



**Escola Nacional
de Saúde Pública**

UNIVERSIDADE NOVA DE LISBOA

**Avaliação do impacto da introdução de um Centro de
Responsabilidade Integrada na área de Oftalmologia**
Curso de Especialização em Administração Hospitalar

Mário André Pinheiro de Magalhães Macedo

Julho 2023



**Escola Nacional
de Saúde Pública**

UNIVERSIDADE NOVA DE LISBOA

Avaliação do impacto da introdução de um Centro de Responsabilidade Integrada na área de Oftalmologia

Trabalho de Campo apresentado para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Especialista em Administração Hospitalar realizado sob a orientação científica da Professora Doutora Ana Patrícia Marques e sob coorientação da Doutora Catarina Paulino

Julho 2023

Agradecimentos e Dedicatórias

Este trabalho não teria sido efetuado sem o indispensável apoio e mentoria das doutoras Ana Patrícia Marques e Catarina Paulino. Ficarei eternamente grato pela aprendizagem e ajuda. Deixo igualmente um agradecimento especial à doutora Catarina Costa pela extração dos dados que em muito enriquecem este trabalho, e ao Dr. André Beja pela gentileza que teve na revisão do texto e sugestões efetuadas.

Este trabalho é dedicado a todos os que procuram uma forma de melhorar e evoluir o SNS, contribuindo para uma melhoria dos cuidados prestados.

Dedicado à Eloísa, Vicente e Sebastião, a minha inspiração e motivação

Resumo

Introdução: O acesso universal a cuidados de saúde da visão é um objetivo bastante comprometido, nomeadamente pelos elevados tempos de espera para consulta ou cirurgia, assim como pelos elevados pagamentos que as famílias efetuam em lentes e armações. A alteração dos modelos de gestão é uma das medidas que podem ser adotadas como solução para este problema. Nesta dimensão, o Serviço Nacional de Saúde (SNS) tem efetuado as primeiras experiências com os Centros de Responsabilidade Integrada (CRI) que podem ser caracterizados como unidades de gestão intermédia que procuram sinergias entre a clínica e a gestão.

Objetivos: Avaliar o impacto da implementação do Centro de Responsabilidade de Oftalmologia (CRI-OFT) do Hospital Fernando Fonseca, nas seguintes vertentes: i) acesso, ii) qualidade, iii) produtividade e iv) económico-financeiro

Metodologia: O presente estudo é do tipo observacional, descritivo e retrospectivo. Foram extraídos dados referentes aos indicadores selecionados, através da informação introduzida no programa informático Soarian, referentes ao primeiro ano de atividade do CRI-OFT (2022), e comparados com os dados de produção referentes aos anos 2018 e 2019.

Resultados: Evidencia-se uma melhoria em todas as dimensões analisadas. O CRI apresentou aumento de produção, tanto no número de consultas, exames e de cirurgias, com ganhos de eficiência. Melhorou igualmente o fluxo de utentes, retirando doentes ao serviço de urgência.

Conclusão: Este estudo concluiu que a introdução do CRI traduziu-se num aumento do acesso aos cuidados de saúde, via aumento de cirurgias, consultas e maior utilização de meios complementares de diagnóstico e terapêutica. A experiência do primeiro ano de atividade do Centro de Responsabilidade Integrada de Oftalmologia do Hospital Fernando Fonseca, pode ser considerada como positiva. São precisos mais anos de atividade, para retirar conclusões mais sólidas e definitivas.

Palavras-Chave: Reembolso de Incentivo; Saúde Ocular; Acesso aos Serviços de Saúde; Eficiência Organizacional

Abstract:

Introduction: Universal access to eye health care is a very compromised goal, namely due to the high waiting times for consultation or surgery, as well as the high payments that families make for lenses and frames. Changing management models is one of the measures that can be adopted as a solution to this problem. In this dimension, the National Health Service (NHS) has made the first experiences with the Integrated Responsibility Centers (IRC) that can be characterized as intermediate management units that seek synergies between clinical and management.

Objectives: To evaluate the impact of the implementation of the Ophthalmology Responsibility Center (CRI-OFT) of Fernando Fonseca Hospital, in the following aspects: i) access, ii) quality, iii) productivity and iv) economic-financial.

Methodology: This is an observational, descriptive and retrospective study. Data were extracted for the selected indicators, through the information entered in the information entered in the Soarian computer program, for the first year of CRI-OFT activity (2022), and compared with production data for the years 2018 and 2019.

Results: An improvement is evident in all dimensions analyzed. The CRI showed an increase in production, both in the number of consultations, exams and surgeries, with efficiency gains. It also improved the flow of users, removing patients from the emergency service.

Conclusion: This study concluded that the introduction of the IRC resulted in increased access to health care, via increased surgeries, consultations and CDM. There was an increase in outpatient surgeries. The experience of the first year of activity of the Ophthalmology Integrated Responsibility Center of Hospital Fernando Fonseca can be considered positive. More years of activity are needed to draw more solid and definitive conclusions.

Key-Words: Reimbursement, Incentive; Eye Health; Access to HealthCare; Efficiency, Organizational

Conteúdo

Resumo	4
Introdução.....	9
Importância da Saúde da visão.....	11
História dos Centros de Responsabilidade Integrada.....	14
Contributos da Literatura sobre Pay for Performance	19
Objetivos.....	23
Metodologia	25
Desenho do estudo	25
Contexto do CRI	25
Recolha, tratamento dos dados e análise estatística	25
Participantes.....	26
Variáveis	26
Resultados.....	29
Indicadores Acesso	29
Indicadores de Qualidade	35
Indicadores económico-financeiros	37
Quadro resumo de resultados	39
Discussão	41
Análise dos principais resultados.....	41
Limitações e sugestões para futuros trabalhos	45
Conclusão.....	47
Bibliografia	48

Índice de Tabelas e Figuras

Tabela 1 - Objetivos de Desenvolvimento Sustentável e a saúde visual (adaptado de Zhang e IAPB) (15,4).....	11
Tabela 2 - Princípios dos CRI segundo Decreto-Lei 18/2017.....	17
Tabela 3 – objetivos, estrutura de governação e recursos do CRI-OFT do HFF	25
Tabela 4 - os três meses com maior e menor variação de produção de consultas	30
Tabela 5 - os três meses com maior e menor variação de produção de cirurgias.....	31
Tabela 6 - evolução da % LIC tempo de espera TMRG e % operados em TMRG	33
Tabela 7 - Consultas realizadas em tempo adequado (%) e tempo mediano em LEC (dias)	35
Tabela 8 - Número de reclamações e elogios do CRI - OFT.....	37
Tabela 9 - Indicadores económico-financeiros	37
Tabela 10 - Consultas e Cirurgias por Médico/Enfermeiro ETC	38
Figura 1 - resumo da evolução das alterações legislativas dos CRI.....	19
Figura 2 - Evolução dos objetivos dos CRI	23
Figura 3 - dados de produção do departamento de Oftalmologia do HFF	29
Figura 4 - Diminuição da utilização da urgência (%) por prioridades atribuídas na triagem	32

Lista de abreviaturas, acrónimos e siglas

ACSS – Administração Central dos Serviços de Saúde

ARS – Administração Regional de Saúde

CRI – Centro de Responsabilidade Integrada

CTH – Consulta Tempo e Horas

ETC – Equivalente Tempo Completo

GDH – Grupo de Diagnóstico Homogéneo

LEC - Lista de Espera Consulta

LIC - Lista de Inscritos em Cirurgia

MCDT – Meio Complementar de Diagnóstico e Terapêutica

OFT – Oftalmologia

OMS – Organização Mundial de Saúde

POCMS - Plano Oficial de Contabilidade do Ministério da Saúde

SNS – Serviço Nacional de Saúde

TMRG – Tempo Máximo de Resposta Garantido

USF – Unidade de Saúde Familiar

Introdução

Portugal, como estado membro da Organização das Nações Unidas (ONU), comprometeu-se a atingir os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) até 2030. Estes são compostos por 17 objetivos, que compreendem 169 metas e 232 indicadores. Abordam um amplo leque de questões relacionadas com o desenvolvimento, desde a pobreza, a fome, a saúde, a educação, a igualdade de género, o desenvolvimento económico e questões ambientais (1) e a sua implementação envolve múltiplos atores e diversos sectores da sociedade incluindo o sector da saúde. O antigo secretário-geral da ONU, Ban Ki-Moon, definiu os ODS como um “contrato social entre os líderes mundiais e os povos” (2).

As últimas estimativas a nível global, para o ano de 2020, demonstram que 1.1 mil milhões de pessoas tem problemas no âmbito da visão (3). Apesar da saúde da visão não surgir mencionada explicitamente nos ODS, existe evidência suficiente que demonstra o impacto, tanto direto como indireto, desta dimensão em vários ODS, além do ODS-3: “saúde e bem-estar”. Ao contribuir para reduzir a pobreza, auxiliar na busca de melhores oportunidades de trabalho, auxiliar no processo educativo, o investimento nos cuidados de saúde da visão produz vários efeitos positivos e sinérgicos nos ODS relacionados com a pobreza (ODS 1,2 e 8), educação (ODS 4), igualdade (ODS 5 e 10) e cidades sustentáveis (ODS 11) (4), devendo por isso, ser considerado como uma das prioridades de saúde pública e dos sistemas de saúde (4).

Em Portugal, a saúde da visão encontra-se longe do ideal. Em 2006, 60% dos portugueses não tinham vigilância regular de oftalmologia (5). Em 2016 e 2017, foram referenciados pelos cuidados de saúde primários, 313.941 e 327.431 utentes para consultas de oftalmologia em contexto hospitalar, dos quais 181.824 e 223.228 não obtiveram resposta (6), apesar de 7,5% das consultas de especialidade hospitalar serem efetuadas por esta especialidade, sendo a segunda especialidade com maior número de consultas hospitalares (7). O acesso universal a cuidados de saúde da visão é um objetivo bastante comprometido, nomeadamente pelos elevados tempos de espera para consulta ou cirurgia, assim como pelos elevados custos das famílias com lentes e armações (8).

Existem propostas tendo em vista a consecução dos objetivos de acesso universal e equitativo aos cuidados de saúde da visão. Entre estas destacam-se a adoção de um modelo de prestação de cuidados menos centrado nos oftalmologistas, tal como

recomendado pela Organização Mundial da Saúde (OMS), a integração dos optometristas nos cuidados de saúde primários, o reforço da saúde escolar com programas de saúde visual e o aumento da população coberta por modelos de reembolso de despesas com lentes e armações (8,6).

A alteração dos modelos de gestão é outra das medidas necessárias, afigurando-se como complementar às apresentadas. Nesta dimensão, o Serviço Nacional de Saúde (SNS) tem efetuado as primeiras experiências com os Centros de Responsabilidade Integrada (CRI) que podem ser caracterizados como unidades de gestão intermédia integradas que procuram sinergias entre a clínica e a gestão.

Juridicamente, os CRI surgem com o Decreto-Lei 19/88 (9). Encontravam-se definidos como níveis intermédios de gestão, que ao agrupar unidades funcionais homogéneas, permitem desconcentrar a tomada de decisões (9). Esta autonomia já se encontrava consagrada no artigo 9 do Decreto-Lei, assim como, a necessidade de um responsável profissionalizado, que desenvolveria a sua atuação com as restantes chefias existentes.

Ao longo dos anos, foram surgindo atualizações legislativas, na tentativa de relançar os CRI, como através do Decreto-Lei 374/99 (10).

Após mais alterações na legislação em 2003 e 2005, em 2017 assistimos ao último capítulo deste processo (11). Quase 30 anos após o início deste caminho legislativo, o número de CRI a operar mantinha-se residual. Para dar novo impulso aos CRI, esta alteração do quadro jurídico foi orientada para a melhoria da acessibilidade, da qualidade e da produtividade, contribuindo para uma melhor utilização dos recursos (11).

Em setembro 2018 foi criado o primeiro CRI ao abrigo da nova legislação (12,13). No entanto, dado o curto período de tempo decorrido desde que a lei está em vigor, a quantidade reduzida de CRI em funcionamento e o seu pouco tempo de atividade, sem esquecer a pandemia causada pelo Sars-CoV-2 que centrou as atenções de investigação, ainda existe uma lacuna de evidência sobre o desempenho e o impacto da implementação destas iniciativas.

Assim, este trabalho pretende colmatar esta ausência de estudos relativos ao impacto dos CRI, procurando compreender se a implementação de um CRI de Oftalmologia, aumentou o acesso aos cuidados de saúde e contribuiu para uma melhor utilização dos recursos públicos.

Importância da Saúde da visão

A saúde visual tem profundas implicações em várias dimensões da vida das pessoas e da comunidade. A sua manutenção e melhoria tem impactos diretos na saúde e bem-estar de cada indivíduo, contribuindo para reforçar a sua produtividade e, dessa forma, induzir sinergias que potenciam a economia e o desenvolvimento sustentável (14).

Uma boa saúde visual contribui para que a criança atinja bons resultados no seu percurso escolar, auxilia os adultos a manterem-se ativos no mercado de trabalho, e os idosos a permanecerem integrados na comunidade e nas suas redes sociais. Assim, a saúde visual é importante e contribui ativamente para o bem-estar em todas as faixas etárias.

A saúde visual é essencial para se atingir os objetivos de desenvolvimento sustentável, sendo necessário que seja percecionada não apenas como um problema da saúde, mas um problema do desenvolvimento social. O investimento na melhoria da saúde visual da comunidade é uma medida custo-efetiva que ajuda a desbloquear o potencial humano (14).

Há vários objetivos de desenvolvimento sustentável relacionados diretamente com a saúde visual (4). De forma sucinta, a seguinte tabela 2 procura sistematizar esta relação:

Tabela 1 - Objetivos de Desenvolvimento Sustentável e a saúde visual (adaptado de Zhang e IAPB) (15,4)

Objetivos de desenvolvimento sustentável	Impacto da saúde visual
ODS 1 – Erradicar a Pobreza	Pessoas com problemas de saúde visual são tendencialmente mais pobres e apresentam maior dificuldade no acesso ao trabalho. Os custos da saúde visual na diminuição de produtividade mundial ascendem a 168 mil milhões de euros
ODS 2 – Erradicar a Fome	Uma boa saúde visual pode reduzir a pobreza e aumentar a disponibilidade de comida da família. 46% dos agregados familiares aumentaram o rendimento após cirurgia para correção de cataratas

ODS 3 – Saúde de Qualidade	O acesso universal a cuidados de saúde de qualidade não pode excluir a saúde visual
ODS 4 – Educação de Qualidade	Uma boa saúde visual auxilia as crianças a atingirem o seu potencial escolar
ODS 5 – Igualdade de Género	As crianças do sexo feminino e as mulheres tem uma menor probabilidade de tratamento em caso de desenvolverem problemas no âmbito da saúde visual.
ODS 8 – Trabalho digno e crescimento económico	Adultos com problemas de saúde visual tem menor participação na força de trabalho e auferem menores salários.
ODS 10 – Reduzir as Desigualdades	A maioria das pessoas com problemas de saúde visual não tratados, pertencem a estratos sociais de menores rendimentos.
ODS 11 – Cidades e comunidades sustentáveis	Indivíduos sem acesso a tratamento de cataratas têm probabilidade de acidente automóvel 2,5x superior
ODS 12 – Produção e consumo sustentável	A saúde é responsável por cerca de 5% das emissões de gases com efeitos de estufa. Estratégias ambientais insuficientes, podem resultar numa degradação do estado de saúde
ODS 13 – Ação Climática	Eventos climáticos fazem-se sentir de forma mais intensa nos mais desfavorecidos, que são também quem apresenta maior prevalência de problemas de saúde visual, e produz uma disrupção nos serviços de saúde visual
ODS 17 – Parcerias para a implementação dos objetivos	Uma saúde visual para todos e todas não é atingida sem parcerias

O direito à saúde encontra-se consagrado no artigo 64º Constituição da República Portuguesa, onde está explícito que todos têm “direito à proteção da saúde e o dever de a defender e promover”, este direito é garantido através “de um serviço nacional de

saúde universal e geral”. O Estado fica igualmente o maior responsável por “Garantir o acesso de todos os cidadãos, independentemente da sua condição económica, aos cuidados da medicina preventiva, curativa e de reabilitação” (16).

A Lei de Bases em Saúde (17) reforça esta disposição, através:

- Base I: Direito à proteção da saúde; com foco nos valores da acessibilidade, a equidade e a cidadania;
- Base II: Direitos e deveres das pessoas; reforça os valores da acessibilidade e equidade, garantido a igualdade dos cidadãos no acesso aos cuidados de saúde adequados à sua situação, com prontidão e no tempo considerado clinicamente aceitável, independentemente da sua situação económica;
- Base IV: Políticas de saúde; reconhece o investimento em saúde como promotor do crescimento económico. Fica igualmente reconhecido que o acesso aos cuidados de saúde visuais é um dos objetivos das políticas públicas de saúde.
- Base VI: Responsabilidade do Estado; fica definido que “A responsabilidade do Estado pela realização do direito à proteção da saúde efetiva-se primeiramente através do SNS e de outros serviços públicos, podendo, de forma supletiva e temporária, ser celebrados acordos com entidades privadas e do setor social, bem como com profissionais em regime de trabalho independente, em caso de necessidade fundamentada”

O Plano Nacional de Saúde 2021-2030 (PNS) é um documento estrutural das políticas públicas de saúde. Tem como objetivo efetuar um diagnóstico da saúde dos residentes em Portugal, enquadrar e articular os vários níveis de decisão estratégica e operacional e, por fim, elencar os objetivos a atingir em termos de ganhos em saúde da população. Segue um modelo de planeamento em saúde sustentável, de base populacional, tendo por base a participação e compromisso por parte das pessoas (18).

No diagnóstico de situação apresentado no PNS, é referido que a prevalência de incapacidade autodeclarada sensorial registada foi superior à motora (25,1 % e 15,2 %, respetivamente), provocando, em termos relativos, mais dano nas idades mais jovens (18). A saúde visual foi classificada como um problema de saúde de magnitude elevada ou em crescimento presente em Portugal, como consequência do Sistema de Saúde e da forma de prestação de cuidados de saúde (18). Assim, a redução da carga de doença e incapacidade associadas à saúde visual foram identificadas como um dos objetivos prioritários do PNS (18).

Para a consecução de uma melhor saúde visual, a Estratégia Nacional para a Saúde da Visão (19) identifica como prioridades a correção dos erros refratários, que atingem cerca de 30% de toda a população, e a identificação precoce da retinopatia diabética.

As cataratas são consideradas como um problema controlado através de esquemas de produção cirúrgica adicional (19). Por fim, é igualmente referida a necessidade de reforçar o acompanhamento aos bebés prematuros e à cegueira de causas neurológicas, devido às dificuldades de acesso e de articulação de cuidados. Como propostas de melhoria, preconiza-se o reforço das estratégias de rastreios, tanto na área pediátrica como na área da diabetes, uma melhor integração de cuidados entre a especialidade de oftalmologia e os cuidados de saúde primários, a contratação de mais médicos especialistas e o reforço dos meios físicos (19).

É um documento que efetua um diagnóstico correto da situação, mas que apenas propõe soluções dentro do paradigma já existente, não abordando as equipas de saúde visual de forma integrada, tal como preconizado pela OMS e seguida por uma larga maioria de países (8). Como caminho complementar, é sugerida uma redefinição dos papéis profissionais na saúde visual, com o reforço do papel do optometrista, uma melhor integração com os cuidados de saúde primários e o aumento da população coberta por modelos de reembolso à aquisição de lentes e armações (8).

Além destas duas visões, de forma a alcançar os objetivos de melhorar a acessibilidade e a equidade na saúde visual, é igualmente possível adaptar os modelos de gestão intermédia e financiamento hospitalar. A aposta nos Centros de Responsabilidade Integrada, como forma de melhorar o desempenho dos serviços, tem sido uma realidade cada vez mais presente no serviço público de saúde. Este modelo que pode ser enquadrado num esquema de Pay for Performance (P4P), será apresentado no próximo capítulo.

História dos Centros de Responsabilidade Integrada

A Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS), define os CRI como estruturas de gestão intermédia que integram a rede do SNS e que dependem funcionalmente dos conselhos de administração dos hospitais públicos empresariais (20).

Existem mediante o compromisso de uma autonomia técnica e funcional, sendo operacionalizados através de uma contratualização interna e tendo em conta uma convenção de desempenho assistencial e económico-financeiro (20). Este processo de reorganização interna, inclui a possibilidade de serem pagos incentivos financeiros aos profissionais de saúde ou aos serviços, em caso de cumprimento dos objetivos propostos, negociados e acordados com o conselho de administração.

A história dos CRI inicia-se em 1988, com o Decreto-Lei 19/88 (9) que aprova a Lei da Gestão Hospitalar. No seu artigo 9º encontra-se a primeira referência jurídica a esta forma de gestão intermédia, então designados por *centros de responsabilidade e custos*. Tinham como missão a prossecução de uma maior eficiência técnica e social. Para este efeito, os CRI foram dotados de autonomia, tendo em conta o equilíbrio entre a descentralização e responsabilização de competências e resultados obtidos.

Para garantir a autonomia e responsabilização destas unidades, foi prevista a possibilidade de os CRI terem um responsável profissionalizado, que desenvolveria a sua atuação em estreita colaboração com as restantes estruturas hierárquicas existentes. Esta inovação na gestão hospitalar foi regulamentada pelo Decreto-Regulamentar 3/88 (21), que clarifica e reforça as componentes da autonomia e responsabilização destas unidades. Tornam-se responsáveis pela elaboração do orçamento anual, comparação dos níveis de produção hospitalar, identificação de falhas na execução dos objetivos propostos e respetivas propostas para a sua correção. Definiu ainda que o responsável profissionalizado do CRI, deve ser preferencialmente alguém da carreira da administração hospitalar, assim como, que a criação dos CRI seria efetuada de forma progressiva e nos termos fixados pelo Ministério da Saúde.

Devido à pouca tradução na prática hospitalar deste novo instrumento de gestão intermédia, o Ministério da Saúde nomeia, em 1998, uma equipa cujo objetivo passava por preparar e apresentar propostas concretas de normativos reguladores da organização e funcionamento dos CRI, assim como dos instrumentos necessários à sua aplicação (22). O trabalho desta equipa materializou-se no Decreto-Lei 374/99, onde é atribuído aos CRI o objetivo de melhorar a eficiência e a acessibilidade, aumentando o envolvimento e responsabilização dos profissionais de saúde na gestão dos recursos disponíveis (23). É igualmente reforçada o carácter de órgão de gestão intermédia, com autonomia, mas “sem quebrar a unidade do conjunto” (23), assim como a necessidade de uma contratualização interna com os respetivos conselhos de administração.

A figura do coordenador do CRI tem sofrido algumas alterações desde a sua criação. Começou por ser definido como um responsável profissionalizado, evoluiu para uma preferência de um administrador hospitalar, sendo que desde o Decreto-Lei 374/99, é tornado obrigatório ser um profissional médico.

Por fim, foi clarificada a existência de incentivos na remuneração dos profissionais: “dependentes do volume da atividade realizada, dos níveis de produtividade e da qualidade dos resultados obtidos”, podendo, no entanto, o excedente financeiro ser alocado a um fundo de coesão institucional ou fundo de reserva do próprio CRI, com

respetivos pesos relativos negociados com o conselho de administração (23). Como curiosidade, o primeiro Centro de Responsabilidade Integrada, o CRI de Cirurgia Cardiorádica do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, iniciou funções cerca de 9 meses antes da publicação do respetivo Decreto-Lei (24), o que poderá demonstrar a confiança que este modelo de gestão intermédia iria realmente materializar-se e ser generalizado.

O Decreto-Lei 374/99, no seu preâmbulo, reconheceu que não só a formação de CRI nunca foi estimulada, como a sua prática foi desvirtuada, tendo sido transformado num instrumento para permitir a introdução da prática privada dentro dos hospitais públicos.

Em 2003, é publicado o Decreto-Lei 188/03, onde é afirmado que as estruturas hospitalares devem desenvolver a sua atuação através de CRI, com um organograma onde esteja refletido a divisão de responsabilidades através de toda a cadeia hierárquica (25). Com a introdução do modelo de gestão que transforma os hospitais em entidades públicas empresariais (EPE), é publicado o Decreto-Lei 233/05 que estabelece que a atividade desenvolvida pelas estruturas orgânicas deverá ser efetuada segundo o modelo CRI, permitindo desta forma a contratualização interna com autonomia e responsabilidade. Acrescenta a novidade, em relação a documentos anteriores, de priorizar os cuidados centrados no cidadão, assumindo-se que os CRI são um dos instrumentos para a consecução deste objetivo.

A difícil e confusa implementação deste modelo de gestão intermédia ficou bem demonstrada no Relatório Primavera 2006, onde foram identificados apenas 22 CRI distribuídos por 14 instituições hospitalares, através dos dados fornecidos pelo Departamento de Modernização e Recursos da Saúde. No entanto, os autores salientam que, apesar de terem sido solicitados dados aos hospitais, não foi possível obter elementos para confirmar esta informação, o que demonstra o nível de desconhecimento sobre a real situação no terreno (26).

Ao fim de 14 anos da última produção legislativa sobre o regime jurídico da gestão hospitalar, foi publicado em 2017 a sua atualização, através do Decreto-Lei 18/2017. Os CRI são definidos como estruturas orgânicas de gestão intermédia, que visam potenciar os resultados da prestação de cuidados de saúde. É pretendido que a implementação dos CRI melhore a acessibilidade dos utentes e a qualidade dos serviços prestados, aumentando a produtividade dos recursos aplicados, contribuindo, para uma maior eficácia e eficiência (11). O diploma especifica que os profissionais de saúde afetos aos CRI são nomeados pelo respetivo CA por um período de três anos, em regime de

exclusividade de funções, salvo em situações excepcionais autorizadas pelo conselho de administração (11).

É estabelecido que os CRI asseguram preferencialmente a produção adicional no âmbito do Sistema Integrado de Gestão do Acesso, sendo criados após apresentação do plano e regulamento interno pelos diretores de serviço através de deliberação do CA. O Decreto-Lei 18/2017, elenca os princípios segundo os quais os CRI devem orientar a sua atividade, como pode ser observado na seguinte tabela 2, organizados por quatro áreas, financiamento, avaliação, qualidade e institucional:

Tabela 2 - Princípios dos CRI segundo Decreto-Lei 18/2017

Dimensão	Princípios dos CRI
Financiamento	Contratualização Interna, que inclui, entre outros, o plano de atividades anual do CRI, o projeto de orçamento-programa anual, o plano de investimentos e o plano de formação e investigação
	O contrato-programa referido na alínea anterior deve ter em conta os objetivos gerais do hospital e os definidos pela tutela, nomeadamente, no que respeita aos indicadores de produção, de serviço e de qualidade assistencial estabelecidos no contrato-programa da entidade
	Sustentabilidade, que concilia a concretização dos objetivos contratados, o controlo dos custos e o reconhecimento dos profissionais
	Definição clara dos objetivos quantificados, programados e calendarizado
Avaliação	Avaliação, que deve ser objetiva, transparente e contratualizada entre as partes, com repercussão no CRI e em toda a equipa
	Mérito e objetivação do reconhecimento, com reconhecimento público
Qualidade	Transparência, registo e publicação de resultados. Com resultados dos processos de auditorias internas e externas tornados públicos
Institucional	Articulação, com as demais estruturas e serviços da instituição
	Controlo da utilização dos recursos humanos e materiais que lhe estão afetos
	Cooperação e solidariedade entre o CRI e a restantes instituição
	Descentralização de competências e de responsabilidades

Por fim, fica igualmente definido o modo de financiamento da atividade dos CRI, que passa a ser feito através de uma linha específica a ser incluída no contrato programa a celebrar entre o Estado e a instituição hospitalar, com majoração de preços a pagar pela atividade realizada. Segundo os termos de referência da ACSS para 2022, esta majoração é equiparada à oferecida aos Centros de Referência: 20% nas primeiras consultas e 10% nas subsequentes e na disponibilização de equipas dedicadas de urgência; 5% das linhas de produção de Grupos de Diagnóstico Homogéneo (GDH) médico e cirúrgico (internamento e ambulatório) (27).

Por outro lado, o sistema de incentivos aos profissionais e respetivos critérios de distribuição, encontram-se descritos no anexo II da portaria 207/2017 (28). Estes incentivos são previamente definidos e contratualizados com o Conselho de Administração, e são deduzidas as penalizações pela não consecução dos objetivos propostos e contratualizados.

Após a publicação do novo regime jurídico da gestão hospitalar, foi necessário produzir mais conteúdo legislativo, sobre o regulamento interno dos CRI, através da Portaria 330/2017 (29). Encontra-se reforçado que os CRI definem-se como estruturas orgânicas de gestão intermédia, estabelecem contratualização interna com os respetivos CA, constituídos por equipas multidisciplinares que se voluntariam e comprometem a atuar com autonomia, centrados nas necessidades do cidadão e responsabilização pelos resultados obtidos. Esta portaria, após pressão da Ordem dos Médicos (30), foi alterada pela portaria 71/2018, que restabelece a obrigatoriedade do diretor do CRI ser médico, dispensa a dedicação exclusiva tanto dos profissionais como do diretor, desde que fundamentada (31).

Cerca de 30 anos após a primeira produção jurídica sobre CRI ter entrado em vigor, foi produzida a última alteração através da Portaria Nº 254/2018 (32), que estabelece que o valor a pagar em regime de produção adicional interna aos trabalhadores, é aumentado entre 40% e 70%, cabendo ao conselho de administração, com base no regulamento interno e cumprimento dos objetivos contratualizados, a definição das regras de distribuição.

Em 2018, é criado o primeiro CRI ao abrigo da nova legislação, o Centro de Responsabilidade Integrado de Tratamento Cirúrgico de Obesidade e Doenças Metabólicas do Centro Hospitalar de Entre o Douro e Vouga (13). Em janeiro de 2022, é criado o CRI de Oftalmologia do Hospital Fernando Fonseca (33), o objeto do presente estudo e sobre o qual incidirá a análise de desempenho segundo os objetivos e metodologia proposta.

A próxima figura 1 procura sintetizar a evolução desde modelo de gestão intermédia, assim como as principais alterações legislativas efetuadas aos CRI:

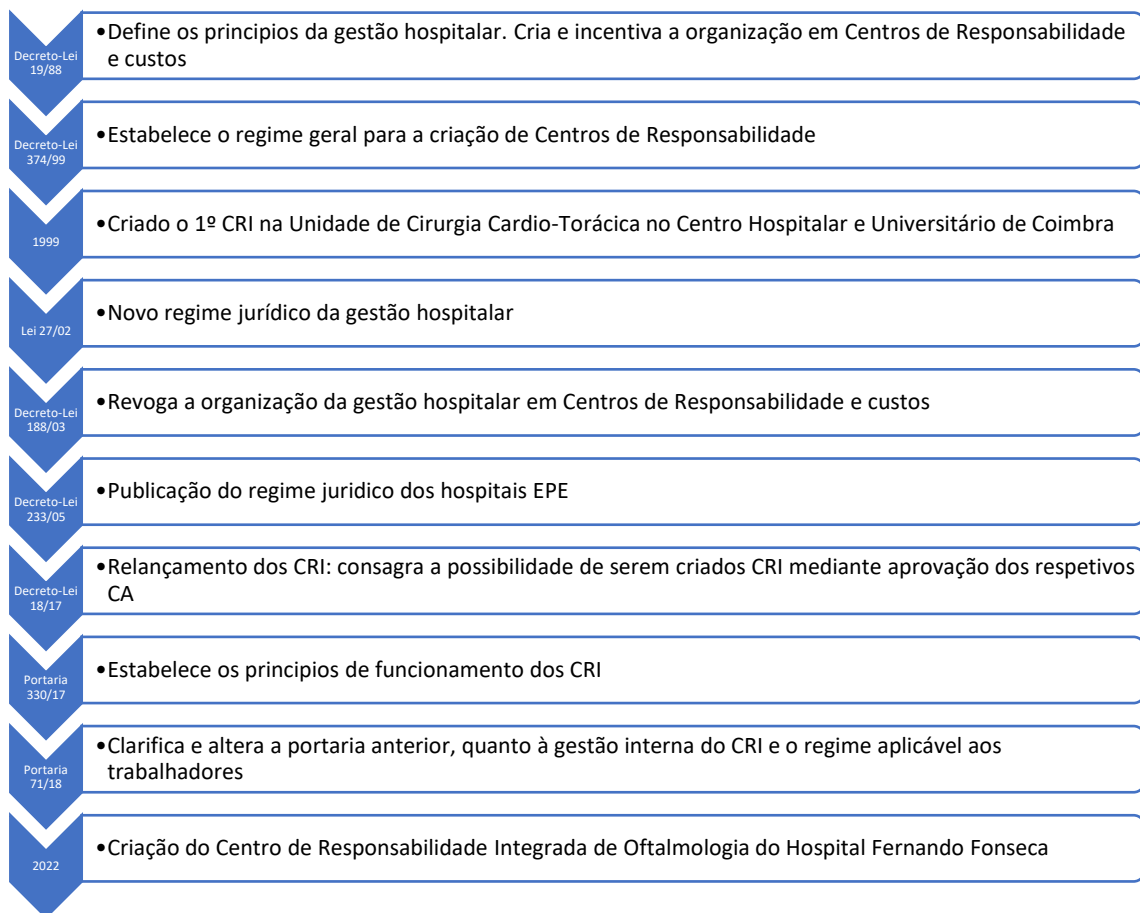


Figura 1 - resumo da evolução das alterações legislativas dos CRI

No próximo capítulo, será sumariamente descrita a evidência sobre P4P.

Contributos da Literatura sobre Pay for Performance

O Pay for Performance (P4P) é um modelo de pagamento que recompensa os prestadores institucionais e/ou os profissionais, se forem atingidos determinados objetivos pré-determinados, tais como indicadores de qualidade ou produtividade. Tem como propósito a melhoria da qualidade e eficiência dos cuidados prestados ao cidadão (34).

Em 2001, o relatório “Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century” publicado Instituto de Medicina dos Estados Unidos da América (EUA) apresenta um diagnóstico de um alarmante número de mortes provocadas por falhas na qualidade e segurança dos cuidados. Para mitigar esta situação os autores sugeriam melhorar a formação dos profissionais de saúde, aumentar a incorporação tecnológica e a alteração do paradigma de financiamento dos cuidados (35).

No seguimento desde trabalho, McGlynn concluiu, em 2003, que os norte-americanos recebiam apenas cerca de 50% dos cuidados de saúde que realmente necessitavam, independentemente de se tratar de doença crónica ou aguda (36). Assim, o Center for Medicare & Medicaid Services foi convocado para oferecer respostas urgentes.

Uma das soluções apresentadas, preconizava a implementação de modelos P4P, com o objetivo de melhorar a qualidade dos cuidados prestados e os resultados em saúde apresentados pelos cidadãos, bem como de responsabilizar as instituições e profissionais de saúde (37).

As primeiras avaliações aos programas de P4P foram positivas. Os hospitais apresentaram melhorias na generalidade dos indicadores avaliados, com a particularidade de os hospitais inicialmente pior classificados, apresentarem melhores desempenhos face a outros hospitais que partiam de posição mais favorável (38). No entanto, os hospitais com um nível de desempenho elevado, apresentaram um efeito de teto, tendo apresentado poucas ou nenhuma melhorias (38).

Outros estudos apresentaram resultados diferentes. Glickman, em 2007, concluiu que os hospitais não incluídos na iniciativa P4P apresentaram, para os mesmos indicadores, resultados de melhoria da qualidade semelhantes aos hospitais que aderiram à iniciativa (39). Além dos mesmos resultados obtidos, não se registaram diferenças na mortalidade entre hospitais nos programas de P4P e nos restantes, havendo diminuta evidência da relação entre P4P e os ganhos na qualidade em saúde (39).

Para além disso, outros autores procuram analisar o impacto destes programas em termos de desigualdades em saúde (40,41,42). De facto, apesar destes modelos terem sido criados com o objetivo de melhorar a qualidade e o acesso, na realidade, diversos estudos documentam o risco de poderem provocar seleção adversa dos doentes, agravando as desigualdades em saúde pré-existentes (43).

Nos EUA, hospitais que aceitam doentes do seguro público Medicaid, tendencialmente com pior estado de saúde, apresentaram melhorias menos evidentes nos indicadores de qualidade, tendo sido por isso menos beneficiados pelos programas de P4P. Hospitais que antes da implementação do programa de P4P eram classificados como “hospitais de alto desempenho”, mas que serviam uma população coberta pelo Medicaid, obtiveram quebras na sua eficiência de 75%, ficando excluídos dos incentivos do programa (44).

Estes estudos parecem indicar que a implementação de programas de P4P deve ter em conta não só o potencial de seleção adversa, como o potencial de agravar as desigualdades em saúde pré-existentes. A adoção em conjunto com índices de case-mix, parece atenuar este efeito negativo (45).

No relatório “*Paying for Performance in Health Care: Implications for Health System Performance and Accountability*” (2014), evidencia-se que grande parte dos países da OCDE tem algum tipo de programas de P4P, a maioria nos cuidados de saúde primários. Portugal pertence ao grupo de 10 países (em 33), que possui programas de P4P tanto nos cuidados de saúde primários, como nos cuidados hospitalares. O mesmo relatório, categoriza os indicadores deste tipo de programas instituídos a nível hospitalar, em quatro dimensões: i) resultados em saúde; ii) utilização apropriada de processos; iii) satisfação do utente; iv) experiência do utente. Portugal surge como dos poucos países onde todas as quatro dimensões são avaliadas (46).

A evidência sobre o impacto na qualidade dos programas de P4P é controversa, mas poderá estar mais relacionada com o desconhecimento de qual seria o programa ideal ou combinação de formas de financiamento com maior sucesso (46,47).

Mais recentemente, concluiu-se que os programas de P4P foram responsáveis por pouca, ou nenhuma, contribuição para a melhoria da qualidade, avaliada pela mortalidade ou incidência de efeitos adversos (34). Foram incluídos 27 estudos que procuravam avaliar 6 programas diferentes de P4P, através da utilização de recompensas, penalizações ou ambos.

Um dos programas avaliados o *Advancing Quality Programme*, tem um interesse especial no âmbito do presente estudo, uma vez que foi aplicado nos hospitais do serviço público britânico. No âmbito deste programa os hospitais tornam-se elegíveis para receber um bónus financeiro após atingirem determinados indicadores de qualidade: i) de processo; ii) resultados; iii) experiência do utente. Os estudos sobre o impacto da introdução deste programa apenas abordaram a mortalidade a 30 dias, tendo sido descrita uma redução ligeira de curto prazo, mas que não foi mantida a longo prazo (34).

A mesma revisão sistemática apresenta resultados sobre o programa *Financial Incentive to Quality Improvement*, aplicado nos hospitais públicos franceses. Neste programa pretende-se recompensar a melhoria da qualidade, com base em indicadores pré-definidos, e tendo por comparação uma mediana nacional. Concluiu-se que os ganhos obtidos nos indicadores de qualidade foram ligeiros (34).

Outro estudo reporta também o impacto que a descentralização em níveis de gestão intermédia tem na melhoria do desempenho das organizações (48). O que vai ao encontro de um dos objetivos operacionais da criação de CRI.

No próximo capítulo, serão descritos os objetivos e no seguinte, a metodologia do presente estudo.

Objetivos

Avaliar o impacto da implementação do Centro de Responsabilidade de Oftalmologia do Hospital Fernando Fonseca, nas seguintes vertentes: i) acesso, ii) qualidade, iii) produtividade e iv) económico-financeiro.

Estes objetivos vão ao encontro da evolução do enquadramento legal produzido para os CRI, tal como sistematizados na seguinte figura 2:

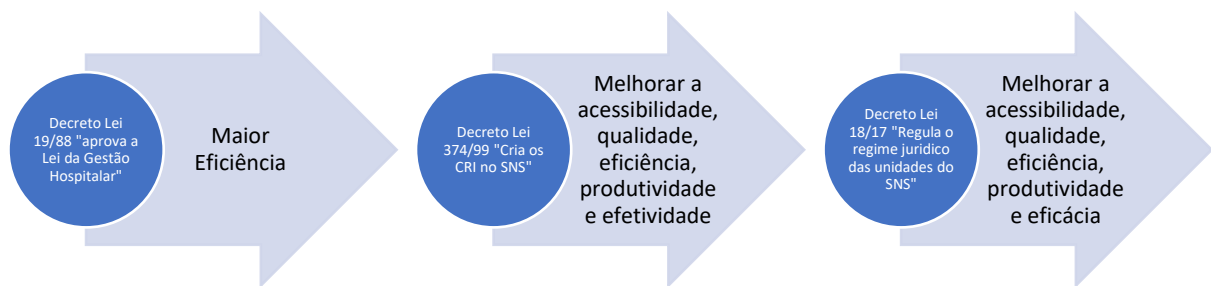


Figura 2 - Evolução dos objetivos dos CRI

Metodologia

Desenho do estudo

O presente estudo é do tipo observacional, descritivo e retrospectivo.

Contexto do CRI

O estudo foi realizado no Centro de Responsabilidade Integrada de Oftalmologia do Hospital Fernando Fonseca (49), estrutura constituída em janeiro 2022, de acordo com os objetivos, estrutura de governação e recursos de contratualização interna descritos na seguinte tabela 3:

Tabela 3 – objetivos, estrutura de governação e recursos do CRI-OFT do HFF

Objetivo da constituição dos CRI	Potenciar elevados níveis de eficiência traduzidos na melhoria da acessibilidade dos utentes e da qualidade da atividade prestada
Direção do CRI	A estrutura de governação do CRI é constituída por um Conselho de gestão composto pelo diretor, que preside, por um administrador hospitalar ou outro profissional com experiência comprovada de gestão em saúde e por um enfermeiro.
Recursos e contratualização interna	Os objetivos a atingir e os recursos a afetar são contratualizados anualmente entre o Conselho de Administração e a direção do CRI e incluem mecanismos de avaliação periódica

Recolha, tratamento e análise de dados

O estudo foi precedido de um pedido autorização ao Conselho de Ética do HFF, tendo sido autorizado no dia 1 de março de 2023. Foi solicitado a extração dos indicadores aos respetivos departamentos: a Unidade de Gestão de Acesso, Recursos Humanos, Serviço Planeamento e Controlo e Serviço de Qualidade e Segurança, referentes ao período temporal 2018-19, correspondente à fase de pré-implantação do CRI, e

referente ao ano de 2022 e princípio de 2023, correspondente ao primeiro ano de atividade. Os dados foram recolhidos através da informação introduzida no programa informático Soarian, assim como pela informação que consta nas bases de dados dos recursos humanos. Foram tratados com recurso ao programa Microsoft Excel 365, tendo sido efetuada análise de estatística descritiva e teste correlação Pearson.

Participantes

Foram considerados todos os doentes atendidos no CRI, desde a sua criação até fevereiro 2023, bem como dos atendidos na fase pré implementação do CRI, considerando-se para este efeito os doentes atendidos no departamento de Oftalmologia no período 2018-2019. Não foram aplicados qualquer tipo de critérios de exclusão.

Variáveis

O acesso é uma das grandes preocupações das políticas públicas de saúde (50,51). Como **medida de acesso**, foram selecionados os **indicadores de produção hospitalar**, tal como utilizado pela Administração Central dos Serviços de Saúde (ACSS) (52,53).

De forma a dar resposta ao objetivo proposto, obteve-se os dados da atividade realizada: consultas, meios complementares de diagnóstico e terapêutica, urgências e cirurgias. Foi igualmente pedida a extração dos seguintes dados:

- Número de consultas realizadas (soma do número de primeiras consultas “tempo e horas” (CTH) e do número de consultas subsequentes);
- Percentagem de consultas realizadas em tempo adequado (número de consultas dentro do Tempo Máximo de Resposta Garantido (TMRG) dividido pelo número de consultas);
- Percentagem de doentes em Lista de Espera Consulta (LEC) dentro dos TMRG (número de doentes em espera com tempo de espera dentro do TMRG dividido pelo número total de doentes em espera) e respetiva mediana;
- Número de cirurgias realizadas (soma do número total de cirurgias);
- Percentagem de cirurgias realizadas em tempo adequado (número de cirurgias efetuada dentro do TMRG dividido pelo número de cirurgias total), percentagem doentes inscritos em Lista de Inscritos em Cirurgia (LIC) dentro

do TMRG (número de doentes em lista de espera dentro da TMRG dividido pelo número total de doentes em espera) e respetiva mediana;

- Demora média antes da cirurgia em dias;

A consulta a tempo e horas, segundo a ACSS (54), baseia-se num sistema eletrónico de referenciação das primeiras consultas hospitalares. Pretende melhorar a gestão dos pedidos e acesso a este tipo de consultas, através de uma maior transparência, triagem e uniformização dos processos. Os Tempos Máximos de Resposta Garantidos encontram-se definidos pela Portaria 153/2017 (55), tendo como objetivo a melhoria do acesso ao SNS e criar condições para uma gestão ativa e integrada do percurso dos utentes. É aplicada a todo o tipo de prestação de cuidados de saúde não urgentes, são tidos em conta na contratualização com os estabelecimentos do SNS, assim como, na revisão ou celebração de novos acordos com entidades do setor social ou privado.

Os **indicadores de qualidade** foram organizados segundo a tríada de Donabedian (56,57), que propõe uma abordagem de acordo com a sua natureza: estrutura, processo e resultados. A estrutura refere-se aos recursos utilizados na prestação de cuidados, o processo é o conjunto de atividades efetuadas, e os resultados definem-se como a consequência da prestação de cuidados (57). Assim, foram selecionados os seguintes indicadores:

Indicadores de Estrutura:

- Número e variabilidade de profissionais de saúde, nomeadamente de médicos (internos e especialistas) e enfermeiros (generalistas e especialistas).

Indicadores de Processo:

- Percentagem de cirurgias ambulatoriais (GDH) (número de cirurgias em ambulatório dividido pelo número de cirurgias total);

Indicadores de Resultados:

- Satisfação dos utentes, avaliado através do número de reclamações e rácio de elogios por reclamações (número de elogios recebidos dividido pelo número de reclamações).

Os indicadores referentes à **produtividade e económico-financeiros**, encontram-se descritos e validados pela ACSS (52).

Indicadores referentes à produtividade:

- Número de consultas por equivalente tempo completo (ETC);
- Número de cirurgias por ETC;

Os indicadores para avaliar a **dimensão económico-financeira** são:

- Gastos operacionais por doente padrão: de acordo com o Plano Oficial de Contabilidade do Ministério da Saúde (POCMS) este indicador reflete todos os gastos envolvidos no processo produtivo da unidade (58);
- Gastos com pessoal (ajustados) por doente padrão: consideram-se os gastos com as remunerações dos órgãos diretivos e dos restantes trabalhadores, incluindo subsídios de férias, Natal, horas extraordinárias e restantes suplementos (58);
- Gastos de Material de Consumo Clínico por doente padrão: reflete o restante material de consumo clínico não englobado no Formulário Nacional de Medicamentos (58);
- Gastos com medicamentos por doente padrão: de acordo com o POCMS, os medicamentos referem-se a todos os produtos inscritos no Formulário Nacional de Medicamentos (58). Este indicador reflete os gastos que um doente padrão apresenta com estes produtos. Valores reduzidos indicam maior eficiência;
- Percentagem de gastos com trabalho extraordinário e suplementos no total de gastos com pessoal: calculado com o total do valor gasto com trabalho extraordinário e suplementos, a dividir pelo total dos gastos com pessoal;
- Doente padrão por médico ETC;
- Doente padrão por enfermeiro ETC.

O indicador “doente padrão”, baseia-se na transformação da atividade hospitalar numa única unidade de produção, de forma a possibilitar a comparação com diferentes instituições (59). A eficiência de cada instituição, departamento ou serviço, é determinada pela relação de custos com o indicador “doente padrão”, sendo de realçar que este cálculo, não incorpora todas as especificidades particulares da carteira de serviços hospitalares (60).

Para melhor ultrapassar o viés causado pela pandemia Covid-19, que condicionou a atividade assistencial no período 2020-2021 (61), a comparação do 1º ano de atividade do CRI-OFT será efetuada com a média de produção dos anos 2018 e 2019. Nos casos relevantes, serão igualmente apresentados os dados referentes ao período pandémico.

Resultados

Indicadores Acesso

Os dados de produção referentes, ao período em análise (média dos anos 2018-19 e ano de 2022), encontram-se discriminados na seguinte figura 3. Evidencia-se o aumento de produção na área das consultas, com um aumento de 4.015 consultas efetuadas (13,1%) em relação à média de 2018-19. No período 2018-19 foram realizadas 30.749 em média por ano e em 2022 o número de consultas foi de 34.764. Na área cirúrgica, obteve-se um aumento de 935 (20,7%) atos cirúrgicos, enquanto que na realização de meios complementares de diagnóstico e terapêutica (MCDT), o aumento observado foi de 8.275 (84,6%) exames. As observações em contexto de urgência tiveram uma redução de 751 (11,5%) casos.

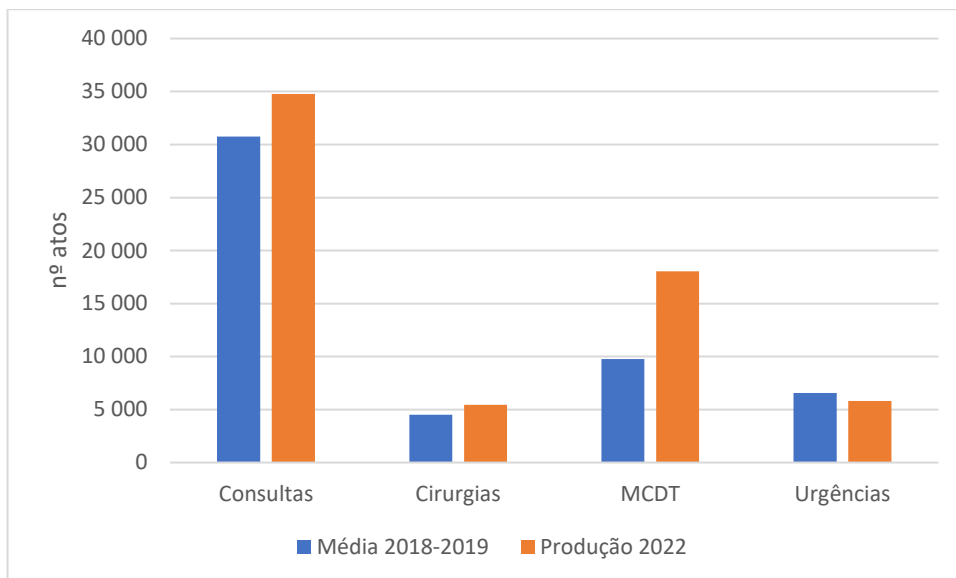


Figura 3 - dados de produção do departamento de Oftalmologia do HFF no período selecionado

Aprofundando a análise referente às consultas, observa-se um maior aumento nas consultas subsequentes, quando comparado com as primeiras consultas. As consultas subsequentes aumentaram 3.414 (17,5%), enquanto nas primeiras consultas, o aumento foi de 602 (5,3%). Assim, o peso das primeiras consultas no volume total de consultas efetuadas, diminuiu de 36,67% para 34,16%.

A evolução mensal não foi uniforme. Na seguinte tabela 4, é possível verificar os meses com maior e menor produção relativamente à média dos anos 2018/19:

Tabela 4 - os três meses com maior e menor variação de produção de consultas

Meses	Média produção 2018-2019	Produção 2022	Variação (%)
Setembro	2465	3264	+32,4%
Agosto	2118	2607	+23,1%
Maiο	2936	3602	+22,7%
Abril	2580	2756	+6,8%
Dezembro	2091	2096	+0,2%
Julho	2598	2434	-6,3%

Verifica-se que os maiores aumentos são em meses de verão, onde a média de produção encontrava-se abaixo da média mensal observada no período.

Em relação à área cirúrgica, verifica-se um aumento de 4.015 (13,1%) em relação à média de 2018-19, sendo igualmente observáveis diferenças nos padrões de produção. Assim, a cirurgia convencional teve uma média no período base, 2018-2019, de 115 atos cirúrgicos por ano. No primeiro ano de atividade do CRI, este valor reduziu-se para apenas 28 atos cirúrgicos convencionais (uma redução de 75%). Esta redução acelera uma tendência que foi iniciada pela pandemia, pois a média de cirurgias convencionais nos anos 2020-2021 foi de 57. Esta diminuição foi compensada pelo aumento da produção em ambulatório, que passou de uma média no período base 2018-19 de 4366, para 5382 atos cirúrgicos, representando um aumento de 23,3%, o que representa um ganho a nível de volume de produção (62,63).

Verificou-se igualmente um aumento da produção cirúrgica em contexto de urgência. Em 2018 ocorreram 11 cirurgias urgentes, em 2019 este número aumentou para 24. Em 2022, o número de cirurgias classificadas como urgentes atingiu as 31, um aumento de 77% em relação à média dos dois anos base. Por fim, tal como nas consultas, procedeu-se a análise de produção mensal. A seguinte tabela 5 sistematiza os três meses com maior e menor variação na produção cirúrgica:

Tabela 5 - os três meses com maior e menor variação de produção de cirurgias

Meses	Média produção 2018-2019	Produção 2022	Varição (%)
Setembro	349	480	+37,7%
Janeiro	365	483	+32,5%
Agosto	356	467	+31,2%
Novembro	417	431	+3,5%
Abril	411	424	+3,2%
Julho	389	393	+1,2%

O aumento de produção nos MCDT foi de 8.275 exames, o que corresponde a 84,6%. Este aumento global deveu-se não só à maior produção dos exames que já eram realizados na instituição, como pela entrada em produção de novos exames. De facto, do aumento referido anteriormente, 6.721 intervenções correspondem a novos exames que não eram previamente efetuados. Podemos estar perante um fenómeno de atualização tecnológica com utilização de novas técnicas, pois alguns MCDT específicos tiveram uma redução de atividade. Por exemplo, em 2018 foram realizados 478 exames “Angiografia fluoresceínica”, enquanto em 2022 este número reduziu para 31. Identificam-se ainda situações em que realização de determinados exames, como por exemplo a avaliação de campos visuais pela técnica Goldman, se manteve estável.

Por fim, a observação de utentes em contexto de urgência apresentou uma redução de 751 casos, o que corresponde a menos 11,5%. Esta redução não foi uniforme em todas as prioridades atribuídas pelo protocolo de triagem de Manchester. Foi maior nos doentes não triados, embora seja de realçar que estes são uma pequena minoria, sendo a redução em número absoluto de onze para seis. Com a exceção dos doentes triados como “verde”, a redução foi significativa, tendo no caso da prioridade “Encaminhamento Inadequado para o Serviço de Urgência” (cor “branca”) atingindo os 33%. Este facto tem um interesse adicional, pois reflete a ineficiência do hospital em produzir opções e fluxos alternativos para estes utentes. De facto, o peso dos episódios de urgência com prioridade branca não deve ultrapassar os 5%, e o não cumprimento deste objetivo produz consequências financeiras negativas para o hospital (64). No período 2018-19, os doentes triados como “branco” corresponderam a 3,6% do total, tendo este indicador

melhorado para 2,7% em 2022. A redução do número de episódios classificados como de encaminhamento inadequado foi superior à redução global do número de urgências. A seguinte figura 4 ilustra a redução verificada:

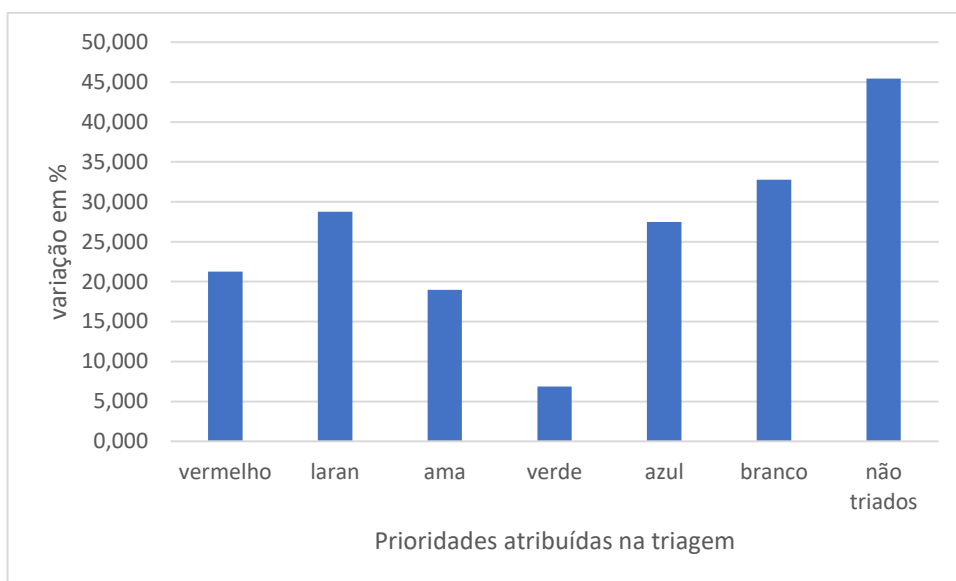


Figura 4 - Diminuição da utilização da urgência (%) por prioridades atribuídas na triagem

A redução do número de episódios de urgência também foi evidente: nos casos pediátricos foi de 112 (-16,1%) e nos adultos de 639 episódios (-10,9%). Acompanhando esta maior redução na pediatria, o peso relativo dos adultos nas consultas de urgência de oftalmologia aumentou ligeiramente, de 89,39% para 89,95% do total de doentes observados.

Outro dos indicadores de acesso avaliado relaciona-se com as consultas e cirurgias em lista de espera, assim como a percentagem daquelas que, tendo integrado a lista de espera, ocorreram dentro dos TMRG.

No caso das cirurgias, é possível observar na seguinte figura 5, que desde a constituição do CRI, ocorreu uma dissociação entre o número de doentes na LIC e a mediana do tempo de espera para cirurgia. Em janeiro de 2023, o número de inscrito é três vezes superior ao número apresentado em janeiro 2018. A mediana do tempo de espera encontra-se semelhante ao apresentado no início do período, recuperando após o pico provocado pela pandemia Covid-19.

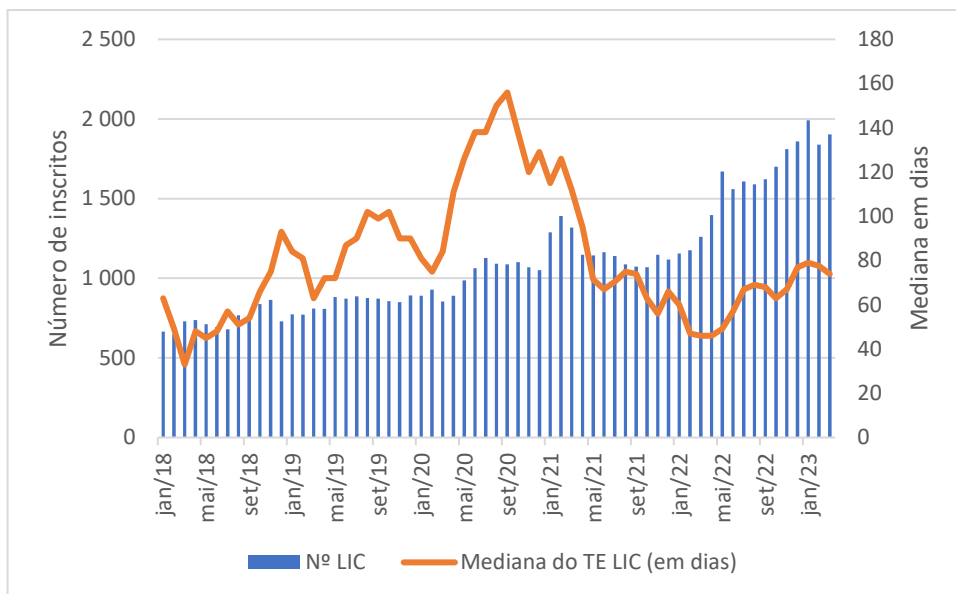


Figura 5 - evolução de doentes inscritos em LIC e mediana do tempo espera

A evolução da percentagem de doentes em LIC dentro do TMRG, assim como as cirurgias efetuadas em TMRG, tem sofrido algumas oscilações. É possível observar na seguinte tabela 6, que a LIC durante o período 2018-2019 apresentou uma diminuição constante, atingindo o valor de 71% em dezembro 2019. A abertura do CRI está associada à recuperação deste indicador, onde em março de 2023, 90% dos utentes em lista de espera cirúrgica encontrava-se dentro do TMRG. Se juntarmos os dados da figura 5, este facto foi alcançado apesar do número de doentes inscritos em LIC ser cerca de três vezes superior ao apresentado em janeiro de 2018. O indicador da percentagem de doentes operados dentro do TMRG só começou a ser avaliado recentemente, pelo que não é possível a comparação com o período 2018-2019. É possível concluir que 92% dos utentes são operados dentro do tempo preconizado.

Tabela 6 - evolução da % LIC tempo de espera TMRG e % operados em TMRG

	% LIC com TE<=TMRG	% operados com TE<=TMRG
Janeiro 2018	78%	sem dados
Junho 2018	87%	sem dados
Dezembro 2018	77%	sem dados
Março 2019	76%	sem dados
Setembro 2019	72%	sem dados

Dezembro 2019	71%	sem dados
Fevereiro 2022	83%	92%
Julho 2022	90%	92%
Dezembro 2022	89%	92%
Março 2023	90%	91%

A média mensal de utentes com pedidos de consulta em espera, durante o período 2018-2019, situou-se nos 3.160 cidadãos. Desde a abertura do CRI, esta média diminuiu para 2.457. A seguinte figura 7 ilustra esta evolução, em conjunto com a LEC em TMRG. Este indicador melhorou desde o final de 2021, sendo que a abertura do CRI coincidiu com a manutenção estável superior a 80% de execução. A melhoria da LEC em tempo adequado levou a uma diminuição do número de pedidos em espera. O teste Pearson confirma esta correlação negativa ($r=-0,95$ $p<0,005$).

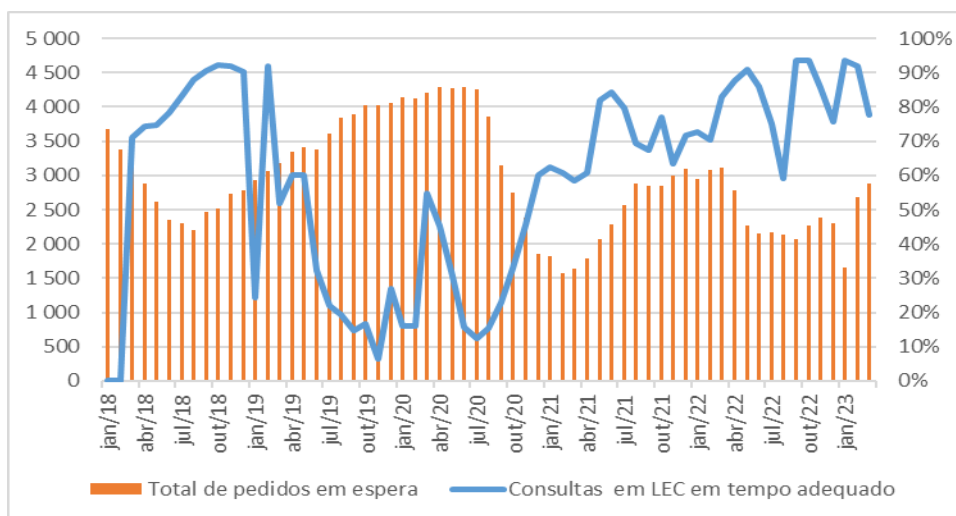


Figura 6 - evolução temporal das consultas em tempo adequado e mediana tempo de espera

Continuando na dimensão das consultas, é igualmente importante analisar as consultas realizadas em tempo adequado, assim como o tempo mediano de espera em dias. Estes dois indicadores de acesso também apresentaram variações consideráveis durante o período em análise. Apenas 3% das consultas foram realizadas em tempo adequado no mês de janeiro de 2018, valor que contrasta com os 80% verificados em fevereiro de 2023. A mediana em dias do tempo de espera começou a ser avaliada no mês de abril

de 2018, apresentando um valor de 76 dias. Em fevereiro de 2023, este valor situava-se nos 47 dias. A próxima tabela 7 ilustra esta evolução temporal.

Tabela 7 - Consultas realizadas em tempo adequado (%) e tempo mediano em LEC (dias)

	Consultas realizadas em tempo adequado (%)	Tempo mediano em LEC (dias)
Janeiro 2018	3%	Sem dados
Junho 2018	34%	68
Dezembro 2018	44%	61
Março 2019	59%	60
Setembro 2019	46%	76
Dezembro 2019	37%	80
Fevereiro 2022	8%	78
Julho 2022	45%	55
Dezembro 2022	60%	53
Fevereiro 2023	80%	47

Indicadores de Qualidade

A evolução dos recursos humanos no departamento caminhou no sentido de um ligeiro reforço nos médicos especialistas e redução dos médicos internos. Na enfermagem, o número de profissionais manteve-se relativamente estável. A seguinte figura 7 ilustra esta evolução.

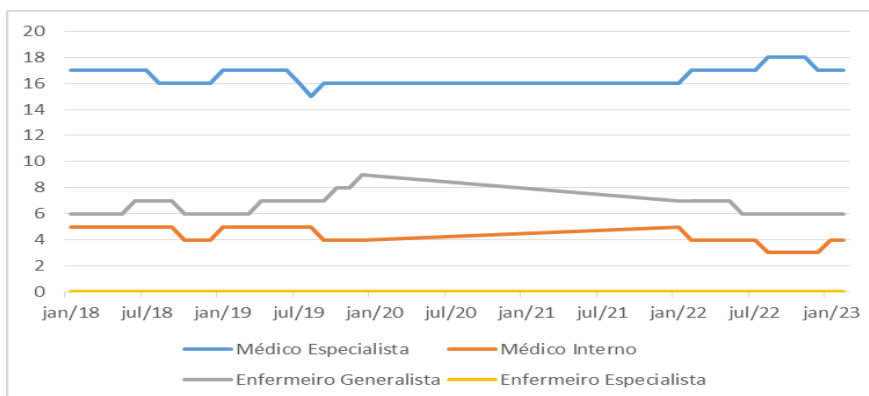


Figura 7 - evolução do número de médicos e enfermeiros no serviço de Oftalmologia

O número de cirurgias efetuadas em ambulatório foi um dos indicadores selecionados. Como observado no subcapítulo anterior, a atividade cirúrgica aumentou como um todo, tendo diminuído a componente convencional e aumentado o número de atos realizados em regime ambulatório. A seguinte figura 8 sistematiza a evolução da percentagem de procedimentos cirúrgicos efetuados em regime de ambulatório. Evidencia-se uma redução desde 2018 até 2020, seguido de um aumento em 2021 e novo aumento em 2022, atingido o valor máximo da série.

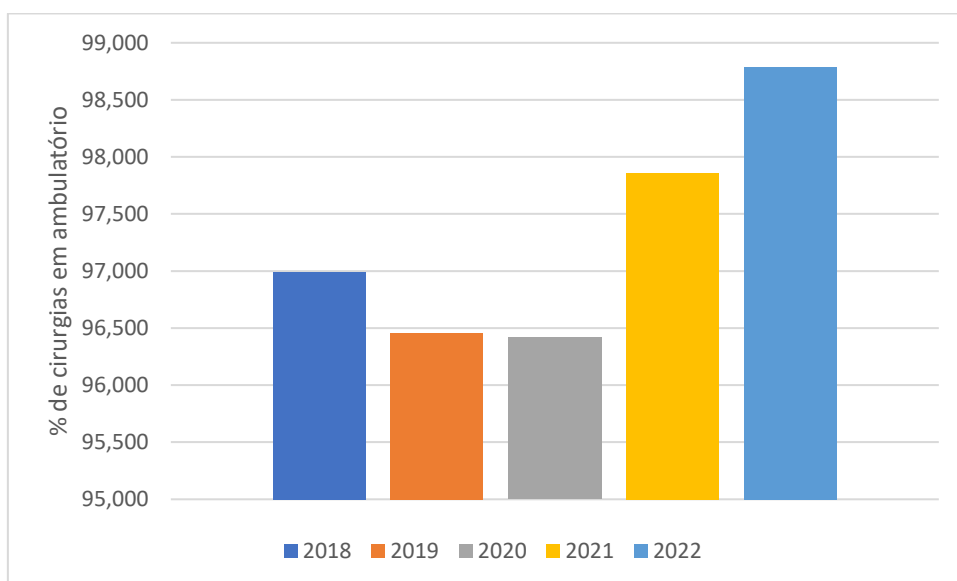


Figura 8 - % cirurgias realizadas em ambulatório

Tal como descrito na metodologia, a satisfação dos utentes foi avaliada como sendo um dos indicadores de resultado. A média do número de elogios nos últimos anos situou-se nos 3,3 por ano, tendo o ano de 2019 sido o ano com maior número de elogios, 6 ao todo. O número médio de reclamações por mês, durante este período, foi de 3,7. Tendo o ano de 2022 sido o ano com maior número médio de reclamações por mês, de 4,3.

Tabela 8 - Número de reclamações e elogios do CRI - OFT

Ano	Reclamações	Elogios	Rácio Elogios/Reclamações
2023	13	2	15,4%
2022	52	2	3,8%
2021	45	4	8,9%
2020	46	3	6,5%
2019	41	6	14,6%
2018	42	3	7,1%

O ano de introdução do CRI revelou-se como o pior ano neste indicador, com maior número de reclamações e pior rácio registado, sendo o ano de 2019 como o melhor. Os primeiros 4 meses de 2023 foram positivos, com uma redução da média de reclamações por mês e aumento do número de elogios. Se a tendência se mantiver, será o melhor, ou segundo melhor ano da série em análise.

Indicadores económico-financeiros

A evolução dos indicadores económico-financeiros foi positiva, destacando-se a redução de 14% dos gastos operacionais por doente padrão, a redução de 8% nos gastos com pessoal ajustados por doente padrão e a redução de 19% nos gastos de material de consumo clínico por doente padrão. A seguinte tabela 9 sistematiza os resultados obtidos:

Tabela 9 - Indicadores económico-financeiros

Euros / Anos	2019	2020	2021	2022
Gastos operacionais por doente padrão	1150,95	1258,70	1063,42	988,53
Gastos com pessoal ajustado doente padrão	632,62	787,52	597,84	579,32

Gastos de material clínico/ doente padrão	216,62	178,85	185,61	174,82
Gastos com medicamento/ doente padrão	270,23	229,09	212,34	188,78
% gastos com trabalho extraordinário e suplementos no total de gastos com pessoal	1,7%	2,4%	3,5%	1,6%
Doente padrão/ médico ETC	250,56	180,51	233,12	305,35
Doente padrão/ enfermeiro ETC	430,84	341,23	440,69	786,69

O índice de case-mix global do internamento permaneceu igual durante o período em estudo, com o valor de 0,9611, assim como o ICM ambulatório cirúrgico: 0,6229.

Observou-se um aumento no número de consultas por médico ETC de 2%, enquanto o número de consultas por enfermeiro ETC demonstrou um aumento de 53%. O número de cirurgias por médico e enfermeiro ETC aumentou 10% e 64% respetivamente. A seguinte tabela 10 evidencia estes resultados:

Tabela 10 - Consultas e Cirurgias por Médico/Enfermeiro ETC

	2019	2022	Varição n (%)
Consultas médico ETC	2142,62	2186,42	43,79 (2%)
Consultas Enfermeiro ETC	3684,27	5633,06	1948,79 (53%)
Cirurgias médico ETC	312,27	342,64	30,37 (10%)
Cirurgias Enfermeiro ETC	536,95	882,78	345,83 (64%)

Quadro resumo de resultados

De forma a facilitar a leitura dos resultados obtidos, foi elaborado a seguinte figura resumo, com a posição relativa do serviço de Oftalmologia, na sua fase pré introdução do CRI e após a sua constituição. Exceto no indicador “qualidade-resultados”, onde o serviço de Oftalmologia apresentou melhores resultados, ou no indicador de estrutura e ICM onde o resultado foi semelhante, o CRI de Oftalmologia apresentou melhores resultados nos indicadores selecionados.

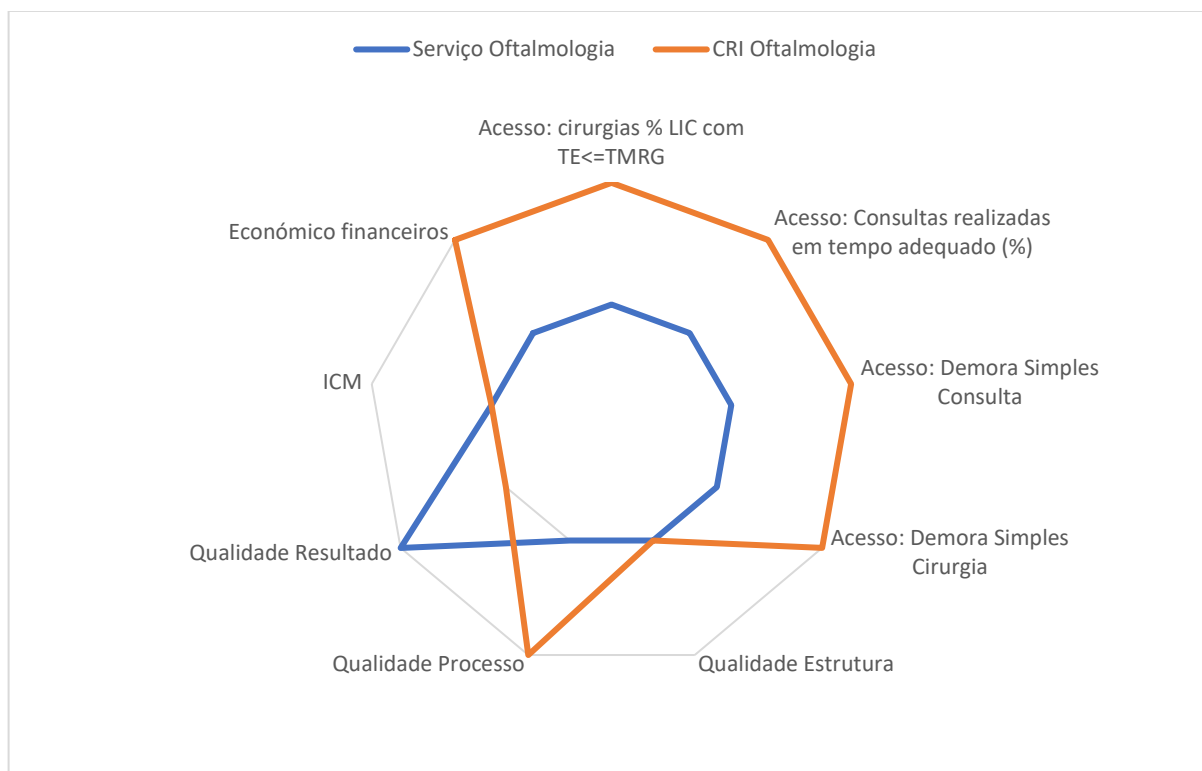


Figura 9 - Resumo dos resultados: posição relativa do serviço

Discussão

A problemática relacionada com a influência da adoção de novos métodos de gestão intermédia, e o seu impacto nos resultados em saúde, apresenta-se como um desafio para os decisores políticos. A necessidade de modernizar e dotar o SNS de métodos de gestão mais eficientes, implica necessariamente a avaliação sistemática das reformas que são efetuadas. É por isso fundamental estudar e compreender o real impacto que a introdução dos CRI produziu na atividade assistencial.

Tendo em conta o escasso conhecimento sobre o impacto da introdução de CRI na produção hospitalar, pretendeu-se com este estudo avaliar qual o resultado deste modelo de gestão intermédia, nas vertentes de acesso, qualidade e económico financeira.

Análise dos principais resultados

Em relação à produção de serviços, os dados apresentados permitem concluir que o primeiro ano de atividade do CRI foi positivo. Observou-se um aumento de produção na área das consultas externas, na área cirúrgica e na utilização de MCDT, bem como uma redução das observações efetuadas em serviços de urgência. Estes resultados parecem indicar que o departamento ganhou eficiência e conseguiu desviar utentes do serviço de urgência. De facto, a criação de circuitos alternativos, onde os utentes possam ser observados com segurança fora do serviço de urgência, é uma das medidas preconizadas para diminuir o problema da sobrelotação destes serviços (65).

As consultas subsequentes tiveram um maior aumento relativo em relação às primeiras consultas. Tal pode significar ou uma redução dos doentes referenciados através dos cuidados de saúde primários, ou uma redução da LEC conseguida através do aumento da atividade. Conjugando com a análise dos dados referentes aos pedidos de consultas, é notória a diminuição de pedidos em espera, que atingiram cerca de quatro mil pedidos com apenas 25% das consultas dentro dos TMRG, imediatamente antes da pandemia, para uma redução de cerca de 1500 em janeiro 2023, com cerca de 90% das consultas realizadas dentro dos TMRG. Neste sentido, a mediana do tempo de espera, referente ao mesmo período, para consultas diminuiu de 80 dias para 47 dias. Estes dados não são semelhantes aos encontrados em outros estudos, onde a implementação de um CRI de Oftalmologia não melhorou os TMRG da LEC (12).

A produção cirúrgica teve um aumento de 13,1% em relação à média base dos anos 2018-19, com redução da cirurgia convencional e aumento da produção cirúrgica em ambulatório.

A cirurgia de ambulatório é definida como o procedimento cirúrgico eletivo, onde o utente é admitido e tem alta no prazo de 24 horas, em condições adequadas de segurança (66). Este tipo de abordagem cirúrgica, produz vantagens tanto para os doentes, como para o SNS (67). Portugal evoluiu neste indicador. Nos anos 90, apenas cerca de 10% das cirurgias efetuadas eram em contexto de ambulatório (68), para 66% em 2019 (69). Nos países nórdicos, este indicador atinge valores de 75% (70), o que demonstra que continua a existir margem para evolução. Neste sentido, o CRI de Oftalmologia contribuiu para aproximar das melhores práticas cirúrgicas, tendo-se verificado o aumento da atividade em ambulatório, que atingiu os 98,8% do total de cirurgias, com consequente redução da atividade convencional.

A produção de MCDT observou um aumento de 84,6% em relação à média verificada no período pré-pandémico. Este aumento da produção pode ser interpretado como um aumento do acesso aos cuidados de saúde visual, de acordo com a metodologia proposta por Wyszewianski (51), por via do aumento da disponibilidade do serviço, uma das dimensões integrantes do acesso aos cuidados de saúde. Não é certo que a entrada em produção de novos tipos de MCDT se encontre relacionado com a introdução do CRI, uma vez que também se verificou uma melhoria dos registos e contabilização com a alteração do modelo de gestão intermédia. Seria necessária uma investigação mais aprofundada para melhor perceber esta dinâmica.

A introdução do CRI não aparenta ter tido grande influência nos recursos humanos disponíveis, pois tanto o número de médicos como de enfermeiros se mantiveram relativamente estáveis. O facto de a equipa do CRI ser nomeada pelo conselho de administração e de o recrutamento de elementos externos depender da fundamentada inexistência de profissionais com o perfil adequado às necessidades, carecendo de e concordância superior expressa (29), podem ter contribuído para a pouca variação deste indicador.

As reclamações aumentaram durante o primeiro ano de atividade do CRI, tendo ocorrido, de forma simultânea, uma redução dos elogios. Os dados disponíveis para 2023, parecem apontar para maior equilíbrio, com diminuição do número de reclamações e aumento dos elogios. Estes dados, parecem indicar que o primeiro ano de atividade do CRI não significou um aumento da satisfação dos utentes. Poderá estar relacionado com o impacto da pandemia Covid-19 e o aumento dos tempos de espera

descritos. Na oftalmologia, este é um fator que diminuí a satisfação dos utentes (71), assim como nas restantes especialidades, onde o impacto negativo da pandemia neste indicador se fez sentir (72). A satisfação dos utentes é encarada como um dos indicadores de qualidade em saúde, embora a ligação entre as duas dimensões não se encontra mapeada (73).

A produção do CRI não foi afetada negativamente nos meses em que mais trabalhadores gozam férias. Estes períodos apresentavam resultados de produção inferiores às respetivas médias anuais, e o novo modelo de gestão uniformizou o ritmo de produção. Este dado pode significar uma melhor organização e envolvimento por parte da equipa, o que permitiu manter elevados níveis de produção em altura tradicional de férias.

A leitura dos indicadores económico-financeiros traduz-se num melhor desempenho do serviço após a introdução do CRI. A relação entre bons indicadores financeiros e a qualidade dos resultados de saúde encontra-se documentada (74,75,76). O bom desempenho na dimensão económico-financeira do CRI poderá vir a ter impacto positivo nos resultados em saúde, mas serão necessários mais estudos para melhor compreender esta evolução.

A evolução do número de consultas e cirurgias por profissionais de saúde ETC foi mais acentuada nas cirurgias do que nas consultas. Por classe profissional, foi mais notória na enfermagem que nos médicos. Este indicador por ter duas leituras distintas. Por um lado, estamos perante um aumento de eficiência e produtividade, pois com sensivelmente os mesmos recursos, a produção aumentou. Por outro lado, não se pode ignorar que valores demasiado elevados deste indicador podem ser sinónimos de uma barreira aos cuidados, por via do esgotamento dos recursos. Não existindo um limiar estabelecido para avaliar este fenómeno, é necessário ler os resultados em conjunto. Neste sentido, os dados disponíveis não parecem indicar a existência de uma barreira aos cuidados, ou diminuição da qualidade. Será necessário manter a vigilância destes indicadores para precocemente ser identificado algum tipo de alteração ao padrão verificado.

Não existem outros estudos que comparem o impacto da introdução de um CRI. Assim, a comparação com a realidade nacional encontra-se dificultada. O único estudo encontrado sobre um CRI de Oftalmologia, compara-o com outros serviços de oftalmologia. Na avaliação efetuada, o CRI não demonstrou ser melhor que os restantes serviços com organização clássica, embora não se conheça o ponto de partida de cada um dos serviços avaliados (12).

As instituições tendem a não apresentar um desempenho ótimo em todas as dimensões (77), um bom resultado em determinados indicadores está habitualmente associado a resultados não tão positivos noutras vertentes. Este estudo não permite retirar estas conclusões, pois apenas foi avaliado o impacto da introdução de um novo modelo de gestão intermédia. Seria necessário comparar com outros CRI da área da saúde visual, e alargando o espaço temporal da análise, para melhor compreender se este fenómeno também ocorre ao nível da gestão intermédia.

Os CRI não são um fim em si mesmo, mas um mecanismo ao dispor das organizações hospitalares. O CRI, de forma isolada, não é garantia de melhores resultados ou aumento de eficiência. Ao estar integrado numa instituição hospitalar, parte do seu sucesso também depende da forma como se relaciona com a organização onde se insere. Uma das condições para a consecução deste novo modelo de gestão intermédia é a estabilidade das regras que lhe estão associadas. A previsibilidade é importante para reter e incentivar profissionais, assim como permite melhoria contínua das práticas de gestão. A monitorização contínua da eficiência do CRI permitirá aferir este ponto.

Antes da criação de um CRI, é importante identificar o problema a que este deve dar resposta e o objetivo que se pretende atingir. Se o objetivo for a integração de cuidados horizontal, então o sistema de incentivos deve privilegiar indicadores que vão ao encontro desse objetivo. Se o objetivo principal enumerado for o aumento da eficiência, então o sistema de incentivos deve dar a resposta adequada. Um dos riscos da disseminação deste modelo, e da criação de regras específicas para cada um dos CRI criados numa instituição, é a perda de eficiência global (78). O hospital Fernando Fonseca apenas possui este CRI em atividade, pelo que esta situação não se coloca. Mas o sucesso desta experiência, levará naturalmente à tentativa de a replicar noutras áreas, pelo que o seu planeamento deve ser cauteloso, os objetivos claramente definidos e a equipa envolvida na sua definição desde início.

Outra preocupação normalmente demonstrada com modelos de P4P, é o facto de a produção se orientar para os indicadores avaliados, descurando os restantes. Na realidade portuguesa, um estudo publicado em 2021 sobre as Unidades de Saúde Familiar (USF) modelo B, demonstrou que apesar de desde 2015 ser possível escolherem os seus indicadores, aqueles que não eram selecionados mantinham uma evolução positiva (79). Será necessário mais tempo para o modelo ser implementado, e a elaboração para perceber se o mesmo é verdade para os CRI.

Limitações e sugestões para futuros trabalhos

É preciso mais tempo de atividade do CRI para ser possível efetuar uma avaliação estruturada. Este primeiro ano de atividade pode marcar o início de uma tendência, ou ser um valor atípico estatístico. De facto, como descrito no enquadramento teórico, há a tendência para os ganhos dos primeiros anos de programas de P4P serem erodidos (34). Considerando que os CRI são experiências recentes no SNS, ainda não existem estudos sobre seu impacto, que considerem períodos temporais extensos. Da mesma forma, não pode ser descurado o facto de o CRI ter sido criado no final do período pandémico, tendo, por isso, sofrido a natural influência desta época excepcional na saúde.

Este trabalho analisa o impacto da introdução de um CRI, comparando com a média de produção dos anos anteriores. As extrapolações para outras realidades devem ser efetuadas com as devidas cautelas. São necessários mais estudos, tanto de comparação com a fase pré CRI, de forma a conhecer a evolução, como de comparação com diferentes hospitais, de forma a conhecer melhor a mais valia deste modelo.

Seria interessante proceder a uma análise semelhante à efetuada neste estudo, mas envolvendo mais CRI de Oftalmologia, de forma a melhor compreender o real impacto deste novo modelo de gestão intermédia.

Por fim, a consequência natural do desenvolvimento do conhecimento nesta área, passa pela criação de uma metodologia que permita avaliar este tipo de serviços, estabelecendo medidas de *benchmarking* nacionais, com os quais os serviços possam ser comparados e estimulados a desenvolverem-se.

Conclusão

Os CRI procuram aliar os ganhos dos programas de P4P, com os ganhos produzidos por esta descentralização e responsabilização pelos resultados alcançados. O objetivo passa por simplificar processos e rentabilizar os recursos disponíveis, para a consecução da melhoria contínua da qualidade dos cuidados de saúde prestados e aumento da satisfação dos profissionais e utentes.

Este estudo concluiu que a introdução do CRI traduziu-se num aumento do acesso aos cuidados de saúde, via aumento de cirurgias, consultas e utilização de MCDDT. Houve um aumento das cirurgias em regime de ambulatório. O número de reclamações aumentou e o rácio elogios/reclamações agravou durante 2022, tendência que parece estar a inverter em 2023.

A experiência do primeiro ano de atividade do Centro de Responsabilidade Integrada de Oftalmologia do Hospital Fernando Fonseca, pode ser considerada como positiva. São precisos mais anos de atividade, para retirar conclusões mais sólidas e definitivas.

Bibliografia

1. Assembleia Geral das Nações Unidas. Transforming our world: the 2030 agenda for sustainable development. Resolution adopted by the general assembly on 25 September 2015. Nova Iorque; 2015.
2. Pacto Global - ONU. <https://globalcompact.pt>. [Online]. [cited 2022 outubro 16. Available from: <https://globalcompact.pt/index.php/pt/agenda-2030>.
3. GBD 2019 Blindness and Vision Impairment Collaborators on behalf of the Vision Loss Expert Group of the Global Burden of Disease Study. Trends in prevalence of blindness and distance and near vision impairment over 30 years: an analysis for the Global Burden of Disease Study. *Lancet Glob Health*. 2021.
4. Zhang J, Ramke J, Jan C, Bascaran C, Mwangi N, Furtado J, et al. Advancing the Sustainable Development Goals through improving eye health: a scoping review. *Lancet Planet Health*. 2022.
5. Branco MJ, Gomes T, Nunes B. ECOS dos Sentidos: Saúde da Visão, em Portugal Continental. ; 2006.
6. Carneiro V, Matias H, de Sousa R. Post-COVID-19 and the Portuguese national eye care system challenge. *Journal of Optometry*. 2020.
7. Instituto Nacional de Estatística. Estatística da Saúde 2020. ; 2022.
8. Lourenço A, Barros PP. Cuidados de Saúde da Visão Estudo para a Universalização de Cuidados de Saúde da Visão em Portugal. ; 2019.
9. Ministério da Saúde. Decreto Lei 19/1988. Diário da República. 1988.
10. Ministério da Saúde. Decreto Lei 374/1999. Diário da República. 1999.
- .
11. Ministério da Saúde. Decreto-Lei 18/2017. Diário da República. 2017.
- .
12. Almeida C, Almeida A. Dissertação Mestrado Universidade da Beira Interior, Faculdade de Ciências Sociais e Humanas. Avaliação de Desempenho de Centros de Responsabilidade Integrada - Estudo Comparativo. 2018.
13. Centro de Responsabilidade Integrado do Tratamento Cirúrgico da Obesidade e Doenças Metabólicas. Relatório de Atividades. Centro Hospitalar Entre o Douro e Vouga; 2019.
14. Burton M, Ramke J, Marques AP, Bourne R, Congdon N, Jones I, et al. The Lancet Global Health Commission on Global Eye Health: vision beyond 2020. The Lancet Global Health Commission. 2021.
15. The International Agency for the Prevention of Blindness. Eye health and the Sustainable Development Goals. [Online]. [cited 2023 fevereiro 27. Available from: <https://www.iapb.org/learn/knowledge-hub/elevate/sustainable-development-goals/eye-health-and-sdgs/>.
16. Constituição da República Portuguesa. Artigo 64. 1976.
- .
17. Assembleia da República. Lei de Bases da Saúde. Lei 95/2019. 2019.
- .
18. DGS. Plano Nacional de Saúde 2021-2030. ; 2022.
- .

- 19 Comissão para a elaboração de uma Estratégia Nacional para a Saúde da Visão.
. Estratégia Nacional para a Saúde da Visão. ; 2018.
- 20 Administração Central do Sistema de Saúde. <https://www.acss.min-saude.pt/>. [Online].
. [cited 2022 novembro. Available from: <https://www.acss.min-saude.pt/2020/07/28/centros-de-responsabilidade-integrados/>.
- 21 Ministério da Saúde. Decreto Regulamentar 3/88. Diário da República. 1988.
.
- 22 Ministério da Saúde. Despacho 12781/98. Diário da República. 1998.
.
- 23 Ministério da Saúde. Decreto-Lei 374/99. Diário da República. 1999.
.
- 24 Universidade de Coimbra. <https://www.uc.pt/>. [Online]. [cited 2022 novembro 15].
. Available from: <https://www.uc.pt/cct/apresentacao/HxServico/>.
- 25 Ministério da Saúde. Diário da República. Decreto-Lei 188/03. 2003.
.
- 26 Observatório Português dos Sistemas de Saúde. Relatório da Primavera. ; 2006.
.
- 27 Administração Central do Sistema de Saúde. Termos de Referência para contratualização
. de cuidados de saúde no SNS para 2022. ; 2021.
- 28 Ministério da Saúde. Portaria 207/2017. Regulamentos e as Tabelas de Preços das
. Instituições e Serviços Integrados no SNS. 2017.
- 29 Ministério da Saúde. Portaria n.º 330/2017. Diário da República. 2017.
.
- 30 Ordem dos Médicos. Centros de Responsabilidade Integrada – proposta de portaria é
. inaceitável. [Online].; 2017 [cited 2022 novembro 18. Available from:
<https://ordemdosmedicos.pt/centros-de-responsabilidade-integrada-proposta-de-portaria-e-inaceitavel/>.
- 31 Ministério da Saúde. Diário da República. Portaria Nº 71/2018. 2018.
.
- 32 Ministério da Saúde. Portaria nº 254/2018. Regulamentos e as Tabelas de Preços das
. Instituições e Serviços Integrados no Serviço Nacional de Saúde (SNS). 2018.
- 33 Hospital Fernando Fonseca. HFF cria Centro de Responsabilidade Integrado de
. Oftalmologia (OFTACRI). [Online].; 2022 [cited 2022 novembro 18. Available from:
<https://hff.min-saude.pt/hff-cria-centro-de-responsabilidade-integrado-de-oftalmologia-oftacri/>.
- 34 Mathes T, Pieper D, Morche J, Polus S, Jaschinski T, Eikermann M. Pay for performance
. for hospitals (Review). Cochrane Database of Systematic Reviews. 2019.
- 35 Institute of Medicine (US) Committee on Quality of Health Care in America. Crossing the
. Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century. ; 2001.
- 36 McGlynn E, Asch S, Adams J, Keeseey J, Hicks J, DeCristofaro A. The Quality of Health Care
. Delivered to Adults in the United States. NEJM. 2003.
- 37 Sura A, Shah N. Pay-for-Performance Initiatives: Modest Benefits for Improving
. Healthcare Quality. Am Health Drug Benefits. 2010.
- 38 Lindenauer PK, Remus S, Roman S. Public reporting and pay for performance in hospital
. quality improvement. NEJM. 2007.

- 39 Glickman SW, Ou F, DeLong ER. Pay for performance, quality of care, and outcomes in acute myocardial infarction. JAMA. 2007.
- 40 Alber-Ballestar S, Garcia-Altes A. Measuring health inequalities: a systematic review of widely used indicators and topics. International Journal for Equity in Health. 2021.
- 41 Russo G, Campos-Matos I, Perelman J. Connecting the dots on health inequalities – a systematic review on the social determinants of health in Portugal. International Journal for Equity in Health. 2016.
- 42 Macedo MA. Caracterização do perfil de saúde de uma população pediátrica de origem africana na região de Lisboa. Observatório das Migrações. 2021.
- 43 Sura A, Shah N. Pay-for-Performance Initiatives: Modest Benefits for Improving Healthcare Quality. Am Health Drug Benefits. 2010.
- 44 Werner R, Goldman LE, Dudley RA. Comparison of change in quality of care between safety-net and non-safety-net hospitals. JAMA. 2008.
- 45 Mehta R, Liang L, Karve A, Hernandez A, Rumsfeld J. Association of patient case-mix adjustment, hospital process performance rankings, and eligibility for financial incentives. JAMA. 2008.
- 46 OCDE. Paying for Performance in Health Care: Implications for Health System Performance and Accountability. ; 2014.
- 47 Ryan A, Blustein J. Making the Best of Hospital Pay for Performance. New England Journal of Medicine. 2012.
- 48 Tarwneh AS. The Impact of Decentralization Dimensions on Subsidiaries. International Review of Management and Marketing. 2019.
- 49 Hospital Fernando Fonseca. Regulamento Interno do Hospital Fernando Fonseca. ; 2002.
- 50 Penchansky R, Thomas J. The Concept of Access: Definition and Relationship to Consumer Satisfaction. Medical Care. 1981.
- 51 Wyszewianski L. Access to Care: Remembering Old Lessons. Health Serv Res. 2002.
- 52 Administração Central dos Serviços de Saúde. benchmarking-acss.min-saude.pt. [Online].
- 53 Administração Central dos Serviços de Saúde. <https://www.sns.gov.pt/transparencia/>. [Online].
- 54 ACSS. www.acss.min-saude.pt. [Online]. [cited 2023 abril. Available from: www.acss.min-saude.pt/departamentoseunidades/unidadeacessocontratualizacao/consutaatempoehoras/].
- 55 Ministério da Saúde. Portaria nº 153/2017. Diário da República. 2017.
- 56 Donabedian A. The definition of quality and approaches to its assessment Exploration in quality assessment and monitoring. Health Administration Press. 1980.
- 57 Donabedian A. The quality of care. How can it be assessed? JAMA. 1988.
- 58 Ministério da Saúde. Portaria 898/2000. Diário da República. 2000.

- 59 ACSS. <https://benchmarking-acss.min-saude.pt>. [Online]. [cited 2023 abril 24. Available from: https://benchmarking-acss.min-saude.pt/BH_Enquadramento/AbordagemMetodologica.
- 60 Ministério da Saúde. Relatório de Benchmarking | hospitais EPE e PPP. ; 2013.
- 61 Entidade Reguladora da Saúde. Impacto da pandemia COVID-19 no Sistema de Saúde. ; 2020.
- 62 OCDE. Health at a Glance 2021 - Ambulatory surgery. ; 2021.
- 63 Perret D. Advantages of ambulatory surgery. Med Group Manage. 1983.
- 64 ACSS. Termos de Referência para contratualização de cuidados de saúde no SNS para 2023. ; 2022.
- 65 Sartini M, Carbone A, Demartini A, Giribone L, Oliva M, Spagnolo AM, et al. Overcrowding in Emergency Department: Causes, Consequences, and Solutions—A Narrative Review. Healthcare. 2022.
- 66 Administração Central do Sistema de Saúde. Circular Normativa N.º 15/2019/DPS/ACSS. ; 2019.
- 67 Appleby J. Day case surgery: a good news story for the NHS. BMJ. 2015.
- 68 Lathouwer C, Poullier JP. How much ambulatory surgery in the World 1996-1997 and trends? Ambul Surg. 2000.
- 69 Serviço Nacional de Saúde. Transparência SNS. [Online]. [cited 2023 maio. Available from: <https://transparencia.sns.gov.pt/>.
- 70 Toftgaard C. Day surgery activities 2009 international survey on ambulatory surgery conducted. Ambul Surg. 2012.
- 71 Sakti D, Firdaus A, Utami T, Jati K. Patients' Satisfaction with Ophthalmology Clinic Services in a Public Teaching Hospital. Patient Prefer Adherence. 2022.
- 72 Deriba B, Geleta T, Beyane R, Mohamed A. Patient Satisfaction and Associated Factors During COVID-19 Pandemic in North Shoa Health Care Facilities. Patient Prefer Adherence. 2021.
- 73 Janet HY, Bronya HK. Patient satisfaction: Concept analysis in the healthcare context. Patient Education and Counseling. 2019.
- 74 Akinlleye D, McNutt L, Lazariu V. Correlation between hospital finances and quality and safety of patient care. PLoS One. 2019.
- 75 Ramos F, Parizotto E, da Silva A, Ramos J, Bampi J. Relação entre indicadores de qualidade e económicos: um estudo em uma rede de hospitais do terceiro setor do Sul do Brasil. Cadernos Saúde Coletiva. 2018.
- 76 Dong G. Performing well in financial management and quality of care: evidence from hospital process measures for treatment of cardiovascular disease. BMC Health Serv Res. 2015.
- 77 Matos R, Ferreira D, Pedro M. Análise económico-financeira dos hospitais EPE. , Instituto Técnico Lisboa; 2020.

- 78 Barros PP.; 2016 [cited 2023 junho. Available from:
. <https://momentoseconomicos.com/category/cr-centros-de-responsabilidade-integrada/>.
- 79 Pereira AL, Ramalho A, Viana J, Hespanhol A, Freitas A, Biscaia A. The effect of commissioning on Portuguese Primary Health Care units' performance: A four-year national analysis. Health Policy. 2021.
- 80 Ministério da Saúde. Portaria nº 71/2018. Regulamento interno dos serviços ou unidades funcionais das Unidades de Saúde do SNS. 2018.
- 81 Strengthening the reporting of observational studies in epidemiology. <https://www.strobe-statement.org/>. [Online]. [cited 2023 junho.