



C E N T R O  
H O S P I T A L A R  
L E I R I A

## **CENTRO HOSPITALAR DE LEIRIA**

*Projeto estratégico 2018-2022*

**Reflexão estratégica para uma nova visão institucional**

**Linhas de orientação**



Julho 2018

## Índice

Prefácio.....	3
1. O Centro Hospitalar de Leiria. Contexto, evolução recente e situação atual .....	4
História institucional e evolução orgânica.....	4
Evolução da área de influência e da população servida.....	5
Função e perfil assistencial do CHL no contexto da rede hospitalar .....	6
Evolução do desempenho assistencial e dos recursos disponíveis .....	7
Problemas e dificuldades atuais do CHL.....	10
2. O Centro Hospitalar de Leiria e a rede hospitalar do SNS .....	12
Princípios de organização da rede hospitalar .....	12
A rede hospitalar atual. Limitações de planeamento e de articulação interinstitucional.....	13
O CHL e a evolução necessária da organização da rede hospitalar.....	14
3. Oportunidades e desafios do Centro Hospitalar de Leiria .....	18
Oportunidades.....	18
Desafios.....	19
4. Uma nova visão para o Centro Hospitalar de Leiria .....	20
5. Linhas de orientação estratégica 2018-2022 .....	22

## **Prefácio**

### **Projeto Estratégico 2018-2022**

A função planeamento numa instituição de saúde com clara vocação regional, que integra três hospitais no seu Centro Hospitalar e que serve uma vasta região (565,09 Km<sup>2</sup>) e uma população significativa (400.000 habitantes), em que se combina uma parte de utentes muito idosa e outra muito jovem e laboriosa, é absolutamente crítica para garantir o seu desenvolvimento sustentável, a todos os níveis.

Num quadro de especial e reiterada exigência sobre a gestão do CHL, como de todos os serviços públicos, importa, na linha do nosso percurso anterior, criar uma dinâmica de planeamento e desenvolvimento estratégico que concretize um novo ciclo para o CHL, na medida em que, sendo o futuro cada vez mais presente, é necessário identificar e prosseguir, claramente, as orientações e os objetivos estratégicos que devem orientar as nossas ações.

Nesse trabalho envolvemos a comunidade constituída pelos nossos profissionais e pretendemos incluir os nossos restantes stakeholders, em particular a sociedade civil e os utentes, nosso primeiro cliente e razão de ser da nossa existência, a comunidade intermunicipal e demais representantes da sociedade, tendo em vista interpretar da melhor forma as futuras necessidades da saúde dos cidadãos da região que servimos, e os melhores processos de resposta a essas mesmas necessidades.

Esperamos que o presente documento corresponda ao propósito enunciado de fazer crescer, diversificar e diferenciar o CHL, afirmando-o como uma unidade de saúde de referência regional, assente na excelência clínica, na qualidade organizacional e na credibilidade institucional junto dos seus utentes.

O Conselho de Administração

## **1. O Centro Hospitalar de Leiria. Contexto, evolução recente e situação atual**

### **História institucional e evolução orgânica.**

O Centro Hospitalar de Leiria (denominação atribuída pelo Decreto-Lei nº 157/2013, de 13 de novembro) na sua configuração institucional e assistencial atual – integrando os hospitais de Leiria (Hospital de Santo André), de Pombal (Hospital Distrital de Pombal) e de Alcobaça (Hospital de Alcobaça Bernardino Lopes de Oliveira) –, que existe desde 1 de setembro de 2013, é resultante de dois processos de fusão/integração institucional ocorridos nos últimos seis anos:

- Primeiro, com a fusão, nos termos do Decreto-Lei nº 30/2011, de 2 de março, do Hospital de Santo André (hospital diferenciado de média/grande dimensão, dotado de cerca de 500 camas, entidade do setor empresarial do Estado desde 2002) e do Hospital Distrital de Pombal (hospital com valências básicas, de pequena dimensão, com cerca de 53 camas, entidade do setor público administrativo), concretizada em novembro de 2011, dando origem ao Centro Hospitalar de Leiria-Pombal;

- Depois, pelo Decreto-Lei nº 116/2013, de 9 de agosto, com a integração, a partir de setembro de 2013, do Hospital de Alcobaça Bernardino Lopes de Oliveira (hospital com valências básicas, de pequena dimensão, dotado de 46 camas, anteriormente integrado no Centro Hospitalar do Oeste), dando origem ao Centro Hospitalar de Leiria.

Neste processo institucional é especialmente marcante a entrada em funcionamento, em março de 1995, do novo Hospital de Leiria (Hospital de Santo André), pela sua função assistencial diferenciada e face à capacidade, valências e competências instaladas, como hospital de referência de grande parte da população do distrito de Leiria. Este constituiu um marco importante de um processo que tem vindo a ser concretizado – e que importa prosseguir, de forma reforçada – de oferta e disponibilização de cuidados hospitalares mais alargados e diferenciados, com qualidade apropriada, e em cenário de proximidade e acessibilidade do vasto universo de cidadãos que habitam, ou frequentam, o espaço geográfico regional que lhe compete servir enquanto unidade hospitalar principal do Centro Hospitalar de Leiria (CHL).

Apesar de abranger a junção de uma unidade hospitalar com relevante envergadura estrutural e assistencial com duas pequenas unidades hospitalares com valências básicas, esta evolução orgânica e institucional foi complexa, demorada, com múltiplas dificuldades, e de que ainda subsistem problemas – até pelas diferentes situações de partida, e em momentos distintos, das entidades que originaram o Centro Hospitalar, e por, em ambos os casos, não existirem objetivos específicos fixados e planos de ação prévios delineados –, envolvendo a realização de exigentes processos de fusão, integração e desenvolvimento, para se obter uma nova realidade organizacional estabilizada, homogénea e coerente. Com efeito, com a junção dos três hospitais verificou-se:

a) Uma clara alteração do perfil assistencial do novo Centro Hospitalar de Leiria, na medida em que este passou a deter uma responsabilidade alargada, quanto às funções assistenciais e população abrangida, substancialmente distinta das características anteriormente atribuídas às instituições que lhe deram origem, desde logo por alteração de mecanismos de referenciação interna e externa, com reflexos no aumento da procura e do nível da atividade assistencial;

b) A necessidade de afirmação de uma nova cultura organizacional comum a todo o Centro Hospitalar, com observância de um quadro uniforme de valores e princípios de organização, funcionamento e articulação intrainstitucional, e de assunção de coerência interna da estrutura e dos processos de gestão, bem como dos procedimentos operacionais adotados;

c) A exigência de redefinição das funções assistenciais de cada uma das unidades hospitalares integrantes do Centro Hospitalar, de modo a potenciar sinergias organizacionais, maximizando a eficiência operacional e a qualidade assistencial, num quadro de valorização e aplicação do princípio de proximidade

assistencial, através da descentralização nas unidades de Alcobaça e Pombal, nas situações possíveis, de várias funções de prestação de cuidados em ambulatório;

d) A imperiosidade de, por razões de eficiência e de qualidade de processos, fundir e centralizar estruturas orgânicas comuns – englobando a generalidade das estruturas da organização – e de estabelecer novos mecanismos de articulação e de prestação de serviços internos, fixando os correspondentes processos operacionais e procedimentos inerentes;

e) A obrigação de promover a realização de relevantes e urgentes obras de beneficiação, por degradação, dos edifícios hospitalares de Pombal e de Alcobaça, bem como de providenciar renovação de várias das suas instalações e equipamentos;

f) A preocupação de acomodar as novas responsabilidades institucionais e assistenciais no cenário de condições económico-financeiras e de recursos existentes no Centro Hospitalar, atentas as restrições circunstanciais prevaletentes no País, de modo a não prejudicar a manutenção adquirida da sustentabilidade técnica, assistencial e financeira da organização.

### **Evolução da área de influência e da população servida.**

A par do processo de criação do CHL, com a fusão do Hospital de Santo André e do Hospital Distrital de Pombal, em 2011, e com a integração do Hospital de Alcobaça, em 2013, assistiu-se ao alargamento da área de influência da nova entidade hospitalar e da população efetivamente servida. Nomeadamente no que concerne às valências não existentes nos Hospitais de Pombal e de Alcobaça, dado que foram alterados os mecanismos de referenciação interna/externa destes, que passaram a ter o Hospital de Santo André como unidade de referência exclusiva, quando anteriormente nessa referenciação eram também envolvidos os Hospitais de Coimbra e das Caldas da Rainha.

Em consequência desta evolução orgânica do CHL e da orientação do Ministério da Saúde de incluir, a partir de julho de 2016, o concelho de Ourém (do distrito de Santarém) na área de influência do Centro Hospitalar de Leiria, a população residente servida por esta Instituição alargou-se substancialmente em apenas cinco anos – através de vários processos legislativos ou administrativos com efeitos instantâneos sobre o comportamento da procura e o nível de atividade assistencial –, passando de cerca de 300 000 habitantes para próximo de 400 000 habitantes (aumento de 35%), como se observa no quadro seguinte:

**População servida (habitantes) (a)**

Concelhos da área de influência	Centro Hospitalar Leiria-Pombal (Novembro.2011)*	Centro Hospitalar de Leiria (Setembro.2013) **	Centro Hospitalar de Leiria (Julho.2016)***
Alcobaça ****	-	41.336	41.336
Ansião	13.128	13.128	13.128
Batalha	15.805	15.805	15.805
Leiria	126.897	126.897	126.897
Marinha Grande	38.681	38.681	38.681
Nazaré	-	15.158	15.158
Ourém	-	-	45.932
Pombal	55.217	55.217	55.217
Porto de Mós	24.342	24.342	24.342
Outros*****	10.281	10.281	10.281
<b>TOTAL</b>	<b>284.351</b>	<b>340.845</b>	<b>386.777</b>

a) Fonte: Censos 2011. \*Após a criação do CHLP (fusão do Hospital de Leiria e do Hospital de Pombal); \*\* Após a integração do Hospital de Alcobaça; \*\*\*Após a inclusão do concelho de Ourém na área de influência do CHL; \*\*\*\*Não inclui as freguesias de Alfeizerão,

### Função e perfil assistencial do CHL no contexto da rede hospitalar. Limitações e carências.

O Centro Hospitalar de Leiria tem por missão assegurar, no quadro da rede hospitalar do SNS, funções de cobertura das necessidades de cuidados hospitalares diferenciados da população da sua área de influência, com exceção das funções assistenciais ou valências muito específicas que, por razões de racionalização e complementaridade funcional, se encontram centralizadas em unidades hospitalares de nível central ou especializado. Neste contexto, o CHL assume uma extensa carteira de serviços, num alargado quadro de valências e especialidades médicas, distribuídas por várias linhas de atividade assistencial nas suas três unidades hospitalares, nomeadamente, internamento (com 613 camas, a que acrescem 48 camas de contingência), consultas externas, urgência (médico-cirúrgica em Leiria e básica em Alcobaca e Pombal), cirurgia ambulatória, hospital de dia, e meios complementares de diagnóstico e terapêutica (MCDT), como se explicita no quadro seguinte:

Valências e Especialidades Médicas	Internamento	Consultas Externas	Urgência	Cirurgia Ambulatória	Hospital de Dia	MCDT
Anatomia Patológica						•
Anestesiologia		•	•	•		•
Cardiologia *	•	•	•			•
Cirurgia Geral	•	•	•	•	•	
Dermatologia	•	•		•	•	•
Endocrinologia		•				
Estomatologia	•	•				
Fisiatria/M.F. Reabilitação		•				•
Gastreenterologia	•	•	•		•	•
Ginecologia	•	•	•	•	•	•
Hematologia		•			•	
Imagiologia			•			•
Imunohemoterapia		•	•			•
Imunoalergologia		•				•
Medicina Interna	•	•	•		•	
Medicina Intensiva **	•		•			
Neonatologia	•		•			
Neurologia	•	•	•		•	•
Obstetrícia	•	•	•			•
Oftalmologia	•	•	•	•		•
Oncologia Médica		•			•	
Ortopedia	•	•	•	•	•	
Otorrinolaringologia	•	•	•			•
Patologia Clínica			•			•
Pediatria	•	•	•		•	
Pedopsiquiatria		•				
Pneumologia	•	•	•		•	•
Psiquiatria	•	•	•		•	
Reumatologia		•			•	
Urologia	•	•	•	•	•	•

- Disponível. \* Inclui unidade de cuidados intensivos cardíacos, hemodinâmica e pacing cardíaco; \*\* Unidade de cuidados intensivos polivalente.

Apesar da abrangência das valências e especialidades médicas existentes no CHL, o número de médicos e de outros recursos operacionais disponíveis (v.g., camas, gabinetes de consultas, áreas de atendimento/tratamento em urgência, instalações e equipamentos de MCDT e de técnicas especiais) constitui um fator limitativo relevante da carteira de serviços oferecida e da capacidade de resposta

garantida à totalidade da população da sua área de influência, originando a derivação parcial da procura para outras entidades hospitalares da região, ou o aumento das listas de espera, especialmente para consultas e cirurgias, como se evidencia adiante.

Para além desta limitação de recursos do CHL que urge corrigir para melhorar a capacidade de resposta – e enquanto condição de, numa base de proximidade de cuidados, melhorar a qualidade assistencial e o desenvolvimento de sinergias terapêuticas –, reconhece-se também, de forma crescente, por efeito do alargamento da população servida e do aumento da procura expressa, a indispensabilidade de robustecer o projeto clínico da instituição com o reforço das valências atuais e, bem assim, com a instalação de novas valências e especialidades clínicas diferenciadas que o perfil e volume dos doentes tratados justifica, a par da inovação da prestação e da organização interna, de forma a garantir, com qualidade clínica, a consolidação e a expansão da oferta de serviços e de capacidades assistenciais em correspondência com as necessidades dos cidadãos da área de influência.

### **Evolução do desempenho assistencial e dos recursos disponíveis. Condicionalismos e insuficiências operacionais.**

Em grande medida influenciado pelo alargamento verificado da área de influência do CHL – e, como consequência, do aumento da procura induzido pela alteração de fluxos interinstitucionais decorrentes das modificações orgânicas ocorridas, e das responsabilidades assistenciais alargadas atribuídas ao Centro Hospitalar de Leiria – observaram-se, entre 2012 e 2016, como consta do quadro seguinte, incrementos muito expressivos da atividade assistencial em todas as linhas de produção, refletindo um padrão de crescimento assente – predominantemente, como é desejável – no ambulatório programado (consultas externas, cirurgia ambulatório e hospital de dia).

#### **Evolução da atividade, da lotação e dos médicos especialistas do CHL - 2012-2016**

<b>Indicador de Atividade</b>	<b>2012*</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>Variação 2012-15 (%)</b>	<b>2016</b>	<b>Variação 2012-16 (%)</b>
Internamentos (altas)	24.320	24.828	25.625	25.699	<b>5,7</b>	26.747	<b>10,0</b>
Consultas Externas	200.555	219.838	245.859	254.251	<b>26,8</b>	253.796	<b>26,5</b>
Urgências	170.103	182.581	196.985	195.180	<b>14,7</b>	204.484	<b>20,2</b>
Cirurgias (total)	13.192	13.732	14.692	14.788	<b>12,1</b>	15.023	<b>13,9</b>
Cirurgias ambulatório	5.287	5.819	7.012	7.348	<b>39,0</b>	7.644	<b>44,6</b>
Hospital Dia (sessões)	9.385	9.784	10.312	11.269	<b>20,1</b>	12.195	<b>29,9</b>
Lotação (camas)	554	608	608	608	<b>9,7</b>	613	<b>10,6</b>
Médicos (CTFP+CIT)	179	185	186	201	<b>12,3</b>	219	<b>22,3</b>

Fonte: CHL. \* Primeiro ano completo de atividade do CH após criação, em 2011.

O elevado crescimento de atividade assistencial verificado no CHL, por comparação com a evolução registada no conjunto dos hospitais públicos no período 2012-2015, em que houve redução ou estagnação do nível de atividade global destas entidades, conforme quadro seguinte, corresponde a um claro aumento da quota de produção do CHL no conjunto dos hospitais públicos nas mais relevantes linhas de atividade: internamento, de 2,8% (2012) para 3,0% (2015); consultas externas, de 1,7% para 2,1%; urgência, de 2,9% para 3,3%; cirurgias, de 2,1% para 2,3%.

### Evolução da atividade assistencial e da lotação dos hospitais públicos - 2012-2015

Indicador de Atividade	2012	2013	2014	2015	Variação 2012-2015 (%)
Internamentos (altas)	878.029	871.980	848.085	847.345	(3,5)
Consultas Externas	11.562.848	11.916.245	12.002.813	12.231.630	5,8
Urgências	5.938.588	5.991.598	5.977.747	5.902.282	(0,6)
Cirurgias (total)	639.826	659.535	649.513	644.528	0,7
Lotação (camas)	24.156	23.435	22.638	22.391	(7,3)
Médicos Especialistas	12.308	12.183	11.744	12.484	1,4

Fonte: INE

Não obstante o significativo crescimento da atividade assistencial desenvolvida no Centro Hospitalar de Leiria entre 2012 e 2016, a evolução do peso da atividade e dos recursos disponíveis no CHL no conjunto dos hospitais públicos (na circunstância, dada a finalidade em vista, elege-se a lotação e o número de médicos especialistas hospitalares como indicadores agregados representativos dos recursos disponíveis, pela relevância que têm no potencial e no nível da atividade assistencial), constante do quadro seguinte, evidencia a clara insuficiência de atividade e o desajustamento de recursos face ao referencial de comparação de 3,85% – que corresponde ao indicador que seria razoável atingir atendendo à população da área de influência, presumindo distribuição equitativa de recursos no País (Continente). Os indicadores relativos obtidos para o CHL, apesar de terem crescido continuamente, situam-se muito abaixo do expectável, mesmo considerando as correções devidas por efeito da normal hierarquização/centralização de funções e serviços existente na região Centro.

### Evolução do peso (em %) da atividade e recursos disponíveis (lotação e recursos humanos) do CHL no total dos hospitais públicos - 2012-2015\*

Indicador	2012	2013	2014	2015
Internamentos (altas)	2,77	2,85	3,02	3,03
Consultas Externas	1,73	1,84	2,05	2,08
Urgências	2,86	3,05	3,30	3,31
Cirurgias (total)	2,06	2,08	2,26	2,29
Lotação (camas)	2,29	2,59	2,69	2,72
Médicos Especialistas	1,45	1,52	1,58	1,61

\*Fonte: Cálculos com base nos dados do CHL e INE. Referencial de comparação – 3,85% (população da área de influência do CHL/população do Continente - Censos 2011).

A conclusão mais evidente e relevante da análise dos dados constantes do quadro antecedente é a de que se verifica uma restrição no nível relativo de recursos disponíveis no CHL (no caso, lotação e médicos especialistas) por comparação com as necessidades da população da área de influência (que corresponde, como se sublinhou, a 3,85% da população do Continente), impondo uma limitação da capacidade assistencial e do nível de atividade. A consequência provável é a procura de serviços hospitalares alternativos, designadamente nos hospitais de Coimbra (o CHUC nos relatórios e contas de 2012 e 2013 indica que dos doentes tratados em internamento nesses anos, 13,9% (9.175) e 13,8% (8.856),

respetivamente, são provenientes do distrito de Leiria), a par do aumento das listas de espera no CHL, como o quadro seguinte ilustra.

#### Listas de espera (nº de doentes) no CHL para consultas e cirurgias - 2015 e 2016

Especialidade Médica	Consultas		Cirurgias		
	2015	2016	2015	2016	Mediana de tempo de espera (meses) 2016
Anestesiologia/Dor	1.286	1.639			
Cardiologia	374	346			
Cirurgia Geral	1.099	1.654	2.156	2.003	6,1
Dermatologia	3.015	4.175	99	122	1,2
Endocrinologia	248	801			
Estomatologia	572	75			
Fisiatria/M.F. R.	337	321			
Gastrenterologia	348	652			
Ginecologia	685	1.083	218	225	1,5
Hematologia	76	83			
Imunoalergologia	303	329			
Imunohemoterapia	134	151			
Medicina Interna	303	554			
Neurocirurgia	2.289	2.181	60	62	5,6
Neurologia	674	993			
Obstetrícia	29	79			
Oftalmologia	4.937	5.867	1.266	1.625	2,5
Oncologia Médica	-	14			
Ortopedia	1.365	2.965	859	763	2,8
Otorrinolaringologia	2.749	2.545	183	258	6,4
Pediatria	362	727			
Pedopsiquiatria	72	64			
Pneumologia	78	896			
Psiquiatria	352	298			
Urologia	797	336	247	414	3,4
<b>Total</b>	<b>22.484</b>	<b>28.828</b>	<b>5.088</b>	<b>5.472</b>	<b>3,3</b>

Fonte: Relatório e Contas 2016 - CHL

Nota: Não se refere a lista de espera para anos anteriores, dada a evolução orgânica do CHL e as alterações verificadas no regime de escolha dos utentes (Livre Acesso e Circulação de Utesntes no SNS)

Finalmente, é de assinalar que, apesar da carência relativa de recursos e das limitações evidenciadas de resposta assistencial para servir a população da área de influência, a produtividade dos recursos disponíveis no CHL entre 2012 e 2015 (no caso, aferida tendo por referência os fatores lotação e os médicos especialistas) é claramente superior à do conjunto dos hospitais públicos, como se regista no quadro seguinte:

#### Produtividade dos recursos - lotação (L) e médicos especialistas (ME) – no CHL e nos hospitais públicos 2012-2015

	2012		2013		2014		2015	
	L	ME	L	ME	L	ME	L	ME
<b>CHL</b>								
Internamentos	43,9	135,9	40,8	134,2	42,1	137,8	42,3	127,9
Consultas	-	1.120,4	-	1.188,3	-	1.321,8	-	1.264,9
Urgências	-	950,3	-	986,9	-	1.059,1	-	971,0
Cirurgias	-	73,7	-	74,2	-	79,0	-	73,6
<b>Hospitais Públicos</b>								
Internamentos	36,3	71,3	37,2	71,6	37,5	72,2	37,8	67,9

Consultas	-	939,5	-	978,1	-	1022,0	-	979,8
Urgências	-	482,5	-	491,8	-	509,0	-	472,8
Cirurgias	-	52,0	-	54,1	-	55,3	-	51,6

Fonte: CHL e INE.

Não obstante a prudência com que devem ser ponderados os resultados obtidos, dada a grande agregação dos indicadores de produção e as limitações quanto aos fatores de produção considerados nesta análise, os indicadores de produtividade apurados, para além de evidenciarem, todos os anos, uma posição do CHL mais favorável que a média dos hospitais públicos, sinalizam a circunstância, positiva, de as limitações quanto a recursos disponíveis e a restrições operacionais não terem tido, aparentemente, reflexos condicionadores do nível de produtividade. Ao mesmo tempo indiciam a menor relevância deste fator como limitante do desempenho organizacional da instituição, e, como tal, enquanto domínio ou condicionante justificativa de intervenção estratégica prioritária.

### **Problemas e dificuldades atuais do CHL.**

Embora parte dos problemas e dificuldades com que o Centro Hospitalar de Leiria se confronta sejam anteriores e exteriores ao circunstancialismo da sua criação e evolução institucional posterior – que originou, sobretudo, o aumento expressivo das responsabilidades quanto à população servida –, alguns deles, muito relevantes, encontram-se claramente associados a este efeito, evidenciando a sua importância enquanto fator condicionador da realidade institucional atual e, conseqüentemente, da presente reflexão estratégica e das suas conclusões.

Assim, e por essa razão, na síntese seguinte apresentam-se agrupados de acordo com a sua natureza, estrutural ou operacional, os principais problemas e dificuldades que, por existirem ou subsistirem de forma crescentemente agravada, condicionam o desenvolvimento futuro do CHL e afetam o seu desempenho operacional, e, por isso, devem ser objeto de consideração na ponderação das hipóteses de direção estratégica a seguir e dos objetivos estratégicos, e respetivas medidas e ações a estabelecer:

#### **a) de natureza estrutural (necessidades, meios, recursos e capacidades):**

i) Cobertura incompleta das necessidades de cuidados hospitalares da população da área de influência, no âmbito das atividades e funções assistenciais correspondentes ao seu perfil técnico e nível de carteira de serviços que deve deter na rede hospitalar do SNS, por dispor de recursos técnicos e humanos (v.g., lotação e médicos especialistas) abaixo da média nacional, tendo em conta o referencial populacional;

ii) Utilização de capacidade próxima ou superando o potencial físico instalado, especialmente no Hospital de Leiria, em várias linhas de produção (consultas externas, bloco operatório, urgência geral, cirurgia ambulatória e algumas valências de internamento), por restrição, nomeadamente da lotação, de gabinetes de consulta, de espaços de atendimento, permanência e acomodação de doentes e familiares e de salas de operações;

iii) Insuficiência das especialidades médicas disponíveis face às necessidades de operação clínica e assistencial decorrentes da procura atual, condicionando a qualidade dos cuidados, designadamente por limitação na constituição de equipas multidisciplinares para intervenção em patologias clínicas específicas, ou no oportuno desenvolvimento de processos assistenciais integrados ou complementares;

iv) Quadro médico com número insuficiente de efetivos com vínculo contratual permanente ou exclusivo, nas especialidades instaladas e em atividade;

v) Excessivo recurso, por inexistência de alternativas adequadas disponíveis e com custos mais elevados, à contratação de profissionais com vínculos precários em regime de prestação de serviços, em

particular médicos especialistas, para assegurar as atividades clínicas e assistenciais correntes, designadamente em serviço de urgência;

vi) Persistência de listas de espera, com crescimento do número de doentes inscritos e com agravamento do tempo médio de permanência, designadamente em consultas externas, cirurgias e MCDT;

vii) Enfraquecimento do ambiente social hospitalar por diminuição ou estagnação das condições de trabalho e das retribuições e expectativas profissionais da comunidade hospitalar, e pela pressão exercida pelo contínuo crescimento da procura e da atividade assistencial, associada a um quadro de manutenção ou restrição de meios e recursos;

viii) Aparecimento de sinais de compromisso na satisfação dos doentes, sobretudo em linhas de produção com maior pressão e crescimento da procura, ou onde se verificam listas de espera mais expressivas;

ix) Desajustamento do modelo de contratualização e financiamento da produção do SNS, pela ausência de incentivos ou por penalização financeira nas situações de aumento de atividade resultante da variação da procura induzida pelo alargamento da área de influência;

x) Limitação da autonomia de gestão, com a transferência verificada, e mantida, para as entidades tutelares do poder de realização de atos administrativos correntes (v.g., contratação de recursos humanos previstos em planos de atividades e orçamentos aprovados ou para substituição por motivo imprevisto, assim como a realização de investimentos), condicionando a adequação, oportunidade e eficiência da ação de gestão, e com reflexos na qualidade de realização da atividade operacional programada.

**b) de natureza operacional (organização e afetação de recursos, logística, processos assistenciais, produção e utilização de recursos e remuneração, desempenho e comportamento de recursos humanos)**

i) Sobreprocura do serviço de urgência, com elevado peso de doentes não urgentes ou pouco urgentes (cerca de 40%);

ii) Condicionamento crescente da regular capacidade de internamento, por restrições de lotação em especialidades médicas de grande consumo, limitando a orientação atempada de doentes da urgência para as unidades de internamento, obrigando a retenções, com reflexos na qualidade do processo assistencial;

iii) Insuficiência de soluções assistenciais integradas de acompanhamento e atendimento de doentes crónicos no SNS, traduzindo-se no recurso inapropriado ao serviço de urgência;

iv) Necessidade de revisão de processos assistenciais em patologias específicas (v.g., AVC, doentes crónicos complexos, doentes com pluripatologias ou comorbilidades), por insuficiência de abordagem multidisciplinar integrada e de continuidade de cuidados;

v) Exploração abaixo do potencial do hospital de dia e da hospitalização domiciliária como alternativas a processos assistenciais convencionais no internamento hospitalar;

vi) Burocratização do processo assistencial;

vii) Insuficiência da existência de protocolos clínicos para orientação normalizada da atividade assistencial de acordo com as boas práticas clínicas;

viii) Carências na formação dos profissionais;

viii) Discrepância remuneratória dos profissionais, especialmente médicos, consoante os regimes de trabalho por vínculo permanente ou por prestação de serviços;

ix) Acesso a MCDT no exterior;

x) Limitação quanto à existência de processos expeditos e eficientes para referência e orientação hospitalar para continuidade de cuidados, especialmente para cuidados continuados;

xi) Persistência de problemas com o controlo da infeção hospitalar.

## **2. O Centro Hospitalar de Leiria e a rede hospitalar do SNS**

### **Princípios de organização da rede hospitalar.**

A prestação de cuidados hospitalares caracteriza-se pela existência ou condicionamento de múltiplos e complexos fatores. Entre outros, por casuística muito diversificada e com níveis de exigência e complexidade clínica muito distintas, por grande especialização científica e técnica e alta diferenciação profissional, por exigência de recursos humanos com qualificações e competências muito diversificadas e de elevada tecnicidade, e por carecer de edifícios com grande envergadura dotados de múltiplas instalações técnicas especiais requerendo especial manutenção e de equipamentos, sobretudo médico-cirúrgicos e de diagnóstico, crescentemente diversificados e dotados de alta tecnologia, envolvendo o conjunto de todas estas dimensões custos de aquisição e de exploração muito elevados. Este facto impõe que na organização da rede hospitalar pública – isto é, de forma simples, onde localizar os hospitais, que carteira de serviços e recursos lhes atribuir e como articular e integrar a relação entre hospitais com carteiras de serviços distintas –, se considerem princípios condutores do respetivo processo de estabelecimento e atualização, tendo em conta a dimensão e as necessidades das populações a servir.

Pelas razões referidas, é apropriado que a organização da rede hospitalar do SNS observe, relativamente a cada uma das unidades hospitalares integrantes e no seu conjunto, os seguintes princípios:

a) *Dimensão da população servida* – trata-se de um fator essencial à definição da dimensão do hospital (em termos de capacidade produtiva instalada e de valências ou especialidades médicas disponíveis para atender a totalidade da população abrangida, de acordo com o perfil assistencial definido, mais ou menos diferenciado, para a unidade hospitalar) e da carteira de serviços oferecidos (entendida como as linhas e tipos de atividades disponíveis e os atos, procedimentos ou exames clínicos realizados por cada valência ou especialidade médica e por linha de produção);

b) *Acessibilidade* – a vertente mais relevante deste conceito para a organização de uma rede hospitalar pública apropriada corresponde à verificação de uma condição de proximidade dos cidadãos às unidades hospitalares que lhes garanta a possibilidade de, em caso de necessidade, aceder aos cuidados dentro de uma distância-tempo razoável que não comprometa a eficácia clínica da procura de cuidados (caso das urgências/emergências) ou que não demova, desincentive ou restrinja essa procura por parte dos cidadãos, e se constitua em fator determinante de iniquidade no acesso a cuidados de saúde necessários;

c) *Racionalização* – significa que, por razões de eficiência, eficácia, qualidade e acessibilidade, os avultados investimentos e gastos (v.g., instalações, equipamentos, recursos humanos e organização) que é necessário realizar para assegurar a instalação e funcionamento de uma unidade hospitalar ou de uma rede hospitalar, devem ser objeto de estudo de localização preferencial, de dimensionamento e de perfil assistencial (carteira de serviços), atendendo a diversos fatores condicionantes – como, por exemplo, dimensão da população, tipologias de casuística, diferenciação de tecnologias, especialização clínica, escassez de recursos humanos e técnicos, capacidade de financiamento do investimento e da exploração –, dado que, o que é comumente aceite, não é possível localizar hospitais, ou hospitais com todas as capacidades, “em todo o lado”;

d) *Hierarquização* – pode ser vista como consequência da racionalização que deve ser observada na rede hospitalar, traduzindo-se na verificação de vários níveis de hospitais consoante a população servida e/ou as capacidades assistenciais atribuídas, existindo, por isso, apenas alguns hospitais dotados de meios

e recursos mais diferenciados e sofisticados tecnologicamente, e com capacidade clínica e assistencial especializada para tratamento de doentes ou patologias específicos ou, ainda, para realização de determinados procedimentos ou exames, dispondo de valências e carteiras de serviços não disponíveis na totalidade dos estabelecimentos hospitalares e para os quais devem ser referenciados, de forma coordenada, no quadro de um mecanismo ascendente de prestação de cuidados ou de apoio técnico claramente definido, as situações carecidas de intervenção clínica mais diferenciada ou especializada;

e) *Complementaridade* – que decorre do facto dos hospitais integrantes da rede hospitalar não terem carteiras de serviços iguais ou similares, pelo que deve estar assegurada a complementaridade funcional entre as unidades hospitalares do SNS, através de regras e mecanismos explícitos de referênciação de doentes entre hospitais, em sentido ascendente e descendente, garantindo, de forma integrada e coordenada, a observância do princípio da continuidade de cuidados, de modo que aos cidadãos sejam prestados com prontidão e qualidade, nos hospitais habilitados para o efeito, os cuidados de saúde apropriados às suas necessidades.

O melhor funcionamento dos hospitais, com qualidade e eficiência e garantindo equidade territorial com maior proximidade e acessibilidade aos cuidados hospitalares por parte dos cidadãos, certamente beneficiaria da aplicação destes princípios no estabelecimento da rede hospitalar do SNS – o que desde há muito se encontra longe de ser observado e de acontecer. Desse modo, intentar-se-ia corrigir as insuficiências ou distorções atuais desta rede – através da sua modernização e adaptação às realidades demográficas, de saúde, sociais, económico-financeiras, de acessibilidades, tecnológicas, de conhecimento e de especialização dos recursos dos tempos correntes –, aproximando-a tanto quanto possível das expectativas e necessidades das populações, visando garantir, numa apropriada combinação de propósitos, melhor acessibilidade dos cidadãos aos cuidados, maior racionalização na alocação e utilização dos recursos, e mais adequada complementaridade funcional entre as diferentes unidades hospitalares integradas em redes de referênciação flexíveis.

### **A rede hospitalar atual. Limitações de planeamento e de articulação interinstitucional.**

Apesar da rede hospitalar do SNS atualmente existente constituir um importante ativo do País, assegurando, de forma geral, com qualidade e acessibilidade razoável a cobertura das necessidades de cuidados hospitalares da maior parte dos cidadãos portugueses, é reconhecida a necessidade de redefinição e redimensionamento da rede hospitalar pública, para obter ganhos de adequação, acessibilidade, eficiência e sustentabilidade.

Para tanto, justifica-se adaptar e atualizar as capacidades instaladas, as valências e especialidades médicas atribuídas e as carteiras de serviços disponíveis, e fixar, em correspondência, o nível da atividade assistencial previsional e os recursos operacionais necessários. Isto, em função, por um lado, do perfil assistencial ou da classificação dos hospitais integrantes, e, por outro lado, da população da área de influência e das suas necessidades de cuidados, tendo em vista garantir cuidados hospitalares com qualidade e acessíveis, numa base de proximidade máxima possível e de equidade territorial.

Não obstante este reconhecimento, que não é recente, quanto ao desajustamento da rede hospitalar – que decorre da ausência ou incapacidade, mantida por muitos anos, de utilização ou aplicação conveniente de instrumentos de planeamento hospitalar territorial, com exceção da intervenção na rede de emergência/urgência verificada desde 2006 –, a verdade é que tarda a definição completa de uma rede hospitalar do SNS. Esta dotada de previsão e de mecanismos de atualização periódica, em que, a par do elenco de unidades hospitalares e da sua classificação ou nível assistencial, população servida (base e por referênciação) e localização, (i) se fixem as valências ou especialidades médicas disponíveis e as carteiras de serviços correspondentes em cada hospital, (ii) se estabeleçam as relações de complementaridade funcional e de apoio técnico entre os hospitais, através de uma rede de referênciação inter-hospitalar

dotada de regras e mecanismos efetivos que garantam, com simplicidade, prontidão e qualidade, a continuidade de cuidados hospitalares, e (iii) se definam os meios e os recursos, e respetivas diferenciações, com que cada unidade hospitalar deve contar para realizar a sua função assistencial, atentas as necessidades da população que lhe cabe servir.

Em 2014, através da Portaria nº 82/2014, de 10 de abril, assistiu-se a uma tentativa de estabelecer os critérios de classificação dos hospitais e de fixar as correspondentes responsabilidades e o quadro das valências atribuídas em função da população servida. A insuficiência e inadequação do método adotado e das soluções propostas na referida Portaria nº 82/2014, e a grande sensibilidade social e política que esta matéria comporta – porque está em causa a distribuição de serviços a que a população atribui, e bem, grande relevância – originaram expressiva oposição política, social e técnica ao diploma, inviabilizando a sua execução, e determinando, após a alteração do ciclo político entretanto verificada, a sua revogação, através da Portaria nº 147/2016, de 19 de maio.

Com esta Portaria de 2016, em que a determinante principal de organização da rede hospitalar e de classificação dos hospitais tem como princípio essencial a definição das Redes de Referência Hospitalar (RRH), estabeleceu-se que: (i) os hospitais, centros hospitalares e unidades locais de saúde são classificados em grupos, de acordo com as respetivas especialidades desenvolvidas, a população abrangida, a capacidade de formação, a diferenciação dos recursos humanos, o modelo de financiamento, a classificação dos seus serviços de urgência e a complexidade da produção hospitalar; (ii) as especialidades são incluídas nos respetivos grupos de classificação após conclusão do processo de aprovação de todas as RRH; (iii) a lista das instituições hospitalares por grupo é publicada após aprovação das RRH para todas as especialidades hospitalares; (iv) todas as RRH devem estar aprovadas até ao dia 31 de março de 2017.

Apesar da Portaria nº 147/2016 representar em relação à Portaria nº 82/2014 um significativo avanço quanto aos princípios enformadores da organização da rede hospitalar, designadamente, por a fazer depender da prévia definição das Redes de Referência Hospitalar, e da consideração, como se referiu, de outros fatores relevantes, a circunstância da configuração da rede hospitalar, e consequentemente a definição do perfil assistencial de cada hospital e dos seus recursos, estar dependente da aprovação da totalidade das RRH – o que ainda não se verificou – constitui para já uma importante limitação organizacional, condicionando o planeamento estratégico do SNS e de cada unidade hospitalar e restringindo a sua gestão operacional, designadamente quanto à adequada alocação de recursos, técnicos e humanos, e quanto à articulação interinstitucional para cumprimento do princípio de complementaridade funcional (e de continuidade de cuidados), que as RRH também visam prever e assegurar.

Não obstante este protelamento e os seus efeitos, neste processo de redefinição da rede hospitalar é fundamental e indispensável que o resultado final das soluções a que se chegar, por unidade hospitalar, quanto a especialidades médicas desenvolvidas ou atribuídas (e, em particular e mais importante, quanto a carteira de serviços disponíveis ou a disponibilizar), considere de forma apropriada os fatores população servida e acessibilidade/proximidade de cuidados, traduzindo claramente um propósito de correção de assimetrias e de melhoria da equidade na distribuição territorial de recursos e de capacidades hospitalares, sem embargo da necessária hierarquização de serviços em função das especificidades da casuística e da complexidade, diversidade e envergadura da tecnologia assistencial necessária.

### **O CHL e a evolução necessária da organização da rede hospitalar. Atribuição de novas capacidades assistenciais.**

Historicamente, a região servida pelo Centro Hospitalar de Leiria, por inexistência de alternativas adequadas locais, foi sempre muito dependente da procura de cuidados nos hospitais de Coimbra, por razões de proximidade geográfica, e pela necessidade destes de possuírem escala populacional, contribuindo para atrasar por muito tempo a dotação da região, e principalmente o Hospital de Leiria, dos recursos hospitalares convenientes. A verdade é que a entrada em funcionamento do novo Hospital de

Leiria – velha aspiração de décadas dos leirienses e da região, até pelas enormes limitações e insuficiências da antiga unidade hospitalar e pela sujeição a vários adiamentos – só se verificou em 1995, praticamente no fim de um ciclo de construção de novos hospitais pelo País a partir dos anos 60 do século passado, dispondo de instalações, equipamentos e recursos humanos associados, nos termos do projeto inicial, a um dado e mais limitado perfil assistencial e de população a servir que o atual, situação que a evolução institucional entretanto ocorrida e, sobretudo, as alterações demográficas da região – com crescimento significativo da população e com o aumento do envelhecimento – tornaram claramente insuficientes e desajustados.

Com efeito, a evolução institucional verificada nos últimos anos – com a junção dos hospitais de Leiria, Pombal e Alcobaça, entre 2011 e 2013, e a decisão do Ministério da Saúde de integrar, a partir de julho de 2016, o concelho de Ourém na área de influência do CHL –, traduziram-se em elevado aumento da população servida (mais cerca de 35%, ou seja, 100.000 habitantes) que, a par da reengenharia organizacional que se processou por razões de adequação, qualidade e eficiência – envolvendo a centralização em Leiria de funções assistenciais mais complexas e diferenciadas (internamento e cirurgia convencional) e a descentralização alargada em Alcobaça e Pombal do ambulatório (consultas externas, cirurgia ambulatória e hospital de dia) –, tem vindo a pressionar os recursos instalados, e a originar, em várias linhas de produção, limitações de resposta por manifesta insuficiência de meios.

Os dados de situação relativos ao desempenho assistencial e à lotação no CHL e ao peso desse desempenho e dos recursos (no caso, lotação e médicos especialistas) no total dos hospitais públicos, como acima se explicitou, sugere inequivocamente a existência de limitações de capacidade assistencial por efeito do aumento da população da área de influência. De facto, o CHL dispõe de apenas 2,72% da lotação e 1,61% dos médicos especialistas dos hospitais públicos, quando a população servida representa 3,85% da população de Portugal Continental (dados referentes a 2015).

A consideração desta situação – e o conhecimento de que o CHUC tem (conforme dados de 2013) cerca de 14% (+/- 9.000) dos doentes internados com proveniência do Distrito de Leiria enquanto, por exemplo, o Distrito de Viseu representa apenas 4,5% (+/- 2.800 doentes) – revela em que medida no CHL a capacidade assistencial e a resposta às necessidades da população da sua área de influência se encontram restringidas, como as listas de espera para consultas e cirurgias também evidenciam, mantendo-se para a população que lhe cabe servir um padrão de necessidade de recurso aos hospitais de Coimbra que era suposto já se encontrar ultrapassado ou, pelo menos, não ser tão expressivo.

Como é óbvio, a constatação desta realidade em termos de capacidade e desempenho assistencial não pode deixar de ser considerada no âmbito da organização da rede hospitalar da região, através da redefinição de responsabilidades e do reajustamento de recursos das unidades hospitalares carecidas ou sobreprocuradas, libertando, no caso, uma unidade hospitalar altamente diferenciada, como é o CHUC, da ocupação dos seus recursos com a satisfação de necessidades que em grande medida poderiam sê-lo em hospital mais próximo da população servida, como é o caso do CHL, mediante a revisão dos recursos afetos, através da utilização de mecanismos de afiliação hospitalar ou de soluções específicas de mobilidade, melhorando a complementaridade funcional entre hospitais e aumentando a acessibilidade.

Trata-se – por constituir uma preocupação que, com soluções flexíveis, não deve escapar à criação de redes de referenciação hospitalar e à definição de uma rede de hospitais com funções atualizadas – de limitar desajustamentos ou inadequações no perfil assistencial dos hospitais integrantes da rede face à população das suas áreas de influência (base e de referenciação), e de corrigir insuficiências, incongruências ou excessos na afetação de recursos, tendo em conta as carteiras de serviços constituintes da oferta de cada hospital e os mecanismos de complementaridade funcional e de apoio técnico estabelecidos, de acordo com a rede hierarquizada de serviços que se encontrar fixada.

Neste sentido, dever-se-á promover a articulação e a cooperação interinstitucional integrada, numa base, por exemplo, de afiliação hospitalar, não a confinando a mecanismos de referenciação em situação de

transferência de doentes (onde, apesar dos ganhos verificados, ainda é necessário fazer um esforço de melhoria dos processos de articulação, visando agilizar e qualificar a circulação ascendente-descendente de doentes), mas abrangendo também, designadamente, o estabelecimento de mecanismos de acesso eficiente a MCDT especializados, ou de articulação através de soluções de telemedicina em áreas clínicas específicas, a colaboração pela cedência e partilha de profissionais em áreas carenciadas ou para apoio técnico especializado e, ainda, no desenvolvimento da formação de recursos humanos, através de programas conjuntos de investigação e de atualização científica e técnica, incluindo a realização de estágios profissionais.

Nestes termos, e por corresponder a evidente necessidade, existe uma grande expectativa de que, da aplicação dos princípios e regras estabelecidas na Portaria nº 147/2016, de 19 de maio, para o estabelecimento das RRH e para a classificação dos hospitais em grupos, resulte para o CHL uma significativa atualização e alargamento da capacidade de prestação de cuidados hospitalares, incluindo pela revisão das especialidades médicas desenvolvidas e pelo alargamento da carteira de serviços disponíveis, tornando-a mais consentânea com a dimensão e necessidades da população da área de influência, e a que esteja associada a consequente afetação adicional de meios e recursos.

É assim que, em resultado das RRH já aprovadas (por criação ou revisão, abrangendo 22 de 39 especialidades) no quadro de aplicação da Portaria nº 147/2016 – e apesar de não ter sido considerada na elaboração da maioria, a atual (aumentada) área de influência populacional do Centro Hospitalar de Leiria – são de sublinhar, no que concerne à atribuição de novas especialidades ou ao reforço do perfil existente no CHL, as seguintes referências:

- a) *Angiologia e Cirurgia Vasculiar* – Na RRH aprovada a 26 de setembro de 2017 é proposta a criação de uma Unidade Vasculiar nível I (em três níveis), em articulação com o CHUC, com um corpo médico de três a quatro elementos, e com uma lotação aconselhada de sete a 11 camas;
- b) *Hematologia Clínica* – Na RRH aprovada a 9 de novembro de 2015, refere-se, na situação atual, a inexistência da valência, apesar do CHL ter atividade do âmbito da Hematologia Clínica, assegurada por médico especialista de Imunohemoterapia em consultas externas e hospital de dia. É proposta a criação de unidade de proximidade (consideram-se unidades de proximidade, entre outros critérios, as que têm menos de três hematologistas), classificando-a como posto avançado de consultas, obrigatoriamente afiliado a Serviço de Hematologia Clínica (CHUC, no caso), devendo dispor, no início, de tempo de atividade de médico especialista de pelo menos 0,4 ETC (presença mínima de duas vezes por semana), devendo evoluir para pelo menos 1 ETC (presença de cinco vezes por semana), com possibilidade de apoio a urgência. É de referir o facto da rede prevista contemplar para os distritos de Leiria e Santarém na especialidade de Hematologia Clínica, apenas a unidade de proximidade do CHL (situando-se os serviços de hematologia alternativos em Coimbra e em Lisboa, distando entre si cerca de 200 Km), o que sugere a grande procura potencial de cuidados desta unidade, dado o largo território e população abrangida sem oferta alternativa acessível;
- c) *Imunohemoterapia* – Consta da RRH, aprovada a 9 de agosto de 2017, que o CHL está em processo de licenciamento pela DGS da valência médica de Imunohemoterapia. O Serviço de Imunohemoterapia do CHL é ainda classificado de nível II (em quatro níveis), devendo, por isso, ter um quadro médico com três a seis especialistas, laboratório de coagulação/hemóstase, e cobertura médica no Serviço de Urgência de 24h/dia;
- d) *Infeção VIH* – Prevê-se na RRH, aprovada a 19 de novembro de 2015, a criação, numa primeira fase, de consulta descentralizada de VIH (nível primário da rede de cuidados hospitalares), que visa assegurar consultas com número reduzido de doentes (inferior a 100), sem cobertura médica permanente; presume-se, até em função da população servida, a transição para oferta de nível superior em unidade local, com maior cobertura de doentes (superior a 100), e afetação permanente de médicos;

- e) *Infeciologia* – Na RRH aprovada a 11 de agosto de 2017 é proposta a colocação de especialistas ou a criação de um Serviço de Doenças Infeciosas no CHL, com a classificação de “Hospital Local” (nível primário da rede de cuidados hospitalares, no primeiro caso com um mínimo de três especialistas e no segundo de oito especialistas);
- f) *Medicina Intensiva* – Na RRH aprovada a 10 de agosto de 2017, é identificada a necessidade de existirem no CHL camas de nível II (intermédias), e de um reforço das camas de nível III (intensivas), o que implica o alargamento da lotação do Serviço de Medicina Intensiva do CHL;
- g) *Nefrologia* – Na RRH aprovada a 19 de junho de 2017 é sugerida a criação de um “polo assistencial” de Nefrologia, para ambulatório externo e consultoria interna, em articulação com as unidades existentes no CHUC e no CH Médio Tejo;
- h) *Oftalmologia* – Prevê-se na RRH aprovada a 4 de janeiro de 2017 a inclusão do CHL como hospital do grupo II (em três níveis – hospitais de grupo I, II ou III) – a quem compete realizar todos os cuidados oftalmológicos, com exceção de oncologia, transplantação, glaucoma e cataratas pediátricas, retinopatia da prematuridade e doenças raras –, que deverão no mínimo ter 12 médicos especialistas, e dispor de equipamentos específicos. Esta previsão representa para o CHL um reforço das competências clínicas e dos recursos necessários;
- i) *Oncologia Médica* – Consta da RRH aprovada a 9 de novembro de 2015 a criação de um Serviço de Oncologia no CHL, que corresponde a reforço das funções assistenciais (atualmente dispõe-se apenas de unidade de proximidade, com recursos e funções mais limitadas). De acordo com a proposta, o novo Serviço deverá ter, no mínimo, três especialistas e capacidade para realizar (i) consultas multidisciplinares para patologias mais frequentes, (ii) internamentos e (iii) atendimentos não programados e apoio à urgência;
- j) *Otorrinolaringologia* – A RRH, aprovada a 11 de agosto de 2017, considera a necessidade de existência de um serviço de ORL no CHL, por ser um hospital com urgência médico-cirúrgica, que deve ter capacidade técnica para assegurar mais de 90% da diversidade dos cuidados necessários da população que serve, que deverá ser dotado com meios humanos que permitam um rácio desejável de 1/35.000 habitantes, o que no caso do CHL corresponderá a 10 médicos. Recomenda ainda que o CHL tenha apoio de ORL no Serviço de Urgência, com equipa de dois elementos no horário 8h-20h, que deverá apoiar o CHO, CHMT e H Santarém;
- k) *Pneumologia* – Na RRH aprovada a 9 de novembro de 2015 o CHL é classificado como hospital do grupo I (em três níveis) – a quem compete realizar os cuidados hospitalares mais gerais em internamento, consultas externas, hospital de dia e apoiando a urgência –, prevendo-se em relação a médicos especialistas uma dotação de um médico para 40.000 habitantes, ou seja, o CHL deverá dispor de nove ou 10 pneumologistas, o que representa um significativo reforço da cobertura médica e dos serviços assistenciais disponibilizados;
- l) *Reumatologia* – Preconiza-se na RRH aprovada a 23 de novembro de 2015 a criação de Serviço de Reumatologia no CHL, dotado de sete a oito médicos especialistas, tendo por base o rácio de um médico/50.000 habitantes, o que representa uma nova especialidade disponível, e a correspondente oferta de serviços.
- m) *Urologia* – Na RRH, aprovada a 8 de agosto de 2017, é proposta a criação de Unidades de Urologia nos hospitais com urgência médico-cirúrgica, sendo referido que o CHL deve assegurar o serviço de urgência externa de urologia pelo menos cinco dias da semana, por ter uma área de influência superior a 250.000 habitantes, e por ter os recursos médicos suficientes para o efeito.

Verifica-se, pelo que antecede, que da aplicação, por revisão ou criação, das redes de referência hospitalar aprovadas até ao momento, resulta para o CHL significativa atualização das especialidades médicas atribuídas, e a revisão das funções estabelecidas para as especialidades já existentes e dos

respetivos quadros médicos necessários, evidenciando as insuficiências e desajustamentos do seu perfil assistencial atual e dos recursos humanos disponíveis (no caso dos médicos especialistas) para garantir as necessidades da população servida. De destacar, no que respeita às especialidades de Neurocirurgia e Radioterapia, que as RRH aprovadas a 6 de setembro de 2017 e 9 de novembro de 2015, respetivamente, não preveem a criação de um Serviço no CHL.

No caso da Neurocirurgia, não obstante a RRH respetiva preconizar a criação de um Serviço apenas nos hospitais com população de referência de 800.000 a 1.000.000 de habitantes, sustenta-se a razoabilidade do CHL ser dotado de capacidade assistencial nesta área clínica, tendo em conta as suas responsabilidades face à elevada casuística na população servida, e o posicionamento de Leiria no contexto nacional (centralidade na rede rodoviária nacional e principal região de turismo religioso no País), e a indispensabilidade de reforçar a abordagem assistencial diferenciada e multidisciplinar em patologias específicas com expressão em várias linhas de produção, em especial no serviço de urgência. No que respeita à Radioterapia, considera que no CHL apenas deverá existir consulta de decisão terapêutica multidisciplinar com a colaboração de Radioncologistas de outros hospitais (IPOC).

Sem embargo da consideração imediata das orientações contidas nas RRH já aprovadas no planeamento estratégico do CHL, a correção plena das insuficiências globais existentes está dependente da finalização do processo de redefinição da rede hospitalar, mormente quanto à conclusão do processo de aprovação das RRH em falta (17 especialidades), de que se espera também o reforço de capacidades atribuídas em várias das especialidades já existentes

### **3. Oportunidades e desafios do Centro Hospitalar de Leiria**

#### **Oportunidades.**

Tendo em conta várias dimensões do contexto interno e externo – por exemplo, a dimensão da população servida, a redefinição da rede hospitalar com a revisão em curso das RRH, a recente atualização da legislação de enquadramento da gestão hospitalar, e as alterações de organização interna decorrentes da evolução institucional –, identificam-se no CHL várias oportunidades de renovação e robustecimento do projeto institucional, com ampliação da oferta de serviços, reforço de meios e recursos, e melhoria da organização e dos processos, visando potenciar a qualidade, a acessibilidade e a eficiência, designadamente:

a) Dispor, em função da ampliação de responsabilidades verificada desde 2012, de uma base populacional na área de influência do CHL que permite a existência de escala populacional e procura favorecedora da instalação e desenvolvimento de valências e especialidades correspondentes a carteiras de serviços com maior diferenciação e diversificação na prestação de cuidados, e da possibilidade de criação de equipas com multidisciplinaridade alargada para apoiar soluções assistenciais inovadoras com reforçado potencial clínico e de eficácia assistencial;

b) Existir a expectativa, por estar em curso processo de definição, por revisão/criação das RRH, de reconfiguração do perfil assistencial do CHL, com a atribuição de novas funções assistenciais e especialidades clínicas, com o correspondente alargamento da carteira de serviços disponível, tendo em conta a realidade populacional da área de influência;

c) Existir novo quadro legislativo relativo à gestão hospitalar, aprovado pelo Decreto-Lei nº 18/2017, de 10 de fevereiro, que prevê a possibilidade, no âmbito da organização interna dos serviços prestadores de cuidados de saúde, de criação de estruturas dotadas de maior autonomia na gestão de recursos e na prestação de serviços – centros de responsabilidade integrada (CRI) –, com vista a potenciar os resultados da prestação de cuidados e a melhorar a acessibilidade e a qualidade dos serviços prestados;

d) Estar concluído o desenho organizacional do Centro Hospitalar, e definidas as funções assistenciais de cada unidade hospitalar integrante, com centralização no Hospital de Leiria das funções convencionais mais diferenciadas e exigentes em recursos e tecnologias, e descentralização nos Hospitais de Alcobaça e Pombal de funções assistenciais centradas no ambulatório;

e) Contar com quadros técnicos com elevadas qualificações e competências profissionais, e com grande compromisso e disponibilidade para a inovação organizacional;

f) Dispor de unidade de investigação multidisciplinar, recentemente criada, da qual se esperam importantes contributos na obtenção de conhecimento clínico, e na sua aplicação, por difusão organizada, na revisão e melhoria dos processos assistenciais e no ensino e formação profissional.

### **Desafios.**

Decorrendo da análise do contexto em que se insere, e das tendências de evolução da prestação de cuidados de saúde, da avaliação das necessidades da população da área de influência, da consideração do perfil e das funções assistenciais que lhe cabem assegurar, e dos recursos operacionais disponíveis e de que deve dispor, impõem-se ao CHL, atendendo à realidade atual e à perspetiva futura do seu quadro de desempenho, múltiplos desafios em áreas distintas e de grande relevância, designadamente:

a) Satisfazer a totalidade das necessidades de cuidados de saúde da população da área de influência – limitando o recurso e a procura alternativa de cuidados hospitalares noutras instituições hospitalares fora dessa área de influência, com perda de acessibilidade –, tendo em conta o perfil assistencial do Centro Hospitalar, e no âmbito da carteira de serviços que nele deve estar disponível;

b) Realizar a prestação de cuidados com qualidade e com tempos de espera social e clinicamente aceitáveis – melhorando a satisfação dos doentes e a qualidade dos cuidados –, através do aumento da capacidade de resposta em áreas críticas, e da melhoria de processos assistenciais, reduzindo de forma significativa as listas de espera, designadamente para consultas, cirurgias e MCDT;

c) Consolidar o projeto clínico e organizacional do Centro Hospitalar, mediante a afetação dos recursos operacionais nas quantidades e com as qualificações ou requisitos necessários ao pleno desempenho da sua missão institucional, atenta a sua área de influência, visando:

i) Manter um quadro de recursos humanos com as qualificações e competências necessárias ao projeto assistencial institucional, assegurando o recrutamento de novos profissionais necessários em função da evolução das necessidades dos planos assistenciais aprovados, e promover a sua atempada formação e atualização científica, técnica e profissional;

ii) Dispor, com adequação tecnológica e funcional, das instalações (incluindo camas) e dos equipamentos, designadamente médico-cirúrgicos e de diagnóstico, necessários à realização das atividades assistenciais previstas na sua carteira de serviços e nos planos operacionais aprovados;

d) Promover o alargamento continuado de novas funções assistenciais, aproximando da população da área de influência novos serviços, e a correspondente prestação de cuidados de saúde em valências ou especialidades médicas indisponíveis ou limitadamente disponíveis que integram o elenco atribuído ao CHL ou que nele devem existir, tendo em conta a sua realidade contextual e exigências assistenciais;

e) Organizar estruturas clínicas para gestão e prestação de cuidados específicos em patologias mais comuns e de grande casuística, com abordagem multidisciplinar integrada em programas assistenciais com forte componente de continuidade de cuidados, designadamente as seguintes: unidade clínica de AVC, unidade clínica de oncologia e unidade clínica de doentes crónicos complexos;

f) Acompanhar a inovação na prestação de cuidados hospitalares, alargando, adotando ou internalizando novas modalidades de prestação de cuidados (v.g., em ambulatório, domiciliários e por recurso à telemedicina ou por reforço de especialização do processo assistencial), para substituição,

melhoria ou como alternativa a soluções convencionais ou tradicionais, designadamente: hospitalização domiciliária; teleconsultas em articulação com unidades hospitalares mais diferenciadas (v.g., CHUC); consultas de alta resolatividade; utilização do Hospital de Dia como alternativa de atendimento orientado de doentes crónicos descompensados (sob protocolo cuidados primários/CHL, evitando recurso à urgência e internamento convencional); criação de unidade de internamento de doentes com pluripatologias, dotada de equipas pluridisciplinares com qualificações e competências apropriadas;

g) Assegurar adequada capacidade assistencial no Serviço de Urgência através do recurso a equipas dedicadas, com vínculo permanente ao CHL e com reforço das valências médicas de apoio nele disponíveis, mediante o alargamento do período diário de cobertura das especialidades existentes e pela inclusão de novas especialidades mais diferenciadas, tendo em conta o perfil dos doentes tratados, habilitando o SU a responder plenamente às situações de emergência/urgência mais críticas e frequentes (v.g., AVC, síndrome coronário agudo, ressuscitação cardiopulmonar, politraumatismo grave e sepsis);

h) Desenvolver o processo de afiliação hospitalar com unidades hospitalares altamente diferenciadas, preferencialmente o CHUC, de forma a assegurar efetiva complementaridade funcional através de cooperação interinstitucional, na base de protocolos formais, incidindo, designadamente, sobre: delimitação de responsabilidades assistenciais referentes à população da área de influência do CHL; referência ascendente-descendente de doentes, tendo em conta as carteiras de serviços e capacidades de cada instituição, por aplicação das normas previstas nas redes de referência ou em regras de boas práticas clínicas; estabelecer mecanismos de acesso privilegiado a MCDT diferenciados tendo em vista, prioritariamente, o estabelecimento de diagnósticos e a orientação clínica precoce de doentes; partilhar recursos humanos especializados, particularmente médicos, em áreas carenciadas ou de transferência de competências assistenciais ou, ainda, para integrar equipas multidisciplinares específicas; colaboração na atualização científica, técnica e profissional, incluindo na realização de estágios;

i) Reforçar as condições de atratividade de recursos humanos especializados, designadamente médicos, através da renovação do projeto hospitalar do CHL, com ampliação, diversificação e diferenciação da capacidade assistencial, e da oferta de estáveis e apelativas condições de trabalho e de desenvolvimento de carreira profissional;

j) Obter capacidade de financiamento para executar o plano de investimento de substituição de equipamentos em obsolescência técnica, e de expansão e inovação dos meios técnicos (construção de instalações e a aquisição de equipamentos) requeridos pelo indispensável reforço das capacidades assistenciais do CHL, face ao aumento das suas responsabilidades quanto a população servida;

k) Promover com os cuidados primários de saúde novas soluções de articulação funcional, visando melhorar, nomeadamente o excesso de procura do serviço de urgência e a gestão e acompanhamento dos doentes crónicos, garantindo efetiva integração e continuidade de cuidados;

l) Continuar a aposta na qualidade organizacional e dos procedimentos assistenciais, garantindo, em especial, a manutenção da atribuição pela JCI da acreditação do CHL;

m) Assegurar adequada acessibilidade dos cidadãos à informação hospitalar (marcação de consultas e exames, obtenção de resultados de exames, informação sobre admissões, altas e situação de doentes, informações gerais sobre funcionamento dos serviços, etc.) através da criação de estrutura centralizada, com funcionamento baseado em suportes de comunicação multicanal (meios convencionais e novas TIC), e utilizando procedimentos simplificados com recursos habilitados para o efeito.

#### **4. Uma nova visão para o Centro Hospitalar de Leiria**

Em função da abordagem apresentada relativamente (i) às circunstâncias atuais do CHL – realidade e evolução institucional, população da área de influência, recursos disponíveis e perfil assistencial (valências,

especialidades médicas e carteira de serviços existente) –, (ii) ao papel que lhe deve caber no contexto da rede hospitalar do SNS, no quadro previsível que resultará da aplicação das RRH e das exigências decorrentes do crescimento verificado e das mutações prováveis da estrutura etária da população da sua área de influência, e (iii) dos desafios e oportunidades mais relevantes que o confrontam, e que foram sinalizados no ponto 3, é crucial renovar, ampliar e atualizar a visão que se preconiza para o Centro Hospitalar de Leiria, conferindo-lhe uma avaliação circunstancial e estratégica, que se constitua em pressuposto e referência para as ações de gestão a desenvolver de forma planeada.

Neste sentido, embora mantendo como visão matricial do CHL a que se encontra plasmada no Regulamento Interno aprovado em 2014, considera-se, pela sua relevância estratégica, indispensável integrar nessa visão geral uma perspetiva renovada e atualizada nas seguintes cinco dimensões:

**a) Uma nova abordagem do papel assistencial do CHL.**

Esta nova abordagem visa dois propósitos: i) redefinir o perfil e potencial assistencial do CHL, com a consolidação e alargamento da carteira de serviços das valências atualmente disponíveis, e com a oferta de novos serviços incluídos em novas especialidades a instalar de acordo com o estabelecido nas RRH e em função das necessidades específicas da população da área de influência; ii) compatibilizar o perfil e potencial assistencial do CHL com a dimensão atual da população servida, tornando-o apto e capaz de, no seu nível técnico, satisfazer todas as necessidades assistenciais dessa população, através de um reforçado conjunto de meios e recursos apropriados, e dotado dos requisitos necessários à realização das atividades de prestação de cuidados pertinentes.

**b) Uma nova perspetiva da organização da prestação de cuidados.**

Pretende-se estruturar e desenvolver soluções, designadamente para doentes com patologias específicas (v.g., AVC, oncologia, doentes crónicos, pluripatologias, cuidados paliativos), com prestação de cuidados mais integrados, com maior previsão de continuidade de cuidados e com maior envolvente multidisciplinar, privilegiando a cooperação e a melhoria da articulação com outras unidades de cuidados primários e hospitalares do SNS. Visa-se também proceder à revisão dos processos assistenciais tendo em vista melhorar a sua resolatividade, designadamente nas componentes consultas externas/MCDT/exames especiais e Hospital de Dia/MCDT. Propõe-se continuar a privilegiar, como alternativa ao internamento convencional, a prestação de cuidados em ambulatório – consolidando a cirurgia de ambulatório, reforçando o Hospital de Dia e inovando com a hospitalização domiciliária – e objetiva-se reduzir a procura inapropriada da urgência.

**c) Uma nova visão de cooperação interinstitucional.**

Dada a posição do CHL no contexto do sistema hospitalar do SNS – fazendo fronteira assistencial com os cuidados primários através dos ACES da área de influência, com um centro hospitalar mais diferenciado com o qual se articula em termos de referência ascendente, e com múltiplas unidades de cuidados continuados –, tem-se como propósito desenvolver uma nova visão de cooperação interinstitucional, reforçando a proximidade organizacional, a complementaridade funcional e a partilha de recursos e processos, de modo a melhorar a articulação entre as várias instituições ou estruturas operacionais e os resultados da sua atividade – particularmente nos dois níveis de cuidados (primários e hospitalares mais diferenciados) que mais condicionam o funcionamento e o desempenho do CHL. Estes objetivos conseguir-se-ão através da promoção de políticas conjuntas de cooperação e do estabelecimento efetivo de mecanismos específicos de articulação estratégica e operacional, prioritariamente nos seguintes domínios: referência de doentes, acompanhamento integrado de doentes específicos (v.g. doentes crónicos), gestão de altas e encaminhamento planeado de doentes, investigação clínica partilhada, cooperação na atualização científica e na formação profissional, cedência e partilha de recursos humanos, acessibilidade privilegiada a MCDT diferenciados, descentralização da realização de atividades assistenciais.

**d) Um novo modelo de gestão.**

Revisão do modelo de gestão interna do CHL, melhorando o sistema de contratualização interna em vigor e atribuindo maior autonomia às estruturas intermédias de gestão, visando, num quadro de acrescida motivação, cooperação e responsabilização dos dirigentes e profissionais das estruturas operacionais, a melhoria da gestão dos processos operacionais, e a obtenção de ganhos nos resultados da prestação de cuidados em termos de qualidade, acessibilidade e eficiência. Neste sentido, e tendo presente a Portaria 330/2017, de 31 de outubro, que regulamenta os Centros de Responsabilidade Integrada (CRI), importa avaliar a possibilidade de proceder à criação de estruturas intermédias deste tipo, com vista à renovação do modelo e dos processos de gestão interna do CHL, dadas as potencialidades deste instrumento gestor inovador na consecução de melhorias significativas no desempenho organizacional do CHL.

#### **e) Uma nova exigência de meios e de recursos.**

A circunstância do CHL ter visto aumentar de forma significativa as suas responsabilidades assistenciais perante o alargamento da população servida, enquanto a evolução dos seus meios e recursos estiveram longe de acompanhar o crescimento das necessidades servidas, conduziu, como se observou no ponto 1 relativo à situação atual do CHL, a que esta instituição se confronte com meios e recursos claramente abaixo do referencial para a população servida, o que está na origem da sua incapacidade operacional para satisfazer plena e atempadamente as necessidades dos cidadãos da sua área de influência. Adicionalmente, perspetiva-se, com a aprovação das RRH, a atribuição ao CHL de novas especialidades e a consolidação e alargamento das suas responsabilidades assistenciais atuais. Por estas razões, o reforço de meios e recursos (desde camas e médicos especialistas até muitos outros fatores produtivos) constitui condição essencial e prioritária do desenvolvimento estratégico do CHL. Volvidos seis anos da criação do CHL, é indispensável integrar numa nova visão para o CHL o reforço e atualização dos seus meios e recursos, tornando a instituição capacitada, com qualidade e acessibilidade, para servir a totalidade da população da sua área de influência, contrariando a dúvida que se instala nos cidadãos sobre as vantagens da criação do CHL, tendo em conta as limitações ou insuficiências que caracterizam a situação atual.

## **5. Linhas de orientação estratégica 2018-2022**

Considerando a situação atual com que o Centro Hospitalar se confronta, e o quadro de desafios e de oportunidades que se identificaram, apresentam-se de seguida, agrupadas em oito eixos, as principais linhas de orientação estratégica para o horizonte 2018-2022, que incorporam também uma renovada e atualizada visão para esta instituição:

**Eixo Estratégico 1 – O CHL como unidade hospitalar de referência de toda a população da sua área de influência**

### Objetivos

- i. Dispor de capacidade operacional (camas e outras instalações e equipamentos) plenamente compatível com as necessidades da população servida;
- ii. Assegurar o acesso atempado aos cuidados de toda a população que servimos, tendo por referência os Tempos Máximos de Resposta Garantidos (TMRG) legalmente estabelecidos;
- iii. Adequar a prestação de cuidados às necessidades da população que servimos, evitando a procura alternativa de cuidados hospitalares noutras instituições hospitalares;
- iv. Prestar cuidados com recurso a equipas multidisciplinares focadas no doente.

### Medidas e ações

- i. Organizar estruturas clínicas para gestão e prestação de cuidados específicos em patologias mais comuns e de grande casuística, com abordagem multidisciplinar integrada e programas assistenciais com forte componente de continuidade de cuidados (ex.: AVC, oncologia, doentes crónicos,...);
- ii. Criar unidades de internamento de doentes com pluripatologias, dotadas de equipas pluridisciplinares com qualificações e competências apropriadas;
- iii. Criar equipas dedicadas no Serviço de Urgência com vínculo permanente ao CHL, e com reforço das valências médicas de apoio nele disponíveis (quer através do alargamento da cobertura das especialidades existentes, quer pela inclusão de novas especialidades mais diferenciadas), evitando nalguns casos a transferência para hospitais com urgência polivalente.

**Eixo Estratégico 2 – Um CHL reforçado nas suas funções assistenciais**, dotado de novas especialidades médicas, e com consolidação e alargamento da sua carteira de serviços

#### Objetivos

- i. Diferenciar e diversificar a prestação de cuidados nas valências já existentes;
- ii. Alargar a carteira de serviços disponível, em linha com o preconizado nas Redes de Referência Hospitalar, ou com a realidade populacional da área de influência.

#### Medidas e ações

- i. Criar uma Unidade de Angiologia e Cirurgia Vascular, em articulação com o CHUC;
- ii. Criar um Serviço de Doenças Infeciosas, com a classificação de “Hospital Local”, em articulação com o CHUC (poderá existir uma fase transitória, prévia à criação do Serviço, em que apenas serão colocados especialistas da Infeciologia no CHL);
- iii. Criar uma Unidade de Cuidados Intermédios, sob a responsabilidade da Medicina Intensiva;
- iv. Criar um Polo Assistencial de Nefrologia, para ambulatório externo e consultoria interna, em articulação com as unidades existentes no CHUC;
- v. Criar um Serviço de Reumatologia, essencialmente centrado no ambulatório, mas que deverá ter acesso a internamento, hospital de dia, laboratório, imagiologia e reabilitação;
- vi. Criar uma consulta descentralizada de VIH;
- vii. Reforçar as funções assistenciais do Serviço de Oncologia Médica, com capacidade para realizar consultas multidisciplinares para patologias mais frequentes, internamentos e atendimentos não programados e apoio à urgência;
- viii. Reforçar as funções assistenciais do Serviço de Otorrinolaringologia, incluindo serviço de urgência com equipa de dois elementos das 8-22h;
- ix. Reestruturar o internamento, considerando as seguintes necessidades:
  - a. Atribuição de camas à especialidade de Angiologia e Cirurgia Vascular (sete a 11 camas) e Oncologia Médica (10 a 13 camas);
  - b. Criação de uma unidade de cuidados intermédios (seis a 12 camas);
  - c. Criação de uma área para Infeciologia com três isolamentos respiratórios de barreira;
  - d. Reforço da lotação da unidade de cuidados intensivos (em três camas).

**Eixo Estratégico 3 – Um CHL dotado das instalações e equipamentos necessários** ao desempenho das suas renovadas funções assistenciais

#### Objetivos

- i. Viabilizar o redimensionamento, a remodelação ou a modernização das instalações e equipamentos afetos a atividades assistenciais relevantes ou estratégicas no processo de expansão, diferenciação ou melhoria da prestação de cuidados do Centro Hospitalar;

- ii. Melhorar as condições de conforto e humanização dos espaços hospitalares, especialmente daqueles afetos ao acolhimento, tratamento ou internamento de doentes;
- iii. Garantir a modernização e o desenvolvimento do sistema de informação e de gestão do Centro Hospitalar, potenciando ganhos nos processos de planeamento, de afetação de recursos, de gestão de processos e de tomada de decisões e de avaliação de resultados;
- iv. Manter atualizado o potencial técnico do Centro Hospitalar, designadamente nas áreas diretamente relacionadas com a prestação de cuidados de saúde, através da realização de amplo plano de investimentos de substituição de equipamentos com obsolescência técnica e funcional, e de redimensionamento, remodelação ou modernização das instalações.

#### Medidas e ações

- i. Obter capacidade de financiamento para executar o plano de investimento de substituição de equipamentos em obsolescência técnica e de expansão e inovação dos meios técnicos, através da construção de instalações e a aquisição de equipamentos. Destacam-se as seguintes obras, pelo impacto que terão ao nível do reforço da capacidade instalada, e adequação das instalações às necessidades assistenciais:
  - a. Expansão da Consulta Externa no HSA;
  - b. Alteração do Bloco Operatório no HSA;
  - c. Remodelação e expansão do Serviço de Urgência Geral do HSA;
  - d. Remodelação e ampliação do Hospital de Dia no HSA;
  - e. Recuperação do Bloco Ambulatório no HDP;
  - f. Alargamento da Consulta Externa no HDP;
  - g. Ampliação do Auditório do HSA;
  - h. Expansão do internamento no HSA;
  - i. Criação de Unidade de Cuidados Paliativos no HABLO;
  - j. Criação de Unidade de Cuidados de Convalescença no HDP.

**Eixo Estratégico 4 – Um CHL mais articulado com as unidades prestadores de cuidados do SNS da sua região**

#### Objetivos

- i. Responder à totalidade das necessidades da população que servimos (apenas tratamos 80 a 85% das patologias da nossa área de influência), garantindo uma adequada articulação com os hospitais mais diferenciados, nomeadamente com o CHUC;
- ii. Promover uma articulação efetiva com os Cuidados de Saúde Primários, com vista à obtenção de ganhos em saúde e a uma prestação de serviços eficiente;
- iii. Promover uma articulação efetiva com a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), assente em processos expeditos e eficientes para referência e orientação hospitalar para continuidade de cuidados;
- iv. Capacitar o CHL para responder internamente à necessidade de cuidados continuados dos doentes tratados, nomeadamente ao nível dos cuidados paliativos e dos cuidados de convalescença.

#### Medidas e ações

- i. Reforçar a cooperação interinstitucional com unidades hospitalares altamente diferenciadas (CHUC, especialmente) através da revisão ou elaboração de protocolos formais, nomeadamente nas seguintes áreas:
  - a. Delimitação de responsabilidades assistenciais referentes à população da área de influência do CHL;

- b. Referenciação ascendente-descendente de doentes, que assegure a aplicação das normas previstas nas redes de referenciação aprovadas ou baseadas em regras de boas práticas clínicas;
- c. Definição de mecanismos de acesso privilegiado a MCDT diferenciados;
- d. Partilha de recursos humanos especializados, particularmente médicos, com vista a colmatar áreas assistenciais carenciadas, à transferência de competências assistenciais ou a integrar equipas multidisciplinares específicas;
- e. Colaboração na atualização científica, técnica e profissional;
- ii. Promover, em conjunto com os Cuidados de Saúde Primários, novas soluções de articulação funcional que garantam uma referenciação eficaz de doentes entre instituições e uma efetiva integração e continuidade de cuidados, e que incrementem a sua complementaridade, nomeadamente:
  - a. Referenciação clínica de doentes por especialidade;
  - b. Gestão e acompanhamento integrado de doentes específicos (ex.: doentes crónicos);
  - c. Gestão de altas e encaminhamento planeado de doentes;
  - d. Investigação clínica partilhada;
  - e. Cooperação na atualização científica e na formação profissional;
  - f. Cedência e partilha de recursos humanos;
  - g. Descentralização da realização de atividade assistenciais;
- iii. Criar, com a equipa de gestão de altas, mecanismos adequados que promovam a sinalização e posterior referenciação dos doentes para a RNCCI, o mais atempadamente possível, evitando o protelamento das altas enquanto se aguarda pela colocação na Rede;
- iv. Criar uma Unidade de Cuidados Paliativos no Hospital de Alcobaça Bernardino Lopes de Oliveira, possibilitando o acesso a cuidados paliativos aos cidadãos do distrito de Leiria, aproximando os cuidados de saúde das populações, e melhorando a equidade de acesso e racionalização na localização deste tipo de cuidados. A criação desta Unidade passará pela reconversão da atual capacidade de internamento de cirurgia geral em cuidados paliativos;
- v. Criar uma Unidade de Internamento de Convalescença no Hospital Distrital de Pombal possibilitando o acesso a cuidados de convalescença aos cidadãos do distrito de Leiria e contribuindo para a promoção de uma rede de prestação de cuidados de proximidade. A criação desta Unidade passará pela reconversão da atual capacidade de internamento de cirurgia geral em cuidados de convalescença.

**Eixo Estratégico 5 – Um CHL inovador na prestação e com melhores cuidados, evoluindo para menos internamento e mais cuidados ambulatoriais e domiciliários**

Objetivos

- i. Consolidar o setor ambulatorial como área prioritária do desenvolvimento assistencial, através de uma política de promoção da utilização de alternativas ao internamento convencional, atendendo às vantagens clínicas e económicas que lhe estão associadas, a par da maior utilidade e satisfação que proporcionam aos doentes, nomeadamente:
  - a. Reforço da ambulatorização dos cuidados cirúrgicos no HSA, mas também no HABLO e HDP;
  - b. Redução dos internamentos cirúrgicos no HABLO e HDP;
  - c. Aumento e diversificação da atividade em Hospital de Dia;
  - d. Aposta no serviço domiciliário e hospitalização domiciliária;
  - e. Aposta nas teleconsultas em articulação com unidades hospitalares mais diferenciadas.

Medidas e ações

- i. Alterar o Bloco Central no HSA, com o objetivo de adaptar parte desse espaço para utilização pela Cirurgia de Ambulatório, com conseqüente reforço da capacidade de resposta;

- ii. Aumentar a atividade cirúrgica no bloco ambulatorio do HABLO, nomeadamente na Cirurgia Geral, Dermatologia e Ortopedia, bem como iniciar atividade de outras especialidades como a Ginecologia e a Urologia;
- iii. Recuperar o Bloco Ambulatorio no HDP, com o objetivo de retomar a atividade cirúrgica de Cirurgia Geral e iniciar atividade de outras especialidades como Dermatologia, Ortopedia, Ginecologia e Urologia;
- iv. Ampliar e adaptar o Hospital de Dia do HSA para assegurar o aumento da atual atividade assistencial, bem como a diversificação dos cuidados, nomeadamente através da utilização deste espaço para administração de terapêutica em doentes que permanecem internados apenas para esse fim, ou como alternativa de atendimento orientado de doentes crónicos descompensados;
- v. Alargar o âmbito da prestação de cuidados domiciliários, abrangendo outros doentes em situação de dependência que não necessitam de internamento, na sequência de um episódio de internamento ou em alternativa a este, para os casos em que se verifique que o doente, no seguimento de uma consulta ou de um episódio de urgência, pode ser assistido no seu domicílio;
- vi. Criar uma Unidade de Hospitalização Domiciliária, que se caracterize pela prestação de cuidados no domicílio a doentes agudos, cujas condições biológicas, psicológicas e sociais o permitam;
- vii. Alargar o âmbito da realização de consultas com recurso à telemedicina a mais especialidades, como Oncologia, Neurologia, Cardiologia e Pneumologia.

#### **Eixo Estratégico 6 – Um CHL com mais qualidade na organização e nos processos**

##### Objetivos

- i. Continuar a apostar na qualidade global da organização e dos procedimentos assistenciais;
- ii. Certificar áreas assistenciais específicas.

##### Medidas e ações

- i. Manter a atribuição pela JCI da acreditação do CHL;
- ii. Criar protocolos de atuação clínica que promovam uma resposta mais objetiva, eficiente e eficaz a diferentes situações clínicas específicas, com consequente aumento da segurança e qualidade os cuidados prestados;
- iii. Desenvolver políticas centradas nas necessidades, conforto e segurança dos doentes, e na prestação de serviços de qualidade com prontidão;
- iv. Iniciar o processo de certificação nas seguintes áreas (tendo por base o Modelo de Certificação do Ministério da Saúde):
  - a. Centros de Referência;
  - b. Serviço de Patologia Clínica;
  - c. Serviço de Anatomia Patológica;
  - d. Serviço de Sangue;
  - e. Serviço de Imagiologia.

#### **Eixo Estratégico 7 – Um CHL com recursos humanos motivados, nas quantidades necessárias e com as qualificações e competências apropriadas**

##### Objetivos

- i. Apostar num quadro técnico com elevadas qualificações e competências profissionais;
- ii. Atrair e manter recursos humanos especializados;
- iii. Dotar os serviços com os efetivos necessários e com as qualificações adequadas ao pleno desempenho do plano de atividades, enquanto requisito de qualidade da prestação de cuidados de saúde;
- iv. Incentivar o desenvolvimento de programas de promoção de investigação e desenvolvimento.

### Medidas e ações

- i. Promover a formação e a atualização científica, técnica e profissional, através de Planos de Formação que apostem em áreas do conhecimento diferenciadas e que sejam adequados às necessidades assistenciais;
- ii. Renovar o projeto hospitalar do CHL, com ampliação, diversificação e diferenciação da capacidade assistencial;
- iii. Oferecer condições de trabalho estáveis e apelativas e de desenvolvimento de carreira profissional;
- iv. Recrutar os profissionais necessários em função da evolução das necessidades dos planos assistenciais aprovados;
- v. Apoiar e fomentar a realização de atividades de investigação e de inovação no CHL, através do Centro de Investigação.

### **Eixo Estratégico 8 – Um CHL com sustentabilidade económica e financeira**

#### Objetivos

- i. Estabelecer uma política de gestão prudente, baseada no controlo de custos e na racionalidade dos investimentos, tendo em vista garantir o equilíbrio de exploração e a solvabilidade da instituição, assegurando, por meios próprios ou contratualizados, o financiamento das atividades correntes e de investimento, de acordo com os instrumentos previsionais de gestão aprovados;
- ii. Potenciar a eficiência operacional, promovendo uma adequada afetação de recursos, assegurando processos de produção alinhados com as melhores práticas e incentivando a melhoria na utilização de recursos;
- iii. Potenciar os resultados da prestação de cuidados, melhorar a acessibilidade e a qualidade dos serviços prestados;
- iv. Assegurar o adequado registo dos procedimentos assistenciais, a respetiva faturação às entidades responsáveis, e a promoção de cobranças atempadas.

#### Medidas e ações

- i. Centralizar a atividade mais diferenciada e exigente no HSA e descentralizar as funções assistenciais centradas no ambulatório no HABLO e HDP;
- ii. Rever o modelo de gestão interna do CHL, melhorando o sistema de contratualização interna em vigor, e atribuindo maior autonomia às estruturas intermédias de gestão;
- iii. Criar estruturas dotadas de maior autonomia na gestão de recursos e na prestação de serviços – Centros de Responsabilidade Integrada – com vista à melhoria do desempenho organizacional do CHL;
- iv. Reforçar o papel da auditoria interna por forma a garantir melhoria da adequação e da eficácia dos procedimentos de controlo interno existentes;
- v. Desenvolver e adotar mecanismos que assegurem o adequado registo dos procedimentos assistenciais e consequente processo de codificação clínica;
- vi. Criar mecanismos mais eficazes de monitorização do processo de faturação e cobrança;
- vii. Implementar projetos baseados no *Lean Thinking*, mais especificamente, *Lean Healthcare*, que visam a melhoria contínua e a otimização dos processos e de recursos, através da redução principalmente do desperdício com consequente aumento da produtividade;
- viii. Criar mecanismos que visem a otimização da gestão dos recursos humanos, nomeadamente ao nível da sua reafectação, tendo como linha orientadora os níveis de produtividade dos hospitais com melhores resultados no *benchmarking* hospitalar;
- ix. Aumentar as receitas extra Contrato Programa, nomeadamente através de:
  - a. Criação de condições para captar doentes que se encontram em lista de espera noutros hospitais;

- b. Cobrança atempada e efetiva da atividade realizada a utentes cuja responsabilidade financeira está atribuída a seguradoras ou a outras entidades terceiras responsáveis;
- c. Participação em ensaios clínicos;
- d. Prestação de serviços (v.g. em MCDT com capacidade excedentária) a entidades externas;
- e. Desenvolvimento de projetos de turismo de saúde.