva dos Processos Internos	81
Quadro 46 - Perspetiva da Aprendizagem e Crescimento	82

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Despesa Corrente em Saúde, Pública e Privada (2018-2021Pe).....	4
Figura 2 - Instrumentos de Gestão Previsional	9
Figura 3 - Cronograma de Negociação Cuidados Hospitalares 2023	9
Figura 4 - Classificação dos Hospitais por Grupo de Financiamento.....	12
Figura 5 - Modelo Burocrático de Gestão vs Novos Modelos de Gestão.....	24
Figura 6 - Perspetivas do BSC.....	27
Figura 7 - Mapa Estratégico	30
Figura 8 - Perspetivas do BSC no Setor Público	32
Figura 9 - Áreas Disponíveis por Hospital	38
Figura 10 - Estrutura Hierárquica	45
Figura 11 - Crianças e Jovens 2011/2021	46
Figura 12-Óbitos Crianças e Adolescentes em Portugal 2011/2020	49
Figura 13 - Mulheres em Idade Fértil (%) 2011/2020	50
Figura 14 - Nascimentos por Tipo de Assistência 2021	52
Figura 15- Serviço de Pediatria e de Neonatologia	53
Figura 16 – Serviço de Ginecologia/Obstetrícia.....	54
Figura 17 – Triagem de Manchester e TME.....	60
Figura 18 - Análise SWOT Contratualização Interna no DSCM	71
Figura 19 - Mapa Estratégico para o DSCM	84

INTRODUÇÃO

As crescentes imposições políticas e económicas, combinadas com o aumento dos custos na prestação de cuidados de saúde, assim como, os constantes avanços tecnológicos e a necessidade de controlar a despesa pública, obrigam os gestores hospitalares a apresentarem uma performance sustentável com uma gestão eficiente dos recursos.

A Contratualização na saúde baseia-se no modelo *New Public Management* (NPM), tendo como fundamentos as técnicas de gestão empresarial sustentadas pelas práticas de gestão privada, adotando o *Balanced ScoreCard* (BSC) como metodologia de gestão estratégica, definindo objetivos, indicadores, metas e ações, ajustados às quatro dimensões de negócio, financeira, utentes/clientes, processos internos e aprendizagem e crescimento (Rodrigues e Sousa, 2002).

Na Unidade Local de Saúde da Guarda, a ausência de Contratualização Interna leva a uma desarticulação e desalinhamento entre as metas contratualizadas e a atividade assistencial realizada. Assim, e de modo a contribuir para o ajuste entre a Contratualização Interna e Externa, o modelo proposto neste Projeto reproduz o processo de Contratualização Externa dentro da organização, ou seja, numa perspetiva micro.

A Contratualização Interna através dos princípios da gestão por objetivos, é um modelo integrado de governança que preconiza a participação dos diferentes intervenientes na atividade hospitalar, consciencializando os elementos envolvidos no processo, evidenciando a relevância do acompanhamento e avaliação dos resultados sendo o objetivo comum, alcançar as metas para indicadores de acesso, qualidade, desempenho assistencial e eficiência, negociados com o Conselho de Administração (CA) e vertido posteriormente no Plano de Atividades e Orçamento (PAO) com a Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS).

O processo de planeamento estratégico deverá ser gerido e operacionalizado pelo Serviço de Estudos, Planeamento e Apoio à Gestão (SEPAG), estando dependente da aprovação do CA. Este processo tem como suporte a ferramenta de *Business Intelligence* (BI), em desenvolvimento no SEPAG, fixando-se como um instrumento essencial em todo o processo, já que os gestores dos vários departamentos terão um acesso específico à sua área de intervenção, onde poderão consultar a atividade assistencial assim como a evolução da execução do negociado com o CA, agilizando posteriormente reuniões mensais de acompanhamento de modo a ajustar os resultados mais críticos.

O estudo incide no Departamento de Saúde da Criança e da Mulher (DSCM) focando-se na sua atividade e necessidade de conceptualizar e adotar ferramentas de melhoria de gestão apoiando-

se em critérios de eficiência e eficácia salvaguardando os princípios de qualidade, equidade e acesso aos cuidados de saúde.

A metodologia aplicada no Projeto assenta numa análise qualitativa recorrendo ao estudo do caso do DSCM da ULSG. Baseia-se numa pesquisa extensiva de literatura através da análise de artigos científicos, trabalhos académicos, livros, relatórios e revisão de literatura significativa para a abordagem do tema, assim como na recolha e tratamento de informação relevante através de:

- Pesquisa documental da ULSG (relatórios, planos de atividades e orçamento, regulamentos internos, etc);
- Utilização dos Sistemas de informação em funcionamento no Hospital de Sousa Martins (HSM) e no Hospital Nossa Senhora de Assunção (HNSA) - Sistema Integrado de Informação Hospitalar (SONHO), SClínico, *Business Intelligence* para Morbilidade Hospitalar (BIMH), ferramenta de *Business Intelligence* do SEPAG, etc;
- Reuniões com o Departamento de Saúde da Criança e da Mulher tendo como objetivo debater e analisar o desenvolvimento do Projeto;
- Consulta de documentos de Contratualização definidos pelo Ministérios da Saúde através da ACSS, como Termos de Referência para Contratualização de Cuidados de Saúde no Serviço Nacional de Saúde (SNS), metodologias e elaboração de Contratos Programa (CP) e legislação aplicada.

O âmbito do Projeto apresentado, visa incentivar a eficiência e eficácia dos Cuidados Hospitalares da ULSG, através da implementação e aplicabilidade de ferramentas de gestão, sem que sejam postos em causa os princípios da equidade no acesso e qualidade dos cuidados de saúde.

Assim com o intuito de melhorar os procedimentos operacionais, o Projeto apresentado, pretende elaborar uma proposta de desenvolvimento, inicialmente no DSCM da ULSG, de um modelo de Contratualização Interna apoiado no BSC, tendo como foco acompanhar simultaneamente os objetivos de desempenho, os indicadores internos, monitorizando também os indicadores fixados pela tutela, auxiliando a tomada de decisão em tempo útil e responsabilizando os vários níveis de gestão.

A Contratualização Interna apoiada na metodologia BSC proporciona às Instituições vantagens como:

- Estratégia hospitalar mais centrada no utente;
- Envolvimento contínuo dos vários intervenientes da atividade hospitalar na tomada de decisão;

- Responsabilização dos vários níveis de gestão no desempenho hospitalar;
- Informação menos complexa, através do acompanhamento, da monitorização e da avaliação dos objetivos e indicadores estabelecidos;
- Otimização da comunicação entre os vários colaboradores;

Um fator essencial para que este processo de Contratualização Interna alcance o fim esperado, será a agregação de um sistema de incentivos que recompense os bons resultados.

O trabalho estrutura-se em duas partes e três capítulos, a Primeira Parte inclui o Enquadramento Teórico onde são discutidas noções gerais sobre o processo de Contratualização Externa e Interna, *Balanced Scorecard* o seu conceito, perspetivas e mapa estratégico, assim como a aplicabilidade desta ferramenta nos Hospitais. É feita também, a caracterização da ULSG e do Departamento de Saúde da Criança e da Mulher. Na Segunda Parte faz-se a apresentação e análise do Modelo de implementação da Contratualização Interna no DSCM, os seus objetivos, etapas e o BSC como ferramenta deste processo, apresentando-se por fim as principais conclusões. Através de uma abordagem integrada pretendeu-se desenvolver um Projeto sólido e orientado para os resultados, aquando da sua implementação. Este deverá alcançar um impacto significativo na área de atuação a que se destina.

PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

A Primeira Parte tem como finalidade contextualizar a temática do Projeto servindo como alicerce para o desenvolvimento das restantes partes. Este enquadramento teórico aborda a reforma da Administração Pública e a NPM, o processo de Contratualização Externa, os Contratos Programa, a Contratualização Interna e o BSC.

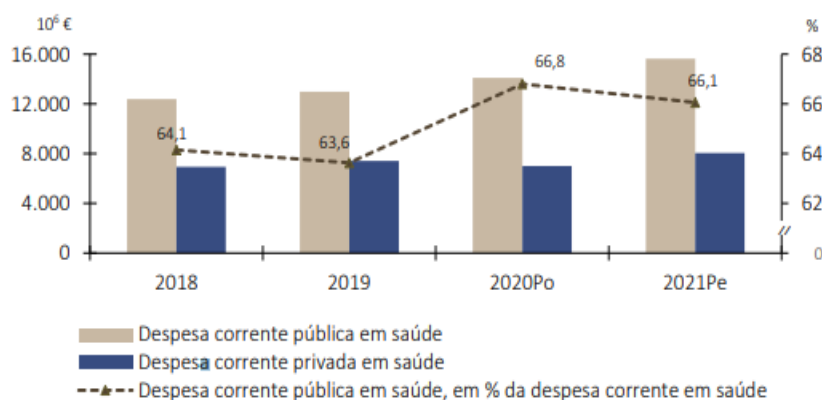
CAPÍTULO I – CONTRATUALIZAÇÃO

1.1. *New Public Management*

O SNS depara-se cada vez mais com a dubiedade entre o crescimento contínuo das exigências a nível da qualidade de prestação de cuidados de saúde e a imposição de rigor relativamente à gestão das contas públicas, controlo de défices e dívida pública, assim como maximização dos recursos disponíveis.

Em 2021, fatores como, a pandemia COVID-19 e a retoma da atividade assistencial promoveram o aumento de 12,2% da despesa corrente em saúde traduzidos em 23.685,9 milhões de euros, e o Produto Interno Bruto (PIB) mais alto desde o ano 2000 (11,2%), conforme traduz a Figura 1.

Figura 1- Despesa Corrente em Saúde, Pública e Privada (2018-2021Pe)



Fonte: Instituto Nacional de Estatística (2022).

Esta realidade associada ao pressuposto basilar da NPM, de que as organizações do setor público assentam numa gestão burocrática tornando-as inertes e inaptas, promove a ideia de replicar para o setor público o modelo de gestão empresarial que se distingue por ser mais flexível, eficiente e descentralizado na tomada de decisão (Correia, 2011).

Segundo Nunes e Harfouche (2015) as principais ideologias da NPM são: A agenciamento do aparelho administrativo; uma maior autonomia de decisão para os dirigentes públicos; uma crescente flexibilidade de instrumentos de gestão; o papel de Estado Regulador; a introdução de mecanismos do tipo mercado; a avaliação de desempenho nos serviços públicos procurando a eficiência e a eficácia; a desburocratização e procura de qualidade nos serviços públicos através da satisfação das necessidades dos clientes e ainda a introdução das tecnologias de informação na Administração Pública.

Araújo (2007) citando Hood (1991), distingue sete elementos na abordagem da NPM: A entrada no setor público de gestores profissionais provenientes do setor privado, profissionalizando desta forma a gestão e orientando-a para as técnicas de gestão; a definição de medidas e padrões de desempenho com objetivos mensuráveis e claramente definidos; a preocupação com o controlo dos resultados enfatizando a necessidade de insistir nos resultados e não nos processos; a desagregação de unidades do setor dividindo grandes estruturas em unidades mais pequenas recorrendo a formas inovadoras de organização das atividades; a introdução de fatores que promovam a concorrência no setor público, nomeadamente com a contratação, tendo como finalidade diminuir os custos e melhorar a qualidade da prestação de serviços; a ênfase nos estilos e práticas de gestão do setor privado, introduzindo modelos que flexibilizam a gestão e a ênfase em maior disciplina e moderação na utilização dos recursos cortando nos custos e procurando maior eficiência e economia.

Foi entre 2002 e 2004, aquando do processo de empresariação da rede hospitalar pública e em 2011 com a pior crise financeira que Portugal atravessou, que a ideologia da NPM ficou mais vinculada nas organizações hospitalares. A negociação e a monitorização dos objetivos e metas económico-financeiras e de produção, tendo como suporte o planeamento estratégico, tal como, determinados instrumentos de gestão, passaram a fazer parte de um novo modelo de gestão implementado nos hospitais públicos.

A primeira fase da empresariação, resultou da alteração do regime jurídico de 31 hospitais para Sociedades Anónimas (SA) de capitais unicamente públicos, Hospitais SA (Nunes, 2017), atribuindo-lhes autonomia de gestão (Lei n.º 27/2002 de 8 de novembro, 2002), sendo o Estado o único acionista. No âmbito da gestão empresarial foram fixados incentivos à eficiência das instituições tendo uma gestão voltada para os resultados, concedendo ao Estado um papel muito mais ativo na gestão e supervisão dos hospitais passando de um modelo de Estado meramente prestador para um modelo de Estado regulador (Campos et al, 2009).

Segundo Nunes e Harfouche (2015) as principais alterações na gestão dos hospitais SA, traduzem-se na gestão por objetivos, na melhoria da qualidade e eficiência, na adoção de novas ferramentas de suporte à atividade hospitalar, na flexibilidade e desenvolvimento dos recursos humanos, na melhoria da prestação de cuidados de saúde e na melhoria da comunicação interna e externa.

Após a análise do impacto destas mudanças, o Observatório Português de Sistemas de Saúde (OPSS), no Relatório de Primavera de 2009, realçou as falhas dos Hospitais SA, evidenciando o aumento dos prejuízos, sem haver qualquer alteração nas receitas próprias. Assim, entre 2005 e 2006 (segunda fase), através do Decreto-Lei 233/2005 de 29 de dezembro, assiste-se à transformação do estatuto de SA das unidades hospitalares para o estatuto de Entidade Pública Empresarial (EPE), onde o Ministério da Saúde em conjunto com o Ministério das Finanças, assumem uma maior ingerência tanto a nível operacional como a nível económico.

O período de 2007 à atualidade, é marcado pela expansão do estatuto EPE a vários hospitais e centros hospitalares, sustentando a ideia da melhoria da eficiência com base em economias de escala, com a fusão de hospitais em centros hospitalares e integração de cuidados primários e cuidados secundários em unidades locais de saúde, sendo estas compostas por centros de saúde, unidades de saúde familiar, unidades de cuidados na comunidade, hospitais e outras unidades de saúde, maximizando assim os recursos (Observatório Português de Sistemas de Saúde, 2009), sendo os capitais exclusivamente públicos sem intervenção privada.

O Decreto-Lei n.º 93/2005, de 7 de junho deu primazia ao Estatuto EPE, mantendo as obrigações legais e contratuais, passando a ter um regime jurídico geral dando-lhes autonomia administrativa, financeira e patrimonial, deixando de estar dependentes das normas de contabilidade pública, regulando-se pelos diplomas que as criaram, assim como estatutos e regulamentos internos específicos. Um hospital EPE é composto por três órgãos sociais: Conselho de Administração, órgão de administração; Fiscal Único, órgão que fiscaliza o cumprimento da legalidade, regularidade e boa gestão financeira e patrimonial e Conselho Consultivo, órgão de índole consultiva. A sua gestão assenta em planos financeiros plurianuais com CP divididos em orçamentos anuais tanto de financiamento como de investimento. Deste modo, atualmente podemos encontrar dentro da rede de prestação de cuidados de saúde as seguintes figuras jurídicas hospitalares:

- Hospitais do Setor Público Administrativo (SPA) – Instituições públicas, com personalidade jurídica, autonomia administrativa e financeira, com ou sem autonomia patrimonial;

- Hospitais EPE - Instituições públicas, com personalidade jurídica, autonomia administrativa, financeira e patrimonial e natureza empresarial;
- Hospitais SA - Sociedades anónimas de capitais exclusivamente públicos;
- Hospitais convencionados - Instituições privadas, com ou sem fins lucrativos, com quem sejam celebrados contratos.

Nos termos do Despacho n.º 2508/2012 de 10 de dezembro, a empresarialização dos hospitais teve como objetivo a sua inovação e modernização face à capacidade de resposta à população, não perdendo o foco no utente e na qualidade dos serviços. Assistiu-se assim a uma transformação de paradigma na saúde, com métodos de avaliação mais complexos, com orientação para a eficiência e a qualidade, valorizando-se os benefícios previstos em termos de utilidade, qualidade de vida do utente e segurança nos cuidados (Escoval, 2009).

1.2. Processo de Contratualização Externa nas Unidades de Saúde

Com o desenvolvimento da Administração Pública e a reforma no setor da saúde assente nos princípios da NPM, surge então, a atribuição de distintas funções aos intervenientes do processo, sendo que, como vimos anteriormente, o Estado deixou de ter exclusivamente o papel de financiador e prestador de serviços, tornando-se mais participativo na regulação, através da Contratualização com as unidades de saúde, avaliando o desempenho e responsabilizando os vários elementos do sistema.

Não obstante de qual o modelo jurídico adotado pela Instituição, existe a exigência de introduzir novos princípios de gestão e novos instrumentos que promovam o desenvolvimento dos processos de gestão organizacional (Matos et al, 2010). A necessidade de fomentar maior rigor na gestão dos recursos públicos elevando a qualidade da prestação de contas, através da repartição de recursos mais equitativa e a promoção da transparência do sistema na tomada de decisão, fez emergir o processo de Contratualização (Observatório Português de Sistemas de Saúde, 2009).

No processo de Contratualização existem dois momentos fundamentais, o primeiro caracteriza-se pela análise interna das instituições e o segundo pela negociação entre a tutela e a Instituição, este através de reuniões entre a Administração Regional de Saúde (ARS), ACSS e Unidades Hospitalares que visam ajustar as propostas relativamente às limitações orçamentais.

A nível hospitalar o processo de Contratualização é instituído entre financiadores e prestadores, onde o financiamento recebido e os resultados esperados assumem uma evidente ligação. Os pilares basilares são estabelecidos no CP.

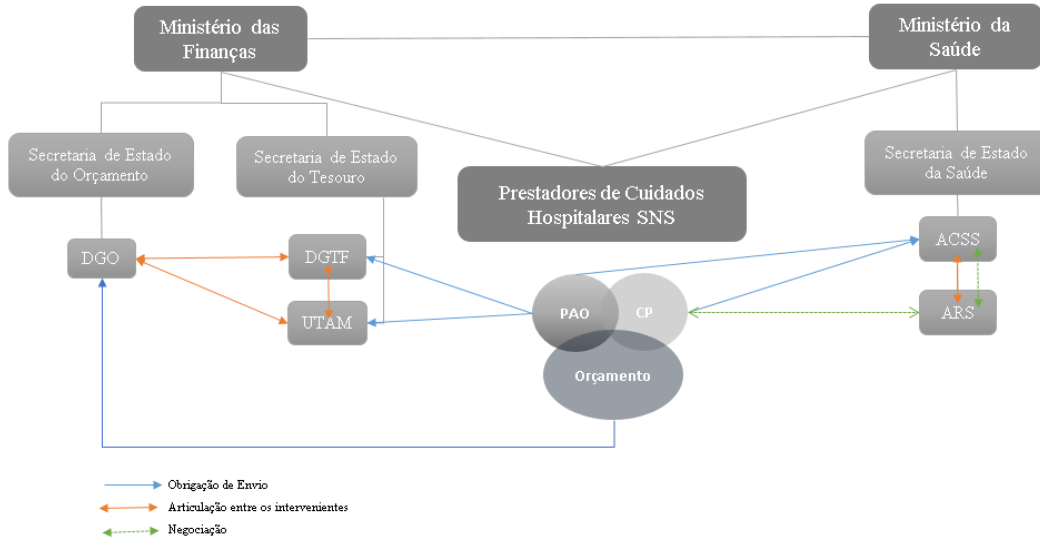
O planeamento estratégico e operacional deve ser realizado através de ferramentas trienais, como o PAO, vertido no CP (em vigor o triénio de 2017/2019, alargado para 2020 e 2022 e prorrogado para 2023), com alterações determinadas em Acordos Modificativos (Administração Central do Sistema de Saúde, 2022a), elaborado através das orientações definidas no Decreto-Lei n.º 133/2013, de 3 de outubro e do Despacho n.º 252/2022/SET de 18 de agosto com as adaptações definidas no Despacho Conjunto S/N do Secretário de Estado do Tesouro e da Secretaria de Estado Adjunta e da Saúde, onde são estabelecidas as linhas a contratar. Deverá ser analisado e aprovado concomitantemente entre a ACSS, em parceria com a ARS, e a Unidade Técnica de Acompanhamento e Monitorização do Setor Empresarial do Estado (UTAM).

O CP foi estabelecido pelo Despacho n.º 721/2006 de 7 de janeiro como “o regime de financiamento definido para as unidades de saúde integradas no sector empresarial do Estado que determina que o pagamento dos atos e atividades é realizado através de CP a celebrar com o Ministério da Saúde. Tais contratos deverão estabelecer, designadamente, os objetivos, as metas qualitativas e quantitativas da atividade produzida, os preços e os indicadores de avaliação de desempenho dos serviços e do nível de satisfação dos utentes” (pág. 468). Estes são assegurados pela ACSS em articulação com a ARS, que têm como incumbência coordenar, direcionar e avaliar o cumprimento das políticas de saúde. Todos os anos é publicado, pela ACSS, um documento designado “Termos de Referência para Contratualização de Cuidados de Saúde no SNS”, onde são definidos os princípios orientadores do processo de Contratualização Externa da atividade nos cuidados de saúde hospitalares.

O PAO é uma ferramenta estruturada para o planeamento e controle de gestão tendo sempre por base os Termos de Referência e é submetido no Portal SICA (Sistema de Informação para Contratualização e Acompanhamento) gerido pela ARS em conjunto com a ACSS que reportará a informação ao Ministério da Saúde devendo estar em consonância com o PAO submetido no SIRIEF (Sistema de Recolha de Informação Económica e Financeira) do Ministério das Finanças. Assim, este instrumento de gestão, constitui um documento previsional trienal, de negociação das principais linhas de ação, carteiras de serviço, recursos humanos, plano de investimento, níveis de atividade assistencial e projeções económico-financeiras, instituído para as EPE pertencentes ao SNS.

A par do PAO trienal e do CP anual são celebrados Contratos de Gestão entre os elementos do Governo titulares da função de acionista das EPE do SNS e cada um dos elementos que constituem o CA das EPE em vigor durante o período de mandato (Administração Central do Sistema de Saúde, 2022a), conforme Figura 2.

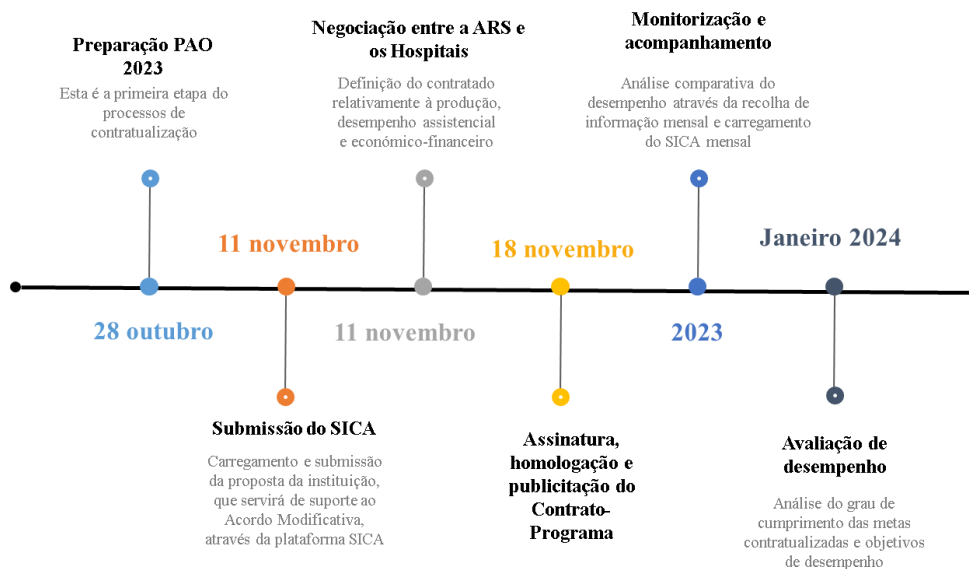
Figura 2 - Instrumentos de Gestão Previsional



Fonte: Elaboração própria com base: Administração Central do Sistema de Saúde (2022a).

Assim, a título de exemplo, apresenta-se na Figura 3, o cronograma de negociação dos cuidados hospitalares para 2023, que se traduz na preparação do PAO, submissão do SICA, negociação entre ARS e Unidades de Saúde, assinatura, homologação e publicação do CP, monitorização e acompanhamento e avaliação do desempenho.

Figura 3 - Cronograma de Negociação Cuidados Hospitalares 2023



Fonte: Elaboração própria com base Administração Central do Sistema de Saúde (2022b).

Está definido que quando existe falta de cumprimento dos prazos estipulados, a ARS conjuntamente com a ACSS estabelecerão as metas dos objetivos de qualidade e eficiência assim como dos gastos e rendimentos a contratualizar no Acordo Modificativo.

De modo a coadunar, a nível nacional, todo o processo de avaliação foi delineada uma metodologia que permite calcular um Índice de Desempenho Global (IDG), com base no resultado de cada indicador estabelecido, tendo como preceitos: o grau de cumprimento do indicador inferior a 50%.; o grau de cumprimento do indicador entre 50% e 120% e o grau de cumprimento do indicador superior a 120% O grau de cumprimento de cada indicador contratualizado equivale à percentagem de concretização da meta definida, tendo ainda o grau de cumprimento ajustado, que equivale ao grau de cumprimento de cada indicador, delimitado inferiormente (50%) e superiormente (120%), sendo que apenas os graus de cumprimento acima dos 50% contribuem para o Índice de Desempenho. Deste modo, a avaliação de desempenho é considerada negativa sempre que o IDG for inferior a 50% não havendo qualquer incentivo. Se o IDG se situar entre os 50% e 99,9%, os incentivos atribuídos correspondem ao IDG apurado multiplicado pelo valor estipulado para os incentivos. Para um IDG entre os 100% e os 120%, o valor dos incentivos será o IDG apurado a multiplicar pelo valor estipulado para os incentivos não podendo o valor total ser superior ao valor estabelecido no CP (Administração Central do Sistema de Saúde, 2022b).

As linhas estratégicas, as medidas e as atividades a desenvolver pelos hospitais assentes na política de saúde distinguem as dimensões do acesso, da melhoria da qualidade, do desempenho assistencial e do desempenho económico-financeiro, através de indicadores de desempenho (no caso para as Unidades Locais de Saúde), conforme Quadro 1.

Quadro 1 - Objetivos de Acesso, Desempenho Assistencial e Eficiência nas Unidades Locais de Saúde

OBJETIVOS ULS
Objetivos Nacionais
A. Acesso
A.1 Percentagem de pedidos em Lista de Espera para Consulta (LEC) dentro do TMRG
A.2 Percentagem de consultas realizadas dentro dos tempos máximos de resposta garantidos (TMRG)
A.3 Percentagem de utentes em Lista de Inscritos para Cirurgia (LIC) dentro do TMRG
A.4 Percentagem de doentes operados dentro do TMRG
A.5 Percentagem de episódios de urgência atendidos dentro do tempo de espera previsto no protocolo de triagem
A.6 Percentagem de doentes referenciados para a RNCCI, avaliados/confirmados pela EGA em tempo adequado (até 2 dias úteis) após a referência, no total de doentes referenciados para a RNCCI
B. Desempenho Assistencial
B.1 Percentagem de reinternamentos em 30 dias, na mesma Grande Categoria de Diagnóstico
B.2 Percentagem de cirurgias realizadas em ambulatório (GDH), para procedimentos tendencialmente ambulatorizáveis
B.3 Percentagem de cirurgias da anca efetuadas nas primeiras 48 horas
B.4 Índice de Mortalidade Ajustada
B.5 Índice de Demora Média Ajustada
B.6 Demora média antes da cirurgia
C. Desempenho económico-financeiro
C.1 Gastos operacionais por residente, ajustados pela utilização
C.2 Doente padrão por Médico ETC
C.3 Doente padrão por Enfermeiro ETC
C.4 Percentagem de Gastos com Trabalho Extraordinário, Suplementos e FSE(Selecionados), no Total de Gastos com Pessoal
D. Resultados em internamentos, consultas hospitalares e urgências evitáveis
D.1 Taxa de internamentos por complicações agudas da diabetes
D.2 Taxa de internamentos por diabetes não controlada
D.3 Taxa de internamentos por asma ou DPOC em adultos
D.4 Taxa de internamentos por asma em jovens adultos
D.5 Taxa de internamentos por hipertensão arterial
D.6 Taxa de internamentos por insuficiência cardíaca congestiva
D.7 Taxa de internamentos por pneumonia
D.8 Taxa de internamentos por complicações crónicas da diabetes
D.9 Percentagem de especialidades (categorias) com protocolos clínicos de referência ascendente e descendente elaborados
D.10 Percentagem de utilizadores frequentes do serviço de urgência (>4 episódios no último ano) com plano de cuidados estabelecido entre os cuidados primários e os hospitais
Eixo Nacional e Regional
Valor do Índice Desempenho Global apurado pela matriz multidimensional dos ACES
Índice de Desempenho Global
Valor Incentivos Contratados (€)
Valor Incentivos Realizados (€)

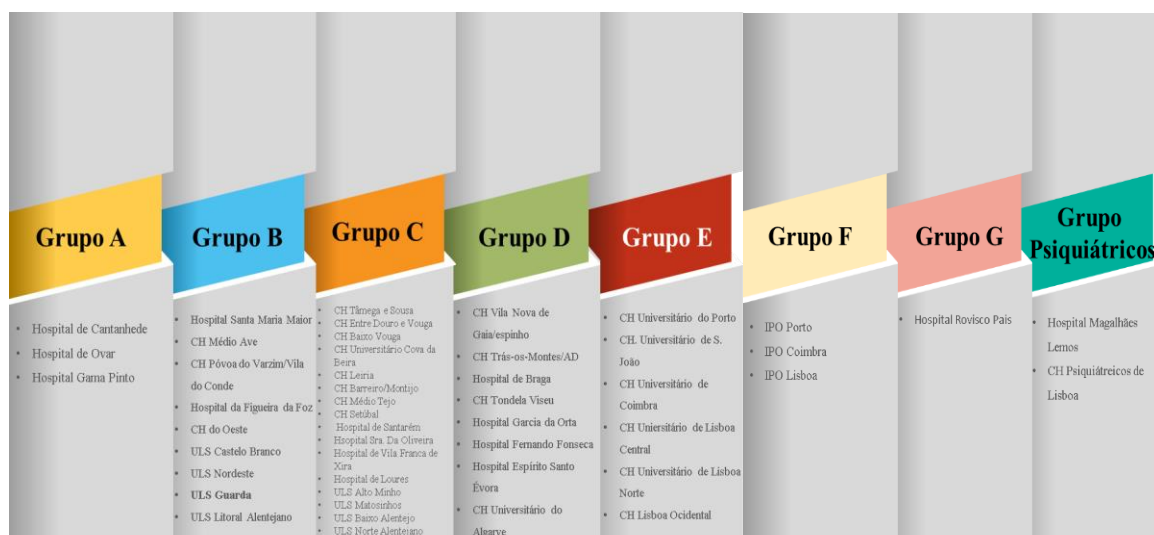
Fonte: Elaboração própria com base: Administração Central do Sistema de Saúde (2022b).

O modelo de financiamento dos hospitais públicos em Portugal é feito de modo descentralizado, sendo que os recursos financeiros atribuídos a cada Instituição são baseados em determinados critérios e indicadores de produção e eficiência estabelecidos pela ACSS: Valor *per capita*, população residente, (caso das Unidades Locais de Saúde); Volume de atividade; Complexidade

dos serviços; Qualidade dos serviços mensurada através de metas e indicadores de qualidade; Desempenho financeiro.

Para designar o nível de financiamento, os hospitais são agregados a determinado grupo, classificado com letras de A a G, baseando-se em critérios como o tamanho, complexidade da Instituição, recursos humanos disponíveis e recursos materiais, sendo os Hospitais do Grupo A os que prestam serviços mais básicos e os do Grupo E os mais complexos e especializados. O Grupo G foi criado especificamente para hospitais especializados numa determinada área, em que a atividade será de ambulatório, o caso do Hospital Rovisco Pais, especializado em Medicina Física e Reabilitação, assim como o Grupo F para especialidade oncológicas o caso do IPO¹. Esta classificação garante assim que o Ministério da Saúde aloque de forma adequada e eficiente os recursos necessários à eficiente prestação de cuidados à população abrangida. A ULSG, por exemplo, a par da Unidade Local de Saúde de Castelo Branco, Unidade Local de Saúde do Nordeste, Unidade Local de Saúde do Litoral Alentejano, Centro Hospitalar do Oeste, Hospital da Figueira da Foz, entre outros, pertencem ao Grupo B, o que indica que se tratam de instituições com um nível de complexidade intermédio, tendo uma carteira de serviços ampla, mas que não possuem uma capacidade de recursos como hospitais classificados nos grupos superiores como o caso da Unidade Local de Saúde de Matosinhos e o Centro Hospitalar Universitário de Coimbra (Figura 4).

Figura 4 - Classificação dos Hospitais por Grupo de Financiamento



Fonte: Elaboração própria com base Administração Central do Sistema de Saúde (2022b).

¹ Instituto Português de Oncologia.

De modo a dotar as ARS de capacidade negocial com os Hospitais e Centros Hospitalares, a ACSS atribui a cada uma, determinado montante que não poderá ser ultrapassado, conforme Quadro 2.

Quadro 2 - Limites Máximos a Contratualizar com os Hospitais e Centros Hospitalares EPE em 2023

Entidade	2023
ARS Norte	2.392.720.881 €
Ars Centro	1.192.577.770 €
ARS LVT	2.657.144.229 €
ARS Alentejo	116.249.320 €
ARS Algarve	247.649.400 €
Total do limite Nacional	6.606.341.600 €

Fonte: Elaboração própria com base Administração Central do Sistema de Saúde (2022b).

Existem três vertentes principais onde são agrupadas as linhas de atividade e as modalidades de pagamento:

A. Prestação de Cuidados

A.1. Pessoas com doença em situação aguda

- Internamento Hospitalar;
- Atividade Cirúrgica;
- Ambulatório Médico e Cirúrgico;
- Consultas Externas;
- Consultas Hospitalares Descentralizadas;
- Atendimentos Urgentes;
- Oxigenação por Membrana Extracorpórea (ECMO);
- Sessões de Hospital de Dia;

A.2. Programas de saúde específicos

A.3. Doentes com patologias crónicas raras

A.4. Centros de Referência

A.5. Centros de Responsabilidade Integrados

A.6. Doentes seguidos por equipas de cuidados paliativos

B. Incentivos ao Desempenho

- B.1. Desempenho institucional previsto
- B.2. Desempenho das instituições dentro do grupo (*benchmarking*)
- B.3. Avaliação de resultados na ótica dos utentes

C. Penalidades

1.2.1. Processo de Contratualização Externa na Unidade Local de Saúde da Guarda para 2023

O processo de Contratualização Externa na ULSG para 2023, iniciou-se, com a preparação do PAO 2023-2025, por parte do SEPAG, no final do 3.º trimestre de 2022, fundamentado pelos Termos de Referência para Contratualização de cuidados de saúde no SNS para 2023, sendo que, os documentos de recolha de propostas foram disponibilizados no Portal SICA no dia 28 de outubro de 2022, tendo sido submetidos dia 07 de novembro de 2022. Após análise das propostas submetidas, a ARSC iniciou as reuniões de negociação do Acordo Modificativo de onde resultou a produção e o desempenho assistencial e económico-financeiro contratado para o ano 2023. A ULSG assinou a 18 de novembro de 2022, o Acordo Modificativo ao CP para o ano 2023, estabelecido para o triénio 2017-2019, celebrado em 30 de dezembro de 2016, prorrogando-o assim para 2023, definindo os objetivos do PAO estabelecido.

1.2.2. Contrato-Programa da ULSG 2017-2019

O CP para o triénio 2017-2019, é atualizado anualmente através de um Acordo Modificativo, onde se encontram estabelecidas as metas a alcançar pela Instituição. Os intervenientes deste processo são a Tutela representada pelo Ministério da Saúde e Ministério das Finanças, a ACSS, a Administração Regional de Saúde do Centro (ARSC) e a ULSG. De acordo com o Quadro 3, este constitui-se do seguinte modo:

Quadro 3 - Constituição do Contrato Programa

Capítulo	Designação	Secção	Designação	Cláusulas	Designação		
I	Disposições Gerais	-	-	1. ^a	Objeto		
				2. ^a	Princípios gerais		
				3. ^a	Âmbito das prestações de saúde contratadas		
II	Obrigações principais	I	Obrigações assistenciais	4. ^a	Prestações de saúde		
				5. ^a	Prestação integrada de cuidados de saúde		
		II	Garantia do acesso às prestações de saúde	6. ^a	Acesso		
				7. ^a	Identificação dos utentes e dos terceiros pagadores		
				8. ^a	Gestão Partilhada de Recursos no SNS		
				9. ^a	Gestão Integrada de Gestão do Acesso		
		III	Articulação no âmbito do SNS	10. ^a	Transferência e fluxo de Utentes		
				11. ^a	Articulação com a RNCCI		
				12. ^a	Cuidados paliativos		
		IV	Financiamento	13. ^a	Financiamento		
				14. ^a	Equilíbrio financeiro		
				15. ^a	Prescrição de produtos farmacêuticos		
				16. ^a	Receitas de terceiros legal ou contratualmente responsáveis		
		V	Acompanhamento e Avaliação do desempenho	17. ^a	Acompanhamento da execução do CP e obrigações de reporte		
				18. ^a	Avaliação de desempenho		
				19. ^a	Codificação		
		III	Gestão e Recursos	I	Gestão	20. ^a	Princípios de gestão criteriosa e de sustentabilidade económico-financeira
						21. ^a	Contratualização Interna
						22. ^a	Centros de Responsabilidade Integrada
II	Recursos disponíveis			23. ^a	Recursos Humanos		
				24. ^a	Instalações		
				25. ^a	Equipamento e sistemas médicos		
				26. ^a	Manutenção de equipamentos		
				27. ^a	Sistemas e tecnologias de informação e comunicação		

Capítulo	Designação	Secção	Designação	Cláusulas	Designação
IV	Política de qualidade e direitos dos utentes	-	-	28. ^a	Qualidade dos serviços
				29. ^a	Governança Clínica
				30. ^a	Direitos e deveres dos utentes
				31. ^a	Avaliação da satisfação dos utentes e dos profissionais
V	Formação e Investigação	-	-	32. ^a	Formação e Investigação
				33. ^a	Internato Médico
VI	Disposições finais	-	-	34. ^a	Regras gerais sobre contratação de terceiros
				35. ^a	Articulação com a entidade responsável pelas compras centralizadas do Ministério da Saúde
				36. ^a	Retenções nos Adiantamentos
				37. ^a	Organização funcional dos CSP
				38. ^a	Alteração das circunstâncias
				39. ^a	Normas aplicáveis
				40. ^a	Produção de efeitos
Anexo ao CP				1. ^a	Produção contratada
				2. ^a	Remuneração pela produção contratada
				3. ^a	Sustentabilidade económico-financeira
				4. ^a	Objetivos de acesso, desempenho assistencial e eficiência
				5. ^a	Penalidades
				6. ^a	Programas Específicos
				7. ^a	Pagamentos
				8. ^a	Deduções ao adiantamento por dívidas;
				Apêndice I	CSP
					Atividade Hospitalar
				Apêndice II	Objetivos Nacionais de Qualidade
					Objetivos de Qualidade e Eficiência Económico-Financeira
				Apêndice III	Programas Específicos
				Apêndice IV	Penalidades
				Apêndice V	Conceitos associados às prestações de saúde
				Apêndice VI	Demonstração Previsional de Resultados - Proveitos e Ganhos
					Demonstração Previsional de Resultados - Custos e Perdas
				Apêndice VII	Demonstração Previsional de Fluxos de caixa
				Apêndice VIII	Balanço Previsional - Ativo
					Balanço Previsional - Fundos Próprios e Passivo

Fonte: Elaboração própria com base Administração Central do Sistema de Saúde (2022b).

Tudo o que não estiver regulamentado no CP, rege-se pelas normas legais e regulamentares aplicáveis, como é o caso da Lei de Bases da Saúde, Lei n.º 95/2019, de 4 de setembro que revoga a Lei n.º 48/90, de 24 de agosto e o Decreto-Lei n.º 185/2002, de 20 de agosto, Lei de Gestão Hospitalar, Lei n.º 27/2002, de 8 de novembro e o Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de fevereiro.

1.2.3. Acordo Modificativo ao Contrato-Programa da ULSG para 2023

O Acordo Modificativo para o ano 2023 da ULSG é composto pelo Anexo ao CP que inclui oito cláusulas específicas e oito Apêndices, estabelecendo anexos adicionais que fornecem detalhes e informações específicas que visam ajustar os termos do contrato, conforme Quadro 4.

Quadro 4 - Constituição do Acordo Modificativo ao CP

Designação	Cláusulas	Designação
Acordo Modificativo CP - Anexo	1. ^a	Produção contratada
	2. ^a	Remuneração
	3. ^a	Sustentabilidade económico-financeira
	4. ^a	Objetivos
	5. ^a	Penalidades
	6. ^a	Programas Específicos
	7. ^a	Pagamentos
	8. ^a	Deduções ao adiantamento por dívidas;
	Apêndice I	Atividade Hospitalar
	Apêndice II	Objetivos de Acesso, Desempenho Assistencial e Eficiência
	Apêndice III	Programas Específicos
	Apêndice IV	Penalidades
	Apêndice V	Conceitos associados às prestações de saúde
	Apêndice VI	Demonstração Previsional de Resultados - Gastos
		Demonstração Previsional de Resultados - Rendimentos
	Apêndice VII	Demonstração Previsional de Fluxo de Caixa
	Apêndice VIII	Balanço Previsional - Ativo
		Balanço Previsional - Fundos Próprios e Passivo

Fonte: Elaboração própria com base Administração Central do Sistema de Saúde (2022b).

1.2.4. Contratualização Externa da ULSG para 2023

Através dos quadros seguintes é possível observar qual foi a atividade contratada, quais os indicadores de desempenho assistenciais e económico-financeiros, as suas metas e as penalidades.

Pela produção contratada, a ULSG recebeu para o ano 2023 o valor de 135.660.341,00€ (Quadro 5), valor per capita relativamente aos 155.466 habitantes, podendo ainda receber o valor dos episódios cirúrgicos programados equivalente aos utentes inscritos em Lista de Inscritos para Cirurgia (LIC) provenientes de outro hospital.

Quadro 5 – Remuneração 2023

ULSG	ICM	Doentes Equivalentes		Preço Unitário (€)	Quantidade	Valor (€)
		N.º	%			
Valor Capitação (sem Incentivos nem Internos)						120.771.816,00 €
Incentivos institucionais						13.566.034,00 €
Qualidade						8.139.620,00 €
Eficiência/Sustentabilidade						5.426.414,00 €
Valor Internos						1.322.491,00 €
Valor Capitação						135.660.341,00 €

Fonte: Elaboração própria com base Administração Central do Sistema de Saúde (2022b).

No âmbito dos Cuidados de Saúde Hospitalares, a Instituição comprometeu-se a assegurar o cumprimento da produção contratada nas áreas constantes do Quadro 6.

Quadro 6 - Atividade Hospitalar Contratada 2023

ULSG	ICM	Doentes Equivalentes		Preço Unitário (€)	Quantidade
		N.º	%		
Consultas Externas:					
Nº de 1ªs consultas médicas (s/ majoração)				45,00 €	20.118
Nº de 1ªs consultas referenciadas (CTH)				50,00 €	11.778
Nº de 1ªs consultas Cuidados Paliativos				54,00 €	230
Nº de consultas subsequentes médicas (s/majoração)				45,00 €	66.097
Nº de consultas subsequentes Cuidados Paliativos				54,00 €	1.169
Internamento:					
Doentes Saídos					
GDH Médicos	0,805	5.624	96,97%	3.120,00 €	5.800
GDH Médicos Cuidados Paliativos	0,805	269	96,97%	3.276,00 €	277
GDH Cirúrgicos	0,805	1.261	96,97%	3.120,00 €	1.300
GDH Cirúrgicos Urgentes	0,805	1.175	96,97%	2.964,00 €	1.212
Dias de Internamento de Doentes Crónicos					
Doentes de Psiquiatria no Exterior (Ordens Religiosas)				65,00 €	41.975
Episódios de GDH de Ambulatório:					
GDH Cirúrgicos	0,6418			3.120,00 €	1.700
GDH Médicos	0,1942			3.120,00 €	3.000
Urgências:					
Atendimentos (SU - Médico-Cirúrgica)				5,450M€/100.000 ep.	48.544
Atendimentos (SU - Básica)				1,529M€/35.000 ep.	32.039
Sessões em Hospital de Dia:					
Base				22,00 €	3.896
Hematologia				321,00 €	823
Programas de Gestão da Doença Crónica					
VIIH/Sida (doentes em TARC equivalente./ano)				6.237,00 €	3
Hepatite C (doentes tratados)				7.199,00 €	4
Hipertensão Arterial Pulmonar - doentes em terapêutica					
Pré-tratamento/seguimento 1º ano				8.744,00 €	1
Seguimento após 1º ano CF≤ III				23.457,00 €	3
Esclerose múltipla - doentes em terapêutica modificadora					
Tratamento de doentes c/ patologia oncológica - Doentes equivalente/ano					
Cancro da mama (1º ano)				10.731,00 €	3
Cancro da mama (2º ano)				4.307,00 €	5
Cancro do cólon e reto (1º ano)				12.342,00 €	47
Cancro do cólon e reto (2º ano)				5.455,00 €	20
Cancro da Próstata (1º ano)				6.895,00 €	84
Cancro da Próstata (2º ano)				1.884,00 €	67
Cancro do Pulmão (1º ano)				18.456,00 €	29
Cancro da Pulmão (2º ano)				4.802,00 €	19
Mieloma (2ºano)				11.670,00 €	1

ULSG	ICM	Doentes Equivalentes		Preço Unitário (€)	Quantidade
		N.º	%		
Rastreios - Nº de Rastreios					
Rastreio do Cancro do Colo do Útero				74,00 €	0
Rastreio do Cancro do Cólon e Reto				413,00 €	100
Telemonitorização DPOC					
Elementos de Telemonitorização				1.415,00 €	14
Nº de doentes em tratamento (doente tratado/ano)				2.242,00 €	14
Perturbações Mentais Graves					
Psicoses Esquizofrénicas (doente equivalente/ano)				1.659,00 €	182
Psicoses Afetivas (doente equivalente/ano)				1.130,00 €	55
Psicoses não Orgânicas (doente equivalente/ano)				873,00 €	36
Saúde Sexual e Reprodutiva					
Diagnóstico Pré-Natal					
Protocolo I				42,00 €	200
Protocolo II				108,00 €	2
Serviços Domiciliários					
Consultas Domiciliárias				42,00 €	5.408
Hospitalização domiciliária	0,805	143	96,97%	3.120,00 €	147

Fonte: Elaboração própria com base Administração Central do Sistema de Saúde (2022b).

Relativamente aos Objetivos Nacionais, e de acordo com o Quadro 7, estes abrangem os Objetivos de Acesso e Desempenho Assistencial, que se segmentam em indicadores de Acesso, Desempenho Assistencial, Desempenho Económico-Financeiro e Resultados em internamentos, consultas hospitalares e urgências evitáveis. No mesmo quadro, analisamos o peso relativo do indicador, que varia de acordo com a importância que o indicador assume, podendo alterar à medida que as políticas de saúde e as prioridades evoluem, observando também quais as metas estabelecidas nacionalmente, comuns para todos os hospitais.

Quadro 7 - Objetivos de Acesso, Desempenho Assistencial e Eficiência 2023

	Peso Relativo (%)	Meta
2. Cuidados Hospitalares	60,00	
Objectivos Nacionais	Pesos Relativos (%)	Meta
Acesso e Desempenho Assistencial	60,00	
A. Acesso	21,00	
A.1. Percentagem de pedidos em Lista de Espera para Consulta (LEC) dentro do TMRG	3,60	55,0
A.2. Percentagem de consultas realizadas dentro dos tempos máximos de resposta garantidos (TMRG)	3,60	60,0
A.3. Percentagem de utentes em Lista de Inscritos para Cirurgia (LIC) dentro do TMRG	3,60	70,0
A.4. Percentagem de doentes operados dentro do TMRG	3,60	74,0
A.5. Percentagem de episódios de urgência atendidos dentro do tempo de espera previsto no protocolo de triagem	3,60	88,0
A.6. Percentagem de doentes referenciados para a RNCCI, avaliados/confirmados pela EGA em tempo adequado (até 2 dias úteis), no total de doentes referenciados para a RNCCI	3,00	48,0
B. Desempenho Assistencial	9,00	
B.1. Percentagem de reinternamentos em 30 dias, na mesma grande categoria de diagnóstico	1,50	3,40
B.2. Percentagem de cirurgias realizadas em ambulatório (GDH), para procedimentos tendencialmente ambulatorizáveis	1,50	60,0
B.3. Percentagem de cirurgias da anca efetuadas nas primeiras 48 horas	1,50	27,0
B.4. Índice de mortalidade ajustada	1,50	1,0000
B.5. Índice de demora média ajustada	1,50	1,3000
B.6. Demora média antes da cirurgia	1,50	1,00
C. Desempenho Económico-Financeiro	10,00	
C.1. Gastos operacionais por residente	2,50	Valor do melhor do grupo
C.2. Doente padrão por médico ETC	2,50	52,0
C.3. Doente padrão por enfermeiro ETC	2,50	19,3
C.4. Percentagem de Gastos com trabalho extraordinário, suplementos e FSE (selecionados) no total de gastos com pessoal	2,50	16,3
D. Resultados em internamentos, consultas hospitalares e urgências evitáveis	20,00	
D.1 Taxa de internamento por complicações agudas da diabetes	2,00	12,0
D.2 Taxa de internamento por diabetes não controlada	2,00	10,0
D.3 Taxa de internamento por asma ou DPOC em adultos	2,00	115,0
D.4 Taxa de internamento por asma em jovens adultos	2,00	10,0
D.5 Taxa de internamento por hipertensão arterial	2,00	20,0
D.6 Taxa de internamento por insuficiência cardíaca congestiva	2,00	250,0
D.7 Taxa de internamento por pneumonia	2,00	300,0
D.8 Taxa de internamento por complicações crónicas da diabetes	2,00	20,0
D.9 % de especialidades (categorias) com protocolos clínicos de referência ascendente e descendente elaborados	2,00	50,0
D.10 % de utilizadores frequentes do serviço de urgência (>4 episódios no ultimo ano) com plano de cuidados estabelecido entre os cuidados primários e os hospitalares	2,00	2,0

Fonte: Elaboração própria com base Administração Central do Sistema de Saúde (2022b).

Os Objetivos de Desempenho do Serviço de Urgência são definidos tendo como base parâmetros de qualidade, eficiência e acessibilidade, tendo como propósito assegurar um atendimento adequado aos utentes em situações de urgência. Para 2023 foram fixados 5 objetivos (Quadro 8).

Quadro 8 - Objetivos de Desempenho do Serviço de Urgência 2023

Objetivos de Desempenho do Serviço de Urgência	Pesos Relativos (%)	Meta
U.1 Peso dos episódios de urgência com prioridade atribuída Verde/Azul/Branca	20,00	40,0
U.2 Peso dos episódios de urgência com internamento	20,00	7,1
U.3. Percentagem de episódios de urgência dentro do tempo de espera previsto no protocolo de triagem	20,00	88,0
U.4 Peso dos utilizadores frequentes (> 4 episódios), no total de utilizadores do Serviço Urgência	20,00	3,0
U.5 Rácio Consultas Externas/ episódios de urgência	20,00	1,3

Fonte: Elaboração própria com base Administração Central do Sistema de Saúde (2022b).

No incumprimento das obrigações expressas no Quadro 9, a ULSG incorre em penalidades num valor até ao máximo de 3%.

Quadro 9 - Penalidades 2023

Áreas	Obrigação	Penalidades (P)
A. Programas de promoção e adequação do acesso (70%)	A.1 SIGA – Resolução da Lista de Inscritos para Cirurgia (LIC) com mais de 1 ano (10%)	Inscritos em LIC com tempo de Espera > 365 dias (1 ano) > 0 P = valor contrato x 3% x 10%
	A.2 SIGA – Redução de cancelamentos de inscritos em LIC, face a 2022, em pelo menos 10% (10%)	Variação do nº de cancelamentos > -10% P = valor contrato x 3% x 10%
	A.3 SIGA – Redução de 25% no número de agendamentos para cirurgia que são cancelados, face a 2022 (10%)	Variação do nº de agendamentos para cirurgia cancelados > -25% P = valor contrato x 3% x 10%
	A.4 SIGA – Resolução da Lista de Espera para Consulta (LEC) com mais de 9 meses (10%)	Inscritos em LEC Com Tempo de Espera > 270 dias (9 meses) > 0 P = valor CP x 3% x 10%
	A.5 RNCCI – Tempo médio de avaliação das EGA =< 2 dias úteis (10%)	Tempo médio de avaliação das EGA > 2 dias úteis P = valor contrato x 3% x 10%
	A.6 Paliativos – Tempo médio de resposta da EIHS CP =< 48 horas dias úteis (ou 72 h fds) (10%)	Tempo médio de resposta da EIHS CP > 48h P = valor contrato x 3% x 10%
	A.7 Variação dos encargos SNS com medicamentos biológicos, face a 2022 (10%)	Variação dos encargos > Variação média nacional P = valor contrato x 3% x 10%
B. Registo, consulta e partilha de informação (30%)	B.1 RON – Percentagem de registos oncológicos completos no RON (10%)	% de registos oncológicos completos < 85% P = valor contrato x 3% x 10%
	B.2 Percentagem de episódios de urgência com consulta à PDS/RCE (4%)	Consultas PDS/RCE < 75% P = valor contrato x 3% x 4%
	B.3 Percentagem de episódios de consulta externa com consulta à PDS/RCE (4%)	Consultas PDS/RCE < 75% P = valor contrato x 3% x 4%
	B.4 % Notícias de nascimento, no total partos (6%)	Notícias de nascimento < 85% P = valor contrato x 3% x 6%
	B.5 Taxa de registo de utilização da "Lista de Verificação Segurança Cirúrgica" (6%)	Taxa de registo < 95% P = valor contrato x 3% x 6%

Fonte: Elaboração própria com base Administração Central do Sistema de Saúde (2022b).

Em relação à parte económico-financeira do Acordo Modificativo, a Demonstração Previsional de Resultados de Gastos e de Rendimentos, apresenta a estimativa dos Resultados Operacionais

e Financeiros para 2023, que permite fazer um planeamento financeiro e estratégico, projetando o desempenho financeiro para o período em causa, através das rubricas de Receitas, Gastos, Despesas e Lucros.

A Demonstração Previsional de Fluxos de Caixa, é baseada em previsões e estimativas da atividade de caixa para 2023, considerando entre outras rubricas os recebimentos, os pagamentos, investimentos em ativos fixos e os empréstimos, permitindo ter conhecimento acerca da capacidade da ULSG gerar caixa e prever as suas necessidades para o período em análise.

Os Balanços Previsionais Ativo e Passivo, fornecem informações estimadas e previsionais importantes relativamente à situação financeira da empresa a nível de endividamento, capacidade de pagamento e valor líquido, identificando possíveis problemas de liquidez através do planeamento de investimentos e financiamentos.

1.3. A Contratualização Interna no Processo de Contratualização Externa

Conforme estabelecido no ponto 3.5. dos Termos de Referência para Contratualização de Cuidados de Saúde no SNS para 2023, e de modo a melhorar a Governação Clínica e de Saúde, o desempenho assistencial e a sustentabilidade económico-financeira dos serviços e da Instituição, todas as Unidades Locais de Saúde devem ter implementado o processo de Contratualização Interna, de maneira a que os compromissos sejam assumidos internamente tanto pelo CA como pelos Departamentos ou serviços, “segundo uma filosofia de prestação de contas a todos os níveis, de avaliação do desempenho e do mérito” (Administração Central do Sistema de Saúde, 2022a, pag.61).

Esta ideia assumida pela ACSS de uma gestão participativa e de proximidade, assente no sistema de Gestão por Objetivos é também partilhada por Matos et al (2010) que defendem que o modelo de Contratualização Interna deve traduzir-se na participação e responsabilização dos diferentes níveis de gestão, permitindo alinhar os objetivos contratualizados externamente com a missão da Instituição.

Relativamente à Gestão por Objetivos, esta é uma abordagem de gestão orientada para os resultados, cujo intuito é avaliar o desempenho das instituições com base na definição de objetivos específicos e metas a alcançar, por forma a aumentar a eficácia e a eficiência. Esta metodologia caracteriza-se por um acompanhamento e avaliação contínua do desempenho dos objetivos definidos.

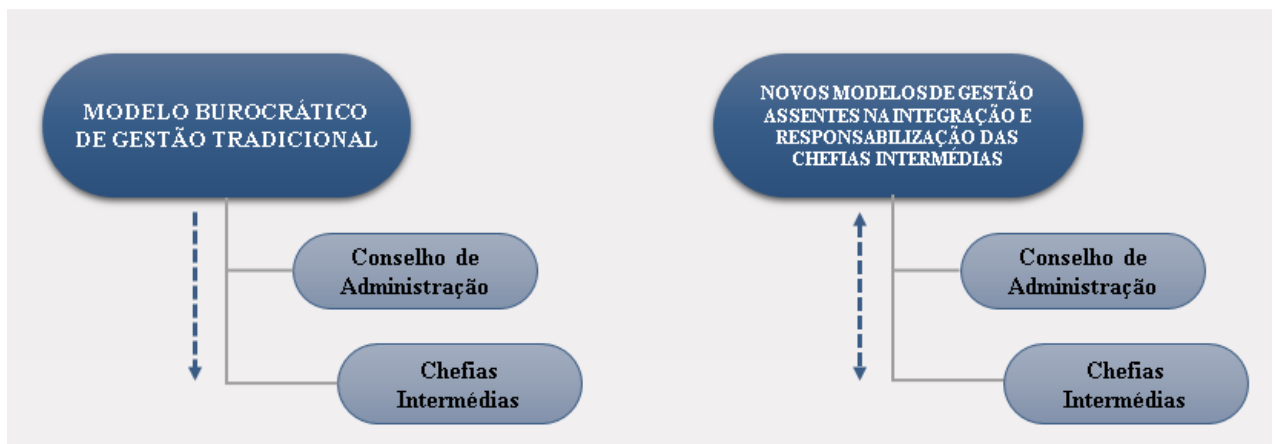
De forma a que os objetivos fixados não se tornem pouco ambiciosos ou impossíveis de alcançar, a Gestão por Objetivos assenta no Método SMART (*Specific, Measurable, Attainable, Realistic and Times-bound*), onde os objetivos deverão ser específicos, mensuráveis, atingíveis, realistas e temporalmente definidos (Drucker, 2001).

Os Departamentos ou Serviços deverão intervir na fase de planeamento que precede o processo de Contratualização Externa, envolvendo e responsabilizando, assim, a gestão intermédia na prossecução dos resultados a atingir. Este processo, deverá ao longo do ano, implementar medidas de avaliação e acompanhamento do desempenho de modo a ser possível ajustar os resultados durante o período em análise, retificando em tempo útil os desvios face às metas estabelecidas.

Semelhante ao que acontece no processo de Contratualização Externa, também aqui o sistema de incentivos, deverá ter um papel preponderante, tendo como objetivo impulsionar o cumprimento de metas e objetivos acordados. Estes reconhecimentos podem adotar diversas formas, seja por bónus financeiros, por prémios de reconhecimento ou outros de acordo com o estabelecido na Instituição (ACSS, 2022a).

A Contratualização Interna visa promover maior transparência e rigor, outorgando autonomia e responsabilidade tendo como objetivo ganhos de eficiência na gestão, ou seja, quanto maior o envolvimento do Serviço ou Departamento maior o comprometimento com as metas a alcançar (Matos et al, 2010). A Figura 5 apresenta a oposição entre o Modelo Burocrático de Gestão e os Novos Modelos de Gestão.

Figura 5 - Modelo Burocrático de Gestão vs Novos Modelos de Gestão



Fonte: Elaboração própria com base em Ribeiro (2021).

Durante este processo existem alguns instrumentos de controlo e gestão estratégica aos quais devemos recorrer (Ribeiro, 2021):

- BSC, ferramenta de gestão estratégica que se traduz em objetivos, indicadores, metas e atividades tangíveis, através de quatro dimensões relacionadas entre si, financeira, do cliente, de processos internos e de aprendizagem;
- Gestão matricial, abordagem de gestão centrada na estruturação de equipas multifuncionais onde se identifica um responsável para cada parte específica das tarefas a desenvolver na organização;
- Indicadores-Chave de desempenho (da sigla em inglês KPIs²), são métricas quantitativas que avaliam o desempenho da organização, monitorizando a evolução relativamente aos objetivos estabelecidos.

1.4. *Balanced Scorecard*

Foi em 1992, que os professores Robert Kaplan e David Norton publicaram o artigo *“The Balanced Scorecard – Measures That Drive Performance”* na *Harvard Business Review*, decorrente do estudo que incidiu em 12 empresas norte-americanas de distintos setores, evidenciando uma lacuna na avaliação da atividade das empresas, que apenas consideravam indicadores financeiros de anos anteriores o que afetava a sua performance no futuro. Desta análise resultou a conceção da metodologia do BSC em vários artigos e livros acerca desta temática (Matos e Ramos, 2009). Esta ferramenta tem sido largamente utilizada tanto em empresas fornecedoras de serviços como de bens, vindo a ser melhorada e potencializada ao longo dos anos. Assim, de uma forma sintetizada apresentam-se no Quadro 10 os principais contributos dos vários autores que se debruçaram sobre o estudo do BSC.

² Key Performance Indicator Scorecards.

Quadro 10 - Contributo de Alguns Autores para a Ferramenta BSC

Autor	Contributo
Kaplan e Norton (1992)	Desenvolveram a metodologia do BSC com quatro perspectivas: financeira, clientes, processos internos e aprendizagem e crescimento. Permitindo que organização através de uma abordagem holística organização avalie sua performance tomando decisões mais eficazes.
Niven (2008)	Salienta a importância de definir claramente os objetivos estratégicos da organização antes da construção do BSC. Argumentando que os objetivos devem ser específicos, mensuráveis, alcançáveis, relevantes e temporais (SMART) e que cada objetivo deve ser vinculado a uma ou mais perspectivas.
Olve et al. (1999)	Defendem que a construção do BSC deva começar com uma análise da visão e missão da organização, seguida pela identificação dos <i>stakeholders</i> e dos fatores críticos de sucesso, permitindo que a organização desenvolva um conjunto de indicadores que reflitam seus objetivos estratégicos
Lynch e Cross (1991)	Dão ênfase à importância da comunicação e do envolvimento dos colaboradores na construção do BSC, justificando que a metodologia deve ser construída em colaboração com todas as áreas da organização e que os funcionários devem estar envolvidos desde o início do processo para garantir sua adesão e compromisso.
Marr e Schiuma (2003)	Destacam a importância da mensuração e monitorização dos indicadores do BSC no alcance dos seus objetivos estratégicos. A metodologia deve ser vista como um processo contínuo de aprendizagem e melhoria, onde os indicadores são revistos e ajustados regularmente

Fonte: Elaboração própria

Estes são apenas alguns dos autores que acrescentaram valor à metodologia ao BSC com os seus estudos. Na sua generalidade todos coincidem que esta deve ser adaptada às necessidades de cada organização e a sua implementação necessita de um compromisso entre todos os elementos da organização.

Para Kaplan e Norton (2008), o BSC é um instrumento estratégico assente em quatro processos:

- Esclarecer e traduzir a visão e a estratégia. Devem-se definir e clarificar os objetivos e metas para as quatro perspetivas (financeira, processos internos, clientes e aprendizagem e crescimento), sendo o início do *scorecard* (indicadores de desempenho). São também identificadas, em conjunto com as chefias intermédias, as medidas e os indicadores de desempenho de modo a mensurar a sua atividade e fomentando o contributo de toda a organização;
- Planear, estabelecer metas e alinhar iniciativas estratégicas. O BSC deve ser implementado para fomentar a mudança organizacional, através da definição de metas para o *scorecard*, delineando os objetivos para um período de tempo entre os 3 e os 5 anos. Este processo de planeamento permitirá, projetar os resultados a longo prazo, identificar procedimentos e maximizar os recursos, de forma a alcançar as metas fixadas. Ao longo do período em análise deverá fazer-se um acompanhamento periódico dos indicadores financeiros e não financeiros;
- Comunicar e associar objetivos e medidas estratégicas. A gestão de topo deve promover uma visão partilhada com toda a organização, divulgando quais os objetivos estratégicos, metas,

indicadores de desempenho e medidas estratégicas, que devem ser alcançados para conseguir o sucesso da organização;

- Melhorar o *feedback* e a aprendizagem estratégica. Para os autores, este será o processo mais importante, sendo que, o BSC possibilita aos gestores ter uma visão ampla e clara do exercício da organização, já que promove a comunicação contínua entre todos os colaboradores, tornando a gestão mais eficiente e eficaz e a tomada de decisão mais célere.

Promover o êxito financeiro, oferecer valor para os clientes, aperfeiçoar a eficiência dos processos internos e investir na aprendizagem e crescimento, são as quatro perspectivas que fornecem uma concepção integrada da atividade organizacional, sendo a missão, a visão e os valores da organização os pilares basilares do BSC, devendo responder a quatro questões elementares (Figura 6):

- Como nos veem os investidores? - Perspetiva financeira;
- Como nos veem os nossos clientes? - Perspetiva clientes;
- Em que processos a organização terá de ser excelente? - Perspetiva processos internos;
- A organização será capaz de continuar a melhorar e a criar valor? - Perspetiva de aprendizagem e crescimento.

Figura 6 - Perspetivas do BSC



Fonte: Elaboração própria com base Kaplan e Norton (1996).

A perspectiva financeira, é sustentada por medidas de desempenho financeiro, que avaliam a rentabilidade, o crescimento e a criação de valor para a organização. Segundo Kaplan e Norton (1996), não obstante qual a fase do ciclo em que a organização se encontra, fase de crescimento,

de maturidade ou de declínio, existem três pressupostos a considerar, o crescimento e diversificação dos rendimentos, a diminuição dos custos e aumento da produtividade e a utilização dos ativos de investimento.

Kaplan e Norton (1996) defendem que as empresas criam valor ao cliente oferecendo excelência operacional, na qualidade, no preço e na resposta às suas necessidades, estabelecendo uma relação de proximidade com o cliente e oferecendo ainda, um produto líder no mercado pelas suas características únicas. A perspectiva dos clientes avalia a performance relativamente à satisfação dos clientes de modo a tomar medidas que melhorem a qualidade dos seus produtos ou serviços. Além de medidas que têm como objetivo manter os clientes, há necessidade de potenciar formas de cativar novos clientes. Existem dois tipos de métricas nesta perspectiva, o *core measurement group* que compreende um conjunto de indicadores globais, como a satisfação, retenção, obtenção e lucratividade dos clientes e quota de mercado; e *customer value propositions*, onde a empresa avalia a eficácia da sua oferta, das técnicas utilizadas para cativar os clientes e reconhece oportunidades de melhoria relativamente às suas necessidades.

A perspectiva dos processos internos é constituída entre outros por processos de inovação, que têm como principais indicadores por exemplo, a percentagem de vendas de novos produtos ou serviços, o tempo de desenvolvimentos dos novos produtos e processos operacionais, que acompanham o circuito do produto ou serviço desde a encomenda do cliente à entrega do produto ou prestação do serviço, devendo ser controlados por indicadores que monitorizam a qualidade, o tempo do ciclo, valor dos custos, etc. Estes processos internos têm como finalidade identificar os processos críticos da organização, maximizando os recursos e alinhando os objetivos das partes com os objetivos do todo, sendo o foco a satisfação dos clientes. A cadeia de valor definida pela gestão de topo, deve ter no seu conteúdo processos de inovação para criação de valor a longo prazo e processos operacionais e acompanhamento pós-venda a curto prazo (Kaplan e Norton, 1996).

Relativamente à perspectiva da aprendizagem e crescimento sustem-se na capacidade para inovar, melhorando os processos e serviços. Esta perspectiva envolve a influência da organização nos recursos humanos, atendendo à sua satisfação, motivação, competências adquiridas e consequente efeito na produtividade.

Para Kaplan e Norton (1996) a organização deve disponibilizar informação pertinente para o cumprimento dos objetivos instituídos, através de planos, identificando riscos e incertezas, analisando os fatores críticos que criam valor, alinhando sempre a informação destinada ao exterior com a informação interna. Os recursos humanos deverão ser sensibilizados para a missão,

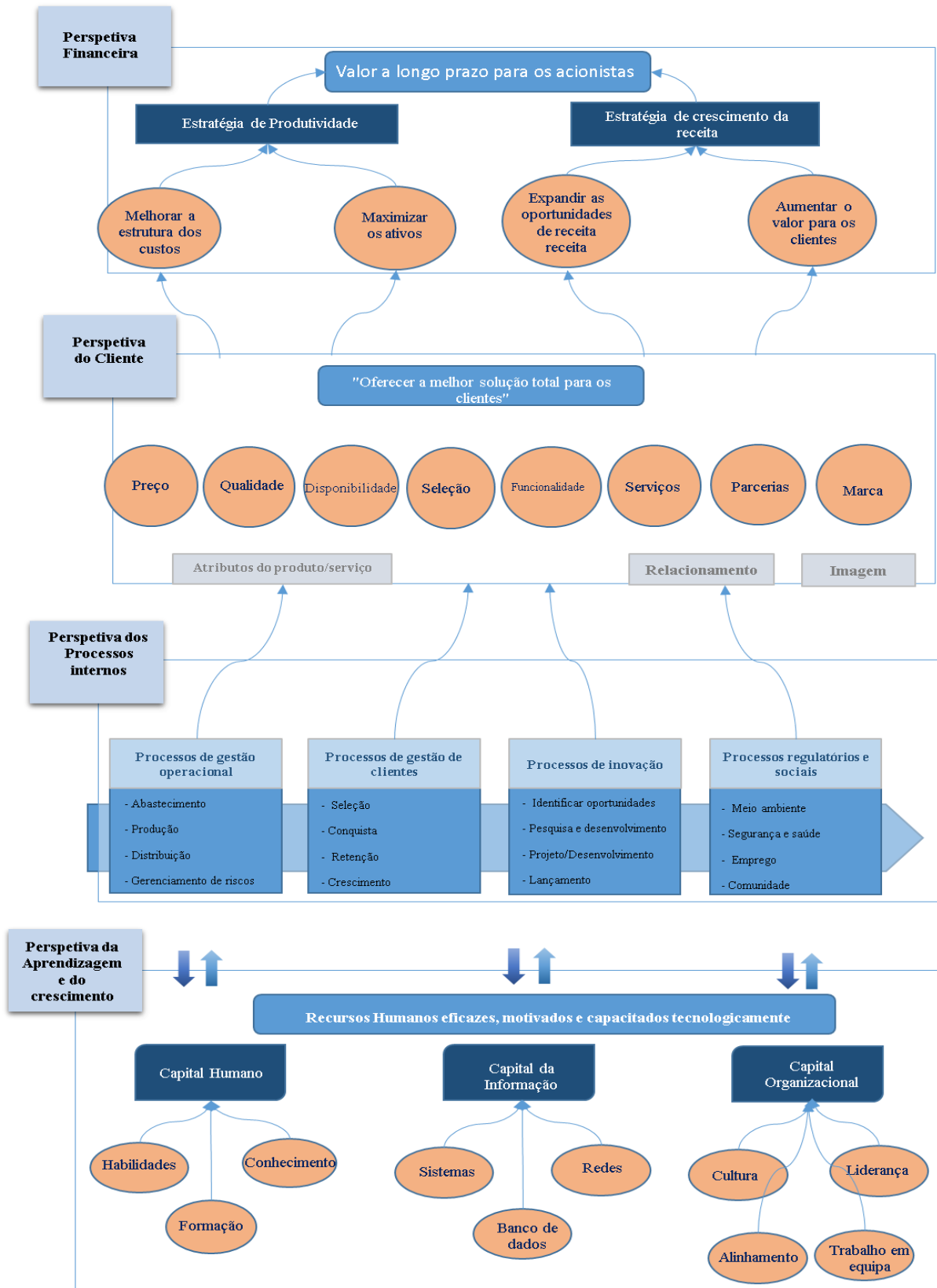
visão e valores da organização, promovendo uma organização motivada, onde subsista a ideia de unificação, de modo a que os objetivos dos profissionais estejam alinhados com os da organização.

A implementação desta metodologia permitirá tomar decisões mais rápidas, reduzir riscos, diminuir custos, elevar a produtividade, medir a eficiência e monitorizar a atividade. Assim, verificamos que o BSC é não só um sistema de avaliação de desempenho, mas também um sistema de gestão onde as organizações têm bem delineadas as suas metas e as estratégias para as alcançar (Kaplan e Norton, 1996).

Um dos elementos utilizado nesta metodologia é o mapa estratégico, que representa a relação e alinhamento dos objetivos em todas as perspetivas. Este tem como finalidade promover a comunicação clara e precisa da estratégia na organização, envolvendo todas as áreas e processos. Na sua generalidade estes são representados num diagrama de causa e efeito, mostrando de que forma os objetivos em cada uma das perspetivas contribuem para a eficácia e eficiência da organização. São constituídos pelos objetivos estratégicos e iniciativas, traduzindo-se as estratégias para ações concretas, permitindo a monitorização do cumprimento das metas, possibilitando assim ajustarem-se as medidas sempre que necessário. (Kaplan e Norton, 1996)

A Figura 7, mostra um exemplo da estrutura de um mapa estratégico, dividido nas quatro perspetivas estratégicas. Em cada uma delas podemos identificar as relações causa-efeito, permitindo perceber qual o grau de execução do planeado (Silva, 2017), isto é, os resultados e os indutores dos mesmos e a ligação aos objetivos financeiros, permitindo interligar os objetivos, fomentando a criação de valor e proporcionando uma visão integrada e sistemática da estratégia da organização.

Figura 7 - Mapa Estratégico



Fonte: Elaboração própria adaptado Kaplan e Norton (1996).

Os objetivos e as metas conjuntamente, traduzem-se em indicadores que avaliam o desempenho da organização, fazendo parte da origem do próprio BSC, já que, segundo Kaplan e Norton (1996) este avalia a curto e longo prazo os indicadores financeiros e não financeiros, conseguindo alcançar a missão e a visão da organização. Os indicadores devem ser escolhidos tendo em consideração a acessibilidade, a ligação à estratégia e a relevância sendo as relações causa-efeito um enfoque fundamental no BSC (Norreklit, 2000). Os objetivos definidos na base são aqueles que vão facilitar a execução dos objetivos do topo através do encadeamento e das relações de causa-efeito, caracterizando-se assim o BSC como um modelo flexível e ajustável à organização e podendo ser facilmente adaptado (Niven, 2008). Assim, cada perspetiva deve ter objetivos perceptíveis e sucintos tendo como foco o que a organização espera alcançar e metas que simplifiquem o desenvolvimento da estratégia traçada (Mestre, 2020). Os indicadores têm como função avaliar o grau de cumprimento dos objetivos, devendo estar sempre alinhados com as metas departamentais e com os colaboradores. Para Silva (2017) os indicadores devem ser claros e simples na sua interpretação, fiéis ao objetivo que se analisa e adequados e úteis à gestão na tomada de decisão. Devem ainda ser sustentados por informação sempre fiável e sem erros, devendo ter uma unidade de medida facilmente identificada. Estes devem ser indicadores de resultados (*lagging*) e indicadores de ação (*leading*). As metas, por sua vez, esclarecem o nível de desempenho dos indicadores estabelecidos. Baseiam-se em previsões, sendo por isso de extrema importância que sejam definidas com prudência de modo a serem passíveis de alcançar, de modo a não desmotivar os colaboradores com metas impossíveis de alcançar (Kaplan e Norton, 2000). Para concluir, as iniciativas são medidas determinadas para alcançar as metas sendo a força que afronta a inércia e a oposição à mudança da organização (Kaplan e Norton, 2009).

1.4.1. *Balanced Scorecard, Instrumento de Gestão nos Hospitais*

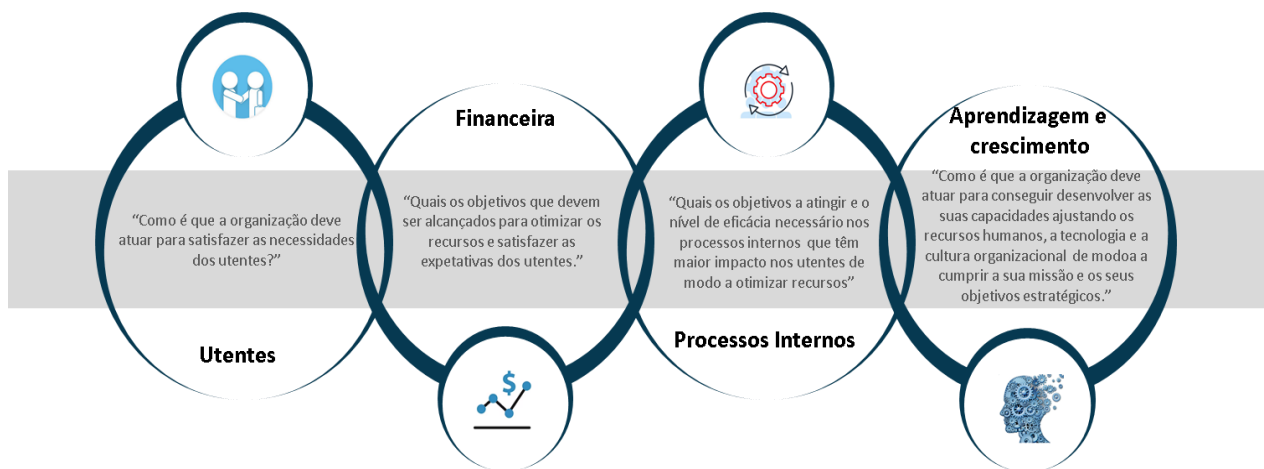
Particularmente no setor da saúde, Portugal, depara-se com questões como o desperdício de recursos, nível de endividamento superior ao recomendado e impostos elevados, sendo assim necessário tornar as instituições mais eficazes através de ferramentas de gestão que permitam mensurar e acompanhar o seu desempenho. Foi Griffith que em 1994 analisou a possibilidade de implementar o BSC em unidades de saúde (Griffith, 1994), tendo o BSC sido implementado em muitos hospitais como parte da estratégia de gestão, com o objetivo de melhorar a qualidade da prestação de cuidados de saúde, otimizando e maximizando os recursos disponíveis (Torres, 2010). Baseados no estudo que realizaram em nove organizações de saúde, Inamdar, Kaplan e Bower (2002), esclarecem que cada perspetiva deverá idealmente ter os seguintes pesos:

- Clientes – 33%;
- Processos Internos – 27%;
- Desempenho Económico e Financeiro – 23%;
- Aprendizagem e Crescimento – 17%.

Considerando todas as particularidades destas organizações houve necessidade de adaptar o modelo, reconhecendo a perspectiva do cliente como a ótica mais relevante, apesar de que com a empresarialização dos Hospitais se criaram melhores condições para a determinação dos objetivos económico-financeiros e de equilíbrio orçamental (Russo, 2015).

Segundo (Matos e Ramos, 2009), as limitações orçamentais não podem ser consideradas como incentivos para a melhoria dos processos e para a procura de eficiência, ou seja, os orçamentos não são respeitados na sua globalidade nem tão pouco o contratualizado. Assim, apresentam-se as características próprias, no setor público, das quatro perspectivas do BSC, através da Figura 8:

Figura 8 - Perspetivas do BSC no Setor Público



Fonte: Elaboração própria com base em: Russo (2015), Kaplan (2010), Matos e Ramos (2009).

A perspetiva dos utentes/clientes assume o papel principal tendo como base a missão, orientada para a satisfação das necessidades dos mesmos.

O desempenho financeiro é medido pelos indicadores que restringem e limitam a Instituição no âmbito financeiro, havendo necessidade de atingir o nível de eficiência estabelecido na Instituição.

A perspectiva dos processos internos, deriva da perspectiva dos utentes/clientes, dos seus indicadores e objetivos, sendo que a inovação tem uma função essencial no melhoramento dos processos internos.

A melhoria dos processos internos depende das capacidades e competências dos recursos humanos assim como dos recursos materiais disponíveis para a execução e desenvolvimento das suas tarefas, deste modo, a perspectiva de aprendizagem e crescimento, incentiva a formação contínua e o aperfeiçoamento.

A implementação do BSC no contexto hospitalar permite a adoção de mecanismos de gestão, que se forem corretamente aplicados, minimizam as ameaças, ajustando estratégias com objetivos claros e políticas adequadas de gestão, identificando os processos que necessitam ser melhorados. A criação de indicadores específicos centrados nos fatores críticos da Instituição, do departamento ou do serviço responsabilizam de forma eficaz os intervenientes no processo de contratualização, envolvendo, assim, todos os níveis da organização no cumprimento dos objetivos estabelecidos. Por outro lado, complementam os sistemas de avaliação estabelecidos pela Entidade Reguladora da Saúde (ERS), ACSS ou ARS, que reportam apenas informação com base no histórico, apresentando assim uma gestão dinâmica que reage rapidamente às contrariedades de um mercado em constante mudança. O BSC permite ajustar estratégias de acordo com cada situação sendo este um modelo flexível.

Existem relatos de vários casos de sucesso em hospitais como o *Duke Children's Hospital*, nos Estados Unidos da América que utiliza esta ferramenta desde 1996, sentindo-se os seus efeitos no ano 2000, onde, a satisfação dos utentes aumentou 18 %, a dos profissionais 45%, a demora média no internamento passou de 7,9 dias para 6,1, a taxa de readmissões cifrou-se em 3% face aos anteriores 7%, apresentando ao mesmo tempo um decréscimo no custo por utente que diminuiu em cerca de 5.000 dólares, o que levou consequentemente o hospital a sair da situação de prejuízo em que se encontrava (Meliones, 2000).

O *Mackay Memorial Hospital* em Taiwan implementou o modelo BSC em 2001, conseguindo robustecer a sua vantagem competitiva como era o seu objetivo, sendo as razões fundamentais para este sucesso o envolvimento de todas as partes do processo, e integração do BSC no processo de Contratualização Interna com os Departamentos e por consequência na Contratualização Externa. Entre as melhorias verificadas destacam-se, o acréscimo de 17.894 milhões de dólares no rendimento global, a satisfação dos utentes passou para 91,9%, o aumento da prestação de cuidados de saúde a utentes com carências financeiras, sociais ou físicas passou de 82.350

atendimentos para 97.658 e os Projetos de investigação aumentaram de 46 para 61 (Chang et al, 2008).

1.5. Vantagens e Limitações do BSC nos Hospitais

A implementação do BSC nos hospitais apresenta inúmeras vantagens que a seguir se discriminam (Matos e Ramos, 2009):

- Alinhamento estratégico do hospital com a sua visão estratégica, dando a conhecer a todos os colaboradores quais os objetivos e qual a importância do trabalho individual no cumprimento das metas da organização;
- Monitorização e avaliação contínua da qualidade dos serviços, ajudando a identificar áreas que necessitam de ser melhoradas e traçando novas estratégias;
- Melhoria da gestão financeira através de uma maior informação dos gestores acerca do orçamento e dos investimentos, possibilitando assim, uma tomada de decisão mais precisa, maximizando a alocação de recursos e reduzindo custos desnecessários;
- O foco é a prestação de cuidados de saúde com qualidade satisfazendo assim as necessidades do utente, identificando áreas que devem ser melhoradas, aumentando a fidelidade do utente, melhorando a reputação do hospital;
- Melhoria da comunicação interna, aumentando a cooperação entre os diferentes departamentos e equipas;
- Identificação de problemas e a procura de soluções seguindo a causa-efeito que interligam os vários objetivos;
- Ajuste atempado da estratégia traçada se não estiver a funcionar;
- Os incentivos são essenciais para motivar os colaboradores orientando-os para fornecer serviços de qualidade.

Contudo existem também algumas limitações (Russo, 2015):

- A sua implementação pode ser complexa, sendo que, a definição de métricas e objetivos estratégicos em todas as áreas envolve um grande volume de informação que deve ser tratada e gerida, de modo a que o que chega seja efetivamente pertinente e ajustado à situação;
- A resistência à mudança é outro fator que pode limitar a implementação do BSC, já que, irá envolver uma mudança significativa na forma como a gestão e a operacionalização é feita;
- Devido à complexidade dos processos que envolvem o atendimento ao utente pode haver dificuldade em medir resultados, sendo que, engloba, competências dos recursos humanos,

disponibilidade de recursos materiais e vários tipos de doenças e tratamentos, podendo dificultar a avaliação dos resultados estabelecidos numa única medida do BSC;

- Apesar do BSC ser uma ferramenta que auxilia o equilíbrio das medidas económico-financeiras, o foco excessivo em indicadores financeiros, em detrimento de outros indicadores importantes, como os de qualidade, pode prejudicar o desempenho da Instituição;
- A dependência do funcionamento do hospital com os ciclos políticos pode gerar conjunturas de instabilidades ou mesmo de alteração ou suspensão de estratégias já traçadas, promovendo-se os objetivos financeiros e operacionais de curto prazo em prejuízo dos de longo prazo;

De modo a garantir que a metodologia BSC seja utilizada de forma eficaz e eficiente é necessário considerar tanto as vantagens como as limitações da sua implementação.

CAPÍTULO II– CARACTERIZAÇÃO DA ULSG E DO DEPARTAMENTO DE SAÚDE DA CRIANÇA E DA MULHER

Neste capítulo, caracteriza-se a Unidade Local de Saúde da Guarda e o Departamento de Saúde da Criança e da Mulher onde o Projeto é desenvolvido relativamente ao seu enquadramento legal, unidades funcionais, visão missão e valores, bem como a sua envolvente interna e externa.

2.1. Caracterização da Unidade Local Saúde da Guarda

A ULSG foi constituída pessoa coletiva de direito público de natureza empresarial em 01 de outubro de 2008, pelo Decreto-lei n.º 183/2008, de 4 de setembro, sendo-lhe atribuída autonomia administrativa, financeira e patrimonial. Enquanto unidade integrante do SNS a ULSG, rege-se pelos princípios e regras constantes do Decreto-Lei n.º 18/2017, de 10 de fevereiro.

2.1.1. Envolvente Externa

A área de influência da entidade abrange cerca de 137.743 habitantes distribuídos pelos 13 concelhos do distrito da Guarda (Almeida, Celorico da Beira, Figueira de Castelo Rodrigo, Fornos de Algodres, Gouveia, Guarda, Manteigas, Mêda, Pinhel, Sabugal, Seia, Trancoso e ainda Vila Nova de Foz Côa), aos quais presta cuidados integrados de saúde na dimensão dos Cuidados de Saúde Primários (CSP), Cuidados de Saúde Hospitalares ou Diferenciados (CSH) e Cuidados Paliativos e de Convalescença. Possui ainda, uma Unidade de Saúde Pública (USP), com competências de autoridade de saúde, sendo a única no distrito, compreendendo uma área de 5.328 Km², desenvolvendo ainda, atividades de investigação, formação e ensino.

A baixa densidade populacional na maioria dos concelhos agravada pela tendência do interior e até do próprio país relativamente ao êxodo dos jovens para o estrangeiro e para os grandes centros urbanos, assim como, o índice de envelhecimento, o índice de dependência de idosos e de longevidade acima do índice nacional, acarreta ainda mais desafios para a Instituição. Acrescendo ainda a estas questões o baixo nível socioeconómico da população, a baixa literacia em saúde junto com a elevada dispersão geográfica da área de influência e um saldo natural negativo refletido por um aumento dos óbitos e um baixo nível de nados vivos.

2.1.2. Envolveinte Interna

Nos últimos anos as novas reformas e medidas do SNS, que têm como objetivo a eficiência e a eficácia das instituições, obrigam a uma melhoria contínua dos indicadores de saúde.

De acordo com o Relatório de Gestão e Contas de 2022, publicado no sítio da internet, a ULSG tem como **missão** “a prestação integrada de Cuidados de Saúde Primários, Hospitalares, Paliativos e de Convalescença à população da sua área de influência, com mobilização ativa da comunidade envolvente, tendo em vista o incremento dos níveis de saúde e bem-estar. Assegura ainda as atividades de serviços operativos de saúde pública e os meios necessários ao exercício das competências da autoridade de saúde na área geográfica por ela abrangida, bem como atividades de investigação, formação e ensino”³.

A sua **visão** é “ser reconhecida por utentes, colaboradores e demais entidades como uma organização que assegura uma resposta de elevada qualidade às necessidades de saúde dos seus utentes ao longo do ciclo de vida, pautando-se por rigorosos princípios de eficiência e responsabilidade na vertente económica, financeira, social e ambiental”³.

Os valores da ULSG enquanto unidade prestadora de cuidados de saúde são o Humanismo, a Equidade, a Cooperação, a Ética e Deontologia Profissional, o Rigor e a Inovação.

A ULSG, tem uma estrutura orgânica vertical constituída de acordo com a Anexo I.

2.1.3. Cuidados de Saúde Prestados

De entre os cuidados de saúde prestados à população abrangida, destacam-se os CSP incluídos no Departamento de CSP que integra quatro tipos de unidades funcionais, Unidades de Saúde Familiar (USF), Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP), Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC) e USP.

Os cuidados de saúde hospitalares são assegurados por dois hospitais que oferecem cuidados especializados, um localizado na Guarda, HSM e outro em Seia, HNSA.

Os Cuidados Paliativos são prestados por uma Unidade de Cuidados Paliativos (UCP), uma Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos (ECSCP) e uma Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos (EIHSCP).

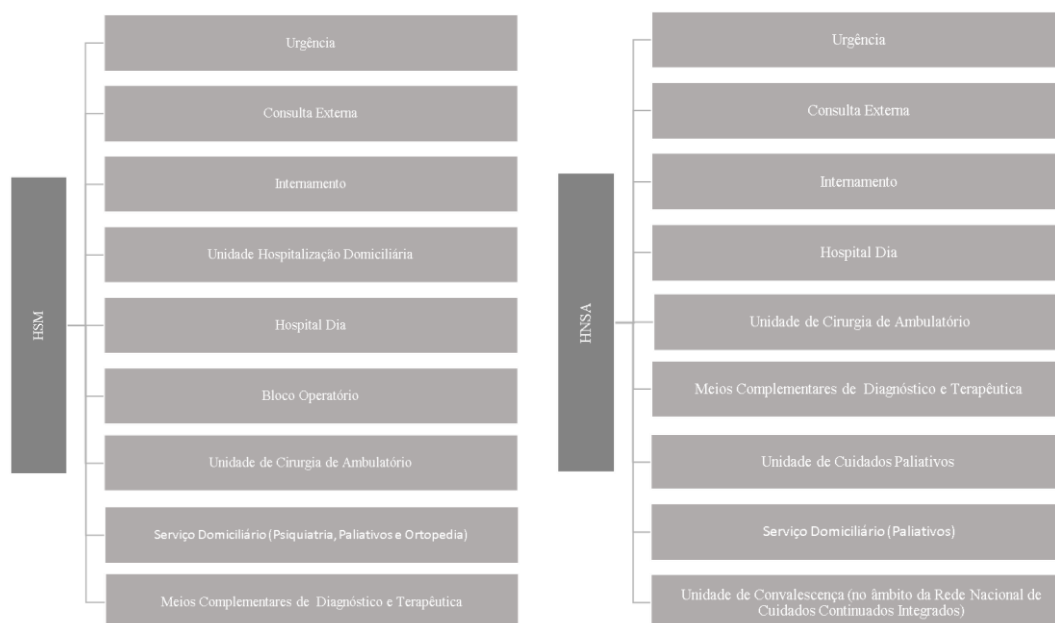
³ <https://www.ulsguarda.min-saude.pt/category/institucional/instrumentos-de-gestao/>.

Os Cuidados Continuados estão incluídos na Rede Nacional dos Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), sendo garantidos por uma Unidade e Convalescença (UC) e uma Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI).

2.1.3.1. Cuidados de Saúde Hospitalares

Tendo este Projeto como foco os Cuidados Hospitalares, é relevante caracterizar as unidades de saúde que prestam este nível de Cuidados na ULSG. Como já referido, o HSM da Guarda e o HNSA de Seia, prestam Cuidados Diferenciados à área de abrangência da ULSG. A Figura 9 representa a oferta de serviços e as diferentes linhas de produção:

Figura 9 - Áreas Disponíveis por Hospital



Fonte: Elaboração Própria com base na Unidade Local de Saúde da Guarda (2023b).

Os Cuidados de Saúde Hospitalares da ULSG, são estruturados por departamentos e áreas de Gestão, com níveis intermédios de gestão, sendo-lhe atribuído um elevado grau de autonomia e responsabilidade. Apenas dois departamentos estão efetivamente constituídos, Departamento de Saúde da Criança e da Mulher e Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental.

No final do ano 2022, o internamento hospitalar apresentava 309 camas, distribuídas por 263 camas no HSM e 46 no HNSA, além das camas que não são contabilizadas para a lotação que é

o caso das 5 camas da Unidade de Hospitalização Domiciliária (UHD), as 12 do Berçário e as 16 da Convalescença (no âmbito da RNCCI).

2.1.3.2. Recursos Humanos da ULSG

De acordo com o Quadro 11, em 31 de dezembro de 2022 a ULSG apresentava 2.279 colaboradores no seu mapa de pessoal efetivo, e 196 prestadores de serviço, concentrados no Pessoal Médico, sendo que o grupo profissional mais representativo é o de Enfermagem com 36%, seguido dos Assistentes Operacionais com 28% e o Pessoal Médico com 14%. Verifica-se um aumento de 10 profissionais com vínculo e mais 66 prestadores de serviço, face ao período homólogo.

Quadro 11- Recursos Humanos por Grupo e Vínculo 2021/2022

Grupo Profissional	N.º trabalhadores com vínculo			Prestação de Serviço		
	2021	2022	Δ% 2022/2021	2021	2022	Δ% 2022/2021
Conselho de Administração	9	8	-11,1%	0	0	0,0%
Pessoal Dirigente	18	17	-5,6%	0	1	0,0%
Pessoal Médico	299	316	5,7%	130	193	48,5%
Pessoal Téc. Superior de Saúde	27	29	7,4%	0	0	0,0%
Técnico Superior	51	47	-7,8%	0	1	0,0%
Pessoal Docente	0	0	0,0%	0	0	0,0%
Pessoal de Informática	12	11	-8,3%	0	0	0,0%
Pessoal de Enfermagem	817	816	-0,1%	0	0	0,0%
Pessoal Técnico Diagnóstico e Terapêutica	147	147	0,0%	0	0	0,0%
Assistente Técnico	245	246	0,4%	0	1	0,0%
Assistente Operacional	644	642	-0,3%	0	0	0,0%
Outro pessoal	0	0	0,0%	0	0	0,0%
TOTAL	2.269	2.279	0,4%	130	196	50,8%

Fonte: Elaboração Própria com base na Unidade Local de Saúde da Guarda (2023a).

A sede e os hospitais contam com 1.687 profissionais representando 74% do total de recursos humanos da ULSG, contando ainda com 27 profissionais dedicados ao Serviço de Urgência Básica de Vila Nova de Foz Côa e 565 nos CSP.

2.1.3.3. Análise da Posição Económica e Financeira

O ano de 2022 foi o resultado do contexto pandémico sentido em 2020 e 2021, com efeitos diretos e imediatos no SNS, provocando o aumento das despesas com aquisição de bens e serviços e despesas com o pessoal, que se traduziu no incremento da despesa corrente.

A ULSG no ano em apreço, apresenta um desempenho económico-financeiro, que expressa um agravamento da conjuntura da Instituição.

O Quadro 12, mostra um EBITDA⁴ negativo em 13.731.898,74€, um Resultado Operacional de -17.587.599,52€ e um Resultado Líquido do Exercício de menos -17.676.125,28€.

Quadro 12- EBITDA, Resultados Operacionais e Líquidos do Exercício

Indicadores	2021 Realizado	Acumulado 4º Trimestre 2021	Orçamento 2022	2022	Δ 2022/2021	Δ% 2022/2021
EBITDA	-11.802.740,70	-12.912.271,10	-18.348.634,15	-13.731.898,74	-819.627,64	6,35%
Resultados Operacionais	-15.025.637,25	-16.895.452,89	-21.706.279,29	-17.587.599,52	-692.146,63	4,10%
Resultado Líquido do Exercício	-15.199.275,71	-17.059.955,28	-21.881.339,30	-17.676.125,28	-616.170,00	3,61%

Fonte: Elaboração Própria com base na Unidade Local de Saúde da Guarda (2023c).

Os indicadores Económico Financeiros (Quadro 13) envolvem um conjunto de rácios que possibilitam a análise da ULSG enquadrada na dimensão da Liquidez, Rentabilidade, Atividade e Estrutura Financeira da Instituição, onde conseguimos perceber a capacidade de cumprimento das responsabilidades a curto prazo da Instituição, como pagamento de dívidas a fornecedores, Estado, outros credores correntes e amortização de financiamento com maturidade inferior a 1 ano, observando-se uma melhoria em todos eles.

Os indicadores de Rendibilidade avaliam o desempenho da Instituição, logo, a Rendibilidade Operacional do Volume de Negócios traduz a rendibilidade da ULSG depois de regularizados todos os gastos de exploração, como Consumos de Materiais, Fornecimentos e Serviços Externos (FSE), Pessoal, Depreciações e Amortizações, apresentando em 2022, menos 15,54%, resultante de um Resultado Operacional negativo.

⁴ Earnings Before Interest, Taxes, Depreciation and Amortization.

Exprimindo a eficiência na Gestão dos Créditos Comerciais e do Fundo de Maneio da Instituição, o rácio de Atividade tem como indicadores principais, o Prazo Médio de Recebimento (PMR) e o Prazo Médio de Pagamento (PMP). A ULSG mostra uma diminuição de 5 dias no PMR comparativamente a 2021 e relativamente ao PMP a Instituição melhorou em 48 dias face a 2021.

Os rácios da estrutura financeira são uma medida que avalia o financiamento auxiliando a Instituição a estimar a solidez financeira e a capacidade de pagar as suas dívidas. O Grau de Autonomia Financeira varia entre 0 e 1 podendo, contudo, assumir valores negativos quando o capital próprio for negativo, assim, quanto maior for este rácio mais financiamento próprio a Instituição possui e menos depende de financiamento externo, representando a solidez da Instituição. A ULSG assume um valor negativo de 13,63%, o que mostra a carência de capacidade para solver os seus compromissos não correntes, melhorando, porém, 9,96% relativamente ao período homólogo. O indicador da Solvabilidade demonstra que a ULSG, apesar da melhoria em 7,10% relativamente a 2021, não tem património líquido no final do ano de 2022 capaz de solver os seus compromissos, já que o peso dos capitais investidos no total dos capitais alheios reflete menos 11,99%. O Grau de Endividamento confirma a inexistência de capacidade imediata de solver os seus compromissos, cifrando-se em 113,63%.

Quadro 13 - Indicadores Económico-Financeiros 2021/2022

Dimensão	indicador	Fórmula de Cálculo	Ano 2021	Ano 2022
Liquidez	Liquidez Geral	Ativo Corrente/Passivo Corrente (CP)	39,31%	42,49%
	Liquidez Reduzida	Ativo Corrente-Inventários/Passivo Corrente (CP)	36,35%	39,25%
	Liquidez imediata	Disponibilidades/Passivo Corrente (CP)	2,67%	4,65%
Rentabilidade	Rendabilidade Operacional do VN	Resultados Operacionais (EBIT)/Volume de Negócios*100	-13,24%	-15,54%
	Taxa Margem Bruta	Margem Bruta/volume de Negócios*100	84,60%	86,33%
	Rendabilidade do Património Líquido	RL/PL*100	0,65%	138,12%
	Rendabilidade Operacional do Ativo	Resultados Operacionais(EBIT)/Ativo*100	-15,27%	-18,62%
Atividade	Grau de Rotação do ativo	Volume de Negócios/Ativo	115,27%	119,83%
	Prazo Médio de Inventários	Saldo Médio de Inventários/Saldo Médio Custo das Vendas	71 Dias	81 Dias
	PMR	SM Clientes/SM Volume de Negócios*365	123 Dias	118 Dias
	PMP	SM Fornecedores/Saldo Médio (compras+FSE)*365	228 Dias	180 Dias
	PMP - Programa pagar a tempo e horas	SM (F+FI)/SM (cCompras+FSE+Aq.Imobilizado)*365	224 Dias	175 Dias
Estrutura Financeira	Autonomia Financeira	PL/Ativo	-23,59%	-13,63%
	Solvabilidade	PL/Passivo	-19,09%	-11,99%
	Grau de cobertura dos gastos financeiros	RO/Gastos Financeiros	14137,57%	14045,68%
	Endividamento	Passivo/Ativo	123,59%	113,63%

Fonte: Elaboração Própria com base na Unidade Local de Saúde da Guarda (2023a).

Relativamente aos Indicadores Orçamentais são medidas utilizadas para avaliar a situação financeira da Instituição com base no Orçamento. De acordo com o Quadro 14, verifica-se que o Grau de Execução Orçamental da Receita e da Despesa se fixou em 79,1% e 76,41% respetivamente.

Tanto o Saldo Corrente como o Saldo Global apresentam-se negativos, efeito da diferença entre a Receita Corrente e a Despesa Corrente, sendo a receita inferior à despesa.

Relativamente à receita cobrada e despesa paga, observando os valores que foram previstos e orçamentados para o ano 2022, o grau de execução ficou muito abaixo do esperado.

No que respeita à receita cobrada e despesa paga, tendo em conta os valores orçamentados e previstos para 2022 (Grau de Execução), as mesmas ficaram aquém do expectável, conforme evidenciado no Quadro 14.

Quadro 14 - Indicadores Orçamentais

Indicador	Fórmula de Cálculo	Valor
Grau de Execução Orçamental da receita	Receita cobrada líquida/Previsões corrigidas	79,17%
Grau de Execução Orçamental da despesa	Despesa paga Líquida/Dotações corrigidas	76,41%
Indicador de estrutura da receita efetiva	Receita cobrada efetiva/Total receita cobrada efetiva	82,45%
Indicador de estrutura da despesa efetiva	Despesa paga efetiva/Total despesa paga efetiva	100,00%
Saldo Corrente	Receita corrente-Despesa corrente	-19.358.984,31
Saldo de Capital	Receita de capital-Despesa de capital	-1.539.451,73
Saldo Primário	Receita efetiva-Despesa efetiva+Juros e outros encargos	-20.840.264,43
Saldo Global	Receita efetiva-Despesa efetiva	-20.892.060,76
Grau de Realização das Liquidações	Recebimentos/Liquidações	100,59%
Grau de Execução das Obrigações	Pagamentos/Obrigações	83,85%

Fonte: Elaboração Própria com base na Unidade Local de Saúde da Guarda (2023a).

2.2. Caracterização do Departamento de Saúde da Criança e da Mulher

De modo a que, o estudo seja o mais pormenorizado possível em todas as suas áreas de abrangência e considerando que este Projeto recai sobre o DSCM do HSM, é importante caracterizar o mesmo na sua constituição e envolvente externa e interna.

A origem dos departamentos adveio da Teoria Clássica através da corrente filosófica administrativa, fomentada por Henri Fayol, a qual defendia veemente a Estrutura Organizacional, de modo a alcançar a máxima eficiência e eficácia. Na generalidade a estrutura organizacional do modelo de departamentalização, divide a organização em pequenas unidades que se coordenam de modo a alcançar os objetivos estratégicos a que se propõem, possibilitando um melhor conhecimento da área que integram (Soto, 2002).

A departamentalização caracteriza-se por ter uma estrutura vertical, hierarquicamente definida da direção para a execução das tarefas, sendo essencial definir critérios, decidir acerca do nível de centralização e descentralização no âmbito das funções e ainda estabelecer a dimensão da supervisão de modo a que no final seja possível estruturar o departamento num organograma. Os departamentos nas organizações de saúde surgiram com a necessidade de incentivar o trabalho multidisciplinar através de equipas multiprofissionais.

No caso dos hospitais a departamentalização é determinada pelos atributos homogêneos das especialidades e objetivos comuns, tendo como fim simplificar de forma eficiente a gestão dos recursos humanos, financeiros, tecnológicos e materiais disponíveis. Vantagens como a especialização e a rapidez com que a informação flui dentro do departamento, o conhecimento mais aprofundado da área de intervenção e das suas peculiaridades, possibilitam uma monitorização e análise mais precisa dos resultados. A grande desvantagem deste modelo pode ser a limitação do campo de ação e da visão promovida pela sua forma descentralizada e extrema especialização (Senhoras, 2007).

O DSCM da ULSG é parte integrante do HSM, constituindo um setor estratégico estabelecido pela necessidade de aumentar a qualidade na prestação de Cuidados Diferenciados e de referência nas áreas da criança do adolescente e da mulher, no âmbito da Obstetrícia/Ginecologia, da Pediatria e da Neonatologia. Tem como foco a proximidade das necessidades da população, que por se encontrarem no interior do país têm mais dificuldades de acesso a este tipo de cuidados, reduzindo assim as desigualdades e contribuindo também para a educação e investigação materno-infantil.

Foi constituído em 2016, como uma Unidade de Gestão Intermédia, sendo nos termos das suas competências uma unidade autónoma e em articulação com o CA. É composta por equipas multidisciplinares e multiprofissionais com conhecimentos técnicos comuns, que têm como propósito garantir uma prestação de cuidados eficiente e eficaz através da articulação e a organização dos recursos disponíveis.

O DSCM deverá reger-se por valores como o respeito pela dignidade humana, qualidade, que garantam a melhor prestação de cuidados centrando o seu desempenho no bem-estar das mulheres, crianças e famílias assim como na comunidade onde se encontram inseridas.

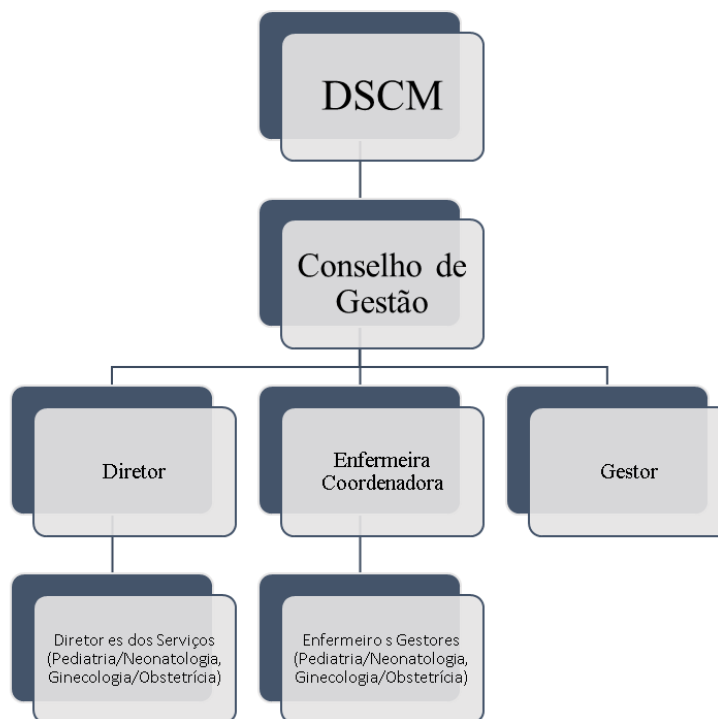
A sua visão deverá pretender tornar-se numa unidade de referência na prestação de cuidados de saúde na área da criança e da mulher, privilegiando sempre praticas clinicas humanizadas e de excelência, promovendo o conhecimento, a inovação e uma cultura interna de satisfação entre os profissionais.

Como missão terá a prestação de cuidados de qualidade na área da saúde da criança e da mulher da sua área de abrangência, promovendo a eficiência e eficácia, assim como o desenvolvimento dos profissionais, fortalecendo a cultura de espírito de equipa e pertença ao Departamento.

O Departamento encontra-se numa fase de reorganização, já que decorrem neste momento as obras de requalificação do edifício que irá acolher o DSCM, com os serviços de Pediatria, Obstetrícia, Urgência Pediátrica e Obstétrica, Neonatologia e Ginecologia.

O DSCM tem uma estrutura hierárquica vertical distribuída conforme Figura 10:

Figura 10 - Estrutura Hierárquica



Fonte: Elaboração Própria com base: Unidade Local de Saúde da Guarda (2023b).

2.2.1. Envolve Externa

A área de influência do DSCM corresponde à da ULSG, servindo uma população infantojuvenil de cerca de 18.571 indivíduos com idades compreendidas entre os 0 e os 19 anos (crianças no grupo etário dos 0 aos 14 anos e adolescentes no grupo etário dos 15 aos 19 anos), distribuídos por 9.446 do sexo masculino e 9.125 do sexo feminino, representando 13,48% da população da área de abrangência da ULSG, distribuídos pelos concelhos de Almeida, Celorico da Beira, Figueira de Castelo Rodrigo, Fornos de Algodres, Gouveia, Guarda, Manteigas, Mêda, Pinhel, Sabugal, Seia, Trancoso e Vila Nova de Foz Côa (Quadro 15).

Quadro 15 - População Infantil e Juvenil por Género 2021

Concelho	Homens					Mulheres					Total Geral
	0 - 4 anos	5 - 9 anos	10 - 14 anos	15 - 19 anos	Total	0 - 4 anos	5 - 9 anos	10 - 14 anos	15 - 19 anos	Total	
Almeida	51	71	61	85	268	52	61	64	94	271	539
Celorico da Beira	86	103	119	155	463	78	105	128	148	459	922
Figueira de Castelo Rodrigo	74	95	81	103	353	70	98	90	84	342	695
Fornos de Algodres	65	55	70	82	272	65	74	71	94	304	576
Gouveia	147	182	227	249	805	162	171	229	206	768	1.573
Guarda	694	688	880	1.028	3.290	656	758	810	928	3.152	6.442
Manteigas	33	33	35	55	156	39	33	41	56	169	325
Mêda	69	62	64	92	287	55	60	83	83	281	568
Pinhel	74	114	147	178	513	96	95	105	159	455	968
Sabugal	123	145	134	176	578	125	129	155	172	581	1.159
Seia	327	350	383	449	1.509	279	351	387	406	1.423	2.932
Trancoso	112	117	165	183	577	104	119	127	153	503	1.080
Vila Nova de Foz Côa	84	82	96	113	375	79	97	117	124	417	792
Total	1.939	2.097	2.462	2.948	9.446	1.860	2.151	2.407	2.707	9.125	18.571

Fonte: Elaboração própria Baseado nos Indicadores demográficos do Instituto Nacional de Estatística.

Conforme a Figura 11, observa-se que nos últimos 10 anos houve uma acentuada diminuição da população com menos de 20 anos (-6.290 crianças e adolescentes).

Figura 11 - Crianças e Jovens 2011/2021



Fonte: Elaboração própria Baseado nos Indicadores demográficos do Instituto Nacional de Estatística.

Este cenário é reflexo dos efeitos da diminuição da taxa de fecundidade essencialmente em Figueira de Castelo Rodrigo e Almeida (Quadro 16).

Quadro 16- Taxa de Fecundidade 2020/2011

Concelho	Taxa de fecundidade geral (%)		Δ (pp) 2021/2020
	2011	2020	
Almeida	29,4	17,5	-11,9
Celorico da Beira	28,2	31,5	3,3
Figueira de Castelo Rodrigo	51,1	35,3	-15,8
Fornos de Algodres	22,6	33,8	11,2
Gouveia	32,7	25,8	-6,9
Guarda	33,2	35,9	2,7
Manteigas	21,1	34,4	13,3
Mêda	29,3	26,1	-3,2
Pinhel	22,7	23,4	0,7
Sabugal	25,8	29,5	3,7
Seia	28,9	25,8	-3,1
Trancoso	30,5	24,1	-6,4
Vila Nova de Foz Côa	34,5	21	-14

Fonte: Elaboração própria Baseado nos Indicadores demográficos do Instituto Nacional de Estatística.

Os nados-vivos diminuíram em 243 no ano 2021 representando uma redução de 25,26% no total de nados-vivos da área de abrangência do Departamento (Quadro 17).

Quadro 17- Nados-Vivos 2011/2021

Concelho	Nados-vivos		Δ 2021/2020	Δ % 2021/2020
	2011	2021		
Almeida	38	12	-26	-68,42%
Celorico da Beira	43	29	-14	-32,56%
Figueira de Castelo Rodrigo	59	33	-26	-44,07%
Fornos de Algodres	24	18	-6	-25,00%
Gouveia	85	49	-36	-42,35%
Guarda	328	268	-60	-18,29%
Manteigas	14	19	5	35,71%
Mêda	26	14	-12	-46,15%
Pinhel	41	26	-15	-36,59%
Sabugal	49	48	-1	-2,04%
Seia	147	125	-22	-14,97%
Trancoso	62	48	-14	-22,58%
Vila Nova de Foz Côa	46	30	-16	-34,78%
Total	962	719	-243	-25,26%

Fonte: Elaboração própria Baseado nos Indicadores demográficos do Instituto Nacional de Estatística.

Relativamente aos óbitos de nados vivos com menos de 7 dias de idade e fetos-mortos com 28 ou mais semanas de gestação, assistiu-se a uma diminuição de 71,43%, sendo estes causados por malformações congénitas no período perinatal (Quadro 18).

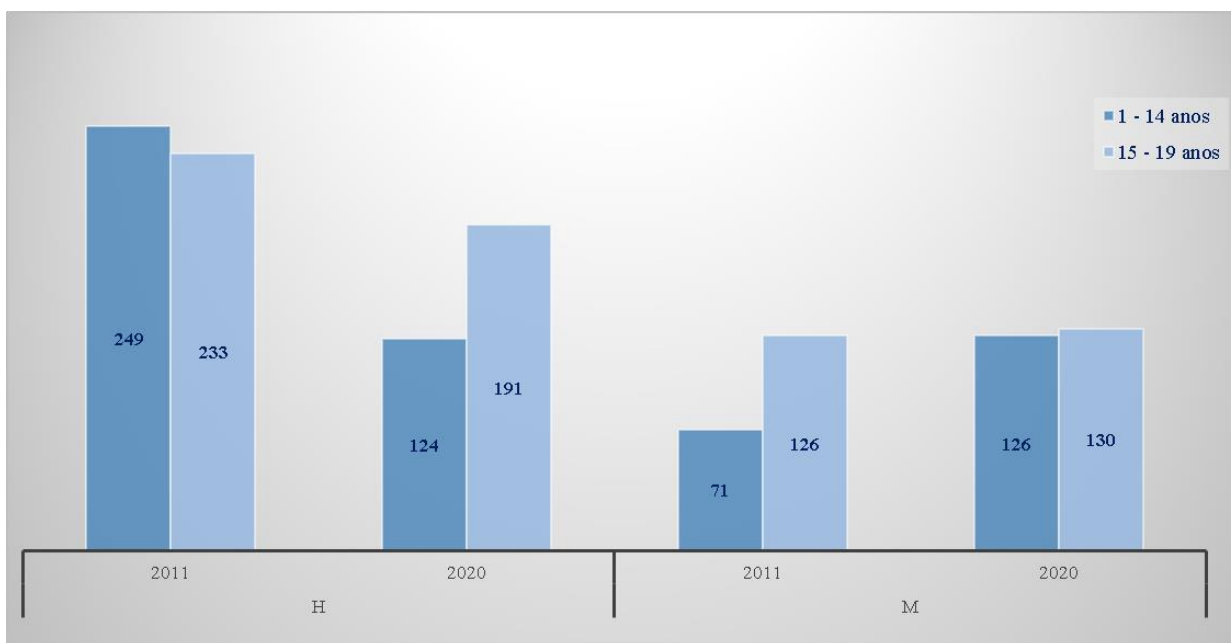
Quadro 18 -Óbitos Perinatais 2011/2021

Concelho	Óbitos perinatais		Δ 2021/2020	Δ % 2021/2020
	2011	2021		
Almeida	1	0	-1	-100%
Celorico da Beira	1	0	-1	-100%
Figueira de Castelo Rodrigo	1	0	-1	-100%
Fornos de Algodres	0	0	0	0%
Gouveia	0	0	0	0%
Guarda	1	0	-1	-100%
Manteigas	0	0	0	0%
Mêda	0	0	0	0%
Pinhel	1	0	-1	-100%
Sabugal	2	0	-2	-100%
Seia	0	1	1	0%
Trancoso	0	0	0	0%
Vila Nova de Foz Côa	0	1	1	0%
Total	7	2	-5	-71,43%

Fonte: Elaboração própria Baseado nos Indicadores demográficos do Instituto Nacional de Estatística.

Segundo o INE, Portugal deixou de ter a taxa de mortalidade infantil mais elevada na União Europeia (UE), a partir de 1995, passando de 7,4% para 2,4%, deixando de associar este indicador ao desenvolvimento económico e social do país, observando-se tendência análoga na área de abrangência da ULSG. Os pilares para a melhoria deste indicador, assentam nos avanços da medicina e na qualidade da assistência materno-infantil (Figura 18).

Figura 12-Óbitos Crianças e Adolescentes em Portugal 2011/2020



Fonte: Elaboração própria Baseado nos Indicadores demográficos do Instituto Nacional de Estatística.

Em 2020 o número de óbitos de crianças e adolescentes diminuiu significativamente em relação a 2011 (-30,16%), com maior incidência nos adolescentes (51,17%) masculinos (72,9%), inversamente ao que aconteceu em 2011, onde o maior número de mortes foi em crianças (51,36%), também aí do sexo masculino (65,7%).

Segundo o INE, as causas de morte mais expressivas, em crianças e adolescentes, na população em estudo foram por “Causas externas de lesão e envenenamento” (17,58%), “Acidentes” (13,48%), “Tumores (neoplasias)” (23,83%) e “Acidentes de transporte” (8,40%). A população feminina constitui cerca de 46% da população abrangida pela ULSG, 63.408 mulheres, concentrando-se essencialmente no grupo etário dos 60-69 anos (Quadro 19).

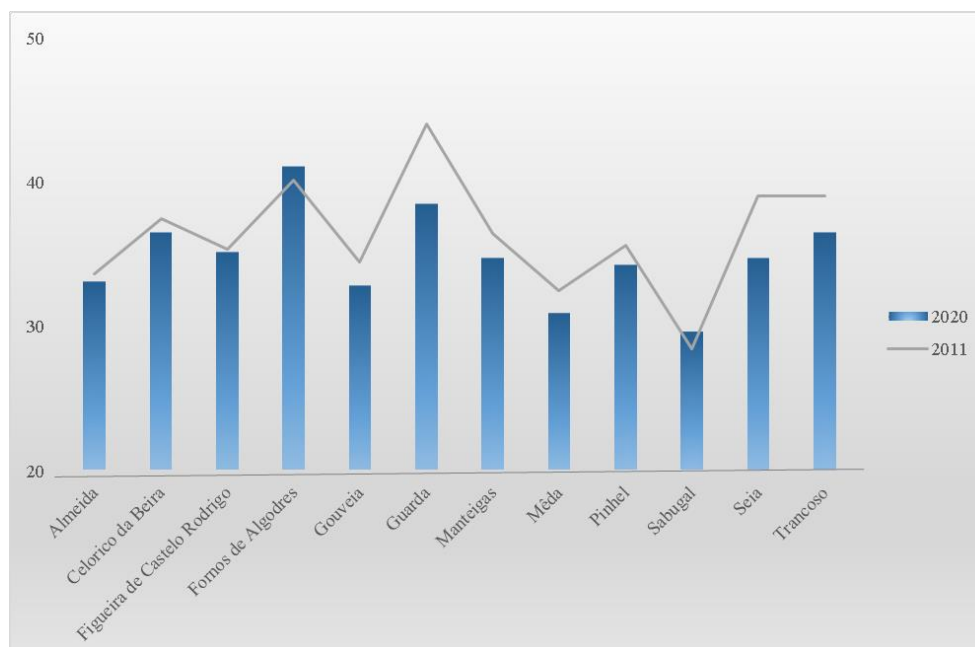
Quadro 19-População Feminina do Distrito da Guarda distribuída por Concelhos em 2021

Concelho	Mulheres							Total Geral
	20 - 29 anos	30 - 39 anos	40 - 49 anos	50 - 59 anos	60 - 69 anos	70 - 79 anos	Mais 80 anos	
Almeida	181	213	257	433	523	584	677	2.868
Celorico da Beira	239	288	408	482	549	520	520	3.006
Figueira de Castelo Rodrigo	182	232	264	340	443	431	460	2.352
Fornos de Algodres	187	180	251	321	375	351	395	2.060
Gouveia	464	455	724	876	1.098	1.076	1.056	5.749
Guarda	1.990	2.188	2.986	3.275	2.982	2.314	2.112	17.847
Manteigas	140	106	154	209	308	245	223	1.385
Mêda	158	191	266	328	401	423	383	2.150
Pinhel	296	297	447	583	720	726	689	3.758
Sabugal	363	409	491	742	975	1.088	1.304	5.372
Seia	860	978	1.392	1.636	1.960	1.715	1.495	10.036
Trancoso	314	356	517	636	718	708	681	3.930
Vila Nova de Foz Côa	240	253	368	451	572	530	481	2.895
Total	5.614	6.146	8.525	10.312	11.624	10.711	10.476	63.408

Fonte: Elaboração própria Baseado nos Indicadores demográficos do Instituto Nacional de Estatística.

Pela análise da Figura 13, verificamos que a percentagem de mulheres em idade fértil diminuiu desde 2011, tendo-se verificado a maior diminuição na Guarda com menos 14,47% de mulheres em 2020, assistindo-se a um ligeiro aumento no Sabugal (4,21%), Fornos de Algodres (2,49%) e Vila Nova de Foz Côa (1,71%).

Figura 13 - Mulheres em Idade Fértil (%) 2011/2020



Fonte: Elaboração própria Baseado nos Indicadores demográficos do Instituto Nacional de Estatística.

Como se pode perceber pelo Quadro 20 a faixa etária dos 40 aos 49 anos é aquela onde temos maior concentração de população feminina em idade fértil.

Quadro 20-Mulheres em Idade Fértil 2021

Concelho	Mulheres				Total Geral
	15 - 19 anos	20 - 29 anos	30 - 39 anos	40 - 49 anos	
Almeida	94	181	213	257	745
Celorico da Beira	148	239	288	408	1.083
Figueira de Castelo Rodrigo	84	182	232	264	762
Fornos de Algodres	94	187	180	251	712
Gouveia	206	464	455	724	1.849
Guarda	928	1.990	2.188	2.986	8.092
Manteigas	56	140	106	154	456
Mêda	83	158	191	266	698
Pinhel	159	296	297	447	1.199
Sabugal	172	363	409	491	1.435
Seia	406	860	978	1.392	3.636
Trancoso	153	314	356	517	1.340
Vila Nova de Foz Côa	124	240	253	368	985
Total	2.707	5.614	6.146	8.525	22.992

Fonte: Elaboração própria Baseado nos Indicadores demográficos do Instituto Nacional de Estatística.

O número de nascimentos diminuiu e a idade das parturientes aumentou, fenómeno que se observa em todo o território nacional.

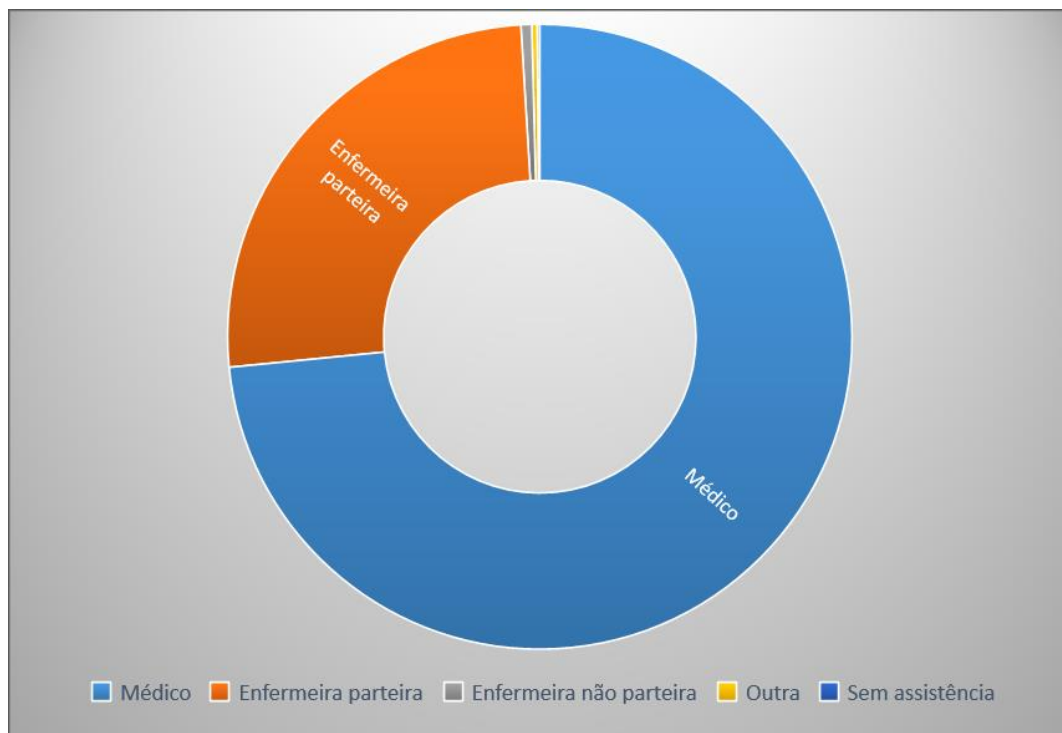
Analisando ainda os nascimentos por local de parto (Quadro 21), observa-se que maioritariamente acontecem num estabelecimento hospitalar com acompanhamento especializado, assistidos por médico e enfermeira parteira (Figura 14).

Quadro 21- Nascimentos por Local de Parto 2021

Concelho	Local Parto		
	Estabelecimento hospitalar	Domicílio	Outro Local
Almeida	11	1	0
Celorico da Beira	25	4	0
Figueira de Castelo Rodrigo	32	1	0
Fornos de Algodres	16	0	2
Gouveia	46	3	0
Guarda	262	4	2
Manteigas	19	0	0
Mêda	14	0	0
Pinhel	26	0	0
Sabugal	43	5	0
Seia	123	2	0
Trancoso	48	0	0
Vila Nova de Foz Côa	29	0	1
Total	694	20	5

Fonte: Elaboração própria Baseado nos Indicadores demográficos do Instituto Nacional de Estatística.

Figura 14 - Nascimentos por Tipo de Assistência 2021



Fonte: Elaboração própria Baseado nos Indicadores demográficos do Instituto Nacional de Estatística.

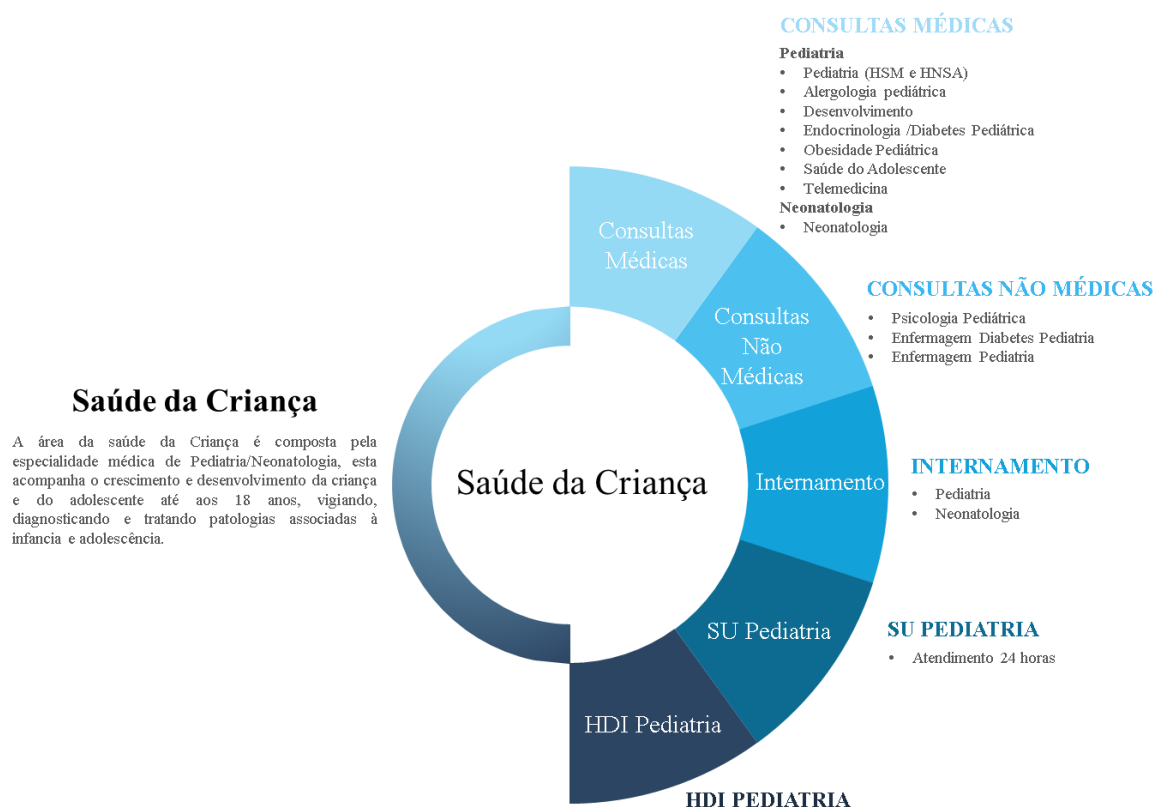
2.2.2. Envoltente Interna

Fazem parte do Departamento o serviço de Pediatria, Neonatologia e Ginecologia/Obstetrícia, dispondo de atendimento Urgente Pediátrico e Obstétrico a funcionar 24 horas por dia e de um Hospital Dia de Pediatria.

De acordo com a Figura 15, a área da Saúde da Criança é constituída pelo serviço de Pediatria e Neonatologia. O serviço de Pediatria tem na sua composição equipas multidisciplinares, dedicadas às várias subespecialidades pediátricas, que avalizam a assistência e acompanhamento integral e personalizado a crianças (29 dias de vida aos 14 anos) e adolescentes (15 aos 18 anos).

O Serviço de Neonatologia, dedica-se ao diagnóstico e tratamento das patologias dos recém-nascidos até aos 28 dias de vida, assim como, aos cuidados de prematuros.

Figura 15- Serviço de Pediatria e de Neonatologia

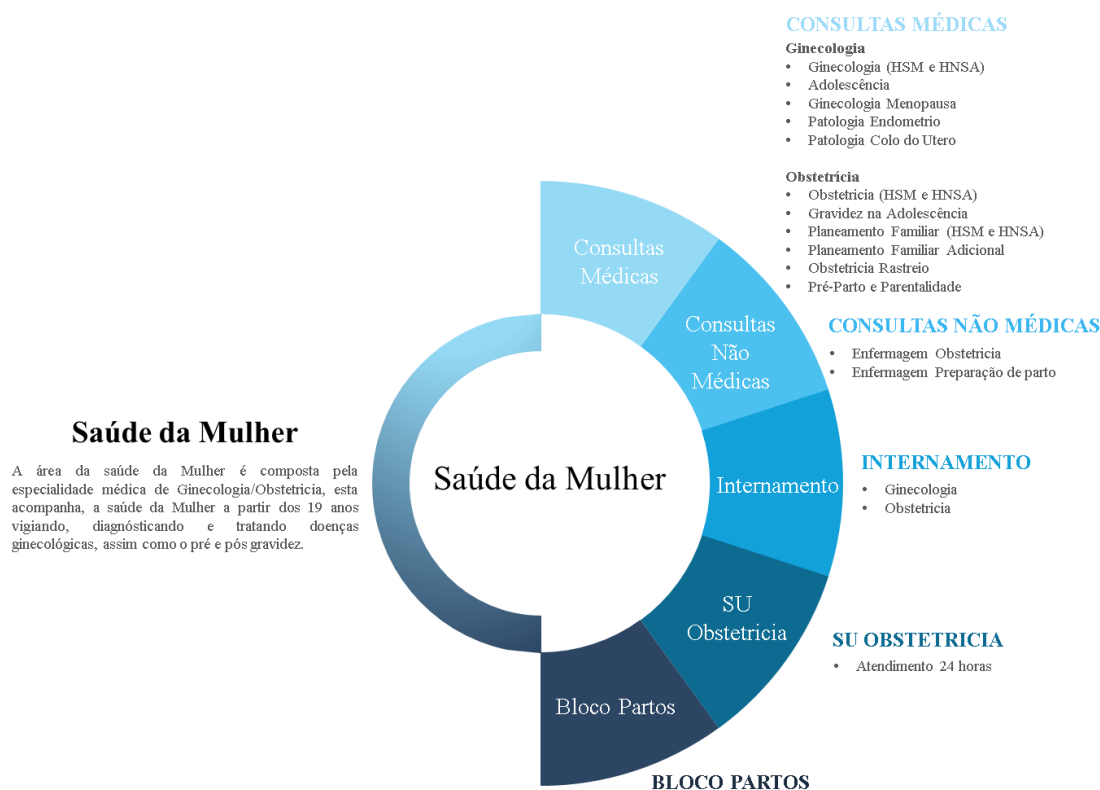


Fonte: Elaboração Própria com base: na Unidade Local de Saúde da Guarda (2023b).

A área da Saúde da Mulher (Figura 16), é constituída pela especialidade de Obstetrícia/Ginecologia sendo esta uma especialidade médica que abrange as duas áreas da saúde

da mulher, a Ginecologia centrado na prevenção, diagnóstico e tratamento de doenças do sistema reprodutor feminino e a Obstetrícia que assegura o acompanhamento da mulher antes e durante a gestação, parto e pós-parto.

Figura 16 – Serviço de Ginecologia/Obstetrícia



Fonte: Elaboração Própria com base na Unidade Local de Saúde da Guarda (2023b).

Além das atividades descritas, o DSCM desenvolve outras atividades em articulação com diversos serviços e entidades:

- Atividade formativa, formação pré e pós-graduada em medicina, enfermagem e outros grupos profissionais através de parcerias com instituições de ensino superior;
- Comissão Pró Aleitamento Materno (CPAM);
- Hospital Amigo dos Bebés;
- Registo de Aleitamento Materno (RAM);
- Preparação para o Parto e Parentalidade;
- Unidade Coordenadora Funcional Materno Infantil da ULSG (UCFMI Guarda);
- Unidade Coordenadora Funcional Inter Hospitalar Pediátrica;

- Núcleo Hospitalar de Apoio à Criança e Jovens de Risco (NHACJR);
- Avaliação de Risco Social;
- Projeto “Notícia Nascimento”;
- Projeto “Nascer Cidadão”;
- Projeto “Nascer Utente”;
- Rastreio Auditivo Neonatal Universal (RANU);
- Registo Nacional de Anomalias de Congénitas (RENAC);
- Sistema Nacional de Avaliação em Saúde (SINAS);
- Programa Nacional de Prevenção de acidentes – Projeto “Cadeirinha adequada, Viagem Descansada);
- Sistema de Segurança para recém-nascido (*Babymatch*);
- Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos Pediátricos (EIHSCPP);
- Sistema *Babycare*.

2.2.2.1. Recursos Humanos

Em 31 de dezembro de 2022 o DSCM, contava com 157 profissionais no quadro de pessoal, distribuídos de acordo com o Quadro 22

Quadro 22 - N.º de Profissionais do DSCM a 31/12/2022

Grupo Profissional	N.º de Profissionais
Assistente Operacional	41
Assistente Técnico	3
Pessoal de Enfermagem	92
Pessoal em formação pré carreira médica	6
Pessoal Médico	14
Técnicos Superiores	1
Total Geral	157

Fonte: Elaboração Própria com base informação SEPAG.

Os médicos afetos ao DSCM apresentam o vínculo de trabalho à ULSG constante do Quadro 23.

Quadro 23 - Médicos por vínculo a 31/12/2022

Especialidade	N.º Médicos com Vínculo	Pessoal formação em Pré carreira médica
Ginecologia/Obstetrícia	5	0
Pediatria	9	6

Fonte: Elaboração Própria com base informação SEPAG.

Relativamente aos enfermeiros, 25 são especialistas de Obstetrícia e 19 de Pediatria (Quadro 24).

Quadro 24 - Enfermeiros Especialistas a 31/12/2022

Especialistas	N.º de Enfermeiros DSCM
Obstetrícia	25
Pediatria	19

Fonte: Elaboração Própria com base informação SEPAG.

2.2.2.2. Movimento Assistencial Serviço de Pediatria/Neonatologia 2021/2022

A análise ao movimento assistencial reporta-se ao ano 2022 comparativamente com o ano 2021, sendo que, os dois anos em causa foram afetados pela pandemia COVID-19. A produção encontra-se abaixo do normal, observando-se já em 2022 os efeitos da retoma assistencial.

2.2.2.2.1. Consulta Externa

As consultas de Pediatria e de Neonatologia prestam cuidados diferenciados, em regime de ambulatório estando divididas em várias subespecialidades classificadas em dois tipos de consultas: Primeiras Consultas, aquelas em que o utente vem a primeira vez, geralmente referenciado pelos CSP e Consultas Subsequentes, aquelas em que o profissional faz o acompanhamento do utente, administração terapêutica ou preventiva, decorrendo estas, sempre de uma primeira consulta.

Conforme consta no Quadro 25, a especialidade de Pediatria registou em 2022, 3.849 consultas médicas distribuídas por consultas de Alergologia Pediátrica, Cuidados Paliativos Pediátricos,

Desenvolvimento, Endocrinologia/Diabetes Pediatria, Obesidade Pediátrica, Saúde do Adolescente, Telemedicina Cardio/Pediátrica e consulta de Pediatria tanto no HSM como no HNSA.

Quadro 25- Movimento de Consultas Médicas Pediatria 2021/2022

Pediatria	Número de Consultas						Variação Homóloga	
	2021			2022			Δ	(%)
	Primeiras	Subsequentes	Total	Primeiras	Subsequentes	Total		
Pediatria	1489	933	2422	456	794	1250	-1.172	-48,39%
Alergologia/Pediatria	54	389	443	74	234	308	-135	-30,47%
Cuidados Paliativos Pediatricos	1	2	3	0	0	0	-3	-100,00%
Desenvolvimento	131	860	991	192	850	1042	51	5,15%
Endocrinologia/Diabetes Pediatrica	7	38	45	6	44	50	5	11,11%
Obesidade Pediatrica	87	37	124	26	90	116	-8	-6,45%
Saúde Do Adolescente	87	307	394	109	260	369	-25	-6,35%
Telemedicina Cardio/Pediatria	0	0	0	101	20	121	121	100,00%
HNSA - Pediatria	93	453	546	125	468	593	47	8,61%
Total	1.949	3.019	4.968	1.089	2.760	3.849	-1.119	-22,5

Fonte: Elaboração Própria com base na informação do SEPAG.

A consulta de Neonatologia em 2022 (Quadro 26), efetivou 202 consultas das quais 98 primeiras consultas.

Quadro 26 - Movimento Consultas Médicas Neonatologia 2021/2022

Neonatologia	Número de Consultas						Variação Homóloga	
	2021			2022			Δ	(%)
	Primeiras	Subsequentes	Total	Primeiras	Subsequentes	Total		
Neonatologia	106	83	189	98	104	202	-86	-31,27

Fonte: Elaboração Própria com base na informação do SEPAG.

As consultas não médicas (Quadro 27), são aquelas que são realizadas por Enfermeiros e outros técnicos de saúde, fazendo parte de equipas multidisciplinares nas áreas de Pediatria, Diabetes e Psicologia, tendo um peso de 23% no total de consultas realizadas (médicas e não médicas).

Quadro 27 – Movimento Consultas Não Médicas 2021/2022

Pediatria	Número de Consultas						Variação Homóloga	
	2021			2022				
	Primeiras	Subsequentes	Total	Primeiras	Subsequentes	Total	Δ	(%)
Enf Diabetes Pediatria	6	36	42	3	33	36	-6	-14,29%
Enf Pediatria	19	3	22	55	4	59	37	168,18%
Psicologia Pediátrica	19	103	122	122	664	786	664	544,26%

Fonte: Elaboração Própria com base na informação do SEPAG.

A Lista de Espera para Consulta (LEC) de Pediatria (Quadro 28) em 2022 contava com 389 doentes, a aguardar marcação para consulta.

Quadro 28- Lista Espera para Consulta 2021/2022

Lista de Espera Consulta	N.º Doentes		Variação Homóloga	
	2021	2022	Δ	(%)
Pediatria	255	389	134	52,55%

Fonte: Elaboração Própria com base na informação do SEPAG.

2.2.2.2.2. Internamento

O internamento hospitalar do serviço de Pediatria agrega as especialidades de Neonatologia e de Pediatria, assegurando a prestação de cuidados especializados que necessitam vigilância e acompanhamento. O internamento de Pediatria é constituído por 13 camas, tendo-se registado em 2022, 389 internamentos, com uma taxa de ocupação de 30,71% e uma demora média de 3,70 dias. A Neonatologia é composta por 3 incubadoras e 3 berços, apresentando no ano em análise 78 internamentos, com uma taxa de ocupação de 30,64% e uma demora média de 7,53 dias (Quadro 29).

Quadro 29 - Movimento Internamento 2021/2022

Pediatria	2021				2022			
	Lotação	Doentes	Demora Média	Taxa Ocupação	Lotação	Doentes	Demora Média	Taxa Ocupação
Neonatologia	6	77	5,15	23,4%	6	78	7,53	30,64%
Pediatria	13	324	4,26	29,3%	13	389	3,70	30,71%

Fonte: Elaboração Própria com base na informação do SEPAG.

2.2.2.2.3. Hospital de Dia

O Hospital de Dia de Pediatria atua em articulação com os CSP, serviço de Internamento, com a Urgência Pediátrica e até mesmo com outras instituições, fornecendo cuidados de saúde programados e em ambulatório. Os tratamentos e procedimentos realizados no Hospital de Dia (HDI) de Pediatria abrangem todas as situações que requerem cuidados clínicos hospitalares, seja pela necessidade de vigilância clínica diferenciada, seja pelos riscos dos procedimentos, entre os quais:

- Administração de fármacos e vigilância de efeitos adversos;
- Realização de Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica (MCDT) específicos;
- Realização de provas de provocação;
- Vacinação em situações particulares;
- Ensino e treino dos pais acerca da terapêutica a administrar no domicílio;
- Outros cuidados no âmbito da enfermagem.

Segundo o Quadro 30, em 2022 realizaram-se 801 sessões a 619 doentes.

Quadro 30 - HDI Pediatria 2021/2022

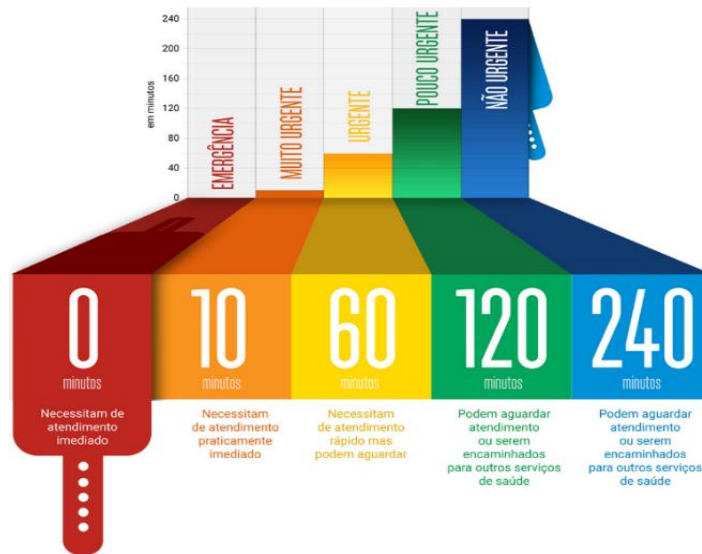
Especialidade	2021		2022		Variação Homóloga			
					Δ		(%)	
	N.º Sessões	N.º Doentes	N.º Sessões	N.º Doentes	N.º Sessões	N.º Doentes	N.º Sessões	N.º Doentes
H.Dia - Pediatria	772	578	801	619	29	41,00	3,76%	7,09%

Fonte: Elaboração Própria com base na informação do SEPAG.

2.2.2.2.4. Urgência Pediátrica

A Urgência Pediátrica presta cuidados de saúde urgentes/emergentes, 24 horas por dia, a crianças e adolescentes menores de 18 anos, estando direcionada para avaliar e tratar questões que requeiram intervenção rápida. Os utentes são observados de acordo com o sistema reconhecido pelo Ministério da Saúde, Ordem dos Médicos e dos Enfermeiros, Triagem de Manchester, por prioridade clínica representadas pelas cores vermelho, laranja, amarelo, verde e azul, devendo estes respeitar o Tempo Médio de Espera (TME) atribuídos a cada cor (Figura 17).

Figura 17 – Triagem de Manchester e TME



Fonte: Grupo Português de Triagem (2022).

Em 2022 a Urgência Pediátrica atendeu 15.620 crianças dos 0 aos 18 anos, mais 26% que no ano 2021, sendo que, 96% foram atendimentos dentro do TME previsto pela triagem. De realçar que 70% dos atendimentos foram a doentes pouco urgentes (cor verde) (Quadro 31).

Quadro 31 - Urgência Pediátrica 2021/2022

Urgência Pediátrica	2021	2022	Variação	
			Δ	(%)
Atendimentos (Triagem)	12.359	15.620	3.261	26,39
Vermelho	7	6	-1	-14,29
Laranja	184	278	94	51,09
Amarelo	2.121	3.599	1.478	69,68
Verde	8.972	11.047	2.075	23,13
Azul	337	330	-7	-2,08
Branco	704	346	-358	-50,85
SU (s/ Triagem Manchester)	34	14	-20	-58,82
Atendimentos (Dentro do tempo de espera previsto pela Triagem)	11.181	15.056	3.875	34,66
Vermelho	7	5	-2	-28,57
Laranja	111	183	72	64,86
Amarelo	2.061	3.535	1.474	71,52
Verde	8.673	11.003	2.330	26,86
Azul	329	330	1	0,30

Fonte: Elaboração Própria com base na informação do SEPAG.

2.2.2.3. Movimento Assistencial Serviço de Obstetrícia/Ginecologia 2021/2022

O movimento assistencial do serviço de Obstetrícia/Ginecologia caracterizou-se pelo decréscimo em 2021 e pela retoma da atividade em 2022, devido aos efeitos da Pandemia COVID-19.

2.2.2.3.1. Consulta Externa

A consulta externa de Ginecologia acompanha a saúde da mulher desde a adolescência até à menopausa através das subespecialidades de Ginecologia, Adolescência, Patologia do Endométrio, Patologia do Colo do Útero e Ginecologia Menopausa. No Quadro 32 verificamos que, em 2022 houve um aumento de 8,09% relativamente a 2021, sendo que nas primeiras consultas o aumento foi mais significativo, reflexo da retoma da referenciação de consultas através dos CSP.

Quadro 32- Movimento Consultas Médicas Ginecologia 2021/2022

Ginecologia	Número de Consultas						Variação	
	2021			2022			Δ	(%)
	Primeiras	Subsequentes	Total	Primeiras	Subsequentes	Total		
Adolescência	18	30	48	30	43	73	25	52,08%
Ginecologia	514	1.098	1.612	592	1.122	1.714	102	6,33%
Ginecologia Menopausa	14	219	233	8	90	98	-135	-57,94%
Patologia Do Endometrio	83	5	88	153	2	155	67	76,14%
Patologia - Colo Utero	153	398	551	156	480	636	85	15,43%
HNSA - Ginecologia	143	216	359	175	274	449	90	25,07%
Total	925	1.966	2.891	1.114	2.011	3.125	234	8,09%

Fonte: Elaboração Própria com base na informação do SEPAG.

As consultas médicas de Obstetrícia acompanham a mulher durante a gestação, parto e pós-parto, disponibilizando subespecialidades como Obstetrícia, Gravidez na Adolescência, Obstetrícia Rastreio Bioquímico Combinado, Planeamento Familiar e Consulta Pré Parto e Parentalidade.

Em 2022 realizaram-se 1701 consultas da especialidade de Obstetrícia, 900 primeiras, 44% referenciadas via CTH (Quadro 33).

Quadro 33 - Movimento Consultas Médicas Obstetrícia 2021/2022

Obstetrícia	Número de Consultas						Variação	
	2021			2022			Δ	(%)
	Primeiras	Subsequentes	Total	Primeiras	Subsequentes	Total		
Obstetrícia	169	519	688	195	501	696	8	1,16%
Gravidez na Adolescência	5	11	16	4	12	16	0	0,00%
Obstetrícia Rastreio	473	0	473	497	0	497	24	5,07%
Planeamento Familiar	73	132	205	89	120	209	4	1,95%
Pre - Parto	0	4	4	1	1	2	-2	-50,00%
Planeamento Familiar/Adicional	0	0	0	47	0	47	47	100,00%
HNSA - Obstetrícia	58	136	194	60	166	226	32	16,49%
HNSA - Planeamento Familiar	3	4	7	7	1	8	1	14,29%
Total	781	806	1.587	900	801	1.701	114	7,18%

Fonte: Elaboração Própria com base na informação do SEPAG.

Conforme Quadro 34, a Obstétrica realizou 1235 consultas de enfermagem no ano 2022, iniciando-se nesse ano as consultas de Enfermagem de Preparação de Parto.

Quadro 34 - Movimento Consultas Não Médicas 2021/2022

Obstetrícia	Número de Consultas						Variação Homóloga	
	2021			2022			Δ	(%)
	Primeiras	Subsequentes	Total	Primeiras	Subsequentes	Total		
Enf Obstetrícia	447	54	501	496	44	540	39	7,78%
Enf Preparação Parto	0	0	0	130	565	695	695	100,00%

Fonte: Elaboração Própria com base na informação do SEPAG.

O Quadro 35 traduz a LEC para a Ginecologia que no final do ano de 2022 apresentava 315 doentes a aguardar por consulta, e para Obstetrícia com 175 doentes.

Quadro 35 - Lista Espera para Consulta 2022/2021

Lista de Espera Consulta	N.º Doentes		Variação Homóloga	
	2021	2022	Δ	(%)
Ginecologia	315	359	44	13,97%
Obstetrícia	191	175	16	-8,38%

Fonte: Elaboração Própria com base na informação do SEPAG.

2.2.2.3.2. Internamento

O internamento hospitalar do serviço é composto pelas especialidades de Ginecologia e Obstetrícia, certificando a prestação de Cuidados Especializados que necessitam acompanhamento clínico especializado. Segundo o exposto no Quadro 36, a Ginecologia apresenta uma lotação de 4 camas, em 2022, com 124 internamentos, uma taxa de ocupação de 34,9% e uma demora média de 3,59 dias. A Obstetrícia disponibiliza 12 camas complementadas com 12 berços, mostrou um movimento de 566 doentes, com uma taxa de ocupação de 43,2% e uma demora média de 3,28 dias.

Quadro 36 - Movimento do Internamento 2022/2021

Ginecologia/Obstetrícia	2021				2022			
	Lotação	Doentes	Demora Média	Taxa Ocupação	Lotação	Doentes	Demora Média	Taxa Ocupação
Ginecologia	4	108	3,43	25,3%	4	124	3,59	34,9%
Obstetrícia	12	564	3,25	41,6%	12	566	3,28	43,2%

Fonte: Elaboração Própria com base na informação do SEPAG.

2.2.2.3.3. Bloco Partos

O serviço de Obstetrícia disponibiliza um Bloco de Partos com uma equipa médica e de enfermagem especializadas em saúde materna e obstétrica, e também anestesiologia e pediatria.

Em 2022, na ULSG realizaram-se 485 partos dos quais resultaram 489 nascimentos. No Quadro 34 observa-se um aumento positivo para a ULSG de 2,32% no total dos partos relativamente ao período homólogo (Quadro 37).

Quadro 37 – Distribuição de Parto e número de Nascimentos 2021/2022

Partos	2021	2022	Variação Homóloga	
			Δ	(%)
Partos Distócitos	280	269	-11	-3,93%
Cesarianas	174	200	26	14,94%
Outros	106	69	-37	-34,91%
Partos Eutócitos	194	216	22	11,34%
Total Partos	474	485	11	2,32%
Total de Nascimentos	479	489	10	2,09%
% Cesarianas no Total Partos	36,71	41,24	4,53	12,34%

Fonte: Elaboração Própria com base na informação do SEPAG.

2.2.2.3.4. Atividade Cirúrgica

A Ginecologia apresenta uma atividade cirúrgica distribuída em cirurgias convencionais programadas, cirurgias de ambulatório e cirurgias urgentes, verificando-se no Quadro 34, que os doentes intervencionados através de cirurgias convencionais programadas representam 21% e os intervencionados através de cirurgia de ambulatório 26%, sendo a cirurgia urgente residual incluída nesta especialidade. De acordo com o Quadro 38, a Obstetrícia concentra a sua produção cirúrgica em cirurgias urgentes, dos quais se destacam as cesarianas.

Quadro 38 - Doentes Intervencionados 2021/2022

N.º doentes de Intervencionados	2021	2022	Variação Homóloga	
			Δ	(%)
Cirurgias Convencionais Programadas	70	90	20	28,57%
Ginecologia	70	90	-24	-25,53%
Cirurgias Ambulatório	47	111	64	136,17%
Ginecologia	47	111	64	136,17%
Taxa de ambulatorização Ginecologia	35,52%	46,76%	0,11	-33,67%
Cirurgias Urgentes	192	231	39	20,31%
Ginecologia	4	10	6	150,00%
Obstetrícia	188	221	33	17,55%

Fonte: Elaboração Própria com base na informação do SEPAG.

Em 31 de dezembro de 2022 a Ginecologia apresentava 105 doentes inscritos em lista de espera para intervenção cirúrgica (LEC) dos quais 67 para cirurgia de ambulatório (Quadro 39).

Quadro 39 - Lista Inscritos para Cirurgia 2021/2022

Especialidade	2021	2022	Variação Homóloga	
			Δ	(%)
Ginecologia	78	105	27	34,62%
Amb Ginecologia	56	67	11	19,64%
Ginecologia	22	38	16	72,73%

Fonte: Elaboração Própria com base na informação do SEPAG.

2.2.2.3.5. Urgência Obstétrica

De modo a prestar cuidados urgentes/emergentes o DSCM dispõe de um serviço de Urgência Obstétrica com atendimento 24 horas.

Conforme Quadro 40, a Urgência Obstétrica em 2022 atendeu 4.020 utentes, 78% dentro do tempo de espera previsto pelo protocolo de triagem. Do total das Urgências Obstétricas 39% deram origem a internamentos.

Quadro 40 - atendimentos de Urgência Obstétrica por Triagem de Manchester 2022/2021

Urgência Obstétrica	2021	2022	Variação	
			Δ	(%)
Atendimentos (Triagem)	3.725	4.020	295	7,92%
Vermelho	1	1	0	0,00%
Laranja	342	333	-9	-2,63%
Amarelo	990	989	-1	-0,10%
Verde	1.794	2.081	287	16,00%
Azul	63	54	-9	-14,29%
Branco	535	562	27	5,05%
SU (s/ Triagem Manchester)	0	0	0	0,00%
Atendimentos (Dentro do tempo de espera previsto pela Triagem)	2.925	3.155	230	7,86%
Vermelho	1	1	0	0,00%
Laranja	194	172	-22	-11,34%
Amarelo	906	905	-1	-0,11%
Verde	1.763	2.026	263	14,92%
Azul	61	51	-10	-16,39%

Fonte: Elaboração Própria com base na informação do SEPAG.

2.2.2.4. Gastos do DSCM

Relativamente aos Gastos do Departamento, o ano 2022 apresenta um aumento global de 12,84%, comparativamente ao ano de 2021, traduzido em 976.437,16 €. De salientar um aumento de mais de 66% na rubrica FSE, correspondente a 477.484,59 €, reflexo essencialmente do aumento da rubrica Outros Trabalhos Especializados - Serviços Médicos, Serviços prestados por empresas de serviços médicos, que apresenta um aumento de 204.742,69 €, e do custo da eletricidade e dos combustíveis que fez disparar o valor da rubrica Energia e Fluídos em 109,87%. Observa-se

também um aumento de 6,78%, mais 447.852,41 €, nos Gastos com o Pessoal provocado fundamentalmente pelo acréscimo das rubricas Horas Extraordinárias, Remuneração Base e Encargos sobre Remunerações, com um aumento de 139.226,70 €, 114.872,41 € e 106.325,60 €, respetivamente. Este aumento deve-se predominantemente ao impacto do incremento das remunerações base. Evidencia-se uma diminuição na rubrica Material de Consumo Clínico com uma diminuição de menos 7.272,00 €.

Quadro 41 - Gastos do DSCM

Rubrica	2021	2022	Variação	
			Δ	(%)
Fornecimentos e Serviços Externos	720.354,68 €	1.197.839,27 €	477.484,59 €	66,28%
Conservação e reparação	15.631,19 €	19.578,28 €	3.947,09 €	25,25%
Energia e fluidos	118.867,10 €	249.467,55 €	130.600,45 €	109,87%
MCDT	95.454,30 €	121.717,50 €	26.263,20 €	27,51%
Serviços diversos	3.522,01 €	0,00 €	-3.522,01 €	-100,00%
Serviços especializados	0,00 €	90.285,26 €	90.285,26 €	100,00%
Transporte de doentes	32.943,19 €	40.128,66 €	7.185,47 €	21,81%
Comunicações	5.853,87 €	5.406,85 €	-447,02 €	-7,64%
Outros trabalhos especializados	13.585,30 €	24.243,86 €	10.658,56 €	78,46%
Rendas e alugueres-Edifícios	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00%
Outros serviços técnicos de RH	1.230,00 €	0,00 €	-1.230,00 €	-100,00%
Honorários - Serviços Médicos	78.692,43 €	82.106,47 €	3.414,04 €	4,34%
Internamento	22.533,66 €	28.120,52 €	5.586,86 €	24,79%
Outros trabalhos especializados - Serviços Médicos	332.041,63 €	536.784,32 €	204.742,69 €	61,66%
Gastos com Pessoal	6.601.503,83 €	7.049.356,24 €	447.852,41 €	6,78%
Abonos variáveis ou eventuais	6.454,08 €	6.520,20 €	66,12 €	1,02%
Acidentes no trabalho e doenças profissionais	13.509,11 €	13.553,76 €	44,65 €	0,33%
Encargos sobre remunerações	1.211.385,58 €	1.317.711,18 €	106.325,60 €	8,78%
Gastos de ação social	164,88 €	329,76 €	164,88 €	100,00%
Horas Extraordinárias	1.198.368,96 €	1.337.595,66 €	139.226,70 €	11,62%
Noites e Suplementos	533.169,23 €	520.803,20 €	-12.366,03 €	-2,32%
Outros abonos variáveis	38.698,18 €	12.165,70 €	-26.532,48 €	-68,56%
Outros encargos sociais	1.830,73 €	20.546,12 €	18.715,39 €	1022,29%
Outros gastos com o pessoal	2.110,22 €	8.045,00 €	5.934,78 €	281,24%
Prevenções	72.505,99 €	100.661,03 €	28.155,04 €	38,83%
Remuneração Base	2.898.658,80 €	3.013.531,21 €	114.872,41 €	3,96%
SIGIC	4.849,38 €	13.960,48 €	9.111,10 €	187,88%
Subsídio de férias	249.640,50 €	276.797,58 €	27.157,08 €	10,88%
Subsídio de Natal	241.553,82 €	257.894,93 €	16.341,11 €	6,76%
Subsídio de refeição	136.521,27 €	145.065,74 €	8.544,47 €	6,26%
Indemnizações	0,00 €	4.174,69 €	4.174,69 €	100,00%
Gratificações variáveis ou eventuais	-7.916,90 €	0,00 €	7.916,90 €	-100,00%
Gastos de depreciação e de amortização	0,00 €	35.501,58 €	35.501,58 €	100,00%
Gastos por juros e outros encargos	0,00 €	128,59 €	128,59 €	100,00%
Matérias de consumo específico dos serviços de saúde	279.257,70 €	294.396,35 €	15.138,65 €	5,42%
Material de consumo administrativo	2.428,28 €	2.641,13 €	212,85 €	8,77%
Material de consumo clínico	154.081,64 €	146.809,64 €	-7.272,00 €	-4,72%
Material de consumo hoteleiro	13.644,42 €	20.543,03 €	6.898,61 €	50,56%
Material de Manutenção e Conservação	5.968,46 €	17.561,99 €	11.593,53 €	194,25%
Produtos farmacêuticos	103.134,90 €	106.840,56 €	3.705,66 €	3,59%
Outros gastos	1.004,62 €	1.335,96 €	331,34 €	32,98%
Total Geral	7.602.120,83 €	8.578.557,99 €	976.437,16 €	12,84%

Fonte: Elaboração própria com base na informação do Serviço de Gestão Orçamental e Financeira.

PARTE II – PROJETO DE IMPLEMENTAÇÃO DA CONTRATUALIZAÇÃO INTERNA NA ULSG NO DEPARTAMENTO DE SAÚDE DA CRIANÇA E DA MULHER

CAPÍTULO III– CONTRATUALIZAÇÃO NA ULSG

Como referido anteriormente, a ULSG é uma entidade pública empresarial que tem como missão a prestação integrada de cuidados de saúde primários, hospitalares, paliativos e de convalescença à população da sua área de abrangência. A sua principal fonte de financiamento é o Orçamento de Estado, que disponibiliza anualmente um determinado valor, que suporta o desempenho da sua atividade, representando este valor, 97% da receita no ano 2022. Além deste financiamento, recebe receitas provenientes do SNS e receitas próprias resultantes das taxas moderadoras ou por serviços de saúde prestados a outras entidades externas como o caso das seguradoras. Outra fonte de financiamento da Instituição são os fundos europeus que geralmente são utilizados para Projetos específicos de requalificação ou desenvolvimento de infraestruturas e equipamento.

A ULSG tem como objetivos estratégicos: A reorganização hospitalar, centrada no interesse do doente, integrando princípios de boa governação clínica e empresarial; A articulação e integração vertical de cuidados; A adequação da oferta e reorientação da procura; A promoção da melhoria contínua da qualidade; A execução de políticas de recursos humanos que promovam a vinculação e o compromisso com a Instituição; E o aumento de receitas extra CP assim como a racionalização de custos.

Esta deverá promover uma gestão efetiva de modo a conseguir gerir os seus recursos eficaz e eficientemente tendo como foco a sua missão. À semelhança do que acontece com os outros estabelecimentos de saúde do SNS, a Contratualização da ULSG é feita através de um CP plurianual, celebrado com a ACSS em conjunto com a ARS Centro (ARSC), segundo o qual, e de acordo com os números 1, 2 e 3 da sua cláusula 21^a, se obriga a implementar processos de Contratualização Interna que valorizem a governação clínica, o desempenho assistencial e a sustentabilidade económico-financeira dos serviços, garantindo que os compromissos e os objetivos assumidos internamente, pelos diversos departamentos e serviços sejam cumpridos, através de uma avaliação de desempenho e de mérito. Deverá ainda, assegurar a criação de um modelo de gestão participativa, de proximidade, com objetivos e metas bem definidos e delineados em função dos recursos existentes e dos resultados esperados, promovendo o desenvolvimento de atitudes pró-ativas e competição por comparação, capitalizando a experiência e o conhecimento dos profissionais.

A ULSG comprometeu-se também a estruturar e implementar um plano de comunicação interna que envolva os profissionais no processo de Contratualização Interna e por conseguinte no processo de Contratualização Externa, assegurando o alinhamento estratégico da Instituição.

3.1. Objetivo do Projeto

Este Projeto tem como objetivo apresentar uma proposta de implementação de um modelo de Contratualização Interna apoiado no BSC, para o Departamento de Saúde da Criança e da Mulher da ULSG. De modo a atingir este objetivo, todos os documentos apresentados como apêndice, foram elaborados pela autora, com o intuito de tornar o projeto o mais completo e exequível possível, fornecendo as ferramentas necessárias para, monitorizar de forma integrada os indicadores de desempenho, os indicadores internos e os indicadores definidos pela tutela, garantindo uma tomada de decisão eficiente e responsabilizando todos os níveis de gestão envolvidos.

Espera-se assim, que seja possível atingir o objetivo, através da implementação do modelo proposto, o que se traduzirá em:

- Incentivar a utilização de ferramentas de Gestão como o BSC, de modo a promover um maior conhecimento do Departamento e do seu desempenho;
- Definir responsabilidades e metas claras no DSCM, estabelecendo indicadores de desempenho mensuráveis de forma a avaliar e monitorizar a sua execução;
- Otimizar a alocação de recursos melhorando a eficiência operacional do DSCM;
- Promover a comunicação e colaboração entre os diferentes intervenientes no processo;
- Fomentar a melhoria dos processos internos;
- Incentivar a inovação e progresso contínuo.

3.2. Contratualização Interna no Departamento de Saúde da Criança e da Mulher

A inexistência do processo de Contratualização Interna na ULSG e a sua obrigatoriedade por parte da tutela, revelou a necessidade de iniciar um Projeto capaz de garantir a sua futura implementação. Optou-se por utilizar apenas o DSCM como departamento piloto neste processo, permitindo, focar o estudo numa área específica, tendo como ambição futura a sua reprodução nos restantes serviços da Instituição.

Segundo autores como Escoval (2009), a participação dos departamentos ou serviços hospitalares na gestão promove a responsabilização, o compromisso e a inovação, resultando numa prestação de cuidados de saúde mais eficiente e centrada no doente. É assim imperioso implementar um modelo de gestão participativa e de colaboração, valorizando o conhecimento e a experiência dos profissionais diretamente envolvidos na prestação de cuidados de saúde, sendo que os objetivos estratégicos não devem ser impostos aos profissionais, mas definidos em conjunto, contribuindo para a qualidade dos serviços, aumentando a motivação dos profissionais.

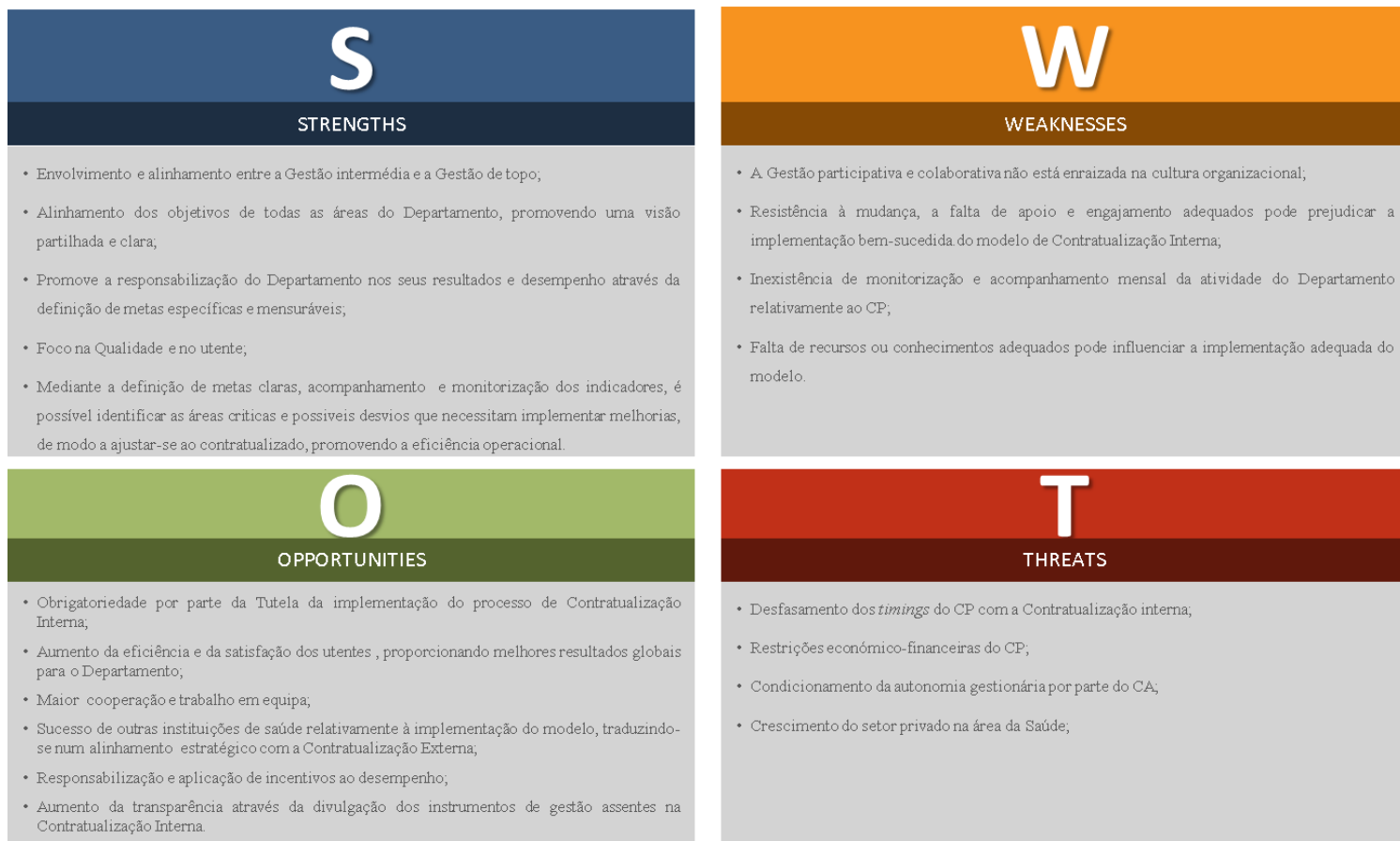
3.2.1. Análise SWOT⁵ da implementação do Modelo de Contratualização Interna no DSCM

Sendo o processo de Contratualização Interna Hospitalar um objetivo estratégico, requer um estudo prévio do contexto onde se insere o DSCM. Assim, utilizando a análise SWOT como ferramenta de planeamento estratégico, determinaram-se e avaliaram-se quais os fatores que podem influenciar o desempenho do modelo, identificando as Forças (*Strengths*), Fraquezas (*Weaknesses*), Oportunidades (*Opportunities*) e Ameaças (*Threats*) do mesmo, estabelecendo-se consequentemente, as prioridades de ação, com foco na capitalização das oportunidades, a superação das fraquezas, minimizando as ameaças e alavancando as suas forças (Kuzaqui, 2016).

Da análise SWOT que se apresenta na Figura 18, evidencia-se a melhoria do desempenho, desde a qualidade na prestação de cuidados até à eficiência financeira, através da tomada de decisão mais informada e baseada em dados concretos, permitindo o alinhamento das metas com os objetivos estratégicos. A identificação de falhas e deficiências nas várias áreas permite, proativamente estabelecer medidas corretivas. As fraquezas, residem em grande parte, na cultura organizacional e na resistência à mudança. Esta ferramenta representará uma ajuda na identificação de oportunidades quanto à redução de custos e aptidão operacional, procurando crescimento, inovação e melhoria contínua, capitalizando vantagens competitivas. As ameaças permitirão antecipar e responder a situações adversas, promovendo o sucesso a longo prazo.

⁵ *Strengths, Weaknesses, Opportunities, and Threats.*

Figura 18 - Análise SWOT Contratualização Interna no DSCM



Fonte: Elaboração Própria.

3.2.2. Modelo de Contratualização Interna no DSCM

O processo de Contratualização Interna deverá ficar sob a responsabilidade do SEPAG em parceria com o Departamento, não dispensando, de todo, o envolvimento e intervenção do CA. Assim, é essencial identificar o grupo de trabalho que estará envolvido em todo o processo, que idealmente deverá ser constituída por:

- Um representante do SEPAG que será o fio condutor de todo o processo e o elo de ligação com o CA;
- O Diretor do DSCM;
- A Enfermeira Coordenadora do DSCM;
- A Gestora do DSCM;
- Diretores de Serviço da Pediatria e Ginecologia/Obstetrícia;
- Enfermeiros Gestores dos Serviços de Pediatria e Ginecologia/Obstetrícia.

3.2.2.1. Cronograma

Considerando que no momento da elaboração deste Projeto, o processo de Contratação Externa para 2023 já se encontrava em fase de acompanhamento e monitorização, sendo que os Termos de Referência para a Contratação de Cuidados de Saúde no SNS para 2024 ainda não tinham sido disponibilizados, foram utilizados como base as orientações para 2023.

Assim, dando cumprimento ao estipulado pela ACSS no cronograma de negociação com os cuidados hospitalares para a Contratação Externa de 2023, descrito acima na Figura 3, determinou-se a seguinte calendarização das diferentes fases da Contratação Interna, tendo em conta que o “ano n-1” se refere ao ano que antecede o ano da Contratação, o “ano n” será o ano a contratar, e o ano “n+1” será o ano que precede o ano da Contratação (Quadro 42).

Quadro 42 - Calendarização das Fases da Contratação Interna

Descrição	ano n-1						ano n												ano n+1	
	jul	ago	set	out	nov	dez	jan	fev	mar	abr	mai	jun	jul	ago	set	out	nov	dez	jan	
Preparação e análise detalhada da informação de suporte para o Departamento por parte do SEPAG	█																			
Envio ao Departamento das orientações, documentos de suporte e matrizes para contratação no "ano n"	█																			
Apresentação de propostas para os objetivos e indicadores de desempenho a contratar			█																	
Reuniões de negociação entre as partes			█																	
Assinatura das Cartas de Compromisso Internas			█																	
Disponibilização dos documentos de suporte à negociação do Acordo Modificativo				█	█															
Elaboração e submissão do PAO no Portal SICA					█															
Negociação do Acordo Modificativo com a ACSS					█															
Assinatura do Acordo Modificativo						█														
Envio ao Departamento das Cartas de Compromisso definitivas						█														
Monitorização e acompanhamento baseado no BSC							█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█
Reuniões de avaliação do desempenho										█			█			█				█
Atribuição de incentivos																				█

Fonte: Elaboração Própria.

3.2.2.1.1. Preparação e Análise Detalhada da Informação de Suporte para o DSCM

O SEPAG deverá iniciar o processo de Contratualização Interna, no final do 1.º semestre do “ano n-1”, com a preparação e análise da informação que servirá de suporte para as propostas que irão ser apresentadas para o “ano n”. Será elaborado um documento com orientações específicas, acerca da atividade assistencial e económico-financeira, objetivos e resultados que deverão ser alcançados, tendo em conta as prioridades da política de saúde, relativamente ao acesso, melhoria da qualidade e eficiência. O documento assenta nos Termos de Referência para Contratualização de Cuidados de Saúde no SNS para o “ano n”, capítulo dedicado à contratualização nos hospitais, no caso, mais concretamente nas ULS, devendo ter objetivos e indicadores claros e específicos de modo a definir metas mensuráveis e identificar as principais áreas a intervir, tendo como foco as metas estabelecidas.

Do documento elaborado com Linhas Orientadoras para Contratualização Interna do DSCM para o “ano n” (Apêndice 1), destacam-se os seguintes pontos:

- Instruções genéricas para a Contratualização “ano n”;
- Contratualização do Desempenho Económico-Financeiro;
- Linhas e Princípios orientadores para o “ano n” no Internamento, na Atividade Cirúrgica, para o Ambulatório Médico e Cirúrgico, para as Consultas Externas, para os Atendimentos Urgentes e para as Sessões do Hospital Dia;
- Prestação de Cuidados no âmbito de Programas de Saúde Específicos;
- Objetivos de Acesso, Desempenho Assistencial e Eficiência nas ULS para os Cuidados Hospitalares, aplicados ao Departamento;
- Cronograma das fases do Processo de Contratualização Interna/Externa;
- Análise histórica do movimento assistencial, económico-financeiro, de consumos e de recursos humanos do Departamento, tendo por base o “ano n-1”, o 1.º semestre do “ano n” e a previsão para o “ano n”;
- Bilhete de Identidade dos principais Indicadores de Desempenho.

De forma a simplificar a forma de perceber a atividade assistencial e o impacto da mesma nos indicadores, construiu-se uma matriz com os Indicadores a Contratualizar, que permite analisar diversos cenários da atividade assistencial, ajustando os valores contratualizados nas diversas linhas de produção de acordo com as orientações estabelecidas para cada indicador nos seus bilhetes de identidade (ACSS 2022a).

3.2.2.1.2. Envio ao Departamento das Orientações e Documentos de Suporte para Apoio na Definição dos Objetivos e Indicadores a Contratualizar no “ano n”

Na segunda fase proceder-se-á ao envio de toda a documentação de suporte preparada e necessária para que o Departamento elabore a sua proposta que irá definir qual a direção estratégica a seguir no “ano n”. Estes documentos serão enviados em formato digital, sendo que, os Diretores dos Serviços e Enfermeiros Gestores do Departamento, deverão ter acesso à plataforma de BI implementada pelo SEPAG, onde poderão analisar a atividade assistencial, monitorização das suas linhas de atividade, evolução do “ano n-1” relativamente ao contratualizado e execução das metas. Deste modo, será possível identificar quais os objetivos e indicadores de desempenho relevantes para mensurar e quais as metas a estabelecer na fase seguinte.

3.2.2.1.3. Apresentação de Propostas para as Linhas de Produção, Objetivos e Indicadores de Desempenho a Contratualizar

De forma a simplificar a forma de perceber a atividade assistencial e o impacto das variáveis nos indicadores, construiu-se uma matriz dos Indicadores a Contratualizar (Apêndice 3), que permite analisar diversos cenários da atividade assistencial, ajustando os valores contratualizados nas diversas linhas de produção de acordo com as orientações estabelecidas para cada indicador nos seus bilhetes de identidade.

O Departamento deverá apresentar as suas propostas de produção, objetivos e indicadores de desempenho a contratualizar, numa reunião conjunta com o SEPAG no final da primeira quinzena do mês de setembro, onde ficarão definidos quais os objetivos e indicadores e qual o valor a contratualizar e metas a alcançar. Estes serão vertidos na ferramenta de BI que disponibilizará um separador “Contratualização” onde deverão ser carregadas as propostas de cada uma das linhas contratualizadas.

3.2.2.1.4. Reuniões de Negociação entre as Partes

Esta fase tem por objetivo analisar e negociar as propostas elaboradas pelo Departamento e pelo CA, tentando alcançar valores consensuais que garantam a efetividade das metas e a maximização dos recursos existentes. Numa primeira abordagem estas reuniões deverão ser realizadas entre o Departamento e o SEPAG, para posteriormente apresentar uma proposta final ao CA, de onde

resultará o contratualizado internamente com o Departamento. A negociação irá refletir-se no PAO servindo de base para a Contratualização Externa para o “ano n”. Este momento caracteriza-se por uma gestão participativa e por objetivos, onde todos os intervenientes assumem um papel crucial no planeamento.

3.2.2.1.5. Assinatura das Cartas de Compromisso Internas

As Cartas de Compromisso, constituem essencialmente as obrigações do Departamento e o compromisso do CA, a sua assinatura traduzir-se-á no comprometimento formal entre as partes, relativamente à atividade assistencial, objetivos estratégicos, indicadores, metas, iniciativas e incentivos, contratualizadas internamente para o “ano n”. Sendo este considerado um ato que amplifica o compromisso entre as partes, relativamente a um objetivo comum, deverá ser público e divulgado na ULSG (Apêndice 2).

3.2.2.1.6. Processo de Contratualização Externa

O processo de Contratualização Externa irá influenciar a fase seguinte da Contratualização Interna, já que aqui serão apresentadas as propostas da ULSG, que resultarão das negociações internas.

3.2.2.1.7. Envio ao Departamento das Cartas de Compromisso Definitivas

Após negociação externa e determinação definitiva do contratualizado com a tutela, são enviadas para o DSCM as Cartas de Compromissos concludentes, com as respetivas alterações se assim ficar estabelecido no PAO do “ano n”.

3.2.2.1.8. Monitorização e Acompanhamento baseado no BSC

A monitorização e acompanhamento da Contratualização Interna traduz-se num processo sistemático de controle e avaliação do cumprimento dos compromissos estabelecidos, através dos indicadores de desempenho e das metas específicas, na negociação interna. Este procedimento deverá ser efetuado através de relatórios trimestrais e da ferramenta de BI, onde serão identificados eventuais desvios.

De modo a promover um sistema de monitorização e uma avaliação mais dinâmica, irá utilizar-se a ferramenta BSC (Apêndice 4). Para esta metodologia definiram-se os indicadores de desempenho (KPI's) relevantes para as suas diferentes perspetivas (clientes/utentes, financeira, processos internos e aprendizagem e crescimento) estabelecendo-se metas com base nestes indicadores. A análise através do BSC permite analisar e comparar os dados relevantes, identificando as tendências e áreas críticas a melhorar, determinando medidas corretivas, permitindo uma abordagem equilibrada e uma visão abrangente do desempenho. Trimestralmente deverá ser enviado ao Departamento um relatório com a análise BSC.

3.2.2.1.9. Reuniões de Avaliação do Desempenho

As reuniões de avaliação do desempenho deverão ocorrer trimestralmente, procedendo o balanço dos resultados do BSC, de modo a identificar os desvios e a criar medidas retificativas, seja a nível de processos internos, realocação de recursos, procedimentos na equipa ou até mesmo adendas às Cartas de Compromisso.

Após o término do “ano n”, o SEPAG deverá elaborar um relatório final de análise à execução do acordado nas Cartas de Compromisso, por linha de produção, metas e indicadores, devendo este ser entregue ao Departamento e ao CA.

3.2.2.1.10. Atribuição de Incentivos

Esta última fase decorrerá do resultado da anterior, atribuindo os incentivos fixados nas Cartas de Compromisso, que recompensarão os níveis de desempenho de excelência, incentivando a melhoria contínua. Considerando que, cada departamento e cada equipa tem necessidades diferentes é fundamental adaptar os incentivos às suas características e especificidades, assumindo duas formas:

- Reconhecimento através de um ato público do excelente desempenho do Departamento com a atribuição de certificados de reconhecimento e publicação nos canais de informação da ULSG, proporcionando visibilidade e prestígio entre os colegas;
- Considerando a conjuntura atual em que a ULSG não pode compensar financeiramente o Departamento, definiu-se neste Projeto, como forma de incentivo, a utilização da verba proveniente dos incentivos da contratualização externa, para atribuição de recursos, seja,

equipamentos atualizados, instalações melhoradas, novas tecnologias, disponibilização de formação técnica, através da participação em conferências, simpósios, colóquios, formações e seminários, apoio à investigação, etc. Não esquecendo que estes prémios deverão ser estabelecidos nas reuniões de negociação de modo a que estes sejam considerados no plano de investimentos da Instituição no PAO do “ano n”.

É primordial que sejam valorizados e reconhecidos, o desempenho e a excelência dos departamentos e das equipas, tornando-se uma estratégia efetiva para a promoção da qualidade na prestação de cuidados de saúde.

Genericamente os critérios deverão estar em concordância com os que a ACSS estabeleceu para a ULSG no “ano n”, podendo ser um pouco mais específicos para o Departamento.

Assim os incentivos serão atribuídos se:

- Não se verificarem situações que gerem penalidades;
- As linhas de produção negociadas apresentarem no mínimo 90% do volume contratualizado.

3.2.2.2. O *Balanced Scorecard* no Processo de Contratualização Interna do DSCM

O modelo do BSC baseado em Kaplan (2010) é aquele que melhor se adapta às necessidades das organizações de saúde, sendo que, como já foi referido a perspetiva dos utentes estará no topo, já que, os objetivos estratégicos da ULSG são (Unidade Local de Saúde da Guarda, 2023c):

1. Reorganização hospitalar, centrada no interesse do doente, integrando princípios de boa governação clínica e empresarial;
2. Articulação e integração vertical de cuidados;
3. Adequação da oferta e reorientação da procura;
4. Promoção da melhoria contínua da qualidade;
5. Empreendimento de políticas de recursos humanos que promovam a vinculação e o compromisso com a Instituição;
6. Aumento de receitas extra CP;
7. Racionalização de custos.

Conforme já referido, as organizações hospitalares são monitorizadas através de objetivos de acesso, desempenho assistencial e eficiência. Assim, a atividade dos diversos departamentos e

áreas deverá sustentar-se nessas mesmas orientações de modo a garantir a eficácia e eficiência clínica assim como a qualidade na prestação de cuidados de saúde e segurança do utente. Deste modo os indicadores deverão ser escolhidos de acordo com as linhas estratégicas de forma a serem passíveis de medir e as suas metas estabelecidas conscientemente.

A metodologia utilizada na construção do modelo de BSC proposto foi:

- Identificar a equipa de desenvolvimento e implementação do BSC no DSCM;
- Identificar os valores, visão e missão do DSCM;
- Identificar os objetivos e o seu alinhamento com a ULSG;
- Identificar os indicadores de medida dos objetivos fixados;
- Definir metas anuais para cada um dos indicadores;
- Definir a periodicidade da monitorização e avaliação do desempenho;

O BSC irá proporcionar uma visão holística do desempenho do DSCM, permitindo identificar os desvios do negociado e as suas causas, de modo a intervir atempadamente nas áreas críticas a nível operacional e económico-financeiro. O BSC proposto tem como pontos fulcrais (Apêndice 4):

- Perspetiva;
- Objetivo;
- Indicador;
- Meta;
- Realizado no semestre em análise;
- Desvio (valor, percentagem e avaliação);
- Justificação;
- Medidas propostas e atribuição de responsabilidade para as desenvolver.

Nesta proposta de BSC para o DSCM e para os serviços que o integram (Apêndice 4), o quadro apresenta as linhas gerais do Departamento, sendo que na prática deverá desagregar-se nos serviços de Pediatria, Ginecologia e Obstetrícia. Foram estabelecidos como exemplo, vinte e dois objetivos, e sessenta e nove indicadores distribuídos pelas quatro perspetivas, definindo estratégias que melhoram a qualidade dos processos, a relação com os recursos humanos e conseqüentemente o desempenho económico e financeiro através da relação gastos/rendimentos. Na perspetiva dos utentes todos os indicadores deverão centrar-se no utente e na satisfação das suas necessidades a nível de prestação de cuidados de saúde. O Quadro 43 mostra cinco objetivos

compostos por dezasseis indicadores que promovem, essencialmente o acompanhamento dos utentes desde o nascimento à idade adulta das mulheres.

Quadro 43 - Perspetiva dos Utes

Perspetiva	Objetivo	Indicadores
Utentes	O1. Melhorar a qualidade na prestação de cuidados de saúde	Internamento
		I1. Demora Média
		I2. % de Transferências para outros Hospitais
	O2. Acompanhar e informar os utentes no âmbito da Saúde da Criança e da Mulher, garantindo cuidados contínuos e adequados, ensinamentos e práticas corretas para cada caso	I3. % Internamento com Demora Média superior a 30 dias
		Consulta Externa
		I4. N.º Consultas de Adolescência
		I5. N.º Consultas Menopausa
		I6. N.º de Consultas de Planeamento Familiar
		I7. N.º de Consultas Pré-Parto
		I8. N.º de Consultas Diabetologia Pediátrica
		I9. N.º de Consultas Obesidade Pediátrica
		I10. N.º de Consultas Saúde do Adolescente
		I11. N.º de Consultas de enfermagem de preparação de Parto
	I12. N.º de Consultas de enfermagem Diabetes Pediatria	
	O3. Promover cuidados de saúde programados em ambulatório	HDI
		I13. N.º de Doentes co sessões em HDI
O4. Aumentar a satisfação dos Utes	I14. % MCDT's pedidos pelo HDI	
	Internamento, Consulta Externa, Urgência, HDI	
O5. Promover a Internalização dos MCDT's	I15. % de Reclamações recebidas (Internamento, Consulta Externa, Urgência, HDI)	
	MCDT's	
	I16. % de MCDT's realizados internamente	

Fonte: Elaboração Própria.

A perspetiva do Desempenho Económico e Financeiro, conforme apresentado no Quadro 44, utiliza oito indicadores relacionados com as rúbricas gastos e despesas, por exemplo gastos com o pessoal, custos com medicamentos, sendo que os três objetivos se focam na redução dos custos.

Quadro 44 - Perspetiva do Desempenho Económico e Financeiro

Perspetiva	Objetivo	Indicadores
Desempenho Económico e Financeiro	O6. Reduzir Custos c/ Pessoal	I17. Custos com Trabalho Extraordinário, Suplementos e FSE Médicos
		I18. Custos com Trabalho Extraordinário, Suplementos e FSE Enfermeiros
		I19. Custos c/Pessoal
		I20. Encargos com Prestações de Serviços
	O7. O5. Reduzir Custos c/ Consumos	I21. Custos com material de consumo clínico
		I22. Custos com medicamentos
	O8. Reduzir Custos dos Serviços	I23. Custos totais do serviço
		I24. Custos c/ MCDT's realizados no exterior

Fonte: Elaboração Própria.

Na perspetiva dos Processos Internos (Quadro 45) houve a preocupação de identificar os objetivos e indicadores que melhor avaliam a eficiência do Serviço estando diretamente relacionados com a perspetiva dos Utentes e do Desempenho Económico e Financeiro, sendo por isso aquele que apresenta maior número de objetivos (nove) e de indicadores (trinta e cinco). Salientam-se dois objetivos primordiais para o sucesso da ferramenta BSC, a “Melhoria da Qualidade nos Processos”, de onde se destaca a necessidade de reduzir as desconformidades nas Auditorias Internas, e a qualidade dos registos administrativos e clínicos, e o outro objetivo “Responsabilização pelo cumprimento do estabelecido na Carta de Compromisso da CI” através da execução dos objetivos contratualizados.

Quadro 45 - Perspetiva dos Processos Internos

Prespetiva	Objetivo	Indicadores	
Processos Internos	O9. Promover a articulação com os CSP	I25.	N.º de projetos de articulação com os CSP implementados
		Urgência	
		I26.	% Utilizadores frequentes do serviço de urgência (>4 episódios no último ano)
	O10. Reduzir os TME	Consulta Externa	
		I27.	% Pedidos em Lista de Espera para Consulta (LEC) dentro do TMRG
		I28.	% de Consultas Realizadas em Tempo Adequado
		Atividade Cirúrgica	
		I29.	% Utentes em Lista de Inscritos para Cirurgia (LIC) dentro do TMRG
		I30.	% Doentes operados dentro do TMRG
	O11. Melhorar o Acesso dos Utentes	Consulta Externa	
		I31.	% Primeiras Consultas via CTH
		I32.	Taxa de Registo Alta da Consulta Externa
		Urgência	
	O12. Desenvolver uma ocupação eficiente dos recursos do serviço	I33.	% Episódios de urgência atendidos dentro do tempo de espera previsto no protocolo de triagem
		Internamento	
		I34.	I23. Taxa de Ocupação
		Atividade Cirúrgica	
		I35.	% Horas utilizadas para Cirurgia Convencional
	O13. Reduzir os cancelamentos das cirurgias	I36.	% Horas utilizadas para Cirurgia de Ambulatório
		Atividade Cirúrgica	
		I37.	% Cirurgias Convencionais canceladas
	O14. Melhorar as práticas Médicas e de Enfermagem	I38.	% Cirurgias de Ambulatório canceladas
		Internamento	
		I39.	% de Úlceras de Pressão adquiridas no serviço
		I40.	Taxa de incidência de doentes com queda
		I41.	Taxa de Mortalidade
		I42.	% Partos por Cesariana
		I43.	% Cesarianas urgentes no total das Cesarianas
I44.		% Cesarianas antes das 39 semanas	
I45.		% de reinternamentos em 30 dias na mesma Categoria de GCD	
I46.		% de internamentos com Demora Média superior a 30 dias	
I47.		N.º de Contatos de Enfermagem	
Atividade Cirúrgica			
I48.		% de Anestesia Epidural no total dos Partos	
I49.		% Cirurgias de ambulatório no total de cirurgias programadas (GDH) - procedimentos ambulatorizáveis	
I50.		% Cirurgias realizadas em ambulatório (GDH), para procedimentos tendencialmente ambulatorizáveis	
Urgência			
O15. Reduzir a Taxa de desmarcação das Cirurgias		I51.	Episódios de Urgência c/ + de 24 horas
	I52.	% de episódios de Urgência c/internamento	
	Atividade Cirúrgica		
O16. Melhoria da Qualidade nos Processos	I53.	Taxa de Desmarcação de Consultas	
	I54.	Taxa de Desmarcação de Consultas p/ não comparência do Utente	
	Internamento, Consulta Externa, Urgência, HDI		
	I55.	N.º de Não Conformidades em Auditorias Internas	
O17. Responsabilização pelo cumprimento do estabelecido na Carta de Compromisso da CI	I56.	N.º de Episódios sem Diagnóstico Associado	
	Internamento		
	I57.	Tempo Médio de Codificação de GDH	
	I58.	% de GDH por Codificar	
Contratualização Interna			
I59.	% de execução dos objetivos contratualizados		

Fonte: Elaboração Própria.

Relativamente à perspetiva de Aprendizagem e Crescimento esta será a base da execução dos objetivos das restantes perspetivas. Esta revela especial importância devido às constantes mudanças e inovações no setor da saúde, motivando os colaboradores a uma aprendizagem e crescimento contínuo. Estes oito indicadores apresentados, integrados em cinco objetivos (Quadro 46), estão relacionados com a formação, investigação e inovação a nível de *e-health*. Um dos indicadores selecionados nesta perspetiva foi a “% de absentismo dos profissionais” que irá medir a eficiência na gestão dos recursos humanos, e, por conseguinte, a satisfação dos profissionais.

Quadro 46 - Perspetiva da Aprendizagem e Crescimento

Perspetiva	Objetivo	Indicadores
Aprendizagem e crescimento	O18. Desenvolver competências técnicas e humanas nos profissionais de saúde	I60. N.º de horas de formação
		I61. N.º de Idoneidades Formativas
	O19. Manter ou estabelecer colaboração com escolas de Medicina e Enfermagem para formação	I62. N.º de Internos
		I63. N.º de Estágios recebidos no serviço
	O20. Promover condições para a investigação e troca de informação científica	I64. N.º de Ensaios Clínicos realizados
		I65. N.º de Publicações e Comunicações Científicas
	O21. Inovar	I66. N.º de Programas e Técnicas Inovadoras introduzidas na Prática Clínica
		I67. N.º de Projetos na área do <i>e-Health</i>
	O22. Maior eficiência na Gestão dos RH	I68. % de Absentismo dos Profissionais
		I69. % de Absentismo dos Profissionais por doença

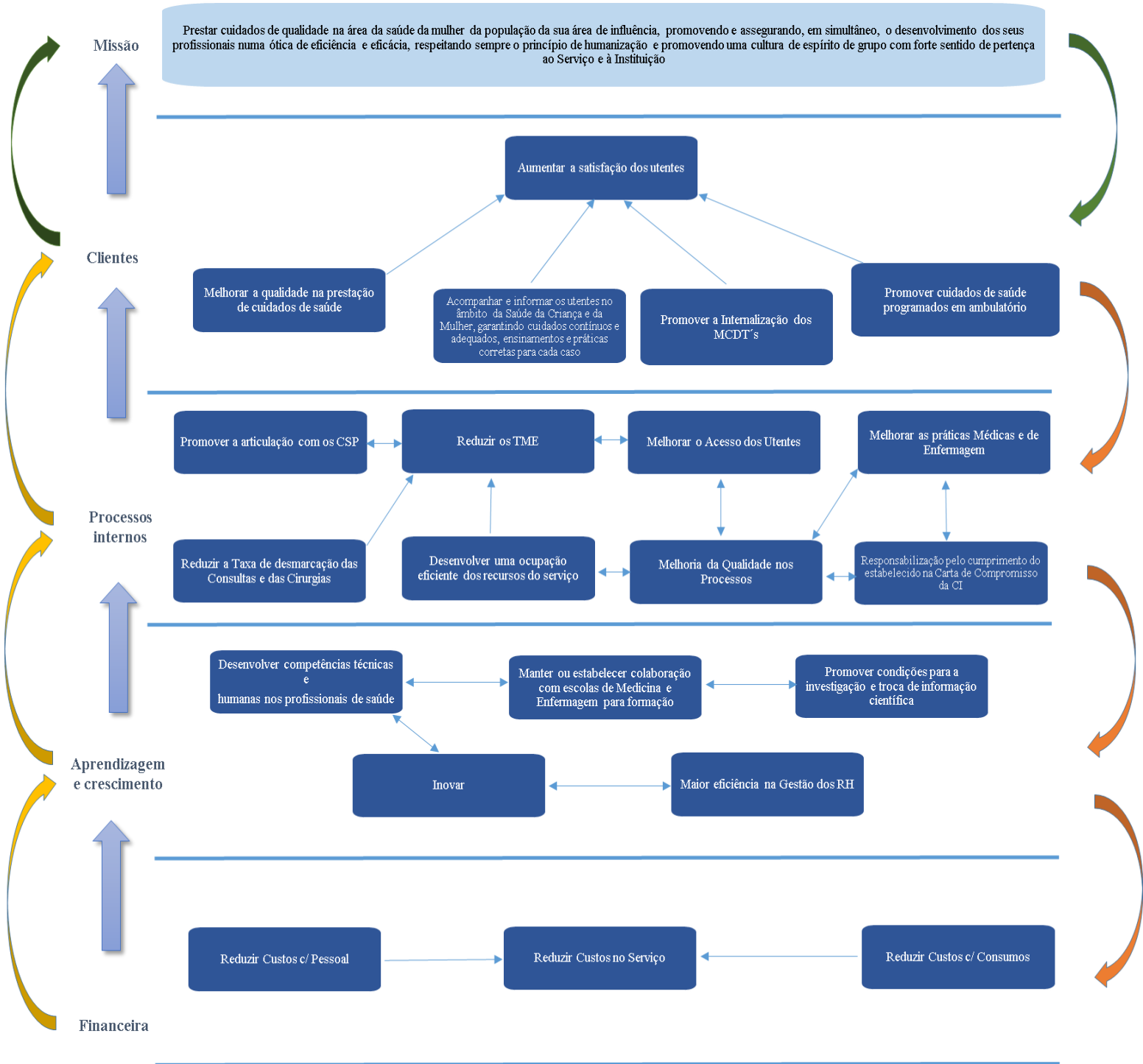
Fonte: Elaboração Própria.

3.2.2.2.1. Proposta de Mapa Estratégico para o DSCM

Como referido no Capítulo I, o Mapa Estratégico é um instrumento relevante na estrutura do modelo BSC, a proposta apresentada para o Departamento resulta dos vinte e dois objetivos repartidos pelas quatro perspetivas, proporcionando uma visão clara de como os objetivos se relacionam entre si de modo a alcançar a missão. Tomando como base a estrutura proposta por Kaplan e Norton (1996), o Mapa Estratégico representado na Figura 19, evidencia a importância da perspetiva dos utentes e o objetivo da satisfação dos mesmos, mostrando as relações de causa efeito entre todos os objetivos de todas as perspetivas. Por exemplo, desenvolver competências técnicas e humanas nos profissionais de saúde, na perspetiva de aprendizagem e crescimento,

influenciará os processos internos, melhorando a qualidade dos sistemas. Por sua vez, estes, levarão ao aperfeiçoamento das práticas médicas e de enfermagem, que em consequência irão melhorar a acessibilidade dos utentes. Por inerência irão reduzir os tempos médios de espera e em inferência o aumento da satisfação dos utentes. Este resultado de efeito/causa conduzirá a uma maior sustentabilidade financeira do Serviço, já que, há uma maior sensibilização e conhecimento relativamente aos Gastos e Custos, resultando assim no cumprimento dos objetivos contratualizados nas Cartas de Compromisso do processo de Contratualização Interna.

Figura 19 - Mapa Estratégico para o DSCM



Fonte: Elaboração Própria.

CAPÍTULO IV – CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES

De modo a encerrar o Projeto apresentado e prover uma síntese e uma reflexão final, este capítulo final irá consolidar os principais pontos abordados, a importância da aplicabilidade do modelo apresentado e algumas das limitações do estudo

4.1. Conclusão e Considerações Finais

Este Projeto tem como pretensão iniciar a implementação da Contratualização Interna na ULSG, já no ano 2024, utilizando o BSC como instrumento de gestão, numa fase inicial no DSCM para a fase experimental, de modo a posteriormente se estender a outros Departamentos e Serviços. Considera-se uma estratégia primordial para promover a eficiência, transparência e qualidade dos serviços de saúde prestados. O Projeto desenvolvido envolve a definição e formalização de acordos entre as partes envolvidas no processo, tendo como foco os valores, visão e missão tanto da Instituição como do DSCM, alinhados com as metas, objetivos e indicadores de desempenho, promovendo o acompanhamento e avaliação contínua da sua evolução.

O enquadramento teórico pretendeu certificar o estado da arte relativamente à *New Public Management*, ao processo de Contratualização Interna no contexto da Contratualização Externa na Saúde e do BSC. Esta abordagem inicial foi extremamente importante, contribuindo para aprofundar o conhecimento nestas áreas específicas, o que substanciou a preparação do Projeto em si.

O Projeto foi desenvolvido especificamente para o DSCM e todos os serviços que o integram, Pediatria, Neonatologia, Ginecologia e Obstetrícia, tendo em consideração todas as suas características, tomando como ponto de partida a necessidade imperativa de implementar Contratualização Interna na ULSG. O envolvimento de todos os profissionais neste processo foi um dos pontos fulcrais nesta abordagem, sustentado pelo compromisso com os objetivos estabelecidos nas “Cartas de Compromissos”. Todo o processo foi estruturado de modo a ser possível cumprir as fases delineadas, concebendo e implementando o BSC como ferramenta de monitorização, avaliação e ajuste das variáveis que têm impacto no resultado final e na execução das metas. Dada a capacidade desta ferramenta quanto ao alinhamento da atividade com a estratégia, é de extrema utilidade no desempenho do Departamento. As relações de causalidade simplificam e clarificam a compreensão dos objetivos e das políticas de gestão. A sua

implementação deverá ser gradual tendo em conta as limitações e constrangimentos dos serviços, comprometendo as partes envolvidas de forma a garantir uma maior articulação e comunicação para o êxito no resultado final.

Sendo as organizações de Saúde extremamente complexas, pela acentuada utilização de recursos humanos, financeiros, tecnológicos e de conhecimento, evidencia-se a necessidade de um modelo dinâmico e descentralizado, acompanhando as constantes mudanças, tanto a nível interno como externo, permitindo a otimização contínua, conseguindo assim, responder às necessidades de cada área.

É crucial reconhecer que a implementação bem-sucedida da Contratualização Interna necessita um planeamento cuidadoso e uma comunicação eficaz, sendo de extrema importância avaliar constantemente o modelo, ajustando-o conforme necessário, garantindo a continuidade relativamente ao cumprimento dos objetivos estratégicos tanto do Departamento como da ULSG.

Durante a realização do Projeto foi importante identificar e abordar as limitações que surgiram durante o percurso. A maior dificuldade encontrada neste processo centrou-se essencialmente na falta de informação referente aos Termos de Referência para 2024, tendo sido necessário utilizar os de 2023, podendo existir alterações nos princípios orientadores do processo de Contratualização Externa no que concerne a atividades, objetivos e resultados a alcançar, refletindo-se consequentemente no processo de Contratualização Interna. Houve ainda uma condicionante temporal já que, o Projeto foi iniciado em outubro de 2022, não podendo trabalhar a informação estatística antes de fevereiro de 2023.

Para concluir, é importante salientar que a Contratualização Interna é um processo que oferece uma oportunidade significativa para o avanço e a evolução da maturidade organizacional da ULSG, conduzindo a melhorias tangíveis como a alocação mais eficaz dos recursos e uma maior responsabilização na prestação de cuidados. Esta abordagem deverá fortalecer a cultura organizacional incentivando o compromisso contínuo com a mudança, transparência e envolvimento ativo de todos os profissionais. Evidentemente que a Contratualização Interna não será a solução única para enfrentar todos os desafios que surgem, contudo, será um instrumento pertinente na procura de soluções e metodologias que melhor se adaptem às conjunturas. Quando implementada de forma consciente, pode proporcionar benefícios significativos tanto para a Instituição quanto para os utentes, contribuindo assim para a melhoria da saúde e do bem-estar da comunidade da sua área de influência.

Em modo de reflexão, e depois de tantos anos dedicados à ULSG, é com grande satisfação que apresento o meu exíguo contributo na procura da melhoria contínua e excelência da Instituição, ajudando a dar mais um passo para alcançar a sua missão.

Bibliografia

Administração Central do Sistema de Saúde (2022a). Termos de Referência para Contratualização de Cuidados de Saúde para 2023.

Administração Central do Sistema de Saúde (2022b). Acordo Modificativo ao Contrato Programa ULSG – 2023.

Administração Central do Sistema de Saúde (2016). Contrato-Programa ULSG 2017-2019.

Araújo, J. F. (2007). Avaliação da Gestão Pública: A Administração Pós Burocrática. Universidade do Minho, Núcleo de Estudos em Administração e Políticas Públicas NEAPP - Comunicações em Conferências. Obtido em janeiro de 2023, de <https://hdl.handle.net/1822/8309>.

Campos, L., Borges, M., & Portugal, R. (2009). A Governação dos Hospitais. Casa das Letras.

Chang, W.-C., Tung, Y.-C., Huang, C.-H., & Yang, M.-C. (2008). Performance Improvement After Implementing The Balanced Scorecard: A large Hospital's Experience in Taiwan. Total Quality Management & Business Excellence - Total Qual Management Bus Excell. Obtido em junho de 2023, de <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/14783360802323560>.

Correia, T. (2011). Revista da Associação Portuguesa de Sociologia. Obtido em janeiro de 2023, de Sociologia Online: <https://revista.aps.pt/pt/new-public-management-in-the-portuguese-health-sector-a-comprehensive-reading/>.

Decreto-Lei n.º 18/2017, de 10 de fevereiro, regulamentado através do Diário da República n.º 30/2017, Série I de 2017-02-10 - Regula o Regime Jurídico e os Estatutos aplicáveis às unidades de saúde do Serviço Nacional de Saúde com a natureza de Entidades Públicas Empresariais, bem como as integradas no Setor Público Administrativo. Obtido em fevereiro de 2023, de <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/18-2017-106434234>.

Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de fevereiro, regulamentado através do Diário da República n.º 38/2008, Série I de 2008-02-22 - Estabelece o regime da criação, estruturação e funcionamento dos agrupamentos de centros de saúde do Serviço Nacional de Saúde. Obtido em janeiro de 2023, de <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/28-2008-247675>.

Decreto-Lei n.º 93/2005, de 07 de junho, regulamentado através do Diário da República n.º 109/2005, Série I-A de 2005-06-07 - Transforma os hospitais sociedades anónimas em entidades públicas empresariais. Obtido em janeiro de 2023, de <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/93-2005-220550>.

Decreto-Lei n.º 133/2013, de 03 de outubro, regulamentado através do Diário da República n.º 191/2013, - No uso da autorização legislativa concedida pela Lei n.º 18/2013, de 18 de fevereiro,

aprova o novo regime jurídico do sector público empresarial Série I de 2013-10-03. Obtido em junho de 2023, <https://files.dre.pt/1s/2013/10/19100/0598806002.pdf>.

Decreto-Lei n.º 183/2008, de 04 de setembro, regulamentado através do Diário da República n.º 171/2008, Série I de 2008-09-04 - Cria a Unidade Local de Saúde do Alto Minho, E. P. E., a Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, E. P. E., e a Unidade Local de Saúde da Guarda, E. P. E., e aprova os respetivos estatutos. Obtido em fevereiro de 2023, de <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/183-2008-453991>.

Decreto-lei n.º 185/2002, de 20 de agosto, regulamentado através do Diário da República 191/2002, Série I-A de 2002-08-20 - Define o regime jurídico das parcerias em saúde com gestão e financiamentos privados. Obtido em junho 2023, de <https://dre.tretas.org/dre/155245/decreto-lei-185-2002-de-20-de-agosto>.

Decreto-Lei n.º 233/2005, de 29 de dezembro, regulamentado através do Diário da República n.º 249/2005, Série I-A de 2005-12-29 - Transforma em entidades públicas empresariais os hospitais com a natureza de sociedade anónima, o Hospital de Santa Maria e o Hospital de São João e cria o Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, E. P. E., o Centro Hospitalar de Setúbal, E. P. E., e o Centro Hospitalar do Nordeste, E. P. E., e aprova os respetivos Estatutos - Artigo 21.º Obtido em janeiro de 2023, de <https://dre.pt/dre/legislacao-consolidada/decreto-lei/2005-66348268>.

Despacho conjunto S/N. Ministério da Saúde em conjunto com o Ministério do Tesouro – Reforço da Autonomia da Gestão. Obtido em fevereiro de 2023, de https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2019/07/Despacho_Reforco_Autonomia_Gestao_EPE_SNS_19-06-2019.pdf.

Despacho n.º 252/2022-SET de 18 agosto - Instruções para a Elaboração dos Planos de Atividades e Orçamentos, incluindo o Plano de Investimentos para 2023-2025, anual e plurianual, das empresas públicas não financeiras do Setor Empresarial do Estado. Obtido em fevereiro de 2023, de https://www.utam.gov.pt/publicacoes/Despacho_252_2022_SET_IPG2023.pdf.

Despacho n.º 721/2006 de 11 de janeiro, regulamentado através do Diário da República n.º 8/2006, Série II de 2006-01-11, páginas 468 – 471 - Aprova as cláusulas contratuais gerais dos contratos-programa a celebrar entre o Ministério da Saúde e as unidades de saúde integradas no sector empresarial do Estado para pagamento de atos e atividades. Obtido em fevereiro de 2023, de <https://dre.pt/dre/detalhe/despacho/721-2006-3421762>.

Despacho n.º 2508/2012 de 10 de dezembro, regulamentado através do Diário da República n.º 36/2012, Série II de 2012-02-20 - Planeamento Estratégico e Operacional da Rede Hospitalar do SNS.

Drucker, P. (2001). *The Essential Drucker*. USA: Butterworth-Heinemann Harper.

Escoval, A. M. (2009). *O Processo de Contratualização na Saúde em Portugal (1996-2005)*. Revista Portuguesa de Saúde Pública.

Griffith, J. (1994). Reengineering Health Care: Management Systems for Survivors. Hospital & Health Services Administration.

Grupo Português de Triagem (2022). Grupo Português de Triagem. Obtido em dezembro de 2022, de Grupo Português de Triagem: <https://www.grupoportuguestriagem.pt/>.

Hood, Christopher (1991). “A Public Management for all Seasons?”, in Public Administration, Vol.

69, pp. 3-19.

Inamdar, N., Kaplan, R., & Bower, M. (2002). Applying the Balanced Scorecard in Healthcare Provider Organizations. Journal Healthcare Management.

Instituto Nacional de Estatística (2022). INE. Obtido em novembro de 2022, de https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpgid=ine_main&xpid=INE.

Kaplan, R. (2010). Conceptual Foundations of the Balanced Scorecard. (H. University, Ed.) Harvard Business School.

Kaplan, R. & Norton, D. (1992). The Balanced Scorecard - Measure that Drive Performance. Harvard Business School Press. Obtido em maio 2023, https://steinbeis-bi.de/images/artikel/hbr_1992.pdf.

Kaplan, R., & Norton, D. (1996). The Balanced Scorecard: Translating Strategy Into Action. Harvard Business School Press. Obtido em março de 2023, de http://www.untag-smd.ac.id/files/Perpustakaan_Digital_1/BALANCED%20SCORECARD%20The%20balanced%20scorecard%20translating%20strategy%20into%20action%20%5B1996%5D.pdf.

Kaplan, R., & Norton, D. (2000). Having Trouble with Your Strategy? Then Map It. Harvard Business Review.

Kaplan, R., & Norton, D. (2008). Execution Premium: Linking Strategy to Operations for Competitive Advantage. Harvard Business Press.

Kaplan, R., & Norton, D. (2009). Prémio de Execução - Concretize a estratégia do seu negócio com eficácia e reforce a sua vantagem competitiva. Actual Editora.

Kuazaki, E. (2016). Planeamento Estratégico. Cengage Learning.

Lei n.º 27/2002, de 8 de novembro, regulamentado através do Diário da República n.º 258/2002, Série I-A. Aprova o novo regime jurídico da gestão hospitalar e procede à primeira alteração à Lei n.º 48/90, de 24 de agosto Hospitalar - Artigo 5.º. Obtido em janeiro de 2023, de <https://dre.pt/dre/legislacao-consolidada/lei/2002-34493575-114867061>.

Lei n.º 48/1990, de 24 de agosto, regulamentado através do Diário da República n.º 195/1990, Série I de 1990-08-24 – Lei de Bases da Saúde.

Lei n.º 95/2019 de 4 de setembro, regulamentado através do Diário da República n.º 169, Série I - Aprova a Lei de Bases da Saúde e revoga a Lei n.º 48/90, de 24 de agosto, e o Decreto-Lei n.º 185/2002, de 20 de agosto. Obtido em abril de 2023, <https://files.dre.pt/1s/2019/09/16900/0005500066.pdf>.

Lynch, R., & Cross, K. (1991). *Measure Up! The Essential Guide to Measuring. Business Performance*. Mandarin.

Marr, B., & Schiuma, G. (2003). *Business Performance Measurement – Past, Present and Future*. Management Decision.

Matos, L., & Ramos, I. (2009). *Medir para Gerir – O Balanced Scorecard em Hospitais*. Sílabo.

Matos, T. T., Ferreira, A. C., Lourenço, A., & Escoval, A. (2010). *Contratualização Interna vs Contratualização Externa*. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. Obtido em julho de 2022, de <https://run.unl.pt/bitstream/10362/98380/1/RUN%20-%20RPSP%20%20vol%20tematico9a12%20-%20p161-180.pdf>.

McCarthy, E. (2015). *Roosevelt’s “The Man in the Arena”*. *Mental Floss*. Obtido em setembro de 2023, de <https://www.mentalfloss.com/article/63389/roosevelts-man-arena>.

Meliones, J. (2000). *Saving Money, Saving Lives*. *Harvard Business Review*. Obtido em julho de 2023, de <https://hbr.org/2000/11/saving-money-saving-lives>.

Mestre, R. E. (2020). *Balanced Scorecard Aplicado a Unidades Hospitalares: Uma Revisão Sistemática da Literatura*. Dissertação de Mestrado em Gestão de Unidades de Saúde. Universidade do Algarve - Faculdade de Economia.

Niven, P. (2008). *Balanced Scorecard: Step-by-Step for Government and Nonprofit Agencies*. Wiley.

Norreklit, H. (2000). *The Balance on the Balanced Scorecard – A Critical Analysis of Some of Its Assumptions*. *Management Accounting Research*.

Nunes, A. M. (2017). *Gestão Hospitalar: Quatorze Anos de Empresarialização em Portugal*. *Revista de Gestão em Sistemas de Saúde*.

Nunes, A. M., & Harfouche, A. P. (2015). *A Reforma da Administração Pública Aplicada ao Setor da Saúde: A Experiência Portuguesa*. *Revista de Gestão em Sistemas de Saúde*.

Observatório Português de Sistemas de Saúde. (2009). Relatório de Primavera 10 anos OPSS/30 anos SNS: Razões para Continuar. Obtido em janeiro de 2023, de https://www.uc.pt/org/ceisuc/Documentos/rp/rp_2009.pdf.

Olve, N.-G., Roy, J., & Wetter, M. (1999). Performance Drivers: A Practical Guide to Using the Balanced Scorecard. Wiley.

Ribeiro, R. S. (2021). Contratualização Interna 2021. APDH.

Rodrigues, L. M., & Sousa, M. G. (2002). O Balanced Scorecard - Um Instrumento de Gestão Estratégica para o Século XXI. Rei dos Livros.

Russo, J. (2015). Balanced Scorecard para PME e Pequenas e Médias Instituições. Lidel.

Senhoras, E. M. (2007). Culture in Hospital Organizations and Cultural Policies for Coordinating Communication and Learning. RECIIS - Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde. Obtido em março de 2023, de https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/handle/icict/17596/ve_Senhoras_EI%c3%b3i_Martins_2007_en.pdf?sequence=3&isAllowed=y.

Silva, E. S. (2017). O Balanced Scorecard (BSC) e os Indicadores de Gestão. Vida Económica.

Soto, E. (2002). Comportamento Organizacional: O Impacto das Emoções. São Paulo: Pioneira Thomson Learning.

Torres, A. S. (2010). Caminhos de Gestão em Serviços de Saúde. Edição do Autor.

Unidade Local de Saúde da Guarda (2023a). Relatório de Gestão e Contas 2022. Obtido em setembro de 2023, de <https://www.ulsguarda.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/6/2023/09/RGC.pdf>.

Unidade Local de Saúde da Guarda (2023b). Obtido de <https://www.ulsguarda.min-saude.pt/>.

Unidade Local de Saúde da Guarda (2023c). Relatório Analítico da Atividade Assistencial e Desempenho Económico-financeiro. Obtido em setembro de 2023, de <https://www.ulsguarda.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/6/2023/09/RADEF-4-Trimestre-2022.pdf>.

Apêndice 1 - Linhas Orientadoras para Contratualização Interna
DSCM “ano n”

Linhas Orientadoras para Contratualização Interna DSCM “ano n”

Julho “ano n-1”



1. Visão Geral

Este documento tem como objetivo fornecer ao DSCM, diretrizes e orientações específicas no que respeita à atividade, objetivos e resultados, para o processo de Contratualização Interna no “ano n”, tendo em conta as prioridades da política de saúde estabelecidas pela ACSS nos Termos de Referência para a Contratualização Externa de Cuidados de Saúde no SNS para o “ano n”, no que respeita à qualificação do acesso, melhoria da qualidade, promoção da eficiência e efetividade na prestação dos cuidados procurando em simultâneo o incremento da atividade assistencial.

A Contratualização Interna tem como propósito, alinhar as metas e prioridades do Departamento com a visão e os objetivos estratégicos da ULSG, definindo responsabilidades e objetivos neste processo, de modo a contribuir para a Contratualização Externa, priorizando o envolvimento das partes, através de uma comunicação mais eficaz e uma colaboração coordenada e integrada.

Serão instituídos critérios de avaliação e monitorização do desempenho, permitindo ajustes e realinhamentos nas áreas que se mostrarem críticas.

Ao negociar internamente os compromissos assistenciais e económico-financeiros, os intervenientes devem centrar-se na discussão de estratégias, medidas e atividades a serem implementadas pelo Departamento, sendo o propósito principal a satisfação das necessidades de saúde da população da área de abrangência, em consonância com os Termos de Referência estabelecidos para o “ano n”.

2. Instruções Genéricas para a Contratualização “ano n”

De acordo com os Termos de Referência para a Contratualização Externa de Cuidados de Saúde no SNS para o ano n, relativamente à atividade assistencial, deverão ter-se em consideração as seguintes regras:

1. Realizar o volume de atividade adequado à resposta às necessidades em saúde da população, em termos de atividade programada e não programada, nomeadamente:
 - Aumentar a atividade de 1^{as} consultas referenciadas pelos cuidados de saúde primários de forma a resolver a Lista de Espera para Consulta (LEC) com mais de 9 meses e aumentar a percentagem de consultas realizadas dentro dos TMRG;
 - Aumentar a atividade cirúrgica de forma a resolver a Lista de Inscritos para Cirurgia (LIC) com mais de 1 ano e aumentar a percentagem de cirurgias realizadas dentro dos TMRG;
 - Reorganizar a atividade assistencial do Serviço de Urgência e garantir a regularidade do seu funcionamento, nomeadamente o funcionamento das equipas e o cumprimento dos tempos de resposta;
 - Realizar o volume de atividade adequado à resposta aos programas de saúde específicos (Programas de: diagnóstico pré-natal; procriação medicamente assistida; redução da taxa de cesarianas; interrupção voluntária da gravidez; tratamento cirúrgico da obesidade; apoio aos



rastreios oncológicos de base populacional e sistema de atribuição de produtos de apoio) e aos programas para doentes a viver com patologias crónicas ou raras (Hepatite C; Hipertensão arterial pulmonar; Infecção VIH/Sida; Esclerose múltipla; Cancro mama, colo útero, cólon e reto, próstata, pulmão e mieloma; Tratamento de doentes com dispositivos de PSCI; Doenças Lisossomais de sobrecarga; Colocação de implantes cocleares; Programas de Telemonitorização; Paramiloidose; Perturbações mentais graves).

2. Reforçar a atividade realizada em ambulatório e as respostas de proximidade, nomeadamente:

- Aumentar o peso relativo da cirurgia eletiva e de ambulatório;
- Reforçar as respostas de hospitalização domiciliária;
- Consolidar a consultadoria aos cuidados de saúde primários, nomeadamente, através de consultas de especialidade hospitalar nos CSP;
- Definir e fazer cumprir os protocolos de referenciação e de articulação entre o ACES e o Departamento, focados no processo clínico dos utentes e na resposta programada aos principais problemas de saúde, de forma a promover uma resposta proativa e preventiva com impacto positivo nas admissões evitáveis a internamentos e urgência hospitalar;
- Redirecionar para os cuidados programados e de proximidade os casos triados de cor verde, azul e branca, que ocorrem aos serviços de urgência e cujas necessidades de saúde podem ser satisfeitas ao nível dos cuidados primários;
- Reforçar as respostas de TeleSaúde, nomeadamente as teleconsultas e Telemonitorização;
- Criar/reforçar as equipas comunitárias de saúde para adultos e para a infância e adolescência, de forma a prestar cuidados individualizados na comunidade às pessoas que vivem com problemas de saúde mental, garantindo estreita articulação com os cuidados primários, com os cuidados continuados e com outros agentes na comunidade;

3. Adequar as formas de organização e prestação de cuidados de saúde, alinhando-as com o preconizado no Referencial Outono-Inverno, e demais normas e orientações emanadas pela DGS.

4. Melhorar a eficiência, a produtividade e a qualidade dos cuidados de saúde:

- Alargar a disponibilidade de horário para a atividade programada, quer nos dias úteis, quer ao sábado;
- Generalizar o agendamento com hora marcada para a atividade programada;
- Integrar a informação para simplificar as marcações, cumprir os critérios de agendamento e reagendamento por ordem de antiguidade e prioridade clínica e reduzir a percentagem de cancelamentos de consultas e cirurgias;
- Reduzir as taxas de infeção nosocomial, implementando o programa de prevenção e controlo de infeção e da resistência a antimicrobianos através do grupo de coordenação local;



- Reforçar a integração e apoio à implementação dos rastreios de doenças oncológicas de base populacional, assegurando o seguimento clínico dos utentes referenciados após a primeira fase de rastreio;
 - Controlar a taxa de absentismo geral;
 - Reforçar o papel das equipas de gestão de altas na execução do processo multidisciplinar e multidimensional da alta, reduzindo o tempo de permanência dos utentes no departamento, por razões estritamente sociais;
 - Promover mecanismos de reorganização interna que potenciem a melhoria da qualidade e eficiência da prestação e centralidade no doente;
5. Garantir a implementação da contratualização interna e da contabilidade de gestão;
 6. Aumentar as receitas extra Contrato-programa;
 7. Determinar os mapas de pessoal e os planos de investimento com base nas redes de referência hospitalares, evidenciando o custo benefício das diferentes alternativas de gestão.

2.1. Contratualização do Desempenho Económico-Financeiro

As instruções relativas ao desempenho económico-financeiro baseiam-se no Despacho Conjunto S/N do Secretário de Estado do Tesouro (SET) e do Secretário de Estado da Saúde (SES) de 7 de outubro:

1. Evolução favorável do rácio dos gastos operacionais anuais pelo indicador de produção anual, traduzida numa redução do valor deste rácio ao longo do triénio 2023-2025;
2. Os gastos globais com horas extraordinárias e prestações de serviços médicos devem ser mantidos em valores não superiores aos estimados para o ano de 2022;
3. Os gastos com pessoal, excluídos os relativos aos órgãos sociais, corrigidos dos impactos do cumprimento de disposições legais, de indemnizações por rescisão e das valorizações remuneratórias que sejam obrigatórias, nos termos do disposto na Lei do Orçamento do Estado, bem como do efeito do absentismo, podem ser superiores ao valor global estimado para o ano de 2022 desde que os gastos com aquisições de serviços e fornecimentos externos diminuam, em relação ao valor estimado para o ano de 2022, em montante não inferior;
4. O conjunto dos encargos com deslocações, ajudas de custo e alojamento, os associados à frota automóvel e dos encargos com contratação de estudos, pareceres, projetos e consultadoria deve ser mantido em valor não superior ao estimado para o ano de 2022;
5. O membro do Governo responsável pela área das finanças pode, em situações excecionais e devidamente sustentadas em análise custo-benefício, autorizar o acréscimo dos gastos operacionais referidos nos números 2 a 4, em sede de apreciação da proposta de Plano de Atividades e Orçamento da ULSG.



3. Linhas e Princípios orientadores para o “ano n”

Neste ponto, desenvolvem-se as linhas e os princípios orientadores na área da prestação de cuidados.

3.1. Internamento Hospitalar

Para o “ano n”, a atividade de internamento de doentes agudos é classificada em GDH através do agrupador na versão *All Patient Refined* DRG 31 (APR31) e o Índice de Case Mix (ICM) contratado corresponde à produção do ano de 2015. Manter-se-á a utilização de um ICM único no internamento, para atividade médica e cirúrgica, assim como um único preço base para todas as instituições, que será de 3.120€ €. O preço praticado para o internamento cirúrgico urgente corresponde a 95% do preço base considerando os custos fixos remunerados através da urgência e incentivando a atividade programada.

3.2. Atividade Cirúrgica

No âmbito da contratação da atividade cirúrgica, manter-se-á a coexistência, no “ano n”, de duas medidas que visam aumentar a capacidade de resposta cirúrgica das instituições do SNS, nomeadamente:

- Programa de Incentivo à Realização de Atividade Cirúrgica no SNS, no âmbito da GPRSNS, que funciona de acordo com as regras SIGIC, com antecipação do prazo de transferência para Hospitais de destino, para as situações classificadas em prioridade normal. Incentiva-se a utilização do mecanismo de Transferência de Responsabilidade por Acordo previsto no SIGIC, que consiste na transferência de utentes entre instituições públicas do SNS por conveniência justificada do utente ou por iniciativa do hospital de origem, pressupondo a transferência integral da responsabilidade relativa ao plano terapêutico prescrito, incluindo todos os exames, consultas e tratamentos que sejam necessários antes ou após a cirurgia. A atividade realizada ao abrigo deste mecanismo, é considerada no âmbito da produção do Contrato-programa, para a instituição que a realiza.
- Responsabilização financeira do hospital de origem pela não prestação de cuidados cirúrgicos atempados.

3.3. Ambulatório Médico e Cirúrgico

Doentes agrupadas em GDH através de APR31, adotando-se ICM calculados com base na produção de 2015. Dando continuidade ao objetivo de promoção da atividade cirúrgica em ambulatório, os pesos relativos desta atividade são iguais à atividade realizada em regime de internamento. Para o “ano n” reforçam-se os objetivos de melhoria do seguimento dos doentes crónicos e da articulação entre as entidades do SNS, no sentido de reduzir os internamentos hospitalares evitáveis, nomeadamente aqueles que estão relacionados com internamentos por Causas Sensíveis a Cuidados de Ambulatório, ou seja, com patologias que podem e devem ser prevenidas e/ou tratadas ao nível dos cuidados de primeira linha, mas que acabam



por ser tratados em internamento hospitalar (e.g. asma, diabetes, DPOC, hipertensão arterial, insuficiência cardíaca), originando assim a prestação de cuidados de saúde de internamento hospitalar que seriam evitáveis.

3.4. Consultas Externas

A atividade realizada em consulta externa está dependente da complexidade dos serviços prestados por cada instituição, a qual será registada de forma sistematizada no âmbito do projeto de atribuição de códigos de diagnóstico às consultas externas e urgência. O seu valor é fixado em 45€ de acordo com o grupo de financiamento em que se encontra incluído (Grupo B).

Para o “ano n”, estará em vigor o princípio de Livre Acesso e Circulação (LAC) dos utentes no SNS, que orienta o acesso à primeira consulta de especialidade hospitalar referenciada pelos cuidados primários, e que possibilita que o utente, em conjunto com o médico de família responsável pela referência, possa optar por qualquer hospital do SNS para realização de uma consulta de especialidade, com base em informação sobre:

- Instituições hospitalares do SNS com oferta de serviços por especialidade;
- Tempos médios de resposta para primeira consulta hospitalar, por prioridade;
- Tempos médios de resposta para cirurgias programadas, por prioridade;
- Número de quilómetros de distância entre a unidade funcional do médico de família e o hospital do SNS.

Para o “ano n” continuará a ser realizado o acompanhamento da atividade relacionada com as “altas clínicas das consultas externas”, de maneira a fomentar a transferência de cuidados para os níveis mais adequados e obter evidência sobre as práticas de acompanhamento dos doentes nos hospitais.

3.5. Atendimentos Urgentes

Para o “ano n”, e continuando a procurar que o financiamento dos serviços que compõem a Rede de Urgência e Emergência seja um fator indutor do reforço da articulação e da coordenação entre as entidades prestadoras de cuidados de saúde no SNS, no sentido de assegurar uma resposta adequada e atempada à população, valorizando a qualidade dos serviços prestados e dos resultados alcançados, define-se que o pagamento dos Serviços de Urgência Polivalente (SUP), dos Serviços de Urgência Médico-Cirúrgica (SUMC) e dos Serviços de Urgência Básica (SUB) continuará a efetuar-se de acordo com a modalidade de pagamento introduzida em 2016, que engloba três componentes cumulativas:



- Componente de valor fixo - o pagamento pela disponibilidade de serviço corresponde a um montante fixo e tem como objetivo cobrir os custos eficientes referentes à capacidade instalada no Serviço de Urgência, de acordo com a tipologia de urgência (SUP, SUMC ou SUB) e a atividade assistencial prevista, considerando a estrutura definida para o respetivo Serviço de Urgência e os valores assistenciais médios expectáveis para cada tipologia, de acordo com a capacidade produtiva e o histórico de atividade realizada;
- Componente de valor em função do desempenho - a atribuição de 5% da componente de valor fixo, efetuada através do Índice de Desempenho do Serviço Urgência, calculado nos moldes técnicos do Índice de Desempenho Global do Contrato-programa do “ano n”, fica dependente da avaliação dos seguintes indicadores:
 1. Peso dos episódios de urgência com prioridade atribuída verde/azul/branca;
 2. Peso dos episódios de urgência com internamento;
 3. Percentagem de episódios de urgência atendidos dentro do tempo de espera previsto no protocolo triagem;
 4. Peso dos utilizadores frequentes (> 4 episódios), no total de utilizadores do Serviço Urgência;
 5. Rácio entre consultas externas (médicas e não médicas) / episódios de urgência.
- Componente de valor variável - a componente variável corresponde à atividade que vier a ser necessária para além dos valores contratados, e será paga a um preço marginal, identificado em tabela específica.

Durante o “ano n” será generalizado o número de protocolos de articulação entre os hospitais e os cuidados de saúde primários para encaminhamento e seguimento de doentes triados com prioridades de atendimento mais baixas (verdes e azuis).

Serão ainda monitorizados os seguintes indicadores de acesso e desempenho assistencial:

- Tempo de permanência no Serviço de Urgência (entre a admissão administrativa e a alta de urgência);
- Taxa de abandono do Serviço de Urgência;
- Taxa de doentes que permanecem no Serviço de Urgência por período > 6 horas.

3.6. Sessões de Hospital Dia

As sessões de hospital de dia continuam a considerar três tipologias, sessão de hospital de dia base, sessão de hospital de dia de psiquiatria e sessão de hospital de dia de hematologia/imunohemoterapia. Por definição, todas as sessões de hospital de dia são financiadas ao preço base (22€), sendo praticados preços específicos para sessão de hospital de dia de hematologia/imunohemoterapia (321€) e de sessões de hospital de dia de psiquiatria (33€), caso seja realizado um conjunto mínimo de procedimentos, não podendo ser contratadas sessões de hospital de dia incluídas em modalidades de pagamento por doente tratado.



3.7. Prestação de Cuidados no âmbito de Programas de Saúde Específicos

3.7.1. Programa apoio Hospitalar aos Rastreios base Populacional: Colo do Útero e Cólon e Reto

Os rastreios oncológicos de base populacional permitem o diagnóstico precoce, através da identificação de lesões que podem originar situações malignas ou estádios iniciais da doença.

De forma a sustentar a realização de rastreios de base populacional no SNS, em concreto para as patologias oncológicas do colo do útero e cólon e reto, continua a vigorar no “ano n” uma modalidade de pagamento da atividade hospitalar que suporta o funcionamento dos programas de rastreio realizados nos cuidados de saúde primários, assegurando-se a qualidade dos procedimentos realizados no SNS e uniformizando as regras de pagamento da atividade de rastreios a nível nacional.

- Cólon e reto (413€) - Inclui todos os MCDT envolvidos no rastreio, realizados após resultado positivo da pesquisa de sangue oculto nas fezes;
- Colo do útero (74€) – Inclui os MCDT envolvidos no rastreio, implicando a realização de Genotipagem de Papiloma vírus Humano (HPV) por métodos de PCR, sendo excetuada a colheita realizada pelos ACES.

3.7.2. Programa de Diagnóstico Pré-Natal

A atividade de Diagnóstico Pré-Natal prevê o recurso a centros de competência reconhecidos, no acompanhamento das grávidas seguidas nos cuidados de saúde primários, através da realização da ecografia da 14.^a semana conjugada com o rastreio bioquímico do 1.º trimestre (Protocolo I) (42€) e/ou da ecografia da 22.^a semana e consulta no hospital (Protocolo II) (108€).

3.7.3. Programa para Redução da Taxa de Cesariana

A realização de uma cesariana pode trazer benefícios de saúde inequívocos para a grávida e para o seu filho, mas a sua utilização abusiva sem motivos clínicos acarreta riscos acrescidos para ambos. Assim, e na sequência das metas para a taxa de cesarianas definidas pela Comissão Nacional para a Redução da Taxa de Cesarianas, com repercussão no financiamento hospitalar, mantém-se no “ano n” que o pagamento dos episódios de internamento com cesariana (x) está indexado à taxa de cesarianas.

- Redução do valor da taxa de cesarianas < 5,0% = sem financiamento;
- Redução do valor da taxa de cesarianas 5,0% - 7,4% = $0,25 \times \text{valor } x$;
- Redução do valor da taxa de cesarianas 7,5% - 9,9% = $0,50 \times \text{valor } x$;
- Redução do valor da taxa de cesarianas 10,0% - 12,4% = $0,75 \times \text{valor } x$;



- Redução do valor da taxa de cesarianas > 12,5% = valor x.

3.7.4. Programa “Nascer Utente”

No “ano n” na sequência da operacionalização dos projetos “Nascer Utente” e “Notícia Nascimento”, determina-se que o pagamento dos episódios de parto, estará dependente da confirmação de existência de registo na plataforma “Notícia de Nascimento”, salvo nos casos de exceção previstos (designadamente, cidadãos estrangeiros não residentes em Portugal, migrantes ao abrigo de convenções internacionais, cidadãos estrangeiros ao abrigo de acordos bilaterais ou crianças doadas para adoção).

3.7.5. Prestação de Cuidados a Pessoas a Viver com Patologias Crónicas

A aplicação de modelos de gestão da doença em Portugal prevê que os cuidados de saúde sejam prestados de forma integrada, com garantias de acesso atempado, com qualidade e efetividade. Para impulsionar estes modelos, definiu-se que o financiamento do tratamento de algumas patologias evoluísse para um modelo baseado na modalidade "doente em tratamento". No “ano n” dá-se continuidade aos programas de tratamento no âmbito de doenças crónicas e raras.

- Programa de tratamento de doentes com dispositivos de perfusão subcutânea contínua de insulina;
- Programa de tratamento ambulatorio de pessoas portadoras de Infecção pelo vírus Hepatite c;
- Programa de tratamento ambulatorio de pessoas a viver com infeção VIH/SIDA;
- Programa de tratamento ambulatorio de pessoas a viver com Hipertensão Arterial Pulmonar;
- Programa de tratamento ambulatorio de pessoas a viver com Esclerose Múltipla;
- Programa tratamento de novos doentes com Patologia Oncológica da Mama, Colo do Útero, Colon e Reto, Próstata, Pulmão e Mieloma;
- Programa tratamento doentes com Polineuropatia Amiloidótica Familiar (Paramiloidose);
- Programa de tratamento a doentes portadores de Doenças Lisossomais de Sobrecarga (DLS);
- Programa para colocação de Implantes Cocleares;
- Programa Telemonitorização da Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (PPT-DPOC).

4. Objetivos de Acesso, Desempenho Assistencial e Eficiência nas ULS para os Cuidados Hospitalares, aplicados ao Departamento

Na contratualização externa da ULS com a ACSS, 10% do valor do CP é aplicado ao cumprimento de Objetivos, sendo os seguintes adotados ao DSCM (Quadro 1).



Quadro 47 - Objetivos da ACSS para os Cuidados Hospitalares aplicados ao DSCM

OBJETIVOS ULS CUIDADOS HOSPITALARES DSCM	
Objetivos Nacionais	Ponderações
A. Acesso	70%
A.1 Percentagem de pedidos em Lista de Espera para Consulta (LEC) dentro do TMRG	12%
A.2 Percentagem de consultas realizadas dentro dos tempos máximos de resposta garantidos (TMRG)	12%
A.3 Percentagem de utentes em Lista de Inscritos para Cirurgia (LIC) dentro do TMRG	12%
A.4 Percentagem de doentes operados dentro do TMRG	12%
A.5 Percentagem de episódios de urgência atendidos dentro do tempo de espera previsto no protocolo de triagem	12%
A.6 Percentagem de doentes referenciados para a RNCCI, avalidados/confirmados pela EGA em tempo adequado (até 2 dias úteis) após a referência, no total de doentes referenciados para a RNCCI	10%
B. Desempenho Assistencial	30%
B.1 Percentagem de reintenamentos em 30 dias, na mesma Grande Categoria de Diagnóstico	5%
B.2 Percentagem de cirurgias realizadas em ambulatório (GDH), para procedimentos tendencialmente ambulatorizáveis	5%
B.3 Percentagem de cirurgias da anca efetuadas nas primeiras 48 horas	5%
B.4 Índice de Mortalidade Ajustada	5%
B.5 Índice de Demora Média Ajustada	5%
B.6 Demora média antes da cirurgia	5%
C. Desempenho económico-financeiro	10%
C.1 Gastos operacionais por residente, ajustados pela utilização	2,5%
C.2 Doente padrão por Médico ETC	2,5%
C.3 Doente padrão por Enfermeiro ETC	2,5%
C.4 Percentagem de Gastos com Trabalho Extraordinário, Suplementos e FSE(Selecionados), no Total de Gastos com Pessoal	2,5%
D. Resultados em internamentos, consultas hospitalares e urgências evitáveis	20%
D.1 Taxa de internamentos por complicações agudas da diabetes	2%
D.2 Taxa de internamentos por diabetes não controlada	2%
D.5 Taxa de internamentos por hipertensão arterial	2%
D.6 Taxa de internamentos por insuficiência cardíaca congestiva	2%
D.7 Taxa de internamentos por pneumonia	2%
D.8 Taxa de internamentos por complicações crónicas da diabetes	2%
D.9 Percentagem de especialidades (categorias) com protocolos clínicos de referência ascendente e descendente elaborados	2%
D.10 Percentagem de utilizadores frequentes do serviço de urgência (>4 episódios no último ano) com plano de cuidados estabelecido entre os cuidados primários e os hospitais	2%

Fonte: Elaboração própria com base Administração Central do Sistema de Saúde, 2022b



5. Cronograma das Fases do Processo de Contratualização Interna/Externa

O cronograma para o processo de Contratualização Interna com o Departamento será o constante do Quadro 2.

Quadro 48 - Cronograma das Fases do Processo de CI/CE

Fase	Descrição	ano n-1						ano n													ano n+1																			
		jul	ago	set	out	nov	dez	jan	fev	mar	abr	mai	jun	jul	ago	set	out	nov	dez	jan																				
1	Preparação e análise detalhada da informação de suporte para o Departamento por parte do SEPAG	■																																						
2	Envio ao Departamento das orientações, documentos de suporte e matrizes para contratualização no "ano n"		■																																					
3	Apresentação de propostas por parte do Departamento			■																																				
4	Reuniões de negociação entre as partes				■																																			
5	Assinatura das Cartas de Compromisso Internas					■																																		
6	Disponibilização dos documentos de suporte à negociação do Acordo Modificativo						■																																	
7	Elaboração e submissão do PAO no Portal SICA							■																																
8	Negociação do Acordo Modificativo com a ACSS								■																															
9	Assinatura do Acordo Modificativo									■																														
10	Envio ao Departamento das Cartas de Compromisso definitivas										■																													
11	Monitorização e acompanhamento											■																												
12	Reuniões de avaliação do desempenho												■																											
13	Atribuição de incentivos																																							

Fonte: Elaboração própria

1. O SEPAG iniciou o processo de Contratualização Interna, no final do 1.º semestre do “ano n-1”, com a preparação do presente documento e análise da informação que servirá de suporte para as propostas que irão ser apresentadas para o “ano n”;
 2. Proceder-se-á ao envio de toda a documentação de suporte necessária para que o Departamento elabore a sua proposta. Estes documentos serão enviados em formato digital, sendo que, todos os Diretores dos Serviços da ULSG, deverão ter acesso à plataforma de BI implementada pelo SEPAG, onde poderão fazer o acompanhamento e monitorização das suas linhas de atividade, em complemento com ficheiros em formato Excel, que servirão de ferramenta de apoio na simulação dos objetivos e indicadores a contratualizar;
 3. O Departamento deverá apresentar as suas propostas de produção e objetivos até ao final da primeira quinzena do mês de setembro. Para tal, a ferramenta de BI disponibiliza um separador “Contratualização” onde deverão ser carregadas as propostas em cada linha de produção apresentada;
 4. Esta fase tem por objetivo analisar e negociar as propostas elaboradas pelo Departamento e pelo CA, tentando alcançar valores consensuais que garantam a efetividade das metas e a maximização dos recursos existentes;
 5. A assinatura das Cartas de Compromisso traduzir-se-á no comprometimento formal entre o CA e o DSCM, relativamente à atividade assistencial, objetivos estratégicos, indicadores, metas e iniciativas, contratualizadas internamente para o “ano n”;
- 6, 7, 8 e 9. Estas fases contemplam o Processos de Contratualização Interna, as quais influenciarão a fase seguinte da Contratualização Interna, já que esta será o resultado das negociações internas;
10. Após negociação externa e determinação definitiva do contratualizado com a tutela, são enviadas para o DSCM as Cartas de Compromissos concludentes, com as respetivas alterações se assim for estabelecido no PAO do “ano n”.
11. A monitorização e acompanhamento da Contratualização Interna traduz-se num processo sistemático de controle e avaliação do cumprimento dos compromissos estabelecidos, através dos indicadores de desempenho e metas específicas, na negociação interna tendo como foco a qualidade dos serviços prestados e a promoção da eficiência e da eficácia. Este procedimento irá ser efetuado através de relatórios, utilização da ferramenta de BI, onde serão identificados eventuais desvios. De modo a promover um sistema de monitorização e uma avaliação mais dinâmica, irá utilizar-se a ferramenta BSC onde foram definidos os indicadores de desempenho relevantes nas diferentes perspetivas (utentes, financeira, processos internos e aprendizagem e crescimento) e com base nestes indicadores estabeleceram-se metas. A análise através do BSC permite analisar e comparar os dados relevantes, identificando as tendências e áreas críticas a melhorar, determinando medidas corretivas, permitindo uma abordagem equilibrada e uma visão abrangente do desempenho. Trimestralmente irá ser enviado ao Departamento um relatório com a análise BSC;

12. As reuniões de avaliação do desempenho irão decorrer trimestralmente, conforme Quadro 3, procedendo-se ao balanço dos resultados do BSC, de modo a identificar os desvios e a criar medidas retificativas que resultarão numa melhoria contínua, seja a nível de processos internos, realocação de recursos, procedimentos na equipa ou até mesmo adendas às Cartas de Compromisso.

Após o término do “ano n”, o SEPAG irá elaborar um relatório final de análise à execução do acordado nas Cartas de Compromisso, por linha de produção, metas e indicadores, devendo este ser entregue ao Departamento e ao CA.

Quadro 49 - Cronograma Reuniões da CI com o DSCM

Descrição	ano n			ano n+1
	abr	jul	out	jan
Reunião de acompanhamento do 1.º trimestre				
Reunião de acompanhamento do 2.º trimestre				
Reunião de acompanhamento do 3.º trimestre				
Reunião de acompanhamento do 4.º trimestre				

Fonte: Elaboração própria

13. Esta última fase decorre do resultado da anterior, atribuindo incentivos que recompensarão os níveis de desempenho de excelência, incentivando a melhoria contínua. adaptando os incentivos às suas características específicas. Assim, estes incentivos deverão assumir duas formas:

- Reconhecimento através de um ato público do excelente desempenho do Departamento com a atribuição de certificados de reconhecimento e publicação nos canais de informação da ULSG;
- A atribuição dos prémios estabelecidos nas reuniões de negociação.

Assim os incentivos serão atribuídos se:

- Não se verificarem situações que gerem penalidades;
- As linhas de produção negociadas apresentarem no mínimo 90% do volume contratualizado.

6. Movimento Assistencial DSCM “ano n-2” e 1.º Semestre “ano n-1”

A análise histórica do movimento assistencial, económico-financeiro, de consumos e de recursos humanos do Departamento, tem por base o “ano n-1”, o 1.º semestre do “ano n” sendo que o ficheiro em formato Excel irá ser complementado com a previsão para o “ano n”, permitindo simular ou fazer uma previsão do desempenho dos indicadores estabelecidos no processo de Contratualização Interna, ajustando as variáveis que influenciam o desempenho dos indicadores no “ano n”.

Esta análise incide sobre o movimento do internamento, da consulta externa, consultas médica e não médicas, desvios das consultas marcadas e realizadas, LEC, consultas internas, hospital dia, serviço de urgências, GDH's e MCDT's. Abordaram-se também indicadores de enfermagem, análise aos consumos, gastos e recursos humanos.

6.1. Internamento

Quadro 50- Movimento Assistencial do Internamento do Serviço de Pediatria/Neonatologia

Departamento Saúde da Criança e da Mulher	Ano n-2	1.º Semestre Ano n-1
Serviço de Pediatria		
Lotação		
Doentes Saídos		
Demora Média		
Taxa de Ocupação		
GDH Médico		
GDH Cirúrgico Programados		
GDH Cirúrgico Urgentes		
Pediatria		
Lotação		
Doentes Saídos		
Demora Média		
Taxa de Ocupação		
GDH Médico		
GDH Cirúrgico Programados		
GDH Cirúrgico Urgentes		
Neonatologia		
Lotação		
Doentes Saídos		
Demora Média		
Taxa de Ocupação		
GDH Médico		
GDH Cirúrgico Programados		
GDH Cirúrgico Urgentes		

Fonte:SONHO

Quadro 51 - Movimento Assistencial do Internamento do Serviço de Ginecologia/Obstetricia

Departamento Saúde da Criança e da Mulher	Ano n-2)	1.º Semestre Ano n-1
Serviço de Obstetrícia		
Berçário		
Lotação		
Doentes Saídos		
Demora Média		
Taxa de Ocupação		
GDH Médico		
GDH Cirúrgico Programados		
GDH Cirúrgico Urgentes		
Obstetrícia		
Lotação		
Doentes Saídos		
Demora Média		
Taxa de Ocupação		
GDH Médico		
GDH Cirúrgico Programados		
GDH Cirúrgico Urgentes		
Serviço de Ginecologia		
Lotação		
Doentes Saídos		
Demora Média		
Taxa de Ocupação		
GDH Médico		
GDH Cirúrgico Programados		
GDH Cirúrgico Urgentes		

Fonte:SONHO

6.2. Consulta Externa

Quadro 52 - Movimento Assistencial Consultas Externas Médicas

N.º Consultas	Ano n-2				1.º Semestre Ano n-1			
	Primeiras Consultas referenciadas via CTH	Total Consultas			Primeiras Consultas referenciadas via CTH	Total Consultas		
		1ª	Subs.	Total		1ª	Subs.	Total
Ginecologia	0	0	0	0	0	0	0	0
Adolescencia				0				0
Ginecologia				0				0
Ginecologia Menopausa				0				0
HNSA - Ginecologia				0				0
Patologia Do Endometrio				0				0
Patologia - Colo Utero				0				0
Obstetrícia	0	0	0	0	0	0	0	0
Gravidez na Adolescencia				0				0
HNSA - Obstetricia				0				0
HNSA - Planeamento Familiar				0				0
Obstetricia				0				0
Obstetricia Rastreio				0				0
Planeam.Familiar				0				0
Planeamento Familiar/Adicional				0				0
Pre - Parto				0				0
Pediatria	0	0	0	0	0	0	0	0
Alergologia/Pediatria				0				0
Cuidados Paliativos Pediatricos				0				0
Desenvolvimento				0				0
Endocrinologia/Diabetes Pediatrica				0				0
HNSA - Pediatria				0				0
Neonatologia				0				0
Obesidade Pediatrica				0				0
Pediatria				0				0
Saude Do Adolescente				0				0
Telemedicina Cardio/Pediatria				0				0
Total	0	0	0	0	0	0	0	0

Fonte: SONHO

Quadro 53 - Movimento Assistencial Consultas Externas Não Médicas

N.º Consultas	Ano n-2			1.º Semestre Ano n-1		
	1ª	Subs.	Total	1ª	Subs.	Total
Obstetrícia	0	0	0	0	0	0
Obstetrícia			0			0
Preparação Parto			0			0
Pediatria	0	0	0			0
Diabetes Pediátrica			0			0
Pediatria			0			0
Total	0	0	0	0	0	0

Fonte:SONHO

Quadro 54 - Desvios Consultas Previstas/Marcadas/Realizadas

Desvios 1.º Semestre Ano n-1	Previstas		Marcadas		Realizadas		Sem Agendamento		Desvios (Realizadas - Previstas)		Desvios (Realizadas - Marcadas)	
	1.º	Subs	1.º	Subs	1.º	Subs	1.º	Subs	1.º	Subs	1.º	Subs
Ginecologia	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Adolescência									0	0	0	0
Ginecologia									0	0	0	0
Ginecologia Menopausa									0	0	0	0
Patologia do Endométrio									0	0	0	0
Patologia Colo do Útero									0	0	0	0
HNSA - Enf. Ginecologia									0	0	0	0
HNSA - Ginecologia									0	0	0	0
HNSA - Planejamento Familiar									0	0	0	0
Obstetrícia	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Gravidez na Adolescência									0	0	0	0
Obstetrícia									0	0	0	0
Obstetrícia - Rastreio									0	0	0	0
Planeamento Familiar/Adicional									0	0	0	0
Planeamento Familiar									0	0	0	0
Pré-Parto									0	0	0	0
Enf. Obstetrícia									0	0	0	0
Enf. Preparação Parto									0	0	0	0
HNSA - Enf. Obstetrícia									0	0	0	0
HNSA - Obstetrícia									0	0	0	0
Pediatria	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Alergologia/Pediátrica									0	0	0	0
Cuidados Paliativos Pediátricos									0	0	0	0
Desenvolvimento									0	0	0	0
Endocrinologia/Diabetes									0	0	0	0
Neonatologia									0	0	0	0
Obesidade Pediátrica									0	0	0	0
Pediatria									0	0	0	0
Saúde do Adolescente									0	0	0	0
Telemedicina Cardio/Pediatria									0	0	0	0
Enf. Diabetes Pediatria									0	0	0	0
Enf. Pediatria									0	0	0	0
HNSA - Enf. Pediatria									0	0	0	0
HNSA - Pediatria									0	0	0	0
Total	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Fonte:SONHO

Quadro 55 - Lista de Espera para Consulta

Lista Espera Consulta	Ano n-2			1.º Semestre Ano n-1		
	Ginecologia	Obstetrícia	Pediatria	Ginecologia	Obstetrícia	Pediatria
N.º de pedidos em LEC						
N.º de pedidos em LEC referenciados via CTH						
N.º de pedidos Normais						
N.º de pedidos sem atribuição prioridade						
N.º de pedidos em LEC (CTH) >= 70% < TMRG						
N.º de pedidos >= TMRG						
% Utentes em Lista de Espera para Consulta (LEC) dentro do TMRG						
Média TE da LEC (Dias)						
Mediana TE da LEC (Meses)						

Fonte:SONHO

6.3. Consultas Internas

Quadro 56 - Consultas Internas Médicas

N.º Consultas	Ano n-2	1.º Semestre Ano n-1
Ginecologia	0	0
Ginecologia		
Pediatria	0	0
Alergologia/Pediátrica		
Pediatria		
Telemedicina Cardio/Pediatria		

Fonte:SONHO

Quadro 57 - Consultas Internas Não Médicas

N.º Consultas	Ano n-2	1.º Semestre Ano n-1
Ginecologia	0	0
Adolescência		
Pediatria	0	0
Pediatria		

Fonte:SONHO

6.4. Hospital Dia de Pediatria

Quadro 58 - Sessões e Doentes do HDI Pediatria

Hospital de Dia	Ano n-2		1.º Semestre Ano n-1	
	Sessões	Doentes	Sessões	Doentes
Pediatria	0	0	0	0
Pediatria				

Fonte:SONHO

6.5. Urgência Pediátrica e Obstétrica

Quadro 59 - Movimento Urgência Pediátrica e Obstétrica

Urgência	Ano n-2		1.º Semestre Ano n-1	
	Urgência Pediátrica	Urgência Obstétrica	Urgência Pediátrica	Urgência Obstétrica
Atendimentos (Triagem)	0	0	0	0
Vermelho				
Laranja				
Amarelo				
Verde				
Azul				
Branco				
SU (s/ Triagem Manchester)				
Atendimentos Sem Internamento (Triagem)	0	0	0	0
Vermelho				
Laranja				
Amarelo				
Verde				
Azul				
Branco				
SU (s/ Triagem Manchester)				
Atendimentos (Dentro do tempo de espera previsto pela Triagem)	0	0	0	0
Vermelho				
Laranja				
Amarelo				
Verde				
Azul				
Abandonos	0	0	0	0
Laranja				
Amarelo				
Verde				
Azul				
Branco				
SU (s/ Triagem Manchester)				
Tempo de Permanência (minutos)	0	0	0	0
Vermelho				
Laranja				
Amarelo				
Verde				
Azul				
Branco				
SU (s/ Triagem Manchester)				
SO (<24 horas)				

Fonte:SONHO

6.6. GDH

Quadro 60 - Top 10 GDH mais frequentes

Pediatria			
Código	GDH	Ano n-2	1.º Semestre Ano n-1
...	...		

Ginecologia			
Código	GDH	Ano n-2	1.º Semestre Ano n-1
...	...		

Obstetrícia			
Código	GDH	Ano n-2	1.º Semestre Ano n-1
...	...		

Fonte:SMH

Quadro 61 - N.º de Episódios com GDH por Módulo e Estado da Codificação

Módulo	Estado	N.º de Episódios		
		Pediatria	Ginecologia	Obstetrícia
Internamento	Codificado			
	Por Codificar			
	Não Codificável			
	Rascunho			
	Em Auditoria			
Cirurgia Ambulatório	Codificado			
	Por Codificar			
	Não Codificável			
	Rascunho			
	Em Auditoria			
Ambulatório Médico - Consulta Externa	Codificado			
	Por Codificar			
	Não Codificável			
	Rascunho			
	Em Auditoria			
Ambulatório Médico - MCDT	Codificado			
	Por Codificar			
	Não Codificável			
	Rascunho			
	Em Auditoria			
Ambulatório Médico - HDI	Codificado			
	Por Codificar			
	Não Codificável			
	Rascunho			
	Em Auditoria			

Fonte:SONHO

6.7. Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica

Quadro 62 - MCDT por Serviço Requisitante

Serviço Requisitante	Ano n-2				1.º Semestre Ano n-1			
	Int.	Ext.	Total	% Int.	Int.	Ext.	Total	% Int.
Ginecologia	0	0	0	0%			0	0%
Adolescência (Con)			0	0%			0	0%
Ginecologia (Con)			0	0%			0	0%
Ginecologia (Int)			0	0%			0	0%
Ginecologia Menopausa (Con)			0	0%			0	0%
Ginecologia/Contingência (Int)			0	0%			0	0%
HNSA - Ginecologia (Con)			0	0%			0	0%
Patologia Do Endométrio (Con)			0	0%			0	0%
Patologia - Colo Utero (Con)			0	0%			0	0%
Obstetrícia	0	0	0	0%			0	0%
Bercario (Int)			0	0%			0	0%
Enf Obstetrícia (Con)			0	0%			0	0%
Gravidez na Adolescência (Con)			0	0%			0	0%
HNSA - Obstetrícia (Con)			0	0%			0	0%
HNSA - Planejamento Familiar (Con)			0	0%			0	0%
Obstetrícia (Con)			0	0%			0	0%
Obstetrícia (Int)			0	0%			0	0%
Obstetrícia Rastreio (Con)			0	0%			0	0%
Planeam.Familiar (Con)			0	0%			0	0%
Planeamento Familiar/Adicional (Con)			0	0%			0	0%
Pre - Parto (Con)			0	0%			0	0%
Pediatria	0	0	0	0%			0	0%
Alergologia/Pediátrica (Con)			0	0%			0	0%
Desenvolvimento (Con)			0	0%			0	0%
Endocrinologia/Diabetes Pediátrica (Con)			0	0%			0	0%
Enf Diabetes Pediátrica (Con)			0	0%			0	0%
Enf Pediátrica (Con)			0	0%			0	0%
H.Dia - Pediátrica (Hdi)			0	0%			0	0%
HNSA - Pediátrica (Con)			0	0%			0	0%
Neonatologia (Con)			0	0%			0	0%
Neonatologia (Int)			0	0%			0	0%
Obesidade Pediátrica (Con)			0	0%			0	0%
Pediatria (Con)			0	0%			0	0%
Pediatria (Int)			0	0%			0	0%
Saude Do Adolescente (Con)			0	0%			0	0%
Telemedicina Cardio/Pediátrica (Con)			0	0%			0	0%
Total	0	0	0	0%			0	0%

Fonte:SONHO

Quadro 63 - Tipo de MCDT Requisitado

Pediatría	Ano n-2				1.º Semestre Ano n-1			
	Int.	Ext.	Total	% Int.	Int.	Ext.	Total	% Int.
Analises Clinicas	0	0	0	0%	0	0	0	0%
Microbiologicas			0	0%			0	0%
Bioquimicas			0	0%			0	0%
Hematologicas			0	0%			0	0%
Imunologicas			0	0%			0	0%
Outras (Analises Clinicas)			0	0%			0	0%
Anatomia Patologica			0	0%			0	0%
Anestesiologia			0	0%			0	0%
Cardiologia	0	0	0	0%	0	0	0	0%
Outros (Cardiologia)			0	0%			0	0%
Ecocardiografia			0	0%			0	0%
Actos Terapeuticos (Cardiologia)			0	0%			0	0%
Ecg			0	0%			0	0%
Gastroenterologia			0	0%			0	0%
Genetica			0	0%			0	0%
Imagiologia	0	0	0	0%	0	0	0	0%
Exames Radiologicos S/ Contraste			0	0%			0	0%
Ecografia			0	0%			0	0%
Estudos por Doppler			0	0%			0	0%
Osteodensitometria			0	0%			0	0%
Outros			0	0%			0	0%
Ressonancia Magnetica			0	0%			0	0%
T.A.C.			0	0%			0	0%
Imunohemoterapia			0	0%			0	0%
Imunohemoterapia			0	0%			0	0%
Medicina Fisica e Reabilitacao	0	0	0	0%	0	0	0	0%
Tecnicas Terapeuticas			0	0%			0	0%
Tecnicas Diagnosticas			0	0%			0	0%
Medicina Nuclear	0	0	0	0%	0	0	0	0%
Cintigrafia			0	0%			0	0%
Atos Diagnostico			0	0%			0	0%
Actos Diagnostico			0	0%			0	0%
Neurologia	0	0	0	0%	0	0	0	0%
Eeg (Neurologia)			0	0%			0	0%
Electromiografia			0	0%			0	0%
Oftalmologia			0	0%			0	0%
Oncologia Medica			0	0%			0	0%
Otorrinolaringologia			0	0%			0	0%
Outros Exames/Tratamentos	0	0	0	0%	0	0	0	0%
Servicos e Tecnicas Gerais			0	0%			0	0%
Imunoalergologia			0	0%			0	0%
Pneumologia	0	0	0	0%	0	0	0	0%
Pneumologia			0	0%			0	0%
Provas Funcionais Respirat.			0	0%			0	0%
Readaptacao F.Respiratoria			0	0%			0	0%
Procedimentos Neurodesenvolvimento			0	0%			0	0%
Psiquiatria			0	0%			0	0%
Total	0	0	0	0%	0	0	0	0%

Fonte:SONHO

Ginecologia	Ano n-2				1.º Semestre Ano n-1			
	Int.	Ext.	Total	% Int.	Int.	Ext.	Total	% Int.
Analises Clinicas	0	0	0	0%	0	0	0	0%
Microbiologicas			0	0%			0	0%
Bioquimicas			0	0%			0	0%
Hematologicas			0	0%			0	0%
Imunologicas			0	0%			0	0%
Anatomia Patologica	0	0	0	0%	0	0	0	0%
Citologicos			0	0%			0	0%
Histologicos			0	0%			0	0%
Outros (Anatomia Patologica)			0	0%			0	0%
Anestesiologia			0	0%			0	0%
Cardiologia	0	0	0	0%	0	0	0	0%
Ecocardiografia			0	0%			0	0%
Ecg			0	0%			0	0%
Gastroenterologia	0	0	0	0%	0	0	0	0%
Endoscopias Baixas			0	0%			0	0%
Outras (Gastro)			0	0%			0	0%
Genetica			0	0%			0	0%
Ginecologia	0	0	0	0%	0	0	0	0%
Outros (Ginecologia)			0	0%			0	0%
Exames Endoscopios (Ginecologia)			0	0%			0	0%
Imagiologia	0	0	0	0%	0	0	0	0%
Exames Radiologicos S/ Contraste			0	0%			0	0%
Ecografia			0	0%			0	0%
Estudos por Doppler			0	0%			0	0%
Mamografia			0	0%			0	0%
Osteodensitometria			0	0%			0	0%
Outros			0	0%			0	0%
Ressonancia Magnetica			0	0%			0	0%
T.A.C.			0	0%			0	0%
Imunohemoterapia			0	0%			0	0%
Imunohemoterapia			0	0%			0	0%
Medicina Fisica e Reabilitacao			0	0%			0	0%
Medicina Nuclear			0	0%			0	0%
Obstetricia			0	0%			0	0%
Outros Exames/Tratamentos			0	0%			0	0%
Urologia			0	0%			0	0%
Não Atribuido			0	0%			0	0%
Total	0	0	0	0%	0	0	0	0%

Fonte:SONHO

Obstetrícia	Ano n-2				1.º Semestre Ano n-1			
	Int.	Ext.	Total	% Int.	Int.	Ext.	Total	% Int.
Analises Clinicas	0	0	0	0%	0	0	0	0%
Microbiologicas			0	0%			0	0%
Bioquimicas			0	0%			0	0%
Hematologicas			0	0%			0	0%
Imunologicas			0	0%			0	0%
Anatomia Patologica	0	0	0	0%	0	0	0	0%
Citologicos			0	0%			0	0%
Histologicos			0	0%			0	0%
Outros (Anatomia Patologica)			0	0%			0	0%
Cardiologia	0	0	0	0%	0	0	0	0%
Ecocardiografia			0	0%			0	0%
Ecg			0	0%			0	0%
Genetica			0	0%			0	0%
Imagiologia	0	0	0	0%	0	0	0	0%
Exames Radiologicos S/ Contraste			0	0%			0	0%
Ecografia			0	0%			0	0%
Estudos por Doopler			0	0%			0	0%
Mamografia			0	0%			0	0%
Outros			0	0%			0	0%
Ressonancia Magnetica			0	0%			0	0%
T.A.C.			0	0%			0	0%
Imunohemoterapia			0	0%			0	0%
Imunohemoterapia			0	0%			0	0%
Medicina Fisica e Reabilitacao	0	0	0	0%	0	0	0	0%
Tecnicas Terapeuticas			0	0%			0	0%
Tecnicas Diagnosticas			0	0%			0	0%
Obstetricia	0	0	0	0%	0	0	0	0%
Ecografias Obstetricia			0	0%			0	0%
Outros (Obstetricia)			0	0%			0	0%
Cardiotocografias (Obstetricia)			0	0%			0	0%
Otorrinolaringologia				0%				0%
Outros Exames/Tratamentos	0	0	0	0%	0	0	0	0%
Servicos e Tecnicas Gerais			0	0%			0	0%
Imunoalergologia			0	0%			0	0%
Pneumologia			0	0%			0	0%
Não Atribuido			0	0%			0	0%
Total	0	0	0	0%	0	0	0	0%

Fonte:SONHO



6.8. Monitorização Enfermagem

Quadro 64 - Contenção Física

Serviço	Contenção Física																					
	Ano n-2											1.º Semestre Ano n-1										
	N.º Doentes c/ Imobilização	Razão					Tipo de Imobilização					N.º Doentes c/ Imobilização	Razão					Tipo de Imobilização				
		Confusão	Agitação	Risco de Queda	Tratamento	Outros	Membros Superiores	Membros Inferiores	Tronco	Cadeira de rodas	Um Membro		Confusão	Agitação	Risco de Queda	Tratamento	Outros	Membros Superiores	Membros Inferiores	Tronco	Cadeira de rodas	Um Membro
Pediatria																						
Ginecologia																						
Obstetrícia																						

Fonte: Elaboração própria com base nas orientações da Ordem dos Enfermeiros

Quadro 65 - Úlceras de Pressão

Serviço	Úlceras de Pressão																									
	Tipos								Categoria																	
	Ano n-2				1.º Semestre Ano n-1				Ano n-2								1.º Semestre Ano n-1									
	N.º de U.P. adquiridas no Serviço	N.º de U.P. na avaliação inicial	N.º de U.P. cicatrizadas	Total	N.º de U.P. adquiridas no Serviço	N.º de U.P. na avaliação inicial	N.º de U.P. cicatrizadas	Total	Sem categoria	Categoria 1	Categoria 2	Categoria 2 (Flictena)	Categoria 3	Categoria 4	Não Classificável	Susp. Lesão Profunda	Total	Sem categoria	Categoria 1	Categoria 2	Categoria 2 (Flictena)	Categoria 3	Categoria 4	Não Classificável	Susp. Lesão Profunda	Total
Pediatria				0				0									0									0
Ginecologia				0				0									0									0
Obstetrícia				0				0									0									0

Fonte: Elaboração própria com base nas orientações da Ordem dos Enfermeiros



Quadro 66 - Quedas por motivo e Medidas de Segurança

Serviço	N.º de Quedas		Motivos Queda										Medidas de Segurança (Quedas)								
			Fatores Cognitivos do doente		Fatores Comportamentais do doente		Fatores Emocionais		Fatores relacionados c/ a doença ou fisiopatológicos		Infraestruturas/Ambiente físico		Cama em posição baixa		Campainha junto ao doente		Familiar/Visita presente		Luz de presença durante a noite		
	Ano n-2	1.º Semestre	Ano n-2	1.º Semestre	Ano n-2	1.º Semestre	Ano n-2	1.º Semestre	Ano n-2	1.º Semestre	Ano n-2	1.º Semestre Ano n-1	Ano n-2	1.º Semestre	Ano n-2	1.º Semestre	Ano n-2	1.º Semestre	Ano n-2	1.º Semestre	
Pediatria																					
Ginecologia																					
Obstetrícia																					

Fonte: Elaboração própria com base nas orientações da Ordem dos Enfermeiros

Quadro 67 - N.º de Contatos

Serviço	N.º de Contatos	
	Ano n-2	1.º Semestre Ano n-1
Pediatria		
Ginecologia		
Obstetrícia		

Fonte: Elaboração própria com base nas orientações da Ordem dos Enfermeiros

6.9. Análise dos Consumos

Quadro 68 - Top 10 Consumos por Artigo

Pediatria	Ano n-2		1.º Semestre Ano n-1	
Artigo	Qtd	Valor	Qtd	Valor
...				

Ginecologia	Ano n-2		1.º Semestre Ano n-1	
Artigo	Qtd	Valor	Qtd	Valor
...				

Obstetricia	Ano n-2		1.º Semestre Ano n-1	
Artigo	Qtd	Valor	Qtd	Valor
...				

Fonte: Elaboração Própria

Quadro 69 - Consumos por Categoria do Artigo

Categoria Artigo	Pediatria				Ginecologia				Obstetricia				
	Ano n-2		1.º Semestre Ano n-1		Ano n-3		1.º Semestre Ano n-2		Ano n-4		1.º Semestre Ano n-3		
	Qtd	Valor	Qtd	Valor	Qtd	Valor	Qtd	Valor	Qtd	Valor	Qtd	Valor	
Artigos Cirúrgicos													
Material de Consumo Administrativo													
Papel													
Outros													
Material de Consumo Hoteleiro													
Material de Electromedicina													
Material de Laboratório													
Material de Manutenção e Conservação													
Material de Penso													
Material de Tratamento													
Medicamentos													
Medicamentos-c/CHNM													
Medicamentos-s/CHNM													
Vacinas (CHNM)													
Osteosintese													
Outros Prod.Consumo Clinico													
Total	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Fonte: Elaboração Própria



6.10. Recursos Humanos

Quadro 70 - RH por Categoria Profissional e Carga Horária

Categoria Profissional	Pediatria						Ginecologia						Obstetrícia					
	Ano n-2			1.º Semestre Ano n-1			Ano n-2			1.º Semestre Ano n-1			Ano n-2			1.º Semestre Ano n-1		
	Efetivo	Carga	E.T.C.	Efetivo	Carga	E.T.C.	Efetivo	Carga	E.T.C.	Efetivo	Carga	E.T.C.	Efetivo	Carga	E.T.C.	Efetivo	Carga	E.T.C.
		Horária	35h		Horária	35h		Horária	35h		Horária	35h		Horária	35h		Horária	35h
Assistente Operacional	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Assistente Operacional																		
Pessoal de Enfermagem	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Enfermeiro																		
Enfermeiro especialista																		
Pessoal Médico	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Assistente Graduado Hosp																		
Assistente Hosp (EPE)																		
Total	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Fonte: Elaboração Própria



Fonte: Elaboração Própria

Quadro 72 - N.º de Médico p/ Faixa Etária, Pedidos de Reforma e Horas Semanais

Especialidade	Ano n-2					1.º Semestre Ano n-1						
	Nº Médicos					Horas Semanais Médicos	Nº Médicos					Horas Semanais Médicos
	<= 50	[51-54]	>= 55	Total Faixa Etária	Pedidos de Reforma		<= 50	[51-54]	>= 55	Total Faixa Etária	Pedidos de Reforma	
Ginecologia												
Obstetrícia												
Pediatria												

Fonte: Elaboração Própria



Quadro 73 - Horas Extraordinárias e Complementares p/ Categoria Profissional

Categoria Profissional	Pediatría						Ginecología						Obstetricia					
	Ano n-2			1.º Semestre Ano n-1			Ano n-2			1.º Semestre Ano n-1			Ano n-2			1.º Semestre Ano n-1		
	Horas Extraordinárias €		Horas complementares €	Horas Extraordinárias €		Horas complementares €	Horas Extraordinárias €		Horas complementares €	Horas Extraordinárias €		Horas complementares €	Horas Extraordinárias €		Horas complementares €	Horas Extraordinárias €		Horas complementares €
	Presença Física	Prevenção		Presença Física	Prevenção		Presença Física	Prevenção		Presença Física	Prevenção		Presença Física	Prevenção		Presença Física	Prevenção	
Assistente Operacional	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Assistente Operacional																		
Pessoal de Enfermagem	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Enfermeiro																		
Enfermeiro especialista																		
Enfermeiro gestor																		
Enfermeiro Supervisor																		
Pessoal em formação pré carreira Médica	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Interno Internato Médico - Especialização																		
Pessoal Médico	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Assistente Graduado Hosp																		
Assistente Graduado Sénior Hosp																		
Assistente Hosp																		
Pessoal Técnico Superior	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Técnico Superior																		
Total	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Fonte: Elaboração Própria



Quadro 74 - N.º de Internos em Formação

Internato	N.º de Internos em Formação					
	Pediatria		Ginecologia		Obstetrícia	
	Ano n-2	1.º Semestre Ano n-1	Ano n-2	1.º Semestre Ano n-1	Ano n-2	1.º Semestre Ano n-1
1º Ano - Internato Médico						
2º Ano - Internato Médico						
3º Ano - Internato Médico						
4º Ano - Internato Médico						
5º Ano - Internato Médico						
6º Ano - Internato Médico (ou anos subsequentes)						

Fonte: Elaboração Própria

6.11. Análise Gastos

Quadro 75 - Gastos DSCM

Rubrica	2021	2022	Variação	
			A	(%)
Fornecimentos e Serviços Externos				
Conservação e reparação				
Energia e fluidos				
MCDT				
Serviços diversos				
Serviços especializados				
Transporte de doentes				
Comunicações				
Outros trabalhos especializados				
Rendas e alugueres-Edifícios				
Outros serviços técnicos de RH				
Honorários - Serviços Médicos				
Internamento				
Outros trabalhos especializados - Serviços Médicos				
Gastos com Pessoal				
Abonos variáveis ou eventuais				
Acidentes no trabalho e doenças profissionais				
Encargos sobre remunerações				
Gastos de ação social				
Horas Extraordinárias				
Noites e Suplementos				
Outros abonos variáveis				
Outros encargos sociais				
Outros gastos com o pessoal				
Prevenções				
Remuneração Base				
SIGIC				
Subsídio de férias				
Subsídio de Natal				
Subsídio de refeição				
Indemnizações				
Gratificações variáveis ou eventuais				
Gastos de depreciação e de amortização				
Gastos por juros e outros encargos				
Matérias de consumo específico dos serviços de saúde				
Material de consumo administrativo				
Material de consumo clínico				
Material de consumo hoteleiro				
Material de Manutenção e Conservação				
Produtos farmacêuticos				
Outros gastos				
Total Geral				

Fonte: Elaboração Própria



6.12. Matriz dos Objetivos e Indicadores de Desempenho

Em anexo a este documento segue um ficheiro em Excel que se traduz numa matriz que permite acompanhar, comparar e prever, o impacto dos diferentes valores assumidos nas variáveis que influenciam os indicadores, tendo sempre por base o realizado no “ano n-2”, 1.º semestre do ano “n-1”, estimado para o “ano n-1”, e taxa de execução do CP do “ano n-1”.

6.13. *Balanced Scorecard*

Esta metodologia BSC irá proporcionar uma gestão estratégica eficaz no processo de monitorização do contratualizado internamente. A finalidade desta abordagem é fornecer uma visão holística e criteriosa do desempenho do DSCM nas suas quatro perspetivas, Utentes, Desempenho Económico-Financeiro, Processos Internos e de Aprendizagem e Crescimento. Os indicadores monitorizados serão os contratualizados em sede de negociação, sendo possível identificar quais os desvios em relação às metas estabelecidas, determinando quais as medidas e ações necessárias para os corrigir ou prevenir. O SEPAG irá enviar trimestralmente o BSC que servirá de base às reuniões de acompanhamento.

Apêndice 2 - Minuta das Cartas de Compromisso para
Contratualização Interna “ano n”

CARTA DE COMPROMISSO CONTRATUALIZAÇÃO INTERNA “ANO N”

O processo de Contratualização Interna é previsto na Cláusula 21.^a do Contrato-Programa 2017-2019, que estabelece a obrigatoriedade de implementar o mesmo, valorizando a governação clínica, o desempenho assistencial e a sustentabilidade económico-financeira dos Serviços. Assim, a presente Carta de Compromisso, estabelece um acordo de gestão entre o **Conselho de Administração** e a **Equipa de Gestão do Departamento da Saúde da Criança e da Mulher da Unidade Local de Saúde da Guarda**, para o “ano n”, nos termos e condições estabelecidos nas seguintes cláusulas:

CLÁUSULA 1.^a

Objeto

O presente acordo, com base no processo de Contratualização Interna, determina, as atividades assistenciais a realizar no “ano n” pelo Departamento da Saúde da Criança e da Mulher, bem como os recursos disponibilizados para o efeito pelo Conselho de Administração.

CLÁUSULA 2.^a

Obrigações Conselho de Administração

De moda a cumprir com o estabelecido na cláusula anterior, o Conselho de Administração compromete-se a:

- a) Disponibilizar os recursos necessários definidos nas estratégias de gestão;
- b) Designar um representante para acompanhar regularmente o progresso do processo definido no presente acordo;
- c) Definir e atribuir o incentivo, em reunião de Contratualização Interna, sempre que não se verifiquem situações que gerem penalidades e se verifique que as linhas de produção negociadas apresentem no mínimo 90% do volume contratualizado.

CLÁUSULA 3.^a

Obrigações do Departamento da Saúde da Criança e da Mulher

Para o determinado no presente acordo a Equipa de Gestão do Departamento da Saúde da Criança e da Mulher, compromete-se a:

- a) Seguir a calendarização estabelecida para o Processo de Contratualização Interna do “ano n”;
- b) Atingir as metas fixadas relativamente à atividade assistencial, objetivos e indicadores, de acordo com orientações definidas pelo Conselho de Administração;
- c) A cooperar ativamente para precaver que a ULS da Guarda incorra em penalidades pelo incumprimento das obrigações definidas;

CLÁUSULA 4.ª

Obrigações do Serviço de Estudos Planeamento e Apoio à Gestão

O Serviço de Estudos Planeamento e Apoio à Gestão compromete-se a:

- a) Elaborar a calendarização do Processo de Contratualização para o “ano n”;
- b) Fornecer ao Departamento as orientações, documentos de suporte e matrizes necessários para o processo de Contratualização Interna no “ano n”;
- c) Promover e estar presente nas reuniões de negociação, tal como nas de acompanhamento, monitorização e avaliação de desempenho;

CLÁUSULA 5.ª

Acompanhamento, Monitorização e Avaliação de Desempenho

A Equipa de Gestão do Departamento da Saúde da Criança e da Mulher em conjunto com o Serviço de Estudos, Planeamento e Apoio à Gestão assume as seguintes obrigações relativamente à monitorização, acompanhamento e avaliação da execução do presente acordo:

- a) Realizar mensalmente a análise da informação disponibilizada na ferramenta de BI, certificando-se que serão tomadas medidas relativamente a possíveis desvios identificados;
- b) Assegurar a qualidade dos registos clínicos e administrativos que servirão de pilar para a monitorização do desempenho do Departamento;
- c) Comparecer às reuniões trimestrais de acompanhamento e monitorização da atividade assistencial, diligenciadas pelo SEPAG, ou pelo Conselho de Administração sempre que necessário, garantindo as medidas necessárias, no âmbito das suas competências, no reajustamento de eventuais desvios identificados, podendo, se necessário, proceder-se a uma adenda a este documento, ficando sujeita a parecer e aprovação do Conselho de Administração;

CLÁUSULA 6.^a

O presente acordo tem efeitos a partir do dia 1 de janeiro do “ano n”, concluindo com a avaliação final de desempenho do Departamento, onde serão notificados os incentivos a atribuir;

Unidade Local de Saúde da Guarda, _____

O Conselho de Administração

O Diretor do Departamento

A Enfermeira Coordenadora do Departamento

A Gestora do Departamento

A Diretora do SEPAG

Apêndice 3 - Exemplo Matriz Indicadores ACSS a Contratualizar
“ano n”

Indicadores ACSS- Área de Saúde da Criança e da Mulher	Ano n-2			1.º Semestre Ano n-1			Contratualizado Ano n-1			% de Execução CP ano n-1			Proposta Ano n		
	Ginecologia	Obstetria	Pediatria	Ginecologia	Obstetria	Pediatria	Ginecologia	Obstetria	Pediatria	Ginecologia	Obstetria	Pediatria	Ginecologia	Obstetria	Pediatria
Acesso															
% de Consultas Realizadas em Tempo Adequado										0%	0%	0%			
% Pedidos em Lista de Espera para Consulta (LEC) dentro do TMRG										0%	0%	0%			
% Consultas realizadas dentro dos tempos máximos de resposta garantidos (TMRG)										0%	0%	0%			
% Utentes em Lista de Inscritos para Cirurgia (LIC) dentro do TMRG										0%	0%	0%			
% Doentes operados dentro do TMRG										0%	0%	0%			
% Episódios de urgência atendidos dentro do tempo de espera previsto no protocolo de triagem										0%	0%	0%			
% Doentes referenciados para a RNCCI, avaliados/confirmados pela EGA em tempo adequado (até 2 dias úteis) após a referência, no total de doentes referenciados para a RNCCI										0%	0%	0%			
Desempenho Assistencial															
% Reinternamentos em 30 dias, na mesma Grande Categoria de Diagnóstico										0%	0%	0%			
% Internamentos com Demora Superior a 30 dias										0%	0%	0%			
% Cirurgias realizadas em ambulatório (GDH), para procedimentos tendencialmente ambulatorizáveis										0%	0%	0%			
% Cirurgias de ambulatório no total de cirurgias programadas (GDH) - procedimentos ambulatorizáveis										0%	0%	0%			
% Cirurgias da anca efetuadas nas primeiras 48 horas										0%	0%	0%			
Índice de Mortalidade Ajustada										0%	0%	0%			
Índice de Demora Média Ajustada										0%	0%	0%			
Demora Média										0%	0%	0%			
Demora média antes da cirurgia										0%	0%	0%			
% Partos por Cesariana										0%	0%	0%			
Desempenho económico-financeiro															
EBITDA										0%	0%	0%			
Resultado Operacional										0%	0%	0%			
% dos Custos com Prestações de Serviços no Total de Custos com Pessoal										0%	0%	0%			
Gastos operacionais por residente, ajustados pela utilização										0%	0%	0%			
% Gastos com Trabalho Extraordinário, Suplementos e FSE (Selecionados), no Total de Custos com Pessoal										0%	0%	0%			
Fornecimentos e Serviços / m2 de área útil										0%	0%	0%			
Doente padrão por Médico ETC										0%	0%	0%			
Doente padrão por Enfermeiro ETC										0%	0%	0%			
Resultados em internamentos, consultas hospitalares e urgências evitáveis															
Taxa de internamentos por complicações agudas da diabetes										0%	0%	0%			
Taxa de internamentos por diabetes não controlada										0%	0%	0%			
Taxa de internamentos por asma ou DPOC em adultos										0%	0%	0%			
Taxa de internamentos por asma em jovens adultos										0%	0%	0%			
Taxa de internamentos por hipertensão arterial										0%	0%	0%			
Taxa de internamentos por insuficiência cardíaca congestiva										0%	0%	0%			
Taxa de internamentos por pneumonia										0%	0%	0%			
Taxa de internamentos por complicações crónicas da diabetes										0%	0%	0%			
% Especialidades (categorias) com protocolos clínicos de referência ascendente e descendente elaborados										0%	0%	0%			
% Utilizadores frequentes do serviço de urgência (>4 episódios no último ano) com plano de cuidados estabelecido entre os cuidados primários e os hospitais										0%	0%	0%			
Evolução da taxa de absentismo															
Taxa de absentismo geral										0%	0%	0%			
Taxa de absentismo por doença										0%	0%	0%			
Profissionais médicos															
N.º de horas suplementares (extraordinárias) com médicos - Total Anual										0%	0%	0%			
N.º de horas prevenção com médicos - Total Anual										0%	0%	0%			
N.º de horas com prestação de serviços médicos - Total Anual															
Encargos com contratação de prestação de serviços médicos - Total Anual										0%	0%	0%			
Profissionais de enfermagem										0%	0%	0%			
N.º de horas suplementares (extraordinárias) com enfermeiros - Total Anual										0%	0%	0%			

*1 - PN 150 dias 2 - PN 120 dias 3 - PI 180 dias

Fonte: Elaboração Própria.

Indicadores ULSG - Área de Saúde da Criança e da Mulher	Ano n-2			1.º Semestre Ano n-1			Contratualizado Ano n-1			% de Execução CP ano n-1			Proposta Ano n		
	Ginecologia	Obstetria	Pediatria	Ginecologia	Obstetria	Pediatria	Ginecologia	Obstetria	Pediatria	Ginecologia	Obstetria	Pediatria	Ginecologia	Obstetria	Pediatria
Consulta Externa															
% Doentes muito prioritários atendidos acima do tempo máximo de espera (CTH)															
% Doentes inscritos prioritários atendidos acima do tempo máximo de espera (CTH)															
% Primeiras Consultas via CTH															
% Primeiras Consultas Médicas / Consultas Médicas															
% Consultas Não Médicas Médicas															
% Utentes referenciados para consulta externa atendidos em tempo adequado															
Taxa de Registo Alta da Consulta Externa															
Tempo médio de triagem (em meses)															
% Consultas desmarcadas															
Internamento															
Lotação															
Taxa de Ocupação (%)															
% falecidos c/ diagnóstico com severidade 1 e 2															
% de internamentos com duração de internamento acima do limiar máximo															
Atividade Cirúrgica															
Nº Anestésias															
Taxa de Cirurgias de Ambulatório no total de Cirurgias Programadas															
% de Cirurgia Urgente no Total de Cirurgias Realizadas															
% Horas utilizadas para Cirurgia Convencional															
% Horas utilizadas para Cirurgia Ambulatório															
% Cirurgias Convencionais Canceladas															
% Cirurgias Ambulatório Canceladas															
Partos															
% de Partos Distócitos															
% de Partos Eutócitos															
% Cesarianas Urgentes no Total Cesarianas															
% de Partos por Cesariana antes de 39 semanas															
Urgências															
% episódio de urgência + 24 horas															
% episódio de urgência c/ internamento															
Rácio consultas externas/atendimento em urgência															
MCDT's															
% de MCDT's realizados internamente															
Enfermagem															
% Consultas Enfermagem															
Taxa de efetividade na prevenção de quedas															
Ganhos em autonomia no auto cuidado															
Taxa de cobertura/cumprimento da monitorização da dor															
% de avaliações Iniciais realizadas															
% Processos educativos ao doente															
% Processos educativos ao prestador de cuidados															
% Processos educativos á mãe e/ou pai															
% de sessões de reabilitação realizadas															
% de notas de alta realizadas															
% Diagnósticos de Enfermagem e intervenções promotoras do autocuidado															
% Preenchimento do item cirurgia segura															
% Doentes com feridas e /ou úlceras															
% Feridas e/ou úlceras															
% Feridas / úlceras cicatrizadas															
% de doentes com alto risco de queda															
% de doentes com baixo risco de queda															
% de doentes com médio risco de queda															
% de doentes sem risco de queda															
Taxa de prevalência dos doentes com risco de queda															
% de novas quedas															
Taxa de prevalência dos doentes com queda															
Taxa de incidência de doentes com queda															
Taxa de efetividade diagnostica da queda															
Taxa de efetividade na prevenção das quedas															
% Úlceras de pressão															
% de doentes com o diagnostico alto risco de úlcera de pressão															
% de doentes com o diagnostico baixo risco de úlcera de pressão															
% de doentes com o diagnostico médio risco de úlcera de pressão															
Taxa de prevalência dos doentes com risco de úlceras de pressão															
Taxa de prevalência dos doentes com úlcera de pressão															
Taxa de incidência de doentes com úlceras de pressão															
Taxa de efetividade na prevenção das úlceras de pressão															
Taxa de efetividade diagnostica de úlcera de pressão															
Taxa de resolução do diagnostico úlcera de pressão															
% de contatos de enfermagem															
% de Úlceras de Pressão adquiridas no serviço															
% de Úlceras de Pressão na avaliação inicial															

Fonte: Elaboração Própria.

Apêndice 4 – Exemplo BSC para o DSCM

Serviço: DSCM
Missão:
Visão:
Valores:
Objetivo Estratégico:

Avaliação
 Superou >100%
 Não Atingiu <90%

Perspetiva	Objetivo	Indicadores	Metas	Realizado 4º Trimestre	Desvio		Justificação	Medidas Propostas		
					Valor	%		Avaliação	Descrição	Responsabilidade
Utentes	O1. Melhorar a qualidade na prestação de cuidados de saúde	Internamento								
		11. Demora Média								
		12. % de Transferências para outros Hospitais								
	O2. Acompanhar e informar os utentes no âmbito da Saúde da Criança e da Mulher, garantindo cuidados contínuos e adequados, ensinamentos e práticas corretas para cada caso	Consulta Externa								
		14. N.º Consultas de Adolescência								
		15. N.º Consultas Menopausa								
		16. N.º de Consultas de Planeamento Familiar								
		17. N.º de Consultas Pré-Parto								
		18. N.º de Consultas Diabetologia Pediátrica								
		19. N.º de Consultas Obesidade Pediátrica								
110. N.º de Consultas Saúde do Adolescente										
111. N.º de Consultas de enfermagem de preparação de Parto										
112. N.º de Consultas de enfermagem Diabetes Pediatria										
O3. Promover cuidados de saúde programados em ambulatório	HDI									
	113. N.º de Doentes co sessões em HDI									
O4. Aumentar a satisfação dos Utentes	114. % MCDT's pedidos pelo HDI									
	Internamento, Consulta Externa, Urgência, HDI									
O5. Promover a Internalização dos MCDT's	115. % de Reclamações recebidas (Internamento, Consulta Externa, Urgência, HDI)									
	MCDT's									
O6. Reduzir Custos c/ Pessoal	116. % de MCDT's realizados internamente									
	117. Gastos com Trabalho Extraordinário, Suplementos e FSE Médicos									
O7. Reduzir Custos c/ Consumos	118. Gastos com Trabalho Extraordinário, Suplementos e FSE Enfermeiros									
	119. Gastos c/Pessoal									
O8. Reduzir Custos dos Serviços	120. Encargos com Prestações de Serviços									
	121. Custos com material de consumo clínico									
O9. Promover a articulação com os CSP	122. Custos com medicamentos									
	123. Custos totais do serviço									
O10. Reduzir os TME	124. Custos c/ MCDT's realizados no exterior									
	125. N.º de projetos de articulação com os CSP implementados									
O11. Melhorar o Acesso dos Utentes	Urgência									
	126. % Utilizadores frequentes do serviço de urgência (>4 episódios no último ano)									
O12. Desenvolver uma ocupação eficiente dos recursos do serviço	Consulta Externa									
	127. % Pedidos em Lista de Espera para Consulta (LEC) dentro do TMRG									
O13. Reduzir os cancelamentos das cirurgias	128. % de Consultas Realizadas em Tempo Adequado									
	Atividade Cirúrgica									
O14. Melhorar as práticas Médicas e de Enfermagem	129. % Utentes em Lista de Inscrições para Cirurgia (LIC) dentro do TMRG									
	130. % Doentes operados dentro do TMRG									
O15. Reduzir a Taxa de desmarcação das Consultas	Consulta Externa									
	131. % Primeiras Consultas via CTH									
O16. Melhorar a Qualidade nos Processos	132. Taxa de Registo Alta da Consulta Externa									
	Urgência									
O17. Responsabilização pelo cumprimento do estabelecido na Carta de Compromisso da CI	133. % Episódios de urgência atendidos dentro do tempo de espera previsto no protocolo de triagem									
	Internamento									
O18. Desenvolver competências técnicas e humanas nos profissionais de saúde	134. 123. Taxa de Ocupação									
	Atividade Cirúrgica									
O19. Manter ou estabelecer colaboração com escolas de Medicina e Enfermagem para formação	135. % Horas utilizadas para Cirurgia Convencional									
	136. % Horas utilizadas para Cirurgia de Ambulatório									
O20. Promover condições para a investigação e troca de informação científica	Atividade Cirúrgica									
	137. % Cirurgias Convencionais canceladas									
O21. Inovar	138. % Cirurgias de Ambulatório canceladas									
	Internamento									
O22. Maior eficiência na Gestão dos RH	139. % de Úlceras de Pressão adquiridas no serviço									
	140. Taxa de incidência de doentes com queda									
O23. Responsabilização pelo cumprimento do estabelecido na Carta de Compromisso da CI	141. Taxa de Mortalidade									
	142. % Partos por Cesariana									
O24. Melhorar a Qualidade nos Processos	143. % Cesarianas urgentes no total das Cesarianas									
	144. % Cesarianas antes das 39 semanas									
O25. Reduzir a Taxa de desmarcação das Consultas	145. % de reinternamentos em 30 dias na mesma Categoria de GCD									
	146. % de internamentos com Demora Média superior a 30 dias									
O26. Manter ou estabelecer colaboração com escolas de Medicina e Enfermagem para formação	147. N.º de Contatos de Enfermagem									
	Atividade Cirúrgica									
O27. Promover condições para a investigação e troca de informação científica	148. % de Anestesia Epidural no total dos Partos									
	149. % Cirurgias de ambulatório no total de cirurgias programadas (GDH) - procedimentos ambulatorizáveis									
O28. Maior eficiência na Gestão dos RH	150. % Cirurgias realizadas em ambulatório (GDH), para procedimentos tendencialmente ambulatorizáveis									
	Urgência									
O29. Manter ou estabelecer colaboração com escolas de Medicina e Enfermagem para formação	151. Episódios de Urgência c/ + de 24 horas									
	152. % de episódios de Urgência c/internamento									
O30. Promover condições para a investigação e troca de informação científica	Atividade Cirúrgica									
	153. Taxa de Desmarcação de Consultas									
O31. Inovar	154. Taxa de Desmarcação de Consultas p/ não comparência do Uteente									
	Internamento, Consulta Externa, Urgência, HDI									
O32. Maior eficiência na Gestão dos RH	155. N.º de Não Conformidades em Auditorias Internas									
	156. N.º de Episódios sem Diagnóstico Associado									
O33. Responsabilização pelo cumprimento do estabelecido na Carta de Compromisso da CI	Internamento									
	157. Tempo Médio de Codificação de GDH									
O34. Manter ou estabelecer colaboração com escolas de Medicina e Enfermagem para formação	158. % de GDH por Codificar									
	Contratualização Interna									
O35. Manter ou estabelecer colaboração com escolas de Medicina e Enfermagem para formação	159. % de execução dos objetivos contratualizados									
	160. N.º de horas de formação									
O36. Promover condições para a investigação e troca de informação científica	161. N.º de Idenidades Formativas									
	162. N.º de Internos									
O37. Manter ou estabelecer colaboração com escolas de Medicina e Enfermagem para formação	163. N.º de Estágios recebidos no serviço									
	164. N.º de Ensaios Clínicos realizados									
O38. Manter ou estabelecer colaboração com escolas de Medicina e Enfermagem para formação	165. N.º de Publicações e Comunicações Científicas									
	166. N.º de Programas e Técnicas Inovadoras introduzidas na Prática Clínica									
O39. Manter ou estabelecer colaboração com escolas de Medicina e Enfermagem para formação	167. N.º de Projetos na área do e-Health									
	168. % de Absentismo dos Profissionais									
O40. Manter ou estabelecer colaboração com escolas de Medicina e Enfermagem para formação	169. % de Absentismo dos Profissionais por doença									

Fonte: Elaboração Própria.

Anexo I

