

CENTRO HOSPITALAR DO

ALTO AVE



PLANO ESTRATÉGICO
2013-2015

Julho 2013

SUMÁRIO

1. Mensagem do Conselho de Administração	3
2. Órgãos Sociais do Centro Hospitalar do Alto Ave	4
3. Sumário executivo	6
4. Enquadramento atual do Centro Hospitalar do Alto Ave	17
4.1. Raízes históricas e caracterização genérica do Centro Hospitalar	
4.2. Unidades do Centro Hospitalar do Alto Ave	
4.3. Área de influência	
4.4. Valências	
4.5. Atividade assistencial	
4.6. Recursos humanos e formação interna	
4.7. Qualidade	
4.8. Situação económica e financeira	
5. Posicionamento futuro de Centro Hospitalar e grandes linhas de orientação estratégica	33
5.1. Enquadramento geral	
5.2. Missão, Visão, Valores e Princípios	
5.3. Análise SWOT	
5.4. Grandes linhas de orientação estratégica	
5.5. Cenários alternativos de evolução	
5.6. Implementação das opções estratégicas adotadas e seu impacto esperado	
A. Carteira de Serviços	
B. O cidadão no centro do sistema	
C. Qualidade em Saúde	
D. Investigação Clínica	
E. Processos críticos de gestão, Reforço dos mecanismos de contratualização interna e Alinhamento	
F. Tecnologias e Sistemas de Informação	
G. Eficiência e Equilíbrio económico-financeiro estrutural	
5.7. Plano de investimentos	
6. Projeções económico-financeiras	81
6.1. Níveis de inflação médios	
6.2. Produção	
6.3. Custos com o Pessoal	
6.4. Consumo de Matérias e Fornecimentos e Serviços Externos	
6.5. Investimentos e Depreciações	
6.6. Financiamento da Atividade Corrente e do Investimento	
6.7. Outros pressupostos de natureza económica e financeira	
6.8. Demonstrações Financeiras Previsionais	
6.9. Conclusões	
6.10. Conclusões – Cenários alternativos	

1. MENSAGEM DO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO

A elaboração do Plano Estratégico, que o Conselho de Administração ora apresenta, partiu de uma análise aprofundada da situação atual do Centro Hospitalar, dos seus recursos e da sua atividade, avaliando as suas forças e fraquezas, considerando o ambiente interno e externo, para traçar um conjunto de ações que viabilizem a concretização dos objetivos nele enunciados.

Com o presente Plano pretendem-se, também, definir as condições que permitem reequilibrar estruturalmente a Instituição dos pontos de vista económico e financeiro e garantir que tal se consegue em paralelo com o nível dos serviços a prestar e melhoria contínua da sua qualidade e com o envolvimento ativo dos seus profissionais e a sua crescente motivação.

O presente Plano é, ainda, um plano de continuidade das ações que têm vindo a ser desenvolvidas ao longo dos últimos anos.

**** / ****

O Conselho de Administração

2. ÓRGÃOS SOCIAIS

Nos termos do Decreto-Lei n.º 233/2005, de 29 de dezembro, que transformou os hospitais SA em EPE, estes devem organizar-se de acordo com as normas e critérios genéricos definidos pela tutela em função das suas atribuições e áreas de atuação específicas, devendo os respetivos regulamentos internos prever a estrutura orgânica com base em serviços agregados em departamentos e englobando unidades funcionais.

O regulamento interno do Centro Hospitalar do Alto Ave (CHAA) aprovado em 5 de julho de 2007 e homologado pelo Secretário de Estado da Saúde em 1 de outubro de 2007, com as alterações de 10 de setembro de 2008 e homologadas por Despacho do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde em 24 de outubro de 2008, define a estrutura orgânica e o modo como funciona institucionalmente o CHAA, à luz do disposto no Decreto-Lei n.º 233/2005, de 29 de dezembro, com as alterações do Decreto-Lei n.º 244/2012, de 9 de novembro.

São os seguintes os Órgãos Sociais do Centro Hospitalar do Alto Ave e a sua atual composição:

Conselho de Administração

O Conselho de Administração do CHAA foi nomeado pelo Despacho n.º 4477/2012 dos Gabinetes dos Ministros de Estado e das Finanças e da Saúde sendo composto pelo presidente e quatro vogais, onde se incluem o Diretor Clínico e a Enfermeira Diretora.

Aos membros do Conselho de Administração, nomeados por um período de 3 anos, compete garantir o cumprimento dos objetivos básicos, bem como o exercício de todos os poderes de gestão que não estejam reservados a outros órgãos. As responsabilidades do Diretor Clínico e Enfermeiro Diretor estão diretamente relacionadas com a atividade clínica levada a cabo, respetivamente pelos Médicos e Enfermeiros do CHAA.

Presidente: Delfim Pereira Neto Rodrigues

Vogal e Diretora Clínica: Maria José Teixeira Cabral Costeira Paulo

Vogal e Enfermeira Diretora: Ana Maria da Ponte Fravica

Vogal: Agostinho Xavier Dourado Barreto

Vogal: Filipe Miguel Neves Ribeiro

Fiscal Único

O Fiscal Único é o órgão responsável pelo controlo da legalidade, da regularidade e da boa gestão financeira e patrimonial do CHAA. É nomeado por despacho do Ministro das Finanças obrigatoriamente de entre Revisores Oficiais de Contas ou Sociedades de Revisores Oficiais de Contas. Em conformidade com o despacho do Senhor Ministro de Estado e das Finanças de 26 de março de 2010, encontra-se nomeado como fiscal único do CHAA, Cruz, Cunha, Campos & Associados, SROC, representada por Carlos Alberto da Silva e Cunha (ROC nº 685) e tendo como suplente Maria Manuela Barbosa Miranda (ROC nº 1255).

Conselho Consultivo

O Conselho Consultivo é o órgão a quem compete apreciar os planos de atividade de natureza anual e plurianual, acompanhar a atividade do CHAA, bem como emitir recomendações tendo em vista o melhor funcionamento dos serviços a prestar às populações, tendo em conta os recursos disponíveis.

Presidente: Fernando Alberto Ribeiro da Silva

Representante do Município de Guimarães: César Manuel Castro Machado

Representante do Município de Fafe: José Manuel Martins Ribeiro

Representante do Município de Cabeceiras Basto: Joaquim Barroso Almeida Barreto

Representante da ARS Norte: Rui Afonso Mória Pereira Cernadas

Representante da Liga Amigos: José Fernando Rodrigues Alves Pinto

Representante dos Trabalhadores: Nuno Miguel Figueiredo Zambujal

Representante do Voluntariado Cruz Vermelha: José Marques Vale

Profissionais de Saúde sem vínculo ao CHAA: António Augusto da Gama Brandão e Maria Dárida Afonso Gomes

3. SUMÁRIO EXECUTIVO

ENQUADRAMENTO

O Centro Hospitalar do Alto Ave tem como missão prestar cuidados de saúde de qualidade à população da sua área de influência que ronda os 327 000 habitantes, assegurando o desenvolvimento profissional dos seus colaboradores, num quadro de eficiência e de eficácia, e tendo ao seu serviço cerca de 1 600 profissionais. A instituição encontra-se acreditada desde Dezembro de 2008, pela *Joint Commission International* (com reacreditação em maio de 2012).

Atendida a população a servir e suas características e os recursos do Centro Hospitalar; identificados os seus polos de excelência e áreas de menor desempenho e eficiência e considerados, ainda, os constrangimentos de natureza financeira e as grandes opções de política de saúde emanadas da tutela, foram estabelecidas as **grandes linhas de orientação estratégica** para o triénio 2013-2015.

LINHAS DE ORIENTAÇÃO ESTRATÉGICA

São as seguintes as grandes linhas de orientação estratégica para o triénio 2013-2015:

- Adequar os serviços a prestar às necessidades da população da sua área de influência, respondendo de forma mais eficaz e eficiente à procura potencial e **reajustando a sua carteira de serviços** às características da população a servir, potenciando as atuais áreas de excelência da Instituição;
- Colocar o **Cidadão no centro do sistema**, reforçando a sua importância em todo o circuito hospitalar, promovendo a sua participação ativa nas decisões de saúde e incrementando, por esta via, o seu grau de satisfação;
- Promover a **qualidade em saúde** através da prestação de cuidados de saúde acessíveis e equitativos, com elevado nível profissional, tendo em conta os recursos disponíveis e contribuindo também assim para a satisfação do utente;
- Dinamizar a **investigação clínica** e promover o estreitamento das relações com o meio universitário no sentido de contribuir para a diferenciação no desempenho e nos cuidados prestados aos doentes que procuram os seus serviços, para melhorar a motivação dos

profissionais do Centro Hospitalar e visando que este se assuma gradualmente como um centro de saber e não “apenas” num local de prestação de serviços de saúde;

- Focar a Instituição nos seus **processos críticos de gestão**, reforçando os mecanismos de contratualização interna e desenvolvendo o esforço de **alinhamento** dos seus profissionais;
- Melhorar a adaptar as **tecnologias e os sistemas de informação** à prossecução da missão do Centro Hospitalar, contribuindo para a melhoria global dos seus níveis de eficiência;
- Melhorar os níveis de **eficiência** e garantir o **equilíbrio económico-financeiro** estrutural.

PLANOS DE AÇÃO PROPOSTOS E MEDIDAS CORRESPONDENTES

Associando os planos de ação e medidas correspondentes às grandes linhas de orientação estratégica definidas:

A. Carteira de Serviços

Unidade de Guimarães - Novas áreas a desenvolver

- A.1. Centro de Excelência das doenças de sobrecarga Lisossomal
- A.2. Unidade de Hepatologia
- A.3. Consulta de desabituação tabágica
- A.4. Unidade de Patologia do Sono
- A.5. Unidade de transplante/colheita de órgãos
- A.6. Centro de tratamento da Obesidade
- A.7. Consulta de Genética Médica
- A.8. Unidade de Cirurgia Pediátrica
- A.9. Criação de Cuidados Intermédios/Unidade de AVC
- A.10. Implementação das 4 Vias Verdes: Coronária, Sépsis, Trauma e AVC
- A.11. Unidade de Medicina Nuclear
- A.12. Alargamento da área de influência do CHAA

Unidade de Guimarães - Áreas a desinvestir

No âmbito da rede de referenciação oncológica, está previsto que um hospital classificado como plataforma C (caso do CHAA) deverá limitar a sua atividade ao diagnóstico e participação no tratamento dos tumores com incidências iguais ou superiores a 10 por 100 000 habitantes. Deverá ser redefinido o perfil assistencial na área oncológica, nomeadamente tendo em conta o previsto na rede de referenciação.

Unidade de Fafe

A unidade de Fafe deverá ser reconvertida em Hospital de proximidade, de forma a prestar um serviço mais adequado aos seus utentes. As atividades onde não exista volume que garanta um adequado *know-how* e qualidade na prestação, deverão ser transferidas para a Unidade de Guimarães.

As atividades atualmente desenvolvidas na unidade de Guimarães, tendo como destinatários os utentes da área de Fafe/Terras de Basto que não contribuam para economias de escala significativas, deverão ser transferidas para a Unidade de Fafe, permitindo a prestação de um serviço de maior proximidade.

Unidade de Fafe - Áreas a desenvolver

C.1. Na área do Ambulatório, deverão ser transferidas da unidade de Guimarães, para a unidade de Fafe, as atividades de consultas, sessões de hospital de dia e cirurgias, onde o número de doentes justifique a transferência dessa produção. No caso de ser aprovado o alargamento da área de influência do CHAA para os municípios de Felgueiras e Celorico de Basto, a produção de ambulatório relativa a esses doentes, deverá ser preferencialmente afeta à unidade de Fafe;

C.2. As camas do Serviço de Medicina de Interna, deverão ser reconvertidas em camas de média e longa duração, integradas na Rede de Cuidados Continuados, transferindo o internamento de agudos para a unidade de Guimarães. A elevada demora média existente nesse serviço,

bem como os indicadores de qualidade assistencial dessa unidade, indicam que a concentração resultará em melhoria dos resultados em saúde nesta valência.

Unidade de Fafe - Áreas a desinvestir

D.1. Dada a baixa procura existente no Serviço de Urgência Básica de Fafe, designadamente no período noturno, bem como o facto de parte considerável dos pacientes serem referenciados para a urgência de Guimarães, propõe-se encerramento noturno deste Serviço de urgência (20h às 08h).;

D.2. Deverão ser descontinuadas as áreas de MCDT, atualmente justificadas pelo internamento/urgência e asseguradas por entidades convencionadas na região.

B. O cidadão no centro do sistema

B.1) Sobre a *desadequação de alguns canais de informação* (Site externo, redes sociais, balcão único, circuito interno TV, quiosques eletrónicos)

Visa-se a criação e melhoria destes canais de comunicação possibilitando uma série de novas ações de interação com os utentes.

B.2) Sobre a *inexistência de monitorização dos níveis de conforto*

Pretende-se promover a avaliação das condições de conforto nas zonas públicas, identificar o circuito do doente e avaliar quais os principais vetores que influenciam a sua perceção sobre a qualidade do serviço.

B.3) Sobre a *inexistência de informação relativa aos custos dos tratamentos*

Pretende-se disponibilizar ao utente uma fatura com a discriminação dos custos totais associados ao cuidado de saúde prestado, com desagregação entre os cuidados suportados pelo utente através de taxas moderadoras, os cuidados de saúde suportados pelo Estado e os cuidados de saúde suportados por entidades terceiras, quando aplicável.

B.4) Sobre a *desadequação da avaliação do grau de satisfação dos utentes*

Pretende-se adequar o tratamento das reclamações, sugestões e recomendações dos utentes de uma forma mais cuidadosa, com o objetivo de considerar o utente como o “cliente” dos serviços de saúde e, assim, melhorar o sistema tendo presente as suas necessidades efetivas. Será melhorado a atual sistema de inquéritos à satisfação dos utentes, através da reavaliação da sua periodicidade e dos indicadores medidos.

B.5) Sobre a *eficácia do Consentimento Informado*

Visa-se, entre outros aspetos, o reforço da obrigatoriedade de obtenção do consentimento informado escrito, com a definição clara dos tipos de procedimentos médicos sujeitos a consentimento informado; metodologia de obtenção do consentimento informado; período de antecedência; tipologia de utentes abrangidos.

C. Qualidade em Saúde

C.1) Deverá ser implementado um plano de **prevenção de quedas**, que melhore o desempenho do Centro Hospitalar neste indicador de qualidade;

C.2) No que respeita às **úlceras de pressão** deverá igualmente ser implementada uma metodologia de identificação precoce dos doentes em risco, que deverá ser visível a todos os elementos das equipas dos Serviços (sistema de cores em quadro próprio no serviço/cabeceira da cama);

C.3) Deverá ser implementado um programa de cuidados domiciliários que promova a redução da demora média e a **prevenção de readmissões**;

C.4) A **prevenção das infeções** deverá ser perspectivada como uma das principais preocupações do CHAA, no que respeita à qualidade dos cuidados que se prestam neste Centro hospitalar. A Comissão de Controlo da Infeção, deverá ser dotada dos meios necessários a prossecução dos seus objetivos.

D. Investigação Clínica

- D.1) Criação um Centro de Investigação Clínica (CIC) que congregue toda a coordenação de projetos, candidaturas a financiamentos, ensaios clínicos, estabelecimento de protocolos e parcerias, seja com instituições de ensino, entidades sem fins lucrativos ou com o tecido empresarial;
- D.2) Definir áreas de investigação prioritárias;
- D.3) Inventariar todos os projetos e trabalhos em curso ou a desenvolver, monitorizando a sua execução;
- D.4) Incluir as publicações, no âmbito da avaliação de desempenho, devendo o CIC compilar a informação remetida pelos serviços ou pelos profissionais em nome individual;
- D.5) Colocar experiência em investigação como critério no âmbito da política de admissões (em áreas selecionadas);
- D.6) Conceder horas dentro do horário normal para investigação (em áreas selecionadas e consoante relevância do projeto);
- D.7) Criar 2 bolsas de investigação, através de apoios externos obtidos por intermédio da CIC;
- D.8) Promover através de patrocinadores a criação de fundos de investigação.

E. Processos críticos de gestão, Reforço dos mecanismos de contratualização interna e Alinhamento

- E.1) A UHGIC deverá dar cumprimento ao previsto no Regulamento do Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia (Portaria n.º 45/2008 de 15 de Janeiro), nomeadamente “Centralizar a gestão de inscritos para cirurgia do hospital” e “Controlar e supervisionar o registo dos utentes na LIC do hospital”;
- E.2) O processo de contratualização interna, iniciado em 2013, deverá ser aprofundado, passando a ser baseado numa metodologia de *balanced scorecard*.
- E.3) O CHAA deverá criar uma Central de Negociação, que terá a responsabilidade de encontrar as parcerias/contratos/condições de compra, mais favoráveis à organização;
- E.4) O processo de monitorização da prescrição interna de medicamentos e meios complementares de diagnóstico e terapêutica (MCDT), realizado no âmbito do Despacho

n.º 17069/2011, deverá ser aprofundado, no sentido de identificar, com maior rigor, as áreas problemáticas. A monitorização deverá caminhar no sentido de associar as prescrições não só aos médicos, mas também aos doentes/episódios, permitindo assim o cálculo de níveis de prescrição por médico/episódio;

- E.5) Deverão ser definidos protocolos de tratamento para um conjunto de doentes/patologias, onde se definam, passo a passo, os cuidados que serão prestados aos doentes (incluindo o dia da alta prevista), tendo como objetivos principais a redução da demora média e a melhoria da qualidade dos cuidados.
- E.6) Deverá ser completada a inventariação de todos os equipamentos e sistemas médicos;
- E.7) Deverá ser aprovado um novo regulamento para o Serviço de Urgência, que defina de forma mais clara as estruturas/processos, pelos quais se organiza este Serviço.

F. Tecnologias e Sistemas de Informação

- F.1) Reforçar a colaboração com a SPMS no sentido de ser parceiro ativo no desenvolvimento de soluções informáticas adaptadas à necessidade hospitalar;
- F.2) Dar continuidade aos projetos em curso de modo a fazer face às necessidades identificadas internamente ou que se destinam a incrementar as relações de parceria já estabelecidas com a SPMS:
 - Desmaterialização de processos
 - Informatização do Bloco
 - Aplicação Cirurgia Segura
 - Informatização de todos os serviços através da plataforma Aida
 - Requisição eletrónica de análises
 - Requisição eletrónica de exames
 - Informatização da requisição e gestão de transportes
 - Plataforma *Business Intelligence*
 - Projeto do Processo Clínico Eletrónico
 - Conclusão da implementação do sistema de informação de apoio à Comissão de Controlo de Infecção – HEPIC

- F.3) Elaborar plano dos Sistemas e Tecnologias de Informação e Comunicação e atualizá-lo anualmente;
- F.4) Outras obrigações previstas na cláusula 24ª do Contrato Programa;
- F.5) Desenvolver um sistema de gestão e segurança de informação que garanta a disponibilidade, confidencialidade e integridade da mesma, adotando boas práticas utilizadas internacionalmente (ISO27001 e 27002);
- F.6) Criar planos de contingência para os sistemas críticos que garantam o funcionamento dos mesmos em caso de falha;
- F.7) Melhorar a capacidade de processamento e armazenamento do DataCenter. Realizar atualização tecnológica da Rede. Substituição da central telefónica, para permitir melhor integração com Central telefónica da Consulta externa III e a evolução gradual para a tecnologia VoiP;
- F.8) Atualização do parque informático. Implementação de ferramentas para gestão do tempo de utilização dos computadores com o objetivo de reduzir os custos com energia e otimizar os tempos de utilização dos mesmos;
- F.9) Atualização e centralização do parque de impressão;
- F.10) Software de sistema – BD;
- F.11) Adoção de BD *OpenSource* nos desenvolvimentos internos de novas aplicações, com o objetivo de evitar custos de licenciamento neste tipo de *software*;
- F.12) Migração das BD atuais para *OpenSource*;
- F.13) Adoção de ferramentas *OpenSource* para processamento de texto, folha de cálculo e apresentações, com o objetivo de evitar custos de licenciamento neste tipo de *software*;
- F.14) Atualização do Software de desenvolvimento do site e portal interno do CHAA;
- F.15) Desenvolvimento ou aquisição de ferramentas de Software Aplicacional para as áreas da Urgência e Gestão documental.

Para a prossecução da missão da Instituição e dos grandes objetivos estratégicos, foi assim definido um plano de investimentos fundamentado e imprescindível à continuidade de prestação de cuidados de saúde de excelência, que resultou de um levantamento exaustivo das necessidades reveladas por cada um dos serviços e da avaliação concreta das situações que carecem de reforço suplementar em meios técnicos, face à entrada de novos médicos e das metas traçadas em termos de produção. Após filtragem das situações não emergentes, foi possível agregar em projetos sustentados os investimentos indispensáveis à concretização dos objetivos assumidos neste Plano Estratégico e que ronda o valor de 7 360 000 € no triénio em apreço.

A situação de descapitalização do Centro Hospitalar do Alto Ave impõe também que se reformule a sua estrutura financeira o que não se afigura possível sem novas dotações de capital.

A opção proposta no presente documento passa:

- pela consolidação dos montantes em débito correspondentes aos valores atribuídos ao Centro Hospitalar pelo Fundo de Apoio ao Sistema de Pagamentos do Serviço Nacional de Saúde, no montante estimado em finais de 2013 de 13 147 630 €, com sua integração nos fundos próprios da Instituição, e
- em novas entradas de capital no montante de 19 011 936 € a realizar em 2014, por forma a colocar o capital estatutário em 10 000 000 €. Este montante corresponderá, grosso modo, ao valor do investimento a realizar no triénio em análise e aos fundos necessários para ajustar as necessidades em fundo maneo a níveis compatíveis com uma estrutura financeira equilibrada.

PERFORMANCE HISTÓRICA E PROJETADA

O CHAA registou nos dois últimos anos resultados negativos de 10 869 377 € e 6 687 002 € em 2011 e 2012, respetivamente, a que corresponderam EBITDA igualmente negativos de 4 030 610 € em 2011 e de 2 447 950 € em 2012.

Estima-se que a concretização das medidas propostas conduza a resultados ainda negativos de 7 912 157 €, 624 381 € e 833 216 €, respetivamente em 2013, 2014 e 2015, mas valores EBITDA já positivos a partir de 2014: -4 756 914 €, 2 249 970 € e 1 893 045 €, em 2013, 2014 e

2015, respetivamente.

O processo de recapitalização do CHAA, se desenvolvido nos termos propostos permitirá, por seu turno garantir um nível de capital próprio no final de 2015 da ordem dos 8,5 milhões de euros (para um ativo de cerca de 50 milhões de euros), o que, com o esforço de reequilíbrio económico desenhado ao longo deste triénio, permite encarar com razoável segurança o equilíbrio financeiro estrutural da Instituição.

Do exposto resulta que a possibilidade de conseguir gerar resultados positivos não se crê possível sem um reposicionamento que tenha em consideração a atual capacidade instalada e a sua mais completa utilização; o nível de diferenciação dessa capacidade e a razoabilidade das medidas propostas.

Esse reposicionamento poderá assentar, no essencial, no alargamento da área de influência, nomeadamente para a área do ACES do Ave (especialidades de Gastroenterologia, Cardiologia, Pediatria/Neonatologia e Ginecologia/obstetrícia - incluindo bloco de partos) e para os Municípios de Felgueiras e Celorico de Basto (para todas as valências de que o CHAA dispõe), nomeadamente tendo em conta que as populações destes Concelhos já procuram os Serviços do CHAA, reconhecendo este Centro Hospitalar como a sua unidade de saúde de referência.

Os cálculos desenvolvidos sobre estas alternativas permitiram estimar que um reposicionamento deste tipo, com o incremento na produção que implica e sem alterações relevantes nos custos de estrutura, poderá conduzir à obtenção de resultados positivos a partir de 2014: 1 686 153 € e 1 478 319 €, respetivamente em 2014 e 2015, e valores EBITDA de 4 595 333 € e 4 240 123 €, em 2014 e 2015, respetivamente.

Por último, importa referir que não se desenvolveram estimativas quantificadas da eventual integração no Centro Hospitalar da atual unidade hospitalar de Famalicão (presentemente integrada no Centro Hospitalar do Médio Ave), não obstante se admitir que possam existir importantes impactos de uma opção deste tipo a nível económico-financeiro, nomeadamente no âmbito da redução de custos.

Estas otimizações estarão essencialmente associadas a redimensionamentos e sinergias em diferentes áreas, particularmente em áreas de apoio, e à capacidade de conseguir uma melhor articulação entre os vários serviços.

No entanto, a dificuldade em obter dados com a minúcia e a qualidade necessárias que permitissem conclusões dentro de padrões adequados, levou a que se não desenvolvessem cálculos adicionais neste domínio.

4. ENQUADRAMENTO ATUAL DO CENTRO HOSPITALAR DO ALTO AVE

4.1. RAÍZES HISTÓRICAS E CARATERIZAÇÃO GENÉRICA DO CENTRO HOSPITALAR DO ALTO AVE

O CHAA é uma entidade pública empresarial constituída em 2007, através do Decreto-Lei n.º 50-A/2007 de 28 de fevereiro, resultando da fusão entre o Hospital Senhora da Oliveira E.P.E. – Guimarães e o Hospital São José de Fafe, S.P.A.. O domicílio fiscal é na Rua dos Cutileiros, Creixomil, 4835-044 Guimarães e o número de identificação fiscal é o 508 080 827.

O CHAA, sendo pessoa coletiva de direito público de natureza empresarial, é dotado de autonomia administrativa, financeira e patrimonial, nos termos do Decreto-Lei n.º 558/99, de 17 de dezembro e do artigo 18.º do anexo da Lei n.º 27/2002, de 8 de novembro e o seu Fundo Patrimonial no final de 2012 ascendia a 43 930 000 €.

O CHAA tem como **missão** prestar cuidados de saúde de qualidade à população da sua área de influência, assegurando, em simultâneo o desenvolvimento profissional dos seus colaboradores, num quadro de eficiência e de eficácia, servindo um universo de cerca de 327 000 habitantes. O CHAA dispõe de um alargado leque de valências distribuídas por diferentes linhas de atividade: internamento, consulta externa, urgência e hospital de dia. Existe igualmente, uma forte e diversificada atividade cirúrgica convencional e de ambulatório e capacidade instalada para a realização de meios complementares de diagnóstico e terapêutica.

No CHAA realizam-se anualmente mais de 260 mil consultas externas, são atendidos cerca de 150 mil doentes no serviço de urgência e internados 22 mil doentes. Das cerca de 13 mil intervenções cirúrgicas, quase 3 mil são urgentes e 50% das programadas realizam-se em regime de ambulatório. Em 2012 atingiram-se as 23 mil sessões de hospital de dia e realizaram-se 3 milhões de meios complementares de diagnóstico e terapêutica entre análises e exames.

Prestam serviço na Instituição cerca de 1 700 profissionais e o CHAA encontra-se acreditado desde dezembro de 2008, pela *Joint Commission International* (reacreditação em maio de 2012).

4.2. UNIDADES DO CENTRO HOSPITALAR DO ALTO AVE

O CHAA integra atualmente as seguintes unidades:

Guimarães

As raízes históricas do Hospital iniciam-se em finais do Século XVI, altura em que foi instituído o Hospital da Misericórdia de Guimarães. Funcionou neste formato até à Revolução de 1974, altura a partir da qual passou a ser designado de Hospital Distrital de Guimarães. Mas em meados da década de 80 do século passado, a capacidade do então Hospital estava bloqueada pelas exíguas instalações do Convento dos Capuchos, daí a necessidade de construção de um novo edifício para servir adequadamente a população da região. Assim começa a história das atuais instalações.

O início da execução do projeto data de 1978, perspetivando um total de 485 camas e dotado de quase todas as valências hospitalares. A área do terreno onde viria a ser edificado, uma antiga quinta, tinha cerca de 86 mil metros quadrados, ficando localizado na entrada sul da cidade. Foi dotado de dois edifícios: um corpo principal em altura com 11 pisos e um segundo corpo de 3 pisos, ligado ao edifício principal por galeria semienterrada que ficou reservado para a Medicina Física e de Reabilitação e para parte das Consultas Externas.

O novo Hospital entrou em funcionamento a 25 de Setembro de 1991, tendo sido inaugurado oficialmente a 8 de fevereiro de 1992 pelo então Primeiro-Ministro, Aníbal Cavaco Silva.

Funcionou neste formato até ao ano de 2002, quando foi transformado em Sociedade Anónima de capitais exclusivamente públicos pelo Decreto-Lei nº 285/2002.

Em 2005 houve nova alteração na natureza jurídica do Hospital, tendo-se transformado, por via do Decreto-Lei nº 233/2005, em Entidade Pública Empresarial (EPE) e, por último, em 2007 uma nova alteração levou à criação do Centro Hospitalar do Alto Ave (pelo Decreto-Lei nº 50-A/2007, de 28 de fevereiro), fundindo os antigos hospitais da Senhora da Oliveira e S. José de Fafe num único Centro Hospitalar, com sede em Guimarães e mantendo-se o estatuto jurídico EPE.

Fafe

A primeira pedra para a construção do hospital de S. José de Fafe foi lançada a 6 de janeiro de 1859, tendo iniciado a sua atividade a 19 de março de 1863, embora apenas com uma enfermaria para atendimento de doentes que não tinham possibilidades para serem tratados em casa, vindo posteriormente a alargar as suas instalações e a melhorar os seus serviços.

A edificação deste imóvel resultou da iniciativa Miguel Soares e seu filho José Florêncio Soares e do caridoso apoio dos brasileiros fafenses. Viria também a ter o apoio da autarquia, que cedeu o terreno, e de todos os fafenses que quiseram dar os seus préstimos. Esta construção foi entretanto entregue à Irmandade da Santa Casa da Misericórdia.

Em 2007, com a criação do CHAA, pelo Decreto-Lei nº 50-A/2007 de 28 de fevereiro, passou a fazer parte deste Centro Hospitalar pela fusão com o Hospital da Senhora da Oliveira de Guimarães. Desde então é gerido com as regras do estatuto jurídico das EPE.

Unidade de Internamento de Cabeceiras de Basto

No dia 15 de julho de 2010 foi inaugurada a Unidade de Internamento de Cabeceiras de Basto.

Esta Unidade está integrada na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, mas é gerida pelo Centro Hospitalar do Alto Ave. Conta com 11 camas para internamento de doentes, numa política de prestação de cuidados de saúde de equidade, qualidade e proximidade. Ocupa um edifício novo, construído de raiz, contíguo ao Centro de Saúde de Cabeceiras de Basto e faz parte da Unidade de Convalescença do Centro Hospitalar, dividida entre a Unidade de Fafe e a de Cabeceiras, com uma capacidade total de 28 camas.

A Unidade de Cabeceiras proporciona as condições necessárias para desenvolver uma política de prestação de cuidados de saúde de proximidade, uma vez que a sua ocupação está prioritariamente orientada para doentes da região, para recuperação funcional ou adaptação dos doentes à incapacidade. Aposta assim na multidisciplinaridade de prestação de cuidados de saúde onde se salienta a Medicina Física e de Reabilitação, que tem uma área física própria, contando na totalidade com uma equipa de cerca de 30 profissionais.

Centros de Saúde Abrangidos

Centro de Saúde de Cabeceiras de Basto

Centro de Saúde de Fafe

Centro de Saúde das Taipas

UCSP Moreira de Cónegos (CS de Vizela)

Centro de Saúde Vizela

Centro de Saúde Professor Arnaldo Sampaio

UCSP Amorosa (Centro de Saúde Professor Arnaldo Sampaio)

Centro de Saúde Celorico de Basto

Cerzedo - Polo da UCSP Amorosa (Centro de Saúde Professor Arnaldo Sampaio)

4.3. ÁREA DE INFLUÊNCIA

Por definição, a área de influência do Centro Hospitalar é aquela determinada no seu Regulamento Interno constituindo-se como prioritária dentro do SNS. O Regulamento Interno em vigor data de junho de 2007, pouco tempo após a criação do Centro Hospitalar do Alto Ave, refere que a sua área de influência “é constituída prioritariamente pelos concelhos de Guimarães, Fafe, Cabeceiras de Basto, Celorico de Basto, Vizela e Felgueiras”.

A realidade é que, ao longo dos últimos anos, foram sendo efetuadas alterações, emanadas pela tutela, em algumas diretrizes nesta matéria, nomeadamente no que toca aos Agrupamentos de Centros de Saúde da região. Esta situação implicou mudanças na referenciação para o Centro Hospitalar.

Cabeceiras de Basto (População 16 710 – Censos 2011)

O Concelho de Cabeceiras de Basto está integrado no distrito de Braga e insere-se na chamada região de Basto que também engloba os concelhos de Celorico de Basto, Mondim de Basto e Ribeira da Pena. Este concelho situa-se à beira-Tâmega e encontra-se entre a zona de influência Atlântica e o Nordeste Transmontano.

O concelho tem uma superfície territorial de 240,88 km² (dados do INE), que se distribui por 17 freguesias e dista de Braga, sede distrital, aproximadamente 49 km.

Celorico de Basto (População 20 098 – Censos 2011)

O Concelho de Celorico de Basto está integrado no distrito de Braga, no extremo da província do Minho a cerca de 67 Km de Braga, sede distrital.

O concelho apresenta um relevo bastante acidentado, com vastas áreas planálticas, alternando com vales estreitos que descem até ao rio Tâmega. Encontra-se rodeado por várias cadeias montanhosas, das quais se destacam o Marão, o Alvão e a Cabreira, atingindo o seu ponto mais elevado no pico do Viso, a 856 metros de altitude.

Tem uma superfície territorial de 181,1 Km² (dados do INE), que se distribui por 22 freguesias.

Fafe (População 50 633 – Censos 2011)

O Concelho de Fafe pertence ao distrito de Braga, estando inserido na sub-região do Alto Ave, cuja geografia se caracteriza por três unidades paisagísticas: as áreas de montanha, as de meia-encosta e as de vale. Tem uma área de 218,87 Km², distribuída por 36 freguesias.

Felgueiras (População 58 065 – Censos 2011)

O Concelho de Felgueiras pertence ao distrito do Porto, distando deste aproximadamente cerca de 62 km e encontra-se localizado na região do Vale do Sousa, abrangendo uma área de cerca de 115,62 km², num total de 33 freguesias.

Guimarães (População 158 124 – Censos 2011)

O Concelho de Guimarães pertence ao distrito de Braga, tendo 242,8 Km² de área distribuída por 68 freguesias.

A topografia do concelho integra um vasto complexo geográfico definido pelos vales dos rios Ave, Selho e Vizela estando Guimarães inserido na Província do Minho no Noroeste de Portugal.

Vizela (População 23 736 – Censos 2011)

O Concelho de Vizela, pertence ao distrito de Braga e tem uma área de 23,92 km² (dados INE), distribuída por 7 freguesias.

Esta área de influência conjunta abrange um universo de cerca de 326 000 habitantes, apresentando o seu maior peso relativo nos municípios de Guimarães (48%), Felgueiras (17,7%) e Fafe (15,4%) e a sua população residente caracteriza-se pela sua juventude, sendo mesmo uma das mais jovens do país.

De acordo com os dados do Instituto Nacional de Estatística, a taxa bruta de natalidade em 2011, situa-se abaixo da taxa nacional em todos os concelhos, sendo o de Guimarães aquele com a taxa mais próxima (8,9), em contraponto com Cabeceiras e Celorico de Basto, cuja taxa de natalidade mais se distancia (7,9). No tocante à taxa de natalidade da região Norte, os concelhos de Guimarães, Vizela e Felgueiras apresentam uma taxa igual ou superior.

Por seu turno, a taxa bruta de mortalidade de cada um dos concelhos da área de influência do Centro Hospitalar do Alto Ave é inferior à média nacional e da região Norte, com exceção dos concelhos de Celorico e Cabeceiras de Basto, que apresentam uma taxa de mortalidade superior, quer à média da região Norte, quer à média nacional.

Em todos os municípios predominam as faixas etárias dos 25 aos 64 anos. O peso da população residente com mais de 65 anos nos municípios de Cabeceiras de Basto e Celorico de Basto ascende os 19%, alinhado com resultado a nível nacional (19,43%). Já em Guimarães (14,01%), mas principalmente em Felgueiras e Vizela (12,95 e 11,92% respetivamente), o peso da população idosa, fica abaixo do valor regional (17,52%) e nacional.

O número de médicos e enfermeiros por 1 000 habitantes registados nos diversos municípios é relativamente inferior ao verificado a nível nacional e na região Norte, sendo particularmente

preocupantes no caso dos enfermeiros em Vizela e dos médicos em Celorico de Basto e Felgueiras, com menos de um profissional de saúde por mil habitantes.

A taxa de mortalidade infantil registada em quase todos os municípios é inferior à verificada a nível nacional e na região Norte, com exceção dos concelhos de Fafe e Felgueiras. No que se refere à taxa de mortalidade neonatal, os concelhos de Fafe e Cabeceiras e Celorico de Basto são aqueles que apresentam uma taxa acima do registado a nível nacional e na região Norte.

4.4. VALÊNCIAS

O CHAA dispõe do seguinte conjunto de valências nas diversas áreas de prestação de cuidados:

Área de atividade	Interna- mento	Consulta Externa	Hospital de Dia
Anestesiologia		X	
Apoio Diabético		X	
Cardiologia	X	X	X
Cirurgia Geral	X	X	X
Cirurgia Plástica		X	
Cirurgia Vascular	X	X	X
Dermatologia		X	
Desenvolvimento		X	
Dor		X	X
Estomatologia / Medicina Dentária		X	
Gastrenterologia	X	X	X
Ginecologia	X	X	
Imunoalergologia		X	X
Imunohemoterapia		X	X
Medicina da Reprodução	X	X	
Medicina Física e Reabilitação		X	
Medicina Interna	X	X	X
Nefrologia		X	
Neonatologia	X	X	
Neurologia	X	X	X
Nutrição e Dietética		X	
Obstetrícia	X	X	
Oftalmologia		X	
Oncologia		X	X
Ortopedia	X	X	
Otorrinolaringologia	X	X	
Pediatria	X	X	X
Pneumologia	X	X	X
Psiquiatria	X	X	X

Saúde Ocupacional		X	
UCIC	X		
UCIN	X		
UCIP	X		
Urologia	X	X	

O Centro Hospitalar realiza as seguintes técnicas de MCDT:

Análises Clínicas – Bioquímicas	Medicina Física e Reabilitação - Técnicas Terapêuticas
Análises Clínicas – Hematológicas	Neurologia - Potenciais Evocados (Neurofisiografia)
Análises Clínicas - Imunológicas	Neurologia - Outros (Neurofisiografia)
Análises Clínicas - Microbiológicas	Oftalmologia - Laser
Análises Clínicas - Outras	Oftalmologia - Outros
Anatomia Patológica - Citológicos	Gastro - Outros
Anatomia Patológica - Histológicos	Neurologia - EEG
Anatomia Patológica - Outros	ORL
Cardiologia - Actos Diagnóstico	Dermatologia
Cardiologia - Actos Terapêuticos	Reumatologia
Cardiologia - Outros	Ginecologia/Obstetrícia - Exames Endoscópicos
Imagiologia - Ecografias	Gastro - Endoscopia
Imagiologia - Outros	Ginecologia/Obstetrícia - Actos Cirúrgicos
Imagiologia - Radiologia de Intervenção	Ginecologia/Obstetrícia - Cardiotografias
Imagiologia - Ressonância Magnética	Ginecologia/Obstetrícia - Ecografias
Imagiologia - RX Convencional	Ginecologia/Obstetrícia - Outros
Imagiologia - TAC	Pneumologia - Provas de Função Respiratória
Imuno-hemoterapia - Análises	Urologia - Urodinâmica
Imuno-hemoterapia - Outros	Pneumologia - Téc. especiais diagnóstico e tratamento
Imuno-hemoterapia - Unidades Transfundidas	Urologia - Outros

Camas, gabinetes e principais equipamentos:

Camas de Internamento		
	Enfermarias	434
	Unidades de Cuidados Intensivos:	
	Neonatais	5
	De adultos (Polivalente e Cardiologia)	16
	Unidade de Internam. Cuidados Continuados de Saúde	28
Outras camas		
	Berçário	30
	Observação (Urgência)	12
Total		525

Gabinetes para consultas externas	82
Cadeirões para sessões de hospital de dia	32
Camas para sessões de hospital de dia	11
Salas para cirurgia convencional	6
Salas para cirurgia de ambulatório	4
Sistemas de rx convencional	3
Aparelhos de tomografia axial computadorizada	2
Salas para cirurgias urgentes	1
Unidades de ressonância magnética	1

Grandes números em 2012:

Consultas Externas	260 693
Análises e Exames	2 751 161
Partos	2 165
Urgências	143 494
Doentes internados	22 394
Cirurgias	11 434

4.5. ATIVIDADE ASSISTENCIAL

Como referido, a missão do CHAA assenta na prestação de cuidados de saúde de qualidade à população da sua área de influência. Para a concretização da sua missão, o CHAA dispõe de um alargado leque de valências distribuídas por diferentes linhas de atividade: internamento, consulta externa, urgência (básica e médico-cirúrgica) e hospital de dia. Existe igualmente, uma forte e diversificada atividade cirúrgica em regime convencional e de ambulatório e capacidade instalada para a realização de meios complementares de diagnóstico e terapêutica. A produção do conjunto destes atos reflete-se na atividade assistencial global da Instituição.

O quadro seguinte resume a evolução das linhas de atividade de produção do Centro Hospitalar nos três últimos anos:

Movimento assistencial por linhas de atividade

Linhas de Atividade	Unidade	2010	2011	2012	Variação 2012-2011
Internamento	Doentes Saídos	23.921	22.502	22.394	-0,5%
Cirurgia Ambulatória	Doentes Saídos	3.743	4.142	5.195	25,4%
Consulta Externa	Consultas	252.693	261.304	260.693	-0,2%
Urgência	Admissões	153.714	154.221	143.494	-7,0%
Hospital de Dia	Sessões	23.324	23.029	27.079	17,6%
Cirurgia Convencional	Doentes intervenc.	6.659	6.051	6.239	3,1%
MCDT's	Exames	948.022	937.968	887.002	-5,4%
	Análises	2.104.683	2.014.589	1.864.159	-7,5%
Partos	Partos	2.554	2.476	2.165	-12,6%

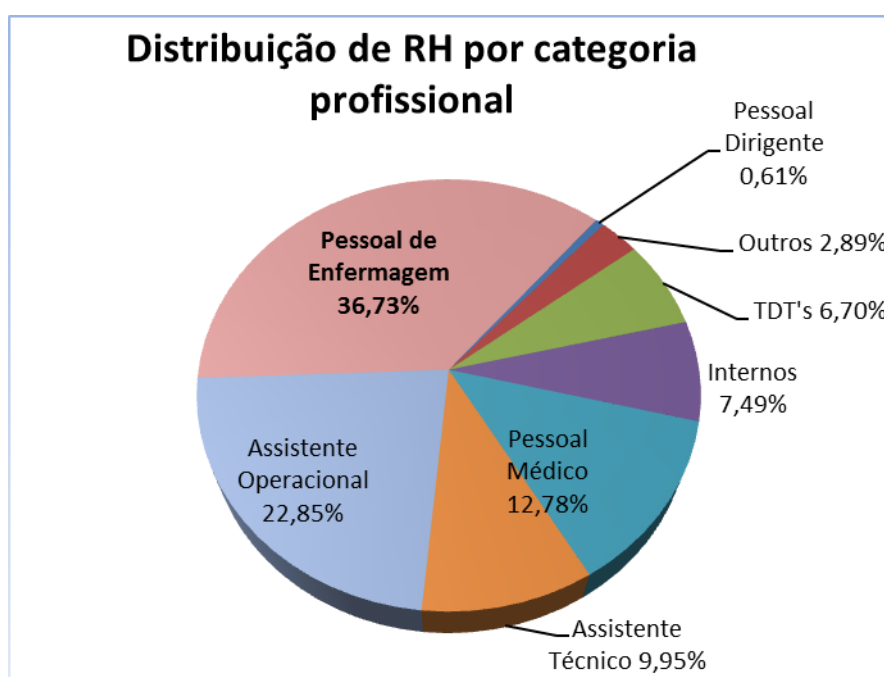
4.6. RECURSOS HUMANOS E FORMAÇÃO INTERNA

Em 31 de dezembro de 2012, desempenhavam funções no CHAA, 1 735 profissionais (1 751 em 2011), correspondendo a um número de funcionários equivalentes a tempo completo (ETC), a 35 horas, de 1 802. Este diferencial decorre da política de contratações atual que passa pela

elaboração preferencial de contratos com carga horária de 40 horas semanais e tem, também, evoluído pelo facto do vínculo dos colaboradores ter vindo a alterar. Atualmente, mais de 40% dos profissionais do CHAA estão ligados à Instituição através de um contrato individual de trabalho, algo que não era possível antes de 2003, em que apenas existiam agentes da função pública e prestadores de serviços.

Em 2012, o índice de rotatividade (relação entre admissões e saídas de profissionais) rondou os 10,19% (8,49% em 2011) e a taxa de abandonos atingiu em 2012 os 12,40% (8,31% em 2011).

Relativamente à estrutura dos grupos profissionais, tem-se verificado uma certa estabilidade, representando os profissionais de saúde, no final de 2012, a quase a totalidade dos profissionais do hospital, destacando-se neste grupo os enfermeiros (cerca de 37%).



Além da maioria dos colaboradores serem do sexo feminino (cerca de 75%), 62% dos profissionais têm menos de 45 anos (cerca de 16% dos funcionários têm menos de 30 anos de idade). Na pirâmide etária tem-se assistido a uma renovação das equipas e dos profissionais.

Outro aspeto relevante prende-se com a formação de base dos profissionais do CHAA. Cerca de 53,5% dos funcionários têm um grau académico igual ou superior a licenciatura e mais de 10% possuem grau de bacharel. Não obstante, cerca de 11% dos profissionais ainda não completaram o 9º ano de escolaridade.

Refira-se ainda que mais de 53% dos profissionais do CHAA residem no concelho de Guimarães.

O CHAA possui um Centro de Formação Contínua integrado no Departamento de Ensino e Formação, devidamente acreditado por despacho nº 622, de 1 de julho de 1999, da Sra. Ministra da Saúde e com intervenção nos seguintes domínios:

1. Diagnóstico de necessidades de formação;
2. Planeamento de intervenções ou atividades formativas;
3. Conceção de intervenções, programas, instrumentos e suportes formativos;
4. Organização e promoção de intervenções ou atividades formativas;
5. Desenvolvimentos/execução de intervenções ou atividades formativas;
6. Acompanhamento e avaliação de intervenções ou atividades formativas;

Simultaneamente, a formação de futuros profissionais, sejam eles médicos, enfermeiros ou técnicos, faz parte da génese do CHAA. A articulação com a Escola de Ciências da Saúde da Universidade do Minho potencia a capacidade formativa existente na Instituição.

O crescimento sustentável da Escola de Ciências da Saúde da Universidade do Minho e o consequente sucesso que tem granjeado nacional e internacionalmente deve-se às suas metodologias inovadoras e à qualidade dos profissionais que se vão formando. Este êxito deve ser partilhado com todos aqueles que se têm disponibilizado a transmitir conhecimentos e práticas aos jovens estudantes e nos quais se encontram incluídos os profissionais do CHAA.

O modelo adotado pela Escola assente numa metodologia multicêntrica da componente clínica do ensino, possibilita aos estudantes um contacto com situações reais, em diferentes serviços, em diferentes cenários, semelhantes àquelas com que se depararão no futuro. A estrutura curricular integra as “Residências” (de Medicina, Cirurgia e Saúde Materno-Infantil) onde se espera que, sob o acompanhamento de um tutor clínico, os estudantes desenvolvam conhecimentos e

competências clínicas que possibilitem o ingresso no “Internato de Ano Comum”, independentemente da instituição nacional e internacional onde venham a ocorrer.

No ano de 2012 realizaram-se 291 estágios distribuídos pelas diferentes áreas curriculares previstas no respetivo plano curricular da instituição.

Outra vertente fundamental do ensino médico é a formação pós-graduada, que abrange o ano comum e o internato de especialidade.

Contudo, a Escola de Ciências da Saúde da Universidade do Minho não representa todo o universo de estudantes cuja formação inicial passa pelo CHAA. Muitas outras instituições têm procurado o CHAA como ponto de partida dos jovens no contacto com a vida profissional. São disso exemplo a Faculdade de Medicina da Universidade de Lérida; Clínica Sagrada Esperança, Angola; Palacký University on Olomouc, República Checa; University of Szeged, Hungria; Universidade Fernando Pessoa, Porto; Escola Superior de Enfermagem Montalvão Machado, Chaves; Instituto Superior de Saúde do Alto Ave, Póvoa de Lanhoso; Escola Superior de Saúde, do Instituto Politécnico da Guarda; Escola Superior de Saúde, do Instituto Politécnico de Viana do Castelo; Escola Superior de Saúde, do Instituto Politécnico de Bragança; CESPU - Cooperativa de Ensino Superior; Universidade de Aveiro; Escola Superior de Saúde, do Instituto Politécnico de Viseu e Escola Superior de Enfermagem do Porto, entre outras.

4.7. QUALIDADE

O CHAA encontra-se acreditado desde dezembro de 2008, pela *Joint Commission International* (JCI), com reacreditação em maio de 2012.

O recente processo de renovação da acreditação revelou um resultado bastante positivo. Em 1 208 critérios mensuráveis analisados pelos auditores só foram apontados 41 critérios que necessitavam de melhoria. Refira-se que os Padrões “Qualidade e Segurança do Doente”, “Cuidados ao Doente”, “Cuidados Anestésicos e Cirúrgicos”, “Educação do Doente e Família” e “Gestão, Liderança e Direção” foram muito elogiados pelos auditores, que consideraram a Instituição num bom caminho de melhoria continua.

Este renovado sucesso no processo de reacreditação pela JCI demonstrou a maturidade, empenho e determinação dos profissionais do CHAA em ultrapassar desafios exigentes em termos de capacidades e competências, provando que o CHAA está entre os melhores que praticam elevados padrões de qualidade aos seus doentes.

Salienta-se que até à presente data o Centro Hospitalar do Alto Ave – Unidade Guimarães é a única organização Hospitalar, em Portugal, a conseguir a renovação da acreditação pela *Joint Commission International*.

4.8. SITUAÇÃO ECONÓMICA E FINANCEIRA

O CHAA padece de um desequilíbrio económico-financeiro estrutural que, entre outras consequências, conduziu à sua atual situação de fundos próprios negativos, e que se afigura de difícil superação caso os valores de referência de financiamento da produção não se alterem e se pretenda, por um lado, preservar e potenciar os ganhos de qualidade dos últimos anos na prestação de cuidados de saúde e, por outro lado, melhorar a capacidade de resposta às necessidades da população que serve.

Os resultados operacionais registados em 2012, não obstante espelharem uma melhoria de cerca de 20% face ao ano anterior, fruto de uma melhor *performance* ao nível dos custos operacionais (-6,27 M€ face a 2011), foram negativos de -7,12 M€.

A estrutura patrimonial do CHAA refletida no seu Balanço a 31 de dezembro de 2012, revela com clareza esse acentuado desequilíbrio financeiro, motivado pelo aumento gradual (até 2011) do passivo e pela acentuada redução dos seus fundos próprios. Em 2011 os fundos próprios passaram a negativos e o seu valor agravou-se ainda mais com o decorrer de 2012.

Considerando que os valores elevados do passivo são “passivo exigível a curto prazo” (essencialmente dívidas a fornecedores vencidas) e que o ativo circulante não é suficiente para cobrir aqueles valores, esta situação a manter-se, poderá colocar no futuro dificuldades de tesouraria e incapacidade de responder aos compromissos de muito curto prazo. Em 2012, ao abrigo do programa extraordinário de regularização de dívidas a fornecedores externos, verificou-se uma redução significativa das dívidas a fornecedores.

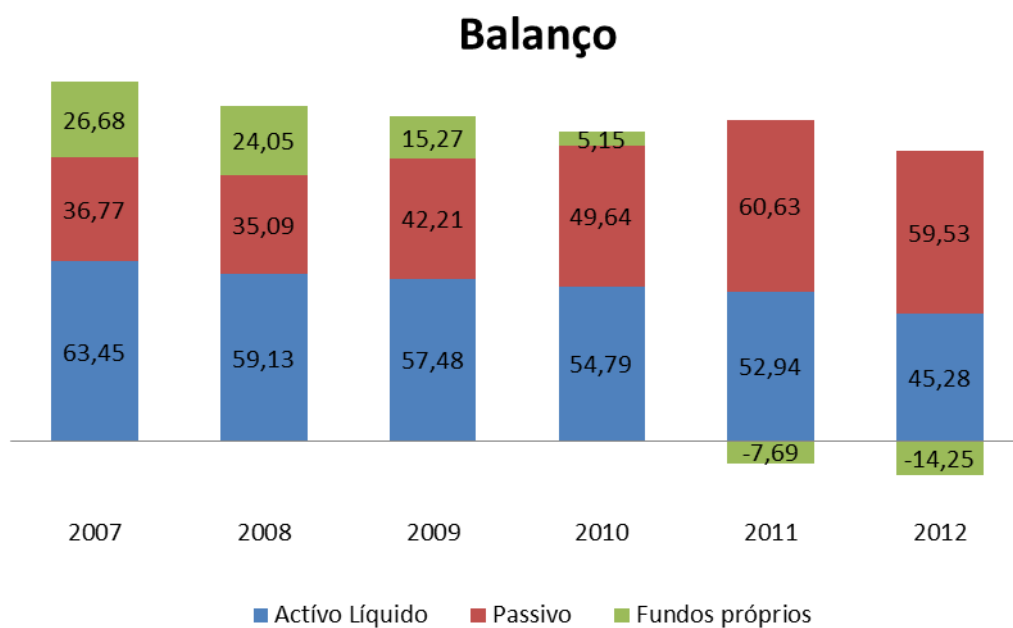
Paralelamente, este desequilíbrio estrutural, reforça a incapacidade de investimento, o que tem consequências num aproveitamento deficiente das capacidades humanas existentes.

Igualmente em 2012 foi implementada a lei dos compromissos e pagamentos em atraso, o que também criou constrangimentos na prossecução dos objetivos do CHAA na medida em que só é permitida a assunção de compromissos até ao limite da receita cobrada.

No final de 2012, os ativos líquidos totalizavam 45,28 M€, valor inferior em 28,64% ao do ano da criação do Centro Hospitalar.

Em consequência, a Instituição encontra-se descapitalizada, com fundos próprios negativos de 14,25 M€ no final de 2012, valor que resulta da incorporação dos resultados transitados e dos resultados líquidos do exercício, sucessivamente negativos, e que reflete também a escassa margem de autonomia financeira existente.

O conjunto de indicadores económico-financeiros a seguir apresentados sintetizam a situação descrita e mostram a acentuada dificuldade de autofinanciamento que se tem vindo a agravar ao longo dos períodos. De um ponto de vista técnico, o CHAA encontra-se em situação de falência técnica, sendo necessário o reforço do seu Fundo Patrimonial.



Estrutura financeira	2009	2010	2011	2012	12 / 11
Grau de liquidez geral	0,99	0,44	0,32	0,22	-30,5%
Grau de Solvabilidade	0,36	0,10	-0,13	-0,21	63,9%
Grau de Autonomia Financeira	0,27	0,09	-0,15	-0,26	80,7%
VAB Atividade	0,84	0,83	0,80	0,85	6,3%
Cobertura do Imobilizado	0,78	0,28	-0,50	-0,90	81,3%
Rácio de Produtividade	0,66	0,65	0,64	0,61	-4,9%

Funcionamento	2009	2010	2011	2012	12 / 11
Prazo médio de recebimento (meses)	87,38	66,99	54,66	68,79	25,9%
Prazo médio de rotação de <i>stocks</i> (dias)	11,36	12,30	15,09	14,22	-5,7%
Prazo médio de pagamento (dias)	76	202	295	183	-38,0%

5. POSICIONAMENTO FUTURO DO CENTRO HOSPITALAR E GRANDES LINHAS DE ORIENTAÇÃO ESTRATÉGICA

5.1. ENQUADRAMENTO GERAL

A situação geral do CHAA e a sua evolução nos anos mais recentes tem permitido evidenciar algumas características que se consideraram ser elementos essenciais para a definição das suas linhas de orientação estratégica para o próximo triénio.

Destacam-se, a este título, três grandes aspetos:

- a) A evolução da qualidade na prestação de cuidados de saúde;
- b) A evolução dos níveis de produção e a sua relação com a procura de cuidados de saúde;
- e, em estreita articulação com estes dois aspetos,
- c) A evolução dos níveis de eficiência e de produtividade, com as naturais consequências em termos de equilíbrio económico-financeiro estrutural.

a) A evolução da qualidade na prestação de cuidados de saúde

A prestação de cuidados de saúde acessíveis e equitativos, com um elevado nível profissional, tendo diferentes dimensões (eficácia, eficiência, acesso, segurança, equidade, adequação, oportunidade, cuidados centrados no doente, continuidade e respeito mútuo) depende da intervenção dirigida a:

- i) estruturas de prestação de cuidados, como os recursos materiais e humanos, instalações e organização;
- ii) processos decorrentes da própria prestação de cuidados, como a qualidade técnica dos cuidados, a adequação e validade da informação produzida, a integração e continuidade de cuidados;

iii) resultados, que incluem a reabilitação / recuperação do doente, o controlo da doença crónica, a capacitação, educação e literacia em saúde, a mudança de comportamentos e a satisfação com os cuidados.

Em todos estes aspetos o CHAA tem dado importantes passos no sentido da melhoria contínua, num esforço que culminou na acreditação, desde dezembro de 2008, pela *Joint Commission International* (JCI), com reaccreditação em maio de 2012.

Paralelamente, os últimos anos são também testemunha do esforço de desenvolvimento da componente de investigação e do estreitamento das relações com o meio universitário. O CHAA tem incentivado e apoiado os projetos de investigação dos seus profissionais na convicção de que tal lhes permitirá, no futuro, diferenciarem-se no seu desempenho e nos cuidados prestados aos doentes que procuram os seus serviços. Tem sido preocupação permanente a de que o CHAA se assuma cada vez mais como um centro de saber e não “apenas” como um local de prestação de serviços de saúde.

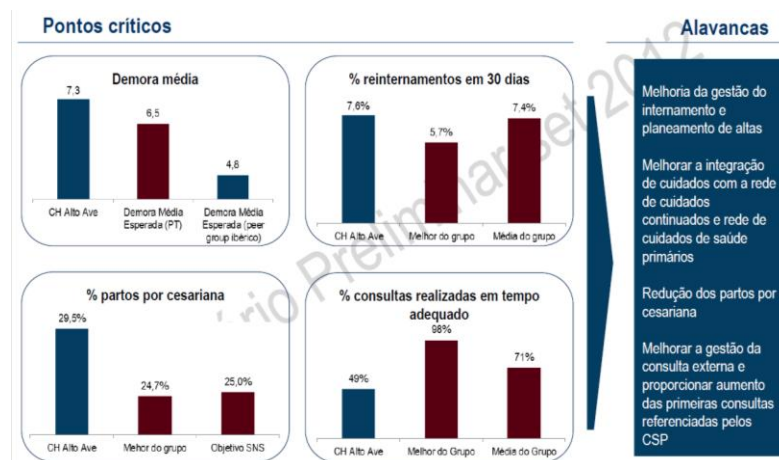
Como resultado natural destas opções, o CHAA dispõe atualmente de vários serviços reconhecidos como de excelência, dispondo também de capacidade formativa total em algumas áreas.

b) A evolução dos níveis de produção

Não são particularmente favoráveis alguns dos mais relevantes indicadores que caracterizam a capacidade de resposta do CHAA à procura.

De recentes documentos divulgados por ACSS, ARS Norte e SIGIC é possível constatar que, especialmente nos últimos anos, o desempenho do CHAA neste particular exige um esforço significativo no sentido da superação de vários problemas sentidos a este nível.

Do “*Relatório Preliminar de Benchmarking / hospitais EPE (dados a 30 de setembro de 2012)*” divulgado pela Administração Central do Sistema de Saúde, IP, destaca-se a referência à “demora média de cirurgias” e à “percentagem de consultas realizadas em tempo adequado” como aspetos em que se exige ao CHAA a necessidade de melhorias sensíveis no sentido da aproximação à média dos hospitais do seu grupo.



Particularmente significativas são, também, algumas das conclusões de um dos recentes relatórios do SIGIC “*Monitorização mensal da lista de inscritos para cirurgia*”, nomeadamente no que diz respeito a:

- Tempo máximo de resposta garantido;
- Número e percentagem de inscritos para cirurgia, e
- Número de utentes referenciados cuja resposta não está a ser dada pelo hospital de origem e sobre o número de vales-cirurgia emitidos.



Tempo Máximo de Resposta Garantido vs Prioridade - Análise por Hospital / Centro Hospitalar / ULS

SIGIC	Utentes inscritos para Cirurgia - Tempo Máximo de Resposta Garantido (TMRG)																			
	(In = Tempo de Espera respeita TMRG / Out = Tempo de Espera ultrapassa TMRG)																			
	Urgência diferida			Muito prioritário			Prioritário			Normal			Total Geral							
Out	In	Total	Out	In	Total	Out	In	Total	Out	In	Total									
CHAA				8	41%	11	58%	19	53	31%	120	69%	173	397	9%	4.010	91%	4.407	4.599	
CHEDV	1		1	2	67%	1	33%	3	85	26%	247	74%	332	96	2%	4.736	98%	4.832	5.168	
CHMA					2	100%	2	9	12%	65	88%	74	8	0%	2.196	90%	2.204	2.280		
CHIP	27	100%	27	13	93%	1	7%	14	148	38%	245	62%	393	974	14%	5.833	86%	6.807	7.241	
CHIPVVC				1	50%	1	50%	2	4	6%	58	94%	62	31	3%	1.118	97%	1.149	1.213	
CHSJ	16	100%	16	17	47%	19	53%	36	48	11%	387	89%	435	193	3%	6.758	97%	6.951	7.438	
CHTMAD	1	100%	1	4	50%	4	50%	8	36	32%	75	68%	111	244	7%	3.070	93%	3.314	3.434	
CHTS				5	63%	3	36%	8	6	6%	90	94%	96	19	1%	2.664	99%	2.683	2.787	
CHVNGE	1	100%	1	3	43%	4	57%	7	49	17%	244	83%	293	535	10%	4.590	90%	5.125	5.426	
H BRAGA	35	88%	5	13%	40	10	83%	2	17%	12	33	20%	129	654	11%	5.122	89%	5.776	5.990	
H PRELADA	2	100%	2						14	24%	45	76%	59	418	19%	1.787	81%	2.205	2.266	
HSMIM-BARC						1	100%	1	11	9%	116	91%	127			1.208	100%	1.208	1.336	
IPO				4	80%	1	20%	5	21	7%	290	93%	311	237	21%	894	79%	1.313	1.447	
ULSAM				1	50%	1	50%	2	10	6%	171	94%	181	20	1%	2.293	99%	2.313	2.496	
ULSM	4	100%	4	3	33%	6	67%	9	13	7%	170	93%	183	6	0%	3.237	100%	3.243	3.439	
ULSN	1	100%	1	2	100%		0%	2	15	21%	57	75%	72	45	3%	1.627	97%	1.672	1.747	
Total Geral	88	95%	5	5%	93	73	56%	57	44%	130	55%	18%	2.509	3.064	3.877	7%	51.143	93%	55.020	58.307



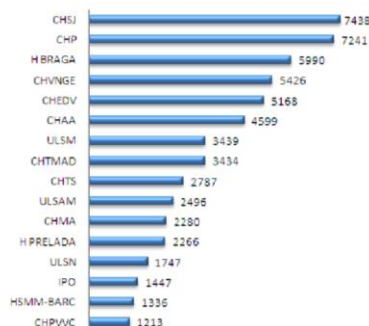
ARS NORTE
Administração Regional
de Saúde do Norte, L.P.



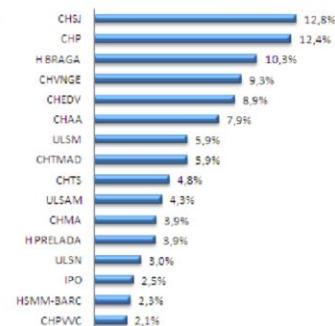
Inscritos (totais, média TE, máximo TE, mediana TE) - Análise por Hospital / Centro Hospitalar / ULS

SIGIC	Utentes inscritos para Cirurgia Tempo de Espera				
	Tempo de Espera (meses)			Total Geral	
	Mediana	Média	Máximo		
CHAA	3,5	4,5	34,3	4.599	7,9%
CHEDV	2,3	3,0	20,8	5.168	8,9%
CHMA	1,9	2,6	12,5	2.280	3,9%
CHP	2,8	4,2	32,7	7.241	12,4%
CHPVVC	2,0	3,0	13,1	1.213	2,1%
CHSJ	2,5	3,2	15,6	7.438	12,8%
CHTMAD	2,8	4,5	141,7	3.434	5,9%
CHTS	1,8	2,5	20,6	2.787	4,8%
CHVNGE	2,8	4,2	34,6	5.426	9,3%
H BRAGA	1,6	3,8	55,4	5.990	10,3%
H PRELADA	1,8	6,7	95,4	2.266	3,9%
HMM-BARC	2,1	2,6	8,3	1.336	2,3%
IPO	1,5	4,2	40,1	1.447	2,5%
ULSAM	2,4	2,9	18,6	2.496	4,3%
ULSM	2,6	2,9	12,2	3.439	5,9%
ULSN	2,4	3,2	14,8	1.747	3,0%
Total	2,4	3,7	141,7	58.307	

Inscritos para cirurgia



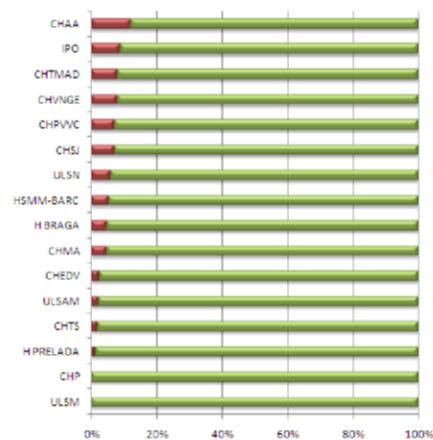
Inscritos para cirurgia



		Inscritos	Média	Máximo	Mediana
CHAA	Cirurgia Cabeça e Pescoço	11	3,7	9,1	3,0
	Cirurgia Geral	1.343	5,4	22,4	3,5
	Cirurgia Pediátrica	198	4,5	8,7	4,2
	Cirurgia Vascular	365	4,3	11,7	3,0
	Dermatologia	8	,5	1,1	,4
	Ginecologia	142	1,4	5,0	1,2
	Obstetrícia	3	,5	,9	,3
	Oftalmologia	146	1,9	6,1	1,7
	Ortopedia	1.692	4,4	12,0	3,9
	Otorrinolaringologia	485	5,0	11,1	5,8
	Outros	23	,8	1,5	,7
	Urologia	187	1,9	10,3	1,4
	Total	4.583	4,4	22,4	3,5

Outros Estudos - Análise da referênciação por Hospital

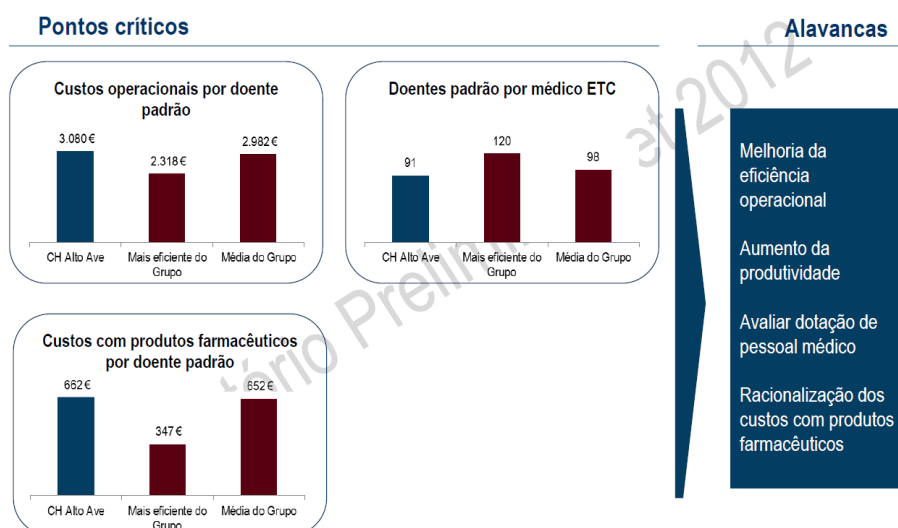
SIGIC	Utentes referenciados ou em vias de o ser					
	Total Geral	Referenciados (a)	Transferido para UGIC (b)	VC/NT emitido (c)	Total de utentes cuja resposta não está a ser dada pelo Hospital de origem (a+b+c)	
					(a+b+c)	
CHAA	4.599	85	1,8%	40	417	542 11,8%
CHEDV	5.168	24	0,5%	13	87	124 2,4%
CHMA	2.280	21	0,9%	5	80	106 4,6%
CHP	7.241	5	0,1%		1	6 0,1%
CHPVVC	1.213	2	0,2%	2	80	84 6,9%
CHSJ	7.438	103	1,4%	17	389	509 6,8%
CHTMAD	3.434	34	1,0%	15	222	271 7,9%
CHTS	2.787	9	0,3%	11	31	51 1,8%
CHVNGE	5.426	106	2,0%	16	304	426 7,9%
H BRAGA	5.990	68	1,1%	44	172	284 4,7%
H PRELADA	2.266	7	0,3%	12	9	28 1,2%
HMM-BARC	1.336	2	0,1%	10	58	70 5,2%
IPO	1.447	17	1,2%	44	66	127 8,8%
ULSAM	2.496	7	0,3%	10	36	53 2,1%
ULSM	3.439	-	0,0%		2	2 0,1%
ULSN	1.747	19	1,1%	7	76	102 5,8%
Total Geral	58.307	509	0,9%	246	2.030	2.785 4,8%



Uma situação como a retratada nos documentos citados e quadros aqui reproduzidos impõe um conjunto de ações (algumas, de resto, já em fase de implementação), no sentido de mais eficazmente servir a população e, em particular no que aos vales-cirurgia diz respeito, obstar aos elevados custos que a falta de capacidade de resposta implica (em 2012, o valor global dos custos com a emissão de vales-cirurgia ascendeu a cerca de 2,57 milhões de euros).

c) A evolução dos níveis de eficiência e de produtividade, com as naturais consequências em termos de equilíbrio económico-financeiro estrutural

O posicionamento do CHAA em termos de eficiência e produtividade, tal como decorre de uma leitura direta dos principais indicadores disponíveis (v.g., *custos operacionais por doente padrão*), parece revelar um distanciamento significativo dos objetivos nacionais e da média do grupo de hospitais em que se insere, dando nota, em consequência, da existência de uma significativa margem para melhorias nestes domínios.



No entanto, uma análise mais minuciosa permitirá constatar que um conjunto diversificado de aspetos tornam um confronto simples deste tipo de indicadores propício a conclusões distorcidas e desadequado para efeitos de *benchmarking*.

Aspetos como (citando apenas alguns dos mais relevantes):

- a elevada área geográfica abrangida pelo Centro Hospitalar
- a população por ele servida e as suas características, nomeadamente a sua estrutura etária
- a diversidade e complexidade das valências disponíveis no CHAA, também refletida na evolução no *índice case-mix*,

Levam a concluir que, não obstante a óbvia necessidade de prosseguir o esforço de melhoria de eficiência e de, nomeadamente, acolher as recomendações do citado “*Relatório Preliminar de Benchmarking / hospitais EPE*” divulgado pela ACSS sobre a necessidade de:

- melhoria de eficiência operacional
- aumento de produtividade
- avaliar dotação de pessoal médico, e de
- racionalização dos custos com produtos farmacêuticos ¹,

O CHAA não está distanciado da média dos hospitais do seu grupo, podendo mesmo dizer-se que, se aspetos como os referidos fossem isolados, ele estaria, no essencial, dentro do expectável.

Significa isto também que a margem de evolução possível e a capacidade para introduzir significativas melhorias nestes domínios, não são tão claras quanto um confronto simples deste tipo de indicadores pode levar a pensar. Mas antes que os padrões de financiamento dos hospitais do seu grupo acabam por se revelar menos equitativos do que seria desejável.

Parte importante do desequilíbrio económico-financeiro que à frente se analisa e quantifica, está em grande medida ligado à situação agora descrita e isso revela também que – como se desenvolverá neste capítulo – muito do esforço para o ultrapassar poderá exigir soluções mais profundas e estruturantes do que apenas o prosseguir de um esforço de melhoria contínua da produtividade.

¹ Uma análise dos contratos-programa mais recentes e sua execução, permite compreender, por exemplo, que uma importante parcela dos “custos com matérias consumidas – CMVMC” (com relevante impacto nos custos operacionais por doente padrão) está relacionada com a “dispensa de medicamentos” para o tratamento de HIV, situação que perturba o confronto com outros hospitais do seu grupo.

Este conjunto de aspetos permitiu definir uma **base de partida** para a reflexão estratégica e opções metodológicas a adotar, que se podem resumir nos seguintes aspetos:

1. O CHAA padece de um desequilíbrio económico-financeiro estrutural que, entre outras consequências, conduziu à sua atual situação de capitais próprios negativos, e que se afigura de difícil superação caso os valores de referência de financiamento da produção não se alterem e se pretenda, por um lado, preservar e potenciar os relevantes ganhos de qualidade dos últimos anos na prestação de cuidados de saúde e, por outro lado, melhorar a capacidade de resposta às necessidades da população que serve;
2. O desequilíbrio económico-financeiro referido poderá ser mitigado - eventualmente ultrapassado - mas correndo-se o risco de perturbar o processo em curso de criação de polos de excelência e de potenciação e enriquecimento dos seus recursos humanos e, também, de evoluir no sentido da melhoria dos índices de resposta à procura, nomeadamente no caso paradigmático do esforço de otimização das listas de espera em cirurgia;
3. Uma situação com tais características impôs que, no processo de reflexão estratégica, não deixassem de ser consideradas e quantificadas opções mais ousadas e com consequências mais profundas e estruturantes para o posicionamento global do Centro Hospitalar e para o seu equilíbrio económico-financeiro e, ainda, sinalizadas algumas hipóteses de evolução com marcante impacto no desenho estrutural do Centro Hospitalar;
4. Tais preocupações conduziram a que se refletisse em torno de um quadro de cenários alternativos (*vide* ponto 5.5.), com as respetivas consequências económicas e financeiras minuciosamente quantificadas e que permitem abrir um leque de hipóteses que se julga que poderão proporcionar, no mínimo, o lançamento da discussão e reflexão sobre o futuro do Centro Hospitalar.

5.2. MISSÃO, VISÃO, VALORES E PRINCÍPIOS

O Centro Hospitalar do Alto Ave tem como **missão** prestar os melhores cuidados de saúde, com elevados níveis de competência, excelência e rigor e a sua **visão** é ser um exemplo na prestação de cuidados de saúde a nível nacional e internacional, com uma perspetiva de crescimento sustentável, comprometimento, sentido de mudança e diferenciação, ambicionando a criação de valor para todos os seus públicos, tornando-se referência no setor da saúde, fomentando a formação pré e pós-graduada e a investigação, respeitando sempre o princípio da humanização e promovendo o orgulho e sentido de pertença de todos os profissionais.

No exercício da sua atividade o Centro Hospitalar do Alto Ave e os profissionais que constituem a sua equipa de trabalho observam e orientam-se pelos seguintes **valores** e **princípios**:

Valores:

- a) Competência;
- b) Humanismo;
- c) Paixão;
- d) Rigor;
- e) Transparência;
- f) União;
- g) Solidariedade;
- h) Ambição e Dedicção.

Princípios:

- a) Reconhecimento da dignidade e do carácter singular de cada pessoa que o habita;
- b) Centralidade do doente e promoção da saúde na comunidade;
- c) Postura e prática com elevados padrões éticos;
- d) Respeito pela natureza e procura de práticas ecologicamente sustentáveis.

5.3. ANÁLISE SWOT

Da análise do contexto e enquadramento atrás descritos, complementada com a avaliação interna levada a cabo pelos diferentes serviços da Instituição, resultou a identificação do tradicional conjunto de forças, fraquezas, oportunidades e ameaças que se descrevem de seguida e que ajudaram à melhor definição dos objetivos estratégicos do CHAA.

Pontos fortes:

- Serviços clínicos de excelência, reconhecidos pela comunidade
- Cultura de qualidade muito presente, incluindo acreditação pela *Joint Commission International* (JCI)
- Ligação à Universidade do Minho, incluindo ensino de Medicina

Pontos fracos:

- Não dispõe de uma estratégia/incentivos para a área da investigação
- Baixo nível de controlo de gestão, designadamente no que respeita a prescrições e custos com Recursos Humanos
- Existem áreas onde se verifica baixa eficiência (ex: demora média)
- Quadro de pessoal não adequado à prestação de cuidados e muito dependente de prestadores de Serviço (essencialmente médicos)
- Não existe uma avaliação sistemática da produtividade dos recursos
- Equipamentos e instalações com graves problemas de desatualização tecnológica, que colocam em risco a prestação de cuidados
- Baixa cultura de negociação com fornecedores
- Estrutura de gestão muito centralizada e baseada em processos muito burocratizados

Oportunidades:

- Possibilidade de aumentar produção, via alteração das redes de referência/área de influência, por aproveitamento da capacidade instalada
- Margem para ganhos de eficiência, via criação de cultura de negociação

- Clientes mais informados e exigentes
- Desenvolvimento do mercado e da concorrência (possibilidade de escolha da unidade de saúde)

Ameaças:

- Indefinição de planeamento regional da carteira de serviços
- Contexto económico desfavorável
- Não cumprimento da metodologia de financiamento por parte da ACSS
- Dificuldade na contratação de Recursos Humanos
- Falta de financiamento para realização de investimento em áreas críticas
- Falta de financiamento que lhe permita encetar acordos/negociações com fornecedores
- Baixa integração com os cuidados primários

5.4. GRANDES LINHAS DE ORIENTAÇÃO ESTRATÉGICA

Tidas em consideração as principais conclusões da análise da envolvente e da caracterização do CHAA, nomeadamente a população a servir e suas características; os recursos do Centro Hospitalar (recursos humanos e seus níveis de competências; recursos técnicos; soluções organizacionais) e identificados os seus polos de excelência e áreas de menor desempenho e eficiência e tidos, ainda, em atenção os constrangimentos de natureza financeira e as grandes opções de política de saúde emanadas da tutela, definiram-se as linhas de orientação estratégica para o Centro Hospitalar do Alto Ave, bem como a forma como a sua equipa de gestão se propõe implementá-las.

Tratou-se de tomar opções sobre o caminho a percorrer pela Instituição na prossecução da sua missão, ordenando ideias e ações e de as estruturar de uma forma tão concisa e focada quanto possível. A sua descrição pormenorizada é desenvolvida nos números seguintes.

Foram, assim, identificadas as seguintes **grandes linhas de orientação estratégica** para o triénio 2013-2015:

- A. Adequar os serviços a prestar às necessidades da população da sua área de influência, respondendo de forma mais eficaz e eficiente à procura potencial e **reajustando a sua carteira de serviços** às características da população a servir, potenciando as atuais áreas de excelência da Instituição;
- B. Colocar o **Cidadão no centro do sistema**, reforçando a sua importância em todo o circuito hospitalar, promovendo a sua participação ativa nas decisões de saúde e incrementando, por esta via, o seu grau de satisfação;
- C. Promover a **qualidade em saúde** através da prestação de cuidados de saúde acessíveis e equitativos, com elevado nível profissional, tendo em conta os recursos disponíveis e contribuindo também assim para a satisfação do utente;
- D. Dinamizar a **investigação clínica** e promover o estreitamento das relações com o meio universitário no sentido de contribuir para a diferenciação no desempenho e nos cuidados prestados aos doentes que procuram os seus serviços, para melhorar a motivação dos profissionais do Centro Hospitalar e visando que este se assuma gradualmente como um centro de saber e não “apenas” num local de prestação de serviços de saúde;

- E.** Focar a Instituição nos seus **processos críticos de gestão**, reforçando os mecanismos de contratualização interna e desenvolvendo o esforço de **alinhamento** dos seus profissionais;
- F.** Melhorar a adaptar as **tecnologias e os sistemas de informação** à prossecução da missão do Centro Hospitalar, contribuindo para a melhoria global dos seus níveis de eficiência;
- G.** Melhorar os níveis de **eficiência** e garantir o **equilíbrio económico-financeiro** estrutural.

Nestes termos, o Centro Hospitalar do Alto Ave pretende dar continuidade a projetos de anos anteriores e desenvolver novos projetos inseridos em programas que visam a prossecução destes grandes objetivos estratégicos, dos quais resultou um plano de investimentos a levar a cabo até 2015 e cuja operacionalização, impacto esperado e consequências económico-financeiras, se desenvolvem nos números seguintes.

5.5. CENÁRIOS ALTERNATIVOS DE EVOLUÇÃO

Existem no momento presente algumas incertezas sobre o futuro próximo do Centro Hospitalar, nomeadamente no que diz respeito:

- à possível decisão sobre o processo de devolução à Santa Casa da Misericórdia de Fafe da unidade hospitalar de Fafe – Hospital São José, e
- quanto à eventual integração no Centro Hospitalar da atual unidade hospitalar de Famalicão (presentemente integrada no Centro Hospitalar do Médio Ave).

Ambas as hipóteses de evolução são estruturantes e têm natural impacto na concretização dos objetivos estratégicos e nas projeções económico-financeiras do Centro Hospitalar para 2013-2015.

A inexistência, até à data, de decisões sobre ambas as possibilidades, mas também a anteriormente referida necessidade de explorar alternativas mais ousadas e estruturantes para o futuro do Centro Hospitalar, conduziu a que, na elaboração do presente Plano Estratégico, se tenham considerado os seguintes cenários alternativos:

- a) Um **cenário-base** que corresponde à manutenção da situação atualmente existente. Trata-se do cenário que serviu de referência ao desenvolvimento pormenorizado de pressupostos e que corresponde ao corpo central do presente documento e ao conjunto principal de mapas financeiros de síntese;
- b) Um outro conjunto de mapas e conclusões correspondentes à alternativa de celebração de um acordo de devolução à Misericórdia do hospital de Fafe, a concretizar até ao final do ano de 2013 (**cenário alternativo A**);
- c) Um outro cenário consagrando um reposicionamento que tenha em consideração a atual capacidade instalada e a sua mais completa utilização; o nível de diferenciação dessa capacidade e a razoabilidade das medidas propostas, assentando no alargamento da área de influência e na captação da produção que atualmente a unidade hospitalar de Famalicão está a enviar para o hospital de Braga (**cenário alternativo B**);

- d) Um cenário que resulta da consideração simultânea dos dois anteriores (**cenário alternativo C**), e
- e) Um último conjunto de considerações sobre as **razões** que podem justificar uma integração da unidade de Famalicão no Centro Hospitalar, um **plano** para essa eventual integração e cálculos aproximativos do **impacto** de uma opção desse tipo ao nível **económico-financeiro**, nomeadamente no domínio da redução de custos.

5.6. IMPLEMENTAÇÃO DAS OPÇÕES ESTRATÉGICAS ADOTADAS E SEU IMPACTO ESPERADO

A. Carteira de Serviços

Tendo presentes o enquadramento e o posicionamento atuais do CHAA, bem como a análise da sua atual carteira de serviços, importa identificar as várias oportunidades de melhoria.

Pretende-se que, com estas alterações, o CHAA responda de forma mais eficaz à procura de que é alvo, adequando os serviços que presta às necessidades da população da sua área de influência. As consequências destas opções em termos de níveis de produção é apresentada no capítulo seguinte.

Diagnóstico da situação atual

- Inexistência de uma estratégia para o desenvolvimento de áreas da prestação de cuidados, designadamente no que respeita às áreas a desenvolver e às áreas a descontinuar;
- Existência de importantes limitações existentes no acesso à atividade cirúrgica com lista uma lista de espera de cirurgias de grande dimensão com a consequente responsabilização por Vales Cirúrgicos emitidos, fruto da impossibilidade da unidade hospitalar as realizar dentro dos tempos máximos de resposta garantidos.

Ações a desenvolver e medidas a implementar/Impacto esperado

Unidade de Guimarães - Novas áreas a desenvolver

A.1. Centro de Excelência das doenças de sobrecarga Lissosomal

O Centro de excelência em Tratamento das Doenças de Sobrecarga Lissosomal, criado em Abril de 2013, atribui novas responsabilidades ao CHAA no âmbito do acompanhamento dos doentes da região norte.

Dado que as DSL são doenças sistémicas, será fundamental a avaliação dos doentes por equipas multidisciplinares que incluam todas as especialidades envolvidas no tratamento das manifestações clínicas dos doentes.

Será ainda necessário definir protocolos de avaliação e monitorização da terapêutica dos doentes, de acordo com a evidência científica/*guidelines* existentes, em colaboração com a equipa multidisciplinar do Centro de Excelência e com a Comissão Coordenadora Nacional das Doenças de Sobrecarga do Lisossoma.

A.2. Unidade de Hepatologia

As doenças hepáticas são patologias em crescimento, de etiologia múltipla, implicando uma abordagem multidisciplinar, facto realçado no documento “Necessidades Técnicas de Saúde” da ARS Norte.

A unidade de Hepatologia será responsável pelo acompanhamento de toda a patologia hepática do Centro Hospitalar, garantindo a necessária colaboração entre as diferentes especialidades que tratam as patologias do fígado. Além disso, promoverá uma maior uniformização dos tratamentos disponibilizados aos doentes, promovendo uma maior qualidade e equidade dos cuidados.

A infeção por VHC e o tratamento das Cirroses, nomeadamente da alcoólica (patologia com problema de sobremortalidade na área de influência do CHAA), serão áreas prioritárias desta unidade.

A.3. Consulta de desabituação tabágica

Com base no Inquérito Nacional de Saúde realizado em 2005/2006, 19,7% dos residentes em Portugal, com idade igual ou superior a 10 anos, referiam ser fumadores. O tabagismo é

a principal causa de mortalidade evitável na EU, sendo fonte de elevada morbilidade e de custos para o SNS.

O CHAA deverá criar uma resposta mais estruturada para este problema de saúde pública, através de uma consulta multidisciplinar (com participação de pneumologia, psiquiatria, psicologia, entre outras valências), que permita ter uma resposta mais eficaz a este problema.

A.4. Unidade de Patologia do Sono

Nos últimos anos tem-se assistido a um aumento da prevalência da patologia do sono, destacando-se a síndrome de apneia obstrutiva do sono, que é considerada atualmente um problema de saúde pública, nomeadamente pelo facto de se associar a um aumento do risco de acidentes de viação e de doenças cardio/cerebrovasculares. É estimado que cerca de 6 a 8% da população sofra desta patologia.

Esta unidade deverá agregar as várias competências associadas ao tratamento destas patologias, garantindo uma abordagem global ao doente, prevendo-se que coordene a realização de consultas de sono, a realização de registos poligráficos de sono (em internamento e ambulatório), a prescrição/treino de adaptação à ventilação nasal não invasiva, bem como a decisão sobre os programas de tratamento mais adequados para cada doente em particular. A unidade de patologia do sono deverá agregar todas as valências associadas ao tratamento destas patologias (pneumologia, otorrinolaringologia, neurologia, psiquiatria, entre outras).

A.5. Unidade de transplante/colheita de órgãos

O número de transplantes em Portugal tem vindo decrescer de forma significativa. Em 2012, foram registados apenas 252 dadores e 681 transplantes que, comparativamente com os resultados de 2010 (329 dadores e 928 transplantes), representam uma clara diminuição do desempenho.

O CHAA deverá contribuir de forma mais eficaz para a melhoria deste indicador, devendo para tal promover as seguintes ações:

- 1) promover a realização de formação específica na identificação do dador, diagnóstico de morte cerebral, avaliação e manutenção do dador,
- 2) garantir condições permanentes para a realização de diagnóstico de morte cerebral e
- 3) se necessário, aumentar o número de camas com capacidade ventilatória.

A.6. Centro de tratamento da Obesidade

A obesidade é um problema de saúde pública complexo, com uma incidência elevada, crescente e preocupante entre a população ocidental. Em consequência, a Organização Mundial de Saúde (OMS) reconheceu-a como uma doença grave – independentemente das doenças que lhe possam estar associadas, tendo-a mesmo classificado como a epidemia do século.

O CHAA deverá criar um Centro de Tratamento da obesidade que promova uma abordagem mais global e multidisciplinar do doente obeso, que envolva as diferentes competências envolvidas no tratamento destes doentes: Cirurgia Geral, Endocrinologia, Enfermagem, Nutrição, Psiquiatria/Psicologia, Pneumologia, Cardiologia, Gastroenterologia, Cirurgia plástica, Fisiatria, entre outras)

A.7. Consulta de Genética Médica

A Consulta de Genética Médica deverá assegurar as necessidades das famílias com desvantagem genética alterações/patologias genéticas, de modo a que estas possam viver tão normalmente quanto possível e planejar a reprodução com segurança. Assim, as competências essenciais da Genética Médica são o diagnóstico, a prevenção e a terapêutica das doenças genéticas (como as anomalias cromossomáticas, as doenças mendelianas (monogenéticas) e as situações multifatoriais), incluindo a avaliação do risco de ocorrência ou recorrência e o aconselhamento genético, abrangendo todos os grupos etários com início no período pré-natal.

A criação desta valência no CHAA (atualmente assegurada por protocolo com UMinho) adquire particular importância pelo facto de este centro hospitalar dispor de uma área

materno-infantil altamente diferenciada (incluindo PMA), bem como pela recente criação do Centro de Excelência em tratamento de DSL.

A.8. Unidade de Cirurgia Pediátrica

A Cirurgia Pediátrica, aborda a maior parte da patologia cirúrgica da criança nas várias fases do seu desenvolvimento, desde o recém-nascido até ao adolescente.

O volume cirúrgico gerado pelo CHAA nesta especialidade, bem como facto de este centro hospitalar dispor de uma área materno-infantil altamente diferenciada, justifica a inclusão nesta valência no seu perfil assistencial.

A.9. Criação de Cuidados Intermédios/Unidade de AVC

São objetivos concretos das UAVC:

- iniciar precocemente o tratamento e a neuro-reabilitação;
- prevenir o agravamento do AVC;
- identificar fatores de risco;
- implementar medidas preventivas do AVC recorrente;
- prevenir complicações;
- tratar situações co-mórbidas;
- desenvolver um plano de alta e de *follow-up* adequados.

Um doente com AVC deve ser tratado, durante a fase aguda, por equipas multidisciplinares de Cuidados Especializados formadas preponderantemente por neurologistas e internistas, com importância relativa variável, dependendo das possibilidades do meio, devendo, durante a fase crónica, ser também orientado pelo fisiatra reabilitador.

Apesar do CHAA ter em funcionamento a Via Verde AVC e de estar preconizada a abertura duma UAVC, esta nunca foi concretizada. Refira-se que este é um dos programas nacionais prioritários do Ministério da Saúde e referida no documento “Necessidades Técnicas de Saúde” da ARS Norte.

A.10. Implementação das 4 Vias Verdes: Coronária, Sépsis, Trauma e AVC

As Vias Verdes (VV), nome vulgarmente utilizado em Portugal para designar sistemas de resposta rápida, são algoritmos clínicos de avaliação e tratamento de processos patológicos frequentes, em que a relação entre o tempo para realização de um grupo de atitudes clínicas é absolutamente determinante do resultado terapêutico, isto é, em que “tempo é tecido” e em que “tempo é vida”.

A necessidade de implementar sistemas de resposta rápida decorre da inadequação dos sistemas de triagem de prioridades normalmente utilizados para estes processos e da sua relevância em termos de Saúde Pública. Cada uma das VV radica num modelo colaborativo entre o SU e diferentes especialidades, em que uma delas é fundamental: Neurologia/Medicina Interna para o AVC; Cardiologia/Cateterismo cardíaco para a Coronária; Cirurgia Geral e Ortopedia para o Trauma e Medicina Intensiva para a Sépsis.

O CHAA deverá criar as Vias Verdes Coronária, Sépsis e Trauma (AVC já está criada), de forma a melhorar os seus resultados no tratamento destes doentes.

A.11. Unidade de Medicina Nuclear

A Medicina Nuclear tem duas componentes importantes: uma vertente diagnóstica (dirigida fundamentalmente às patologias osteoarticulares, cardiopulmonares, nefro-urológicas, endocrinológicas, oncológicas, do tubo digestivo, das vias biliares e do sistema nervoso central) e uma vertente terapêutica dirigida essencialmente ao sistema osteoarticular e às patologias endócrinas e hemato-oncológicas.

De acordo com rede de referenciação de medicina nuclear, considera-se idealmente que 300 000 habitantes necessitariam entre 3 600 e 6 000 estudos cintigráficos/ano, ou seja, de 2 câmaras gama. Essa rede prevê ainda a criação de unidade de Medicina Nuclear Convencional no CHAA, não se prevendo a instalação de Tomografia de Emissão de Positrões.

A criação desta valência ficará dependente de aprovação pela tutela e de geração da necessária capacidade de investimento.

A.12. Alargamento da área de influência do CHAA

Dado existir capacidade instalada suficiente para dar resposta a uma população mais alargada, a área de influência deste Centro Hospitalar deverá ser alargada ao ACES do Ave para as especialidades de Gastroenterologia, Cardiologia, Pediatria/Neonatologia e Ginecologia/Obstetrícia (incluindo bloco de partos).

Para além disso, propõe-se que a área de influência do CHAA seja alargada aos Municípios de Celorico de Basto e Felgueiras (para todas as valências de que dispõe), nomeadamente tendo em conta que as populações destes Concelhos já procuram os Serviços do CHAA, reconhecendo este Centro Hospitalar como a sua unidade de saúde de referência.

Unidade de Guimarães - Áreas a desinvestir

No âmbito da rede de referenciação oncológica, está previsto que um hospital classificado como plataforma C (caso do CHAA) deverá limitar a sua atividade ao diagnóstico e participação no tratamento dos tumores com incidências iguais ou superiores a 10 por 100 000 habitantes. Dado existirem situações em que o CHAA está a tratar patologias oncológicas com taxas de incidência inferiores às referidas (ex: síndromes mielodisplásicas e leucemias crónicas ou patologia hematológica), e sem prejuízo da garantir de acessibilidade dos doentes, deverá ser redefinido o perfil assistencial na área oncológica, nomeadamente tendo em conta o previsto na rede de referenciação.

Unidade de Fafe

A unidade de Fafe deverá ser reconvertida em Hospital de proximidade, de forma a prestar um serviço mais adequado aos seus utentes. As atividades onde não exista volume que garanta um adequado *know-how* e qualidade na prestação, deverão ser transferidas para a Unidade de Guimarães.

As atividades atualmente desenvolvidas na unidade de Guimarães, tendo como destinatários os utentes da área de Fafe/Terras de Basto que não contribuam para economias de escala

significativas, deverão ser transferidas a para a Unidade de Fafe, permitindo a prestação de um serviço de maior proximidade.

Unidade de Fafe - Áreas a desenvolver

C.1. Na área do Ambulatório, deverão ser transferidas da unidade de Guimarães, para a unidade de Fafe, as atividades de consultas, sessões de hospital de dia e cirurgias, onde o número de doentes justifique a transferência dessa produção. No caso de ser aprovado o alargamento da área de influência do CHAA para os municípios de Felgueiras e Celorico de Basto, a produção de ambulatório relativa a esses doentes, deverá ser preferencialmente afeta à unidade de Fafe;

C.2. As camas do Serviço de Medicina de Interna, deverão ser reconvertidas em camas de média e longa duração, integradas na Rede de Cuidados Continuados, transferindo o internamento de agudos para a unidade de Guimarães. A elevada demora média existente nesse serviço, bem como os indicadores de qualidade assistencial dessa unidade, indicam que a concentração resultará em melhoria dos resultados em saúde nesta valência.

Unidade de Fafe - Áreas a desinvestir

D.1. Dada a baixa procura existente no Serviço de Urgência Básica de Fafe, designadamente no período noturno, bem como o facto de parte considerável dos pacientes serem referenciados para a urgência de Guimarães (nomeadamente por não estar previsto apoio de especialidades nesta tipologia de SU), propõe-se encerramento noturno deste Serviço de urgência (20h às 08h). A abertura no período diurno, deverá ser articulada com o ACES do Alto AVE, designadamente tendo em conta que o Centro de Saúde de Fafe já dispõe de um Serviço de Atendimento Permanente aberto nesse período. Esta proposta vai ao encontro da proposta de encerramento deste SUB apresentada pela Comissão de Reavaliação da Rede Nacional de Emergência/Urgência em 2012, nomeadamente pelo facto de este não reunir as condições/dimensões mínimas que garantam a prestação de um bom serviço às populações;

D.2. Deverão ser descontinuadas as áreas de MCDT, atualmente justificadas pelo internamento/urgência e asseguradas por entidades convencionadas na região.

B. O cidadão no centro do sistema

O papel do cidadão nos sistemas de saúde é salientado como essencial pelos especialistas internacionais. É mesmo colocado ao nível de importância do profissionalismo dos colaboradores e da liderança das organizações. Em Portugal esta é uma realidade ainda em construção.

O CHAA pretende reforçar a importância dos cidadãos no circuito hospitalar, designadamente a participação ativa do cidadão nas decisões de saúde, em paralelo com os cuidadores. Como tal, é fundamental que aquele esteja adequadamente informado sobre os cuidados de saúde que lhe serão prestados. Os manuais de qualidade de serviços de saúde internacionais, como por exemplo da JCI, preconizam esta realidade e apontam o caminho de envolvimento dos cidadãos nas decisões como um vetor básico no desenvolvimento de um sistema de gestão de qualidade.

Para tal, devem existir canais de comunicação que informem adequadamente sobre a *performance* da organização, o tipo de cuidados que presta, a qualidade das suas instalações ou tempos de espera, promovendo também a avaliação da satisfação como guia para as decisões a tomar pela liderança da organização.

Diagnóstico da situação atual

- B.1) Desadequação de alguns canais de informação (*site* externo, redes sociais, balcão único, circuito interno TV, quiosques eletrónicos);
- B.2) Inexistência de monitorização dos níveis de conforto;
- B.3) Inexistência de informação relativa aos custos dos tratamentos;
- B.4) Desadequação da avaliação do grau de satisfação dos utentes;
- B.5) Eficácia do Consentimento Informado.

Ações a desenvolver e medidas a implementar/Impacto esperado

B.1) *Desadequação de alguns canais de informação (Site externo, redes sociais, balcão único, circuito interno TV, quiosques eletrónicos)*

Visa-se a criação e melhoria destes canais de comunicação possibilitando uma série de novas ações de interação com os utentes.

Pretende-se conseguir-lo disponibilizando informação concreta e específica sobre procedimentos clínicos (cirurgias, consultas, exames); gestão de filas de espera; centralização de informação; endereço de correio eletrónico específico para os utentes; avaliação da qualidade dos serviços clínicos; lista de tempos de espera para procedimentos de saúde atualizada; descrição dos serviços de prestação de cuidados com a sua localização no interior dos edifícios e o seu corpo principal de profissionais; informação sobre as consultas existentes e regras de acesso; informação sobre as áreas de Internamento (como aceder, serviços disponíveis, horários específicos de visita); questionários *online* para os utentes; indicadores de produção; alteração dos dados pessoais; cancelamento ou reagendamento de atos clínicos; realizar pedidos de relatórios clínicos; cópias de exames e promoção do acesso do cidadão ao diálogo com a liderança da organização. Espera-se com esta medida melhorar a informação dos cidadãos para facilitar a tomada de decisões, facilitar o acesso ao circuito, evitar deslocações ao Centro Hospitalar e aumentar a satisfação.

B.2) *Inexistência de monitorização dos níveis de conforto*

Pretende-se promover a avaliação das condições de conforto nas zonas públicas, identificar o circuito do doente e avaliar quais os principais vetores que influenciam a sua perceção sobre a qualidade do serviço. Espera-se conseguir uma melhoria da qualidade do serviço, envolver os profissionais nos processos de mudança necessários, assim como para a monitorização dos mesmos e a criação de um sistema que permita identificar situações urgentes de melhoria.

B.3) *Inexistência de informação relativa aos custos dos tratamentos*

Pretende-se disponibilizar ao utente uma fatura com a discriminação dos custos totais associados ao cuidado de saúde prestado, com desagregação entre os cuidados suportados

pelo utente através de taxas moderadoras, os cuidados de saúde suportados pelo Estado e os cuidados de saúde suportados por entidades terceiras, quando aplicável.

Espera-se que o utente possa alterar a sua relação com o serviço de saúde, na medida em que possuirá as ferramentas necessárias para moderar o acesso aos cuidados, concretamente naqueles casos em que os custos associados à prestação não justificam a sua deslocação.

B.4) *Desadequação da avaliação do grau de satisfação dos utentes*

Pretende-se adequar o tratamento das reclamações, sugestões e recomendações dos utentes de uma forma mais cuidadosa, com o objetivo de considerar o utente como o “cliente” dos serviços de saúde e, assim, melhorar o sistema tendo presente as suas necessidades efetivas. Será melhorado a atual sistema de inquéritos à satisfação dos utentes, através da reavaliação da sua periodicidade e dos indicadores medidos. Espera-se, por esta via, ir ao encontro das necessidades efetivas dos cidadãos, aumentando a sua satisfação com a organização.

B.5) *Eficácia do Consentimento Informado*

Visa-se, entre outros aspetos, o reforço da obrigatoriedade de obtenção do consentimento informado escrito, com a definição clara dos tipos de procedimentos médicos sujeitos a consentimento informado; metodologia de obtenção do consentimento informado; período de antecedência; tipologia de utentes abrangidos. Trata-se de aspetos a melhorar apesar de já estarem a ser implementados no âmbito do sistema de gestão da qualidade JCI em que o Centro Hospitalar está envolvido.

Espera-se permitir ao utente ter acesso a informação que possibilite uma decisão informada e objetiva dos riscos, consequências, impactos e alternativas dos cuidados de saúde, criando as condições necessárias para uma relação utente-médico mais próxima e, por isso, de maior confiança mútua.

C. Qualidade em Saúde

A Qualidade em Saúde (QeS) pode ser definida como a prestação de cuidados de saúde acessíveis e equitativos, com um nível profissional ótimo, que tenha em conta os recursos disponíveis e consiga a adesão e satisfação do cidadão. Implica, ainda, a adequação dos cuidados de saúde às necessidades e expectativas do cidadão e o melhor desempenho possível.

A QeS tem diferentes dimensões como eficácia, eficiência, acesso, segurança, equidade, adequação, oportunidade, cuidados centrados no doente, continuidade e respeito mútuo dentro de diferentes perspetivas: a do utilizador dos serviços de saúde, do profissional e do gestor ou seja, o uso eficaz e eficiente dos recursos na resposta às necessidades do utilizador.

A QeS depende da intervenção dirigida a:

- iv) estruturas de prestação de cuidados, como os recursos materiais e humanos, instalações e organização;
- v) processos decorrentes da própria prestação de cuidados, como a qualidade técnica dos cuidados, a adequação e validade da informação produzida, a integração e continuidade de cuidados;
- vi) resultados, que incluem a reabilitação / recuperação do doente, o controlo da doença crónica, a capacitação, educação e literacia em saúde, a mudança de comportamentos e a satisfação com os cuidados.

O Sistema de Gestão da Qualidade (SGQ) do CHAA está baseado no manual de padrões da qualidade da *Joint Commission International* (JCI), tendo vindo a melhorar continuamente ao longo dos últimos anos nas diferentes áreas de atuação, sendo de realçar a aprovação e implementação de mais de 700 normas de atuação transversais e cerca 1 200 específicas dos serviços.

O foco dos padrões da qualidade da JCI tem como objetivo elevar a segurança e a qualidade do cuidado ao nível mais alto possível. Obter a acreditação é a confirmação de que o CHAA tomou as medidas necessárias para atingir um alto nível de segurança e qualidade. O CHAA encontra-se acreditado pela JCI desde dezembro de 2008 (reacreditação em maio de 2012).

As perspetivas para a promoção da QeS envolvem:

- Ciclos de melhoria contínua da qualidade através da identificação sistemática de problemas e oportunidades; estabelecer padrões desejáveis e realistas; identificar e atuar sobre os pontos críticos; planear e implementar as mudanças; monitorizar e avaliar. Estes processos devem ser multidisciplinares, não punitivos e da iniciativa dos profissionais e devem estar associados a planos de desenvolvimento profissional;
- Monitorização, *benchmarking* e avaliação externa, incluindo processos de acreditação e de identificação de boas práticas, entre outros. Podem decorrer ao nível do profissional, da equipa, do serviço, da instituição e da tutela. Todos os níveis devem ser avaliados, valorizados e responsabilizados pelas decisões sejam profissionais de saúde, gestores ou políticos. Devem explicitar objetivos, indicadores e metas; modelos de organização e de prestação (que permitam a comparabilidade e a identificação de boas práticas) e padrões de estrutura, processo e de resultado;
- Promoção da Cadeia de Valor em Saúde que reforce este conceito com a obtenção de ganhos considerando o investimento feito.

Diagnóstico da situação atual

O CHAA tem em curso um ambicioso plano de melhoria da qualidade, onde se incluiu a liderança de um projeto nacional de *benchmarking* (entre os Hospitais acreditados ou em vias de acreditação pela JCI), o desenvolvimento de um sistema informático de auto-avaliação dos serviços (que lhes permite avaliar o grau de cumprimento das diferentes metas de qualidade) e a implementação de um sistema de vigilância/ monitorização de infeções.

Sem prejuízo disso, existem áreas onde parece existir margem para melhoria e que, pelo seu impacto nos resultados em saúde, deverão ser alvo de particular atenção, designadamente:

- C.1) Quedas em ambiente hospitalar
- C.2) Úlceras de pressão em ambiente Hospitalar
- C.3) Readmissões, e
- C.4) Infeção hospitalar.

Ações a desenvolver e medidas a implementar/Impacto esperado

- C.1) Deverá ser implementado um plano de **prevenção de quedas**, que melhore o desempenho do Centro Hospitalar neste indicador de qualidade. O plano será da responsabilidade do Gabinete de Gestão do Risco e deverá contemplar a verificação das infraestruturas (colocação de piso antiderrapante, apoios e grades), programa de ensino aos cuidadores, e implementação de novo sistema de identificação dos doentes em risco. Este sistema de identificação dos doentes em risco, deverá alertar de forma precoce e visível a toda a equipa prestadora de cuidados (sistema de cores em quadro próprio no serviço/cabeceira da cama), para a necessidade de adotar medidas extra para a prevenção de quedas nestes doentes;
- C.2) No que respeita às **úlceras de pressão** deverá igualmente ser implementada uma metodologia de identificação precoce dos doentes em risco, que deverá ser visível a todos os elementos das equipas dos Serviços (sistema de cores em quadro próprio no serviço/cabeceira da cama). Deverá ainda ser dada particular atenção ao ensino dos cuidadores, devendo ser produzida informação escrita para ser entregue no momento da alta;
- C.3) Deverá ser implementado um programa de cuidados domiciliários que promova a redução da demora média e a **prevenção de readmissões**. A equipa de cuidados domiciliários deverá funcionar como ponto de contacto privilegiado para os doentes que tenham tido alta recente do CHAA, designadamente no que respeita à comunicação de alterações do estado do doente/aconselhamento sobre cuidados a prestar e ajuda na integração do doente no domicílio, adequando o seu estado de saúde na integração do seu meio ambiente familiar. A equipa deverá ainda definir um plano para visita aos doentes em risco, de forma a garantir a continuidade dos continuados no domicílio, reduzindo o número de readmissões no CHAA. Para além disso, e considerando que grande parte da nossa população pertence a uma faixa etária elevada, a referida equipa aconselhará os meios externos de ajuda ao doente, nomeadamente o apoio domiciliário de outros serviços existentes na comunidade;
- C.4) A **prevenção das infeções** deverá ser perspectivada como uma das principais preocupações do CHAA, no que respeita à qualidade dos cuidados que se prestam neste Centro hospitalar. A semelhança da generalidade dos hospitais portugueses, o CHAA continua a

verificar níveis de infeção hospitalar superiores aos de unidades de saúde que outros Países da OCDE. A Comissão de Controlo da Infeção, deverá ser dotada dos meios necessários a prossecução dos seus objetivos. Deverá apresentar um relatório detalhado relativo à prevalência de infeção no CHAA, onde se discriminem os Serviços/unidades, bem como os procedimentos onde se verifiquem maiores taxas de infeção. Deverá ainda promover auditorias clínicas regulares aos procedimentos previstos para o controlo de infeção, incluindo prescrição de profilaxia antibiótica. Os procedimentosopatologias onde se verifique uma maior prevalência de infeção deverão ser alvo de uma abordagem específica, que poderá incluir análise aos processos/procedimentos de trabalho, análise aos níveis de limpeza e desinfeção dos serviços e formação aos profissionais.

D. Investigação Clínica

A componente de investigação e estreitamento das relações com o meio universitário fazem parte dos objetivos fundamentais pelos quais se irá reger a instituição nos próximos anos, a par do reforço da qualidade dos serviços prestados.

É essencial que o CHAA incentive e apoie os projetos de investigação dos seus profissionais, que lhes permitirão, no futuro diferenciar-se no desempenho e nos cuidados prestados aos doentes que procuram os seus serviços. Efetivamente, o CHAA deve cada vez mais assumir-se como um centro de saber e não “apenas” locais de prestação de serviços de saúde.

A investigação científica na saúde deve ser desenvolvida de forma coordenada, entre as várias entidades, e incentivar a colaboração entre o hospital e as instituições de ensino superior/centro de investigação com os quais nos relacionamos. Neste ponto, importa destacar a relação de parceria existente o CHAA e a Universidade do Minho, particularmente no que respeita ao ensino da licenciatura em Medicina.

Diagnóstico da situação atual

- O CHAA não dispõe de uma estratégia para a área da investigação, bem como para as áreas de investigação em que terá maior potencial de sucesso;
- Inexistência de uma centralização dos trabalhos de investigação realizados pelos colaboradores da Instituição, que desenvolvem esta atividade a título individual, sem que haja uma efetiva articulação entre os objetivos individuais e os objetivos da instituição;
- A apresentação de candidaturas a financiamento é efetuada de forma avulsa e dispersa por várias áreas da instituição e a reboque dos fundos que surgem em cada momento, sem perspetiva sustentada;
- Inexistência de incentivo à realização de investigação interna, quer pelo facto de não existir motivação para a realização da mesma, quer por esta não se encontrar contemplada nos objetivos da avaliação de desempenho individual.

Ações a desenvolver e medidas a implementar/Impacto esperado

- D.9) Criação um Centro de Investigação Clínica (CIC) que congregue toda a coordenação de projetos, candidaturas a financiamentos, ensaios clínicos, estabelecimento de protocolos e parcerias, seja com instituições de ensino, entidades sem fins lucrativos ou com o tecido empresarial;
- D.10) Definir áreas de investigação prioritárias;
- D.11) Inventariar todos os projetos e trabalhos em curso ou a desenvolver, monitorizando a sua execução;
- D.12) Incluir as publicações, no âmbito da avaliação de desempenho, devendo o CIC compilar a informação remetida pelos serviços ou pelos profissionais em nome individual;
- D.13) Colocar experiência em investigação como critério no âmbito da política de admissões (em áreas selecionadas);
- D.14) Conceder horas dentro do horário normal para investigação (em áreas selecionadas e consoante relevância do projeto);
- D.15) Criar 2 bolsas de investigação, através de apoios externos obtidos por intermédio da CIC;

D.16) Promover através de patrocinadores a criação de fundos de investigação.

D.1) Centro de Investigação Clínica

A Medicina é provavelmente a área do conhecimento humano que mais saberes converge, desde a biologia molecular à bioquímica, engenharia informática, mecânica, electrónica, design, estatística, matemática aplicada, gestão e economia.

Fruto da translação de saberes de múltiplas áreas, a Medicina tem assistido a uma evolução exponencial do seu desenvolvimento científico assistindo-se a autênticas revoluções diagnósticas e terapêuticas.

Torna-se cada vez mais evidente que para o sucesso e o futuro das Unidades de Saúde, sobretudo das com cariz de formação e investigação científica, é uma Medicina translacional em que profissionais de saúde trabalham juntos e em equipa com profissionais de outras áreas.

Nesta perspetiva, fruto da ligação privilegiada à Escola de Ciências da Saúde foram identificados na Universidade do Minho os seguintes Centros de Investigação com potencial contributo para uma Medicina translacional:

- Centro de Biologia Molecular e Ambiental (CBMA)
- Instituto de investigação da Vida e da Saúde (ICVS)
- Laboratório 3B's- Biomateriais, Biodegradáveis e Biomiméticos
- Centro de Física (CF)
- Centro de Matemática (CMAT)
- Centro de Química (CQ)
- Centro Algoritmi (CALG)
- Centro de Ciências e Tecnologias da Computação (CCTC)
- Centro de Ciência e Tecnologia Têxtil (CCTT/2C2T)
- Centro de Engenharia Biológica (CEB) e Laboratório Associado IBB
- Centro de Tecnologias Mecânicas e de Materiais (CT2M)
- Instituto de Polímeros e Compósitos (IPC) e Laboratório Associado I3N
- Instituto de Nanotecnologia Ibérico (INL- Iberian Nanotechnology Laboratory)

Considerando as linhas de investigação em curso nos centros da Universidade do Minho e as áreas clínicas em que o CHAA está mais desenvolvido, tendo em consideração o plano assistencial/clínico e a produção científica assim como características demográficas e epidemiológicas regionais específicas e diferenciadoras, definiram-se as seguintes linhas de investigação:

- Neurociências (inclui neurodesenvolvimento, neurodegeneração e neuroimunologia)
- Doenças Raras
- Infecção e inflamação (inclui oncologia)
- Bioengenharia

Em cada uma destas linhas são descritos os projectos em curso, os potenciais objectivos a curto prazo e os centros com os quais se pode estabelecer uma cooperação directa.

D.2) Linhas programáticas de Investigação

1. Neurociências

O aumento da esperança de vida, a inversão da pirâmide demográfica com aumento da população idosa e o aumento de prevalência de doenças neurodegenerativas, aliado à complexidade e desconhecimento do Sistema Nervoso Central e Periférico, torna esta uma das áreas fulcrais de investigação e com maior potencial de Medicina translacional. O *Human Brain Project* e o *Blue Brain Project* constituem actualmente os maiores investimentos científicos na Europa e nos Estados Unidos.

1.1. Doenças Neurodegenerativas

O Instituto de Investigação da Vida e da Saúde da Universidade do Minho é um dos centros de referência internacional e de topo de produção científica, na investigação básica da esclerose

múltipla e outras doenças desmielizantes, doenças do neurónio motor (ex. Esclerose Lateral Amiotrófica), stress e neuroendocrinologia.

A Consulta de Doenças desmielizantes do CHAA tem uma estrutura médica e de enfermagem no hospital de dia e de consulta de ambulatório bem consolidada, com vários anos de atividade assistencial e participação em ensaios clínicos farmacológicos. Esta consulta tem em curso um projeto de caracterização neuropsicológica e de neuroestimulação cognitiva de doentes com Esclerose Múltipla.

A Doença de Alzheimer e outros Síndromes Demenciais são consideradas as doenças do Séc XXI dado o envelhecimento da Sociedade Ocidental. O CHAA tem várias consultas e profissionais com resposta clínica nesta área tais como a Consulta de Neurologia - Envelhecimento Cerebral e a Consulta da Memória na Psiquiatria. Está em processo de replicação ou de parceria o modelo de neuroestimulação cognitiva nacional CogWeb.

Na área dos Síndromes Parkinsónicos e outras Doenças do Movimento, o CHAA tem profissionais com perfil clínico e científico diferenciado, tendo em curso projetos de desenvolvimento de sensores cinéticos do movimento em parceria com o Centro Algoritmi e Instituto de Investigação da Vida e da Saúde.

Objectivos: ensaios clínicos de terapêutica imunológica nas doenças Neurodegenerativas; neuroestimulação cognitiva clínica na Demência de Alzheimer e na Esclerose Múltipla; prototipagem em laboratório de neuroestimulação magnética e sua translação para a prática clínica; laboratório de análise cinética; minimalização de biossensores cinéticos e sua integração em produtos portáteis têxteis e outros quotidianos.

A Esclerose lateral amiotrófica (ELA) e outras doenças do neurónio motor são doenças neurodegenerativas com perda de progressiva do neurónio motor e falência neuromuscular. Na área das Neurociências, tem sido dada especial relevância à investigação básica no estudo etiopatogénico e tratamento das doenças do neurónio motor, dado que estas células são muito provavelmente mais atingidas do que se pensava em outras doenças neurológicas como os Síndromes Demenciais. Na sequência da prevalência de ELA e outras doenças neuromusculares (doenças raras) na região do Ave, o CHAA criou o Grupo de Doenças Neuromusculares, que envolve profissionais com elevada diferenciação técnica na área da Neurologia, Pneumologia,

Gastroenterologia, Cardiologia, Psicologia e enfermagem de Reabilitação respiratória. Este grupo tem organizado cursos de formação pós-graduada na área da ventilação não invasiva, tendo em curso projetos de investigação doutoral e mestrados. Estes doentes exigem uma elevada diferenciação da equipa multidisciplinar para o seu tratamento e dependem frequentemente de tecnologias de suporte ventilatório invasivo e não invasivo, pelo que o potencial benefício da investigação com vista à aplicação clínica seria imenso.

Objectivos: desenvolvimento de modelo de neurónio motor derivado de stem cells para aplicação farmacológica ou regenerativa; análise tridimensional de árvore bronco-respiratória; desenvolvimento de porções da árvore respiratória, em biomaterial, por impressão 3D ou através de stem cells; desenvolvimento de máscaras faciais de ventilação não invasivas personalizadas à estrutura facial do doente; monitorização ambulatória por telemedicina de dispositivos de ventilação invasiva/nao invasiva; criação de exoesqueletos de reabilitação motora.

Centros com potencial de cooperação: ICVS; CMAT; CCTC; INL; CALG; CT2M e I3N.

1.2. Doenças vasculares cerebrais

O aumento da esperança de vida condiciona um aumento de anos de convivência do ser humano com os factores de risco vascular hereditários ou adquiridos e o aumento da prevalência de eventos vasculares cerebrais isquémicos e hemorrágicos.

Na última década tem sido desenvolvido pelo Serviço de Medicina Interna, em parceria com o Instituto de Investigação da Vida e da Saúde (ICVS) da Universidade do Minho, um registo de hipertensão arterial, diabetes, dislipidemia e a sua correlação com acidente vascular cerebral.

Objectivos: criação de árvores de decisão e modelos preditivos de risco de acidente vascular cerebral; criação de árvores de decisão e modelos preditivos de risco de enfarte agudo do miocárdio; ensaios clínicos farmacológicos no tratamento de factores de risco vascular.

Centros com potencial de cooperação: ICVS; CMAT; CCTC; INL

2. Dor

A dor, sobretudo na sua vertente central de cefaleia e dor neuropática, está bem estabelecida como um dos grande motivos de absentismo profissional, com consequências económicas, e é um dos sintomas transversais a todas as doenças médicas com perda directa de qualidade de vida. Do ponto de vista farmacológico, a panóplia de fármacos já disponíveis é capaz de reverter a dor, apesar desta reversão frequentemente não ser total ou ser apenas transitória. Deste modo, esta é uma das áreas de eleição do investimento da Indústria Farmacêutica.

A bioengenharia é atualmente aplicada de forma ampla na área da anestesia e dor, quer a nível de monitorização e suporte de vida durante o processo anestésico, quer em sistemas portáteis como a bomba infusora de baclofeno ou neuroestimuladores profundos.

O serviço de anestesia do CHAA tem sido galardoado com vários prémios na área de investigação farmacológica para a dor, promovendo a formação pós-graduada doutoral e o desenvolvimento tecnológico de um dispositivo anestésico. O CHAA tem uma consulta multidisciplinar de Dor, envolvendo profissionais da Anestesia, Neurologia, Psicologia e Fisiatria.

Objectivos: ensaios clínicos na área de bloqueio da transmissão nervosa dolorosa; investigação básica na área da dor; aperfeiçoamento tecnológico, com enfoque na dimensão e na dependência energética, de neuroestimuladores nervosos e bombas infusoras de medicação relaxante muscular ou anestésica.

Centros com potencial de cooperação: Laboratório 3B's; ICVS; INL; Laboratório 3B's; CALG.

3. Doenças Raras

Nas últimas décadas, sobretudo no SNS de alguns países ocidentais, a Medicina e os seus profissionais de saúde têm assistido a uma maior envolvimento e participação directa das Associações de Doentes na investigação clínica. Estas Associações assumem o papel de defensores legais dos doentes e inclusive de promotores e angariadores de fundos.

Uma grande percentagem das doenças raras tem etiologia genética. A região do Ave tem demonstrado uma alta prevalência de doenças raras, fruto de condições demográficas, sociais e inclusivé geográficas seculares, tendo sido mais recentemente documentado um efeito fundador para uma doença de sobrecarga do lisossoma na região de Guimarães. Na última década, a CHAA tem desenvolvido experiência clínica e técnica e elevada produção científica, o que se reflectiu na sua nomeação como Centro de Excelência do Norte para as Doenças de Sobrecarga do Lisossoma.

Objectivos: projectos de rastreio e investigação genética em países de língua oficial portuguesa; terapêutica lisossómica baseada em stem cells; perfil morfofacial por análise cinemática de doentes com doenças raras.

Centros com potencial de cooperação: ICVS;CALG; CBMA.

4. Gastroenterologia

O tubo digestivo, sobretudo a sua porção do Intestino delgado, continua a ser uma das áreas do corpo humano de maior dificuldade de avaliação médica, exigindo diferenciação técnica profissional e ampla utilização de dispositivos médicos. A Gastroenterologia é uma das áreas da Medicina com maior potencial de desenvolvimento de engenharia biomédica. O Serviço de Gastroenterologia é um centro de referência a nível Europeu, estando envolvido na formação de médicos estrangeiros e na criação de cápsulas endoscópicas inovadoras.

Objectivos: aplicação da nanotecnologia na análise do tubo e parede digestiva; análise imagiológica 3D do tubo digestivo.

Centros com potencial de cooperação: ICVS;Laboratório 3'Bs; INL.

5. Doenças Cardíacas

A Cardiologia teve a sua época de ouro nos finais do século XX com inúmeras descobertas nas áreas do diagnóstico, tratamento farmacológico e intervenção não invasiva, com consequências imediatas na sobrevida dos doentes. As doenças cardiovasculares constituem a principal causa de

morbimortalidade no no séc. XXI no mundo inteiro, permanecendo assim como uma das áreas de eleição de investigação e investimento financeiro.

O Serviço de Cardiologia participa em ensaios clínicos nacionais e internacionais na área da Insuficiência Cardíaca e Cardiomiopatias, com extensa produção científica médica. Na área da Arritmologia, é um dos centros de referência a nível nacional e centro de decisão de guidelines nacionais dada a sua acumulada experiência assistencial e científica.

O laboratório de Ecocardiografia tem uma estrutura clinicamente sólida com extenso volume assistencial clínico e equipamentos capazes. Apesar da Ecocardiografia e do Ecodoppler serem tecnologias baseadas no conhecido fenómeno ultrassonográfico e com hardware relativamente estandardizado, a interpretação digital dos dados analógicos e a sua aplicação clínica mantém-se em amplo desenvolvimento na área da Imagiologia Cardíaca.

Objectivos: criação de árvores de decisão e modelos preditivos de risco de enfarte agudo do miocárdio e morte súbita; ensaios clínicos farmacológicos no tratamento de factores risco vascular, doença coronária, insuficiência cardíaca e miocardiopatias; ensaios relacionados com dispositivos médicos (pacemakers, CDIs e CRTs); aplicação clínica da Ecocardiografia 3D ou técnicas de strain; Holter e registador de eventos com autonomia energética; minimalização e autonomia energética na área do pacemaker.

Centros com potencial de cooperação: ICVS; CMAT; CCTC; INL

6. Oncologia

De acordo com a tipologia definida para os hospitais da dimensão do CHAA, para uma população referência superior a 300.000 habitantes, o objeto da sua atividade é o diagnóstico e a participação no tratamento dos tumores com incidências iguais ou superiores a 10 por 100.000 habitantes. Os objetivos primordiais centram-se em de diagnosticar e participar no tratamento dos seguintes tumores: da pele (não melanoma), da mama, da próstata, do estômago, do cólon e reto, do pulmão, da bexiga e do útero.

O CHAA está envolvido em vários ensaios terapêuticos, tendo um grande potencial de integração em múltiplos projetos da área da oncologia desde a fase de “bench” até à fase de “bedside”.

7. As áreas de **infecção e inflamação** (secundária ou não à infeção) são transversais a todos os serviços clínicos do hospital dado serem uma constante do dia-a-dia da prática clínica. Atualmente existe vigilância epidemiológica das infeções, sistemas de alerta para o crescimento de determinados patogénicos, registo e comparação das infeções com bases de dados internacionais, monitorização das resistências aos fármacos usados e consequente biovigilância. Cada serviço tem características e problemas específicos, desde o tipo de microorganismos, características dos doentes, uso de dispositivos intravasculares ou endoluminais, que permitem forte articulação com inúmeras linhas de investigação em curso na Universidade do Minho.

E. Processos críticos de gestão, Reforço dos mecanismos de contratualização interna e Alinhamento

O Centro Hospitalar deve organizar as suas atividades através de processos eficazes, eficientes, e transparentes, que assegurem a obtenção dos melhores resultados.

Para garantir o sucesso da sua atividade, o centro hospitalar deve saber reorganizar, integrar e otimizar os seus processos internos de gestão, particularmente no que respeita aos processos críticos, *i.e.*, aqueles cujos resultados produzem um elevado impacto para a organização/clientes e cujo mau funcionamento afeta todo o desempenho do Centro Hospitalar.

Por outro lado, importa definir e implementar instrumentos de gestão que possibilitem o acompanhamento, avaliação e suportem a tomada de decisão. Nesse âmbito, adquire particular relevância o reforço dos mecanismos de contratualização interna, nomeadamente pelo seu potencial de alinhamento entre os objetivos de cada unidade/serviço e a estratégia de desenvolvimento do centro hospitalar.

Diagnóstico da situação atual

E.1) Verifica-se um desajuste entre o volume das inscrições em lista cirúrgica e a capacidade produtiva dos Serviços, que coloca o Centro Hospitalar em risco financeiro. Este

problema é agravado pelo facto de a tutela não ter capacidade para comprar ao CHAA as cirurgias que este tem capacidade para realizar e por, concomitantemente, o Centro Hospitalar ser responsabilizado financeiramente pela não resposta aos doentes cirúrgicos;

- E.2) Não obstante o CHAA tenha implementado, em 2013, uma metodologia de contratualização interna com os seus Serviços, esse compromisso entre as partes ainda não abrange todas as dimensões relevantes para a avaliação do desempenho dos Serviços;
- E.3) O CHAA não tem cultura de negociação com fornecedores que lhe garanta as melhores condições de aquisição/prestação de serviços, particularmente nas compras de materiais de consumo (investimentos são geralmente mais negociados);
- E.4) Embora se tenha desenvolvido, em 2012, uma metodologia de monitorização de prescrição de fármacos e MCDT, não existe uma continuidade no processo, nomeadamente no que respeita à análise das áreas problemáticas e à consequente tomada de decisões;
- E.5) O CHAA continua a ter uma demora média superior àquela que seria esperada dado o seu *mix* de produção, parecendo existir margem para a sua redução (com consequente melhoria dos cuidados prestados e redução de custos operacionais);
- E.6) A organização não dispõe de um instrumento de planeamento para a área dos equipamentos e sistemas médicos, não existindo uma clara definição da estratégia para a renovação de equipamentos fundamentais ao bom funcionamento dos Serviços;
- E.7) No que respeita aos processos de prestação de cuidados, o setor mais problemático continua a ser o Serviço de Urgência. O facto de se tratar do Serviço com maior dificuldade de resposta e com maior número de reclamações por parte dos seus utentes, obriga o Centro Hospitalar a encetar as ações necessárias à reorganização deste Serviço.

Ações a desenvolver e medidas a implementar/Impacto esperado

- E.8) A UHGIC deverá dar cumprimento ao previsto no Regulamento do Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia (Portaria n.º 45/2008 de 15 de Janeiro), nomeadamente “Centralizar a gestão de inscritos para cirurgia do hospital” e “Controlar e supervisionar o registo dos utentes na LIC do hospital”. No âmbito dessa centralização, deverão ser definidos volumes máximos de produção por Serviço, replicando, internamente, a metodologia de contratualização externa com a ARSN. Este novo paradigma deverá obrigar os Serviços a priorizar as inscrições em função dos critérios definidos no âmbito do SIGIC;
- E.9) O processo de contratualização interna, iniciado em 2013, deverá ser aprofundado, passando a ser baseado numa metodologia de *balanced scorecard*. Nesse sentido, as propostas de contratualização interna deverão ser elaboradas de acordo com 4 Perspectivas: Aprendizagem e Crescimento, Processos Internos, Financeira e Utes (ou Clientes Internos). A metodologia de contratualização interna deverá ser alargada aos serviços não clínicos e a preparação deste processo de contratualização, deverá assentar num programa de formação para chefias clínicas e não clínicas.
- É expectável que este processo resulte numa melhor identificação dos principais objectivos de cada serviço/unidade e das metas a atingir, permitindo ao CHAA melhorar a satisfação dos seus clientes, o seu posicionamento no mercado e os seus resultados financeiros,
- E.10) O CHAA deverá criar uma Central de Negociação, que terá a responsabilidade de encontrar as parcerias/contratos/condições de compra, mais favoráveis à organização. A Central deverá ser dotada dos recursos humanos necessários e com perfil mais adequado a esta função. Esta nova estrutura, deverá ficar na dependência do Serviço de Logística e Aprovisionamento, e deverá contribuir para uma maior eficiência no desenvolvimento do processo das compras;
- E.11) O processo de monitorização da prescrição interna de medicamentos e meios complementares de diagnóstico e terapêutica (MCDT), realizado no âmbito do Despacho n.º 17069/2011, deverá ser aprofundado, no sentido de identificar, com maior rigor, as áreas problemáticas. A monitorização deverá caminhar no sentido de associar as prescrições não só aos médicos, mas também aos doentes/episódios, permitindo assim o

cálculo de níveis de prescrição por médico/episódio (ex: prescrições de antibióticos/médico/consulta). Após identificação dessas áreas, deverá encetado um processo regular de auditorias clínicas, que permitam avaliar a aplicação de normas e orientações clínicas;

E.12) Deverão ser definidos protocolos de tratamento para um conjunto de doentes/patologias, onde se definam, passo a passo, os cuidados que serão prestados aos doentes (incluindo o dia da alta prevista), tendo como objetivos principais a redução da demora média e a melhoria da qualidade dos cuidados. Deverão ser selecionadas as condições/patologias que cumpram as seguintes condições:

- 1 que cursem de forma previsível e em que o processo de cuidados seja passível de ser padronizado
- 2 que representem um elevado número de doentes/número de dias de internamento e
- 3 que representem um elevado custo e que, consequentemente, coloquem o centro hospitalar em risco financeiro. Os protocolos deverão ser elaborados por equipas multidisciplinares criadas pelos Serviços, de acordo com as melhores praticas

E.13) Deverá ser completada a inventariação de todos os equipamentos e sistemas médicos. Após a inventariação, o CHAA deverá elaborar um plano de investimento de equipamentos e sistemas médicos (baseado em necessidades, avaliação de alternativas e realização de estudos económico-financeiros), bem como um sistema de manutenção preventiva e corretiva, que cubra todos os equipamentos e sistemas médicos. Os planos deverão garantir a integridade dos equipamentos/sistemas médicos e eliminar o risco de ocorrência de falhas que possam pôr em causa a segurança dos doentes e pessoal;

E.14) Deverá ser aprovado um novo regulamento para o Serviço de Urgência, que defina de forma mais clara as estruturas/processos, pelos quais se organiza este Serviço. Deverão ser promovidas melhorias ao nível da organização dos circuitos dos doentes, tendo em conta os seus fatores de risco, reduzindo o tempo do primeiro atendimento médico, o tempo para a decisão clínica e, consequentemente, da alta. Esta intervenção deverá obrigatoriamente resultar numa melhoria da resposta ao número de urgências diárias

(dentro dos tempos de resposta preconizados) e num aumento da satisfação dos doentes (reduzindo o número de queixas e reclamações).

F. Tecnologias e Sistemas de Informação

O elevado volume de informação gerado e seu previsível aumento, bem como as suas características e diversidade e ainda o elevado número de sistemas de informação, tanto na área administrativa como clínica, implica o aumento do risco de falta de segurança dessa informação.

Assim, é indispensável a existência de um plano de **Manual de Gestão da Informação** que garanta que a mesma é gerida de forma segura e integrada e que vá ao encontro das necessidades dos profissionais (Conselho de Administração, Gestores, Diretores, Utilizadores, etc) bem como das instituições externas que solicitam informação. É importante que a informação gerada contribua para uma melhoria efetiva nos cuidados de saúde prestados aos doentes.

Assim é imprescindível o alinhamento do nível tecnológico e nível de desenvolvimento dos Sistemas de Informação com os processos de negócio e estratégia da Instituição.

Diagnóstico da situação atual

- Proliferação de sistemas de informação órfãos, para suprir necessidades específicas, e não interligados;
- Parque de equipamentos relativamente obsoleto, com ausência de planos de atualização e gestão;
- Ausência de cobertura informática de todos os processos críticos do negócio;
- Desalinhamento face à obrigatoriedade legal de recolha de informação e gestão informática de algumas atividades.

Ações a desenvolver e medidas a implementar/Impacto esperado

- F.16) Reforçar a colaboração com a SPMS no sentido de ser parceiro ativo no desenvolvimento de soluções informáticas adaptadas à necessidade hospitalar;
- F.17) Dar continuidade aos projetos em curso de modo a fazer face às necessidades identificadas internamente ou que se destinam a incrementar as relações de parceria já estabelecidas com a SPMS:
- Desmaterialização de processos
 - Informatização do Bloco
 - Aplicação Cirurgia Segura
 - Informatização de todos os serviços através da plataforma Aida
 - Requisição eletrónica de análises
 - Requisição eletrónica de exames
 - Informatização da requisição e gestão de transportes
 - Plataforma *Business Intelligence*
 - Projeto do Processo Clínico Eletrónico
 - Conclusão da implementação do sistema de informação de apoio à Comissão de Controlo de Infecção – HEPIC
- F.18) Elaborar plano dos Sistemas e Tecnologias de Informação e Comunicação e atualizá-lo anualmente;
- F.19) Outras obrigações previstas na cláusula 24^a do Contrato Programa;
- F.20) Desenvolver um sistema de gestão e segurança de informação que garanta a disponibilidade, confidencialidade e integridade da mesma, adotando boas práticas utilizadas internacionalmente (ISO27001 e 27002);
- F.21) Criar planos de contingência para os sistemas críticos que garantam o funcionamento dos mesmos em caso de falha;
- F.22) Melhorar a capacidade de processamento e armazenamento do DataCenter. Realizar atualização tecnológica da Rede. Substituição da central telefónica, para permitir melhor integração com Central telefónica da Consulta externa III e a evolução gradual para a tecnologia VoiP;

- F.23) Atualização do parque informático. Implementação de ferramentas para gestão do tempo de utilização dos computadores com o objetivo de reduzir os custos com energia e otimizar os tempos de utilização dos mesmos;
- F.24) Atualização e centralização do parque de impressão;
- F.25) Software de sistema – BD;
- F.26) Adoção de BD *OpenSource* nos desenvolvimentos internos de novas aplicações, com o objetivo de evitar custos de licenciamento neste tipo de *software*;
- F.27) Migração das BD atuais para *OpenSource*;
- F.28) Adoção de ferramentas *OpenSource* para processamento de texto, folha de cálculo e apresentações, com o objetivo de evitar custos de licenciamento neste tipo de *software*;
- F.29) Atualização do Software de desenvolvimento do site e portal interno do CHAA;
- F.30) Desenvolvimento ou aquisição de ferramentas de Software Aplicacional para as áreas da Urgência e Gestão documental.

G. Eficiência e Equilíbrio económico-financeiro estrutural

Diagnóstico da situação atual

- O CHAA apresenta uma situação de descapitalização, criada essencialmente nos dois últimos anos e que se traduz em fundos próprios negativos, à data de 31 de dezembro de 2012, da ordem dos 14 247 milhares de euros, sendo necessário encontrar solução para a alteração desta situação;
- Os resultados dos dois últimos anos revelam também um desequilíbrio económico que conduziu a prejuízos de grande significado (10 869 e 6 687 milhares de euros, em 2011 e 2012, respetivamente), sendo também necessário reajustar a estrutura económica por forma a garantir o equilíbrio estrutural neste domínio.

Ações a desenvolver e medidas a implementar/Impacto esperado

G.1) Relativamente à questão da reposição de fundos próprios positivos, impõe-se como necessário que se reformule a sua estrutura financeira o que não se afigura possível sem novas dotações de capital. A opção proposta (descrita e justificada no capítulo seguinte) passa pelo seguinte conjunto soluções:

- consolidação dos valores em débito a título de “empréstimos obtidos”, no montante de 12 921 504 € com sua integração no capital da Instituição, e que correspondem aos valores atribuídos ao CHAA pelo Fundo de Apoio ao Sistema de Pagamentos do Serviço Nacional de Saúde;
- novas dotações de capital (por novas entradas) de 10 000 000 € a realizar em dois momentos: 5 000 000 € em 2014 e os restantes 5 000 000 € em 2015. Este montante corresponderá, grosso modo, ao valor do investimento a realizar no triénio em análise e aos fundos necessários para ajustar as necessidades em fundo maneo a níveis compatíveis com uma estrutura financeira equilibrada.

G.2) O equilíbrio económico estrutural pretende-se que seja conseguido através do conjunto alargado de medidas conducentes á melhoria da produtividade e cuja pormenorização e quantificação se dá nota no capítulo seguinte.

5.7. PLANO DE INVESTIMENTOS

A definição de um plano de investimentos fundamentado e imprescindível à continuidade de prestação de cuidados de saúde de excelência faz parte da estratégia do CHAA. O plano resulta de um levantamento exaustivo das necessidades reveladas por cada um dos serviços, mas também da avaliação concreta das situações que carecem de reforço suplementar em meios técnicos, face à entrada de novos médicos e das metas traçadas em termos de produção.

Não menos importante é o facto de a Instituição se encontrar num período relativamente crítico ao nível da manutenção dos equipamentos e da sua própria estrutura. Com mais de 20 anos de funcionamento permanente e sem que se tenham realizado obras de manutenção consideráveis, o

CHAA revela atualmente, graves problemas estruturais e em equipamentos vitais para a atividade, que podem pôr em causa a integridade física de doentes e colaboradores e prejudicando a qualidade da prestação de cuidados.

A unidade de Guimarães do CHAA é um complexo hospitalar datado de 1991, com cerca de 87 000 m² de área. O edifício principal é composto por 11 pisos, sendo cada um deles dividido em duas alas. Para além do edifício principal, fazem parte da unidade hospitalar um outro edifício composto por três pisos inaugurado na mesma data e um outro inaugurado em 2006 com cinco pisos.

Atualmente o edifício principal e suas extensões carecem de intervenções de reabilitação, nomeadamente no betão armado à vista que apresenta graves e perigosas patologias, como fissuração nas paredes exteriores, descasque na pintura ou degradação das coberturas e juntas de dilatação, já identificadas em relatórios e estudos prévios realizados para o efeito.

Em 2012 terminou o período de amortização do edifício principal. Consequentemente verifica-se uma gradual diminuição do valor das amortizações nas contas do CHAA. Ao invés a rubrica das reparações tem tendência a aumentar fruto das avarias e obras necessárias para fazer face à degradação e obsolescência de equipamentos e edifícios.

Estas contingências põem em causa a prestação de cuidados de saúde numa ótica de qualidade de serviço e de eficiência, na medida em que para além do risco a que estão sujeitos doentes e profissionais, condiciona também o nível de produtividade, uma vez que a capacidade instalada não é totalmente aproveitada.

Perante o cenário com que debateu o CHAA decorrente da obrigatoriedade de emissão de vales cirúrgicos, de acordo com novas regras ditadas pelo contrato-programa de 2012, determinando que o hospital de origem seja responsável pelo encargo (que conduziu a um acréscimo de 2 571 m € nos custos) gerado pela saída dos doentes para os convencionados, o CA entendeu imperioso a tomada de medidas conducentes a estancar a saída dos doentes para o exterior.

Para além da revisão dos horários de funcionamento, abertura de novos tempos operatórios e redefinição da ocupação dos espaços entre as diferentes especialidades, foi colocado em prática um plano especial de combate à lista de espera por via de um programa interno de produção adicional. O relatório anual do SIGIC referente ao ano de 2012 indicava o CHAA como a instituição hospitalar com o tempo máximo de resposta aos doentes em espera, alertando para o

facto de serem necessários 6 meses, para fazer face à lista de espera existente, desde que nesse período não entrasse qualquer doente em LIC.

Coincidentemente, até final de 2013, entrarão cerca de 16 novos médicos por via da atribuição, pela Tutela, de vagas carenciadas, face às necessidades demonstradas em termos de recursos humanos. A eficiência na utilização de recursos, com vista ao aumento de produção resulta da combinação entre o aproveitamento máximo dos meios físicos e dos equipamentos disponíveis. A incapacidade financeira do CHAA para a realização de novos investimentos, seja pela necessidade de cumprimento da LCPA, ou pela exigência de aprovação prévia da Tutela, aliado ao estado geral dos equipamentos, impede que a rentabilização máxima dos meios disponíveis seja conseguida, ao mesmo tempo que barra a resolução da questão dos doentes em espera.

Desta forma, e face ao trabalho realizado de levantamento das necessidades e após filtragem das situações não emergentes foi possível agregar em projetos sustentados, os investimentos indispensáveis à concretização dos objetivos definidos pelo Conselho de Administração. Para tal, foi apresentado à tutela um plano de investimento que agora se reproduz e resume no quadro seguinte (valores em euros):

Projeto		2013	2014	2015	Total	Objetivo/Área	Renov/Inov
1	Reorganização modelar de espaços, equipamentos e arquivo	60 000			60 000	Arquivo	Funcionamento
2	Balcão Único e Centro Colheita	64 000	281 040		345 040	Novas valências	Inovação
3	Área Materno Infantil	10 930	47 683		58 614	Materno-Infantil	Substituição
4	Melhoria e bem estar dos doentes no Internamento e Ambulatório	31 500	54 400		85 900	Redução Listas espera	Substituição
5	Cardiologia e Telemetria	38 923	80 000		118 923	Redução Listas espera	Substituição
6	Cirurgia	230 080	135 000		365 080	Redução Listas espera	Substituição
7	Desinfecção e Risco Clínico	119 404	110 338		229 742	Risco	Substituição
8	Desmaterialização	125 884	53 700		179 584	Melhoria processos	Funcionamento
9	Renovação parque equipamentos Gastro e Ecoendoscópio		350 000		350 000	Redução Listas espera	Substituição
10	Renovação equipamentos imagiológicos	618 800			618 800	Redução Listas espera	Substituição
11	Oftalmologia	135 200	110 000		245 200	Redução Listas espera	Substituição
12	Constituição do Parque de Equipamentos	77 400	6 800		84 200	Sist. Informação	Funcionamento
13	Videobroncoscópios, Pletismógrafo e equipamento para prova de esforço	68 654	207 000		275 654	Redução Listas espera	Substituição
14	Unidade AVC		134 800		134 800	Redução Listas espera	Inovação
15	Fibrouretoscópio, Litrotitor Intracorporal e Ecografo com Sonda Abdominal	116 000	55 500		171 500		Substituição
16	Reparação e restauro do edifício, parque de estacionamento e rede de gás medicinal	54 200	700 000	1 000 000	1 754 200	Edifício	Funcionamento
17	Urgência	945 000			945 000	Urgência	Funcionamento
18	Renovação do Parque Informático + Reforço DataCenter			339 659	339 659	Sist. Informação	Substituição
19	Novas Valências (Hemodinâmica e Med. Nuclear)			1 000 000	1 000 000	Novas valências	Inovação
Total Geral		2 695 975	2 326 261	2 339 659	7 361 895		

6. PROJEÇÕES ECONÓMICO-FINANCEIRAS

As projeções económicas e financeiras para o triénio 2013-2015, traduzidas nas demonstrações financeiras constantes deste ponto, refletem as linhas de orientação estratégica formuladas e concretizam-se no seguinte conjunto de pressupostos e opções:

6.1. NÍVEIS DE INFLAÇÃO MÉDIOS

Apesar dos previsíveis baixos níveis de inflação, optou-se pela elaboração de projeções a preços correntes, tendo-se estimado para o triénio em análise uma evolução do índice geral de preços correspondente a uma taxa média de inflação anual de 2,5%.

6.2. PRODUÇÃO

Partindo dos valores históricos de produção, das previsões para 2013 integradas no contrato-programa em negociação, das opções estratégicas sobre a carteira de serviços e do programa de investimentos projetado para o triénio em análise, projetou-se a produção para os anos de 2013 a 2015.

A valorização dos níveis de produção estimados foi feita - numa opção particularmente prudente e conservadora - considerando uma variação nominal nula dos preços unitários (correspondendo, portanto, a valores constantes numa projeção a preços correntes. Foi também considerada como irrelevante qualquer variação nos índices *case-mix*.

Relativamente às projeções para 2014 e 2015, considerou-se uma pequena evolução, nos seguintes termos:

CONSULTAS

- aumento de 4 500 primeiras consultas face à estimativa de 2013 (distribuído pelas especialidades de cardiologia, cirurgia, gastroenterologia, ginecologia, medicina interna, ortopedia, pediatria, pneumologia e especialmente em oftalmologia e decréscimo na

estomatologia), com 30% de primeiras consultas via centros de saúde;

- aumento de 8 700 consultas subsequentes face à estimativa de 2013 (distribuído pelas especialidades de cardiologia, cirurgia, gastroenterologia, ginecologia, medicina interna, ortopedia, pediatria, pneumologia e especialmente em oftalmologia e decréscimo na estomatologia).

INTERNAMENTO

- aumento de 170 GDH cirúrgicos face à estimativa de 2013, distribuído pelas especialidades de cirurgia, ortopedia e especialmente em oftalmologia (cerca de 1 700).

URGÊNCIA

- aumento de episódios de urgência médico-cirúrgica de Guimarães (cerca de 35% das urgências realizadas em Fafe em 2013);
- eliminação de episódios do serviço de urgência básico da unidade de Fafe.

AMBULATÓRIO

- aumento de 1 900 GDH cirúrgicos face à estimativa de 2013 (distribuído pelas especialidades de cirurgia, ortopedia).

OUTRAS LINHAS

- implantação de próteses em linha com a capacidade disponível não utilizada nos serviços de Cardiologia (desfibriladores) e ortopedia (próteses da anca).

O impacto previsto na valorização da produção é, assim, de uma variação de cerca de 5% no triénio 2013-2015, todo ele correspondendo a crescimento real. Trata-se de uma evolução compatível com os ajustamentos projetados para os recursos técnicos e humanos, nos termos à frente explicitados.

Os pressupostos adoptados, constam dos quadros seguintes onde se destaca a componente Serviço Nacional de Saúde (SNS) da restante produção:

PRODUÇÃO (Centro Hospitalar do Alto Ave)

Descrição	ICM			Preço unitário (€)			Produção SNS			Outra Produção			Produção Total		
	2013	2014	2015	2013	2014	2015	2013	2014	2015	2013	2014	2015	2013	2014	2015
1. Consultas Externas															
<i>Nº Total de Consultas Médicas</i>															
Primeiras Consultas				45,40	45,40	45,40	235 662	248 703	248 703	7 644	8 152	8 152	243 306	256 855	256 855
Primeiras Consultas - CTH				49,94	49,94	49,94	19 299	20 648	20 648	0	0	0	19 299	20 648	20 648
Consultas Subsequentes				45,40	45,40	45,40	169 014	177 557	177 557	0	0	0	169 014	177 557	177 557
2. Internamento															
<i>Doentes Saídos</i>															
GDH Médicos	0,8516	0,8516	0,8516	2 141,70	2 141,70	2 141,70	14 877	14 382	14 382	273	264	264	15 150	14 646	14 646
GDH Cirúrgicos Programados	0,9313	0,9313	0,9313	2 141,70	2 141,70	2 141,70	3 908	4 075	4 075	1 445	1 507	1 507	5 353	5 582	5 582
GDH Cirúrgicos Programados Adicional	0,9313	0,9313	0,9313	2 141,70	2 141,70	2 141,70	703	703	703	0	0	0	703	703	703
GDH Cirúrgicos Urgentes	0,9313	0,9313	0,9313	2 034,62	2 034,62	2 034,62	2 360	2 360	2 360	557	557	557	2 917	2 917	2 917
3. Episódios de GDH de Ambulatório															
GDH Cirúrgicos - Atividade Base	0,3086	0,3428	0,3428	2 141,70	2 141,70	2 141,70	5 156	7 067	7 067	592	811	811	5 748	7 878	7 878
GDH Cirúrgicos - Atividade Adicional	0,3086	0,3086	0,3086	2 141,70	2 141,70	2 141,70	305	305	305	35	35	35	340	340	340
GDH Médicos	0,2313	0,2268	0,2268	2 141,70	2 141,70	2 141,70	5 179	5 179	5 179	753	753	753	5 932	5 932	5 932
4. Urgências															
<i>Total de Atendimentos</i>															
Atendimentos SU Médico-Cirúrgica				56,16	56,16	56,16	127 754	111 284	111 284	4 773	4 276	4 276	132 527	115 560	115 560
Atendimentos SU Básica				31,98	31,98	31,98	25 338	0	0	838	0	0	26 176	0	0
5. Sessões em Hospital de Dia															
Hematologia							0	0	0	0	0	0	0	0	0
Imuno-Hemoterapia				305,75	305,75	305,75	1 215	1 215	1 215	373	373	373	1 588	1 588	1 588
Psiquiatria				31,76	31,76	31,76	1 073	1 073	1 073	80	80	80	1 153	1 153	1 153
Unidades Sócio-Ocupacionais					0,00	0,00	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Outros				20,98	20,98	20,98	19 947	19 947	19 947	3 942	3 942	3 942	23 889	23 889	23 889
6. IG até 10 semanas															
<i>Medicamentosa</i>															
Nº de IG				294,90	294,90	294,90	286	286	286	0	0	0	286	286	286
<i>Cirúrgica</i>															
Nº de IG							0	0	0	0	0	0	0	0	0
7. Planos de Saúde															
<i>VIH/Sida</i>															
Doentes em Tratamento Ambulatório TARV				9 547,44	9 547,44	9 547,44	197	200	200	0	0	0	197	200	200
<i>Diagnóstico Pré-Natal</i>															
Protocolo I				39,29	39,29	39,29	1 671	1 671	1 671	0	0	0	1 671	1 671	1 671
Protocolo II				67,30	67,30	67,30	0	0	0	0	0	0	0	0	0
8. Serviços Domiciliários															
Visitas Domiciliárias				34,48	34,48	34,48	0	0	0	0	0	0	0	0	0
9. Lar (IPO)															
Dias de Estadia							0	0	0	0	0	0	0	0	0
10. Outros															
Desfibrilhador cardíaco				17 135,4	17 135,4	17 135,4	33	72	72	0	0	0	33	72	72
Prótese da anca				1 246,04	1 246,04	1 246,04	197	300	300	0	0	0	197	300	300
Medicamentos de Cedência Hospit. Ambulatório Internos															

PRODUÇÃO (Centro Hospitalar do Alto Ave)

Descrição	Produção Total			Valor - SNS (€)			Valor - Outras Entidades (€)		
	2013	2014	2015	2013	2014	2015	2013	2014	2015
1. Consultas Externas									
<i>Nº Total de Consultas Médicas</i>	243 306	256 855	256 855	10 786 664	11 384 861	11 384 861	153 724	161 785	161 785
Primeiras Consultas	54 993	58 650	58 650	2 149 660	2 292 593	2 292 593	17 898	19 088	19 088
Primeiras Consultas - CTH	19 299	20 648	20 648	963 788	1 031 170	1 031 170	238	254	254
Consultas Subsequentes	169 014	177 557	177 557	7 673 217	8 061 098	8 061 098	135 589	142 443	142 443
2. Internamento				39 217 494	38 361 586	38 361 586	790 104	779 872	779 872
<i>Doentes Saídos</i>									
GDH Médicos	15 150	14 646	14 646	25 576 153	24 726 229	24 726 229	306 148	295 962	295 962
GDH Cirúrgicos Programados	5 353	5 582	5 582	7 778 804	8 111 897	8 111 897	52 922	55 178	55 178
GDH Cirúrgicos Programados Adicional	703	703	703	1 400 185	1 061 109	1 061 109	9 525	7 223	7 223
GDH Cirúrgicos Urgentes	2 917	2 917	2 917	4 462 352	4 462 352	4 462 352	421 508	421 508	421 508
3. Episódios de GDH de Ambulatório				6 552 166	7 796 209	7 796 209	23 875	25 091	25 091
GDH Cirúrgicos - Atividade Base	5 748	7 878	7 878	3 785 283	5 188 291	5 188 291	4 639	6 358	6 358
GDH Cirúrgicos - Atividade Adicional	340	340	340	201 418	92 365	92 365	247	113	113
GDH Médicos	5 932	5 932	5 932	2 565 466	2 515 554	2 515 554	18 989	18 620	18 620
4. Urgências				6 561 992	6 249 726	6 249 726	248 104	241 163	241 163
<i>Total de Atendimentos</i>	132 527	115 560	115 560						
Atendimentos SU Médico-Cirúrgica	106 351	115 560	115 560	5 751 683	6 249 726	6 249 726	221 944	241 163	241 163
Atendimentos SU Básica	26 176	0	0	810 309	0	0	26 160	0	0
5. Sessões em Hospital de Dia				824 109	824 109	824 109	483	483	483
Hematologia	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Imuno-Hemoterapia	1 588	1 588	1 588	371 537	371 537	371 537	0	0	0
Psiquiatria	1 153	1 153	1 153	34 089	34 089	34 089	0	0	0
Unidades Sócio-Ocupacionais	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Outros	23 889	23 889	23 889	418 483	418 483	418 483	483	483	483
6. IG até 10 semanas				84 219	84 219	84 219	0	0	0
<i>Medicamentosa</i>									
Nº de IG	286	286	286	84 219	84 219	84 219	0	0	0
<i>Cirúrgica</i>									
Nº de IG	0	0	0	0	0	0	0	0	0
7. Planos de Saúde				1 946 499	2 060 949	2 069 362	0	0	0
<i>VIH/Sida</i>									
Doentes em Tratamento Ambulatório TARV	197	200	200	1 880 846	1 909 488	1 909 488	0	0	0
<i>Diagnóstico Pré-Natal</i>									
Protocolo I	1 671	1 671	1 671	65 654	65 654	65 654	0	0	0
Protocolo II	0	0	0	0	85 808	94 220	0	0	0
8. Serviços Domiciliários				0	10 344	17 240	0	0	0
Visitas Domiciliárias	0	0	0	0	10 344	17 240	0	0	0
9. Lar (IPO)				0	0	0	0	0	0
Dias de Estadia	0	0	0	0	0	0	0	0	0
10. Outros				4 029 799	5 047 298	5 047 298	0	0	0
Desfibrilhador cardiaco	33	72	72	558 328	1 233 749	1 233 749	0	0	0
Prótese da anca	197	300	300	245 989	373 812	373 812	0	0	0
Medicamentos de Cedência Hospit. Ambulatório				2 031 901	2 246 157	2 246 157	0	0	0
Internos				1 193 580	1 193 580	1 193 580	0	0	0
				70 002 942	71 819 301	71 834 610	1 216 290	1 208 393	1 208 393

6.3. GASTOS COM O PESSOAL

Para a estimativa dos gastos com o pessoal tomou-se como ponto de partida a atual estrutura de Pessoal e de quadro remuneratório que lhe corresponde e projetaram-se algumas economias que decorrerão de um esforço de otimização e reorganização já encetado e da implementação da alteração legislativa conducente ao aumento de 35 para 40 horas de trabalho semanais.

Os estudos desenvolvidos permitem estimar que o número de efetivos possa ser reduzido em cerca de 50 profissionais, essencialmente profissionais de enfermagem e assistentes operacionais.

Relativamente aos profissionais médicos, esta alteração de carga horária semanal permitirá, por seu turno, acomodar o incremento de produção referido no número anterior, não se afigurando necessária qualquer redução de efetivos.

Prevê-se, igualmente, que a concretização da solução “Balcão Único” possibilite uma redução de efetivos na casa das 25 pessoas, valor que, de alguma forma, será diluído por algumas novas necessidades de pessoal em consequência de alguns investimentos programados e da concretização de algumas das linhas de orientação estratégica anteriormente explicitadas.

LEVANTAMENTO RECURSOS HUMANOS

GRUPO PROFISSIONAL	CHAA			
	CTFP/CIT Guimarães	Apos.Prev.	Ajustamento	
Médicos	353	11	0	0,0%
Enfermeiros	592	28	35	5,9%
Assistente Operacional	356	30	17	4,8%
Assistente Técnico	159	2	0	0,0%
Téc. Diag. Terapeutica	109	6	1	0,9%
Téc. Superior Saúde	11	0	0	0,0%
Técnico Superior	27	0	0	0,0%
Téc. Serviço Social	0	0	0	
Informáticos	6	0	0	0,0%
Adm. Hospitalar	10	0	0	0,0%
Outros	2	0	0	0,0%
TOTAIS	1 625	77	53	3,3%

LEVANTAMENTO RECURSOS HUMANOS

GRUPO PROFISSIONAL	UNIDADE DE GUIMARÃES		
	CTFP/CIT Guimarães	Apos.Prev.	Ajustamento
Médicos	340	9	0
Enfermeiros	517	26	35
Assistente Operacional	289	26	17
Assistente Técnico	139	2	0
Téc. Diag. Terapeutica	96	6	1
Téc. Superior Saúde	10		0
Técnico Superior	26		0
Téc. Serviço Social			0
Informáticos	6		0
Adm. Hospitalar	10		0
Outros	2		0
TOTAIS	1 435	69	53

LEVANTAMENTO RECURSOS HUMANOS

GRUPO PROFISSIONAL	UNIDADE DE FAFE		
	CTFP/CIT Guimarães	Apos.Prev.	Ajustamento
Médicos	13	2	
Enfermeiros	69	2	
Assistente Operacional	62	4	
Assistente Técnico	20		
Téc. Diag. Terapeutica	13		
Téc. Superior Saúde	1		
Técnico Superior	1		
Téc. Serviço Social			
Informáticos			
Adm. Hospitalar			
Outros			
TOTAIS	179	8	0

Em particular estimam-se reduções nos montantes das remunerações-base, subsídios de refeição e subsídios de férias e Natal (fruto da redução de efetivos); das remunerações a título de “horas extraordinárias” (consequência do alargamento da carga horária semanal); e dos consequentes impactos nos encargos sociais sobre remunerações.

Nestes termos, estimaram-se os Gastos com o Pessoal para o período em análise, que comportam

o pagamento de 14 meses de remuneração e a adequada especialização de exercícios correspondente a férias e subsídio de férias a processar, e que se sintetizam nos quadros seguintes:

GASTOS com o PESSOAL (CHAA)

	2013	2014	2015
Remunerações-base	24 952 998	23 431 710	23 666 027
Horas extraordinárias	2 298 640	2 091 762	1 690 144
Prevenções	181 765	156 059	157 619
Noites e suplementos	1 714 040	1 714 040	1 731 180
Subsídio de refeição	1 529 698	1 432 137	1 446 458
PECLEC/SIGIC	1 044 916	835 932	844 292
Outros suplementos	822 318	822 318	830 541
Subsídios de férias e Natal	4 426 000	4 482 417	4 527 241
Pensões	103 742	133 462	134 796
Encargos sobre remunerações	7 948 630	7 867 434	7 851 038
Seguros de acidentes trabalho	128 579	131 794	133 112
Diversos	349 699	345 814	349 272
	45 501 025	43 444 878	43 361 720

GASTOS com o PESSOAL (Guimarães)

	2013	2014	2015
Remunerações-base	22 512 915	22 507 849	22 728 426
Horas extraordinárias	2 542 077	2 451 198	2 437 716
Prevenções	181 765	184 492	188 182
Noites e suplementos	2 091 851	2 123 229	2 165 693
Subsídio de refeição	1 361 237	1 360 930	1 374 267
PECLEC/SIGIC	300 207	304 710	310 804
Outros suplementos	1 077 626	1 093 791	1 115 666
Subsídios de férias e Natal	2 162 635	2 162 148	2 183 338
Pensões	41 978	42 608	43 460
Encargos sobre remunerações	6 072 046	6 070 679	6 130 172
Seguros de acidentes trabalho	114 654	116 374	118 701
Diversos	208 766	211 898	216 135
	38 667 756	38 629 905	39 012 562

GASTOS com o PESSOAL (Fafe)

	2013	2014	2015
Remunerações-base	2 688 481	2 687 876	2 714 218
Horas extraordinárias	158 516	156 872	160 009
Prevenções	0	0	0
Noites e suplementos	284 116	288 378	294 146
Subsídio de refeição	168 461	168 423	170 074
PECLEC/SIGIC	1 675	1 700	1 734
Outros suplementos	27 828	28 245	28 810
Subsídios de férias e Natal	259 119	259 060	261 599
Pensões	5 439	5 520	5 631
Encargos sobre remunerações	622 141	622 001	628 096
Seguros de acidentes trabalho	13 925	14 134	14 417
Diversos	26 008	26 398	26 926
	4 255 708	4 258 607	4 305 658

6.4. CONSUMO DE MATÉRIAS E FORNECIMENTOS E SERVIÇOS EXTERNOS

Relativamente às previsões de “consumos de matérias” e de “fornecimentos e serviços externos” considerou-se, no essencial, a manutenção dos índices de consumo dos últimos exercícios económicos, ajustados com algumas otimizações sustentadas em intervenções em diferentes áreas do funcionamento do Centro Hospitalar.

Quanto à evolução destas rubricas de gastos cumprirá destacar que:

- As projeções financeiras foram, como se disse, desenvolvidas a preços correntes. Em consequência os valores previstos refletem, para além de vários outros aspetos, também a evolução do nível geral de preços estimado;
- Há, nas projeções económico-financeiras, rubricas de gastos predominantemente variáveis face aos níveis de produção (v.g. consumos de produtos farmacêuticos ou de material clínico) e rubricas predominantemente fixas (v.g. algumas componentes de Fornecimentos e Serviços Externos, como é o caso dos custos com conservação e reparação).

Relativamente às primeiras - gastos variáveis - os valores de consumos anuais serão, portanto, também consequência da própria produção prevista. Assim sendo, as taxas nominais de crescimento destas rubricas refletem o impacto das seguintes determinantes:

- taxas de inflação estimadas;
- volumes de produção;
- evolução dos níveis de produtividade e eficiência no consumo destes fatores.

Relativamente aos gastos predominantemente fixos, as principais determinantes da sua evolução estarão essencialmente ligadas, quer aos níveis de inflação, quer às otimizações que se preveem dos projetos de investimento que têm implicações nestes domínios.

No que diz respeito às citadas otimizações previstas e correspondentes ajustamentos, e tendo presente as consequências gerais esperadas da melhoria dos mecanismos de controlo (*vide* linhas de orientação estratégica), cumpre ainda destacar:

- no consumo de medicamentos foram consideradas as consequências esperadas para 2013 do acordo com a APIFARMA com a redução prevista no domínio dos custos de aquisição e sua estabilização a partir de 2014;
- também neste tipo de consumos consideraram-se as expectáveis otimizações decorrentes do desenvolvimento do (SPMS – Serviços Partilhados do Ministério da Saúde), que se espera que tenha também consequências nos consumos de material clínico;
- ainda nestas duas rubricas de gastos (produtos farmacêuticos e material de consumo clínico) julgam-se igualmente ser possíveis algumas reduções nos custos de aquisição em consequência do reforço da capacidade negocial resultante do aumento previsto na produção em alguns domínios (*e.g.*, consumíveis para oftalmologia);
- estima-se uma significativa diminuição na rubrica de “Honorários e Trabalhos Especializados” (FSE II) em resultado da concretização da política de redução de contratos de prestação de serviços e sua substituição por colaboradores do quadro;
- considerou-se uma forte redução a partir de 2013 da rubrica “Subcontratos – Outros” em consequência do aumento da capacidade e produção de atos cirúrgicos, evitando os elevados valores do último ano associados a “vales cirúrgicos”;
- considerou-se igualmente que os gastos com manutenção e conservação (FSE III) sofreriam ainda um ligeiro agravamento em 2013 face a 2012 e uma já significativa redução a partir de 2014 em consequência do esforço de investimento projetado.

A quantificação nestas rubricas das opções descritas consta do quadro resumo a seguir apresentado onde, por comodidade de apresentação, se indica igualmente a evolução prevista para outras rubricas de gastos e rendimentos de menor materialidade:

CUSTOS & PROVEITOS

(valores em €)

Descrição	2013	2014	2015	2013	2014	2015
PROVEITOS:	%					
Prestações de serviços:						
Internamento	52,58%	53,27%	53,27%	40 802 506	40 232 782	40 232 782
Consulta	18,73%	14,87%	14,87%	10 640 176	11 228 122	11 228 122
Urgência	11,15%	8,28%	8,28%	6 561 992	6 249 709	6 249 709
Hospital de dia	4,61%	1,09%	1,09%	824 053	824 053	824 053
Episódios de GDH de Ambulatório	0,16%	10,47%	10,47%	6 174 879	7 905 631	7 905 631
Planos de Saúde	2,68%	2,62%	2,62%	1 946 499	1 975 142	1 975 142
Serviço domiciliário	0,00%	0,00%	0,00%			
Outras prestações de serviços	5,99%	7,47%	7,47%	4 354 575	5 641 781	5 641 781
Taxas moderadoras	1,98%	1,98%	1,98%	1 408 821	1 463 205	1 463 205
				72 713 501	75 520 424	75 520 424
Proveitos suplementares	0,69%	0,69%	0,69%	503 118	522 540	522 540
Transferências e subsídios à exploração	0,04%	0,04%	0,04%	28 284	29 376	29 376
Outros proveitos operacionais	13,00%	12,00%	11,95%	9 451 714	9 061 369	9 023 609
Proveitos financeiros	0,26%	0,27%	0,27%	189 467	204 332	204 332
Proveitos extraordinários (s/ prov.diferidos)	0,70%	0,70%	0,70%	506 217	525 758	525 758
Total de proveitos				83 392 300	85 863 799	85 826 039
CUSTOS:	txs consumos					
Consumos de matérias:						
Produtos farmacêuticos	23,88%	21,63%	21,63%	17 361 508	16 740 809	17 159 329
Material de consumo clínico	9,74%	9,34%	9,24%	7 082 189	7 229 835	7 331 237
Produtos alimentares	0,00%	0,00%	0,00%	1 891	2 014	2 064
Material de consumo hotelheiro	0,38%	0,38%	0,38%	276 675	294 539	301 903
Material de consumo administrativo	0,28%	0,26%	0,25%	200 457	197 918	194 932
Material de manutenção e conservação	0,93%	0,93%	0,93%	678 610	722 426	740 487
Outro material de consumo	0,02%	0,02%	0,02%	11 655	12 407	12 717
				25 612 986	25 199 948	25 742 669
Fornecimentos e Serviços Externos:						
Subcontratos:						
Meios complementares de diagnóstico	2,10%	2,10%	2,10%	1 526 174	1 624 715	1 665 333
Meios complementares de terapêutica	1,73%	1,73%	1,73%	1 258 429	1 339 683	1 373 175
Transporte de doentes	0,40%	0,40%	0,40%	292 325	311 200	318 980
Assistência no estrangeiro	0,00%	0,00%	0,00%	770	820	841
Outros subcontratos	0,86%	0,72%	0,70%	621 831	553 609	555 547
Fornecimentos e Serviços I	2,25%	1,96%	2,01%	1 639 518	1 680 506	1 722 518
Fornecimentos e Serviços II	2,97%	0,62%	0,52%	2 157 832	478 060	410 668
Fornecimentos e Serviços III	7,33%	7,58%	5,83%	5 331 847	5 869 632	4 627 859
Diversos	0,01%	0,01%	0,01%	3 974	4 231	4 337
				12 832 700	11 862 455	10 679 258
Outros custos operacionais	0,18%	0,18%	0,18%	127 938	136 198	139 603
Custos extraordinários	1,02%	1,02%	1,02%	740 918	788 757	808 476
Total de custos				39 314 541	37 987 359	37 370 006

6.5. INVESTIMENTOS E AMORTIZAÇÕES

Como anteriormente referido, a definição de um plano de investimentos fundamentado e imprescindível à continuidade de prestação de cuidados de saúde de excelência faz parte da estratégia do CHAA.

Nestes termos, e na sequência de um levantamento de necessidades levado a cabo, foi possível agregar em projetos sustentados os investimentos indispensáveis à concretização dos objetivos

definidos pelo Conselho de Administração. Para tal, foi apresentado à tutela um plano de investimento cujos valores se resumem nos mapas a seguir apresentados (valores em euros e a preços correntes):

Projeto		2013	2014	2015	Total	Objetivo/Área	Renov/Inov
1	Reorganização modelar de espaços, equipamentos e arquivo	60 000			60 000	Arquivo	Funcionamento
2	Balcão Único e Centro Colheita	64 000	281 040		345 040	Novas valências	Inovação
3	Área Materno Infantil	10 930	47 683		58 614	Materno-Infantil	Substituição
4	Melhoria e bem estar dos doentes no Internamento e Ambulatório	31 500	54 400		85 900	Redução Listas espera	Substituição
5	Cardiologia e Telemetria	38 923	80 000		118 923	Redução Listas espera	Substituição
6	Cirurgia	230 080	135 000		365 080	Redução Listas espera	Substituição
7	Desinfecção e Risco Clínico	119 404	110 338		229 742	Risco	Substituição
8	Desmaterialização	125 884	53 700		179 584	Melhoria processos	Funcionamento
9	Renovação parque equipamentos Gastro e Ecoendoscópio		350 000		350 000	Redução Listas espera	Substituição
10	Renovação equipamentos imagiológicos	618 800			618 800	Redução Listas espera	Substituição
11	Oftalmologia	135 200	110 000		245 200	Redução Listas espera	Substituição
12	Constituição do Parque de Equipamentos	77 400	6 800		84 200	Sist. Informação	Funcionamento
13	Videobroncoscópios, Pletismografo e equipamento para prova de esforço	68 654	207 000		275 654	Redução Listas espera	Substituição
14	Unidade AVC		134 800		134 800	Redução Listas espera	Inovação
15	Fibrouretoscópio, Litrotitor Intracorporal e Ecografo com Sonda Abdominal	116 000	55 500		171 500		Substituição
16	Reparação e restauro do edifício, parque de estacionamento e rede de gás medicinal	54 200	700 000	1 000 000	1 754 200	Edifício	Funcionamento
17	Urgência	945 000			945 000	Urgência	Funcionamento
18	Renovação do Parque Informático + Reforço DataCenter			339 659	339 659	Sist. Informação	Substituição
19	Novas Valências (Hemodinâmica e Med. Nuclear)			1 000 000	1 000 000	Novas valências	Inovação
Total Geral		2 695 975	2 326 261	2 339 659	7 361 895		

Tipo investimento	2013	2014	2015	Total
Edifícios	563 400	521 000	500 000	1 584 400
Eq. Administrativo	32 080	5 000	5 000	42 080
Informático	125 584	336 240	317 190	779 014
Outros	15 800	10 400	10 400	36 600
Eq. hotelaria	96 250	17 921	17 921	132 093
Eq. Médico-cirúrgico	982 484	1 027 200	1 027 200	3 036 884
Eq. imagiologia	769 223	295 500	295 500	1 360 223
Eq. Mobiliário hospitalar	9 700	18 000	18 000	45 700
Eq. desinfecção e esterilização	61 454	95 000	95 000	251 454
Eq. laboratório	40 000			40 000
Total Geral	2 695 975	2 326 261	2 286 211	7 308 448
Subsídio ao investimento estimado	1 016 196	545 667	350 949	1 912 812

Os previsíveis impactos das ações planeadas são em vários domínios de natureza qualitativa, tendo sido, no entanto, considerados e relatados os efeitos em rubricas de “Prestações de Serviços” e “Fornecimentos e Serviços Externos”, para além dos que decorrem da evolução do nível de atividade e do natural crescimento das dotações para depreciações.

Crê-se possível obter subsídios ao investimento para alguns dos projetos considerados. No entanto, numa opção de prudência, considerou-se apenas essa possibilidade para os casos em que essa probabilidade é mais relevante (“Proj. 17-Urgência”, numa percentagem de 75%; “Proj. 19-Hemodinâmica e Medicina Nuclear” em 80% do valor a investir e uma percentagem média de 15% para os restantes).

As dotações anuais para depreciações e amortizações, constantes do quadro seguinte, resultam da aplicação das normais taxas médias de referência para cada rubrica de imobilizado.

IMOBILIZADO BRUTO

Descrição	2013	2014	2015	31-Dez-12
Edifícios e outras construções	36 734 144	37 255 144	38 255 144	36 170 744
Equipamento básico	31 558 394	32 976 094	34 039 369	29 705 233
Equipamento de transporte	217 503	217 503	217 503	217 503
Ferramentas e utensílios	143 617	143 617	143 617	143 617
Equipamento administrativo	8 846 135	9 223 297	9 491 880	8 582 521
Outras imobilizações corpóreas	248 330	258 730	266 530	232 530
Imobilizado incorpóreo	187 868	187 868	187 868	187 868
	77 935 991	80 262 253	82 601 911	75 240 016

AMORTIZAÇÕES

Descrição	2013	2014	2015
Edifícios e outras construções	551 012	558 827	573 827
Equipamento básico	1 104 407	1 210 735	1 290 480
Equipamento de transporte	17 991	241	0
Ferramentas e utensílios	6 572	0	0
Equipamento administrativo	442 307	305 033	45 468
Outras imobilizações corpóreas	36 478	36 708	37 878
Imobilizado incorpóreo	38 536	0	0
	2 197 303	2 111 543	1 947 653

AMORTIZAÇÕES ACUMULADAS

Descrição	2013	2014	2015	31-Dez-12
Edifícios e outras construções	27 736 091	28 294 918	28 868 745	27 185 079
Equipamento básico	27 690 945	28 901 680	30 192 160	26 586 538
Equipamento de transporte	217 262	217 503	217 503	199 271
Ferramentas e utensílios	143 617	143 617	143 617	137 045
Equipamento administrativo	8 322 708	8 627 741	8 673 208	7 880 401
Outras imobilizações corpóreas	164 436	201 144	239 022	127 959
Imobilizado incorpóreo	187 868	187 868	187 868	149 332
	64 462 927	66 574 470	68 522 124	62 265 625

6.6. FINANCIAMENTO DA ATIVIDADE CORRENTE E DO INVESTIMENTO

Dotações de Capital

A situação de descapitalização do Centro Hospitalar do Alto Ave impõe que se reformule a sua estrutura financeira o que não se afigura possível sem novas dotações de capital. A opção proposta passa pelo seguinte conjunto soluções:

- consolidação dos valores em débito a título de “empréstimos obtidos”, no montante estimado em finais de 2013 de 13 147 630 € com sua integração no capital da Instituição, e que correspondem aos valores atribuídos ao CHAA pelo Fundo de Apoio ao Sistema de

Pagamentos do Serviço Nacional de Saúde;

- novas dotações de capital (por novas entradas) de 19 011 936 € a realizar em 2014, tendo em vista recolocar em valores positivos os fundos próprios e por forma a estabelecer um Fundo Patrimonial no montante de 10 000 000 €. Estas dotações de capitais correspondem, grosso modo, ao diferencial para anular os fundos próprios negativos (após consolidação dos atrás citados 13,147 milhões de “empréstimos obtidos”), ao valor do investimento a realizar no triénio em análise e, ainda, aos fundos necessários para ajustar as necessidades em fundo maneo a níveis compatíveis com uma estrutura financeira equilibrada.

Admitindo a adoção das soluções expostas, projeta-se um nível de capital próprio no final de 2015 da ordem dos 8,5 milhões de euros (para um ativo de cerca de 50 milhões de euros), o que, com o esforço de reequilíbrio económico desenhado ao longo deste triénio, permite encarar com razoável segurança o equilíbrio financeiro estrutural da Instituição.

Financiamento da atividade corrente. Custos e proveitos financeiros

Concebeu-se o modelo de análise para que, sempre que se manifestassem necessidades de capitais alheios, elas fossem apuradas e o seu custo considerado nos resultados, independentemente da solução operacional que se venha a adotar (nomeadamente a de dilação nos pagamentos a fornecedores).

Dados os pressupostos assumidos, essas necessidades existem muito pontualmente, pelo que nos parece exequível a sua resolução dentro das soluções financeiras normais para o efeito.

Nos cálculos deste estudo, estimaram-se estas necessidades de financiamento em função dos fluxos de recebimentos e pagamentos previstos e com aplicação de uma taxa de juro anual nominal três pontos percentuais acima do nível de inflação previsto.

A evolução destas necessidades financeiras é facilmente perceptível pela leitura nos Orçamentos de Tesouraria das rubricas “Financiamentos de curto prazo”, “Reembolsos de financiamentos bancários” e “Juros de financiamentos”.

Os encargos financeiros suportados (que, como referido, podem corresponder a custos de

oportunidade com descontos de pronto pagamento a obter) são os resultantes das citadas condições, aparecendo autonomamente expressos nas contas de resultados previsionais nas rubricas de "custos financeiros". Por outro lado, os proveitos financeiros decorrem dos excedentes de tesouraria estimados e pela aplicação de uma prudente taxa anual nominal de 0,5%.

6.7. OUTROS PRESSUPOSTOS DE NATUREZA ECONÓMICA E FINANCEIRA

Um conjunto diversificado de outros pressupostos foi tido em consideração nas projeções financeiras. Respigam-se alguns dos mais relevantes:

- a) Não se consideraram, para o período em análise, quaisquer alterações nos níveis de ajustamentos de valor do ativo, nem se constituíram novas provisões;
- b) Consideraram-se inalterados, ou com variações de pouco significado, alguns valores de débitos e créditos de componentes de ativos e passivos mais estáveis (*e.g.*, dívidas a credores diversos e dívidas correntes a receber e a pagar a entidades do Ministério da Saúde e ao Setor Público Estatal em geral);
- c) Estão implícitos nos valores de pagamentos e recebimentos constantes do quadro de síntese seguinte:
 - os prazos médios de pagamentos a fornecedores correntes;
 - prazos médios de pagamentos a fornecedores de bens de investimento;
 - prazos médios de cobranças e os
 - prazos médios de permanência de *stocks*,

onde, por facilidade de apresentação, se descrevem ainda os montantes de acréscimos de custos (por especialização de férias e subsídio de férias) e de proveitos diferidos (por especialização de subsídios ao investimento):

Dívidas de e a terceiros, recebimentos e pagamentos, acréscimos e diferimentos

(valores em €)

Descrição	2013	2014	2015
Prestações de serviços - SNS:			
Internamento	39 217 494	38 361 586	38 361 586
Consulta	10 786 664	11 384 861	11 384 861
Urgência	6 561 992	6 249 726	6 249 726
Hospital de dia	824 109	824 109	824 109
Episódios de GDH de Ambulatório	6 552 166	7 796 209	7 796 209
Planos de Saúde	1 946 499	2 060 949	2 069 362
Serviço domiciliário	0	10 344	17 240
Outras prestações de serviços	4 114 017	5 131 516	5 131 516
Taxas moderadoras	1 817 119	1 936 087	1 972 417
Acréscimos de proveitos (correção)	974 865	926 122	0
Incentivos Institucionais	2 625 110	2 872 772	3 052 971
Produção não valorizada	(1 759 810)		
Vendas e Prest. Serviços (subsistemas)	1 216 290	1 208 393	1 208 393
Recebimentos - vendas e prest.serviços	74 371 798	78 568 368	78 103 105
Débitos de clientes (final)	3 743 826	3 938 134	3 903 420
Proveitos suplementares	331 750	340 690	340 928
Outros proveitos operacionais	3 341 348	2 389 570	2 178 561
Recebimentos - outros proveitos operacionais	3 367 006	4 580 134	2 537 053
Débitos de diversos	2 077 395	227 522	209 957
Consumos de matérias	26 001 251	25 103 624	25 310 333
Stock inicial de matérias	1 714 993	2 166 771	2 091 969
Stock final de matérias	2 166 771	2 091 969	2 109 194
Compras de matérias	26 453 028	25 028 822	25 327 559
Compras de bens e serviços diversos			
Outros custos de estrutura	12 697 637	11 832 137	11 740 324
Matérias	26 453 028	25 028 822	25 327 559
Pagamentos a fornecedores			
Outros custos de estrutura	12 485 109	11 976 387	12 733 987
Custos directos	21 142 168	31 879 447	27 388 399
Descontos de pronto pagamento	187 139	199 557	199 697
<i>Pagamentos</i>	20 955 029	31 679 890	27 188 703
Débitos a forneced. diversos - custos estrutura	2 116 273	1 972 023	978 360
Débitos a forneced. Diversos - custos directos	11 022 095	4 171 470	2 110 630
Débitos a fornecedores diversos	13 138 368	6 143 493	3 088 990
Inst. Ministério da Saúde - saldo inicial	4 101 551	3 896 473	3 701 650
Recebimentos	205 078	194 824	555 247
Inst. Ministério da Saúde - saldo final	3 896 473	3 701 650	3 146 402
Invest. em imobilizado corpóreo e incorpóreo	2 695 975	2 326 261	2 339 659
Pagamento a fornecedores de bens investimento	1 499 073	2 511 118	2 917 875
Débitos a fornecedores de bens investimento	1 347 988	1 163 131	584 915
Subsídios ao investimento		1 016 196	545 667
Recebimentos de sub. Investimento		254 049	980 414
Créditos por sub. investimento	0	762 147	327 400
Empréstimos obtidos (saldo inicial)	12 921 504	13 147 630	0
Juros	226 126	0	0
Incorporação no capital		13 147 630	0
Empréstimos obtidos (saldo final)	13 147 630	0	0
Dívidas Instituições MS (saldo credor inicial)	20 303 259	21 318 422	21 744 790
Dívidas Instituições MS (saldo credor final)	21 318 422	21 744 790	21 201 171
Variação de saldos	1 015 163	426 368	(543 620)
Dívidas "Outros credores" (saldo credor inicial)	2 635 573	1 844 901	1 291 431
Dívidas "Outros credores" (saldo credor final)	1 844 901	1 291 431	904 002
Variação de saldos	(790 672)	(553 470)	(387 429)
Estado e outros entes púb. (saldo credor inicial)	1 326 457	1 515 656	1 436 746
Imposto sobre o rendimento do exercício	20 000	20 000	20 000
Estado e outros entes púb. (saldo credor final)	1 515 656	1 436 746	1 444 232
Variação de saldos	189 199	(78 909)	7 485
Acréscimos e diferimentos ativos:	18 537 438	17 611 316	17 611 316
Acréscimos de proveitos	18 522 438	17 596 316	17 596 316
Custos diferidos	15 000	15 000	15 000
Acréscimos e diferimentos passivos:	13 876 387	14 112 911	14 213 931
Acréscimos de custos	10 844 484	10 501 998	10 467 226
Proveitos diferidos	3 031 903	3 610 913	3 746 705

6.8. DEMONSTRAÇÕES FINANCEIRAS PREVISIONAIS

De tudo, resultam as seguintes demonstrações financeiras previsionais relativas aos anos de 2013 a 2015:

ORÇAMENTO de TESOURARIA

(valores em €)

Descrição	2013	2014	2015
RECEBIMENTOS DE EXPLORAÇÃO:			
De proveitos operacionais:			
Recebimentos - Produção SNS	74 371 798	78 568 368	78 103 105
Recebimentos - outros proveitos	3 367 006	4 580 134	2 537 053
De proveitos extraordinários	824 769	846 993	847 586
	78 563 572	83 995 495	81 487 745
Transferências e subsídios à exploração	376 654	382 087	753 713
Total de recebimentos de exploração	78 940 226	84 377 582	82 241 458
PAGAMENTOS DE EXPLORAÇÃO:			
De custos de estrutura:			
De custos com o Pessoal	45 501 025	43 444 878	43 361 720
De outros custos de estrutura	12 485 109	11 976 387	12 733 987
De custos extraordinários & diversos	1 333 287	1 395 187	1 158 552
	59 319 421	56 816 452	57 254 259
De custos diretos	19 939 866	31 253 521	27 732 322
Total de pagamentos de exploração	79 259 287	88 069 973	84 986 582
Saldo de exploração	(319 060)	(3 692 391)	(2 745 124)
FLUXOS EXTRA-EXPLORAÇÃO:			
Realização de capital		19 011 936	
Investimentos	(1 499 073)	(2 511 118)	(2 917 875)
Subsídios ao investimento		254 049	980 414
Imposto sobre o rendimento do exercício	(20 000)	(20 000)	(20 000)
Financiamentos bancários de curto prazo			
Reembolsos de financiamentos bancários c/p			
Juros de financiamentos c/p			
Proveitos financeiros	5 071	70 309	47 148
Total de pagamentos de exploração	(1 514 001)	16 805 176	(1 910 313)
SALDO DO PERÍODO	(1 833 062)	13 112 784	(4 655 437)
SALDO INICIAL DO PERÍODO	2 907 370	1 074 308	14 187 093
SALDO FINAL DO PERÍODO	1 074 308	14 187 093	9 531 656

DEMONSTRAÇÕES dos RESULTADOS

(valores em €)

Descrição	2013	2014	2015
RENDIMENTOS e GANHOS:			
Prestações de serviços - SNS:			
Internamento	39 217 494	38 361 586	38 361 586
Consulta	10 786 664	11 384 861	11 384 861
Urgência	6 561 992	6 249 726	6 249 726
Hospital de dia	824 109	824 109	824 109
Episódios de GDH de Ambulatório	6 552 166	7 796 209	7 796 209
Planos de Saúde	1 946 499	2 060 949	2 069 362
Serviço domiciliário		10 344	17 240
Outras prestações de serviços	4 114 017	5 131 516	5 131 516
Taxas moderadoras	1 817 119	1 936 087	1 972 417
Prestações de serviços - Outras entidades	1 216 290	1 208 393	1 208 393
Incentivos Institucionais	2 625 110	2 872 772	3 052 971
Produção não valorizada	(1 759 810)		
Proveitos suplementares	331 750	340 690	340 928
Transferências e subsídios à exploração (SNS)	171 577	187 263	198 466
Outros proveitos operacionais	3 341 348	2 389 570	2 178 561
Proveitos financeiros	192 210	269 866	246 844
Proveitos extraordinários	1 241 864	1 284 180	1 257 462
Total de rendimentos	79 180 399	82 308 123	82 290 651
GASTOS e PERDAS:			
Custos com o Pessoal:			
Remunerações-base	24 952 998	23 431 710	23 666 027
Horas extraordinárias	2 298 640	2 091 762	1 690 144
Prevenções	181 765	156 059	157 619
Noites e suplementos	1 714 040	1 714 040	1 731 180
Subsídio de refeição	1 529 698	1 432 137	1 446 458
PECLEC/SIGIC	1 044 916	835 932	844 292
Outros suplementos	822 318	822 318	830 541
Subsídios de férias e Natal	4 426 000	4 482 417	4 527 241
Pensões	103 742	133 462	134 796
Encargos sobre remunerações	7 948 630	7 867 434	7 851 038
Seguros de acidentes trabalho	128 579	131 794	133 112
Diversos	349 699	345 814	349 272
Acréscimos de custos	(31 351)	(342 486)	(34 771)
	45 469 674	43 102 392	43 326 949
Consumos de matérias:			
Produtos farmacêuticos	17 866 386	16 938 658	17 289 528
Material de consumo clínico	7 052 625	7 051 865	6 892 289
Produtos alimentares	1 006	1 049	1 071
Material de consumo hoteleiro	309 186	322 280	328 956
Material de consumo administrativo	162 084	153 976	149 524
Material de manutenção e conservação	598 452	623 797	636 719
Outro material de consumo	11 511	11 999	12 247
	26 001 251	25 103 624	25 310 333
Fornecimentos e Serviços Externos:			
Subcontratos:			
Meios complementares de diagnóstico	1 507 422	1 571 263	1 603 810
Meios complementares de terapêutica	1 242 967	1 295 608	1 322 445
Transporte de doentes	288 733	300 962	307 196
Assistência no estrangeiro	761	793	810
Outros subcontratos	614 190	535 395	535 024
Fornecimentos e Serviços I	1 620 621	1 643 663	1 701 685
Fornecimentos e Serviços II	1 765 122	1 262 674	1 153 942
Fornecimentos e Serviços III	5 297 828	5 108 429	4 999 715
Diversos	3 925	4 092	4 176
	12 341 570	11 722 878	11 628 803
Outros custos operacionais	104 820	109 259	111 522
Amortizações	2 197 303	2 111 543	1 947 653
Custos financeiros	226 126		
Custos extraordinários	731 814	762 807	778 608
Total de gastos	87 072 556	82 912 503	83 103 868
Imposto sobre o rendimento do exercício	20 000	20 000	20 000
Resultados Líquidos	(7 912 157)	(624 381)	(833 216)

BALANÇOS PREVISIONAIS

(valores em €)

Descrição	2013	2014	2015
ATIVO			
Imobilizações:			
Imobilizações Incorpóreas	187 868	187 868	187 868
Amortizações acumuladas	(187 868)	(187 868)	(187 868)
Imobilizações Corpóreas:			
Terrenos e recursos naturais	274 339	274 339	274 339
Edifícios e outras construções	36 734 144	37 255 144	38 255 144
Amortizações acumuladas	(27 736 091)	(28 294 918)	(28 868 745)
Equipamento básico	31 558 394	32 976 094	34 039 369
Amortizações acumuladas	(27 690 945)	(28 901 680)	(30 192 160)
Equipamento de transporte	217 503	217 503	217 503
Amortizações acumuladas	(217 262)	(217 503)	(217 503)
Equipamento administ. e informático	8 846 135	9 223 297	9 491 880
Amortizações acumuladas	(8 322 708)	(8 627 741)	(8 673 208)
Outras imobilizações corpóreas	391 947	402 347	410 147
Amortizações acumuladas	(308 053)	(344 761)	(382 639)
Existências:			
Matérias	2 166 771	2 091 969	2 109 194
Dívidas de Terceiros - Curto Prazo:			
Clientes e Utentes c/c	3 743 826	3 938 134	3 903 420
Inst. Ministério da Saúde	3 896 473	3 701 650	3 146 402
Estado e outros entes públicos	315 000	1 077 147	642 400
Outros devedores	2 077 395	227 522	209 957
Adiantamentos a fornecedores	6 489	6 489	6 489
Ajustamentos de valor	(1 535 318)	(1 535 318)	(1 535 318)
Disponibilidades	1 074 308	14 187 093	9 531 656
Acréscimos e diferimentos	18 537 438	17 611 316	17 611 316
Total do ATIVO	44 029 786	55 268 122	49 979 643
CAPITAL PRÓPRIO			
Capital Estatutário	43 930 000	10 000 000	10 000 000
Reservas / Resultados transitados	(58 177 409)		(624 381)
Resultado Líquido do Exercício	(7 912 157)	(624 381)	(833 216)
Total do CAPITAL PRÓPRIO	(22 159 566)	9 375 620	8 542 404
PASSIVO			
Dívidas a Terceiros - Curto Prazo:			
Instituições MS	21 318 422	21 744 790	21 201 171
Empréstimos obtidos	13 147 630	0	0
Fornecedores	13 138 368	6 143 493	3 088 990
Estado e outros entes públicos	1 515 656	1 436 746	1 444 232
Fornecedores de imobilizado, c/c	1 347 988	1 163 131	584 915
Outros credores	1 844 901	1 291 431	904 002
Acréscimos e diferimentos	13 876 387	14 112 911	14 213 931
Total do PASSIVO	66 189 351	45 892 502	41 437 240
Total do CAPITAL PRÓPRIO e PASSIVO	44 029 786	55 268 122	49 979 643

6.9. CONCLUSÕES

O CHAA registou nos dois últimos anos resultados negativos de 10 869 377 € e 6 687 002 € em 2011 e 2012, respetivamente, a que corresponderam EBITDA igualmente negativos de 4 030 610 € em 2011 e de 2 447 950 € em 2012.

Estima-se que a concretização das medidas propostas conduza a resultados ainda negativos de 7 912 157 €, 624 381 € e 833 216 €, respetivamente em 2013, 2014 e 2015, mas valores EBITDA já positivos a partir de 2014: -4 756 914 €, 2 249 970 € e 1 893 045 €, em 2013, 2014 e 2015, respetivamente.

Resultados líquidos do exercício previsionais:

Em 2013: -7 912 157 €

Em 2014: 624 381 €

Em 2015: 833 216 €

EBITDAs previsionais:

Em 2013: -4 756 914 €

Em 2014: 2 249 970 €

Em 2015: 1 893 045 €

Fundos próprios estimados:

Em 31/12/2013: -22 159 566 €, 50,3% do ativo líquido

Em 31/12/2014: 9 375 620 €, 17,0% do ativo líquido

Em 31/12/2015: 8 542 404 €, 17,1% do ativo líquido

O processo de recapitalização do CHAA, se desenvolvido nos termos propostos permitirá, por seu turno garantir um nível de capital próprio no final de 2015 da ordem dos 8,5 milhões de euros (para um ativo de cerca de 50 milhões de euros), o que, com o esforço de reequilíbrio económico desenhado ao longo deste triénio, permite encarar com razoável segurança o

equilíbrio financeiro estrutural da Instituição.

Mas, da análise desenvolvida, resulta também que a possibilidade do CHAA conseguir gerar resultados positivos não se crê possível sem um reposicionamento que tenha em consideração a atual capacidade instalada e sua mais completa utilização e o nível de diferenciação dessa capacidade.

A evolução estimada no âmbito do que se considerou ser o cenário-base, é perceptível através da análise do índice de *cash cost to income* e da rentabilidade dos capitais próprios que o mapa seguinte revelam:

Descrição	2013	2014	2015
<i>Rentabilidade dos capitais próprios</i>	-	-6,7%	-9,8%
<i>Cash cost to income</i>	110,9%	104,4%	105,0%

6.10. CONCLUSÕES – CENÁRIOS ALTERNATIVOS

Como referido, existem no momento presente algumas incertezas sobre o futuro próximo do Centro Hospitalar, nomeadamente no que diz respeito:

- à possível decisão sobre o processo de devolução à Santa Casa da Misericórdia de Fafe da unidade hospitalar de Fafe – Hospital São José, e
- quanto à eventual integração no Centro Hospitalar da atual unidade hospitalar de Famalicão (presentemente integrada no Centro Hospitalar do Médio Ave).

Ambas as hipóteses de evolução são estruturantes e têm natural impacto na concretização dos objetivos estratégicos e nas projeções económico-financeiras do Centro Hospitalar para 2013-2015.

A inexistência, até à data, de decisões sobre ambas as possibilidades, mas também a anteriormente referida necessidade de explorar alternativas mais ousadas e estruturantes para o futuro do Centro Hospitalar, conduziu a que, na elaboração do presente Plano Estratégico, se tenham considerado cenários alternativos, cujas consequências do ponto de vista económico e financeiro se resumem de seguida.

Cenário Alternativo A *(correspondente à alternativa de celebração de um acordo de devolução à Misericórdia do hospital de Fafe, a concretizar até ao final do ano de 2013)*

Os cálculos desenvolvidos sobre a alternativa de se admitir a celebração de um acordo de devolução à Misericórdia do hospital de Fafe, a concretizar até ao final do ano de 2013, poderá conduzir aos seguintes resultados económicos e financeiros:

Resultados líquidos do exercício previsionais:

Em 2013: -7 912 157 €

Em 2014: 3 918 894 €

Em 2015: 3 133 171 €

EBITDAs previsionais:

Em 2013: -4 756 914 €

Em 2014: 6 793 244 €

Em 2015: 5 859 432 €

Fundos próprios estimados:

Em 31/12/2013: -22 159 566 €, 50,3% do ativo líquido

Em 31/12/2014: 13 918 894 €, 23,6% do ativo líquido

Em 31/12/2015: 17 052 065 €, 29,5% do ativo líquido

ORÇAMENTO de TESOURARIA

(valores em €)

Descrição	2013	2014	2015
RECEBIMENTOS DE EXPLORAÇÃO:			
De proveitos operacionais:			
Recebimentos - Produção SNS	74 371 798	78 568 368	78 103 105
Recebimentos - outros proveitos	3 367 006	4 580 134	2 537 053
De proveitos extraordinários	824 769	846 993	847 586
	78 563 572	83 995 495	81 487 745
Transferências e subsídios à exploração	376 654	382 087	753 713
Total de recebimentos de exploração	78 940 226	84 377 582	82 241 458
PAGAMENTOS DE EXPLORAÇÃO:			
De custos de estrutura:			
De custos com o Pessoal	45 501 025	39 522 133	39 435 047
De outros custos de estrutura	12 485 109	11 976 387	12 733 987
De custos extraordinários & diversos	1 333 287	1 545 944	1 138 661
	59 319 421	53 044 464	53 307 695
De custos diretos	19 939 866	31 253 521	27 732 322
Total de pagamentos de exploração	79 259 287	84 297 985	81 040 017
Saldo de exploração	(319 060)	79 597	1 201 441
FLUXOS EXTRA-EXPLORAÇÃO:			
Realização de capital		19 011 936	
Investimentos / Desinvestimentos	(1 499 073)	(2 171 118)	(2 917 875)
Subsídios ao investimento		254 049	980 414
Imposto sobre o rendimento do exercício	(20 000)	(20 000)	(20 000)
Financiamentos bancários de curto prazo			
Reembolsos de financiamentos bancários c/p			
Juros de financiamentos c/p			
Proveitos financeiros	5 071	90 869	87 543
Total de pagamentos de exploração	(1 514 001)	17 165 736	(1 869 917)
SALDO DO PERÍODO	(1 833 062)	17 245 333	(668 477)
SALDO INICIAL DO PERÍODO	2 907 370	1 074 308	18 319 641
SALDO FINAL DO PERÍODO	1 074 308	18 319 641	17 651 164

DEMONSTRAÇÕES dos RESULTADOS

(valores em €)

Descrição	2013	2014	2015
RENDIMENTOS e GANHOS:			
Prestações de serviços - SNS:			
Internamento	39 217 494	38 361 586	38 361 586
Consulta	10 786 664	11 384 861	11 384 861
Urgência	6 561 992	6 249 726	6 249 726
Hospital de dia	824 109	824 109	824 109
Episódios de GDH de Ambulatório	6 552 166	7 796 209	7 796 209
Planos de Saúde	1 946 499	2 060 949	2 069 362
Serviço domiciliário		10 344	17 240
Outras prestações de serviços	4 114 017	5 131 516	5 131 516
Taxas moderadoras	1 817 119	1 936 087	1 972 417
Prestações de serviços - Outras entidades	1 216 290	1 208 393	1 208 393
Incentivos Institucionais	2 625 110	2 872 772	3 052 971
Produção não valorizada	(1 759 810)		
Proveitos suplementares	331 750	340 690	340 928
Transferências e subsídios à exploração (SNS)	171 577	187 263	198 466
Outros proveitos operacionais	3 341 348	2 389 570	2 178 561
Proveitos financeiros	192 210	290 426	287 240
Proveitos extraordinários	1 241 864	1 284 180	1 257 462
Total de rendimentos	79 180 399	82 328 682	82 331 047
GASTOS e PERDAS:			
Custos com o Pessoal:			
Remunerações-base	24 952 998	20 995 495	21 205 450
Horas extraordinárias	2 298 640	1 952 561	1 577 669
Prevenções	181 765	156 059	157 619
Noites e suplementos	1 714 040	1 439 867	1 454 266
Subsídio de refeição	1 529 698	1 279 940	1 292 740
PECLEC/SIGIC	1 044 916	834 639	842 986
Outros suplementos	822 318	795 464	803 419
Subsídios de férias e Natal	4 426 000	4 229 180	4 271 472
Pensões	103 742	126 710	127 977
Encargos sobre remunerações	7 948 630	7 273 201	7 258 044
Seguros de acidentes trabalho	128 579	118 020	119 200
Diversos	349 699	320 995	324 205
Acréscimos de custos	(31 351)	(942 456)	(34 089)
	45 469 674	38 579 677	39 400 957
Consumos de matérias:			
Produtos farmacêuticos	17 866 386	16 938 658	17 289 528
Material de consumo clínico	7 052 625	7 051 865	6 892 289
Produtos alimentares	1 006	1 049	1 071
Material de consumo hoteleiro	309 186	322 280	328 956
Material de consumo administrativo	162 084	153 976	149 524
Material de manutenção e conservação	598 452	623 797	636 719
Outro material de consumo	11 511	11 999	12 247
	26 001 251	25 103 624	25 310 333
Fornecimentos e Serviços Externos:			
Subcontratos:			
Meios complementares de diagnóstico	1 507 422	1 571 263	1 603 810
Meios complementares de terapêutica	1 242 967	1 295 608	1 322 445
Transporte de doentes	288 733	300 962	307 196
Assistência no estrangeiro	761	793	810
Outros subcontratos	614 190	535 395	535 024
Fornecimentos e Serviços I	1 620 621	1 643 663	1 701 685
Fornecimentos e Serviços II	1 765 122	1 262 674	1 153 942
Fornecimentos e Serviços III	5 297 828	5 108 429	4 999 715
Diversos	3 925	4 092	4 176
	12 341 570	11 722 878	11 628 803
Outros custos operacionais	104 820	109 259	111 522
Amortizações	2 197 303	2 111 543	1 947 653
Custos financeiros	226 126		
Custos extraordinários	731 814	762 807	778 608
Total de gastos	87 072 556	78 389 788	79 177 876
Imposto sobre o rendimento do exercício	20 000	20 000	20 000
Resultados Líquidos	(7 912 157)	3 918 894	3 133 171

BALANÇOS PREVISIONAIS

(valores em €)

Descrição	2013	2014	2015
ATIVO			
Imobilizações:			
Imobilizações Incorpóreas	187 868	187 868	187 868
Amortizações acumuladas	(187 868)	(187 868)	(187 868)
Imobilizações Corpóreas:			
Terrenos e recursos naturais	274 339	274 339	274 339
Edifícios e outras construções	36 734 144	37 255 144	38 255 144
Amortizações acumuladas	(27 736 091)	(28 294 918)	(28 868 745)
Equipamento básico	31 558 394	32 636 094	33 699 369
Amortizações acumuladas	(27 690 945)	(28 901 680)	(30 192 160)
Equipamento de transporte	217 503	217 503	217 503
Amortizações acumuladas	(217 262)	(217 503)	(217 503)
Equipamento administ. e informático	8 846 135	9 223 297	9 491 880
Amortizações acumuladas	(8 322 708)	(8 627 741)	(8 673 208)
Outras imobilizações corpóreas	391 947	402 347	410 147
Amortizações acumuladas	(308 053)	(344 761)	(382 639)
Existências:			
Matérias	2 166 771	2 091 969	2 109 194
Dívidas de Terceiros - Curto Prazo:			
Clientes e Utentes c/c	3 743 826	3 938 134	3 903 420
Inst. Ministério da Saúde	3 896 473	3 701 650	3 146 402
Estado e outros entes públicos	315 000	1 077 147	642 400
Outros devedores	2 077 395	227 522	209 957
Adiantamentos a fornecedores	6 489	6 489	6 489
Ajustamentos de valor	(1 535 318)	(1 535 318)	(1 535 318)
Disponibilidades	1 074 308	18 319 641	17 651 164
Acrêscimos e diferimentos	18 537 438	17 611 316	17 611 316
Total do ATIVO	44 029 786	59 060 670	57 759 151
CAPITAL PRÓPRIO			
Capital Estatutário	43 930 000	10 000 000	10 000 000
Reservas / Resultados transitados	(58 177 409)		3 918 894
Resultado Líquido do Exercício	(7 912 157)	3 918 894	3 133 171
Total do CAPITAL PRÓPRIO	(22 159 566)	13 918 894	17 052 065
PASSIVO			
Dívidas a Terceiros - Curto Prazo:			
Instituições MS	21 318 422	21 744 790	21 201 171
Empréstimos obtidos	13 147 630	0	0
Fornecedores	13 138 368	6 143 493	3 088 990
Estado e outros entes públicos	1 515 656	1 285 989	1 313 365
Fornecedores de imobilizado, c/c	1 347 988	1 163 131	584 915
Outros credores	1 844 901	1 291 431	904 002
Acrêscimos e diferimentos	13 876 387	13 512 941	13 614 644
Total do PASSIVO	66 189 351	45 141 776	40 707 086
Total do CAPITAL PRÓPRIO e PASSIVO	44 029 786	59 060 670	57 759 151

Cenário Alternativo B *(consagrando um reposicionamento que tenha em consideração a atual capacidade instalada e a sua mais completa utilização; o nível de diferenciação dessa capacidade e a razoabilidade das medidas propostas, assentando no alargamento da área de influência e na captação da produção que atualmente a unidade hospitalar de Famalicão está a enviar para o hospital de Braga)*

Os cálculos desenvolvidos sobre esta alternativa permitiram estimar que um reposicionamento deste tipo, com o incremento na produção que implica e sem alterações relevantes nos custos de estrutura, poderá conduzir à obtenção de resultados positivos a partir de 2014:

Resultados líquidos do exercício previsionais:

Em 2013: -7 912 157 €

Em 2014: 1 686 153 €

Em 2015: 1 478 319 €

EBITDAs previsionais:

Em 2013: -4 756 914 €

Em 2014: 4 595 333 €

Em 2015: 4 240 123 €

Fundos próprios estimados:

Em 31/12/2013: -22 159 566 €, 50,3% do ativo líquido

Em 31/12/2014: 11 686 153 €, 20,2% do ativo líquido

Em 31/12/2015: 13 164 472 €, 24,1% do ativo líquido

ORÇAMENTO de TESOURARIA

(valores em €)

Descrição	2013	2014	2015
RECEBIMENTOS DE EXPLORAÇÃO:			
De proveitos operacionais:			
Recebimentos - Produção SNS	74 371 798	81 802 617	81 509 136
Recebimentos - outros proveitos	3 367 006	4 958 619	2 948 586
De proveitos extraordinários	824 769	885 667	886 279
	78 563 572	87 646 903	85 344 001
Transferências e subsídios à exploração	376 654	390 637	762 773
<i>Total de recebimentos de exploração</i>	78 940 226	88 037 541	86 106 774
PAGAMENTOS DE EXPLORAÇÃO:			
De custos de estrutura:			
De custos com o Pessoal	45 501 025	43 444 878	43 361 720
De outros custos de estrutura	12 485 109	12 304 274	13 160 758
De custos extraordinários & diversos	1 333 287	1 430 017	1 194 096
	59 319 421	57 179 169	57 716 574
De custos diretos	19 939 866	32 279 202	28 990 005
<i>Total de pagamentos de exploração</i>	79 259 287	89 458 371	86 706 579
Saldo de exploração	(319 060)	(1 420 830)	(599 805)
FLUXOS EXTRA-EXPLORAÇÃO:			
Realização de capital		19 011 936	
Investimentos	(1 499 073)	(2 511 118)	(2 917 875)
Subsídios ao investimento		254 049	980 414
Imposto sobre o rendimento do exercício	(20 000)	(20 000)	(20 000)
Financiamentos bancários de curto prazo			
Reembolsos de financiamentos bancários c/p			
Juros de financiamentos c/p			
Proveitos financeiros	5 071	81 667	69 289
<i>Total de pagamentos de exploração</i>	(1 514 001)	16 816 533	(1 888 172)
SALDO DO PERÍODO	(1 833 062)	15 395 703	(2 487 977)
SALDO INICIAL DO PERÍODO	2 907 370	1 074 308	16 470 011
SALDO FINAL DO PERÍODO	1 074 308	16 470 011	13 982 034

DEMONSTRAÇÕES dos RESULTADOS

(valores em €)

Descrição	2013	2014	2015
RENDIMENTOS e GANHOS:			
Prestações de serviços - SNS:			
Internamento	39 217 494	40 848 147	40 848 147
Consulta	10 786 664	12 177 569	12 177 569
Urgência	6 561 992	6 249 726	6 249 726
Hospital de dia	824 109	824 109	824 109
Episódios de GDH de Ambulatório	6 552 166	7 796 209	7 796 209
Planos de Saúde	1 946 499	2 060 949	2 069 362
Serviço domiciliário		10 344	17 240
Outras prestações de serviços	4 114 017	5 131 516	5 131 516
Taxas moderadoras	1 817 119	2 024 489	2 062 459
Prestações de serviços - Outras entidades	1 216 290	1 245 196	1 245 196
Incentivos Institucionais	2 625 110	2 872 772	3 052 971
Produção não valorizada	(1 759 810)		
Proveitos suplementares	331 750	356 246	356 492
Transferências e subsídios à exploração (SNS)	171 577	195 814	207 526
Outros proveitos operacionais	3 341 348	2 786 907	2 574 406
Proveitos financeiros	192 210	290 335	278 102
Proveitos extraordinários	1 241 864	1 322 853	1 296 154
Total de rendimentos	79 180 399	86 193 182	86 187 183
GASTOS e PERDAS:			
Custos com o Pessoal:			
Remunerações-base	24 952 998	23 431 710	23 666 027
Horas extraordinárias	2 298 640	2 091 762	1 690 144
Prevenções	181 765	156 059	157 619
Noites e suplementos	1 714 040	1 714 040	1 731 180
Subsídio de refeição	1 529 698	1 432 137	1 446 458
PECLEC/SIGIC	1 044 916	835 932	844 292
Outros suplementos	822 318	822 318	830 541
Subsídios de férias e Natal	4 426 000	4 482 417	4 527 241
Pensões	103 742	133 462	134 796
Encargos sobre remunerações	7 948 630	7 867 434	7 851 038
Seguros de acidentes trabalho	128 579	131 794	133 112
Diversos	349 699	345 814	349 272
Acréscimos de custos	(31 351)	(342 486)	(34 771)
	45 469 674	43 102 392	43 326 949
Consumos de matérias:			
Produtos farmacêuticos	17 866 386	17 712 077	18 078 799
Material de consumo clínico	7 052 625	7 373 853	7 206 923
Produtos alimentares	1 006	1 097	1 120
Material de consumo hoteleiro	309 186	336 995	343 973
Material de consumo administrativo	162 084	161 007	156 350
Material de manutenção e conservação	598 452	652 280	665 785
Outro material de consumo	11 511	12 547	12 807
	26 001 251	26 249 855	26 465 756
Fornecimentos e Serviços Externos:			
Subcontratos:			
Meios complementares de diagnóstico	1 507 422	1 643 007	1 677 024
Meios complementares de terapêutica	1 242 967	1 354 765	1 382 815
Transporte de doentes	288 733	314 703	321 219
Assistência no estrangeiro	761	829	846
Outros subcontratos	614 190	559 841	559 448
Fornecimentos e Serviços I	1 620 621	1 643 663	1 701 685
Fornecimentos e Serviços II	1 765 122	1 271 105	1 162 545
Fornecimentos e Serviços III	5 297 828	5 319 162	5 207 792
Diversos	3 925	4 278	4 367
	12 341 570	12 111 354	12 017 741
Outros custos operacionais	104 820	114 247	116 613
Amortizações	2 197 303	2 111 543	1 947 653
Custos financeiros	226 126		
Custos extraordinários	731 814	797 637	814 152
Total de gastos	87 072 556	84 487 029	84 688 865
Imposto sobre o rendimento do exercício	20 000	20 000	20 000
Resultados Líquidos	(7 912 157)	1 686 153	1 478 319

BALANÇOS PREVISIONAIS

(valores em €)

Descrição	2013	2014	2015
ATIVO			
Imobilizações:			
Imobilizações Incorpóreas	187 868	187 868	187 868
Amortizações acumuladas	(187 868)	(187 868)	(187 868)
Imobilizações Corpóreas:			
Terrenos e recursos naturais	274 339	274 339	274 339
Edifícios e outras construções	36 734 144	37 255 144	38 255 144
Amortizações acumuladas	(27 736 091)	(28 294 918)	(28 868 745)
Equipamento básico	31 558 394	32 976 094	34 039 369
Amortizações acumuladas	(27 690 945)	(28 901 680)	(30 192 160)
Equipamento de transporte	217 503	217 503	217 503
Amortizações acumuladas	(217 262)	(217 503)	(217 503)
Equipamento administ. e informático	8 846 135	9 223 297	9 491 880
Amortizações acumuladas	(8 322 708)	(8 627 741)	(8 673 208)
Outras imobilizações corpóreas	391 947	402 347	410 147
Amortizações acumuladas	(308 053)	(344 761)	(382 639)
Existências:			
Matérias	2 166 771	2 187 488	2 205 480
Dívidas de Terceiros - Curto Prazo:			
Clientes e Utentes c/c	3 743 826	4 108 357	4 073 725
Inst. Ministério da Saúde	3 896 473	3 701 650	3 146 402
Estado e outros entes públicos	315 000	1 077 147	642 400
Outros devedores	2 077 395	261 929	244 241
Adiantamentos a fornecedores	6 489	6 489	6 489
Ajustamentos de valor	(1 535 318)	(1 535 318)	(1 535 318)
Disponibilidades	1 074 308	16 470 011	13 982 034
Acréscimos e diferimentos	18 537 438	17 611 316	17 611 316
Total do ATIVO	44 029 786	57 851 191	54 730 897
CAPITAL PRÓPRIO			
Capital Estatutário	43 930 000	10 000 000	10 000 000
Reservas / Resultados transitados	(58 177 409)		1 686 153
Resultado Líquido do Exercício	(7 912 157)	1 686 153	1 478 319
Total do CAPITAL PRÓPRIO	(22 159 566)	11 686 153	13 164 472
PASSIVO			
Dívidas a Terceiros - Curto Prazo:			
Instituições MS	21 318 422	21 744 790	21 201 171
Empréstimos obtidos	13 147 630	0	0
Fornecedores	13 138 368	6 416 029	3 218 175
Estado e outros entes públicos	1 515 656	1 436 746	1 444 232
Fornecedores de imobilizado, c/c	1 347 988	1 163 131	584 915
Outros credores	1 844 901	1 291 431	904 002
Acréscimos e diferimentos	13 876 387	14 112 911	14 213 931
Total do PASSIVO	66 189 351	46 165 038	41 566 425
Total do CAPITAL PRÓPRIO e PASSIVO	44 029 786	57 851 191	54 730 897

Cenário Alternativo C *(correspondente à consideração simultânea dos dois anteriores – A e B)*

Os cálculos desenvolvidos sobre a alternativa de, simultaneamente se admitir a celebração de um acordo de devolução à Misericórdia do hospital de Fafe, a concretizar até ao final do ano de 2013 e de consagrar um reposicionamento que tenha em consideração a atual capacidade instalada e a sua mais completa utilização, poderá conduzir aos seguintes resultados económicos e financeiros:

Resultados líquidos do exercício previsionais:

Em 2013: -7 912 157 €

Em 2014: 6 229 428 €

Em 2015: 5 444 706 €

EBITDAs previsionais:

Em 2013: -4 756 914 €

Em 2014: 9 138 608 €

Em 2015: 8 206 511 €

Fundos próprios estimados:

Em 31/12/2013: -22 159 566 €, 50,3% do ativo líquido

Em 31/12/2014: 16 229 428 €, 26,3% do ativo líquido

Em 31/12/2015: 21 674 134 €, 34,7% do ativo líquido

ORÇAMENTO de TESOURARIA

(valores em €)

Descrição	2013	2014	2015
RECEBIMENTOS DE EXPLORAÇÃO:			
De proveitos operacionais:			
Recebimentos - Produção SNS	74 371 798	81 802 617	81 509 136
Recebimentos - outros proveitos	3 367 006	4 958 619	2 948 586
De proveitos extraordinários	824 769	885 667	886 279
	78 563 572	87 646 903	85 344 001
Transferências e subsídios à exploração	376 654	390 637	762 773
Total de recebimentos de exploração	78 940 226	88 037 541	86 106 774
PAGAMENTOS DE EXPLORAÇÃO:			
De custos de estrutura:			
De custos com o Pessoal	45 501 025	39 522 133	39 435 047
De outros custos de estrutura	12 485 109	12 304 274	13 160 758
De custos extraordinários & diversos	1 333 287	1 580 774	1 174 205
	59 319 421	53 407 181	53 770 010
De custos diretos	19 939 866	32 279 202	28 990 005
Total de pagamentos de exploração	79 259 287	85 686 383	82 760 015
Saldo de exploração	(319 060)	2 351 158	3 346 759
FLUXOS EXTRA-EXPLORAÇÃO:			
Realização de capital		19 011 936	
Investimentos / Desinvestimentos	(1 499 073)	(2 171 118)	(2 917 875)
Subsídios ao investimento		254 049	980 414
Imposto sobre o rendimento do exercício	(20 000)	(20 000)	(20 000)
Financiamentos bancários de curto prazo			
Reembolsos de financiamentos bancários c/p			
Juros de financiamentos c/p			
Proveitos financeiros	5 071	102 227	109 684
Total de pagamentos de exploração	(1 514 001)	17 177 093	(1 847 776)
SALDO DO PERÍODO	(1 833 062)	19 528 251	1 498 983
SALDO INICIAL DO PERÍODO	2 907 370	1 074 308	20 602 560
SALDO FINAL DO PERÍODO	1 074 308	20 602 560	22 101 542

DEMONSTRAÇÕES dos RESULTADOS

(valores em €)

Descrição	2013	2014	2015
RENDIMENTOS e GANHOS:			
Prestações de serviços - SNS:			
Internamento	39 217 494	40 848 147	40 848 147
Consulta	10 786 664	12 177 569	12 177 569
Urgência	6 561 992	6 249 726	6 249 726
Hospital de dia	824 109	824 109	824 109
Episódios de GDH de Ambulatório	6 552 166	7 796 209	7 796 209
Planos de Saúde	1 946 499	2 060 949	2 069 362
Serviço domiciliário		10 344	17 240
Outras prestações de serviços	4 114 017	5 131 516	5 131 516
Taxas moderadoras	1 817 119	2 024 489	2 062 459
Prestações de serviços - Outras entidades	1 216 290	1 245 196	1 245 196
Incentivos Institucionais	2 625 110	2 872 772	3 052 971
Produção não valorizada	(1 759 810)		
Proveitos suplementares	331 750	356 246	356 492
Transferências e subsídios à exploração (SNS)	171 577	195 814	207 526
Outros proveitos operacionais	3 341 348	2 786 907	2 574 406
Proveitos financeiros	192 210	310 895	318 497
Proveitos extraordinários	1 241 864	1 322 853	1 296 154
Total de rendimentos	79 180 399	86 213 742	86 227 579
GASTOS e PERDAS:			
Custos com o Pessoal:			
Remunerações-base	24 952 998	20 995 495	21 205 450
Horas extraordinárias	2 298 640	1 952 561	1 577 669
Prevenções	181 765	156 059	157 619
Noites e suplementos	1 714 040	1 439 867	1 454 266
Subsídio de refeição	1 529 698	1 279 940	1 292 740
PECLEC/SIGIC	1 044 916	834 639	842 986
Outros suplementos	822 318	795 464	803 419
Subsídios de férias e Natal	4 426 000	4 229 180	4 271 472
Pensões	103 742	126 710	127 977
Encargos sobre remunerações	7 948 630	7 273 201	7 258 044
Seguros de acidentes trabalho	128 579	118 020	119 200
Diversos	349 699	320 995	324 205
Acréscimos de custos	(31 351)	(942 456)	(34 089)
	45 469 674	38 579 677	39 400 957
Consumos de matérias:			
Produtos farmacêuticos	17 866 386	17 712 077	18 078 799
Material de consumo clínico	7 052 625	7 373 853	7 206 923
Produtos alimentares	1 006	1 097	1 120
Material de consumo hoteleiro	309 186	336 995	343 973
Material de consumo administrativo	162 084	161 007	156 350
Material de manutenção e conservação	598 452	652 280	665 785
Outro material de consumo	11 511	12 547	12 807
	26 001 251	26 249 855	26 465 756
Fornecimentos e Serviços Externos:			
Subcontratos:			
Meios complementares de diagnóstico	1 507 422	1 643 007	1 677 024
Meios complementares de terapêutica	1 242 967	1 354 765	1 382 815
Transporte de doentes	288 733	314 703	321 219
Assistência no estrangeiro	761	829	846
Outros subcontratos	614 190	559 841	559 448
Fornecimentos e Serviços I	1 620 621	1 643 663	1 701 685
Fornecimentos e Serviços II	1 765 122	1 271 105	1 162 545
Fornecimentos e Serviços III	5 297 828	5 319 162	5 207 792
Diversos	3 925	4 278	4 367
	12 341 570	12 111 354	12 017 741
Outros custos operacionais	104 820	114 247	116 613
Amortizações	2 197 303	2 111 543	1 947 653
Custos financeiros	226 126		
Custos extraordinários	731 814	797 637	814 152
Total de gastos	87 072 556	79 964 314	80 762 873
Imposto sobre o rendimento do exercício	20 000	20 000	20 000
Resultados Líquidos	(7 912 157)	6 229 428	5 444 706

BALANÇOS PREVISIONAIS

(valores em €)

Descrição	2013	2014	2015
ATIVO			
Imobilizações:			
Imobilizações Incorpóreas	187 868	187 868	187 868
Amortizações acumuladas	(187 868)	(187 868)	(187 868)
Imobilizações Corpóreas:			
Terrenos e recursos naturais	274 339	274 339	274 339
Edifícios e outras construções	36 734 144	37 255 144	38 255 144
Amortizações acumuladas	(27 736 091)	(28 294 918)	(28 868 745)
Equipamento básico	31 558 394	32 636 094	33 699 369
Amortizações acumuladas	(27 690 945)	(28 901 680)	(30 192 160)
Equipamento de transporte	217 503	217 503	217 503
Amortizações acumuladas	(217 262)	(217 503)	(217 503)
Equipamento administ. e informático	8 846 135	9 223 297	9 491 880
Amortizações acumuladas	(8 322 708)	(8 627 741)	(8 673 208)
Outras imobilizações corpóreas	391 947	402 347	410 147
Amortizações acumuladas	(308 053)	(344 761)	(382 639)
Existências:			
Matérias	2 166 771	2 187 488	2 205 480
Dívidas de Terceiros - Curto Prazo:			
Clientes e Utentes c/c	3 743 826	4 108 357	4 073 725
Inst. Ministério da Saúde	3 896 473	3 701 650	3 146 402
Estado e outros entes públicos	315 000	1 077 147	642 400
Outros devedores	2 077 395	261 929	244 241
Adiantamentos a fornecedores	6 489	6 489	6 489
Ajustamentos de valor	(1 535 318)	(1 535 318)	(1 535 318)
Disponibilidades	1 074 308	20 602 560	22 101 542
Acrêscimos e diferimentos	18 537 438	17 611 316	17 611 316
Total do ATIVO	44 029 786	61 643 739	62 510 405
CAPITAL PRÓPRIO			
Capital Estatutário	43 930 000	10 000 000	10 000 000
Reservas / Resultados transitados	(58 177 409)		6 229 428
Resultado Líquido do Exercício	(7 912 157)	6 229 428	5 444 706
Total do CAPITAL PRÓPRIO	(22 159 566)	16 229 428	21 674 134
PASSIVO			
Dívidas a Terceiros - Curto Prazo:			
Instituições MS	21 318 422	21 744 790	21 201 171
Empréstimos obtidos	13 147 630	0	0
Fornecedores	13 138 368	6 416 029	3 218 175
Estado e outros entes públicos	1 515 656	1 285 989	1 313 365
Fornecedores de imobilizado, c/c	1 347 988	1 163 131	584 915
Outros credores	1 844 901	1 291 431	904 002
Acrêscimos e diferimentos	13 876 387	13 512 941	13 614 644
Total do PASSIVO	66 189 351	45 414 311	40 836 271
Total do CAPITAL PRÓPRIO e PASSIVO	44 029 786	61 643 739	62 510 405