

# Documento de Trabalho

Versão 5.3.2013

## Principais linhas estratégicas (2013/2015)

De acordo com todas as previsões macro económicas, o país em 2013 e 2014 continuará a debater-se com fortes restrições financeiras em consequência da crise financeira e das medidas previstas no acordo de ajuda internacional.

As restrições no setor da saúde, apesar de se pretender preservar o SNS, têm-se traduzido em reduções consecutivas no financiamento hospitalar (4% em 2011, 8% em 2012), tendência que deverá manter-se nos próximos anos (em 2013, 2,8%), acompanhadas de imposições de redução das despesas (5% em 2011, 11% em 2012, 8% em 2013).

Pretendem os órgãos de tutela que o decréscimo do financiamento hospitalar das despesas em geral não implique diminuição dos níveis de acessibilidade e de qualidade.

Por parte da tutela tem sido tomadas algumas medidas com reflexo na despesa, como sejam reduções salariais, descida do preço dos medicamentos. Por parte dos órgãos de gestão têm sido tomadas medidas de racionalização de consumos, negociação de preços e aumentos de produtividade.

Apesar da melhoria da sustentabilidade alcançada no período 2010/2012 (passou de défices anuais da ordem dos 22/25M€ para 7M€) o HGO ainda padece de um desequilíbrio estrutural (18% acima do custo padrão por doente tratado (ACSS, 2012). O desvio da demora média padrão passou de 50% em 2010 para 34% (IASIST, 2012)

Regista taxas de reinternamento inferiores em 14% ao valor padrão do *Benchmarking Clínico* IASIST e taxas de complicações inferiores em 34% ao valor padrão (IASIST, 2012). É o hospital português com menor taxa de complicações (ENSP, 2012). Em 2012 registou uma taxa de 4,2%, valor significativamente mais baixo que o previsto no Contrato-Programa (6,7%).

Em termos de acessibilidade, apesar da melhoria global dos níveis de acessibilidade (consultas e cirurgias) regista ainda em algumas especialidades listas de espera consideráveis e tempos médios de espera elevados. Uma parte significativa dos doentes são tratados fora do tempo adequado.

A complexidade dos doentes tratados (ICM) tem aumentado (8% acima do padrão IASIST).

## 5.2 Análise SWOT

Analisando o carácter positivo ou negativo e externo ou interno dos factores críticos de sucesso da actividade do HGO, sintetizados numa Grelha SWOT, vejamos os **pontos fortes e fracos existentes**

O HGO possui excelentes profissionais, com elevada diferenciação e com forte potencial de desenvolvimento, garantia do elevado nível de cuidados praticados, sendo frequentemente alvo de recrutamento pelos novos hospitais (designadamente PPP).

Mercê da política seguida nos últimos anos de aumento considerável do nº de internos em formação, tem a maioria dos serviços um forte desafio de continuar a garantir uma excelente formação pós graduada, de modo a assegurar a renovação do corpo clínico.

O HGO possui um conjunto de serviços reconhecidos interna e externamente pela qualidade do seu desempenho, constituindo referenciais para profissionais e utentes, sendo este um fator crítico de retenção das novas gerações de profissionais em formação e simultaneamente um fator de fidelização da população utente, face à ameaça da qualidade e proximidade dos hospitais de Lisboa.

No que respeita à qualidade o HGO encontra-se desde 2011 no patamar dos hospitais acreditados internacionalmente (CHKS), esperando-se seja reacreditado e aumente o número de serviços com certificação ISO 9000. Além do prestígio alcançado, é uma garantia para utentes e profissionais, possuir o HGO políticas, procedimentos e práticas em conformidade com elevados padrões de desempenho.

A área clínica vem sendo informatizada, destacando-se a prescrição de medicamentos, de mcdt, acesso a resultados e imagem de mcdt, pedidos e referenciação consultas pelos cuidados saúde primários. De destacar ainda a recente plataforma de dados permitindo a partilha de informação clínica com os cuidados de saúde primários.

Pontos Fortes	Pontos Fracos
<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Capital humano experiente e com potencial;</li> <li>✓ Elevado nº de internos em formação</li> <li>✓ Alguns serviços e unidades de excelência/referência;</li> <li>✓ Acreditação do sistema de qualidade por prestigiado organismo internacional (CHKS);</li> <li>✓ Certificação de vários serviços pelas Normas ISSO 9000;</li> <li>✓ Informatização crescente da área clínica</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ <i>Comunicação interna</i></li> <li>✓ <i>Fraca cultura de avaliação do desempenho</i></li> <li>✓ Centralização da decisão</li> <li>✓ <i>Difícil acessibilidade em algumas especialidades</i></li> <li>✓ <i>Peso Elevados das Patologias mais deficitárias em termo de Financiamento, (HIV/SIDA, Oncologia, Neurologia, Cardiologia e Reumatologia);</i></li> <li>✓ Fraco nível de organização</li> </ul>

Oportunidades	Ameaças
<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Articulação/integração de cuidados (primários/hospitalares);</li> <li>✓ <i>Afirmação do HGO como hospital referência na Península de Setúbal</i></li> <li>✓ <i>Taxa elevada de ambulatorização;</i></li> <li>✓ <i>Alternativas à hospitalização clássica (Hospitalização Domiciliária);</i></li> <li>✓ <i>Consolidação do Sistema de informação/Contratualização Interna;</i></li> <li>✓ <i>Consolidação sistema/cultura de qualidade</i></li> <li>✓ <i>Promoção do ensino e da investigação</i></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ <i>Crise sócio-económica (- rendimentos/-financiamento)</i></li> <li>✓ <i>Resposta insuficiente c. continuados e protelamento de altas por motivos sociais;</i></li> <li>✓ <i>Escassez de médicos em áreas carenciadas;</i></li> <li>✓ <i>Degradação do edifício/infraestruturas carecendo elevado investimento para recuperação;</i></li> <li>✓ <i>Saturação de instalações</i></li> <li>✓ <i>Qualidade e proximidade dos hospitais de Lisboa</i></li> </ul>

A grande aposta do HGO para este período (2013/2015) é tornar-se definitivamente o Hospital de referência da Península de Setúbal, reforçar a vertente de hospital de agudos e a capacidade da sua urgência polivalente, transferindo para os CSP actividade menos diferenciada e compatível com aquele nível de cuidados, com integração de processos, e para os cuidados continuados.

Do que resulta da intenção da instituição, da sua missão e da Visão, bem como dos resultados da análise SWOT efectuada, considera-se essencial o desenvolvimento dos seguintes Vectors Estratégicos:

## **Vetores estratégicos**

- 1 Melhorar a qualidade do atendimento e dos cuidados prestados*
- 2 Melhorar a acessibilidade promover a integração de cuidados*
- 3 Melhorar a organização e o modelo de gestão*
- 4 Aumentar a eficiência e a sustentabilidade*
- 5 Melhorar as infraestruturas gerais e assistenciais*

### **Vetor Estratégico 1**

#### *Melhoria da qualidade do atendimento e dos cuidados prestados*

Apesar da diminuição sistemática de reclamações desde 2009, o projecto de melhoria do atendimento deverá ter continuidade. Em complementaridade o projecto de melhoria da satisfação dos utentes deverá ser intensificado.

Apesar dos bons resultados clínicos obtidos pela maioria das especialidades do HGO existe ainda um espaço de melhoria no que se refere á adopção de boas práticas, auditoria clínica e risco clínico, vertentes a intensificar no âmbito do modelo de governação clínica promovido pela Direcção Clínica e Direcção de Enfermagem, a divulgar em breve.

Vivemos actualmente uma fase do progresso da medicina baseada na evidência. O HGO deverá garantir aos seus utentes a adopção das práticas com os melhores resultados, o que implica uma avaliação constante dos resultados e sua comparação com hospitais homólogos.

No âmbito do sistema de qualidade e de forma a promover uma cultura crescente de melhoria de práticas e de resultados, a contratualização interna passará a incluir um conjunto de objectivos e indicadores clínicos relevantes para a melhoria da qualidade.

No âmbito do modelo de governação clínica, serão promovidas auditorias sistemáticas de forma a aferir a conformidade com padrões e resultados clínicos esperados.

Ainda no âmbito deste sistema deverá dar-se um especial enfoque á melhoria da segurança dos doentes e profissionais, devendo ser promovida a notificação sistemática de erros, incidentes e efeitos adversos, com a tomada de medidas correctivas e preventivas.

Também no âmbito da melhoria das práticas e resultados deverá dar-se maior relevo á formação e a investigação como instrumentos de motivação e retenção de colaboradores, sendo também necessária maior eficácia e novas

metodologias para a formação mandatória. As actividades de formação, ensino e de investigação, devem ser financiadas de forma sustentada pelas receitas obtidas pelo CGO.

No âmbito da missão do HGO e sempre que os recursos disponíveis o permitam, poderão ser constituídas unidades funcionais de referência em termos de boas práticas e resultados em termos de eficiência e qualidade, envolvendo parcerias e acompanhamento específico.

De forma a melhorar os processos de trabalho e a acessibilidade à informação clínica deverá ser finalizado o projeto de informatização clínica em ambiente "paper less", com substituição do hardware obsoleto, tornando os processos assistenciais mais céleres e facilitando o processo de integração de cuidados (HGO/ACES).

## **Vetor Estratégico 2**

### *Melhoria da Acessibilidade e promoção da integração de cuidados*

O HGO continua a ter listas de espera para consultas e para cirurgias muito elevadas, bem como, tempo média de espera acima do adequado, pelo que é necessário aperfeiçoar a gestão dos doentes em LIC e observar ou operar os doentes em tempo adequado em conformidade com a meta prevista no Contrato-Programa.

Depois do investimento em estruturas de cirurgia do ambulatório, torna-se necessário aproveitar a capacidade instalada e garantir a sua otimização.

No âmbito da integração dos processos de cuidados primários e hospitalares, pretende-se aumentar significativamente o acesso de doentes provenientes dos ACES de Almada e do Seixal e referenciar os doentes ao médico de medicina geral e familiar tão cedo quanto possível, evitando consultas hospitalares desnecessárias. Será dada grande atenção á satisfação em tempo adequado da procura referenciada para consultas prioritárias e muito prioritárias, bem como, à procura de consultas a realizar com prioridade normal. Pretende-se também aumentar as consultas não presenciais e expandir a outras especialidades os modelos de articulação adotados em algumas especialidades. Será dado início ao processo de integração de cuidados em áreas específicas (asma, DPOC, doenças coronárias, cancro) e após validação do modelo e da metodologia, passar-se-á à integração de outras áreas de cuidados.

No que respeita ao acesso aos cuidados urgentes, espera-se diminuir a afluência de doentes que não carecem de cuidados urgentes hospitalares, designadamente através da melhoria da acessibilidade às consultas da

especialidade estando prevista uma maior afluência de doentes carenciados de cuidados urgentes e em situação crítica, designadamente através de maior referenciação pelos hospitais da Península de Setúbal. Na medida e limite dos recursos existentes e sempre que possível em articulação com os Hospitais da Península de Setúbal, procurar-se-á uma resposta mais completa e homogénea da urgência polivalente.

De forma a garantir aos doentes que recorram injustificadamente ao Serviço de Urgência (verdes e azuis), ou que recorram frequentemente (*high users*), HGO e ACES de Almada/Seixal organizarão alternativas de acesso compatíveis com o estado clínico dos doentes, incluindo apoio dos médicos de Medicina Geral e Familiar e das consultas externas ou hospitais de dia do HGO.

No âmbito do protocolo com os ACES para realização no HGO de mcdt será instalado circuito eletrónico de prescrição/receção de resultados que permita a prestação de um serviço correspondente ao que é prestado aos serviços de acção médica do HGO, em todas as áreas que a capacidade instalada o permitir.

A visualização dos dados do doente pelo HGO e ACES em simultâneo, através da nova Plataforma de Dados da Saúde permitirá certamente evitar a repetição de exames e a conseqüente redução da despesa em ambos os níveis de cuidados.

### **Vetor Estratégico 3**

#### *Melhoria da Organização e do Modelo de Gestão*

Dado o resultado positivo das experiências de Centros de Responsabilidade, prevê-se o alargamento do modelo a outras áreas, no âmbito do da melhoria do processo de gestão e descentralização de poderes e responsabilidades.

De modo a otimizar a utilização do sector de internamento caminhar-se-á gradualmente para um modelo de gestão global e flexível da área médica e cirúrgica, com a implementação de um sistema integrado de gestão de camas e planeamento de admissões e altas.

O modelo de contratualização interna será aperfeiçoado através de um sistema de informação de gestão mais completo, com indicadores gerais e clínicos indexados a uma matriz global de objetivos de desempenho, e aumento o grau de compromisso e alinhamento das chefias e profissionais com os objetivos contratualizados com o HGO.

O desenvolvimento deste modelo será acompanhado de formação avançada em gestão clínica e gestão de unidades de saúde.

Em consonância com as recentes alterações ao Estatuto dos Hospitais E.P.E. e de acordo com as orientações superiores será levado a cabo um amplo programa de controlo interno destinado a prevenir os riscos mais relevantes.

Complementarmente será intensificado o programa de auditorias internas, com especial ênfase, nas principais áreas do controlo da despesa.

#### **Vetor Estratégico 4**

Aumentar a Eficiência e a Sustentabilidade do HGO

Na sequência da ajuda internacional ao Estado Português foi transmitido pelos órgãos que tutelam o sector da saúde um conjunto de orientações no sentido de se alcançar o equilíbrio financeiro num prazo tão curto quanto possível, preservando os níveis de prestação de cuidados em função das necessidades da população.

Com efeito vêm sendo adotadas metas de referência para a redução significativa de custos (Despacho Conjunto SETF e SES nº 10783-A/2011 de 31/08/2011, fixou 11% para 2012 e as orientações gerais para 2013 preveem reduções de 8%), sendo de prever que esta prática se mantenha nos próximos anos, até alcançar a sustentabilidade do SNS.

O HGO tem-se debatido de forma continuada e insustentável com graves constrangimentos de sustentabilidade económica, fundamentalmente devido às grandes dificuldades em promover acréscimos de proveitos, considerando que os preços praticados pelo principal cliente (SNS) que os determina e que cobrem 94% da atividade desenvolvida, vêm sofrendo decréscimos sistemáticos.

O modelo empresarial por que se rege o HGO está intrinsecamente dependente de critérios de financiamento que suportam a sua estrutura orçamental e os níveis de atividade que contratualiza com a ARSLVT e com a ACSS. A tarefa de conciliar a diminuição efetiva do financiamento com o incremento das áreas consideradas como prioritárias a nível regional torna-se, assim, bastante complexa, conjugada ainda com as crescentes necessidades assistenciais e a transferência da responsabilidade financeira para as instituições de origem quando os doentes tenham que ser tratados noutras instituições, por falta de resposta no tempo clinicamente aceitável.

Para manter os níveis de prestação de cuidados desejáveis e necessários é expectável que se tenham de ultrapassar os níveis de cuidados contratualizados. De acordo com as regras estabelecidas para a elaboração dos Contratos-Programa 2012 e 2013, não será possível facturar a atividade excedente, com a conseqüente penalização financeira.

No período de 2010/2012 assistiu-se a uma diminuição do défice estrutural de 20/25M€/ano até 2010 para menos de 10M€. Esta recuperação da situação económico-financeira ocorreu essencialmente devido á diminuição do nível da despesa HGO (de 164M€ em 2010, passou para 149,8M€ em 2011, esperando-se alcançar um valor abaixo dos 135M€ em 2012) e ao encontro de contas de exercícios anteriores que permitirá ao HGO receber do Ministério da Saúde no final de 2012, 57M€).

Apesar do HGO ter aumentado neste período a actividade assistencial, o nível de proveitos diminuiu (de 140M€ em 2010, passou para 128M€ em 2012), graças á diminuição dos preços unitários no financiamento das diversas linhas de produção.

Mas o nível de proveitos diminuiu ainda por força da introdução em 2012 dos orçamentos globais. Esta modalidade, no caso de unidades com grande pressão da procura e com estratégias de manutenção ou melhoria dos níveis de acessibilidade, como é o caso do HGO, na prática deixa sem financiamento uma parte significativa da actividade assistencial, como foi referido. A título de exemplo, em 2012 a actividade não financiada representou mais de 7M€, ou seja, quase o equivalente ao défice de exercício.

O nível de proveitos nos dois últimos anos não acompanhou a evolução da capacidade instalada, designadamente na área cirúrgica, uma vez que não foi aceite em termos de Contrato-Programa a proposta de expansão desta actividade por razões orçamentais. Note-se no entanto que o HGO continua a ser uma instituição com défice de oferta nesta área (de acordo com o último Relatório do SIGIC, só responde a 73% da procura) apesar de possuir capacidade instalada suficiente para dar resposta quase plena à procura. A limitação da actividade nesta área é incongruente com a transferência para o HGO a partir de 2012 da responsabilidade pelos encargos com doentes não operados no tempo adequado. A despesa adicional com esta medida representa mais de 1,5M€ anuais (1400 intervenções) e impediu que em 2012 o HGO tivesse alcançado um resultado de exercício mais equilibrado (EBITA próximo de 0). O HGO não tem condições que permitam continuar a intervencionar doentes no exterior, devendo ser aperfeiçoada a gestão efectiva dos doentes de acordo com a respectiva prioridade clínica, devendo em períodos de contingência ser operados apenas doentes com maior antiguidade na lista de espera e condicionado o acesso de doentes fora da área do HGO.

Apesar de no corrente ano ter ocorrido uma transferência extraordinária de verbas a título de pagamento de saldos de vários exercícios, que permitiu pagar quase metade da dívida acumulada a fornecedores, o pagamento da parte restante e o cumprimento da Lei dos Compromissos constituem fontes de grande preocupação dos órgãos de gestão, na medida em que tornam difícil



assegurar o normal funcionamento da instituição sem quebras de fornecimentos ou desconformidades com sanções intoleráveis no plano da responsabilidade pessoal dos membros do CA e demais dirigentes.

Neste quadro só será possível a continuidade da gestão do HGO no pressuposto de uma grande colaboração da estrutura dirigente e dos colaboradores em geral para uma gestão ainda mais rigorosa dos meios disponíveis, procurando que a sua redução não interfira com a qualidade e a segurança dos cuidados e que os níveis de acessibilidade não se degradem. Esta situação exige ainda uma grande compreensão de utentes e colaboradores, quanto ao caráter restritivo de algumas medidas a tomar, em prol da prestação de cuidados num contexto necessariamente sustentado.

Deste modo o equilíbrio económico-financeiro, com preservação da qualidade, segurança e acessibilidade, é um principal objetivo no próximo triénio, sendo imprescindíveis alguns ajustamentos e medidas de caráter estrutural, de grande complexidade de implementação, a prever no Plano de Ajustamento, por força das normas de financiamento em vigor.

## **Linhas de Ação:**

### **4.1 Reduzir custos com o internamento**

Apesar da melhoria registada nos últimos 2 anos o HGO ainda regista nos tempos de internamento um desvio de 30% (há 2 anos era de 50%) em relação ao padrão do Benchmarking clínico da IASIST, esperando-se uma redução gradual do mesmo em cerca de 10%/ano durante o próximo triénio.

Na área cirúrgica, apesar da melhoria da taxa de ambulatorização (nos últimos 4 anos passou de 50% para 60%) ainda há margem de melhoria, esperando-se nos próximos 3 anos nas especialidades atuais, uma redução do nº de internamentos cirúrgicos de aproximadamente 250 doentes/ano.

Na área médica pelo contrário, vem-se assistindo a um aumento de 100 doentes tratados/ano, em consequência do aumento da população idosa e com doenças crónicas. Este crescimento só poderá ser atenuado com a ambulatorização do tratamento de alguns doentes, aproximação aos tempos de internamento padrão e com a experiência de hospitalização domiciliária a iniciar em 2013.

Haverá no entanto que contar com o ligeiro aumento de episódios de internamento, tanto médicos, como cirúrgicos, por força do reforço do papel do HGO no âmbito da referenciação hospitalar na Península de Setúbal.

Dada a capacidade limitada da RNCCI pretende o HGO levar a cabo uma experiência de *outsourcing* em relação á prestação de cuidados continuados até ao ingresso na Rede, no pressuposto de constituir uma solução mais eficiente e tendo em conta a maior necessidade de camas de agudos por força dos motivos anteriormente expostos.

#### 4.2 Aumentar a actividade assistencial cirúrgica

A redução do internamento cirúrgico em consequência da ambulatorização, gera inevitavelmente uma quebra de receitas da ordem dos 800 m€. No sentido de compensar esta redução será necessário aumentar a actividade cirúrgica de ambulatório em cerca de 700 doentes/ano, esperando a compreensão e capacidade de contratualização da ARSLVT. Por razões orçamentais os programas de cirurgia adicional terão de ser reduzidos ao mínimo e apostar numa melhor gestão das listas de espera no sentido de minimizar a transferência de doentes para o exterior.

Dada a diminuição da área de influência do HGO em 12% espera-se uma estabilização na lista de espera (entre 5500 e 6000 doentes) e uma ligeira melhoria do TME (175 dias). Além das medidas anteriormente referidas, haverá que condicionar a oferta de cuidados á população da área de influência do HGO e reduzir o acesso a doentes fora de área.

#### 4.3 Reconverter a actividade em consulta externa

O HGO já assegura um elevado volume de consultas e a evolução deste indicador nos últimos 3 anos merece destaque. Comparativamente ao nº de urgências o HGO é seguramente um dos hospitais com o ratio consultas/urgências mais elevado do país (1,8). Também é um dos hospitais com uma relação 1<sup>as</sup> consultas/total de consultas das mais elevadas (31%).

No que se refere á acessibilidade dos doentes provenientes dos cuidados primários de saúde (CTH), apesar da melhoria alcançada nos últimos 2 anos (das 15 000 consultas disponibilizadas em 2010 para doentes provenientes dos cuidados de saúde primários, em 2012 deverão ser disponibilizadas 28 000 consultas) há ainda espaço para melhorar consideravelmente, desde que seja possível a transferência de uma parte significativa de consultas subsequentes para os cuidados de saúde primários, nos termos do protocolo de integração de cuidados com o ACES de Almada/Seixal.

Considerando dos 22 000 utentes a aguardar por uma consulta, cerca de 15 000 são doentes provenientes dos CSP, espera-se reduzir este nº para metade ao fim de 1 ano e aumentar a percentagem de consultas realizadas no tempo a adequado para 75%.

Espera-se ainda, como foi referido, que esta melhoria da acessibilidade permita reduzir naturalmente a afluência injustificada (verdes e azuis) ao Serviço de Urgência.

Assim a actividade de consulta externa globalmente não deverá registar acréscimos mas sim reconversão de consultas subsequentes em 1<sup>as</sup> consultas.

A optimização da actividade deste sector exige a continuidade de medidas tendentes á redução do absentismo e da desmarcação de consultas.

#### 4.4. Reconverter a atividade de urgência

Muito embora seja desejável diminuir o acesso injustificado ao Serviço de Urgência Geral, no sentido deste garantir com os recursos existentes, cumprir a sua missão com maior eficácia, tal objetivo dependerá da aceitabilidade das alternativas de acesso, designadamente ao nível dos cuidados primários de saúde e das restantes áreas de ambulatório do HGO (Hospitais de Dia e Consultas Externas).

Ao nível do protocolo com o ACES de Almada e Seixal existe abertura para colaboração com o HGO na resolução deste problema. A melhoria do acesso às consultas hospitalares e à informação clínica dos doentes, poderão facilitar esta resolução.

Por outro lado, é desejável que o acesso á Urgência do HGO seja gradualmente melhorado em relação às verdadeiras situações de urgência e emergência, a começar por dar uma melhor resposta ao nível dos cuidados de maior complexidade da Península de Setúbal, podendo contribuir para a diminuição significativa dos recursos aos hospitais de Lisboa.

A maior referenciação pelos Hospitais da Península de Setúbal para a urgência polivalente do HGO pressupõe, como foi referido, ajustamentos a nível de períodos de cobertura (ORL, Oftalmologia, Urologia) e melhoria das condições técnicas existentes (Via Verde AVC's, Via Verde Sépsis), prevendo-se ainda a cobertura por novas especialidades (v.g. Cirurgia Plástica).

Em consequência prevê-se um aumento da afluência, sendo ainda expectável que os Hospitais da Península transfiram para o HGO os casos de maior complexidade, em virtude do compromisso de retenção dos casos mais simples.

Espera-se, em resultado da maior dinâmica na gestão do internamento (será constituída uma Comissão de Apoio à Gestão do Internamento) uma

diminuição da estadia no Serviço de Urgência Geral e uma maior fluidez na colocação de doentes no internamento.

## 5. Racionalizar a despesa com pessoal, bens de consumo, serviços e subcontratos.

### 5.1. Racionalizar a despesa com pessoal

Em resultado da redução da estrutura de internamento e do processo de informatização prevê-se uma ligeira redução dos efetivos de pessoal ao longo do triénio.

Devido aos fortes constrangimentos financeiros e tendo em consideração que a política seguida nos últimos anos permitiu o aumento significativo do nº de internos em formação, estando a renovação do corpo clínico assegurada na maior parte das especialidades, prevê-se uma redução do nº de internos a admitir no próximo triénio.

O volume do trabalho extraordinário, nos termos das orientações da tutela para 2013, deverá continuar a registar um decréscimo de 10%. Este efeito será obtido através, designadamente, da concretização do modelo da equipa fixa de urgência; do aumento de 12 para 18 horas de urgência nos termos do Acordo de revisão da carreira médica; da conciliação do apoio à urgência nos períodos de permanência do staff dos serviços e de ajustamentos pontuais nos períodos de cobertura e constituição das equipas médicas de urgência. No entanto, considerando que as melhorias referidas na estrutura de urgência irão justificar alguns reforços e acréscimos do volume de trabalho extraordinário, esta medida será de difícil implementação.

A implementação gradual dos acréscimos salariais na carreira médica torna difícil a redução da massa salarial, pese embora a redução do valor do trabalho extraordinário e da extensão do horário de 12 para 18 horas de urgência, com a conseqüente diminuição do volume de trabalho extraordinário. No entanto será levado a efeito um plano de implementação tendo em consideração os efeitos referidos.

### 5.2. Racionalizar a despesa com bens de consumo e serviços

#### a) Medicamentos

No âmbito da racionalização e melhoria da utilização do medicamento hospitalar, a Direcção Clínica em articulação com a Comissão de Farmácia e Terapêutica irá promover um intenso e sistemático trabalho de monitorização da prescrição de um conjunto de medicamentos, no sentido de garantir a sua utilização com adequada justificação clínica.

Como tem acontecido em algumas áreas (v.g. HIV) vão os Serviços Farmacêuticos fornecer o custos e apoiar a operacionalização da consulta permanente dos diferentes esquemas terapêuticos, bem como, o fornecimento de informação de carácter técnico-científico sobre a respetiva utilização, tendo em vista a adopção das melhores práticas custo/efectivas.

Nas grandes áreas de prescrição têm os Serviços Farmacêuticos promovido junto dos principais fornecedores de medicamentos, intensa negociação de preços no âmbito dos procedimentos de aquisição, prática que manterão e irão intensificar, sem prejuízo das áreas em que a negociação centralizada gerar melhoras condições de aquisição.

No âmbito da implementação do Despacho do SES nº 17069/2011 de 16 de Dezembro começaram a ser divulgados os preços e quantidades de medicamentos prescritos em internamento e em ambulatório por médico, no sentido de permitir uma análise e adequação da prescrição ao formulário interno e á política de prescrição de genéricos.

Haverá ainda que contar com a continuidade das políticas de redução de preços de aquisições de bens e serviços, nomeadamente de medicamentos, promovidas pelo Ministério da Saúde e restantes órgãos de tutela (ARSLVT, ACSS, SPMS), efeito de difícil quantificação mas bem representativo nos últimos 2 anos.

Finalmente e dado o número considerável de doentes fora da área de influência do HGO a quem é cedida medicação em ambulatório, terá que necessariamente esta cedência em relação a novos doentes, passar a ser condicionada aos doentes do HGO.

#### b) Material de Uso Clínico

O Serviço de Aprovisionamento irá promover com maior regularidade, análise dos consumos e dos desvios relativamente ao consumo de material de uso clínico, com os Administradores de Área, Diretores de Serviço, Enfermeiros Chefes e Técnicos Coordenadores, tendo em vista a diminuição e racionalização dos consumos de materiais de uso clínico e outros materiais.

Será reforçada a política de compras no sentido de obter em cada momento as melhores condições de aquisição, intensificando a negociação de preços.

Deverá ser equacionada em artigos estratégicos (extendendo a política também a medicamentos) a aquisição conjunta com os Hospitais da Península de Setúbal, sempre que a perspectiva de ganhos adicionais significativos resultante da maior escala, se colocar.

Também nestes artigos todas as possibilidades de aquisição ou negociação centralizada de preços por parte do Ministério da Saúde e demais órgãos de tutela, poderá apoiar os hospitais na redução dos custos.

#### c) Racionalização e monitorização da prescrição de MCDT

Considerando que no actual contexto de dificuldades financeiras é suposto que o recurso a exames auxiliares de diagnóstico e terapêutica seja feita de uma forma mais criteriosa e suportada em boas práticas, irá a direção clínica promover a discussão e revisão de utilização inter-pares, acompanhada de monitorização, designadamente nas áreas de maior custo e/ou capacidade limitada (v.g. Imagem) de modo a alcançar maior adequação da prescrição.

Procurar-se-á que entre os Hospitais da Península de Setúbal sejam identificadas áreas de ganhos potenciais, seja em áreas de duplicação, seja em áreas de dependência externa (v.s. instalação), tendo em vista a redução de custos.

#### d) Redução das prestações de serviços médicos

Considerando que o HGO possui atualmente umj considerável nº de internos de especialidade e que alguns contratos permitirão estender o nº de horas de urgência, será de limitar o recurso a prestadores de serviço, em conformidade com a política do Ministério da Saúde.

Esta política não poderá no entanto pôr em risco a colaboração de alguns prestadores em áreas de extrema escassez de recursos, em que o HGO não tiver melhor alternativa de contratação.

Dada a preferência de recrutamento em contrato individual de trabalho, por ser mais económico e favorecer relações de pertença à instituição, sempre que seja possível substituir médicos contratados em prestação de serviço, será essa a opção seguida pelo HGO.

## 6. Aumentar a produtividade global

Na linha da evolução verificada em 2011 e 2012, a produtividade entre 2013 e 2015 deverá registar um acréscimo embora ligeiramente inferior ao já alcançado, mas que se julga poder alcançar 1,5 a 2% por ano.

Este resultado será não só o efeito direto da grande aposta na informatização e melhoria do acesso á informação clínica, mas sobretudo do aumento da atividade assistencial dos atuais e novos colaboradores em resultado de medidas gestionárias e organizacionais, num quadro crescente de compromissos no âmbito do modelo de contratualização interna, gerados num contexto cada vez mais aberto e participado por todos os colaboradores dos serviço

### **Vetor Estratégico 5**

*Melhorar as infra-estruturas gerais e assistenciais*

#### **Linhas de acção:**

##### 5.1. Manutenção e conservação do edifício e infraestruturas gerais

A degradação do estado de conservação do edifício e das principais infraestruturas irá exigir um conjunto de intervenções que apesar do seu faseamento, implicam a mobilização de avultados meios financeiros.

Neste sentido serão priorizadas intervenções ao longo dos próximos 3 anos nas seguintes áreas:

- Reforço da rede eléctrica e substituição dos geradores de emergência
- Substituição das unidades de climatização e tratamento do ar do BOC
- Substituição de 1/2 elevadores por ano
- Manutenção e conservação do “comboio”
- Reparação da Cozinha

A concessão do parque de estacionamento visa essencialmente providenciar verbas para apoiar estes projetos, uma vez que não existem atualmente programas de financiamento deste tipo de necessidades.

##### 5.2. Melhoria de infraestruturas assistenciais

Apesar da limitação do volume e montante de investimentos a realizar durante o período de crise financeira do país, procurar-se-á realizar algumas melhorias das condições de tratamento dos doentes e das condições técnicas, designadamente nas seguintes áreas, com recurso total ou parcial a apoios de mecenato:

- Remodelação do Serviço de Medicina Nuclear
- Instalação da 2ª Sala de Angiografia
- Programa de melhoria de espaços de espera de utentes
- Hospital de Dia Polivalente (ou no mínimo Hospital de Dia de Oncologia)