

MGIC 2011

Volume II – Área de Gestão



Unidade Central de Gestão de Inscritos
para Cirurgia

Índice

1. Áreas de acção do responsável de serviço.....	3
1.1. Organização e funcionamento do serviço.....	3
1.2. Princípios de gestão de um serviço.....	3
1.3. Competências do responsável do serviço/ unidade funcional no âmbito do SIGIC	4
1.4. Adaptação do serviço/unidade funcional ao SIGIC e implicações nos SI.....	6
1.4.1. Fase da Proposta.....	7
1.4.1.1. Etapa da Transferência	12
1.4.2. Fase de Realização	15
1.4.3. Fase de Catamnese	16
1.4.4. Fase da Conclusão.....	17
1.5. Direitos dos utentes e implicações na actividade do serviço/unidade funcional.....	18
1.6. Condições para inscrição de um utente em LIC.....	19
1.7. Acompanhamento das transferências de utentes.....	20
1.8. Negociação dos objectivos do serviço/unidade funcional.....	21
1.9. Negociação da produção com os colaboradores do serviço/unidade funcional	24
1.10. Definição e manutenção da carteira de serviços.....	24
1.11. Monitorização das não conformidades do serviço/ unidade funcional.....	24
1.12. Acompanhamento da actividade para cumprimento dos objectivos do serviço/unidade funcional.....	26
1.12.1. Modelo de monitorização e controlo da actividade do serviço/unidade funcional.....	26
1.12.2. Gestão da mudança	33
1.12.2.1. Perspectiva do SIGIC	33
1.12.2.2. Considerações gerais sobre gestão da mudança.....	34
1.12.2.2.1. O processo de gestão da mudança.....	35
1.12.2.2.2. Tipos de mudança.....	35
1.12.2.2.3. Gestão de conflitos	37
1.12.2.2.4. Etapas da gestão da mudança	38
1.12.2.2.5. Resistência à mudança.....	38
1.12.2.2.6. Estratégias de Mudança.....	40
2. Áreas de acção da UHGIC.....	41
2.1. Monitorização, controlo e supervisão da gestão da LIC no hospital	41
2.2. Acompanhamento da gestão do processo do utente nas fases do processo de gestão	45

2.3. Acompanhamento do contrato programa e outros compromissos do hospital em relação à produção cirúrgica.....	46
2.4. Controlo e supervisão da qualidade dos registos nos sistemas de informação	48
2.5. Divulgação, apoio e garantia dos direitos dos utentes no âmbito do SIGIC	50
2.6. Monitorização, controlo e supervisão da gestão das transferências de utentes	50
2.7. Monitorização e gestão das não conformidades do hospital	51
3. Áreas de acção do Conselho de Administração	53
3.1. Requisitos dos sistemas de informação no que respeita à protecção de dados pessoais.....	56
4. Áreas de acção da URGIC	58
4.1. Monitorização, controlo e supervisão da gestão da LIC e da actividade cirúrgica da região ...	58
4.2. Gestão e acompanhamento das convenções com hospitais privados	59
4.3. Gestão e acompanhamento das transferências dos utentes inscritos na região	61
4.4. Gestão da facturação dos hospitais convencionados	65
4.5. Gestão e acompanhamento das não conformidades dos hospitais na região	68
5. áreas de Acção da UCGIC	70

1. ÁREAS DE ACÇÃO DO RESPONSÁVEL DE SERVIÇO

Neste capítulo são abordadas as competências do responsável do serviço cirúrgico previstas no Regulamento do SIGIC. Inclui ainda sugestões de boas práticas de gestão com a finalidade de ajudar a actuação dos responsáveis de serviço no desempenho das suas funções no âmbito do SIGIC. Estas sugestões não condicionam a autonomia de gestão dos responsáveis de serviço nem os processos contratualização. Para mais informações sobre esta matéria deve ser consultado o anexo Competências das Entidades que consta no Volume V deste manual.

1.1. Organização e funcionamento do serviço

Genericamente cabe ao responsável de serviço planear e dirigir toda a actividade do serviço respectivo e responder pela correcção e prontidão dos cuidados a prestar aos doentes e pela utilização eficiente dos recursos alocados ao seu serviço.

É recomendável que a organização e funcionamento do serviço constem de regulamento interno, através do qual todos os colaboradores conheçam a missão do serviço, a sua estrutura orgânica e funcional, os princípios por que se pauta o seu funcionamento, as normas internas, os processos e os procedimentos a observar por todos e por cada grupo profissional.

O funcionamento do serviço deve estar orientado para a prestação de serviços integrados ao utente, beneficiando a qualidade global dos cuidados prestados e a identificação da cadeia de responsabilidades pelos resultados obtidos.

Além disso, importa também garantir a relação clara entre actividade, ponderada pela qualidade dos processos e pelos resultados (em valor para os diversos interessados e em especial para o utente, para a sociedade, para o financiador e para os profissionais) e a utilização dos recursos (incluindo as despesas induzidas a terceiros). Por esta relação responde em primeira linha o responsável do serviço que deve dispor dos recursos necessários à prossecução das funções e das responsabilidades que lhe são exigidas.

Em síntese, para maximizar a rentabilização dos recursos, para garantir o controlo sobre processos e custos, para assegurar a qualidade e os resultados objectivados na globalidade do serviço e em cada episódio em particular, as instituições hospitalares devem promover a reengenharia dos seus serviços cirúrgicos, de modo a poderem prestar cuidados que integrem as competências necessárias à abordagem dos problemas de saúde evidenciados pelos utentes e, de acordo com a lei de gestão hospitalar, estruturá-los em centros de responsabilidade integrada.

1.2. Princípios de gestão de um serviço

Na esteira da Lei n.º 27/2002 de 8 de Novembro, o responsável de serviço deve orientar a gestão do seu serviço segundo os seguintes princípios:

- Utilização eficiente da capacidade instalada, nomeadamente pelo aproveitamento dos equipamentos e infra-estruturas existentes e pela diversificação do regime de horário de trabalho, de modo a alcançar uma taxa óptima de utilização dos recursos disponíveis;
- Planeamento anual e plurianual da actividade do serviço e contratualização da produção com o CA e dos indicadores de actividade que permitam aferir o desempenho dos respectivos profissionais;
- Desenvolvimento da actividade de acordo com instrumentos de gestão previsional, designadamente planos de actividade, orçamentos e outros;
- Garantia de acesso dos utentes à prestação de cuidados de saúde de qualidade com controlo rigoroso dos recursos;
- Gestão criteriosa balizada pelos objectivos definidos pelo órgão máximo de gestão e órgãos de tutela;
- Avaliação do desempenho dos colaboradores do serviço aferida pela eficiência demonstrada na gestão dos recursos e pela qualidade dos cuidados prestados aos utentes;
- Promoção de um sistema de incentivos com o objectivo de apoiar e estimular o desempenho dos profissionais envolvidos, com base nos ganhos de eficiência conseguidos, incentivos esses que se podem traduzir nomeadamente na melhoria das condições de trabalho, na participação em acções de formação e estágios, no apoio à investigação e em prémios pecuniários de desempenho.

1.3. Competências do responsável do serviço/ unidade funcional no âmbito do SIGIC

Das competências atribuídas aos responsáveis de serviço pela lei da gestão hospitalar (cf. art.º 22º, da Lei n.º 27/2202, em anexo), destacam-se as seguintes:

- Planear e dirigir toda a actividade do respectivo serviço e unidades funcionais, sendo responsável pela correcção e prontidão dos cuidados de saúde a prestar aos doentes, bem como pela utilização e eficiente aproveitamento dos recursos postos à sua disposição;
- Promover a aplicação dos programas de controlo de qualidade e de produtividade, zelando por uma melhoria contínua da qualidade dos cuidados de saúde;
- Garantir o registo atempado e correcto da contabilização dos actos clínicos e providenciar pela gestão dos bens e equipamentos do serviço.

Cabe ainda nos termos do Regulamento do SIGIC aos responsáveis de serviço e das unidades funcionais:

- Validar a situação do utente face aos critérios clínicos definidos para inscrição do utente na LIC da instituição hospitalar;
- Zelar pela actualização permanente da lista de procedimentos cirúrgicos susceptíveis de serem realizados pelos seus serviços/unidades funcionais, garantindo que a cada um está correctamente associado o código do sistema de codificação em vigor;
- Garantir a selecção dos utentes inscritos em LIC para efeito de programação cirúrgica, de acordo com os critérios de antiguidade e prioridade estabelecidos no Manual do SIGIC e no Regulamento do SIGIC;
- Informar imediatamente a UHGIC de qualquer modificação referente ao utente que determine a sua substituição ou a alteração da sua posição na LIC; e
- Zelar e assegurar o registo no SI da instituição hospitalar das propostas cirúrgicas, dos agendamentos, dos relatórios cirúrgicos e clínicos, das altas de internamento ou cirurgia de ambulatório em que tenha ocorrido um acto cirúrgico com utilização de bloco operatório, da conclusão dos processos e demais movimentos na LIC, de acordo com os requisitos do Manual do SIGIC.

No âmbito destas competências os responsáveis pelos serviços/unidades funcionais devem promover a execução de relatórios com uma periodicidade mínima anual sobre a qualidade dos serviços prestados e a produtividade. Estes devem incluir pelo menos os seguintes indicadores:

- Taxa de readmissão ao internamento nos 5 dias após a alta;
- Percentagem de utentes que ultrapassam o TMRG para a consulta e para a cirurgia;
- Percentagem de consultas anuladas pelo hospital;
- Percentagem de reclamações relativas à consulta sobre o total de consultas;
- Percentagem de reclamações relativas ao internamento/cirurgia de ambulatório sobre o total de internamentos/cirurgias de ambulatório;
- Nº cirurgias padrão por hora de sala atribuída;
- Tempo médio de internamento por grupo de patologia;
- Percentagem de primeiras consultas sobre o total de consultas;
- Taxa de mortalidade e morbilidade por grupo de patologia;
- Taxa de infecção em cirurgia limpa;

- Taxa de infecção em cirurgia limpa contaminada.

O responsável do serviço/unidade funcional pode delegar as suas competências, reservando sempre para si o controlo da actividade do mesmo.

Os serviços/unidades funcionais devem tender a agregar-se em centros de responsabilidade integrada, com gestão descentralizada, dotados de recursos humanos e materiais e orçamento próprio, que permitam ao responsável do centro realizar o seu programa de actividades com a maior autonomia e a máxima responsabilidade.

1.4. Adaptação do serviço/unidade funcional ao SIGIC e implicações nos SI

Na organização do serviço/unidade funcional, os seus responsáveis devem ter em conta as particularidades associadas a cada uma das fases do processo de gestão dos episódios cirúrgicos, representadas na ilustração que se segue. Deve espelhar, pelo menos em parte:

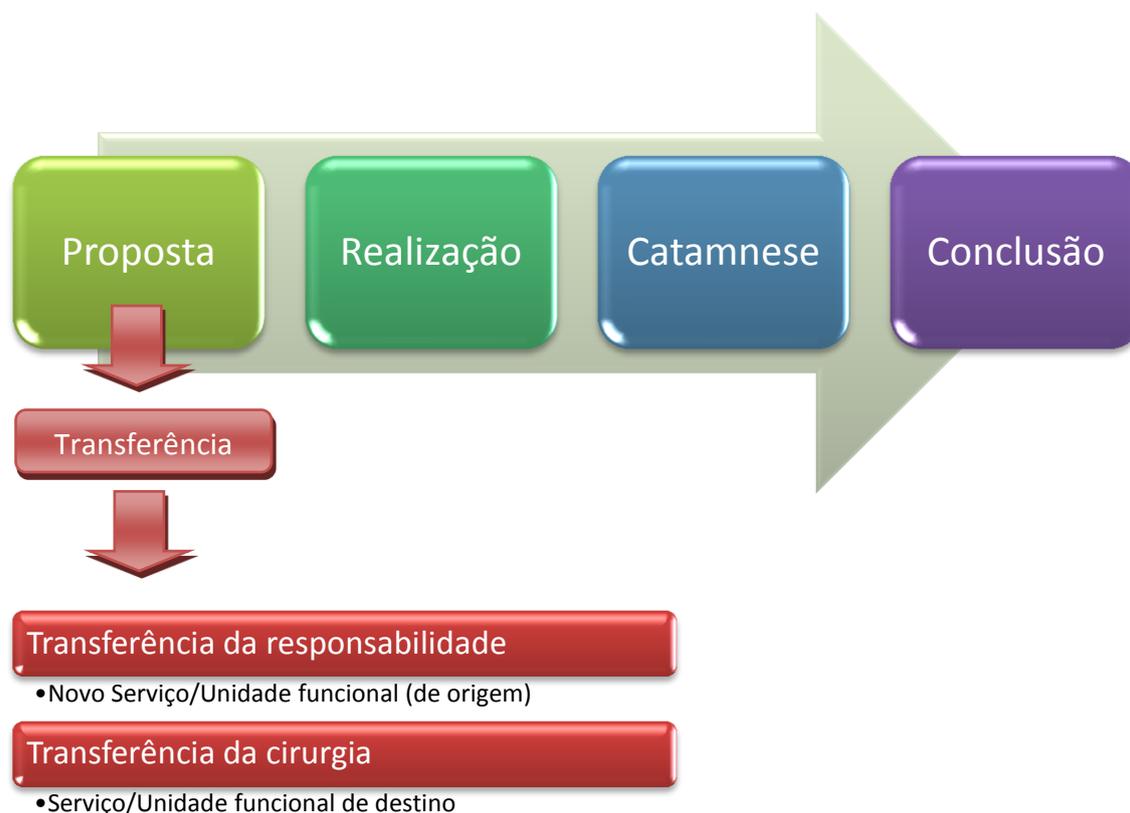


Ilustração 1 – Fases e etapas do SIGIC

Todas as fases englobam um conjunto de eventos clínicos e administrativos que integram o episódio funcional do utente.

Ainda antes da fase da proposta (plano de cuidados), existe a fase de referenciação para a consulta da especialidade, cuja informação aproveita ao processo de gestão dos episódios cirúrgicos, embora faça parte do processo de gestão do acesso à consulta de especialidade, que inclui todos os eventos que ocorrem desde a referenciação interna ou externa à instituição para a consulta de especialidade até à sua realização.

A fase da proposta inclui todos os eventos desde a realização da primeira consulta da especialidade até ao último evento antes do primeiro evento crítico (que poderá ser a cirurgia, quimioterapia, radioterapia, etc.). Inclui também a etapa de transferência para outras instituições, quando as hipóteses de resolução do problema do utente no serviço/unidade funcional estão esgotadas.

A fase da realização corresponde ao conjunto de processos de gestão relacionados com a realização da cirurgia e a alta do internamento/cirurgia de ambulatório, incluindo todos os eventos críticos que podem ocorrer durante o período de internamento, nomeadamente intercorrências e complicações.

A fase da catamnese (*follow-up*) abrange todos os eventos após a alta do último evento crítico, incluindo as intercorrências da responsabilidade da instituição e complicações identificadas até sessenta dias após a alta hospitalar.

Por último, a fase da conclusão corresponde ao encerramento do episódio, que engloba todos os procedimentos de alta clínica e classificação do episódio, com vista à aprovação da facturação do episódio e respectivo pagamento, no caso dos hospitais convencionados.

Ao longo das fases do processo de gestão do episódio funcional do utente, o responsável de serviço/unidade funcional deve garantir os circuitos de informação necessários para que os dados registados no sistema informático, nomeadamente os dados clínicos do utente, sejam efectivamente imputados a quem registou a informação do evento (consulta, internamento, etc.). Os registos devem evidenciar o responsável pelo evento, o serviço/unidade funcional em que se insere, a data da sua ocorrência, todos os colaboradores participantes e as unidades nosológicas resultantes.

O detalhe de cada fase da gestão do episódio funcional do utente numa instituição hospitalar, seja de origem ou de destino, pode ser consultado no Volume I e no Volume V deste manual, no número sobre processos do SIGIC.

Nos números seguintes, explica-se com detalhe as adaptações do serviço /unidade funcional, ao SIGIC, nos diversos eventos administrativos e clínicos.

1.4.1. Fase da Proposta

Esta fase encontra-se dividida em quatro etapas - análise, pré-inscrição, inscrição e transferência - podendo não ocorrer alguma delas nalguns processos de gestão de episódio.

A primeira etapa desta fase inicia-se com a primeira consulta da especialidade que responde à necessidade de cuidados especializados. Podem seguir-se outras consultas e MCDT. Logo que

estejam reunidos os elementos necessários, deve formalizar-se o plano de cuidados, que inclui a proposta terapêutica, o que pode ocorrer logo na primeira consulta ou numa subsequente, não devendo tardar mais de 30 dias nos casos não prioritários, 15 dias nos casos classificados com nível 2 e 7 dias nos casos classificados com nível 3.

Para elaborar o plano de cuidados e constituir a proposta não é necessário que o diagnóstico esteja cabalmente caracterizado ou que todos os contornos das acções previstas estejam estabelecidos. Basta ter um enquadramento nosológico adequado e a determinação do elevado índice de probabilidade da necessidade de uma cirurgia. Os eventos principais desta fase são a consulta do utente, a criação da proposta cirúrgica, a entrega da nota de consentimento ao utente, a validação da proposta pelo responsável de serviço/unidade funcional e a emissão do certificado de inscrição.



De forma a rentabilizar os recursos disponíveis e a melhorar a qualidade da informação, o responsável de serviço/unidade funcional deve pugnar pela existência de equipamento adequado nas salas da consulta com os sistemas informáticos que permitem a criação das propostas cirúrgicas por parte dos médicos proponentes, directamente no SI.

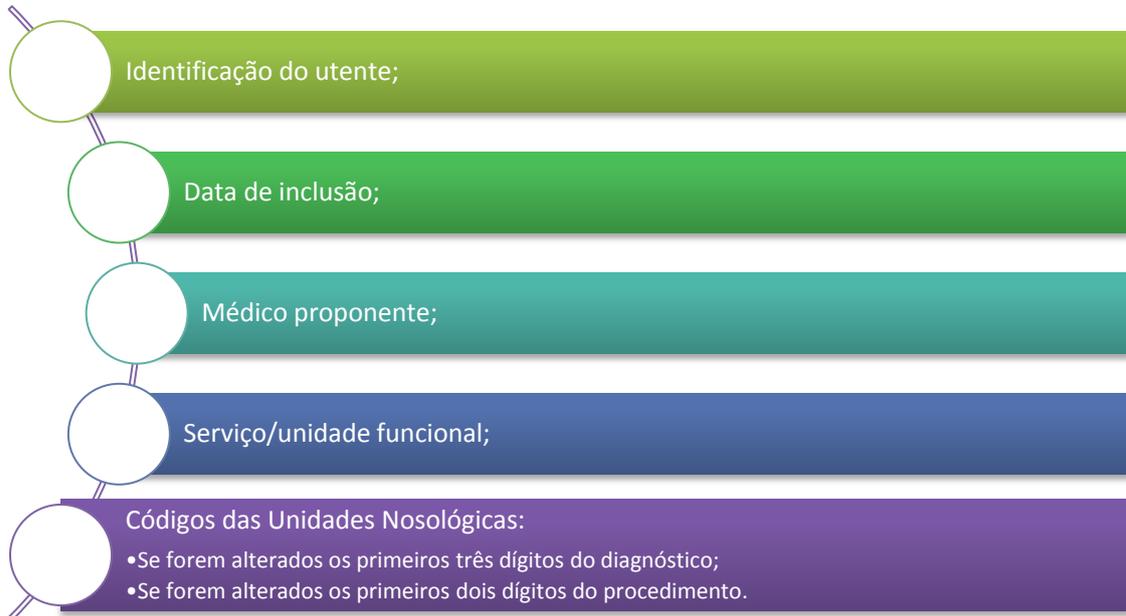
Nos casos em que as propostas são elaboradas manualmente e posteriormente transcritas deve providenciar um sistema de controlo que assegure o registo correcto da totalidade das propostas cirúrgicas.

Através do SI (SIGLIC ou outro) o responsável do serviço/unidade funcional pode emitir uma lista das propostas criadas ainda por validar, que lhe permite conhecer a situação e garantir a validação das propostas cirúrgicas dentro do prazo. A partir do momento em que a proposta é validada pelo responsável e consentida pelo utente e é emitido o certificado de inscrição, este passa a estar inscrito no SI (SIGLIC ou outro). O certificado de inscrição é disponibilizado pelo SI para efeitos de impressão. Sugere-se o controlo através do SI para saber quais os episódios aos quais já foi enviado o certificado ao utente.

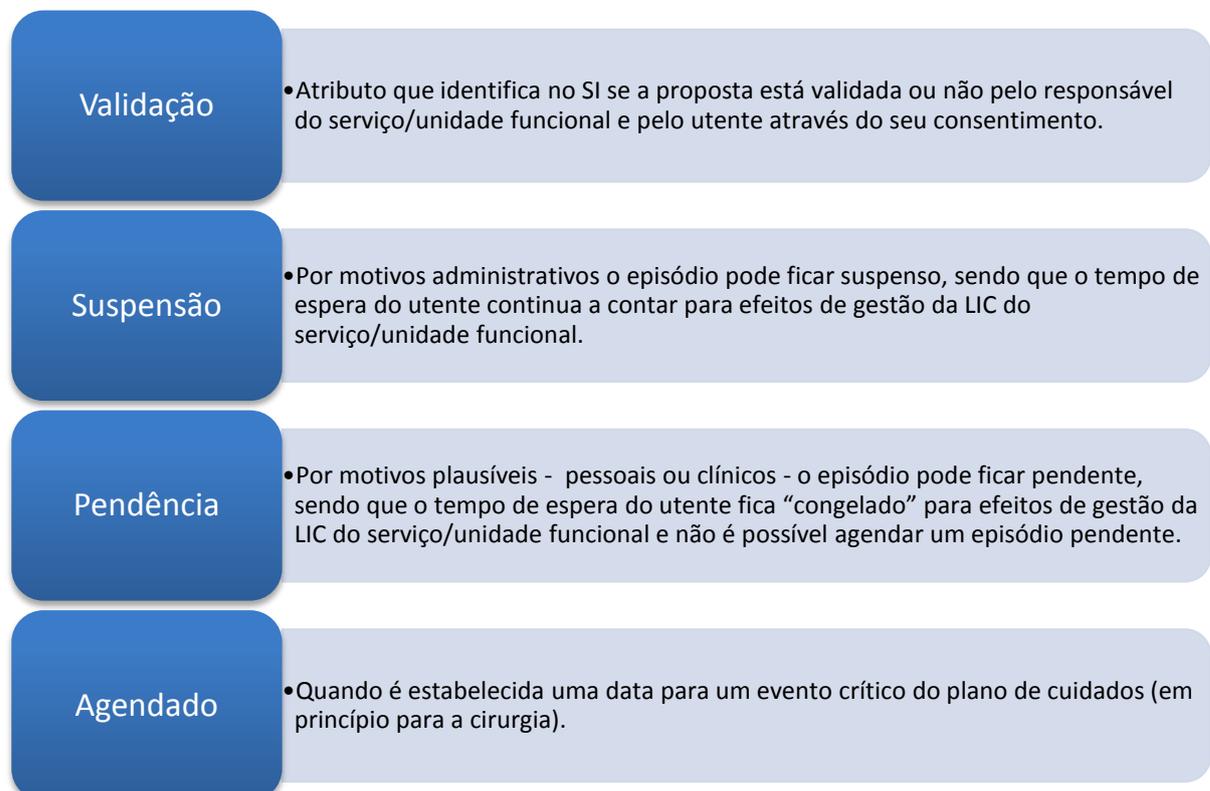
Ao ser emitido o certificado de inscrição, a aplicação SIGLIC irá gerar um código de acesso individual e registará o mesmo no certificado. Mais tarde o utente pode alterar este código a partir da página da internet eSIGIC. A instituição hospitalar deve garantir que este código é secreto e apenas o utente tem conhecimento do mesmo. Sempre que o utente realizar um pedido de informação à UCGIC ou URGIC que requeira a consulta do seu processo, deve fornecer este código para que os colaboradores dessas unidades tenham acesso à informação. A qualquer momento, o utente pode alterar o seu código de acesso.

Cabe ao responsável do serviço/unidade funcional validar qualquer alteração à proposta posterior à emissão do certificado de inscrição nomeadamente no que se refere à prioridade clínica atribuída ao utente, e outras alterações que não estejam relacionadas com a avaliação pré-operatória do mesmo.

Apresenta-se de seguida o conjunto de alterações à proposta que obrigam a nova validação pelo responsável do serviço/unidade funcional e à emissão de novo certificado de inscrição que deve ser enviado ao utente, para ser objecto de novo consentimento.



A inscrição do utente pode ainda sofrer alterações aos seus atributos no SI, nomeadamente as seguintes:



Intransferível

- Quando o serviço/unidade funcional determina, com o acordo formal do utente que a transferência pode ser, clínica ou socialmente, prejudicial. Nos casos em que o episódio do utente se encontra classificado como intransferível, o HO deve agendá-lo até ao limite dos 100% do TMRG. Os hospitais do SNS partilham o compromisso perante a sua população de cumprimento do TMRG para os casos de utentes intransferíveis. Deste modo, devem organizar a sua prestação de forma a dar resposta prioritária aos utentes com patologias que requerem tratamentos complexos que, porventura, não possam encontrar resposta viável noutros prestadores.

Um episódio inscrito pode encontrar-se como:

Realizado

Quando pelo menos um evento crítico do plano é executado (em geral a cirurgia);

Concluído (por cancelamento)

Por motivos do utente ou clínicos o episódio pode ser cancelado pela instituição hospitalar, pode ainda ser cancelado por incapacidade da instituição em efectuar os tratamentos, neste caso poderá existir uma transferência;

Readmitido

Um episódio cancelado pode ser readmitido na LIC com o tempo de espera antigo, ou seja, não perdendo a antiguidade na LIC, caso tenha sido cancelado por erro da instituição hospitalar;

Reinscrito

Um episódio cancelado pode ser reinscrito na LIC com perda de antiguidade na LIC, caso tenha sido cancelado por motivos imputáveis ao utente e se mantenha a indicação cirúrgica.

Durante a fase da proposta tem de ocorrer o agendamento dos eventos de avaliação pré-operatória e por último da cirurgia. É necessário que o responsável do serviço/unidade funcional garanta a gestão de cada episódio e em particular dos eventos relativos à mesma, tendo em conta não só os recursos disponíveis do serviço/unidade funcional, como também os da instituição hospitalar envolvidos na execução dos MCDT e outros eventos de avaliação complementar, como por exemplo a consulta de cardiologia ou a consulta de anestesiologia.

Após o agendamento dos eventos pré-operatórios é possível estimar a data da cirurgia. O responsável do serviço/unidade funcional deve gerir o planeamento dos eventos operatórios de acordo com as prioridades estabelecidas, a ordem cronológica e os TMRG em vigor. A preparação do utente para a cirurgia e a disponibilidade horária do BO devem ser tidas em conta no ajustamento do plano operatório. Nos casos de incumprimento dos TMRG em vigor ou de violação dos direitos de equidade no acesso o serviço/unidade funcional pode incorrer em não conformidades e o utente pode ser transferido para outra instituição hospitalar.

Tendo em conta os factores enunciados no parágrafo anterior, o responsável do serviço/unidade funcional deve validar os utentes a contactar para agendamento da cirurgia, controlar o resultado dos contactos e a comparência dos utentes aos eventos pré-operatórios e por fim validar o programa operatório final para o seu serviço/unidade funcional. Para controlar melhor o processo de agendamento dos utentes, o responsável do serviço/unidade funcional poderá recorrer ao SI (SIGLIC ou outro) para retirar a listagem de utentes a agendar de acordo com as regras do SIGIC. O SIGLIC disponibiliza listas para agendamento por serviço/unidade funcional com os episódios que não se encontram agendados, nem pendentes, nem suspensos, ordenados por prioridade e antiguidade. O serviço/unidade funcional dispõe de uma tolerância de 15 dias, com vista a otimizar a ocupação do BO. A lista é fornecida indicado também o histórico das saídas de episódios por serviço/unidade funcional dos últimos 6 meses (26 semanas), através da seguinte fórmula:

$$\frac{\text{Operados} + \text{Cancelados (últimas 26 semanas)}}{26 \text{ semanas}}$$

É necessário que o responsável de serviço/unidade funcional garanta a qualidade dos registos dos dados clínicos, o agendamento e respectivo registo atempado no SI, caso contrário, o serviço/unidade funcional pode incorrer em não conformidades (por exemplo a transferência inadequada de um utente que vai ser operado pelo serviço/unidade funcional, mas que, devido a ter atingido o prazo limite em vigor sem ter sido agendado no sistema, foi transferido para outra instituição hospitalar).



A fim de evitar não conformidades de agendamento, de equidade e relativas à mobilização inadequada de episódios transferidos e ainda de promover a eficiência e eficácia do processo de programação operatória, o serviço/unidade funcional deve procurar notificar os utentes de prioridade 1 com um mínimo de 20 dias de antecedência, de prioridade 2 com um mínimo de 10 dias de antecedência e de prioridade 3 com um mínimo de 5 dias de antecedência.

Estando o plano de cuidados elaborado e validado, procede-se à realização dos eventos críticos na fase de realização.

1.4.1.1. Etapa da Transferência

Sempre que a instituição hospitalar de origem não consiga garantir a realização ou o agendamento da cirurgia até 100% do TMRG, quando o serviço/unidade funcional tenha perdido a capacidade técnica para realizar a cirurgia ou apresente piores tempos de acesso que outro que tenha a mesma capacidade cirúrgica desencadeia-se a etapa de transferência.

A transferência dos utentes inscritos a aguardar pela cirurgia pode ocorrer nos tempos regulamentares de acordo com a prioridade, e pode igualmente ocorrer quando a sua inscrição verifica uma das seguintes condições:

1) Pendente, por um tempo que ultrapassa o prazo regulamentado para o efeito (TMRG de acordo com a prioridade e patologia);

2) Suspenso, por um tempo que ultrapassa o prazo regulamentado para o efeito (5 dias úteis ou 10 dias interpolados);

3) Intransferível, com um TE que ultrapassa o TMRG por prioridade e patologia ou a pedido expresso do utente;

4) Agendado, com TE que ultrapassa o TMRG para a prioridade e patologia:

- Cuja data de registo do agendamento difere em relação à data agendada para a cirurgia em mais de 20/10/5 dias nas prioridades 1/2/3 respectivamente;
- Cuja data agendada para a cirurgia está ultrapassada em 10 dias úteis sem registo da cirurgia.

As situações de pendente, suspenso, intransferível e agendado são atributos que podem ser dados ao episódio funcional e que impedem a transferência automática do utente nos tempos previstos em vigor. Como tal, o responsável do serviço/unidade funcional deve monitorizar estas situações de forma a cumprir os prazos regulamentares e garantir que o utente é tratado atempadamente, prevenindo assim a ocorrência de não conformidades por incumprimento.

As transferências encontram-se organizadas da seguinte forma:



Ilustração 2 – Tipos de Transferência

■ **Transferência da responsabilidade do episódio na mesma instituição hospitalar (intra-hospitalar)**

Sempre que ocorre uma transferência da responsabilidade do tratamento integral do utente, entre serviços/unidades funcionais da mesma instituição, o plano de cuidados tem de ser alterado, exigindo-se por isso nova validação pelo respectivo responsável de serviço/unidade funcional e novo consentimento do utente.

■ **Transferência da responsabilidade do episódio entre instituições hospitalares por acordo entre responsáveis de serviço/unidade funcional (inter-hospitalar por acordo)**

Se a transferência ocorrer no âmbito da rede de referência nacional, por acordo entre os responsáveis dos serviços/unidades funcionais implicados na mesma, a instituição que transfere deve, na aplicação SIGLIC, proceder ao registo de transferência integral do plano de cuidados do utente, e a instituição que recebe deve validar a informação. Assim, o episódio é concluído por transferência da responsabilidade no SIH da instituição hospitalar que envia e é inscrita uma nova proposta na instituição receptora do episódio. A aplicação SIGLIC mantém a informação de ambos os hospitais no episódio único do utente.

O TE do utente transita para a nova inscrição na instituição receptora. No entanto, a mesma não assume responsabilidade sobre esse mesmo TE. Esta transferência implica os procedimentos necessários para a validação de um novo plano de cuidados, nomeadamente validação do responsável do serviço/unidade funcional e consentimento do utente.

■ **Transferência da responsabilidade do episódio entre instituições hospitalares por utilização de NT/VC (inter-hospitalar por emissão de NT/VC)**

A transferência da responsabilidade integral para a instituição que recebe o utente no âmbito de programas especiais, como o PTCO, envolve não só a realização da intervenção cirúrgica, mas também a responsabilidade de solução global da doença, como o seguimento pós-cirúrgico,

durante um período determinado. Estas transferências estão sujeitas às regras gerais, excepto no período de catamnese.

Em todos os casos de transferência da responsabilidade integral do utente, o serviço/unidade funcional do primeiro HO tem de enviar ao novo hospital o plano de cuidados elaborado e documentos relativos a todos os eventos do episódio até à data da transferência. Embora o novo hospital inscreva o utente na sua LIC, o respectivo serviço/unidade funcional não deve ignorar os antecedentes do tratamento que o utente transporta do hospital antigo, considerando-se para efeitos de tratamento global do utente o episódio único que engloba a informação dos episódios de ambos os hospitais. Para efeitos de tempo de espera, o utente inscrito no novo hospital mantém o tempo de espera do episódio no hospital anterior e o serviço/unidade funcional deve tratá-lo dentro dos tempos máximos previstos para a sua prioridade clínica, no âmbito do episódio único. Por princípio, os utentes não devem ser transferidos para serviços cujo tempo médio de espera exceda 25% do tempo máximo de resposta garantido (TMRG).

■ **Transferência da responsabilidade cirúrgica (transferência da cirurgia)**

Esta transferência, realizada através da emissão e cativação de NT/VC, implica apenas a resolução cirúrgica do(s) problema(s) identificado(s) e intercorrências da responsabilidade da instituição hospitalar ou complicações identificadas até sessenta dias após a alta hospitalar. Após a cirurgia e se necessário outros tratamentos complementares, a responsabilidade é do HO, que inscreveu o utente em LIC.

No caso da transferência da cirurgia, o responsável de serviço/unidade funcional de origem deve garantir que o processo do utente está o mais completo possível para que, no momento da transferência, o HD tenha a informação necessária para realizar a correcta avaliação pré-operatória do utente, uma vez que o HD só é responsável pela realização da cirurgia e dos eventos directamente relacionados com a cirurgia. As instalações onde se processam os eventos clínicos (consultas, cirurgias, etc.) no HD convencionado têm de constar na convenção celebrada com a ARS, devendo estar obrigatoriamente licenciadas para as práticas correspondentes.

Após a realização da cirurgia no HD, o utente deve ser seguido por este durante o tempo necessário até ao prazo legal em vigor e a partir daí voltar a ser acompanhado pelo serviço/unidade funcional de origem. O HD tem de concluir o episódio do utente relativo à cirurgia e o serviço/unidade funcional do HO deve continuar a associar os eventos da fase de catamnese ao respectivo episódio até à sua conclusão.

No caso de existirem complicações ou intercorrências da responsabilidade do HD e seja necessário continuar a prestar cuidados ao utente para lá dos 60 dias após alta ou nos casos em que seja necessário um internamento ou cirurgia, o HD deve solicitar à URGIC a autorização para iniciar um novo episódio funcional onde inscreve todos os eventos relacionados com a resolução da complicação ou intercorrência.

Na fase de catamnese o HO deve analisar e registar a conformidade dos cuidados prestados ao utente pelo HD e reportar, por comunicação na rede, à URGIC. A URGIC/ARS, enquanto entidade responsável pela convenção, está obrigada a garantir a adequação dos serviços prestados nos termos

da convenção. As informações prestadas pelo HO são de vital importância para o correcto desempenho das funções da URGIC.

Os tempos actualmente em vigor para a transferência de episódios, mediante emissão de NT/VC, por nível de prioridade e patologia ou grupo de patologias são os seguintes:

	Nível 1:		Nível 2:		Nível 3:		Nível 4:
	Agrupamento geral - ao 203º dia do TMRG;		. Agrupamento geral - ao 30º dia do TMRG;		a pedido, ao 5º dia do TMRG;		a pedido.
	Agrupamento oncológico - ao 45º dia do TMRG;		. Agrupamento oncológico - ao 23º dia do TMRG;				

A fim de controlar os episódios que estão em vias de ser transferidos - episódios que atingiram 70% ou 45% do TMRG - o responsável de serviço/unidade funcional pode retirar a listagem dos episódios nestas condições a partir do SI (SIGLIC ou outro). Para impedir a ocorrência de transferências inadequadas de episódios que o serviço/unidade funcional pretende operar, devem ser estabelecidas regras pelo responsável que garantam que os registos se encontram actualizados, de acordo com as regras do SIGIC.

1.4.2. Fase de Realização

A fase da realização inicia-se com admissão onde ocorre a realização do primeiro evento crítico (por exemplo a cirurgia), até à alta do último evento crítico.

Esta fase pode incluir duas cirurgias diferidas no tempo (por exemplo ressecção cólica com colostomia e encerramento da mesma). Outro exemplo de múltiplos eventos críticos ocorre nas terapias compostas em oncologia, como é o caso da cirurgia mamária seguida de radioterapia e quimioterapia cujo tratamento proposto compreende três eventos críticos.

A decisão sobre se os eventos críticos se inserem ou não no mesmo episódio depende de como estes são planeados. Por princípio, se a decisão terapêutica inclui à partida uma acção multimodal, esta deve estar retratada no plano de cuidados, ainda que este possa vir a não ser cumprido na totalidade.

Modelo da cronologia dos eventos de um plano de cuidados



Ilustração 3 – Modelo da cronologia dos eventos de um plano de cuidados

No âmbito do programa “Cirurgia Segura Salva Vidas” promovido pela DGS, que visa diminuir as taxas de complicações e as taxas de mortalidade durante a prestação de cuidados cirúrgicos, é utilizada uma lista de verificação de segurança cirúrgica antes da indução da anestesia, antes da incisão da pele e antes de o utente sair da sala de operações. O responsável de serviço/unidade funcional deve garantir as condições necessárias para o cumprimento das directivas no âmbito deste programa bem como se assegurar do preenchimento da ficha da Cirurgia Segura durante todos os actos cirúrgicos em SI apropriado (SIGLIC ou outro). Sugere-se a leitura das linhas directas publicadas sobre a Cirurgia Segura, do manual de Cirurgia Segura a ser publicado pela UCGIC e das circulares normativas da DGS.

No âmbito do Programa de Tratamento Cirúrgico de Obesidade (PTCO), caso o serviço/unidade funcional preencha os requisitos exigidos e pretenda realizar cirurgia de obesidade, o respectivo responsável deve apresentar a sua candidatura à DGS. Para tal deve consultar as normas em vigor, nomeadamente as circulares normativas da DGS (n.ºs 14, 18, 19, 20 e 21) e da ACSS (n.º 2) de 2010, assim como a Portaria n.º 1454/2009 de 29 de Dezembro. A candidatura deve ser formalizada na DGS pela instituição. Assim que o serviço/unidade funcional seja constituído como Unidade de Tratamento Cirúrgico de Obesidade (UTCO), o seu responsável deve garantir o registo da informação em SI apropriado (SIGLIC ou outro) de acordo com as normas em vigor por parte dos seus colaboradores.

É necessário que o responsável de serviço/unidade funcional garanta não só o registo como também a qualidade do registo dos dados no SI relativos à cirurgia, complicações e intercorrências, por parte dos profissionais do seu serviço/unidade funcional, de modo a que a informação fique devidamente associada ao episódio do utente e evitar não conformidades no processo.

1.4.3. Fase de Catamnese

A fase de catamnese (seguimento do utente após a alta do último evento crítico (cirurgia) até à conclusão do episódio) abrange as consultas de acompanhamento do utente após alta para reavaliação clínica e recuperação total do tratamento a que foi submetido (exemplo: sessões de fisioterapia).

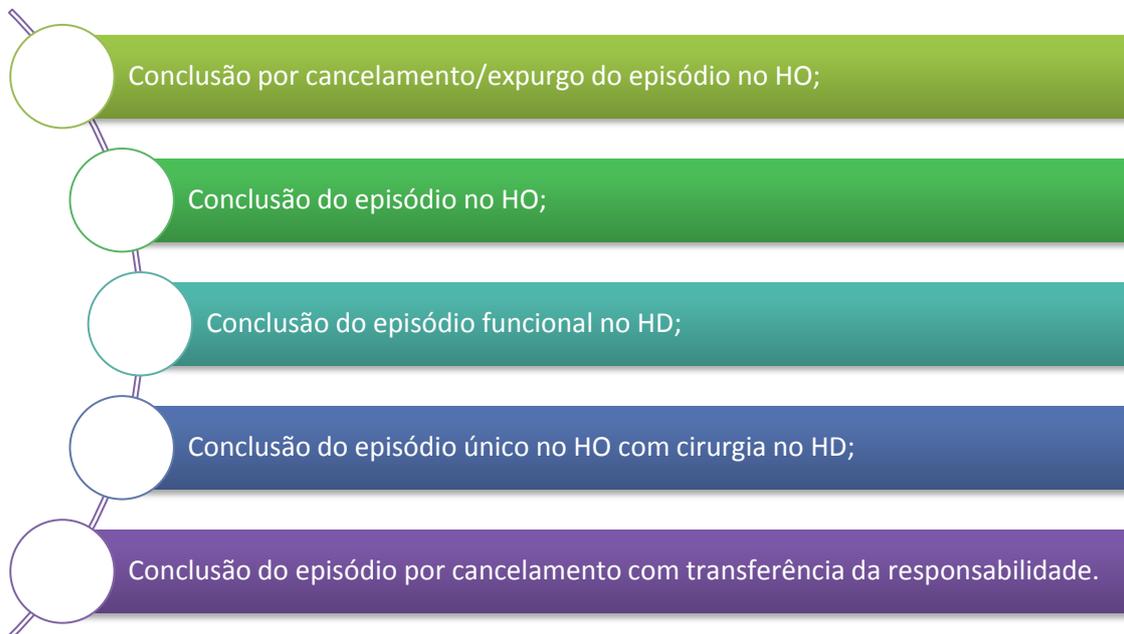
O responsável do serviço/unidade funcional deve garantir o seguimento do tratamento do utente após a alta até à sua recuperação total. No caso de ser um serviço/unidade funcional de destino para onde o utente foi transferido com responsabilidade da cirurgia, a fase de catamnese tem uma duração máxima de acordo com prazo em vigor no regulamento do SIGIC. Após esse prazo, o episódio funcional é concluído no HD e o HO passa a ser responsável pelo seguimento e continuação do tratamento do utente até à conclusão do episódio funcional.

Se o utente for transferido para outra instituição hospitalar durante a fase da proposta a responsabilidade pelo tratamento do utente até à conclusão do internamento passa a ser do novo hospital (como no caso do PTCO) e os eventos clínicos e administrativos da fase de catamnese ficam a cargo do novo serviço/unidade funcional para o qual o utente foi transferido.

Se um utente na fase da catamnese for transferido para outra instituição hospitalar, no âmbito das unidades nosológicas enquadradas no episódio funcional, deve, antes da conclusão do episódio, ser reavaliado no HO e a avaliação sobre as prestações do outro hospital registadas no processo e no SI.

1.4.4. Fase da Conclusão

Todos os episódios têm um início (inscrição) e um fim (conclusão). A conclusão pode corresponder a um cancelamento do episódio ou à conclusão do internamento após o utente ter sido tratado pelo serviço/unidade funcional. Assim sendo o episódio pode sofrer vários tipos de conclusões, nomeadamente os seguintes:



A conclusão do episódio no HO com cirurgia no HD só pode ocorrer após conclusão do episódio no HD e consulta de avaliação no HO.

Caso o utente tenha sido operado num HD, a fase da conclusão engloba o registo e a validação da conclusão do internamento para efeitos clínicos e de facturação do episódio associado ao plano de cuidados do utente.

O responsável do serviço/unidade funcional deve garantir a qualidade dos dados registados no sistema informático (registos correctos e completos) relativos aos eventos críticos até à alta do utente por parte dos profissionais do seu serviço/unidade funcional, nomeadamente em termos de classificação e codificação do episódio, permitindo assim que o SI gere o GDH correcto para efeitos de facturação.

1.5. Direitos dos utentes e implicações na actividade do serviço/unidade funcional

Os direitos dos utentes estão regulamentados na Portaria n.º 45/2008 de 15 de Janeiro, que aprova o Regulamento do SIGIC, e constam no Volume V do presente manual.

O responsável do serviço/unidade funcional deve planear e gerir a actividade do seu serviço/unidade funcional de forma a respeitar esses mesmos direitos, nomeadamente:

- Garantir que todos os utentes inscritos para cirurgia recebem o certificado comprovativo da sua inscrição em LIC, concordante com a proposta registada e cópia da última;
- Garantir que o utente tem a possibilidade de invocar motivo plausível quando não possa comparecer aos eventos associados ao plano de cuidados, para os quais tenha sido convocado, de acordo com as normas em vigor;
- Garantir que a notificação dos utentes, sobre a data da cirurgia, é realizada com a antecedência prevista no regulamento, ou que quando o mesmo não acontecer a recusa não penaliza o utente;
- Garantir a equidade no agendamento;
- Garantir que é sempre entregue ao utente uma nota de alta no momento da alta do internamento /cirurgia de ambulatório;
- Garantir que sempre que o utente o solicitar é entregue um relatório circunstanciado do episódio funcional;
- Garantir que toda a informação clínica relevante é transferida para um novo serviço/unidade funcional sempre que o utente aceitar uma transferência;
- Garantir o tratamento do utente dentro dos TMRG ou TRG em vigor;
- Garantir que o episódio é cancelado sempre que seja essa a vontade expressa do utente;
- Garantir que todos os utentes inscritos para cirurgia recebem o certificado comprovativo da sua saída da LIC quando o episódio funcional é cancelado no HO;
- Garantir o tratamento adequado das reclamações dos utentes relativamente ao serviço/unidade funcional e melhorar a qualidade dos serviços prestados.

A fim de respeitar os direitos dos utentes, o responsável do serviço/unidade funcional poderá recorrer ao SI (SIGLIC ou outro) para retirar listagens de episódios em risco de incorrer em não conformidades e coordenar a sua resolução através da colaboração dos seus profissionais médicos e administrativos.

1.6. Condições para inscrição de um utente em LIC

De acordo com o regulamento do SIGIC, só podem inscrever utentes em LIC os Serviços/Unidades que disponham de capacidade técnica para realizar os procedimentos cirúrgicos propostos.

Os critérios de inclusão de utentes na LIC são os seguintes:

Incluem-se na LIC

Utentes que aguardam a realização de um procedimento cirúrgico para o qual o serviço/unidade funcional prevê a utilização de recursos físicos e humanos afectos à cirurgia programada;

Utentes em situação de urgência diferida, dispensando-se as formalidades que não puderem ser efectuadas previamente por motivos clínicos;

Só podem inscrever utentes em LIC serviços que disponham de capacidade técnica para realizar os procedimentos cirúrgicos propostos.

Não se incluem na LIC

Os utentes propostos para pequenas cirurgias salvo os casos devidamente justificados em que seja indispensável a anestesia geral ou loco-regional e a utilização do bloco operatório;

Os utentes propostos para procedimentos cirúrgicos a realizar fora do bloco operatório de cirurgia convencional ou ambulatória;

Procedimentos efectuados por técnicos que não médicos com especialidade cirúrgica.

Em resumo, sempre que se estabeleça no programa terapêutico, proposto ou previsto, a inclusão de procedimentos cirúrgicos electivos no bloco operatório, deve inscrever-se o utente na LIC.

Um utente tem de ser inscrito na LIC logo que o médico especialista antecipa a necessidade de um evento cirúrgico no conjunto do plano terapêutico com uma probabilidade de ocorrência superior a 90%.

Quando o plano terapêutico prevê mais do que um evento crítico, sendo que o cirúrgico não é o primeiro, o utente deve não obstante ser logo inscrito, ficando pendente enquanto executa o primeiro evento crítico não cirúrgico.

Por exemplo, um utente tem um carcinoma do esófago cujo plano de cuidados prevê radioterapia prévia e cirurgia subsequente e não apresenta evidência clara de patologia associada que contra-indique os tratamentos. Ainda que não tenha realizado todos os exames de estadiamento e avaliação pré-operatória, o utente deve ser inscrito em LIC. Quando iniciar o tratamento, o episódio é colocado na situação de pendente. Esta pendência é retirada findo o prazo de recuperação protocolado e reinicia-se então a contagem do tempo de espera até à data da cirurgia.



Como norma, nas situações em que a cirurgia esteja prevista o utente deve desde logo ser inscrito na LIC, ainda que nalguns casos o episódio tenha de vir a ser cancelado decorrente de investigações subsequentes.

A correcta e uniforme inclusão de um utente em LIC é crucial em termos de justiça social e equidade no acesso aos serviços de saúde, assim como para a análise conclusiva de dados, pelo que é da máxima importância que os responsáveis de serviço/unidade funcional alinhados com o CA da instituição hospitalar tomem as medidas necessárias para o seu correcto cumprimento. As situações anómalas de inclusão de utentes em LIC, detectadas em auditorias, são consideradas não conformidades e, como tal, passíveis de penalizações.

1.7. Acompanhamento das transferências de utentes

Neste número, chama-se a atenção para responsabilidade que impende em particular sobre os responsáveis de serviço/unidades funcionais na monitorização e no controlo das transferências de utentes para os hospitais de destino nomeadamente as transferências de cirurgia, cuja responsabilidade pelo acompanhamento é do serviço/unidade funcional do HO.

Tratando-se de uma transferência da cirurgia, é obrigatório logo após a alta do utente do HD, o serviço/unidade funcional marcar uma consulta de revisão pós-cirúrgica. Esta obrigação resulta não só da necessidade de avaliar a situação clínica do utente e de identificar outras acções de que tenha de ser alvo, mas também da necessidade avaliar e controlar a prestação de cuidados no HD.



O SIGLIC notifica o HO que o utente teve alta no HD. Em função dos procedimentos envolvidos, o HO deve marcar uma consulta para uma data em que seja previsível que o utente esteja estabilizado, no período máximo de 2 meses a contar da data da cirurgia.

É igualmente importante o papel do responsável de serviço/unidade funcional na autorização de alterações às propostas cirúrgicas ou mesmo na disponibilização de peritos para arbitrar processos ou darem pareceres quando tal for necessário. A resposta às solicitações tem um prazo máximo de 5 dias úteis.

No âmbito de uma transferência de um utente para um HD, a componente cirúrgica do tratamento transfere-se, mas a responsabilidade do HO em obter os melhores resultados globais para o utente mantém-se. Deste modo, é o HO que estabelece o programa terapêutico, podendo incluir diversas intervenções para além da cirurgia, como terapêutica médica, reabilitação, radioterapia, quimioterapia, terapêutica psicológica ou ocupacional. Neste contexto, não faz sentido que a proposta cirúrgica possa ser alterada por terceiros, independentemente de serem hospitais do

SNS ou não, sem consentimento prévio, já que a responsabilidade pelos processos terapêuticos do utente, como um todo, mantém-se no HO, ainda que a responsabilidade pelo acto cirúrgico e acções circundantes seja do HD.



Chama-se a atenção que no caso particular dos HD do SNS, o serviço/unidade funcional pode caso o entenda, e com a concordância do utente, optar por devolver o processo para cancelamento no HO e inscrevê-lo na sua LIC, agora enquanto HO. Neste caso, a responsabilidade transita integralmente para o novo hospital e nestas condições já não precisa de qualquer autorização do serviço/unidade funcional anterior. Contudo o utente deve ser alertado para as novas condições, como por exemplo o início da contagem do tempo de espera, no momento da assinatura do novo consentimento. Nestas situações, os cancelamentos têm um motivo específico e o SIGLIC cria um aviso temporário para evidenciar estes casos. Quando este tipo de situações ocorrer, a URGIC deve ser devidamente informada pelo serviço/unidade funcional.

O envio do processo clínico do utente para o HD, o mais completo e actualizado possível, constitui uma mais-valia para o tratamento do utente, que se traduz quer na realização mais célere da cirurgia, quer na redução do risco de problemas peri-operatórios.

Caso o serviço/unidade funcional receba utentes de outras instituições hospitalares nos termos da transferência da cirurgia, o responsável de serviço deve igualmente acompanhar o seu tratamento, no sentido de serem respeitados os tempos máximos em vigor para a sua cirurgia.



Por princípio, um serviço/unidade funcional cujo TE médio dos operados ultrapassa os 2 meses não tem condições para receber utentes do exterior por via de transferência.

As situações relativas a dificuldades, não conformidades e de negligência no âmbito das transferências devem ser reportadas à URGIC através da comunicação na rede (no SIGLIC).

O HD que recebe utentes por transferência é penalizado sempre que ultrapassa os TMRG sem operar os utentes.

1.8. Negociação dos objectivos do serviço/unidade funcional

A negociação dos objectivos dos serviços/unidades funcionais com o órgão máximo de gestão do hospital pressupõe a definição dos objectivos e estratégia da instituição por parte deste e o seu conhecimento e compreensão por parte dos responsáveis dos respectivos serviços. A compreensão dos objectivos e estratégia institucional é fundamental para que o responsável do

serviço/unidade funcional possa planear a negociação dos objectivos, em termos de produção cirúrgica com o Conselho de Administração (CA) da instituição hospitalar.

Na definição dos objectivos, o responsável do serviço/unidade funcional deve ter em conta um conjunto de factores esquematizados na ilustração seguinte:



No processo de negociação da actividade cirúrgica com o CA, o responsável do serviço/unidade funcional deve atender ao processo associado à produção cirúrgica (consulta, MCDT, agendamentos, cirurgia, etc.), e às etapas de tratamento do utente, de modo a detectar os pontos de constrangimento e ajustar a capacidade instalada à produção do seu serviço/unidade funcional. É igualmente importante detectar as limitações ao nível dos seus recursos humanos, ou seja, determinar a disponibilidade, as competências e as motivações internas dos seus colaboradores a fim

de estabelecer processos que garantam o alinhamento dos seus objectivos às necessidades identificadas.

Sempre que seja necessário recorrer a serviços externos (imagiologia, laboratórios, consultas de outras especialidades, etc.) deve dispor-se dos SLA (acordo de níveis de serviço prestados) desses fornecedores, nomeadamente no que respeita aos tempos de entrega /execução, critérios de qualidade e políticas de controlo de risco.

Tendo em conta os factores enunciados anteriormente e detectados os pontos de constrangimento no processo de gestão do utente no serviço/unidade funcional, o responsável do serviço/unidade funcional deve negociar com o CA:

- A produção cirúrgica a realizar em regime MRA e MRC;
- Os critérios de qualidade do processo (não conformidades);
- Os níveis de satisfação dos utentes (reclamações, inquéritos de satisfação, etc.);
- Os critérios de qualidade dos resultados em saúde (falências terapêuticas, recorrências, complicações, etc.);
- A definição de indicadores e metas;
- A definição do processo de controlo e acompanhamento caracterizando o sistema de monitorização e avisos;
- As penalizações e os incentivos para atingir o nível de produção pretendido;
- A aquisição de recursos adicionais para atingir o nível de produção pretendido, quer físicos quer humanos;
- A determinação de requisitos normativos organizacionais, metodológicos e logísticos.

A contratualização interna deve ficar espelhada no SI e ser acessível a todos os colaboradores e demais interessados.

1.9. Negociação da produção com os colaboradores do serviço/unidade funcional

Estando fixado o contrato interno com o CA, o responsável do serviço/unidade funcional deve negociar com cada um dos seus colaboradores os seguintes elementos:



1.10. Definição e manutenção da carteira de serviços

Cabe ao responsável de serviço/unidade funcional definir a carteira de serviços ou seja os procedimentos cirúrgicos para os quais o seu serviço/unidade funcional tem competências condições e capacidade efectiva de realização.

Na definição da carteira de serviços, deve ter em conta não só os recursos físicos (equipamentos, instalações, etc.) e os recursos humanos (competências técnicas dos colaboradores) que tem à sua disposição, mas também os recursos dos serviços que actuam como fornecedores de serviços, como é o caso dos serviços de MCDT.

É importante o responsável de serviço/unidade funcional definir a sua carteira de serviços e garantir a sua manutenção no SI apropriado (SIGLIC), pois tal permite uma melhor avaliação da oferta face à procura de serviços por parte dos utentes e da tutela. É também um requisito de conformidade e um processo para gerir melhor os seus recursos ajustando-os à procura existente. Caso o serviço/unidade funcional tenha excesso de meios físicos e humanos face à sua procura, a sua capacidade instalada pode ser rentabilizada através das transferências de utentes intra ou inter-hospitalar, assinalando na sua carteira de serviços os procedimentos cirúrgicos e o número em média mensal de utentes que deseja receber, através de SI apropriado (SIGLIC).

1.11. Monitorização das não conformidades do serviço/ unidade funcional

As não conformidades do serviço/unidade funcional, em particular as da área clínica, ligadas ao processo de agendamento do utente, ao conteúdo dos documentos clínicos, aos prazos de tratamento dos utentes e à equidade no acesso ao tratamento dos utentes devem ser objecto de monitorização sistemática por parte dos seus responsáveis.



A utilização incorrecta dos tempos de pendência pode gerar não conformidades.

A programação não atempada do BO pode dar origem a não conformidades.

Para o efeito, o sistema disponibiliza um sistema de avisos que permite a monitorização das eventuais não conformidades, caso o processo não seja corrigido e das não conformidades geradas, sujeitas a penalizações.

Para além das não conformidades detectadas automaticamente, a URGIC e a UCGIC podem também aplicar não conformidades às instituições, apuradas na sequência de auditorias e da análise de reclamações.



O responsável do serviço/unidade funcional deve avaliar os riscos em incorrer em não conformidades e criar sistemas de gestão do risco e planos de contingência, prosseguindo a prevenção e a minimização do impacto.

As não conformidades são susceptíveis de serem penalizadas, podendo os serviços, querendo, contestar. A contestação é efectuada através do SIGLIC e tem de ser fundamentada por meio de prova documental. As contestações são apreciadas pela URGIC e, caso sejam aceites, as não conformidades ficam sem efeito. No caso de não serem aceites, as instituições podem ainda recorrer para a UCGIC, ficando as não conformidades sem efeito, caso o recurso seja aceite.

Em seguida, apresenta-se de forma esquemática a gestão das não conformidades:



Ilustração 4 – Processo geral da gestão das Não Conformidades

Para saber mais detalhes sobre o sistema de não conformidades, deve consultar-se o manual de não conformidades que consta no Volume V deste manual.

1.12. Acompanhamento da actividade para cumprimento dos objectivos do serviço/unidade funcional

1.12.1. Modelo de monitorização e controlo da actividade do serviço/unidade funcional

O acompanhamento da actividade do serviço/unidade funcional é fundamental para garantir o cumprimento dos objectivos negociados entre o responsável do serviço/unidade funcional e o conselho de administração (CA).

Para o efeito, o responsável do serviço/unidade funcional deve criar um modelo de monitorização e controlo da actividade, com base nos critérios chave incluídos nos seguintes modelos:

Modelo de definição de normas, regras e medidas para o funcionamento do serviço/unidade funcional;

Modelo de monitorização da actividade do serviço/unidade funcional.

Os critérios chave do modelo de definição de normas, regras e medidas para o funcionamento do serviço/unidade funcional são os seguintes:

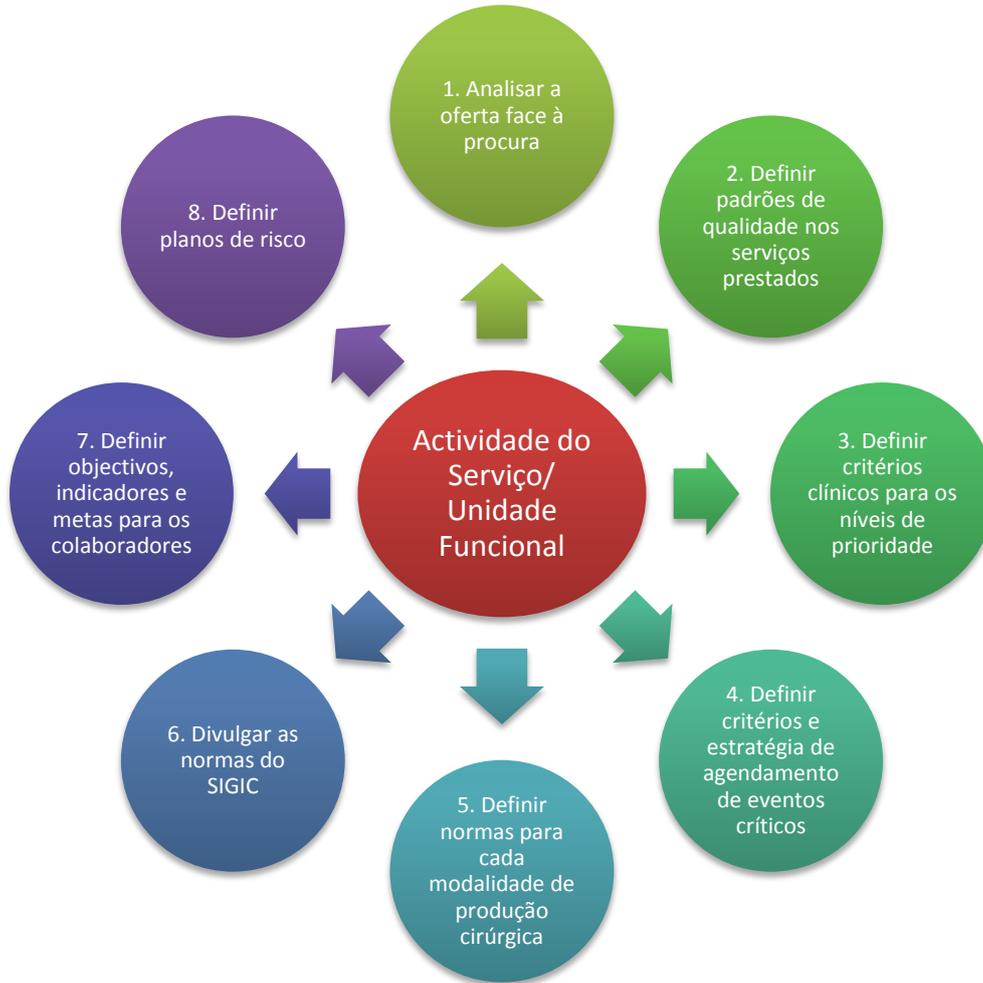


Ilustração 5 - Modelo de definição de normas, regras e medidas para o funcionamento do serviço/unidade funcional

Em seguida, são detalhados os pontos a ter em consideração em cada critério para a criação do modelo de monitorização da actividade do serviço/unidade funcional:

1. Análise da oferta face à procura

- ✚ Análise da oferta de serviços (procedimentos disponibilizados) do serviço/unidade funcional tendo em conta os seus recursos (físicos e humanos) face à procura de serviços por parte dos utentes (lista de inscritos para cirurgia) e realização de um esforço constante de adequação dos serviços à procura existente, nomeadamente através de propostas de aquisição de equipamento, aquisição de competências e revisão da carteira de serviços;
- ✚ Nesta área deve também ser analisada a procura não expressa em inscrições, para identificar constrangimentos de acesso. Para este efeito deve ser efectuado uma análise de *benchmarking* com hospitais/serviços congéneres, consultada a epidemiologia e observados eventuais potenciais constrangimentos no acesso às inscrições.

2. Definição de padrões de qualidade nos serviços prestados

- ✚ Definição dos padrões de qualidade dos diversos serviços prestados ao utente pelo serviço/unidade, através de circular interna com as normas de funcionamento do serviço/unidade ou através da instituição de protocolos clínicos, tendo em conta as indicações da Direcção Geral da Saúde e as melhores práticas internacionais, nomeadamente as emitidas pela Organização Mundial de Saúde.

3. Definição de critérios clínicos para os níveis de prioridade

- ✚ Definição dos critérios clínicos para a atribuição de cada nível de prioridade, através de circular interna, tendo em conta as normas do SIGIC e a equidade no acesso. De acordo com o regulamento do SIGIC, há diversos aspectos a ter conta no estabelecimento da prioridade clínica:
 - Patologia base;
 - Gravidade;
 - Impacto na esperança de vida;
 - Impacto na autonomia e qualidade de vida;
 - Velocidade de progressão da doença;
 - Tempo de exposição à doença.
- ✚ O serviço/unidade funcional, em função da sua casuística específica, deve procurar estabelecer sob a forma de protocolo os critérios a ter em conta pelos médicos do seu serviço/unidade funcional em cada um dos itens referidos, com o objectivo de alcançar maior rigor e uniformidade na atribuição das prioridades clínicas.

4. Definição de critérios e estratégia de agendamento dos utentes

- ✚ Definição da estratégia e dos critérios de agendamento dos utentes tendo em conta os TMRG e os TRG em vigor, os recursos do serviço/unidade funcional e os SLA dos fornecedores de serviços internos (Cardiologia, Anestesia, MCDT, entre outros);
- ✚ A gestão do agendamento é uma actividade crítica na gestão do processo. Por exemplo, uma consulta de decisão terapêutica prévia a um exame de diagnóstico importante é ineficiente. Uma TAC agendada para uma data que supere o TMRG não é eficaz e se for muito anterior à cirurgia pode tornar-se inútil.

5. Definição das normas para cada modalidade (MRA e MRC) de produção cirúrgica

- ✚ Definição de normas no âmbito das modalidades de produção cirúrgica previstas pelo SIGIC, nomeadamente no que respeita ao horário em que o serviço/unidade funcional realiza cada

modalidade e a constituição das equipas cirúrgicas em função dos requisitos operatórios. Devem também ser definidos os processos de controlo que monitorizem o equilíbrio entre as 2 modalidades de produção;

- ✚ A modalidade de remuneração alternativa (MRA) foi desenvolvida com o objectivo de ajustar a produção à procura, permitindo assim a gestão adequada da LIC e a maximização da capacidade instalada da instituição hospitalar, contribuindo assim para a sua eficiência e sustentabilidade. Deve, pois, ser utilizada estritamente neste contexto.

6. Divulgação das normas do SIGIC

- ✚ O regulamento, o manual, as linhas directas, outras normas em vigor e outras informações sobre o SIGIC devem ser amplamente divulgados no serviço/unidade funcional, através por exemplo da elaboração de um manual de procedimentos interno;
- ✚ O conhecimento efectivo dos itens descritos deve ser garantido através de acções de formação e de inquéritos apropriados.

7. Definição dos objectivos, indicadores e metas individuais e colectivas para os colaboradores do serviço/unidade funcional

- ✚ Definição dos objectivos, indicadores e metas para os seguintes critérios:
 - Cumprimento do TE em vigor e do tempo de resposta garantido (TRG) estabelecido no serviço/unidade funcional;
 - Qualidade dos registos, atendendo à:
 - Actualidade;
 - Adequação aos eventos/ocorrências que retratam;
 - Correcta identificação dos diagnósticos e procedimentos, respectiva descrição e codificação;
 - Correcta identificação do utente;
 - Identificação do responsável pela informação registada;
 - Identificação do serviço/unidade funcional responsável;
 - Identificação da data a que os eventos/ocorrências se referem;
 - Identificação do utilizador que efectuou o registo;
 - Identificação da data em que o registo foi efectuado;
 - Qualidade da informação:
 - Coerência com a realidade;
 - Consistência;
 - Linguagem apropriada ao contexto da utilização da informação;

- Equidade no processo de agendamento;
 - Valor percebido pelo utente (através de inquéritos de satisfação, análise de reclamações, etc.);
 - Garantia de qualidade nos serviços prestados medidos em resultados em saúde (efectividade dos tratamentos, falência dos procedimentos, complicações ajustadas ao risco, taxas de cancelamentos, etc.);
 - Qualidade do processo (adequação dos processos aos protocolos instituídos, medida, nomeadamente, através de tempos de espera em LIC, tempos de internamento, percentagem de registos completos e atempados, tempos de resposta a solicitações ao serviço/unidade funcional, percentagem de utentes que ultrapassam o TMRG, percentagem de cancelamentos, etc.);
 - Resultados da actividade, nomeadamente na produção ponderada por índice de complexidade;
- ✚ Elaboração de relatórios destinados ao CA;
 - ✚ Definição de parâmetros fisiológicos e biológicos do utente que são registados em cada fase do processo e que permitem classificar o utente face ao risco e prognóstico;
 - ✚ Instituição de um processo que garanta que cada subscritor (médico responsável pelo registo da consulta, da proposta, da cirurgia e da conclusão) valide a informação registada no SI com a oposição da sua assinatura;

8. Definição de políticas e planos de risco

- ✚ Definição interna de políticas suportadas por planos de risco, nomeadamente sobre comportamentos de risco, acidentes e incidentes (*vide* números deste manual sobre avaliação do risco, planos de contingência e gestão da mudança).

Os critérios chave do modelo de monitorização da actividade do serviço/unidade funcional são os seguintes:



Ilustração 6 - Modelo de monitorização da actividade do serviço/unidade funcional

Relativamente a cada um dos critérios supra referidos, são detalhados de seguida os aspectos a considerar na criação do modelo de monitorização da actividade do serviço/unidade funcional:

1. Monitorização dos tempos de acesso à proposta

- ✚ Monitorização dos tempos de espera para a primeira consulta da especialidade e para a inscrição da proposta do utente em LIC.

2. Monitorização da adequação das propostas

- ✚ Monitorização da adequação das propostas cirúrgicas no que concerne a:
 - Validação do correcto preenchimento das mesmas;
 - Apropriação aos protocolos instituídos;
 - Concordância com a carteira de serviços publicada.

3. Monitorização dos tempos de pendência dos episódios

- ✚ A monitorização do TE pendente permite identificar o TE por excesso que ocorre quando, reunindo o utente as condições clínicas para ser intervencionado, é colocado na situação de pendente, ou o TE por defeito quando, não reunindo o utente as condições clínicas para ser intervencionado, não é colocado como pendente.

4. Monitorização das classificações de intransferível

- ✚ Monitorização dos episódios classificados como intransferíveis, nomeadamente dos que estão prestes a ultrapassar o TMRG para a prioridade e patologia, a fim de tratar os utentes dentro dos tempos regulamentares e evitar não conformidades.

5. Monitorização dos cancelamentos de episódios

- ✚ Monitorização dos cancelamentos. O excesso de cancelamentos traduz ineficácia e ineficiência no processo de inscrição do utente, pelo que deve ser despoletado um processo de averiguação.

6. Monitorização do processo de agendamento e programação do BO

- ✚ Monitorização dos agendamentos efectuados e da programação do BO no serviço/unidade funcional para garantir a equidade no acesso, os TMRG para a prioridade e patologia, e os prazos previstos na comunicação da data da cirurgia ao utente.

7. Monitorização das várias modalidades (MRA e MRC) de produção

- ✚ Monitorização das modalidades em que a produção cirúrgica do serviço/unidade funcional é realizada de forma a garantir o respeito por parte dos colaboradores das normas instituídas pelo responsável do serviço/unidade funcional e das condições negociadas com CA da instituição hospitalar. Deve prestar-se especial atenção à rentabilidade da produção em MRC, dado que tem impacto directo na eficiência do serviço/unidade funcional.

8. Monitorização do processo de conclusão dos episódios

- ✚ É na conclusão do episódio que fica sintetizada a participação do serviço na resolução do problema do utente. É nesta etapa que se avaliam os resultados, as conformidades, a utilização de recursos e, nos casos apropriados, se preparam os elementos para a facturação do episódio. Pelos motivos referidos, é de particular importância que o responsável do serviço/unidade funcional acompanhe as conclusões dos episódios e garanta a validação da conclusão no SI apropriado (SIGLIC ou outro).

- ✚ O serviço/unidade funcional está obrigado a concluir os episódios até um prazo máximo de sessenta dias após a alta hospitalar ou a cirurgia de ambulatório, excepto em programas especiais como o PTCO, sob pena de ser estabelecida uma não conformidade. Caso, passados 90 dias sob os referidos eventos, o episódio não se encontre concluído, o SIGLIC procede automaticamente à sua conclusão. Este facto não impede que o serviço/unidade funcional altere posteriormente a conclusão e corrija eventuais imprecisões.
- ✚ A conclusão encerra o episódio e disponibiliza informação relativa ao mesmo para efeitos estatísticos. As conclusões com informação errada geram não conformidades passíveis de penalização.

9. Monitorização do valor percebido pelo utente

- ✚ Monitorização do valor dos serviços prestados percebido pelo utente, através da realização de inquéritos de satisfação, de análise de reclamações dos utentes, entre outros. De acordo com os resultados, devem ser tomadas medidas que melhorem a satisfação dos utentes.

10. Monitorização das situações passíveis de gerar não conformidades

- ✚ Monitorização dos avisos/alertas e das não conformidades imputadas ao serviço/unidade funcional através do SIGLIC, de forma a prevenir a ocorrência de erros.

11. Monitorização de comportamentos de risco, de acidentes e de incidentes

- ✚ Monitorização de comportamentos de risco relacionados com o cumprimento das regras do SIGIC e das normas internas definidas pelo responsável do serviço/unidade funcional;
- ✚ Monitorização de acidentes e incidentes através do registo e análise das ocorrências - e da verificação do cumprimento dos planos de contingência definidos para o efeito;

1.12.2. Gestão da mudança

1.12.2.1. Perspectiva do SIGIC

Tal como referido anteriormente, o SIGIC obriga a que a actividade do serviço/unidade funcional respeite um conjunto procedimentos normativos que têm por consequência a eventual mudança de processos, de comportamentos por parte dos colaboradores, de recursos utilizados e da organização da actividade do serviço/unidade funcional. Uma boa gestão da mudança permite criar menos resistências e garantir o compromisso dos colaboradores no cumprimento das normas em vigor (leis, circulares normativas, etc.).

No âmbito do SIGIC, têm de ocorrer normalmente 3 tipos de mudança nos serviços/unidades funcionais:



Mudança nos processos de gestão da actividade do serviço/unidade funcional para cumprir com os dispositivos normativos em vigor (leis, circulares normativas, etc.)



Mudança nos sistemas de informação e processos de registo



Mudança na cultura organizacional do serviço/unidade funcional, ao nível da negociação, definição de responsabilidades, medição e cumprimento dos objectivos e controlo da actividade com indicadores de processo e resultado.

1.12.2.2. Considerações gerais sobre gestão da mudança

A gestão da mudança é uma área que se centra na necessidade da constante adaptação das organizações às alterações conjunturais e mesmo às estruturais. A cultura organizacional que rege o comportamento das pessoas, resulta muitas vezes no estabelecimento de formas burocráticas e funcionais de agir contra as quais se exige uma atitude inovadora e eficiente. A intensidade e a mutabilidade das pressões internas e externas impõem desafios para as organizações, fomentando a necessidade real da mudança.

O mundo está em acelerada mudança com a globalização, a crise de valores, as alterações demográficas, a mobilidade, a democratização do conhecimento, a velocidade das iterações, as crises energéticas e os perigos ambientais. Tudo mudou no último século mais do que no último milénio.

A mudança organizacional pode traduzir-se numa alteração de posicionamento no mercado, de uma mudança na sua função social, de uma modificação no seu direccionamento estratégico com possível alteração na sua missão e visão e reavaliação das suas práticas nos diferentes níveis de autoridade e responsabilidade.

Nas organizações os processos tendem a ajustar-se ao melhor equilíbrio entre os diversos protagonistas, em função do seu peso específico na instituição. No caso da saúde, o utente enquanto parceiro tem um peso específico muito baixo, impedindo que condicione significativamente os processos. A importância do utente no processo tende a aumentar e as organizações devem preparar-se para este facto.

A mudança é tida como processo natural ao longo da existência das organizações. Para que um processo de mudança tenha sucesso, deve existir liderança, confiança e determinação do topo hierárquico e tempo.

Neste contexto, a sustentabilidade das organizações está directamente relacionada com a sua capacidade de mudança no sentido de adaptação à conjuntura actual.

1.12.2.2.1. O processo de gestão da mudança

A gestão da mudança é um processo eficaz de alocação de recursos, de forma a transformar a organização, com o objectivo de melhorar a sua eficácia. Existem diversas condicionantes que influenciam o processo de mudança de uma organização, como o nível de recursos que a instituição hospitalar dispõe, a maior ou menor necessidade de mudança, qualidade da gestão e a actual envolvente política, económica, social, tecnológica, ambiental e legal.

Habitualmente torna-se necessário promover um processo de mudança quando a organização não satisfaz os envolvidos no processo, nomeadamente os utentes e os órgãos de tutela. Os sinais evidentes de necessidade de uma intervenção profunda podem ser de carácter quantitativo ou qualitativo. Por exemplo, aumento das listas de espera, diminuição da produtividade, aumento de custos, redução de rendibilidade, podem ser claros sinais quantificáveis de uma deficiente gestão. Insatisfação dos utentes, fornecedores e colaboradores, são também sérios alertas de carácter qualitativo. De forma a validar e enquadrar o desempenho da instituição hospitalar ou do serviço/unidade funcional, é da maior importância a realização de um trabalho de avaliação do desempenho (melhores práticas) comparando-o com o da instituição hospitalar ou serviços/unidades funcionais de referência.

1.12.2.2.2. Tipos de mudança

Existem diferentes tipos de mudanças organizacionais, nomeadamente: tecnológicas, de imagem, de serviços, de processos, de relevância social, estruturais, de pessoas/cultura e de estratégia. Os serviços/unidades funcionais podem inovar numa ou mais áreas, dependendo das forças internas e externas de mudança.

Mudanças tecnológicas

A mudança de tecnologia é relativa ao processo de produção do serviço/unidade funcional – como realiza seu trabalho. São dimensionadas para tornar mais eficiente o processo de produção ou acrescentar valor aos serviços prestados. Como podem os gestores estimular a mudança de tecnologia? A regra é que a mudança tecnológica deve ser requerida de baixo para cima, ou seja, significa que as ideias têm origem nos níveis mais baixos da organização e são canalizadas para cima para aprovação. Os colaboradores nos níveis hierárquicos mais baixos compreendem a tecnologia e têm a habilidade necessária para propor as mudanças, e a sua implementação deve ser de cima para baixo, garantindo a eficácia e oportunidade do processo e dos investimentos.

Mudanças no portfólio de serviços

É uma mudança na carteira de serviços produzidos pelo serviço/unidade funcional. As inovações em novos serviços têm grandes implicações para um serviço/unidade funcional porque frequentemente são o resultado de uma nova estratégia e podem definir um mercado novo. O lançamento de um novo serviço é difícil porque ele não envolve somente uma nova tecnologia, mas também aquisição de conhecimentos e mobilidade de utentes que tinham as suas necessidades satisfeitas noutros prestadores. As ideias para novos serviços têm sua origem nos níveis mais baixos do serviço/unidade funcional, assim como ocorre com as mudanças tecnológicas. A diferença é que as ideias de novos serviços circulam horizontalmente entre os departamentos. A inovação de um serviço requer perícia de diversos departamentos simultaneamente. O fracasso de um serviço novo é muitas vezes o resultado de uma cooperação falhada.

Mudanças estruturais

Envolvem toda a hierarquia do serviço/unidade funcional, as metas, as características estruturais, os procedimentos e os sistemas administrativos e clínicos. Uma mudança estrutural bem-sucedida é realizada por uma abordagem de cima para baixo porque a habilidade para a melhoria administrativa tem a sua origem nos níveis médio e alto do serviço/unidade funcional. O processo de cima para baixo não significa que a coerção seja a melhor tática de implementação. As táticas de implementação incluem instrução, participação e negociação com todos os colaboradores. No entanto, um aspecto a não descurar é a desfuncionalização das estruturas anteriores.

Mudanças culturais

Referem-se a mudanças nos valores, normas, atitudes, crenças e comportamento dos colaboradores. Relacionam-se com a maneira como os colaboradores do serviço/unidade funcional pensam. O treino e formação são as ferramentas frequentemente mais utilizadas para mudar o pensamento dominante no serviço/unidade funcional. Podem ser oferecidos programas de formação aos seus colaboradores em assuntos como trabalho em equipa, qualidade, gestão participativa, atendimento ao utente, etc. Outra abordagem fundamental para mudanças nas pessoas e culturas é o desenvolvimento organizacional. O desenvolvimento organizacional sugere a aplicação da ciência do comportamento num esforço conjugado para melhorar a capacidade de uma organização em confrontar-se com o ambiente externo e aumentar a capacidade de resolver problemas. O desenvolvimento organizacional melhora as relações de trabalho entre os seus colaboradores.

1.12.2.2.3. Gestão de conflitos

O conflito pode ocorrer a qualquer momento e em qualquer lugar dentro de uma organização. O desenvolvimento organizacional pode ajudar a resolver esses mesmos conflitos, propondo três etapas distintas para atingir a mudança de atitude e de comportamento:

- **Descongelamento:** os colaboradores devem ser informados dos problemas e estar dispostos a mudar. Esta etapa, muitas vezes, utiliza um especialista externo (agente de mudança), que faz um diagnóstico da organização e identifica problemas directamente relacionados com o trabalho. Este reúne e analisa dados de entrevistas pessoais, questionários e observações de reuniões. O diagnóstico ajuda a determinar a extensão dos problemas organizacionais e a “descongelar” os colaboradores ao informá-los dos problemas relativos ao seu comportamento;
- **Mudança:** ocorre quando os indivíduos experimentam um novo comportamento e aprendem novas competências para serem usadas no local de trabalho. Algumas vezes isso é conhecido como intervenção, durante a qual o agente de mudança implementa um plano específico para formação dos colaboradores (formação de equipas, pesquisa de feedback, entendimento de processos, actividades de liderança);
- **Recongelamento:** ocorre quando os indivíduos adquirem novas atitudes e valores e a organização os recompensa pelos mesmos. O impacto de novos comportamentos é avaliado e reforçado. O agente de mudança fornece novos dados que mostram mudanças positivas no desempenho. Os colaboradores participam em cursos de actualização para manter e reforçar os novos comportamentos.

1.12.2.2.4. Etapas da gestão da mudança

Existem 8 etapas para um processo de mudança bem-sucedido:

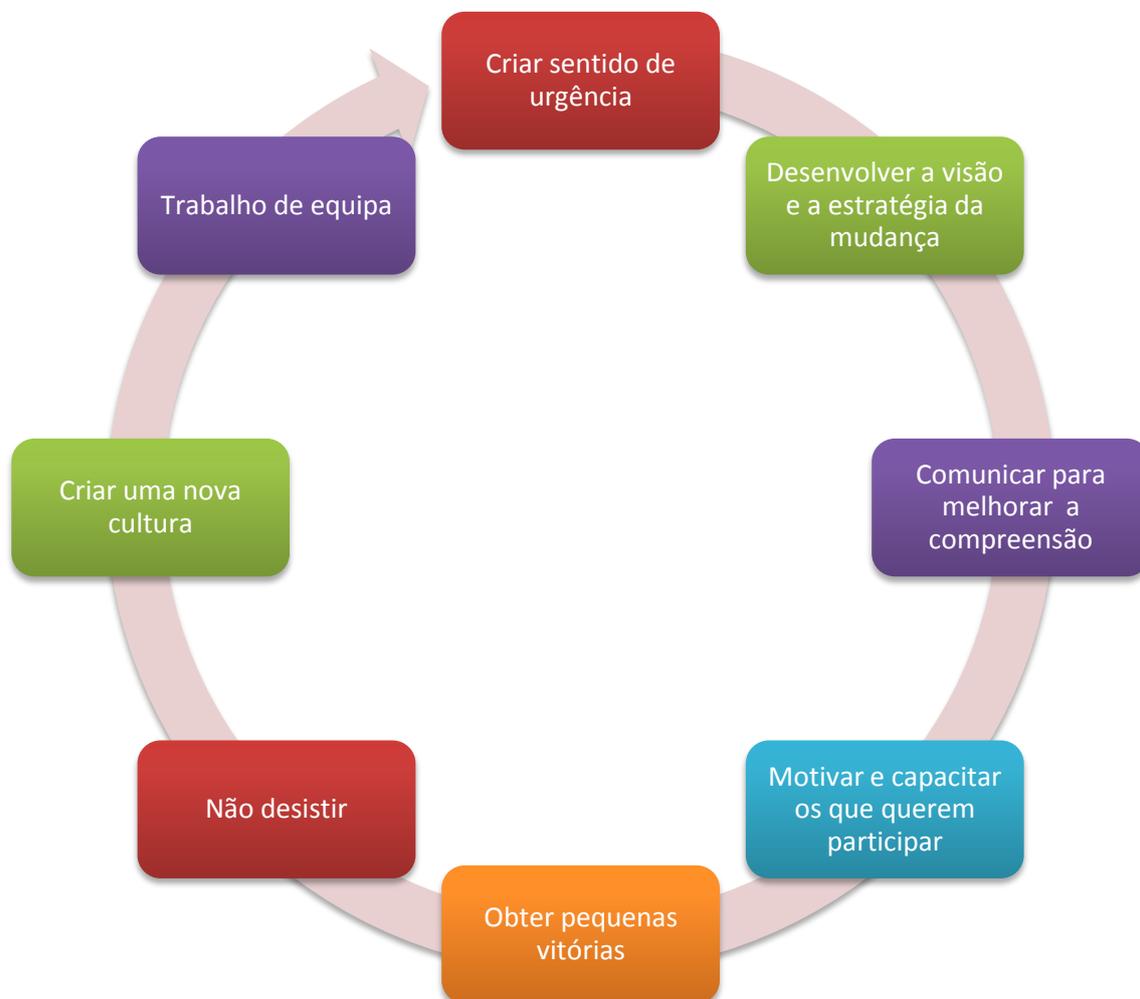


Ilustração 7 - Etapas do processo de mudança

1.12.2.2.5. Resistência à mudança

A mudança é caracterizada pela implantação de um novo processo, o qual se faz necessariamente pela intensa competitividade do mercado que cada vez exige processos mais rápidos, serviços com melhor qualidade e eficiência operacional. A inovação surge como ferramenta de garantia de sustentabilidade das organizações para a sua produtividade.

A resistência destaca-se como um dos principais obstáculos para a mudança. Os principais motivos são: aspectos lógicos dos indivíduos, onde se destacam os interesses pessoais; aspectos

psicológicos, onde as atitudes emocionais tais como o medo do desconhecido e a dificuldade de compreender a mudança são factores determinantes; por último, são destacados os aspectos sociológicos, nos quais prevalecem os interesses de grupos e factores sociológicos, como valores sociais opostos. Cabe ao director do serviço/unidade funcional integrar os colaboradores e enfrentar as resistências que se apresentarem à mudança, procurando envolver, negociar e manter uma comunicação clara e objectiva com o grupo.



A mudança tem de fazer sentido para todas as partes, caso contrário estará a colidir permanentemente com comportamentos elásticos que retornarão ao estado anterior quando se diminuir a pressão (financeira, tutela, escrutínio público, entre outros).

Para uma mudança poder ter sucesso, o responsável do serviço/unidade funcional tem de conseguir mudar o vector motivacional dos colaboradores.

A resistência à mudança é um factor previsível e ao mesmo tempo adaptável. Cabe ao director de serviço/unidade funcional analisar, compreender e reunir todos os esforços no sentido de alinhar os factores determinantes da mudança, procurando o melhor resultado para o serviço/unidade funcional e para os seus colaboradores.

1.12.2.2.6. Estratégias de Mudança

Comunicação e educação

- Pressupõe a utilização de acções de formação, apresentações públicas, relatórios, entre outros, dirigidos aos colaboradores que podem resistir à implementação da mudança. A educação é especialmente importante quando a mudança envolve conhecimento técnico e que as pessoas não estão familiarizadas com a ideia.

Participação

- Envolve todas as pessoas e em particular as resistentes à mudança, permitindo saber o que pensam e fazer com que estas compreendam e comprometam-se com a mudança. A participação também auxilia os Directores de Serviço/Unidade a determinar problemas potenciais e perceber a recepção dos colaboradores quanto à mudança.

Negociação

- É o meio mais formal de atingir a cooperação. A negociação usa a conversação para conquistar a aceitação e aprovação de uma mudança desejada, através da oferta de incentivos salariais, oportunidades de carreira, condições de trabalho, relevância na organização, elementos de ordem ética e social, entre outros.

Coerção

- O director de serviço/unidade funcional usa o seu poder formal para forçar os seus colaboradores a mudar, através de ameaça de perda de benefícios ou até de despedimento. Este método é necessário em situações de crise quando é exigida uma resposta rápida mas pode causar sentimentos negativos indesejáveis nos colaboradores.

Apoio do CA

- O apoio visível do conselho de administração do hospital ou do Ministério da Saúde também ajuda a superar a resistência à mudança. O seu apoio simboliza para todos os colaboradores que a mudança é importante para a organização. Ela é importante quando a mudança envolve vários Serviços ou quando os recursos estão a ser realocados noutros Serviços. Sem o seu apoio, estas mudanças podem ficar condenadas a discussões entre os Serviços.

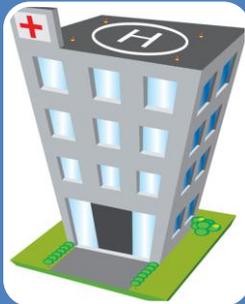
2. ÁREAS DE ACÇÃO DA UHGIC

Neste capítulo são abordadas as competências da Unidade Hospitalar de Gestão de Inscritos para Cirurgia (UHGIC) previstas no Regulamento do SIGIC. Inclui ainda sugestões de boas práticas de gestão com a finalidade de ajudar a actuação dos colaboradores da UHGIC no desempenho das suas funções no âmbito do SIGIC. Estas sugestões não condicionam a autonomia de gestão nem os processos contratualização. Para mais informações sobre esta matéria deve ser consultado o anexo Competências das Entidades que consta no Volume V deste manual.

2.1. Monitorização, controlo e supervisão da gestão da LIC no hospital

Em termos gerais, cabe à UHGIC a monitorização, controlo e supervisão dos utentes inscritos para cirurgia na instituição hospitalar em todas as fases do processo de gestão dos episódios cirúrgicos, desde o acesso à primeira consulta da especialidade no serviço/unidade funcional até à conclusão do episódio.

No âmbito das competências que lhe são atribuídas, a UHGIC cumpre a sua função através, nomeadamente, da realização das seguintes actividades:



Centralizar a gestão de inscritos para cirurgia do hospital

A UHGIC deve gerir a LIC da instituição hospitalar de forma a garantir a uniformização e a transparência no tratamento dos utentes assegurando a equidade no acesso à prestação de serviços de saúde na instituição hospitalar.

Neste sentido pode tomar as seguintes medidas:

- Elaborar e divulgar um manual de procedimentos internos, no âmbito do SIGIC e de acordo com o MGIC;
- Divulgar os critérios de inclusão de utentes em LIC;
- Divulgar os critérios de criação de unidades funcionais.



Zelar pelo cumprimento das normas aplicáveis à LIC e respectivo Regulamento

A UHGIC deve promover junto dos serviços/unidades funcionais, o cumprimento dos dispositivos normativos em vigor (leis, circulares normativas, etc.) de forma a garantir o cumprimento das regras e, consequentemente, prevenir ou minimizar as não conformidades imputadas ao hospital e sujeitas a penalização.

Para tal pode adoptar as seguintes medidas:

- Promover a formação contínua dos utilizadores e formação para integração de novos elementos no âmbito do SIGIC;
- Definir os critérios de transporte dos utentes em caso de transferência;
- Definir e divulgar em articulação com os serviços/unidades funcionais os protocolos técnicos para definir um episódio como intransferível;
- Supervisionar o processo e os registos relativos às autorizações dadas pelo utente relativas à inscrição na LIC, às pendências e às transferências entre serviços;
- Garantir o envio dos certificados de inscrição ou cativação e cartas de saída em correio registado;
- Divulgar o Regulamento do SIGIC e MGIC e Manual do SIGLIC;
- Garantir o cumprimento dos circuitos dos processos de gestão do SIGIC.
- Garantir que os formulários utilizados na instituição hospitalar contêm a informação mínima exigida pelo MGIC.



Controlar e supervisionar o registo dos utentes na LIC do hospital

A UHGIC deve garantir o controlo e supervisão das propostas cirúrgicas registadas no sistema de informação (SIGLIC ou outro) e supervisionar os erros que ocorrem durante o processo de inscrição do utente.

Assim:

- Caso não haja possibilidade dos médicos registarem as propostas directamente no SI, providenciar um controlo das propostas elaboradas manualmente que salvguarde o seu extravio (ex: pré numeradas);
- No registo da ficha do utente é de particular relevância garantir o nome correcto, data de nascimento, subsistema de saúde, nº do utente, morada, contactos telefónicos e contactos alternativos (e-mail, etc.)
- Promover junto dos serviços/unidades funcionais a importância da qualidade da informação registada, nomeadamente no que se refere à codificação, à adequada descrição dos diagnósticos e procedimentos propostos, à identificação de patologia associada relevante e à justificação da prioridade estabelecida;
- Garantir que os critérios de inclusão em LIC são adequadamente executados, monitorizando o tempo entre a primeira consulta e a inscrição;
- Monitorizar as não conformidades relacionadas com o registo de propostas cirúrgicas e promover junto dos serviços/unidades funcionais a criação de planos de contingência para prevenir ou minimizar o impacto das falhas no processo de inscrição dos utentes.



Preparar relatórios para planeamento e gestão da LIC e actividade cirúrgica do hospital

A UHGIC deve preparar a informação necessária para o planeamento, a gestão e a tomada de decisões relativos à gestão da LIC e da actividade cirúrgica do hospital, para posterior distribuição ao CA, aos diversos serviços/unidades funcionais e para relatório mensal às entidades supervisoras, nomeadamente a URGIC e a UCGIC. A informação necessária aos relatórios pode ser recolhida através dos sistemas de informação do hospital e do SIGLIC, nomeadamente os indicadores relativos à LIC, à produção cirúrgica e à equidade no acesso, entre outros.



Realizar o acompanhamento da actividade cirúrgica junto dos serviços/unidades funcionais envolvidos no SIGIC

A UHGIC deve promover a realização de reuniões, com periodicidade mensal, de acompanhamento da actividade cirúrgica do hospital com cada um dos serviços/unidades funcionais envolvidos no processo de gestão de utente no âmbito do SIGIC, incluindo o BO, serviços clínicos e serviços de apoio relevantes.

Com estas reuniões pretende-se garantir:

- Elaboração de planos de acção para resolução de casos especiais;
- Cumprimento dos critérios de antiguidade e prioridade e garantia dos TMRG;
- Actualização de utilizadores e colaboradores dos serviços/unidades funcionais nos sistemas de informação (SIGLIC e outros);
- Acompanhamento da contratualização interna da produção cirúrgica por parte dos serviços/unidades funcionais e promover a sua adequação às necessidades da instituição hospitalar, tendo em conta as carências de oferta noutros prestadores alternativos.



Sugestão de indicadores a constar no relatório de acompanhamento:

- Produção mensal e acumulada realizada pelos serviços/unidades funcionais;
- Média mensal da produção realizada;
- Produção prevista para o período;
- Desvio entre a produção realizada e a produção prevista;
- Cenário necessário mensal para cumprimento dos objectivos SIGIC ano N;
- Cenário provável para o valor global da produção do ano N, com informação relativa à previsão do número de utentes intervencionados no ano N e com informação qualitativa relativamente ao “cumprimento” ou “não cumprimento dos objectivos do ano N”;
- Comparação com a produção realizada no ano N-1;
- % de utentes intervencionados pertencentes ao SNS e não SNS;
- Peso da produção adicional na cirurgia convencional e na cirurgia de ambulatório;
- Máximo do tempo de espera;
- Mediana do tempo de espera;
- Variação do número de cirurgias urgentes comparativamente ao

ano N-1;

- Taxa de cesarianas.

Fornecer às entidades supervisoras do SIGIC a informação para monitorização do sistema no hospital



A UHGIC deve avaliar e reportar às URGIC e UCGIC toda a informação relativa ao hospital que seja considerada pertinente para as mesmas, nomeadamente sobre a produção cirúrgica contratualizada em base e adicional, a actividade realizada em MRA e MRC, a produção realizada face à contratualizada, a evolução da LIC, a capacidade instalada (recursos físicos e humanos e capacidade técnica), a utilização do bloco operatório, a adequação dos recursos à procura do hospital, os indicadores de equidade no acesso e de qualidade na prestação dos cuidados de saúde, entre outros.

Para o efeito, tem de garantir:

- O correcto preenchimento e actualização da ficha do hospital, dos contratos/convenções e da capacidade instalada no SI (SIGLIC ou outro apropriado), duas vezes por ano (até 18 de Janeiro e 18 de Julho), sendo que os dados registados devem traduzir a média do ano anterior e os de Julho a média do 1º semestre;
- A actualização dos mapeamentos entre o sistema de informação local e central (SIGLIC);
- O registo atempado e qualidade dos registos no sistema de informação;
- O registo dos colaboradores/utilizadores e horas afectas a cada um dos serviços/unidades funcionais no SIGLIC.

Os mapeamentos são um instrumento disponibilizado pelo SIGLIC que permite à instituição hospitalar comunicar numa linguagem normalizada sem abandonar as especificidades e cultura da organização. A preocupação em garantir a coerência entre os conceitos mapeados é uma atribuição da UHGIC.



Não obstante o esforço que tem vindo a ser desenvolvido na integração de vários SI, mantêm-se situações em que a mesma informação tem de ser registada em mais que um SI. É de importância vital que os dados dos diversos SI sejam coerentes entre si.



Reportar às entidades supervisoras do SIGIC a gestão da LIC no hospital

A UHGIC deve apresentar relatórios de progresso semestrais às URGIC e UCGIC relativos à gestão do SIGIC no hospital, incluindo os indicadores definidos pelas entidades supervisoras para efeitos de monitorização da LIC e da actividade cirúrgica do hospital. Os indicadores que podem servir de base para efeitos de monitorização do SIGIC e da gestão da LIC nos hospitais estão definidos e disponibilizados no SIGLIC, nomeadamente na ficha do hospital e nos diversos relatórios de indicadores publicados no *site* do SIGIC e à disposição dos hospitais.

De registar por último que até 18 de Janeiro, a UHGIC deve rectificar e actualizar a informação já inserida no sistema relativa ao ano civil anterior, no que respeita nomeadamente à capacidade instalada efectiva, contratualização interna com cada serviço/unidade funcional, carteira de procedimentos disponíveis e tempos máximos de acesso da instituição.

2.2. Acompanhamento da gestão do processo do utente nas fases do processo de gestão

Além da monitorização da gestão da LIC, a UHGIC deve garantir o acompanhamento dos utentes em todas as fases do processo, nomeadamente na fase do plano de cuidados (proposta cirúrgica) e na fase da conclusão.

Neste âmbito, cabe-lhe nomeadamente:



Assegurar o contacto para agendamento dos eventos

A UHGIC deve realizar ou assegurar o contacto com os utentes para marcação de consultas ou exames pré-operatórios, da avaliação pré-anestésica e do agendamento da cirurgia. Deve igualmente promover junto dos serviços/unidades funcionais a equidade no agendamento dos utentes e respeito pelos TMRG, chamando a sua atenção para eventuais não conformidades.

Para o efeito, deve:

- Garantir o registo sistemático no SI dos contactos com os utentes;
- Garantir que o contacto com o utente para o agendamento é realizado dentro dos prazos máximos garantidos por nível de prioridade operacional;
- Extraír periodicamente (semanalmente), por serviços/unidades funcionais cirúrgicos, a lista de utentes a agendar e enviar para os respectivos responsáveis ;
- Controlar a qualidade do processo de agendamento no serviços/unidades funcionais.

Garantir o registo no SI de toda a informação clínica do utente



A UHGIC deve garantir o registo no SIGLIC de toda a informação e relatórios sobre os cuidados prestados ao utente até à data da conclusão do episódio, com vista a ser presente ao seu médico assistente. Essa informação inclui o protocolo operatório, a lista de sequelas, intercorrências e complicações, medicação e outros tratamentos administrados durante o internamento, achados clínicos decorrentes dos exames, das observações e da cirurgia, prescrição para ambulatório e outras recomendações.

Para o efeito, deve:

- Nomear um responsável pela verificação da totalidade da informação registada no SIGLIC à data da alta hospitalar;
- Instituir um controlo sistemático para verificação da totalidade da informação registada no SIGLIC à data da alta hospitalar.

Definir os critérios de aceitação dos motivos como plausíveis



A UHGIC deve avaliar os motivos invocados pelo utente para não comparecer ou por faltar aos eventos e qualificá-los ou não como motivos plausíveis no sistema de informação (SIGLIC ou outro). De forma a uniformizar na instituição hospitalar a qualificação dos motivos apresentados pelo utente como plausíveis, a UHGIC deve, em articulação com os serviços/unidades funcionais, definir os critérios para classificar o motivo invocado pelo utente como plausível para justificação da não comparência ou falta aos eventos.

2.3. Acompanhamento do contrato programa e outros compromissos do hospital em relação à produção cirúrgica

Uma vez assinado o contrato programa entre a ARS e a instituição hospitalar, cabe ao CA negociar com os serviços/unidades funcionais a produção cirúrgica programada base e previsão da adicional/marginal que irão realizar e em que regimes - MRA e MRC - de acordo com os objectivos estratégicos definidos. A UHGIC deverá garantir o registo da contratualização interna do hospital no SIGLIC.

Nesta matéria, a UHGIC tem um papel importante a desempenhar, na medida em que disfruta de uma função privilegiada que lhe permite fornecer informação relevante ao CA quer sobre a actividade cirúrgica passada, quer sobre o potencial de produção dos serviços, tendo em conta a capacidade instalada destes e a adequação da oferta às necessidades da procura expressa na lista de inscritos para cirurgia.

Após a negociação dos objectivos entre o CA e os responsáveis de serviço/unidade funcional, faz parte das competências da UHGIC monitorizar a actividade cirúrgica contratualizada avaliando, controlando e informando dos desvios registados.

A contratualização da produção cirúrgica deve ter por base os seguintes princípios essenciais:



Ilustração 8 – Princípios essenciais para a contratualização da produção cirúrgica

O pagamento da produção adicional realizada no âmbito do SIGIC é efectuado de acordo com a portaria n.º 852/2009, de 7 de Agosto.

Num sistema de contratualização baseado sobretudo na contabilização de actos, assume particular importância a monitorização:

- Da efectividade das prestações;
- Da eficiência dos métodos;
- Dos resultados em saúde;
- Da qualidade global dos processos.



NÃO É EFICIENTE, por exemplo, obrigar um utente a deslocar-se 3 vezes ao hospital em vez de concentrar as consultas todas num único dia, proceder a 3 consultas quando uma teria sido suficiente, consumir ou desperdiçar inapropriadamente consumíveis.

NÃO É EFECTIVO, por exemplo, atender sempre correcta e atempadamente um utente mas não lhe resolver o problema.

O facto de não haver resultados observados em melhoria do estado de saúde não retorna valor.

A falta de medição dos processos e da mudança não permite avaliar a qualidade.

Quando o HD fica impedido de aceitar NT/VC ou decide suspender a recepção de NT/VC para determinado procedimento cirúrgico, deve notificar a Unidade Central de Gestão de Inscritos para Cirurgia (UCGIC) com 70 dias de antecedência que pretende cancelar o respectivo procedimento, através da submissão de uma nova versão do contrato/convenção no SI (SIGLIC ou outro). Existindo razão de força maior, o HD pode notificar a UCGIC com uma antecedência inferior a 70 dias. Este procedimento será bloqueado para efeitos de emissão de novos NT/VC, sendo o período de 70 dias o considerado suficiente para esgotar os NT/VC com referência ao hospital que se encontram em circulação.

Cabe à UCGIC decidir sobre as razões e prazos evocados no que respeita a HD convencionados.

2.4. Controlo e supervisão da qualidade dos registos nos sistemas de informação

A fim de garantir a qualidade dos indicadores disponibilizados no sistema e o rigor da análise efectuada pelas entidades supervisoras do SIGIC e pelas entidades de tutela em relação à performance das instituições, aferida pela rentabilização e adequação da capacidade instalada à procura e pelo cumprimento das obrigações contratuais, cabe à UHGIC um importante papel de supervisor da qualidade dos registos no sistema de informação.

Nesta matéria, compete-lhe em particular:



Zelar pela actualização dos registos no sistema de informação

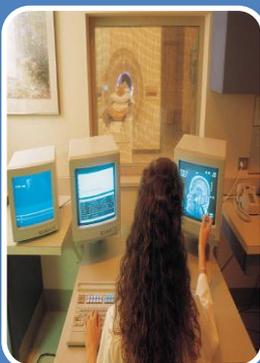
A UHGIC deve garantir a actualização permanente da informação administrativa e clínica respeitante a cada utente registado na LIC. Para o efeito pode apoiar-se no sistema de avisos disponível na aplicação SIGLIC, que inclui avisos sobre a eminência de verificação de não conformidades e avisos sobre a verificação efectiva das mesmas. A gestão dos problemas identificados nos avisos deve ser realizada diariamente e em parceria com os serviços/unidades funcionais.

Garantir a disponibilidade, actualidade e qualidade da informação requerida pelo SIGLIC



A UHGIC deve garantir a disponibilidade, a actualidade e a qualidade da informação requerida pelo SIGLIC, de acordo com as especificações emanadas pela UCGIC. Neste sentido, o SIGLIC tem à disposição da UHGIC um sistema de avisos que permite a monitorização, o controlo e a prevenção de falhas na qualidade e na actualidade da informação clínica e administrativa registada, quer directamente na aplicação, quer por via de integração de dados. Deve ainda garantir os mapeamentos entre os sistemas hospitalares locais e o SIGLIC e garantir junto do CA as infraestruturas necessárias para o bom desempenho dos sistemas de informação, nomeadamente a vigilância 24 horas dos servidores, o sistema de backups, a largura de banda, os equipamentos informáticos, etc. Por último, deve promover o registo atempado e actual da informação por parte dos serviços/unidades funcionais.

Realizar a supervisão da operacionalidade dos sistemas de informação



A UHGIC deve supervisionar a operacionalidade dos meios informáticos de modo a garantir a sua adequação aos requisitos de recolha e transmissão de informação definidos pela UCGIC. Nesse sentido, deve primeiro obter junto da UCGIC o conjunto mínimo de dados de recolha obrigatória para a integração da informação no SIGLIC. Em seguida, deve promover reuniões com o responsável de TI para garantir a qualidade da informação nomeadamente a integração dos dados no SIGLIC. Por último, deve solicitar relatórios periódicos sobre os controlos efectuados à operacionalidade dos sistemas de informação locais, da integração da informação entre estes e o SIGLIC e as medidas correctivas a adoptar para correcção das situações irregulares e eventuais falhas.

Garantir o registo ou integração dos dados no SIGLIC no prazo legal em vigor



A UHGIC deve garantir que a informação relativa ao episódio do utente em LIC é registada ou integrada na aplicação SIGLIC no prazo legal em vigor, a contar da data da respectiva ocorrência, nomeadamente dos dados relativos à gestão da LIC e produção cirúrgica prevista e realizada. Para o efeito, tem de promover junto dos serviços/unidades funcionais o registo atempado dos dados clínicos e administrativos no SI de forma a não ultrapassar o prazo limite face à data de ocorrência dos eventos. Para um maior controlo deste processo, a UHGIC pode apoiar-se no sistema de avisos do SIGLIC relativamente aos registos não atempados e, junto dos serviços/unidades funcionais, promover mudanças na gestão da sua actividade no sentido de garantir o registo atempado dos dados.

2.5. Divulgação, apoio e garantia dos direitos dos utentes no âmbito do SIGIC

A UHGIC é o elo de ligação entre o utente proposto para cirurgia e a instituição hospitalar, devendo manter com este uma relação de proximidade. Intérprete dos interesses dos utentes em LIC, cabe-lhe dar apoio nomeadamente garantir-lhes o acesso à informação sobre o estado da sua inscrição em LIC, informá-los sobre os seus direitos e deveres e sobre as diferentes fases do seu processo de gestão no âmbito do SIGIC, assim como promover a divulgação do SIGIC dentro da instituição hospitalar através dos meios de comunicação disponibilizados pela URGIC/UCGIC e criados pelo próprio hospital.

Lista-se, de seguida, algumas das medidas que podem ser encetadas pela UHGIC que, directa ou indirectamente garantem e promovem o exercício dos direitos por parte dos utentes. Assim:

- Assegurar a visibilidade do espaço físico da UHGIC, através da existência de placa de identificação;
- Assegurar a divulgação da informação sobre localização e horário da UHGIC pelos principais pontos de informação e encaminhamento de utentes;
- Registrar e manter actualizados os elementos de referência e contactos da UHGIC, nomeadamente nos sistemas de informação local e central;
- Definir, implementar e divulgar os meios de comunicação entre a UHGIC e os utentes;
- Criar e divulgar uma linha directa de atendimento telefónico;
- Assegurar a existência de envelopes RSF e sua distribuição nas consultas, para devolução da nota de consentimento já assinada, e nos serviços cirúrgicos, para sugestões e reclamações;
- Monitorizar as sugestões e reclamações dos utentes e responder em conformidade, com conhecimento à URGIC e UCGIC.

2.6. Monitorização, controlo e supervisão da gestão das transferências de utentes

A UHGIC tem a responsabilidade de monitorizar, controlar e supervisionar o processo das transferências de utentes para novos destinos, quer seja das transferências de cirurgia, quer seja das transferências de responsabilidade. Cabe-lhe, por isso, acompanhar e esclarecer os utentes em todas as etapas do processo, articular e facilitar as transferências entre serviços ou entre instituições, garantindo a transição eficaz do plano de cuidados proposto, através nomeadamente do envio às instituições de destino do processo clínico do utente, com os MCDT actualizados e do

encaminhamento dos pedidos de alterações da proposta ou de MCDT aos serviços/unidades funcionais de origem.

A UHGIC deve também realizar o planeamento e gestão estratégica das transferências. Ou seja prever e identificar os casos dos utentes que serão provavelmente transferidos para outro hospital, esclarecendo-os sobre as condições de aceitação da transferência e supervisionar o envio dos processos clínicos dos utentes nesta situação. Para o efeito, a UHGIC deve identificar regularmente os utentes cujo tempo de espera ultrapassa os 50% e 70% do TMRG e enviar uma listagem com esses episódios para os respectivos serviços/unidades funcionais, a fim de procederem à actualização dos respectivos processos clínicos, mediante reavaliação da situação clínica dos utentes e eventual actualização dos MCDT, em particular dos utentes classificados no nível 1.



Um aspecto em que a UHGIC pode contribuir para a eficiência global do processo é na instituição e controlo de processos por forma a garantir que os MCDT efectuados são só realizados com a antecedência estrita para efeitos de transferência ou da cirurgia e não em tempos que os tornem inválidos ou não disponíveis quando necessários.

A UHGIC deve ainda controlar os serviços prestados nos HD, no caso da transferência da cirurgia, através nomeadamente da monitorização dos tempos de espera no HD, do envio de questionários ao utente para avaliar a sua percepção acerca da qualidade dos serviços prestados e da avaliação da qualidade da informação que recebeu do mesmo relativamente à cirurgia realizada ao utente. Por último, deve compilar esta informação num relatório a entregar à respectiva URGIC para que esta tome as medidas que considere adequadas à situação.

2.7. Monitorização e gestão das não conformidades do hospital

Como já foi referido em números anteriores, cabe à UHGIC a monitorização e gestão das não conformidades imputadas à instituição hospitalar.

A UHGIC, ao monitorizar os avisos e registos dos SI, deve informar os serviços/unidades funcionais e o CA das medidas que devem ser adoptadas para prevenir o registo de não conformidades.

A UHGIC deve monitorizar de forma sistemática todas as situações passíveis de gerar não conformidades, administrativas e clínicas, desenvolver planos de contingência para prevenir a sua ocorrência e minimizar o seu impacto na instituição hospitalar. No que respeita às possíveis não conformidades da área clínica, deve interagir e promover a sua resolução pelos responsáveis dos serviços/unidades funcionais, sensibilizando-os para a sua prevenção e para as consequências negativas, caso ocorram, em relação nomeadamente à imagem que transmitem à tutela e às penalizações pecuniárias em que as instituições incorrem.



Sempre que as diligências tomadas junto dos serviços/unidades funcionais se revelem ineficazes, o facto deve ser participado ao CA, propondo-se-lhe as medidas entendidas por adequadas. Esta comunicação deve ser formal e passível de ser auditada.

A gestão das não conformidades passa pelo apoio da UHGIC aos serviços/unidades funcionais na sua adaptação às regras do SIGIC, assim como na monitorização sistemática dos avisos do SIGLIC sobre possíveis não conformidades.

As não conformidades imputadas às instituições podem ser contestadas. Cabe às UHGIC contestar ou apoiar os serviços/unidades funcionais na sua contestação, quando entenderem que a não conformidade foi indevidamente aplicada.

A contestação é efectuada através do SIGLIC, apresentando-se os respectivos motivos. As contestações são avaliadas pela UHGIC. Caso sejam aceites, as não conformidades aplicadas, ficam sem efeito. No caso de as contestações não serem aceites, a UHGIC pode ainda apresentar recurso à UCGIC, sempre através do SIGLIC. No caso de este ser aceite, as não conformidades ficam igualmente sem efeito.

Em seguida, apresenta-se de forma esquemática a gestão das não conformidades:



Ilustração 9 – Processo geral da gestão das Não Conformidades

As contestações ou os recursos não fundamentados ou evocando motivos não atendíveis podem em si mesmo ser considerados não conformidades, já que obrigam ao consumo indevido de recursos na sua análise.

Para maior detalhe, deve consultar-se o Manual de Não Conformidades que consta no Volume V deste manual.

3. ÁREAS DE ACÇÃO DO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO

O órgão máximo de gestão é o primeiro responsável pelo sistema integrado de gestão da lista de inscritos para cirurgia no hospital, cabendo-lhe cumprir e fazer cumprir o regulamento, o manual e demais regras e orientações que regulam o funcionamento do sistema.

Nos termos do regulamento, a gestão operacional do SIGIC fica a cargo de uma unidade de apoio hospitalar (UHGIC), cujos elementos são nomeados pelo conselho de administração (CA), preferencialmente de entre pessoal com vínculo à instituição que reúna o perfil adequado ao exercício da função. Recomenda-se ainda que seja nomeado em cada serviço, pelo respectivo director, um colaborador privilegiado que estabeleça a ligação entre o serviço e a UHGIC.



Embora o número de elementos que constitui a UHGIC deva depender do volume de episódios cirúrgicos a gerir, recomenda-se que seja constituída no mínimo por um médico, um administrador e um administrativo com conhecimentos de informática ou um técnico de informática. É importante que o CA realce o papel da UHGIC junto a cada serviço clínico cirúrgico, tomando as decisões que reforcem as acções tomadas pela unidade no exercício das suas funções.

Atendendo às competências que são atribuídas à unidade de gestão hospitalar no regulamento do SIGIC, cabe ao conselho de administração definir as suas funções, dotando-a da autoridade necessária para o desempenho da sua actividade, com a objectividade e independência necessárias. É importante que o CA realce o papel da UHGIC junto de cada serviço clínico cirúrgico, tomando as decisões que reforcem as acções tomadas pela unidade no exercício das suas funções.

O CA deve estabelecer objectivos e metas à UHGIC e ter perante esta uma atitude pró-activa, requerendo relatórios periódicos que descrevam a evolução da lista de inscritos em cirurgia (LIC), actividade cirúrgica, não conformidades identificadas, desvios aos objectivos estabelecidos e aos contratos estabelecidos, identificação de constrangimentos, sugestões tendentes a inovar e a garantir a melhoria contínua dos processos. A UHGIC deve ser avaliada anualmente e os seus elementos reconduzidos ou não em função dos resultados obtidos, os quais devem ser medidos através de indicadores definidos pela UHGIC.

Para garantir o acesso à prestação de cuidados cirúrgicos e aos objectivos e directrizes estabelecidos no Plano Nacional de Saúde, o conselho de administração deve nomeadamente adequar os recursos – humanos e técnicos - à procura, utilizando para o efeito os relatórios e as recomendações da UHGIC e das demais unidades de apoio do sistema e contratualizar com os serviços a produção cirúrgica – cirurgias, consultas – assegurando-se que os meios auxiliares de diagnóstico respondem em quantidade, qualidade e tempo.

A contratualização da produção com os serviços deve, todavia, ser precedida pelo estabelecimento de critérios que balize e oriente a actividade dos serviços, no respeito pelos tempos máximos de resposta garantidos por prioridade clínica. Assim, cabe nomeadamente ao conselho de administração:

- Definir previamente as cirurgias que devem ser realizadas em modalidade remuneratória alternativa (MRA), sendo certo que este critério varia de instituição para instituição em função da procura e da lista de inscritos. Este instrumento de gestão destina-se a dotar os hospitais de maior flexibilidade na prestação de serviços, permitindo corresponder às variações de fluxos de entrada de utentes sem necessitar contratar um número excessivo de cirurgias no âmbito da actividade normal dos seus colaboradores. Acresce que pode contribuir para a fixação de elementos fundamentais nos serviços e permitir ainda estabelecer comparações entre um sistema fortemente orientado para a eficiência e outro, assente numa actividade normal, incorporando nesta as mais-valias observadas;
- Determinar a realização prioritária das cirurgias que pela sua complexidade não têm resposta adequada ou em tempo no sector convencionado;
- O CA deve conhecer a procura e oferta na sua área de influência e estabelecer nos contratos internos com os serviços as orientações necessárias ao reforço da actividade (procedimentos) que responda a esta necessidade. Este aspecto deve ser monitorado pela observação do indicador % de utentes na LIC com tempos de espera superiores aos tempos máximos de resposta garantida;
- Estabelecer prazos máximos para a realização das cirurgias dos doentes classificados como intransferíveis, cujo tempo de espera garantido já tenha expirado. Este aspecto deve ser monitorado pela observação do indicador % de utentes na LIC com tempos de espera superiores aos tempos máximos de resposta garantida;
- Definir os critérios de atribuição dos níveis de prioridade clínica, para minimizar as classificações subjectivas geradoras de assimetrias no posicionamento dos doentes. Este aspecto deve ser monitorado pela observação do indicador % de utentes na LIC com tempos de espera superiores aos tempos máximos de resposta garantida;



Sugestão: estabelecendo uma grelha de factores que devem ser explicitados na atribuição da prioridade a preencher por todos os médicos nas propostas torna o processo mais transparente.

- Adotar valores de referência internacionais ou definir valores de produção, de qualidade e de resultados em saúde esperados, por grupos de profissionais e por especialidade, que sirvam de suporte ao processo de contratualização interna nomeadamente no estabelecimento dos objectivos.

A gestão do bloco operatório deve merecer a atenção particular do conselho de administração, uma vez que se trata de um recurso caro, escasso e indispensável à actividade cirúrgica, cujo funcionamento se revela frequentemente um entrave à prestação de cuidados cirúrgicos, dentro dos tempos de espera definidos. Um dos aspectos que contribui negativamente para a sua eficiência, é o estabelecimento nem sempre claro do papel e das hierarquias nas funções desempenhadas no BO pelos diversos actores – serviços cirúrgicos, anestesistas e pessoal exclusivamente afecto ao BO.



Para a optimização dos serviços prestados é importante ter presente uma lógica de cliente servidor. Na prestação do serviço ao utente a participação do BO deve ser considerada como um serviço de apoio (como a imagiologia, a patologia clínica e tantos outros serviços). São os serviços de cirurgia que cativam o utente, que estabelecem a necessidade terapêutica e os meios a envolver e respondem pela globalidade dos serviços prestados. Idealmente, a actividade dos anestesistas deve integrar-se numa destas duas estruturas - BO ou serviço cirúrgico - permitindo uma mais fácil relação, uma vez que a coordenação passaria a ser apenas entre duas partes. Na impossibilidade, fruto de comportamentos históricos difíceis de reverter, o serviço de anestesia deve ser também considerado como um serviço de apoio necessário à prestação de serviço.

Nesta matéria, compete em especial ao conselho de administração definir critérios de utilização que atenda nomeadamente à distribuição dos tempos de bloco por especialidade, em função da procura (necessidades determinadas pelos serviços da utilização do recurso BO) e da efectiva utilização dos mesmos. A rentabilidade da utilização do recurso BO deve ser sistematicamente medida em função da produção ponderada por unidade de tempo de utilização. Na disponibilidade dos recursos e na avaliação dos serviços cirúrgicos deve ser tido em conta a rentabilidade do recurso BO, atendendo ao designado tempo cirúrgico (entre a incisão e o termino do penso concluídos os procedimentos cirúrgicos).

Deve igualmente promover a utilização intensiva do BO, alargando o seu horário de funcionamento e promovendo o desfasamento de horários, incentivando os profissionais mediante a criação de sistemas de incentivos que premeiem o seu efectivo e real desempenho.

Os tempos de preparação da sala e os tempos exclusivamente da responsabilidade da anestesia devem ser medidos e confrontados com comparadores apropriados previamente estabelecidos. Todo este processo deve ser transparente e partilhado com toda a instituição. A direcção do BO tem de ser avaliada em função do valor acrescentado que introduz na cadeia de valor dos serviços prestados e confrontada com os objectivos estabelecidos no que se refere à produtividade, à satisfação dos clientes internos, à qualidade técnica dos serviços disponibilizados, ao controlo do risco objectivado em rigorosos processos de controlo.

Caso a função anestesia esteja na dependência de um serviço autónomo do BO ou dos serviços cirúrgicos, a prestação deste serviço no BO deve entrar na avaliação dos anestesistas. Devem entre outros ser avaliados quanto à eficácia, à qualidade técnica, à segurança e gestão do risco e à produtividade, atendendo ao tempo anestésico subtraído do tempo cirúrgico, ponderado pela dificuldade técnica subjacente.

O conhecimento e caracterização da procura e da oferta disponível são indispensáveis à boa gestão da LIC, seja ela local, regional ou nacional. Para isso é imprescindível dispor de sistemas de informação fiáveis, normalização dos fluxos de informação e de suportes informáticos que garantam a disseminação da informação aos diferentes níveis.

Neste âmbito, o conselho de administração deve garantir a existência dos equipamentos necessários à gestão da informação referente ao SIGIC e com conexão no SIGLIC, garantindo a segurança, protecção e confidencialidade dos dados. Para mais informações, deve ser consultado o anexo sobre Organização da Informação e Sistemas de Informação que consta no Volume V deste manual.

Deve ainda nomear um responsável pela gestão e monitorização dos suportes informáticos para a gestão da informação referente ao SIGIC, definir as suas funções, promover a elaboração de um manual de segurança e protecção de dados e a realização dos demais procedimentos considerados necessários e exigir um relatório periódico que dê conta de constrangimentos, evolução das operações através de indicadores definidos e propostas de melhoria de processos.

Deve igualmente assegurar-se do registo de dados obrigatórios definidos no regulamento e manual do SIGIC e demais regras, da correcção e rigor do registo e do cumprimento dos prazos, instituindo processos de controlo, destinados a monitorar a actividade e a qualidade dos sistemas de informação, que disponham de alertas relativos a não conformidades.

O SIGIC é um sistema de informação orientado para a governação clínica. Para garantir a adequação da informação no sistema, no que se refere à sua qualidade e relevância para a actividade, o CA deve nomear uma estrutura de gestão de informação de cariz fortemente clínico, atenta à construção da imagem institucional nos sistemas de informação, com particular enfoque na classificação e codificação dos episódios SIGIC, definir as suas funções e responsabilidade e promover um sistema de auditoria aos dados registados.

Para mais informações sobre as competências do CA, deve ser consultado o anexo Competências das Entidades que consta no Volume V deste manual.

3.1. Requisitos dos sistemas de informação no que respeita à protecção de dados pessoais

O SIGIC comporta nos seus instrumentos e processos a necessidade de corresponder ao direito dos utentes verem salvaguardada a privacidade da sua informação pessoal e em particular a que se refere a dados sensíveis. Atendendo à necessidade de gerir informação pessoal para efeitos da prestação dos cuidados requeridos e da gestão do processo incluindo a facturação dos actos circunstanciados, atendendo ainda à importância de garantir um fluxo rápido e seguro da informação aos diversos prestadores envolvidos no tratamento de um utente, ainda que porventura muito separados no espaço, estando ciente que a circulação de informação em papel é hoje um método inseguro e ineficiente, os sistemas informáticos associados ao SIGIC devem incorporar nas suas aplicações as funcionalidades necessárias a constituir-se uma melhor alternativa à gestão manual da informação.

Toda a informação relativa a utentes tem origem nos serviços clínicos das instituições hospitalares, que acompanham os utentes. A Informação, no seu estado desagregado e personalizado, serve primariamente este mesmo nível de serviços. O sistema de perfis montado

estabelece que a informação clínica nominal deve ser inscrita e acedida apenas pelos médicos no âmbito dos serviços que prestam aos utentes. Os assistentes técnicos dos hospitais acedem apenas aos dados necessários ao processamento da informação do utente na instituição, devendo por princípio só aceder a informação administrativa que não inclua dados de saúde. Assim, poderão, quando adequadamente enquadrados em serviços clínicos e sob a supervisão de um médico, inscrever dados clínicos nomeadamente códigos de diagnóstico e procedimentos necessários ao processo de facturação. Aos colaboradores não médicos deve por princípio ser vedado o acesso a notas clínicas. Nos níveis externos aos serviços clínicos e ao hospital a informação tratada é agregada ou quando desagregada, por exemplo para efeito de gestão de transferências, anonimizada. Só em situações autorizadas directamente pelo utente, ou através de entidade competente na instituição, é que se torna possível aceder a dados pessoais do mesmo, mediante um código fornecido pelo utente ou por um responsável da instituição. Este acesso destina-se à gestão do processo, à gestão de reclamações ou à prestação de informações.

A inscrição do Utente na Lista de inscritos para cirurgia (LIC) com o respectivo consentimento, onde consta a autorização para o processamento da informação relevante nas várias instâncias, regionais (Administrações Regionais de Saúde) e centrais (Administração Central dos Serviços de saúde), no âmbito do acompanhamento ao longo do episódio (entre a inscrição e a conclusão, incluindo a facturação) é elemento necessário à disponibilização dos dados pessoais do utente aos utilizadores do sistema quando devidamente habilitados, atendendo-se ao perfil e função que cada um tem na prestação do serviço ao utente.

Aquando da transferência, com a inscrição no novo hospital, que se efectiva pelo registo do código do vale ou nota de transferência fornecido à instituição pelo utente, o novo hospital passa a ter acesso aos dados do mesmo, com as restrições e formalidades já descritas.

Os dados registados no SIGLIC classificam-se em grupos com o objectivo criar perfis de acesso adequados às competências e funções de cada utilizador. As directivas na construção dos perfis são no sentido de permitir apenas o acesso à informação com dados pessoais e de saúde, aos profissionais de saúde, enquadrados em serviços médicos. A informação necessária à gestão do doente e da facturação será sempre que possível, agregada ou anonimizada. Por princípio esta norma só pode ser alterada no interesse dum utente, a pedido do mesmo e na estrita extensão em conteúdo e tempo necessária à execução das tarefas solicitadas.

Não obstante todas estas recomendações, cada instituição deve submeter para aprovação pela Comissão Nacional de Protecção de Dados, todos os sistemas de informação que, contendo dados pessoais, utiliza.

4. ÁREAS DE ACÇÃO DA URGIC

Neste capítulo são abordadas as competências da Unidade Regional de Gestão de Inscritos para Cirurgia (URGIC) previstas no Regulamento do SIGIC. Para mais informações sobre esta matéria deve ser consultado o anexo Competências das Entidades que consta no Volume V deste manual.

4.1. Monitorização, controlo e supervisão da gestão da LIC e da actividade cirúrgica da região

Cabe à URGIC a monitorização, controlo e supervisão da gestão da LIC dos hospitais do SNS e convencionados com utentes inscritos para cirurgia. Complementarmente compete-lhe também acompanhar a actividade cirúrgica realizada na região, a fim de garantir e promover a adequação da oferta à procura.

No âmbito desta atribuição, compete-lhe em particular adoptar as seguintes medidas:



Monitorizar, avaliar e controlar a evolução dos utentes inscritos para cirurgia na região

- Elaborar relatórios de indicadores com uma periodicidade mínima semestral sobre a evolução da LIC, da mediana do tempo de espera da LIC em meses, da percentagem de casos que ultrapassam os TMRG e das situações de falta de equidade no acesso (agendamentos irregulares), quer na região, quer nos hospitais públicos que fazem parte da região e nos hospitais convencionados com os quais celebrou convenção, desagregando caso necessário, os indicadores por grupo nosológico, serviço/unidade funcional ou até procedimento cirúrgico para detectar os pontos de estrangulamento na gestão da LIC;
- Promover junto das UHGIC a boa gestão da LIC de acordo com os critérios regulamentares através de reuniões periódicas (com periodicidade mínima semestral), ajudando a a identificar as suas dificuldades e propor medidas para a sua resolução;
- Realizar acções sensibilização nos hospitais para promoção do SIGIC.



Preparar relatórios para planeamento e gestão da LIC e actividade cirúrgica na região

- A URGIC deve preparar a informação necessária para o planeamento e a gestão da LIC e da actividade cirúrgica da região, com base nos indicadores retirados da aplicação SIGLIC e nos relatórios prestados pelos hospitais, para posterior distribuição ao CA e à UGIC. O objectivo desta informação é permitir à URGIC a promoção da adequação da oferta à procura de tratamentos cirúrgicos verificada na região junto dos hospitais públicos e convencionados, a fim de diminuir os tempos de espera para cirurgia e garantir uma melhor equidade no acesso aos cuidados cirúrgicos.
- O relatório deve concluir sobre a adequação da rede às necessidades da população, efectuar uma análise evolutiva, identificar constrangimentos e propor acções que visam melhorar o processo e incrementar os resultados. As melhorias esperadas devem ser expressas e quantificadas.

Monitorizar, acompanhar e controlar a produção cirúrgica na região



- A URGIC deve promover a realização de reuniões, com periodicidade mínima semestral, de acompanhamento da actividade cirúrgica com os hospitais, a fim de promover:
 - A resolução de dificuldades do hospital em determinados serviços/unidades funcionais ou especialidades;
 - O cumprimento dos critérios de antiguidade e prioridade e garantia dos TMRG;
 - A garantia da orientação estratégica do hospital para a promoção da resposta ao utente nas áreas mais críticas e carenciadas;
 - A actualização da informação obrigatória nos sistemas de informação (SIGLIC e outros), nomeadamente a ficha do hospital, a capacidade instalada, a gestão dos colaboradores e utilizadores do SIGLIC, os mapeamentos de serviços/unidades funcionais, entre outros.

Reportar à UCGIC a gestão da LIC na região



- A URGIC deve apresentar relatórios de ponto de situação semestrais à UCGIC em relação à gestão do SIGIC na região, incluindo os indicadores definidos pela UCGIC para efeitos de monitorização da LIC e da actividade cirúrgica dos hospitais. Os indicadores base para efeitos de monitorização do SIGIC e da gestão da LIC nos hospitais estão definidos e disponibilizados na aplicação SIGLIC, nomeadamente na ficha do hospital e nos diversos relatórios de indicadores à disposição da URGIC;
- Todos os relatórios deverão concluir sobre a adequação do hospital à sua missão, identificar constrangimentos internos e externos, apreciar a evolução e a posição relativa a outros hospitais e propor acções que visem a melhoria dos resultados, sendo esses resultados objectivos e passíveis de serem medidos.

4.2. Gestão e acompanhamento das convenções com hospitais privados

A URGIC tem um papel fundamental na celebração e gestão das convenções no âmbito do SIGIC com as entidades privadas e do sector social. Cabe-lhe a iniciativa de propor ao CA da respectiva ARS a celebração de novas convenções para a prestação de cuidados de saúde no âmbito do SIGIC, assim como propor o alargamento das convenções actuais a novos procedimentos, caso se revele necessário.

A URGIC pode antecipar a incapacidade por parte da entidade convencionada de cativar vales cirurgia emitidos em seu nome quando verifica que a mesma não está a responder aos serviços solicitados em tempo útil. Nestes casos, deve decidir sobre a conformidade como decorre o processo, nomeadamente avaliando a responsabilidade do hospital convencionado e se a respectiva comunicação à tutela foi ou não atempada. Neste sentido, a URGIC deve avaliar todas as situações de recusa de cativação por parte do hospital convencionado, decidindo sobre a conformidade dessa acção e estabelecendo as devidas penalizações caso se justifique.

A URGIC deve acompanhar o desempenho das entidades convencionadas, de modo a garantir o cumprimento dos termos do contrato celebrado e as regras do SIGIC para a prestação dos cuidados de saúde, em relação nomeadamente:

- Ao cumprimento dos TMRG para tratamento dos utentes;
- À actualização atempada e completa da informação nos sistemas informáticos, nomeadamente no SIGLIC, no que respeita aos procedimentos cirúrgicos disponibilizados, aos registos associados ao tratamento dos utentes inscritos, ao registo dos colaboradores e utilizadores do SIGLIC e ao registo e actualização da ficha do hospital e da capacidade instalada.

As ARS, enquanto entidades responsáveis pela celebração das convenções no âmbito do SIGIC, estão obrigadas por intermédio das URGIC a garantir a adequação dos serviços prestados nos termos das mesmas. Nesta matéria, as informações prestadas pelos HO são de enorme importância para o correcto desempenho das funções das URGIC.

À URGIC cabe ainda validar alterações propostas pelos hospitais convencionados à convenção, nomeadamente no que respeita aos procedimentos cirúrgicos disponibilizados e aos colaboradores registados, estando obrigada a pronunciar-se num prazo máximo de 5 dias úteis.

A URGIC deve ter também um papel activo na gestão e acompanhamento das convenções celebradas, assegurando nomeadamente:

- O ajustamento das convenções às necessidades de procura da região;
- A conformidade dos processos com o Regulamento e o MGIC;
- A adequação dos serviços prestados às necessidades expressas no plano de cuidados;
- A qualidade dos serviços clínicos;
- A validação da respectiva facturação;
- O cumprimento dos requisitos e termos contratuais acordados.

4.3. Gestão e acompanhamento das transferências dos utentes inscritos na região

No âmbito da gestão e acompanhamento das transferências dos utentes inscritos para cirurgia, cabe à URGIC o desempenho das seguintes funções:

1. Monitorização e controlo do processo de transferência dos utentes inscritos para cirurgia

- ✚ Garantir o cumprimento dos protocolos de transferência definidos por parte dos hospitais envolvidos, nomeadamente no que respeita aos circuitos estabelecidos (ex.: envio do processo clínico e MCDT do HO para o HD), ao acompanhamento e à comunicação entre os diversos intervenientes;
- ✚ Monitorizar o tempo de espera dos utentes nos HD e alertar os hospitais que estão em incumprimento, a fim de garantir o tratamento do utente dentro do TMRG e aplicar eventuais não conformidades;
- ✚ Informar o utente do estado do seu processo e dos seus direitos e deveres, durante o processo de transferência;
- ✚ Avaliar a qualidade dos cuidados prestados pelos HD nas vertentes: clínica, hoteleira, de atendimento, de gestão do processo e de registos;
- ✚ Desbloquear e decidir nas situações em que se verificam conflitos entre HO e o HD que impedem o tratamento do utente;
- ✚ Garantir que o HO cumpre os prazos em vigor para os seguintes procedimentos:
 - a) Envio do processo clínico para a execução dos eventos e os exames complementares em falta;
 - b) Decisão sobre pedidos de alteração da proposta;
 - c) Resposta às solicitações do HD.
- ✚ Verificação dos registos no SIGLIC da tramitação processual.

2. Tratamento e gestão das respostas dos utentes às notas de transferência e vales cirurgia emitidos

- ✚ Registrar as respostas dos utentes às NT/VC recebidos no SIGLIC;
- ✚ Analisar os pedidos de nova emissão de NT/VC por parte dos utentes e proceder à sua emissão no SIGLIC, através de pedido na Comunicação na Rede à UCGIC, nomeadamente nos seguintes casos:
 - a) A lista de hospitais disponíveis alterou-se permitindo nova escolha ao utente;
 - b) O NT/VC inicialmente emitido foi recusado pelo utente ou o utente deixou expirar o prazo de validade do NT/VC e pretende novo NT/VC;
 - c) O NT/VC não foi aceite por nenhum HD no respectivo directório;
 - d) Após a devolução do episódio por parte de um HD que foi aceite pela URGIC, o utente pretende ir para outro HD;
 - e) Tendo estado a aguardar pela cirurgia no HD mais do que o tempo regulamentar, o utente pretende novo vale cirurgia.
- ✚ Analisar os pedidos de emissão de segunda via do NT/VC (cópia do NT/VC já emitido) dos utentes e proceder em conformidade no sistema informático SIGLIC;
- ✚ Após auscultação do HO, autorizar a emissão de NT/VC para a realização de procedimentos cirúrgicos propostos pelo HD, quando sejam complementares de procedimentos cirúrgicos realizados anteriormente, no prazo de 5 dias.



Por princípio, deve ser autorizado a realização de novos procedimentos quando decorra da vontade expressa (e escrita) do utente e corresponda a um tratamento complementar ou simétrico ao anteriormente efectuado. Por exemplo, as cataratas bilaterais, a tiroidectomia restante após hemitiroidectomia, a reconstrução mamária após amputação, entre outros.

3. Gestão das cativações nos hospitais de destino

- ✚ Garantir no processo de cativação que:
 - A cativação é efectuada nos HD sem discriminação ou selecção adversa, certificando-se que não são recolhidos quaisquer elementos clínicos previamente à cativação;
 - É entregue ao utente um certificado de cativação emitido através do SIGLIC.

4. Tratamento e gestão dos pedidos de devolução e devoluções ao HO

- ✚ Analisar os pedidos de devolução e determinar a sua conformidade face ao pedido:
 - A URGIC deve aceitar sempre um segundo pedido de devolução de um HD, após ter recusado o primeiro, e aplicar uma não conformidade ao HD caso se justifique;
 - O HD deve pedir a devolução do episódio à URGIC através da comunicação na rede. No caso dos HD do SNS, só após aceitação do pedido é que o HD pode cancelar o episódio no seu SI;
- ✚ Aceitar ou registar os pedidos de devolução de episódios dos HD e dar seguimento ao processo dos utentes, devolvendo-os ao HO ou emitindo a favor daqueles um novo NT/VC em função do motivo de devolução;
- ✚ Se o HD reiterar o pedido de devolução inicialmente registado, a URGIC deve aceitar e registar uma não conformidade;
- ✚ Analisar os episódios transferidos para os quais se esgotou a resposta no exterior e proceder à sua devolução ao HO no sistema informático (SIGLIC), incitando o HO ao tratamento célere desses casos;
- ✚ Instituir procedimentos nos HD que facilitem o processo de aceitação da devolução de um episódio, nomeadamente a apresentação de declaração assinada pelo utente em que toma conhecimento da devolução do seu episódio e do respectivo motivo e a apresentação de relatório médico quando o motivo da devolução é clínico.

5. Tratamento e gestão dos pedidos do HD

- ✚ Avaliar e decidir sobre pedidos de suspensão de contagem de tempo no HD, sendo que a URGIC deve dar resposta positiva ou negativa aos pedidos no prazo máximo de 5 dias úteis;
- ✚ Autorizar os pedidos dos hospitais convencionados para realização de consultas ou MCDT, quando tal corresponda a um inequívoco interesse do utente, sendo que a URGIC deve dar uma resposta positiva ou negativa aos pedidos no prazo máximo de 5 dias;



Esta situação tipicamente ocorre quando o HO não fornece os MCDT necessários à realização dos tratamentos. Também pode ocorrer quando a logística envolvida para a deslocação do utente para efectuar os referidos MCDT desaconselhe esta via.

- ✚ Analisar os pedidos de colocação de próteses do HD e decidir sobre a sua autorização;

6. Gestão das reclamações dos utentes

- ✚ Registrar as reclamações dos utentes no centro de contactos;
- ✚ Analisar e responder às reclamações dos utentes, esclarecendo-os de forma clara dos procedimentos que têm de ser adoptados pela URGIC e/ou das acções que o utente deve efectuar no âmbito da reclamação apresentada;
- ✚ Acompanhar o processo em todo o seu percurso, desde a apresentação da reclamação até à resolução do problema do utente;
- ✚ Nos casos apropriados, reencaminhar as reclamações para as entidades competentes;
- ✚ Determinar se deve aplicar não conformidade a alguma instituição hospitalar interveniente no âmbito da reclamação apresentada e avisar formalmente o respectivo hospital.

7. Gestão dos pedidos do utente

- ✚ Analisar e gerir os pedidos dos utentes, reencaminhando-os caso necessário para as entidades competentes, nomeadamente os seguintes:
 - Pedidos de informação;
 - Pedidos de emissão de NT/VC;

- Pedidos de emissão de 2ª via do NT/VC;
- Pedidos de devolução ao HO;
- Pedidos de cancelamento do episódio;
- Pedidos de reinscrição;
- Pedidos de readmissão.

4.4. Gestão da facturação dos hospitais convencionados

A URGIC é responsável pela gestão e acompanhamento da facturação dos hospitais convencionados, em relação aos cuidados prestados a utentes transferidos no âmbito do SIGIC.

Assim, cabe à URGIC:



Validar a facturação dos hospitais convencionados

- Validar a facturação emitida pelas entidades convencionadas, verificando se a mesma corresponde à actividade realizada no âmbito dos vales cirurgia, ou sancionada pelas UCGIC ou URGIC nos termos regulamentares em vigor e pela UHGIC do HO nos casos em que esta autoriza alterações de procedimentos propostas pelos HD. Esta análise pode ser efectuada comparando os dados registados e indicadores no sistema informático (SIGLIC) com os dados da factura emitida pelos hospitais convencionados. Este processo não deve ultrapassar os 2 meses após a recepção dos elementos necessários para o efeito.



Instituir normas para validação da facturação

- Instituir normas a implementar nos hospitais convencionados que facilitem o processo de validação da facturação.

Apresentam-se de seguida as regras que devem ser estabelecidas com os hospitais convencionados para efeitos de validação da facturação, bem como a discriminação dos documentos que têm de acompanhar as facturas enviadas à URGIC.

 **Nota apensa à factura** (emitida através do SIGLIC)

Os procedimentos registados devem ser os realizados e coincidentes com os constantes no plano de cuidados do HO. Em caso de divergência, a facturação só é validada quando acompanhada do número do processo de comunicação na rede onde conste a autorização do HO, da URGIC ou da UCGIC para a alteração do(s) procedimento(s), inclusão de procedimento(s), bilateralidade ou simultaneidade.

Excepcionalmente, caso a necessidade de alteração do procedimento cirúrgico resulte de uma situação inesperada, detectada no decurso da cirurgia (desde que não tenha sido possível efectuar o seu diagnóstico nas consultas e MCDT de avaliação pré-operatória), a autorização das entidades competentes (HO, URGIC ou UCGIC) pode ser substituída por uma cópia do relatório médico, processado informaticamente e incluído em comunicação na rede com documento anexo, que justifique inequivocamente a opção clínica tomada. Este documento deve transitar para o sistema com a vinheta e assinatura do médico, sendo o original enviado ao HO.

● **Identificação de todos os eventos clínicos realizados**

Deve também ser indicada a primeira consulta de avaliação, ainda que isenta do pagamento da taxa moderadora, com indicação da data, da especialidade e do nome do médico.

O valor das taxas moderadoras a cobrar por cada acto decorre da legislação em vigor. No caso dos utentes isentos, deve essa qualidade ser demonstrada em documento anexo ao processo de facturação por cópia do cartão de utente que apresente a letra “T”, ou por documento emitido pelo centro de saúde ou entidade pública competente para o efeito.

● **Evidência do registo no SIGLIC de:**

- Certificado de cativação emitido;
- Relatório da cirurgia;
- Nota de alta emitida;
- Conclusão do episódio registada;
- Relatório do episódio;
- Nota apensa emitida.

Este procedimento destina-se a garantir o cumprimento da aliena f) da Cláusula 6ª do Despacho nº 24110/2004, de 23 de Novembro (vide anexo, no número da legislação), sendo que a evidência se traduz na verificação do registo no SIGLIC do referido relatório.

Só são validadas facturas de episódios com alta definitiva, nota de alta entregue e com o relatório enviado ao HO. A URGIC tem à sua disposição os relatórios registados no SIGLIC e deve junto do HO concluir sobre a qualidade dos mesmos, designadamente no que respeita à sua suficiência e relevância. No relatório da cirurgia, é fundamental a verificação da adequação do preenchimento dos campos, nomeadamente os referentes ao programa da Cirurgia Segura.

A qualidade do relatório do episódio é importante para o HO, enquanto entidade responsável pelo utente e guardião do seu historial clínico, facilitando a continuidade de cuidados quando à mesma haja lugar, quer na especialidade pela qual foi intervencionado no HD, quer noutra onde venha a ser seguido no HO.

Referência ao material utilizado e do lote (próteses)

Em caso de utilização de próteses, deve ser enviada cópia de identificação deste material. O original com autocolante é arquivado no HO e a cópia digital deve ser registada no SIGLIC, conforme Despacho nº 24110/2004 de 23 de Novembro (vide anexo, no número da legislação), designadamente a alínea f) da Cláusula 6ª.

Caso haja lugar a facturação adicional da prótese, deve também ser fornecida cópia da factura/recibo que certifique a compra da mesma.



Aplicar não conformidades nos casos previstos na lei

- Aplicar não conformidades aos hospitais convencionados caso não cumpram os procedimentos regulamentares em vigor, nomeadamente os termos da convenção celebrada. Nos pagamentos a efectuar às entidades convencionadas, a URGIC deve deduzir os montantes devidos por penalizações aplicadas.



Gerir a validação da facturação através do SIGLIC

- Gerir a validação da facturação através do sistema de informação (SIGLIC), servindo-se do mesmo como instrumento de apoio ao controlo do processo de validação da facturação, registando todas as intercorrências e mudanças de estado na factura.



Validar o recebimento pelo hospital convencionado após pagamento da ARS

- Verificar o registo por parte do hospital convencionado do recebimento após pagamento efectuado pela ARS.
- Devem ser suspensos novos pagamentos até verificada a conformidade do ponto anterior.

O SIGLIC evidencia no processo de controlo de facturação os seguintes elementos:

-  Procedimentos e diagnósticos (códigos) registados;

- Unidades nosológicas independentes e respectivos GDH;
- Situações particulares, a saber:
 - Utilização de próteses;
 - Mudança de diagnósticos e procedimentos e eventuais autorizações;
 - Autorizações para despesas com MCDT;
- Lista de eventos registados;
- Lista de não conformidades registadas;
- Taxas moderadoras cobradas;
- Evidência de emissão dos documentos obrigatórios, tais como:
 - Certificado de cativação;
 - Nota de alta;
 - Relatório do episódio;
 - Nota apensa;
- Valor apurado com discriminação pelos seus diversos componentes de cálculo, assim como a identificação dos casos particulares e dos elementos constantes do cálculo;
- Lista de todas as comunicações na rede relativas ao episódio a facturar.

4.5. Gestão e acompanhamento das não conformidades dos hospitais na região

Compete à URGIC a monitorização e gestão das não conformidades imputadas aos hospitais do SNS da respectiva região, assim como aos hospitais convencionados no âmbito do SIGIC.

A URGIC deve monitorizar de forma sistemática as não conformidades imputadas aos hospitais e aplicar as penalizações no caso dos hospitais convencionados.

A URGIC pode ainda aplicar não conformidades às instituições, caso detecte situações irregulares na sequência de auditorias, de análise de reclamações e de outras.

A gestão das não conformidades passa pelo apoio da URGIC às UHGIC dos hospitais do SNS e convencionados às regras do SIGIC, assim como na monitorização sistemática dos avisos do SIGLIC sobre possíveis não conformidades.

As não conformidades imputadas às instituições são susceptíveis de serem penalizadas, podendo estas, querendo, contestá-las. Na contestação, as instituições estão obrigadas a demonstrar que os factos subjacentes às não conformidades aplicadas não ocorreram ou ocorreram por causa que lhes não pode ser imputada. A demonstração é feita por prova documental, devendo ainda ser identificada a comunicação na rede que está na origem da não conformidade.

As contestações são apreciadas pela URGIC no prazo máximo de 20 dias, após os respectivos registos. Caso sejam aceites, as não conformidades ficam sem efeito. No caso de não serem aceites pela URGIC, a UHGIC pode ainda apresentar recurso à UCGIC. Se os recursos forem aceites, as não conformidades ficam sem efeito, não havendo lugar a qualquer penalização.

5. ÁREAS DE ACÇÃO DA UCGIC

Por força do Decreto-Lei n.º 219/2007 de 29 de Maio, o SIGIC passou a constituir uma atribuição da Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS), mantendo-se a sua gestão na responsabilidade da UCGIC.

Com a publicação da Portaria n.º 45/2008 de 15 de Janeiro, que aprova o novo regulamento do SIGIC, não só o âmbito de aplicação deste foi alargado às entidades privadas e do sector social que tratam beneficiários do SNS, como também as unidades de apoio ao seu funcionamento viram as suas competências alargadas.

De acordo com o regulamento do SIGIC, compete à UCGIC:

- Garantir a actualização permanente do registo dos utentes na lista de inscritos, assegurando a coerência dos dados transferidos pelos hospitais para o SIGLIC e a sua correcta integração;
- Elaborar e manter actualizado o Manual de Gestão de Inscritos para Cirurgia (MGIC) e propor a sua aprovação, bem como a sua divulgação;
- Definir os protocolos de transferência de utentes entre as unidades hospitalares do SNS e do sector privado e do sector social que prestam cuidados aos beneficiários do SNS e entre estas e as entidades convencionadas nos termos do regulamento, bem como elaborar os circuitos associados e assegurar os mecanismos de acompanhamento dos utentes e de comunicação entre aquelas unidades;
- Definir um conjunto mínimo de dados de natureza clínica, administrativa e outra a registar nos sistemas de informação dos hospitais e a transferir para o SIGLIC;
- Definir e colaborar na análise funcional dos circuitos de informação do SIGIC;
- Prever o impacto das medidas instituídas no âmbito do SIGIC e propor metas relativas nomeadamente à produção, qualidade e tempos de espera;
- Reportar às estruturas competentes informação relevante que suporte e direcione a contratualização da produção cirúrgica para a procura não satisfeita identificada no âmbito do SIGIC;
- Acompanhar a execução dos contratos-programa negociados com as unidades prestadoras de cuidados de saúde integrados no SNS, no que respeita à totalidade da produção cirúrgica programada e urgente;
- Monitorizar a produção cirúrgica realizada a nível nacional, com principal ênfase na equidade no acesso e nos tempos máximos, médios e medianos de espera;
- Seleccionar os utentes a transferir e garantir o cumprimento e monitorização dos protocolos de transferência definidos por parte dos restantes intervenientes;
- Emitir e enviar vales cirurgia e notas de transferência;

- Autorizar o HD a elaborar propostas cirúrgicas e a realizar os procedimentos que lhes correspondam;
- Emitir orientações relativas a questões processuais do âmbito do SIGIC, designadamente em matéria de classificação e codificação nos registos de propostas cirúrgicas e demais documentos;
- Definir e zelar pelo cumprimento das regras de confidencialidade dos dados dos utentes inscritos na LIC;
- Preparar e divulgar nos termos que vierem a ser definidos, a informação relevante relacionada com a actividade dos diferentes hospitais do SNS e entidades convencionadas;
- Estabelecer e promover a colaboração com grupos de especialistas médicos, a Direcção Geral da Saúde, colégios de especialidades médico-cirúrgicos da Ordem dos Médicos e sociedades médicas com vista à elaboração e permanente actualização dos protocolos de normalização da actividade hospitalar e da prática clínica para os principais procedimentos cirúrgicos realizados nos hospitais;
- Definir com a colaboração das entidades referidas no ponto anterior e outras as nomenclaturas dos procedimentos cirúrgicos realizados pelos estabelecimentos de saúde convencionados no âmbito do SIGIC;
- Participar na definição dos tempos máximos de espera garantidos por nível de prioridade clínica, por patologia ou por grupo de patologias;
- Participar no processo de revisão da tabela de preços da produção cirúrgica;
- Participar na definição das normas para pagamento às equipas cirúrgicas dos hospitais do SNS;
- Participar na definição e na validade das especificações técnicas do SIGLIC, bem como na análise funcional da interacção dos sistemas de informação dos hospitais com este sistema;
- Participar na definição de normas para certificação das aplicações informáticas que geram informação a integrar no SIGLIC;
- Realizar auditorias aos hospitais para determinar se o registo da informação, os processos estabelecidos e as demais obrigações decorrentes do SIGIC estão a ser cumpridos;
- Reportar às entidades competentes as situações detectadas em sede de auditoria, nomeadamente à Inspecção Geral da Saúde, quando se justifique.

Em síntese, as funções da UCGIC podem ser agrupadas em 5 grandes áreas:

Sistema de informação qualificada

- Definição das especificações funcionais
- “Minimal Data Set” nas transições de informação estabelecidas
- Codificação – Estratégias na codificação
- Publicação

Análise da informação recolhida e elaboração de recomendações

Manutenção do processo de promoção do acesso

- Planeamento (Transferências, TME, ...)
- Execução das acções necessárias à promoção do acesso
- Controlo do processo

Participação em financiamento/produção/pagamentos

- Contratualização e acompanhamento da produção
- Tabela preços
- Remunerações

Construção de um sistema de auditorias

A UCGIC na qualidade de órgão central de apoio ao funcionamento do SIGIC e responsável pela gestão da lista de inscritos para cirurgia a nível nacional, orienta a sua acção para a compreensão global da cadeia de valor associada aos cuidados prestados aos utentes das especialidades cirúrgicas, tendo por isso de interagir frequentemente com os órgãos máximos de gestão das estruturas centrais, regionais e locais.

Na sua relação com os restantes parceiros intervenientes directos e indirectos no sistema, exerce funções de acompanhamento, promovendo o desenvolvimento das URGIC e das UHGIC dos hospitais e funcionando como prestador de serviços, elaborando relatórios e pareceres e exercendo funções de consultoria às diversas entidades que integram a Administração Pública de Saúde (DGS, ERS, IGAS, etc.).

Para além destas actividades, decorrentes de solicitações dos diversos parceiros, a UCGIC produz em contínuo informação relativa à procura de cuidados cirúrgicos, a depuração da LIC, a promoção e controlo de qualidade dos dados recolhidos, informação agregada e validada e a avaliação do comportamento dos actores da actividade cirúrgica.

Para mais informações sobre as competências da UCGIC, deve ser consultado o anexo Competências das Entidades que consta no Volume V deste manual.