



Tribunal de Contas



Auditoria de Resultados

Hospital Distrital de
Santarém, EPE

Relatório n.º 21/06 – 2ªS
Processo n.º 32/05-Audit



Q.

ÍNDICE

FICHA TÉCNICA.....	2
GLOSSÁRIO.....	3
RELAÇÃO DE SIGLAS.....	6
I. SUMÁRIO EXECUTIVO.....	7
1.1 – INTRODUÇÃO.....	7
1.1.1 – Natureza, Âmbito e Objectivos de Auditoria.....	7
1.1.2 – Enquadramento Geral.....	7
1.1.3– Condicionantes da Acção.....	9
1.1.4– Audição dos Responsáveis.....	9
1.2 – CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES.....	9
1.2.1– Conclusões.....	9
1.2.2– Recomendações.....	14
II.- RELATÓRIO.....	15
2.1 – AVALIAÇÃO DO DESEMPENHO.....	15
2.1.1 – Avaliação da Eficácia.....	15
2.1.2– Avaliação da Eficiência e da Adequação da Oferta à Procura.....	18
2.1.2.1 – CONSULTA EXTERNA.....	18
2.1.2.2 – INTERNAMENTO.....	19
2.1.2.3 – ACTIVIDADE CIRÚRGICA.....	20
2.1.2.4 – URGÊNCIA.....	22
2.1.3– Avaliação da Equidade no Acesso.....	23
2.1.4 – Avaliação da Qualidade.....	23
2.1.4.1– INDICADORES TÉCNICOS DE QUALIDADE.....	23
2.1.4.2 – RECLAMAÇÕES AO GABINETE DO UTENTE.....	26
2.2 – RECURSOS UTILIZADOS PELO HOSPITAL.....	26
2.2.1 – Recursos Humanos.....	26
2.2.2 – Recursos Financeiros.....	27
2.3 – ANÁLISE DA SITUAÇÃO ECONÓMICO-FINANCEIRA.....	30
2.3.1 – Défice/Excedente Financeiro e Económico.....	30
2.3.2– Endividamento.....	31
2.3.2.1– ENDIVIDAMENTO FINANCEIRO.....	32
2.3.2.2– REGULARIZAÇÕES DE PASSIVOS.....	32
2.3.3– Custos e Proveitos.....	32
2.3.4 – Balanço e Estrutura Patrimonial.....	34
2.3.5– Indicadores Económico Financeiros.....	35
2.3.6– Conclusão.....	35
III- REFERÊNCIAS FINAIS.....	36
3.1– RELAÇÃO DE RESPONSÁVEIS.....	36
3.2 – COLABORAÇÃO PRESTADA.....	36
3.3 – EMOLUMENTOS.....	36
IV- DETERMINAÇÕES FINAIS.....	36
ANEXOS	

FICHA TÉCNICA

RELATÓRIO DE AUDITORIA AO HDS

	Nome	Categoria/ Departamento Auditoria	Qualificação Académica
Coordenação Geral	Ana Maria Bento	Auditora – Coordenadora – DA – VI	Licenciada em Direito
	Maria Isabel Viegas	Auditora – Chefe – DA – VI. 1	Licenciada em Organização e Gestão de Empresas
Equipa Técnica	Elisa Ferro Ponte	Auditora – DA – VI. 1	Licenciada em Economia
	Ana Bravo de Campos	Auditora – DA – VI. 1	Licenciada em Direito
	Madalena Baeta	Técnica Verificadora Superior Principal – DA – VI. 1	Licenciada em Economia



Q.

GLOSSÁRIO

Área Geográfica – Área do Distrito a que o hospital pertence.

Cirurgia Programada ou Electiva – Cirurgia efectuada com data de realização previamente marcada.

Cirurgia Urgente – Cirurgia efectuada sem data de realização previamente marcada, por imperativo da situação clínica.

Compromissos assumidos^{}** – importâncias correspondentes às obrigações constituídas, independentemente da concretização do seu pagamento no próprio exercício.

Consulta médica – Acto de assistência prestado por um médico a um indivíduo, podendo consistir em observação clínica, diagnóstico, prescrição terapêutica, aconselhamento ou verificação da evolução do seu estado de saúde.

Consulta Subsequente – Consulta médica, em Hospitais, que deriva da primeira, para verificação da evolução do estado do doente, administração terapêutica ou preventiva.

Défice Financeiro do Exercício – (Receita Cobrada do Exercício) – (Despesa total do Exercício).

Défice Financeiro Acumulado – (Défice Financeiro do Exercício) + (Défice Financeiro de anos anteriores).

Défice Financeiro Total – (Défice Financeiro Acumulado) + (Despesa não relevada na contabilidade).

Défice Económico do Exercício – (Receita Total do exercício + Receita total de anos anteriores) – (Despesa total do exercício + Despesa total de anos anteriores (Fluxo económico)).

Défice Económico Total – (Défice Económico do Exercício) + (Despesa não relevada na contabilidade).

Demora Média – Expressa o número médio de dias de internamento hospitalar por doente saído num período de tempo. É dada pela razão entre o total de dias de internamento dos doentes saídos e o total dos doentes saídos.

Dias de Internamento - Total de dias utilizados por todos os doentes internados, nos diversos serviços de um estabelecimento de saúde com internamento, num determinado período, exceptuando-se os dias em que ocorreram as altas desse estabelecimento de saúde (nesta contagem não são incluídos os dias de estada em berçário ou em serviço de observação de serviço de urgência).

Doentes equivalentes – Um doente equivalente corresponde a um conjunto de dias de internamento igual à demora média do respectivo GDH. Um episódio de curta duração é convertido em equivalente dividindo os dias de internamento pela demora média do respectivo GDH. Para a conversão de um episódio de longa duração em doentes equivalentes considera-se, para além de um doente equivalente, o rácio entre 60% dos dias de internamento decorridos entre o limiar superior e o limiar máximo e a demora média do respectivo GDH.

Fonte: Glossário de Conceitos para Produção Estatísticas em Saúde da Direcção – Geral de Saúde.

^{**} Fonte: Plano Oficial de Contabilidade do Ministério da Saúde - POC MS.

Fonte: Glossário do Relatório de Auditoria nº10/03 – 2ª – Auditoria à Situação Financeira do SNS.

Fonte: Contratos – Programas celebrados entre o representante do MS - (IGIF) e o HDS nos anos de 2003 e 2004.

Doentes saídos do Internamento – Total anual de doentes que deixaram de permanecer no respectivo serviço de acordo com as seguintes situações: alta ou transferência para outro hospital e óbito.

Doentes Socorridos – Número de doentes submetidos a observação médica no serviço de urgência classificados segundo o seu destino (alta, observação no SO, transferência para internamento, referenciação para outro hospital e óbito).

Endividamento – Valor total das dívidas em determinado momento que no fim do exercício é indicado no Passivo do Balanço, compreendendo as dívidas a curto prazo e as dívidas a médio e longo prazo.

Equidade no Acesso a Serviços de Saúde – Igualdade de oportunidade de qualquer cidadão ter acesso aos cuidados de saúde de um hospital.

Grupo de Diagnóstico Homogéneo+ – Sistema de classificação de doentes internados em hospitais de agudos, em classes clinicamente coerentes e homogéneas, do ponto de vista do consumo de recursos. Estas classes são definidas a partir de um conjunto de variáveis que caracteriza, clinicamente, os doentes e que explicam os custos associados à sua estadia no hospital – diagnósticos, intervenções cirúrgicas e outros actos médicos relevantes.

Índice de Case – Mix (ICM) – Consiste no coeficiente global de ponderação da produção, reflectindo a relatividade de um hospital face a outros, em termos da sua maior ou menor proporção de doentes com patologias complexas e, conseqüentemente, mais consumidoras de recursos humanos, técnicos e financeiros.

Este índice determina-se calculando o rácio entre o número de doentes equivalentes ponderados pelos pesos dos respectivos GDH e o número de GDH de elevado peso relativo, face ao padrão nacional que é, por definição igual a 1.

O número de doentes equivalentes é o total de episódios de internamento que se obtém após a transformação dos dias de internamento dos episódios excepcionais e dos doentes transferidos de cada GDH, em conjunto “equivalentes”, ao tempo médio de internamento dos episódios “normais” do respectivo GDH.

Intervenção Cirúrgica / Cirurgia – Um ou mais actos operatórios com o mesmo objectivo terapêutico e/ou diagnóstico, realizado(s) por cirurgião(ões) em sala operatória, na mesma sessão, sob anestesia geral, ou local, com ou sem presença de anestesista.

Lista de espera – Número de doentes do sistema de saúde, geralmente em hospitais, que aguardam a realização, não urgente, de consulta, exame, tratamento, operação ou procedimento especial.

Lotação Praticada – Número de camas disponíveis e apetrechadas para internamento imediato de doentes, contadas num serviço de saúde. **Nota 1:** Excluem-se as camas do berçário, do serviço de observações, do SAP, do recobro e dos hospitais de dia, nomeadamente da hemodiálise.

Médicos em Tempo Completo – Corresponde a 35 horas semanais por médico (ou seja os diversos horários dos médicos são convertidos ao horário de 35 horas).

Objectivos de Convergência – Metas de custos × explicitadas em anexo ao Contrato – Programa, destinadas a aproximarem as unidades de saúde do SNS entre si na utilização de recursos e a promover níveis de eficiência mais elevados.

Fonte: Glossário de Conceitos para Produção de Estatísticas em Saúde da Direcção – Geral de Saúde.

Fonte: Dicionário de Gestão de Henri Tezenas du Montcel.

Fonte: Relatório sobre Avaliação do Modelo de Gestão Empresarial Adoptado no Serviço Nacional de Saúde - Equipa de Investigadores do Gabinete de Análise Económica da Faculdade de Economia, Universidade Nova de Lisboa.

Fonte: Informação de retorno do IGIF – 2003 e 2004.

Primeira Consulta – Consulta médica em que o utente é examinado pela primeira vez e referente a um episódio de doença.

Procura Desviada – Número de doentes residentes na área de influência do hospital que foram atendidos por outros hospitais da mesma área geográfica.

Produção contratada – Prestações de saúde contratadas pelo Hospital com o MS, de que o hospital é responsável e se obriga a assegurar no contexto do Serviço Nacional de Saúde.

Produção Marginal – Desvios da produção hospitalar face aos valores contratados.

Taxa de Ocupação – É dada pela razão entre o número de dias de internamento do período (1 de Janeiro a 31 de Dez.) e a capacidade de internamento (lotação do hospital ou serviço) multiplicada por 365 dias.

Transferências – Saída de doentes de um estabelecimento de Saúde transitando para outra Unidade de Saúde.

Valor de Convergência – Pagamento extraordinário temporário destinado a compensar os hospitais SA/EPE das obrigações no contexto do Serviço Público de Saúde, tendo em conta o desvio entre custos unitários obtidos e os preços fixados por linha de produção.

Fonte: Nº 1 da cláusula 6ª do Contrato – Programa celebrado entre o representante do MS - (IGIF) e o HDS no ano 2003 e nº 1 da cláusula 5ª do Contrato – Programa celebrado em 2004.

*Explicitadas em anexo ao Contrato – Programa em que se quantificam montantes para as rubricas de salários, horas extraordinárias, CMVC e Fornecimentos. De acordo com informação do IGIF (Departamento de Desenvolvimento de Sistemas de Financiamento e de Gestão) sobre a metodologia fixada para tabelas de preços e plano de convergência dos hospitais, “ a introdução de uma tabela de preços única para o financiamento dos cuidados diferenciados aplicável a todos os prestadores revela-se problemática, atendendo a que estes apresentam custos unitários de produção muito diferentes”, pelo que...”torna-se necessário criar um mecanismo adicional que permita assegurar a convergência progressiva dos hospitais mais ineficientes...”.

Explicitadas no Anexo aos contratos programa.

Fonte: Glossário de Conceitos para Produção de Estatísticas em Saúde da Direcção – Geral de Saúde.

Fonte: Nº 2 da cláusula 6ª do Contrato – Programa celebrado entre o representante do MS - (IGIF) e o HDS no ano 2003 e nº 1 da cláusula 5ª do Contrato – Programa celebrado em 2004.

RELAÇÃO DE SIGLAS

SIGLAS	DESIGNAÇÃO
CA	Conselho de Administração
CIT	Contrato Individual de Trabalho
EPE	Entidade Pública Empresarial
ETC	Em Tempo Completo
GCD	Grandes Categorias de Diagnóstico
GDH	Grupo de Diagnóstico Homogéneo
HDS	Hospital Distrital de Santarém
IGIF	Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde
MS	Ministério da Saúde
OE	Orçamento do Estado
OP	Orçamento Programa
PCI	Prémio de Contribuição Individual
PECLEC	Programa Especial de Combate às Listas de Espera Cirúrgicas
POCMS	Plano Oficial de Contabilidade do Ministério da Saúde
RCM	Resolução de Conselho de Ministros
SA	Sociedade Anónima
SIGA	Sistema de Informação de Gestão e Avaliação
SNS	Serviço Nacional de Saúde
SPA	Sector Público Administrativo
UM	Unidade de Missão

I. SUMÁRIO EXECUTIVO

1.1 - INTRODUÇÃO

1.1.1 – Natureza, Âmbito e Objectivos de Auditoria

A presente acção consubstancia uma auditoria de resultados ao Hospital Distrital de Santarém (HDS), orientada à análise quantitativa e qualitativa do desempenho no período de 2003 e 2004 e à análise comparada com período anterior (2000 -2001) à transformação do hospital em sociedade anónima e relativamente ao qual incidiu uma auditoria de gestão do Tribunal de Contas¹,

Os objectivos gerais e específicos da acção foram os que se indicam:

Objectivos Gerais	Objectivos Específicos
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Avaliar a eficácia da gestão nos anos de 2003 e 2004 e comparar com a verificada nos anos de 2000 e 2001. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Apurar o grau de prossecução dos objectivos fixados nos Planos de Actividades e os desvios do contratado face ao realizado no âmbito do SNS. ➤ Comparar a eficácia da gestão nos anos 2003 e 2004 com os anos de 2000 e 2001
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Avaliar a eficiência da actividade hospitalar, em 2003 e 2004 e comparar com os resultados obtidos em 2000 e 2001, enquanto hospital SPA, ao nível da produção e produtividade (nas áreas seleccionadas) e no contexto dos hospitais SA. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Avaliar a eficiência ao nível da aplicação dos recursos financeiros e humanos, apurando a sua evolução face a período anterior. ➤ Efectuar uma análise comparativa da produção de 2003 e 2004 face a 2000 e 2001. ➤ Confirmar alguns dados constantes do Tableau de Bord da U M
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Avaliar eventuais ganhos de saúde quanto à qualidade dos serviços prestados. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Analisar indicadores técnicos de qualidade produzidos pelo IGIF, relativos a 2003 e 2004, avaliando a sua evolução face a período anterior e no contexto dos Hospitais Nacionais e do Grupo. ➤ Apurar o grau de satisfação dos utentes através das reclamações do Gabinete do Utente.
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Aferir da capacidade de resposta do hospital e verificar se foi acautelado o princípio da universalidade do acesso 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Verificar a existência de adequada oferta de serviços assistenciais à procura de cuidados de saúde da população abrangida pelo hospital. ➤ Verificar a existência de desvio de doentes e o seu peso no total da actividade. ➤ Apurar a representatividade dos utentes do SNS no total dos atendimentos de cada área de actividade.
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Avaliar a situação económico - financeira e o cumprimento das responsabilidades financeiras herdadas e verificar se o capital social foi integralmente realizado. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Apurar o resultado do exercício de 2003 e 2004 e a dívida a fornecedores e a instituições do SNS. ➤ Confirmar a realização do capital social. ➤ Avaliar a estrutura dos custos e a sua evolução. ➤ Analisar o balanço e a estrutura patrimonial. ➤ Verificar a regularização das dívidas a terceiros herdada pelo hospital na passagem a SA, apurando se existiram transferências extraordinárias. ➤ Apurar indicadores económico-financeiros e o endividamento junto de instituições de crédito. ➤ Verificar se o capital social financiou despesas correntes.

A auditoria foi realizada de acordo com normas e procedimentos internacionais de auditoria, acolhidos no “Manual de Auditoria e de Procedimentos” do Tribunal de Contas e constantes do Plano Global de Auditoria e do Programa de Trabalhos aprovados, tendo sido utilizadas as metodologias que se indicam no anexo I.

1.1.2 – Enquadramento Geral

O actual regime jurídico da gestão hospitalar foi definido pela Lei n.º 27/2002, de 8 de Novembro, que procedeu à primeira alteração à Lei n.º 48/90, de 24 de Agosto, estabelecendo que os hospitais integrados na rede de prestação de cuidados de saúde podiam revestir a figura jurídica de sociedades anónimas de capitais exclusivamente públicos (cfr. alínea c) do n.º 1 do art.º 2º). Com a publicação da referida lei, o processo designado de «empresarialização hospitalar» ganhou vida, decorrendo, ainda, deste diploma a adopção de um novo estatuto para os hospitais, bem como um novo modelo de gestão, de contratação e financiamento das prestações de saúde.

¹Cfr Relatório de Auditoria n.º 44/03.

A transformação do Hospital Distrital de Santarém (HDS) em sociedade anónima (SA)² de capitais exclusivamente públicos, ocorreu em 11 Dezembro de 2002, através do Decreto-Lei n.º 302/2002³, tendo o capital social subscrito sido realizado em 25 de Fevereiro de 2003, o que contraria o n.º 1 do referido decreto, que estipula que “o capital encontra-se integralmente subscrito e realizado à data da publicação do diploma”. As repercussões desta situação encontram-se analisadas no ponto 2.3.4.

A referida transformação do hospital introduziu alterações na forma de financiamento dos serviços prestados no âmbito do SNS, ficando esta a depender da produção contratada e dos objectivos de convergência.

Em 2003 e 2004 foram celebrados contratos - programa entre o Presidente do IGIF, na qualidade de representante do MS, e o hospital, nos termos do art.º 24 dos seus Estatutos.

A transformação do HDS em sociedade anónima conduziu, em primeira linha, à criação de um novo modelo organizacional que garantisse uma gestão descentralizada, envolvendo nos processos de tomada de decisão os vários níveis de responsabilidade. Para a prossecução deste objectivo, o hospital utilizou como instrumento um novo Regulamento Interno em que “...centra na figura do Director de Serviços um vasto conjunto de competências e responsabilidades, tornando-o efectivo gestor de nível intermédio na Organização, apostando na Departamentação dos Serviços”. Na área do aprovisionamento, o Regulamento do HDS estabelece a aplicação de normas de direito privado para a aquisição de bens e serviços e, para a contratação de empreitadas, a aplicação das normas estabelecidas no Decreto-Lei n.º 59/99, de 2 de Março. A gestão dos recursos humanos passou a reger-se pelo Decreto-Lei n.º 302/2002, de 11 de Dezembro (cfr. art.º 14º, 15º, 16º, 17º e 20º) e pelo Estatuto do Hospital.

O regulamento interno foi aprovado em Assembleia - Geral de 9 de Maio de 2003, nos termos do art.º 21 do Decreto-Lei n.º 302/2002.

Com a transformação em sociedade anónima, o HDS começou a aplicar as normas de direito privado quer na contratação de bens e serviços quer na gestão dos recursos humanos.

Nos termos do art.º17 dos Estatutos do hospital SA, foi nomeada, na 1ª Assembleia-Geral realizada em 16/12/2002, uma Sociedade de Revisores de Oficiais de Contas, como fiscal único, que elaborou em 2003 e 2004 Relatório e Pareceres favoráveis e sem reservas sobre as contas dos respectivos exercícios.

O relatório e contas de cada exercício e os demais documentos de prestação de contas previstos na lei foram submetidos aos Ministros das Finanças e da Saúde para efeitos de controlo financeiro, nos termos do art.º 11º do Decreto-Lei n.º 302/2002.

Nos anos de 2003 e 2004 o hospital SA aplicou o Plano Oficial de Contabilidade do Ministério da Saúde (POCMS), sendo o acompanhamento da actividade efectuado pela Unidade de Missão⁴ através de informação económica - financeira prestada mensalmente pelo hospital.

O IGIF não procedeu à avaliação da gestão económica – financeira deste hospital⁵.

Em 7 de Junho de 2005, o Decreto-Lei n.º 93/2005 procedeu à transformação deste hospital em entidade pública empresarial⁶, ficando, contudo, essa transformação condicionada à publicação dos estatutos, o que veio a ocorrer em 29 de Dezembro através do Decreto-Lei n.º 233/2005.

Com a transformação em EPE ficou definido no art.º 24º dos Estatutos que o hospital continuaria a seguir o POC MS, com as adaptações necessárias a estabelecer por despacho conjunto dos Ministros das Finanças e da Saúde, tendo sido nomeado o seu fiscal único através de despacho do Ministro de Estado e das Finanças (Despacho n.º 5379/2006

² À data da realização do trabalho de campo (Outubro de 2005) a constituição da sociedade ainda não se encontrava registada na Conservatória do Registo comercial.

³ As alterações ocorridas ao nível do modelo de gestão do HDS, sintetizam-se no anexo II

⁴ Cfr. Resolução do Conselho de Ministros n.º 15/2003, de 17 de Janeiro (DR, de 5 de Fevereiro de 2003).

⁵ Situação que já havia sido referida no Relatório de Auditoria n.º 21/05 – 2ª S - Sistema de Controlo Interno do SNS .

⁶ O despacho n.º 721/2006, de 11 de Janeiro, aprovou as cláusulas contratuais gerais dos contratos - programa a celebrar entre o MS e as unidades de saúde integradas no SEE.



publicado no DR II série de 9/3/2006). As alterações mais relevantes a nível jurídico e de gestão encontram-se sintetizadas no anexo II.

1.1.3- Condicionantes da Acção

No decurso da auditoria ocorreram algumas situações condicionantes ao desenvolvimento normal do trabalho, nomeadamente dificuldades na validação de informação que serviu de base ao cálculo do défice/excedente financeiro e económico, a não obtenção do número de horas de trabalho de pessoal médico por área de actividade necessário para o apuramento do n.º médicos Em Tempo Completo (ETC) nos anos de 2000 e 2001, o que inviabilizou a comparação da produtividade com esse biénio. Apesar desta situação, é de realçar a colaboração dos serviços e a disponibilidade demonstrada pelos dirigentes do HDS.

1.1.4- Audição dos Responsáveis

Nos termos e para efeitos do disposto nos art.ºs 13º e 87º, n.º 3, da Lei n.º 98/97, de 26 de Agosto, o relatório de auditoria foi enviado ao Ministro da Saúde, ao Presidente do Conselho de Administração do Hospital Distrital de Santarém EPE, aos responsáveis em funções no biénio 2003- 2004 e ao Presidente do Conselho de Administração do IGIF, tendo apenas apresentado alegações o actual Presidente do Conselho de Administração do HDS, em representação deste órgão, as quais constam, na íntegra, no anexo XIII e, em síntese, sempre que entendidas como pertinentes, nos pontos do relatório a que respeitam.

Nas alegações são tecidos alguns comentários às conclusões da auditoria, designadamente ao nível de avaliação global de eficiência referindo que *“um mérito que parece evidente foi o da melhoria dos registos de informação, o que, só por si, se traduz num aumento de actividade”*. Mais informa de que o hospital *“tem ainda em alguns grupos profissionais um deficit muito significativo, o que nalguns casos pode comprometer a qualidade dos Serviços e do desempenho profissional”*. No que respeita às recomendações informa que irão acatar as mesmas referindo que tudo farão *“para lhes dar sentido porque se encontram, na generalidade e na especificidade, na linha de estratégia e do Plano de Acção do Hospital para o curto e médio Prazo”*.

1.2 – CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES

1.2.1- Conclusões

1.2.1.1- Avaliação da Eficácia (cfr ponto – 2.1.1)

O HDS atingiu as metas de produção previstas nos Planos de Actividades de 2003 e de 2004, concluindo-se da comparação com o biénio 2000/2001, em que se apuram taxas de concretização idênticas, que não se registam diferenças em termos de eficácia.

Comparando a produção realizada (doentes do SNS) com a facturada pelo HDS ao IGIF no âmbito dos contratos programa dos anos de 2003 e 2004, conclui-se que o número de cuidados facturados foi inferior ao número de doentes do SNS a quem o hospital prestou cuidados de saúde, devido não só a deficiências e/ou insuficiências no registo dos utentes, mas também ao facto de, em 2004, o hospital ter ultrapassado o limite de produção na Consulta Externa, Cirurgia em Ambulatório e no Internamento, fixado no contrato programa.

1.2.1.2- Avaliação da Eficiência (cfr ponto – 2.1.2)

Face aos resultados obtidos e aos recursos utilizados nas áreas da Consulta Externa, Internamento, Actividade Cirúrgica e Urgência, concluiu-se que o hospital foi mais eficiente no biénio 2003/2004 relativamente ao período anterior (2000/2001), uma vez que registou valores de produção e de produtividade mais elevados, com custos decrescentes (com excepção da Consulta Externa), conforme se demonstra na análise que segue:

Consulta Externa (cfr ponto - 2.1.2.1)

◆ Na área da Consulta Externa verifica-se um crescimento da produção de 34,5% (entre 2000 e 2004), que se traduz em acréscimos de 5,3% em 2000/2001 e de 8,5% em 2003/2004; neste último biénio o crescimento resulta do



aumento da produtividade dos médicos (que passou de 3 861 consultas por médico/ano em 2003 para 4 217 em 2004).

◆ O nº 1^{as} consultas aumentou 16,1% nos cinco anos em análise (crescendo 2,6% no biénio 2000/2001 e 6,4% em 2003/2004) demonstrando um esforço do hospital em dar resposta à procura, que não se mostrou todavia suficiente, atendendo a que a lista de espera aumentou (em 31 de Dezembro de 2004 encontravam-se a aguardar consulta 6 558 doentes com um tempo médio de espera de 75,7 dias).

Em 2000/2001 verificou-se a mesma tendência, isto é, apesar dos acréscimos de 1^{as} consultas a lista de espera aumentou significativamente (passou de 2 869 doentes em espera para consulta em 2000 para 6 099 em 2001).

◆ Na análise dos processos seleccionados para efeito de testes no âmbito da Consulta Externa, destaca-se como situação anómala o registo de consultas subsequentes como 1^{as} consultas, não respeitando o conceito estabelecido pelo hospital, facto que influencia a avaliação dos resultados, mas que não tem impacto no financiamento, na medida em que o preço contratado com o IGIF para facturar serviços prestados a utentes do SNS não estabelece diferença entre estes dois tipos de consulta.

◆ O custo por Consulta Externa cresceu 27,8%, entre os anos de 2000 e 2001, tendo desacelerado esse crescimento no biénio 2003/2004 com um crescimento de 7,7%: Efectuada uma análise à evolução dos custos e concomitantemente da produção (em 2003/2004 face a 2001/2002) conclui-se, face aos resultados, o hospital obteve ganhos de eficiência.

◆ O número de doentes residentes na área de influência do HDS que foram atendidos por outros hospitais da mesma área geográfica, correspondeu a 5% do número de consultas realizadas pelo hospital em 2003 e 2004, percentagem igual à apurada em outro hospital do grupo auditado (Hospital Nossa Senhora do Rosário - Barreiro).

Internamento (cfr ponto – 2.1.2.2)

◆ Na área do Internamento regista-se um crescimento contínuo do nº de doentes saídos (8,1% entre 2000 e 2004) apesar de ter decrescido a lotação praticada (-4,2%), tendo existido uma maior eficiência na utilização dos recursos no biénio 2003/2004 do que em 2000/2001, atendendo a que existiu uma taxa de ocupação mais elevada e um maior nº de doentes saídos por cama, bem como uma demora média decrescente.

◆ O custo unitário por doente saído aumentou 11,44% no biénio 2000/2001, tendo decrescido (7,5%) no biénio 2003/2004, o que revela uma melhor eficiência neste último biénio.

◆ O número de doentes residentes na área de influência do HDS, internados em outros hospitais da mesma área geográfica, teve um peso percentual representativo, em 2003 e 2004, respectivamente de 8% e 9% do total de doentes saídos do Internamento, comparativamente a outro hospital auditado do mesmo grupo: Hospital Nossa Senhora do Rosário – Barreiro 5% em ambos os anos. As transferências efectuadas pelo hospital corresponderam a 1,72% e 1,75% em 2003 e 2004, respectivamente.

Actividade Cirúrgica (cfr ponto – 2.1.2.3)

◆ Na Actividade Cirúrgica registou-se um crescimento da produção de 39,5%, entre 2000 e 2004, apurando-se um decréscimo de 0,6% no biénio 2000/2001 e um crescimento de 11,1% no biénio 2003/2004. De referir, no entanto, que os acréscimos de produção antes referidos foram acompanhados por uma diminuição da qualidade (cfr indicador “Percentagem de óbitos em GDH seleccionados” e “ Percentagem de readmissões em GDH cirúrgicos” - ponto 2.1.3.1).

◆ No contexto da actividade, as cirurgias programadas tiveram maior representatividade no biénio 2003/2004 (81% em 2003 e 83% em 2004) do que em 2000/2001 (77%), demonstrando um esforço do hospital em aumentar a sua actividade normal para dar resposta à procura destes serviços, do qual resultaram acréscimos de produtividade e a diminuição da lista de espera (diminuiu 8,3% no biénio 2000/2001 e 41,6% em 2003/2004). Em 31 de Dezembro de 2004, encontravam-se a aguardar cirurgia 2 568 doente.



◆ Os custos unitários diminuíram ao longo dos anos em análise apurando-se decréscimos de 8,9% no biénio 2000/2001 e de 9,3% no biénio 2003/2004, o que é representativo de uma maior eficiência nesta área.

Urgência (cfr ponto – 2.1.2.4)

◆ O Serviço de Urgência teve no biénio 2003/2004 uma afluência média diária de 267 doentes que evoluiu de 258 doentes atendidos em 2003 para 275 em 2004. No biénio 2000/2001 a média de afluência foi superior com 305 doentes.

◆ O custo por doente socorrido decresceu 13,9% no biénio 2003/2004 (contrariamente ao verificado em 2000/2001 em que cresceu 22,8%) o que demonstra uma maior eficiência.

◆ O número de doentes residentes na área de influência do HDS atendidos por outros hospitais da mesma área geográfica correspondeu, em 2003 e 2004, a uma percentagem significativa do total de doentes atendidos na Urgência (cerca de 11%), face ao apurado em outro hospital do grupo auditado: Hospital Nossa Senhora do Rosário – Barreiro 3% em ambos os anos. As transferências efectuadas pelo HDS em 2003 e 2004 corresponderam a 2% do total dos atendimentos da Urgência.

1.2.1.3 - Adequação da Oferta à Procura (cfr ponto – 2.1.2)

Ficou demonstrada ser insuficiente a capacidade de resposta dos serviços assistenciais do hospital face à procura de cuidados de saúde da população abrangida, nomeadamente, pelo aumento do tempo médio de espera para obtenção de consulta apurado, em 2004, nas especialidades seleccionadas (para testes no âmbito da auditoria), comparado com os resultados obtidos no âmbito da auditoria de gestão realizada em 2001 e, ainda, no aumento da lista de espera cirúrgica no biénio 2003/2004. Os aumentos da produção e da produtividade nestas áreas, mostraram-se insuficientes face ao aumento da procura.

1.2.1.4 - Avaliação da Equidade no Acesso (cfr ponto – 2.1.3)

Avaliada a equidade do acesso através dos indicadores, “percentagem de doentes transferidos do Internamento” e “percentagem das 1^{as} consultas no total”, apura-se:

Uma percentagem reduzida de doentes transferidos do Internamento (1,72% em 2003 e 1,75% em 2004) face à percentagem média dos hospitais SA (3,31% e 4,04% em 2003 e 2004 respectivamente) e à média nacional dos hospitais do SNS (3,4% em 2003 e 3,1% em 2004), o que indicia uma não discriminação através de doentes transferidos;

Uma diminuição de um ponto percentual no peso das 1^{as} consultas (passou de 27% em 2003 para 26% em 2004) o que indicia uma ligeira diminuição no acesso de novos doentes.

A evolução destes indicadores permite concluir não existir evidência de diminuição da equidade no acesso, sem prejuízo das reservas constantes do ponto 1.2.1.6.

De referir, ainda, que em 2003 e 2004 não se verificou diminuição da percentagem de doentes do SNS no total de doentes atendidos em qualquer das linhas de produção (com excepção da Consulta Externa), concluindo-se não existir evidência de discriminação deste grupo.

1.2.1.5 - Avaliação da Qualidade dos Serviços Prestados (cfr ponto – 2.1.4)

Para aferir a qualidade dos serviços prestados, recorreu-se à análise de diversos indicadores técnicos (*Complicações Relacionadas com procedimentos Cirúrgicos, Percentagem de Readmissões em GDH cirúrgicos, % de óbitos em GDH seleccionados*) e ao apuramento do “Grau de Satisfação do Utente” (através da análise de reclamações), tendo-se concluído que:

◆ O HDS apresentou em três dos cinco indicadores técnicos analisados melhores resultados do que a média dos Hospitais Nacionais e do Grupo, conforme se indica:



Nas “complicações relacionadas com procedimentos cirúrgicos” o HDS apresenta sempre percentagens inferiores à média do Grupo e Nacional.

Nos “15 GDH com maior n.º de doentes saídos” regista nos anos de 2003 e 2004 uma demora média inferior à média de Grupo e Nacional, melhorando os resultados face ao biénio 2000/2001.

A “percentagem de óbitos em GDH seleccionados em doentes com idade ≤ 65 anos”, apresenta em 2003, uma diminuição da percentagem dos GDH, comparativamente com as percentagens do Grupo e Nacional. Em 2000, o hospital apresenta, na maioria dos GDH a doentes seleccionados percentagens superiores às do grupo Nacional, melhorando os resultados em 2001.

No entanto apresenta piores resultados nos seguintes indicadores “percentagem de readmissões em GDH cirúrgicos” e “percentagem de óbitos em GDH seleccionados em doentes com idade > 65 anos”.

Ao nível do grau de satisfação dos utentes verifica-se uma diminuição entre 2003 e 2004, com registo de um maior número de reclamações no Gabinete do Utente, sobre situações que se prendiam com o funcionamento e os acessos, sendo os Serviços de Urgência e Consulta Externa, os mais visados e os grupos profissionais o pessoal médico e dirigente. No entanto, no inquérito realizado pelo HDS, no último trimestre de 2004, apura-se que a opinião geral dos utentes em relação ao hospital foi, de um modo geral, positiva em todas as áreas avaliadas, classificando de “Bom” o desempenho do hospital.

Em 2000/2001 os utentes mostraram-se mais satisfeitos com os serviços prestados dado que as reclamações tiveram maior incidência sobre as especificidades da organização e dos comportamentos e no questionário efectuado pelo Tribunal de Contas em anterior auditoria, a maioria dos inquiridos respondeu estar satisfeita com os serviços prestados.

1.2.1.6 – “Procura Desviada”

A “procura desviada” por iniciativa do doente teve um peso mais significativo no Internamento e Urgência relativamente a outro hospital auditado do mesmo grupo⁷; porém, apesar de registar uma melhoria gradual relativamente ao período anterior (2002) não deixa de constituir, quando associada à avaliação da qualidade, uma reserva à apreciação da equidade.

1.2.1.7- Recursos Humanos e Financeiros (cfr ponto – 2.2)

◆ O número de recursos humanos registou uma diminuição de 2,1%, entre 2000 e 2004, com maior incidência no pessoal de serviços gerais, administrativo e operário, verificando-se um decréscimo de 0,8% no biénio 2003/2004. Em 2000/2001 houve um crescimento de 0,2%.

◆ A principal fonte de receita em 2003 e 2004 proveio dos serviços prestados no âmbito do SNS de acordo com os contratos programa celebrados, verificando-se que nesses anos recebeu do IGIF de financiamento da produção realizada, valores inferiores ao subsídio de exploração de 2002. Com base nos valores pagos pelo IGIF (de produção contratada e do valor de convergência) em 2003 regista-se um decréscimo de 8% face a 2002 e, em 2004, um aumento de 19% face a 2003.

Conclui-se, assim, que o acréscimo verificado em 2004 resulta do crescimento significativo (257% face a 2003) do valor de convergência (que representou 6,8% e 20,3% do total pago pelo IGIF em 2003 e 2004) destinado a assegurar a convergência progressiva do hospital face aos mais eficientes, em resultado do agravamento do diferencial entre custos unitários do HDS por linha de produção e os custos médios dos hospitais do mesmo grupo.

Assim, face ao aumento do desvio (entre os custos unitários do hospital e os custos unitários de hospitais do mesmo grupo de referência) verificado em 2004, o princípio que esteve subjacente na atribuição do valor de convergência ao hospital não foi concretizado.

Face ao referido, podemos concluir que o novo modelo de financiamento é potenciador de uma menor eficácia, uma vez que financia produção não realizada (produção marginal negativa), para suportar parte dos custos fixos dessas linhas de produção e concomitantemente de uma menor eficiência, concretizada na atribuição de valores de convergência para compensar o desvio entre custos unitários mais elevados atingidos pelo hospital e os preços fixados pelo IGIF por linha de produção.

⁷ O Hospital Nossa Senhora do Rosário, registou em igual período 5% no Internamento e 3% na Urgência.

1.2.1.8 - Situação Económico Financeira (cfr ponto – 2.3)

◆ Situação financeira

O hospital apresenta no biénio 2003/2004 uma receita total que por efeito da liquidez resultante da realização do capital social, lhe possibilita atingir superavit acumulados - cfr pontos 2.3.1 .

Verifica-se a existência de uma solvabilidade crescente (0,54 em 2003 e 0,81 em 2004), bem como um endividamento (passivo/activo) decrescente (0,65 em 2003 e 0,55 em 2004). – cfr. ponto 2.3.5.

Apura-se um superavit financeiro em 2003 no valor de 3 931 642,53€ e um défice em 2004 no valor de 1 154 222,34€, tendo sido utilizado o capital social em 2003 no montante de 2 430 000€ (para pagar dívidas contraídas ainda na qualidade de hospital SPA) e em 2004 no montante de 11 600 000€ para solver as dívidas existentes (nomeadamente a Laboratórios), apurando-se ainda uma despesa não relevada em cada ano no valor de 164 266,64€ e 146 377,01€ respectivamente – cfr pontos 2.3.1 e 2.3.4.

Em 2002, a não realização do Capital Social subscrito teve reflexos nas demonstrações financeiras deste exercício, através do aumento das Dívidas de Terceiros (Accionista Estado), na medida em que não se verificou a entrada deste valor (cfr ponto 2.3.3).

◆ Situação Económica

Verifica-se um superavit económico em 2004 no valor de 1 005 746,19€ o que demonstra uma melhoria da situação económica já que em 2003 se registou um défice económico de 2 945 614,14€ - cfr ponto 2.3.1.

Destacam-se níveis de rentabilidade negativos em 2003 e positivos em 2004 com resultados operacionais negativos, quer em 2003 quer em 2004, sendo o resultado líquidos do exercício negativo em 2003 e positivo em 2004 -cfr. pontos 2.3.5 e 2.3.3 e quadro do anexo IX.

Os proveitos gerados em 2004 ultrapassaram os respectivos custos, contrariamente ao verificado em 2003.

◆ Endividamento

O HDS apresentou uma dívida acumulada em 2004 no valor de 19 805 986€, da qual 8 371 720€ corresponderam a dívidas a fornecedores e 10 321 303€ a Instituições do SNS, tendo beneficiado de uma anulação de dívida no valor de 4 992 489,69€ (sendo 2 830 306,43€ de dívidas herdadas de 2002 e 2 162 183,26€ de facturação reportada a 2004) - cfr ponto 2.3.2.

Em 2003, a dívida acumulada foi de 30 187 693€ da qual 13 192 284€ corresponderam a dívidas a fornecedores e 11 476 705€ a Instituições do SNS, tendo beneficiado de uma anulação de dívida contraída nesse ano, relativa a produtos vendidos por farmácias, no montante de 1 631 957,57€- cfr ponto 2.3.2.

O HDS herdou da anterior gestão (antes de passar a SA), uma dívida no valor de 16 478 956,09€ não tendo recebido (até 31 de Dezembro de 2004), para a sua regularização qualquer transferência extraordinária do IGIF. (cfr ponto 2.3.2). No biénio 2003/2004 não foi contraída qualquer dívida financeira junto da banca cfr ponto 2.3.2 1.

◆ Conclusão

A realização do capital social gerou disponibilidades elevadas que o hospital utilizou em parte nos anos de 2003 e 2004 para financiar despesas correntes e não para afectar ao investimento (no sentido de promover a continuidade e sustentabilidade empresarial do hospital), no entanto apesar dessa utilização constatou-se existir um elevado nível de endividamento, embora decrescente em 2004.

A existência de resultados líquidos negativos até 2003 e reduzidos em 2004 demonstra alguma recuperação, mas parece indiciar uma fraca sustentabilidade económica do HDS.

De referir que o IGIF não procedeu nestes anos à avaliação da gestão económica - financeira deste hospital -Cfr. fls. 16 do Relatório de Auditoria n.º 21/ 05 – 2ª S - Sistema de Controlo Interno do SNS .



1.2.2- Recomendações

Face às conclusões da auditoria recomenda-se:

◆ Ao Conselho de Administração do IGIF

▶ Que proceda à avaliação da gestão económica - financeira do HDS de forma a apurar se os valores de convergência que lhe foram atribuídos promoveram uma melhoria da eficiência deste hospital face aos hospitais do mesmo grupo de referência.

◆ Ao Conselho de Administração do HDS

▶ Continuar o esforço na melhoria do desempenho, designadamente ao nível de 1^{as} consultas externas e actividade cirúrgica, de forma a garantir o acesso mais célere aos cuidados de saúde.

▶ Assegurar que os registos clínicos individuais possuam informação suficiente para documentar a avaliação, o tratamento, os progressos clínicos e os resultados obtidos, tendo em conta os direitos dos cidadãos e a confidencialidade dos dados.

▶ Providenciar para que a prossecução de objectivos de eficiência não faça perigar a qualidade dos cuidados de saúde prestados (nas várias linhas de produção, designadamente na área do Internamento e da Actividade Cirúrgica).

▶ Diligenciar pela fidedignidade da informação estatística designadamente na Consulta Externa, de forma a evitar a consequente distorção na avaliação dos resultados.



II.- RELATÓRIO

2.1 – Avaliação do desempenho

2.1.1 – Avaliação da Eficácia

Neste ponto apresentam-se as metas de produção definidas nos Planos de Actividades dos anos de 2000 a 2004, analisando-se os desvios face ao total realizado por linha de produção e no âmbito do SNS.

As metas de produção previstas para a Consulta Externa, Internamento, Cirurgia em Ambulatório, Urgência e Hospital de Dia apresentam-se no quadro seguinte.

Quadro I

Linhas de Produção	Metas de Produção (*)					Δ 00/01	Δ 01/02	Δ 02/03	Δ 03/04
	2000	2001	2002	2003	2004				
Consulta Externa	93 980	99 349	101 159	112457	114 706	5,7%	1,8%	11,2%	2%
Internamento	14 126	15 105	15 862	17 306	17 892	6,9%	5,0%	9,1%	3,4%
Cirurg. Ambulatório	2 360	2 758	2 942	3 147	3 625	16,9%	6,7%	7,0%	1,5%
Urgência	99 500	105 633	141 698	92 922	97 568	6,2%	34,1%	-34,4%	5%
Hospital Dia	6 720	6 650	7 823	11 958	12 616	-1,0%	17,6%	52,9%	5,5%

(*) Em quantidade.

Da sua análise destaca-se, uma evolução crescente das metas definidas para a Consulta Externa, Internamento e Cirurgia em Ambulatório, verificando-se decréscimos no Hospital de Dia (em 2001 face a 2000) e na Urgência (em 2003 face a 2002), sendo as razões da diminuição desta última linha de produção decorrentes da implementação de um sistema de triagem com encaminhamento de situações não urgentes para os Centros de Saúde.

O comportamento da produção realizada face à prevista ⁸ na Consulta Externa e Hospital de Dia apresenta-se nos gráficos I e II destacando-se que não foram atingidas as metas definidas para a Consulta Externa, em 2000 e 2001 e para o Hospital de Dia em 2000, tendo esta última linha de produção ultrapassado em 42,6% e 20,03% as previsões de 2001 e 2004, respectivamente.

Gráfico I

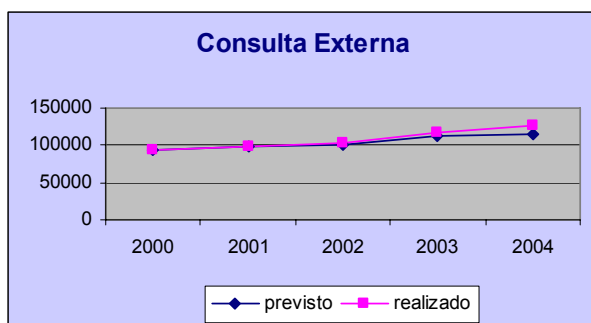


Gráfico II

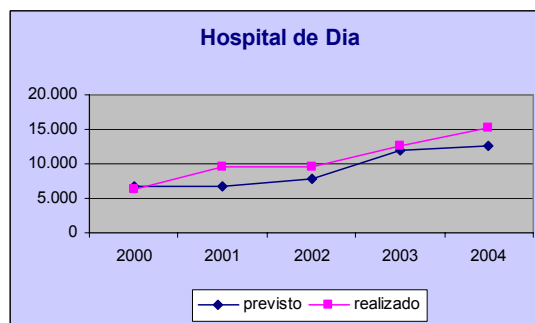


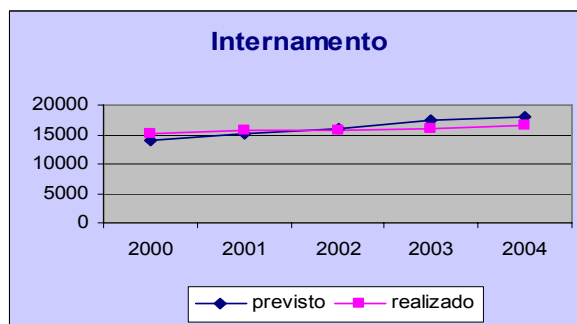
Gráfico III

8

Consulta Externa						var %	var %	var %	var %	var %
	2000	2001	2002	2003	2004	00/01	01/02	02/03	03/04	
previsto	93.980	99.349	101.159	112.457	114.706	5,7	1,8	11,2	2,0	
realizado	93.635	98.564	103.815	116.145	125.962	5,3	5,3	11,9	8,5	
Tx de concretização	99,63	99,21	102,63	103,28	109,81	-0,4	3,4	0,6	6,3	

Hospital Dia						var %	var %	var %	var %	var %
	2000	2001	2002	2003	2004	00/01	01/02	02/03	03/04	
previsto	6.720	6.650	7.823	11.958	12.616	-1,0	17,6	52,9	5,5	
realizado	6.405	9.483	9.588	12.595	15.143	48,1	1,1	31,4	20,2	
Tx de concretização	95,31	142,60	122,56	105,33	120,03	49,6	-14,1	-14,1	14,0	

No Internamento verifica-se uma realização superior ao previsto em 2000 e 2001 não tendo sido atingidas as metas de produção previstas para 2002, 2003 e 2004, com taxas de concretização de 98,5%, 92,4% e 92,2% respectivamente, o que demonstra que o desajustamento entre o previsto e o realizado se tem vindo a agravar. Esta situação resulta de orientação estratégica do hospital de privilegiar a cirurgia em ambulatório em detrimento da cirurgia convencional.



Na Urgência observa-se em 2002 uma sobrevalorização acentuada do previsto face ao realizado, que se reajusta no biénio 2003/2004, com metas menos ambiciosas verificando-se que as metas previstas para Cirurgia em Ambulatório foram sempre ultrapassadas⁹ ao longo dos cinco anos - cfr gráficos IV e V.

Gráfico IV

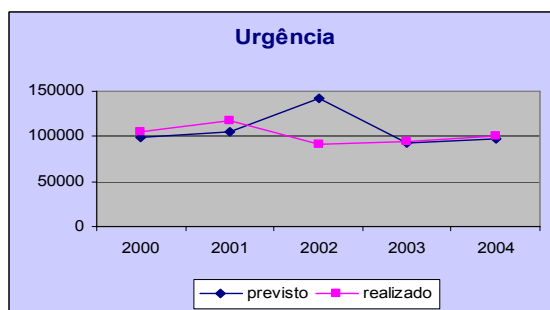
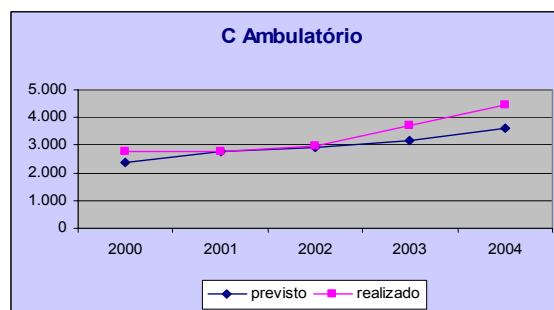


Gráfico V



Conclui-se que em 2001 face a 2000 existiram ajustamentos que se traduziram em acréscimos das metas de produção para a Consulta Externa, Urgência, Internamento e Cirurgia em Ambulatório e decréscimos no Hospital de Dia, e que em 2003/2004 esses ajustamentos traduziram-se em acréscimos na Consulta Externa, Hospital de Dia, Internamento e Cirurgia em Ambulatório, com diminuição do número de atendimentos na Urgência (em 2003 face a 2002).

Comparando os dois biénios em análise (2000/2001 e 2003/2004), conclui-se que o HDS apresenta taxas de concretização idênticas, não se registando diferenças em termos de eficácia.

Procedendo a uma análise, nos cinco anos em apreço, da evolução do realizado do SNS face ao total da actividade do hospital, constatamos que a representatividade dos doentes do SNS se mantém praticamente constante (com a curva do SNS a seguir uma trajectória paralela à curva da produção total) – cfr gráficos VI a X.

Da análise dos gráficos VI e VII verifica-se que os atendimentos no âmbito do SNS aumentaram na Consulta Externa e no Hospital de Dia, verificando-se que nesta última linha de produção existiu uma maior representatividade de doentes do SNS no período 2002 a 2004, com destaque para o ano de 2002, enquanto que na Consulta Externa a maior representatividade se observou em 2000 e 2001¹⁰.

⁹

	Internamento					var %			
	2000	2001	2002	2003	2004	00/01	01/02	02/03	03/04
previsto	14126	15105	15862	17306	17892	6,9	5,0	9,1	3,4
realizado	15259	15616	15526	15993	16488	2,3	0,1	2,3	3,1
Tx de concretização	108,02	103,38	98,51	92,41	92,15	-4,3	-4,7	-6,2	-0,3

	Urgência					var %			
	2000	2001	2002	2003	2004	00/01	01/02	02/03	03/04
previsto	99.500	105.633	141.698	92.922	97.568	6,2	34,1	-34,4	5,0
realizado	105.646	117.250	91.121	94.240	100.415	11,0	-22,3	3,4	6,6
Tx de concretização	106,18	111,00	64,31	101,42	102,92	4,5	-42,1	57,7	1,5

	C Ambulatório					var %			
	2000	2001	2002	2003	2004	00/01	01/02	02/03	03/04
previsto	2.360	2.758	2.942	3.147	3.625	16,9	6,7	7,0	15,2
realizado	2.782	2.781	2.995	3.712	4.437	0,0	7,7	23,9	19,5
Tx de concretização	117,88	100,83	101,80	117,95	122,40	-14,5	1,0	15,9	3,8

¹⁰

	Consulta Externa					var %			
	2000	2001	2002	2003	2004	00/01	01/02	02/03	03/04
SNS	79.309	86.145	89.799	97.620	106.576	8,6	4,2	8,7	9,2
Activ total	93.635	98.564	103.815	116.145	125.962	5,3	5,3	11,9	8,5
peso SNS	84,70	87,40	86,50	84,05	84,61	3,2	-1,0	-2,8	0,7

	Hospital de Dia					var %			
	2000	2001	2002	2003	2004	00/01	01/02	02/03	03/04
SNS	5.700	8.440	8.533	11.099	13.569	48,1	1,1	30,1	22,3
Activ total	6.405	9.483	9.588	12.595	15.143	48,1	1,1	31,4	20,2
peso SNS	88,99	89,00	89,00	88,12	89,61	0,0	0,0	-1,0	1,7



Gráfico VI

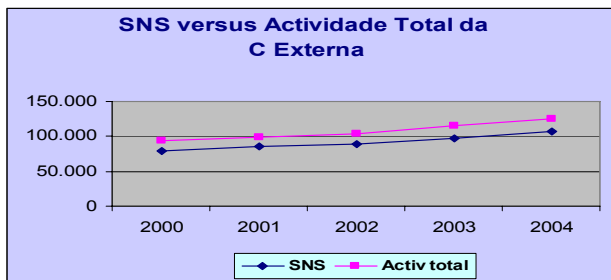


Gráfico VII

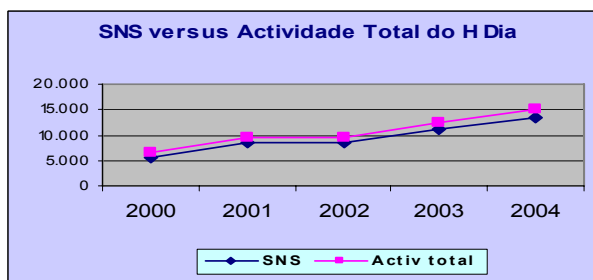
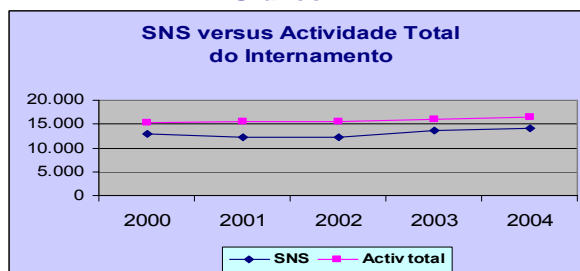


Gráfico VIII



Quanto às restantes linhas de produção Internamento, Ambulatório e Urgência (cfr. gráficos VIII, IX e X), apura-se uma maior representatividade do SNS nos anos de 2003 e de 2004, (85% no Internamento e Ambulatório e 80% na Urgência).

Gráfico IX

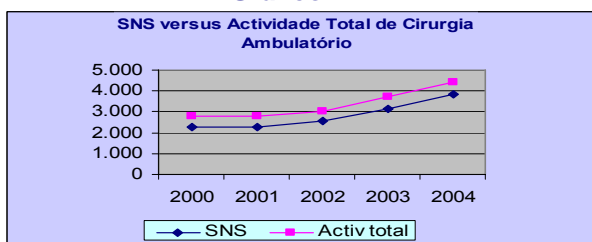
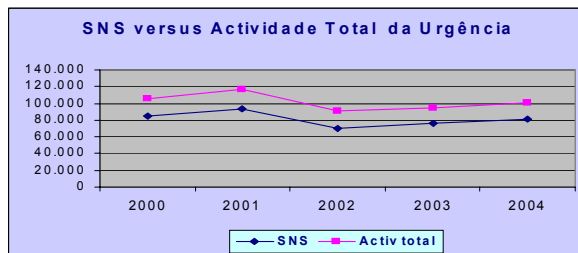


Gráfico X



Face à representatividade dos doentes SNS¹¹ no total de no total de doentes atendidos em cada linha de produção (aproximadamente 85% na Consulta Externa, 89% no Hospital de Dia, 83% na Cirurgia em Ambulatório e 80% no Internamento e na Urgência) e não existindo diminuição dessa representatividade no período analisado (com excepção da Consulta Externa), concluiu-se não existir evidência de discriminação deste grupo.

Refere-se, ainda, que os principais objectivos definidos e desenvolvidos pelo hospital em 2003 e 2004 se encontram sintetizados em anexo III concluindo-se que os mesmos foram globalmente atingidos.

Comparando a produção realizada (doentes do SNS) com a facturada pelo HDS ao IGIF¹², nos anos de 2003 e 2004 no âmbito dos contratos programa¹³, conclui-se que o número de cuidados facturados foi inferior ao número de doentes do

11

Internamento					var %	var %	var %	var %	
	2000	2001	2002	2003	2004	00/01	01/02	02/03	03/04
SNS	12.863	12.215	12.179	13.706	14.079	-5,0	-0,3	12,5	2,7
Activ total	15.259	15.616	15.626	15.993	16.488	2,3	0,1	2,3	3,1
peso SNS	84,30	78,22	77,94	85,70	85,39	-7,2	-0,4	10,0	-0,4

Urgência					var %	var %	var %	var %	
	2000	2001	2002	2003	2004	00/01	01/02	02/03	03/04
SNS	84.412	92.932	69.680	75.712	80.957	10,1	-25,0	8,7	6,9
Activ total	105.646	117.250	91.121	94.240	100.415	11,0	-22,3	3,4	6,6
peso SNS	79,90	79,26	76,47	80,34	80,62	-0,8	-3,5	5,1	0,4

Cirurgia Ambulatório					var %	var %	var %	var %	
	2000	2001	2002	2003	2004	00/01	01/02	02/03	03/04
SNS	2.289	2.275	2.540	3.152	3.816	-0,6	11,6	24,1	21,1
Activ total	2.782	2.781	2.995	3.712	4.437	0,0	7,7	23,9	19,5
peso SNS	82,28	81,81	84,81	84,91	86,00	-0,6	3,7	0,1	1,3



SNS a quem o hospital prestou cuidados de saúde cfr gráficos XI e XII, devido não só a deficiências e/ou insuficiências no registo dos utentes, mas também ao facto de, em 2004, o hospital ter ultrapassado o limite de produção na Consulta Externa, Cirurgia em Ambulatório e no Internamento, fixado no contrato programa.

Gráfico XI

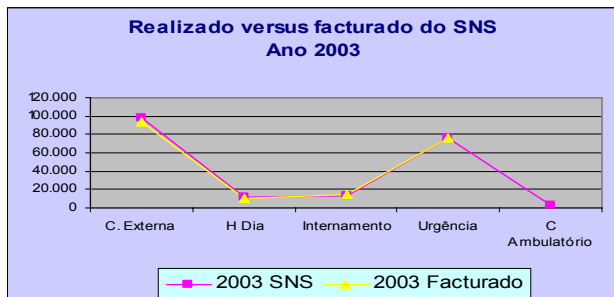
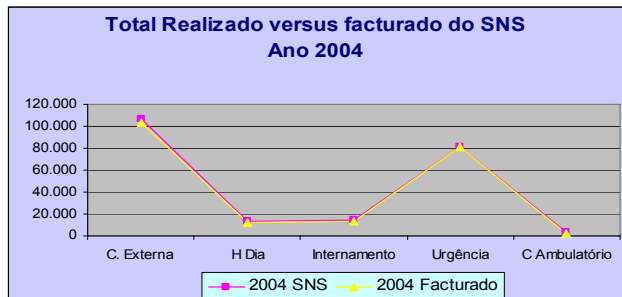


Gráfico XII



2.1.2- Avaliação da Eficiência e da Adequação da Oferta à Procura

2.1.2.1 – CONSULTA EXTERNA

No quadro seguinte destacam-se os indicadores de produção¹⁴ da área da Consulta Externa que se consideram mais representativos, bem como os respectivos custos, tendo ficado inviabilizada a evolução da produtividade, no período em análise, dado que não foi disponibilizada informação que permitisse o cálculo dos médicos Em Tempo Completo (ETC).

Quadro II

Indicadores de actividade da consulta externa

	2000	2001	2002	2003	2004	Δ 00/001	Δ 01/02	Δ 02/03	Δ 03/04	Δ 00/04
Total de consultas	93.635	98.564	103.815	116.145	125.962	5,3	5,3	11,9	8,5	34,5
1 ^{as} consultas	29.133	29.894	28.447	31.796	33.821	2,6	-4,8	11,8	6,4	16,1
% de 1 ^{as} consultas	31	30	29	27	26	-2,5	-5,7	-4,3	-5,0	-16,4
nº médicos etc (*)			28,23	30,08	29,87			6,6	-0,7	
nº consultas por médico etc			3.677	3.861	4.217			5,0	9,2	
nº doentes em espera	2.869	6.099	6.402	6.590	6.558	112,6	5,0	2,9	-0,5	128,6
Custo p/consulta(euros) (a)	60,13	76,83	75,00	65,00	70,00	27,8	-2,4	-13,3	7,7	16,4
Custos Totais (milhares de euros)	4873,00	6744,00	7811,00	7577,00	8871,00	38,4	15,8	-3,0	17,1	82,0

(*) O HDS não dispõe do total de horas de trabalho dos médicos em 2000 e 2001 necessário para o apuramento dos médicos ETC

(a) Em 2000 e 2001, o custo por consulta foi apurado na contabilidade analítica sem considerar 12 585 e 10 178 consultas do departamento de psiquiatria e da saúde ocupacional.

Fonte: Estatísticas e Contabilidade Analítica do hospital

Neste âmbito é de salientar que:

O número de consultas realizadas apresentou um crescimento de 34,5% nos cinco anos em análise (2000/2004), com acréscimos de 5,3% no biénio 2000/2001 e de 8,5% no biénio 2003/2004. Estes crescimentos resultaram de acréscimos de produtividade (o efeito produtividade representou 10 708 em 2004)¹⁵.

PRODUÇÃO SNS

Linhas Actividade	2003					2004				
	Produção Contratada			Facturada	Total Realizado	Produção Contratada			Facturada	Total Realizado
	contratada	marginal	total			contratada	marginal	total		
Consulta Externa	93.243	S/ limite	S/ limite	93.277	97.620	96.083	9.608,3	105.691,3	103.655	106.576
Hospital de Dia	9.824	S/ limite	S/ limite	10.594	11.099	13.071	1.307,1	14.378,1	12.575	13.569
Internamento	15.841	S/ limite	S/ limite	11.297	13.706	12.479	1.247,9	13.726,9	13.622	14.079
Urgência	79.855	S/ limite	S/ limite	75.674	76.712	81.860	S/ limite	S/ limite	80.957	80.957
C Ambulatório				3.044	3.152	3.014	(*)	3.014,0	2.706	3.816

(*)O limite fixado para a produção marginal da C Ambulatório poderá ser ultrapassado quando esta linha de produção somada ao Internamento não ultrapassar 20% da produção total contr

¹³ De referir que a unidade de medida utilizada para o Internamento nos Contratos Programa celebrados em 2003 e 2004, é a de doente equivalente enquanto que nas estatísticas é a de nº de doentes saídos, pelo que a comparação na área do Internamento merece-nos algumas reservas.

¹⁴ A comparação do desempenho deste hospital (Consulta Externa) com aos resultados dos restantes hospitais SA, apurados pela Unidade de Missão no seu "tableau de bord", em 2003 e 2004, encontra-se no anexo IV.

¹⁵ No biénio 2003/04 com um acréscimo de produtividade de 356 "doentes atendidos por médico" correspondeu a um efeito sobre a produção de 10.708 (=356x30,08).



O n.º de primeiras consultas cresceu 16,1% nos cinco anos em análise (2000/2004), com acréscimos de 2,6% no biénio 2000/2001 e de 6,4% no biénio 2003/2004, o que demonstra um esforço do hospital em melhorar a resposta à procura, o qual no entanto não se mostrou suficiente, atendendo a que a lista de espera cresceu 128,6% no período 2000/2004, (crescendo 2,9% no biénio 2002/2003 e decrescendo 0,5% em 2003/2004). Em 31 de Dezembro de 2004 encontravam-se a aguardar consulta, 6 558 doentes, com um tempo médio de espera de 75,7 dias. Em 2000/2001 apesar do crescimento de 2,6% do n.º de 1.ªs consultas realizadas a lista de espera aumentou bastante (passou de 2 869 doentes em espera para consulta em 2000 para 6 099 em 2001).

O custo por consulta externa cresceu 27,8% no biénio 2000/2001, passando de 60,13€ para 76,83€ tendo desacelerado o crescimento no biénio 2003/2004 com um aumento de 7,7%.

Os custos totais da Consulta Externa apresentaram crescimentos ao longo dos cinco anos em análise. No biénio 2003/2004 esse crescimento deveu-se essencialmente ao acréscimo dos custos directos, designadamente nas rubricas “Material de Consumo Clínico” e “Outras Remunerações Adicionais”.

Efectuado o cruzamento dos registos de consultas (1.ªs consultas e totais) com os valores constantes do tableau de bord da Unidade de Missão¹⁶, confirmou-se a correspondência entre esses dados.

Através de testes de conformidade¹⁷, (efectuados a 175 processos de 1.ªs consultas), apurou-se que em 23% da amostra (41) existiam situações de erro de registo, isto é, consultas subsequentes registadas como primeiras consultas¹⁸ e em 3% da amostra (5 consultas) foi emitida facturação por consultas realizadas das quais não existia qualquer evidência de realização. Esta situação poderá ter como consequência a facturação de cuidados de saúde não prestados e o empolamento dos indicadores de produção com a consequente distorção na avaliação dos resultados.

O tempo médio de espera para obtenção de consultas nas especialidades seleccionadas para realização de testes foi de 68,6 dias na especialidade de oftalmologia; 75,7 dias em ortopedia e 26,3 dias em cirurgia geral. Comparando com os resultados fornecidos pelo hospital no âmbito da auditoria de gestão realizada em 2002, verifica-se um aumento dos tempos de espera em Ortopedia e uma diminuição em Oftalmologia.¹⁹

O número de doentes residentes na área de influência do HDS²⁰ que foram atendidos por outros hospitais²¹) da mesma área geográfica, correspondeu a 5% do número de consultas realizadas pelo hospital em 2003 e 2004, percentagem igual à apurada em outro hospital do grupo auditado (Hospital Nossa Senhora do Rosário - Barreiro).

Conclui-se que na área da Consulta Externa, em 2003/2004, apesar de existir uma evolução crescente da produção e do n.º de 1.ªs consultas e de o hospital ter registado uma melhoria na sua actividade face ao biénio 2000/2001, a mesma não foi suficiente para haver capacidade de resposta face à procura crescente por parte da população abrangida (cfr crescimento da lista de espera).

2.1.2.2 – Internamento

No quinquénio 2000/2004 a produção²², a produtividade e os custos unitários do internamento evoluíram da seguinte forma:

Quadro III

¹⁶ Os indicadores seleccionados para testes na Consulta Externa foram o “n.º de 1.ªs consultas” e “% de 1.ªs consultas”; no Internamento os “doentes saídos” e “demora média” e na Actividade Cirúrgica, as “cirurgias programadas” e “% de cirurgias programadas por sala”.

¹⁷ Para a realização dos testes foi seleccionada uma amostra pelo método de amostragem não estatística e utilizando a técnica de selecção aleatória com extracção através do programa IDEA.

¹⁸ Como questão prévia foi solicitado ao hospital o conceito de 1.ª consulta e consulta subsequente.

¹⁹ Em 2001, o tempo médio de espera para Oftalmologia era de 94 dias; 24,5 dias para Ortopedia I e 11,7 dias para Ortopedia II.

²⁰ Este apuramento teve por base ofício circular enviado a todos os hospitais da mesma área geográfica do HDS, tendo sido apurados os doentes atendidos por esses hospitais, mas cuja residência era abrangida pelo HDS. Relativamente aos anos de 2000 e 2001 não foi realizado idêntico apuramento, pelo que não é possível analisar a evolução.

²¹

Hospital	2002	2003	2004
Hosp Médio Tejo	0	0	0
Hosp Caldas Rainha	215	205	354
Hosp Torres Vedras	40	44	47
Hospital Rey Santos	4686	4963	5367
Total	4941	5212	5768

²² A comparação do desempenho deste hospital (Internamento) com aos resultados dos restantes hospitais SA, apurados pela Unidade de Missão no seu “tableau de bord”, em 2003 e 2004, encontra-se no anexo IV.

Indicadores de actividade do internamento(*)

	2000	2001	2002	2003	2004	Δ 00/01	Δ 01/02	Δ 02/03	Δ 03/04	Δ 00/04
Lotação praticada	404	414	413	388	387	2,5	-0,2	-6,1	-0,3	-4,2
Doentes saídos	15.259	15.616	15.626	15.993	16.488	2,3	0,1	2,3	3,1	8,1
Doentes entrados	15.327	15.684	16.020	15.996	16.505	2,3	2,1	-0,1	3,2	7,7
Doentes admitidos pela urgência	8.934	11.324	11.560	11.866	11.896	26,8	2,1	2,6	0,3	33,2
Dias de internam. de doentes saídos	102.388	113.060	116.021	115.866	115.862	10,4	2,6	-0,1	0,0	13,2
Dias de internamento do período	103.189	113.648	116.304	112.403	115.119	10,1	2,3	-3,4	2,4	11,6
nº de médicos etc (**)			49,60	45,44	48,23			-8,4	6,1	
Demora média	6,7	7,2	7,4	7,2	7,0	7,9	2,6	-2,4	-3,0	4,7
Taxa de ocupação	69,98	75,21	76	77	80	7,5	1,1	0,7	4,1	13,7
Índice de case-mix	0,923	0,972	1	1,02	1	5,3	3,6	1,0	0,9	11,1
nº camas por médico			8,33	8,54	8,02			2,5	-6,0	
Doentes saídos por cama	37,77	37,72	38	42	43	-0,1	0,3	11,9	2,7	15,1
Doentes saídos por médico etc			315	352	342			11,7	-2,9	
Frequência hospitalar p/1000	77	78	82	84	86	1,3	4,9	2,3	3,1	12,1
% de internamento p/urgência	58	72	72	74	72	-37,1	-0,1	2,8	-2,8	23,7
Custo por doente saído (euros) (1)	1840,15	2050,62	2059,51	2135,73	1976,21	11,44	0,4	3,7	-7,5	7,4
Custos Totais (milhares euros)	28079,00	32022,00	33745,00	37618,00	35872,00	14,04	5,4	11,5	-4,6	-27,8

(*) Não se incluiu o Berçário e o OBS de acordo com o critério utilizado na anterior auditoria de gestão e de acordo com o glossário da DG Saúde.

(**) O HDS não dispõe do total de horas de trabalho dos médicos em 2000 e 2001 necessário para o apuramento dos médicos ETC

(1) A contabilidade Analítica incluiu as transferências internas

Fonte: Estatísticas e Contabilidade Analítica do hospital

Da análise do quadro destaca-se:

O crescimento contínuo da produção (n.º de doentes saídos) que se traduziu num acréscimo de 8,1% (entre 2000 e 2004) apesar de ter decrescido a lotação praticada (-4,2%).

Uma maior eficiência na utilização dos recursos no biénio 2003/2004 do que em 2000/2001, atendendo a que existiu uma taxa de ocupação mais elevada e um maior nº de doentes saídos por cama bem como uma demora média decrescente a partir de 2002.

O crescimento do índice de case-mix (de 0,92 em 2000 para 1,00 ou superior em 2002/2004) traduz o aumento do grau de complexidade dos doentes tratados.

Os custos por doente saído que cresceram 11,44% no biénio 2000/01 e diminuíram 7,5% em 2003/04, o que revela uma maior eficiência.

Os custos totais cresceram 14,04% no biénio 2000/2001 e decresceram 4,6% no biénio 2003/2004, devido a decréscimos dos custos directos nomeadamente com produtos farmacêuticos (cfr. Contabilidade Analítica).

O número de doentes residentes na área de influência do HDS, internados em outros hospitais da mesma área geográfica, teve, um peso percentual representativo, em 2003 e 2004, respectivamente de 8% e 9% do total de doentes saídos do Internamento, comparativamente a outro hospital auditado do mesmo grupo: Hospital Nossa Senhora do Rosário – Barreiro 5% em ambos os anos. As transferências efectuadas pelo hospital corresponderam a 1,72% e 1,75% em 2003 e 2004, respectivamente. (cfr anexo XI).

Foram realizados testes²³ de conformidade no Internamento tendo-se confirmado os procedimentos de registo e facturação e apurada uma demora média (simples) de 6,8 dias, valor que se revela inferior ao total da actividade (7 dias) e ligeiramente acima do indicado no Relatório da UM (6,6).

Confirmou-se, ainda, existir correspondência entre o número de doentes saídos do Internamento e os dias de internamento (com inclusão do berçário e do serviço de Observações - OBS) reportado na estatística do hospital e os valores constantes do tableau de bord da Unidade de Missão. De referir que a análise efectuada não incluiu o berçário nos indicadores calculados, em consonância com o critério utilizado na anterior auditoria de gestão e considerando a definição de “*lotação praticada*” constante do glossário da Direcção Geral de Saúde.

2.1.2.3 – Actividade Cirúrgica

Os indicadores de produção e de produtividade da Actividade Cirúrgica relativos ao período 2000/2004, bem como os respectivos custos unitários, destacam-se no quadro seguinte:

Quadro IV

²³ Conforme estabelecido no Programa de Auditoria foi seleccionada uma amostra pelo método de amostragem não estatística e utilizando a técnica de selecção aleatório com extracção através do programa IDEA.



Indicadores de actividade cirurgica

	2000	2001	2002	2003	2004	Δ 00/01	Δ 01/02	Δ 02/03	Δ 03/04	Δ 00/04
nº de salas	5	5	5	5	5	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
nº médicos etc (*)	44	45	46	43	42	2,3	2,2	-6,5	-2,3	-4,5
nº cirurgias programadas	6.637	6.600	6.677	8.753	9.920	-0,6	1,2	31,1	13,3	49,5
nº cirurgias urgentes	1.954	1.939	1.836	2.036	2.065	-0,8	-5,3	10,9	1,4	5,7
total de cirurgias	8.591	8.539	8.513	10.789	11.985	-0,6	-0,3	26,7	11,1	39,5
nº cirurgias p/médico etc	195	190	185	251	285	-2,8	-2,5	35,6	13,7	46,1
nº cirurgias programadas p/sala	1.327	1.320	1.335	1.751	1.984	-0,6	1,2	31,1	13,3	49,5
% cirurgias programadas	77	77	78	81	83	0,0	1,5	3,4	2,0	7,1
% cirurgias urgentes	23	23	22	19	17	-0,2	-5,0	-12,5	-8,7	-24,2
Nº Doentes em espera	2.546	2.334	4.336	4.401	2.568	-8,3	85,8	1,5	-41,6	0,9
Custo por cirurgia	655,14	597,15	501,24	486,31	440,95	-8,9	-16,1	-3,0	-9,3	-32,7

(*) O HDS não dispõe do total de horas de trabalho dos médicos em 2000 e 2001 necessário para o apuramento dos médicos ETC

Fonte: Estatísticas e Contabilidade Analítica do hospital

Neste âmbito é de salientar que:

A Actividade Cirúrgica teve um crescimento da produção²⁴ de 39,5% entre 2000 e 2004²⁵, com decréscimo de 0,6% no biénio 2000/2001 e acréscimo de 11,1% em 2003/2004. De referir, no entanto, que estes acréscimos de produção foram acompanhados por uma diminuição da qualidade (vj indicador “percentagem de readmissões em GDH cirúrgicos” e “Percentagem de óbitos em GDH seleccionados de doentes de idade > 65 anos” cfr ponto 2.1.3.1).

A produtividade em valores absolutos, apurada através do “nº de cirurgias programadas realizadas por sala”, regista melhores resultados em 2003/2004 do que em 2000/2001.

No contexto da actividade, as cirurgias programadas tiveram maior representatividade no biénio em 2003/2004 (81% em 2003 e 83% em 2004), do que em 2000/2001 (77%), demonstrando um esforço do hospital em aumentar a sua actividade normal para dar resposta à procura, o que se reflectiu em acréscimos de produtividade e na diminuição da lista de espera (-41,6% no biénio 2003/2004), encontrando-se (em 31 de Dezembro de 2004), a aguardar cirurgia 2 568 doentes).

Os custos unitários diminuiram ao longo dos anos em análise, apurando-se decréscimos de 8,9% no biénio 2000/2001 e de 9,3% no biénio 2003/04, o que é representativo de uma maior eficiência nesta área.

Efectuado o cruzamento dos registos da produção cirúrgica dos anos de 2003 e 2004, com os valores constantes do tableau de bord da Unidade de Missão, confirmou-se a correspondência entre esses dados.

Nas alegações produzidas, o Presidente do Conselho de Administração do HDS entende ser “pouco correcto concluir por maior eficiência ao mesmo tempo que se reconhecem aumentos de produção “acompanhados” por diminuição de qualidade”.

²⁴ A comparação do desempenho deste hospital (na Actividade Cirúrgica) face aos resultados dos restantes hospitais SA, apurados pela Unidade de Missão no seu “tableau de bord”, em 2003 e 2004, encontra-se no anexo IV.

²⁵No período 2000/2004 decorreram programas especiais de recuperação de listas de espera (PPA e PECLEC) que contribuíram para acréscimos de produção.



2.1.2.4 – Urgência

No período 2000/2004, a produção²⁶, a produtividade e os custos unitários da Urgência evoluíram da seguinte forma:

Quadro V
Indicadores de actividade da urgência

	2000	2001	2002	2003	2004	Δ 00/01	Δ 01/02	Δ 02/03	Δ 03/04	Δ 00/04
nº médicos etc (*)			2,70	3,15	3,36			16,7	6,7	
nº doentes atendidos	105.646	117.250	91.121	94.240	100.415	11,0	-22,3	3,4	6,6	-5,0
nº doentes atendidos por médico etc			108	106	106			-2,1	0,5	
nº de doentes atendidos p/dia	289	321	249	258	275	11,3	-22,5	3,6	6,6	-4,7
custo unitário por urgência (euros)	92,01	112,99	148,18	156,07	134,41	22,8	31,1	5,3	-13,9	46,1
Custo total(milhares euros)	9.721	13.248	13.474	14.707	13.497	36,3	1,7	9,2	-8,2	38,8

(*) O HDS não dispõe do total de horas de trabalho dos médicos em 2000 e 2001 necessário para o apuramento dos médicos ETC

Fonte: Estatísticas e Contabilidade Analítica do hospital

Da leitura do quadro conclui-se que:

O nº de atendimentos na Urgência decresceu 5% entre 2000 e 2004 (apesar de ter crescido 11% no biénio 2000/2001 e 6,6% em 2003/2004) evoluindo de uma média diária de 289 doentes atendidos em 2000 para 275 em 2004).

“O número de médicos ETC” afectos à Urgência sofreu um acréscimo de 16,7% no biénio 2002/2003, tendo a produtividade decrescido (2,1%).

No período 2000/2004 o custo por doente atendido cresceu 46,1% tendo os custos totais crescido 38,8% o que aliado à diminuição da produção e ao aumento do nº de médicos reflecte uma menor eficiência.

O número de doentes residentes na área de influência do HDS²⁷, atendidos por outros hospitais da mesma área geográfica correspondeu, em 2003 e 2004, a 10% do total de doentes atendidos na Urgência, percentagem significativa face ao apurado em outro hospital do grupo auditado: Hospital Nossa Senhora do Rosário – Barreiro 3% em ambos os anos. As transferências efectuadas pelo HDS em 2003 e 2004 corresponderam a 2% do total dos atendimentos da Urgência.

Foram realizados testes a episódios de urgência tendo-se confirmado, nos processos clínicos dos doentes, a realização dos actos médicos facturados ao IGIF.

Confirmou-se, ainda, existir correspondência entre as estatísticas do hospital e os registos do tableau de bord da Unidade de Missão, no que se refere a n.º de atendimentos da urgência (em 2003 e 2004).

²⁶ A comparação do desempenho deste hospital (Urgência) com aos resultados dos restantes hospitais SA, apurados pela Unidade de Missão no seu “tableau de bord”, em 2003 e 2004, encontra-se no anexo IV.

²⁷

Hospital	2002	2003	2004
Hosp Médio Tejo	1343	1451	2090
Hosp Caldas Rainha	741	753	920
Hosp Torres Vedras	102	99	115
Hosp Rey Santos	8959	8509	8246
Total	11145	10812	11371



2.1.3- Avaliação da Equidade no Acesso

Avaliada a equidade do acesso através dos indicadores, “percentagem de doentes transferidos do Internamento” e “percentagem das 1^{as} consultas no total”, apura-se:

Uma percentagem reduzida de doentes transferidos do Internamento (1,72% em 2003 e 1,75% em 2004) face à percentagem média dos hospitais SA (3,31% e 4,04% em 2003 e 2004 respectivamente), e à média nacional dos hospitais do SNS - SPA e SA (3,4% em 2003 e 3,1% em 2004) o que indica uma não discriminação através de doentes desviados- cfr. anexo XI;

Uma diminuição de um ponto percentual no peso das 1^{as} consultas (passou de 27% em 2003 para 26% em 2004) o que indica uma ligeira diminuição no acesso de novos doentes.

A evolução destes indicadores permite concluir não existir evidência de diminuição de equidade no acesso.

De referir, ainda, que em 2003 e 2004, não se verificou diminuição da percentagem de doentes do SNS no total de doentes atendidos em qualquer das linhas de produção (com excepção da Consulta Externa), concluindo-se não existir evidência de discriminação deste grupo.

2.1.4 – Avaliação da Qualidade

2.1.4.1- Indicadores Técnicos de Qualidade

O IGIF elabora, anualmente, um documento com o tratamento da informação enviada pelos hospitais sobre o sistema de classificação de doentes em Grupos de Diagnósticos Homogéneos (GDH), o qual permite identificar a produção no internamento. Nesse documento -*Informação de Retorno* - que tem como objectivo proceder a uma avaliação técnica da qualidade das prestações assistenciais, é estabelecida uma classificação para efeitos de comparação dos indicadores e definida uma grelha de avaliação da qualidade dos dados.

Do conjunto de indicadores constante nessa Informação de Retorno, foram seleccionados os seguintes:

- ▷ *Complicações relacionadas com procedimentos cirúrgicos;*
- ▷ *Percentagem de readmissões em GDH cirúrgicos;*
- ▷ *Percentagem de óbitos em GDH seleccionados.*

▼ *Complicações relacionadas com procedimentos cirúrgicos*

Gráfico XIII

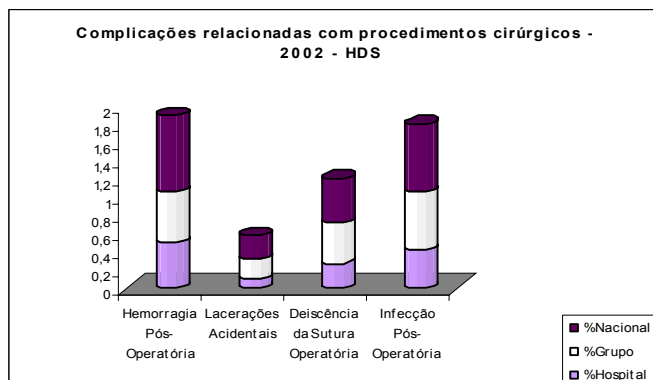


Gráfico XIV

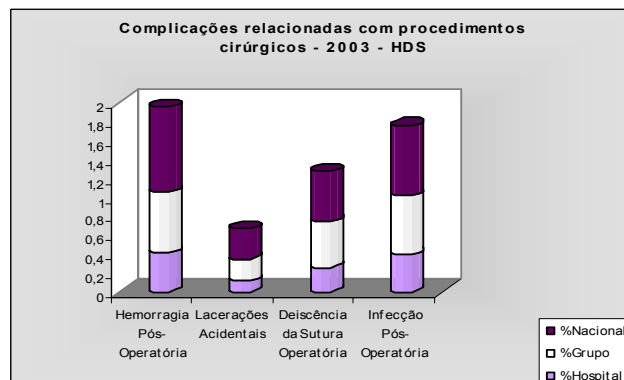
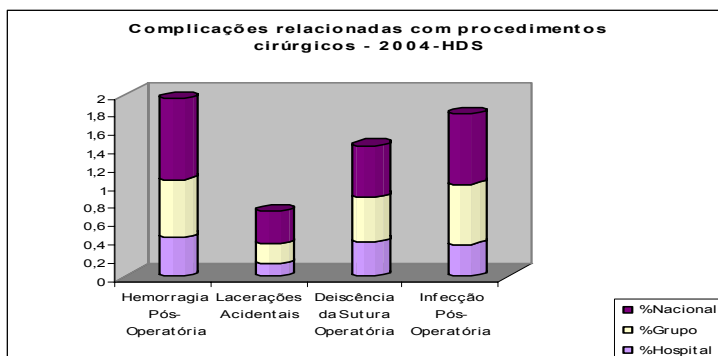


Gráfico XV



Fonte: Informação de Retorno do IGIF.

Conforme se pode observar nos gráficos anteriores, o HDS apresenta, nos biénios 2000/2001 e 2003/2004, percentagens inferiores à média do Grupo²⁸ e Nacional, nos quatro tipos de complicações relacionadas com procedimentos cirúrgicos. Estes resultados são demonstrativos de uma qualidade técnica das prestações assistenciais acima da média.

▼ Percentagem de readmissões em GDH cirúrgicos

Na percentagem de readmissões²⁹ em GDH cirúrgicos, os 5 GDH que mais contribuíram, em 2002, 2003 e 2004, foram os que se identificam nos gráficos seguintes.

Gráfico XVI

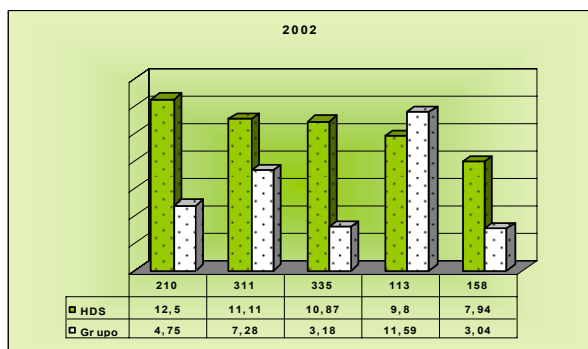


Gráfico XVII

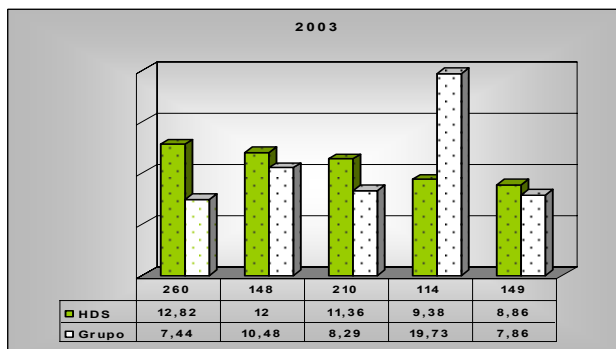
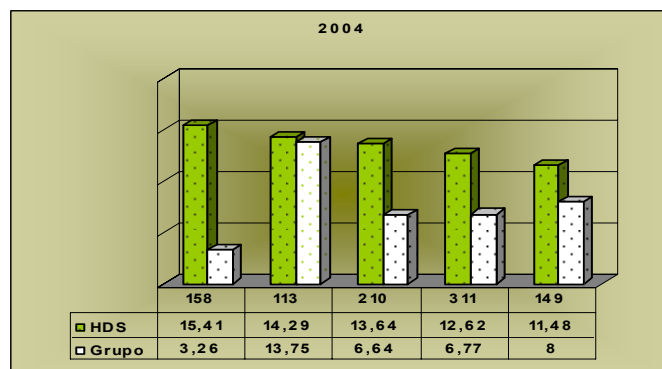


Gráfico XVIII



Fonte: Informação Retorno do IGIF.

Da análise dos gráficos conclui-se que:

²⁸ Conjunto de hospitais com características assistenciais idênticas, segundo princípios definidos pelo IGIF.

²⁹ Considera-se uma readmissão, qualquer episódio de internamento subsequente a outro episódio classificado num GDH cirúrgico (GDH primeiro episódio), desde que ocorrido num período de tempo igual ou inferior a 30 dias. Excluem-se desta definição, os casos em que o segundo episódio de internamento é classificado nos GDH 249, 317, 409, 410, 492, 465 e 466- cfr Informação de Retorno do IGIF.

A percentagem de readmissões no HDS é na maioria dos GDH analisados, superior em relação às do seu Grupo em qualquer dos anos analisados;

As taxas de readmissões denunciam um sentido evolutivo entre 2002 e 2004, mas mais acentuado em 2004;

Os GDH que apresentam um número de readmissões mais elevado foram o 158 (*Procedimentos no ânus e estomas, sem CC*), o 210 (*Procedimentos na anca e fémur, excepto grandes articulações, idade > 17 anos, com CC*), e o 311 (*Procedimentos transuretrais, sem CC*);

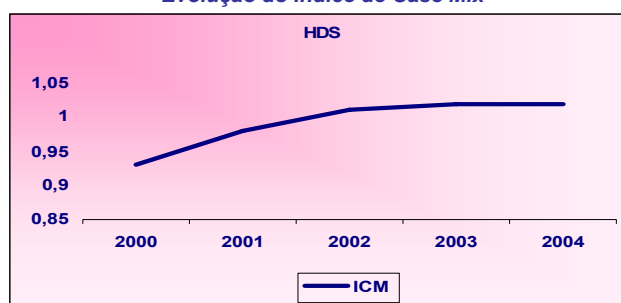
Em 2002, a percentagem de readmissões do GDH 113 era inferior à do Grupo, tendo-se invertido a situação, em 2004, passando a registar uma percentagem superior à do Grupo;

A percentagem de readmissões do GDH 158 era, em 2002, de 7,94%, passando para 15,41%, em 2004, quando a percentagem do Grupo se manteve praticamente estável.

No biénio 2000/2001, com excepção do GDH 478 (em 2000), o hospital registou percentagens de readmissões superiores às do Grupo.

Convém, todavia, e uma vez que estamos perante indicadores de avaliação da qualidade, fazer uma leitura dos gráficos anteriores com a evolução do índice de *case-mix*.

Gráfico XIX
Evolução do Índice de Case Mix



A complexidade dos doentes tratados no HDS aumenta a partir de 2001, mas mantém-se estável entre 2003 e 2004, conforme se retira da leitura do gráfico anterior. A comparação do nível de readmissões com o seu índice de *case-mix* revela a existência de uma relação directa entre o nível de complexidade dos casos assistidos e o nível de readmissões.

▼ Percentagem de óbitos em GDH seleccionados

Quanto ao indicador *Percentagem de óbitos em GDH seleccionados*, em doentes com idade ≤ 65 anos e > 65 anos, seleccionaram-se os dez com maior número de óbitos, conforme se discriminam nos quadros dos anexos V e VI.

Analisando os resultados obtidos pelo hospital em comparação com os do Grupo e a nível Nacional, verifica-se que em 2003, existiu uma diminuição da “*Percentagem dos GDH de doentes com idade ≤ 65 anos*”, face ao Grupo e a nível Nacional, sendo essas percentagens superiores em 2004 (cfr. anexo V).

No que respeita aos resultados obtidos no indicador “*Percentagem de óbitos em GDH seleccionados a doentes com idade > 65 anos*”, comparativamente com os do Grupo e a nível Nacional, identificados nos quadros do anexo VI, fica evidenciado que em 2003, o hospital apresenta, face a 2002, um aumento das percentagens nos dez GDH, afastando-se ainda mais das percentagens do Grupo e a nível Nacional, o que é revelador de um diminuição da qualidade dos serviços de saúde prestados. Em 2004, o hospital continua a registar percentagens de óbitos superiores às do Grupo e Nacional.

Em 2000 o hospital registara, na maioria (6 em 10) dos GDH seleccionados a doentes com idade ≤ 65 anos, percentagens de óbitos superiores às do Grupo e Nacional, e em 2001, a percentagem em 5 dos 10 GDH foi inferior.

No mesmo período (2000/2001) as percentagens de óbitos em GDH seleccionados a doentes com idade > 65 anos, foram na sua maioria superiores às do Grupo e Nacional.



No âmbito do contraditório o Presidente do Conselho de Administração refere que o hospital “tem ainda em alguns grupos profissionais um deficit muito significativo, o que nalguns casos pode comprometer a qualidade dos Serviços e do desempenho profissional.”

► Grau de Concentração da Actividade Hospitalar

Para avaliar o grau de concentração da actividade do hospital num conjunto de actos médicos praticados, seleccionou-se, nos anos de 2002, 2003 e 2004 um conjunto de GDH (15 primeiros com maior número de doentes saídos). Conforme se retira dos quadros do anexo VII, a actividade do HDS não se concentrou em nenhuma das *Grandes Categorias de Diagnósticos (GCD)*.

2.1.4.2 – Reclamações ao Gabinete do Utente

Para avaliar o grau de satisfação do serviço prestado pelo HDS aos utentes, foi analisada a evolução e o tipo de reclamações do Gabinete do Utente, apresentadas nos anos de 2003 e 2004 (cfr anexo VIII), tendo-se verificado que a maior percentagem recaíram em situações que se prenderam com o funcionamento e os acessos ao hospital e que o Serviço de Urgência foi o que mereceu o maior número de reclamações sendo, os Grupos Profissionais mais abrangidos o pessoal dirigente e médico. Analisado o inquérito realizado pelo hospital em Dez de 2004, conclui-se que, de um modo geral, a opinião manifestada pelos utentes foi positiva em todas as áreas avaliadas, classificando de “Bom” o desempenho do hospital (cfr. anexo VIII).

Na avaliação da qualidade, o Presidente do Conselho de Administração do HDS alega que “tendo em conta a amostra não sentimos confiança suficiente para produzir juízos consistentes”.

2.2 – Recursos Utilizados Pelo Hospital

2.2.1 – Recursos Humanos

Ao longo dos últimos cinco anos, o HDS tem vindo a registar uma diminuição progressiva no número total dos efectivos³⁰, com maior incidência no pessoal de serviços gerais, administrativo e operário.

Entre 2000 e 2004, verifica-se um decréscimo de 2,1% (cfr. gráfico XXI), verificando-se no entanto um crescimento de 0,2% no biénio 2000/2001 e um decréscimo de 0,8% em 2003/2004.

O HDS registou, de 2003 para 2004, uma ligeira diminuição na contratação do pessoal para as categorias de administrativos e serviços gerais, sendo a distribuição por grupos profissionais a que se apresenta no gráfico XX.

O peso relativo dos grupos profissionais ligados mais directamente ao cariz assistencial (médicos e enfermeiros), foi, nos dois anos referidos, cerca de 50% do total.

Gráfico XX

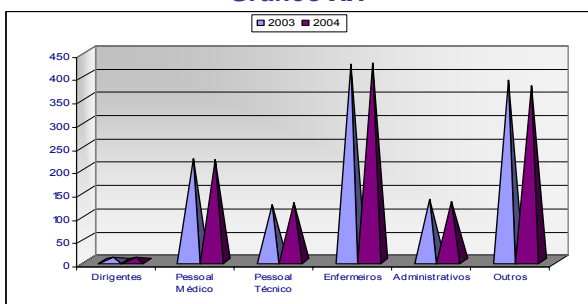
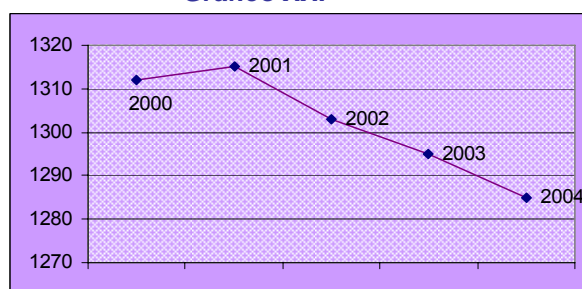


Gráfico XXI



Em 31 de Dezembro de 2004 o HDS tinha 1285 funcionários a ocupar lugares do quadro permanente, dos quais 1002 abrangidos pelo regime jurídico da função pública (78%), 196 com contrato individual de trabalho (15%) e 66 com contrato administrativo de provimento (5%).

30

Recursos Humanos

2000	2001	2002	2003	2004	Δ 00/01	Δ 01/02	Δ 02/03	Δ 03/04	Δ 00/04
1312	1315	1303	1295	1285	0,2	-0,9	-0,6	-0,8	-2,1

2.2.2 – Recursos Financeiros

Os quadros seguintes espelham a evolução dos recursos financeiros do HDS nos últimos três anos.

Quadro VI
Proveitos Financeiros

Designação	2002
Subsidio à Exploração -OE	46.133.514,00
Prestação de Serviços	5.472.946,76
Proveitos e Ganhos Financeiros	210.270,00
Tranferências e Outros Subsídios	69.210,00
total	51.885.940,76

Quadro VII
Proveitos Financeiros

Designação	2003	2004
Prestação de Serviços		
IGIF ()	39.680.666,92	40.354.225,40
*Subsistemas e Outras Entidade	10.048.751,98	22.712.457,27
Proveitos e Ganhos Financeiros	783.698	804.946
Transferências e Outros Subsídios	1.012.672	309.367
total	51.525.789	64.180.996

(*)Valores referentes a facturação emitida pelo hospital por serviços prestados no âmbito do SNS

O Subsidio à Exploração do OE foi, em 2002, a maior fonte de receita do hospital, situação já analisada em anterior auditoria (relativamente ao triénio 1999/2001), tendo sido apurado pelo IGIF com base no histórico do orçamento inicial do ano anterior (70% em 2000, 60% em 2001 e 50% em 2002) e na previsão (projectada pelo IGIF) da produção do SNS para cada ano (30% em 2000, 40% em 2001 e 50% em 2002).

Com a transformação do hospital em sociedade anónima de capitais exclusivamente públicos, em finais de 2002, passa a haver uma separação nítida entre financiador e prestador, assentando o novo modelo de financiamento na figura dos contratos – programa, nos quais se estabelecem determinados volumes de produção e os correspondentes níveis de remuneração com base numa tabela de preços definida.

As quantidades contratadas pelo IGIF (como representante do Estado) referem-se a “produtos finais/outputs” em lugar de recursos/imputs de produção, ao contrário do que sucedia anteriormente, fixando os contratos-programa para além das quantidades, o tipo de produção, ponderada pelo ICM e o respectivo preço.

Assim em 2003 e 2004 a maior fonte de financiamento do hospital foi a receita proveniente da prestação de serviços³¹ que representou 83% dos recursos financeiros de cada ano, correspondendo a prestação de serviços no âmbito do SNS a cerca de 85% do total.

O preço pago pelo IGIF, no âmbito do SNS, ao HDS por unidade de produção foi calculado a partir de um preço unitário de referência equivalente para todos os hospitais SA e ajustado em função do nível de complexidade (case mix) da respectiva produção (cfr contrato - programa).

O contrato-programa fixou regras de pagamento da produção marginal (isto é, actividade acima ou abaixo dos níveis contratualmente fixados com ou sem fixação de limites máximos/mínimos), conforme se apresenta no quadro seguinte.

Quadro VIII
CÁLCULO DA PRODUÇÃO MARGINAL EM 2003 E 2004

Ano	Prod facturada	Internamento	CExterna	Urgência	HDia
2003	< prod cont	59 % preço (até total contrat)	59 % preço (até total contrat)	54 % preço (até total contrat)	38 % preço (até total contrat)
	> prod cont	30 % preço	31 % preço	preço igual ao cont	55 % preço
2004	< prod cont	48 % preço (até total contrat)	36 % preço (até total contrat)	47 % preço (até total contrat)	21 % preço (até total contrat)
	> prod cont	44 % preço (até 10 % p cont)	58 % preço (até 10 % p cont)	preço igual ao cont	75 % preço (até 10 % p cont)

Em 2003, os valores facturados pelo HDS e pagos pelo IGIF, de produção contratada traduziram-se no montante de 37.706.354,52€ e de produção marginal no total de 1.974.312,40€ (cfr. Quadro IX), dos quais 1.535.005,13 € se destinaram a suportar parte dos custos fixos associados à produção negativa do internamento (-1500 altas de doentes equivalentes). O total dos pagamentos efectuados pelo IGIF referente a 2003 atingiu 39.680.666,92€³² (cfr. quadro IX).

³¹ Corresponde ao total da conta 7.1.2 – Prestação de Serviços (fonte: balancete do Razão Geral antes de Regularizações).

³² Valor que adicionado ao subsidio de convergência atinge o montante de 42.560.339,55€ (39 680 666,92€+2 879 672,63€), valor inferior ao fixado no n.º 2 da cláusula 2ª do contrato programa – 43.209.000,00€.

Os valores da produção, de 2004, corresponderam a uma facturação relativa a produção contratada de 38.942.874,75€ e uma facturação de produção marginal de 1.411.350,65€, totalizando 40.354.225,40€, De referir, ainda, que a facturação marginal incluiu valores de produção marginal negativa destinada a suportar os custos fixos associados à produção negativa³³, do hospital de dia, da urgência e do ambulatório no valor de respectivamente 39.291,39€, 27.974,94€ e 151.775,89€.

Quadro IX

Produção	Valores facturados (€) em 2003			Valores facturados (€) em 2004		
	Produção contratada	Produção marginal	Total	Produção contratada	Produção marginal	Total
Consultas Externas	5.953.988,13	673,07	5.954.661,20	6.213.609,97	283.979,83	6.497.589,80
Altas de doentes Equivalentes	24.868.384,84	1.535.005,13	26.403.389,97	21.925.786,19	883.853,10	22.809.639,29
Cirurgias ambulatório (d. equi)				2.778.034,59	151.775,89	2.929.810,48
Urgências	4.670.053,05	317.620,29	4.987.673,34	5.335.876,50	27.974,94	5.363.851,44
Sessões Hospital Dia	2.213.928,50	121.013,91	2.334.944,40	2.689.567,50	63.766,89	2.753.334,39
TOTAL	37.706.354,52	1.974.312,40	39.680.666,92	38.942.874,75	1.411.350,65	40.354.225,40

Para além dos valores referidos, o hospital recebeu, ainda, em cumprimento do previsto no clausulado dos contratos-programa um montante extraordinário (2.879.672,63€ e 10.286.679,65€, em 2003 e 2004 respectivamente), designado de valor de convergência³⁴, destinado a compensar as obrigações no contexto do Serviço Público de Saúde³⁵, (os custos unitários de produção do hospital ultrapassaram os custos médios dos hospitais do mesmo grupo, apurados pelo IGIF por áreas de actividade, e que serviram de referência à definição dos preços unitários de produção estabelecidos nos contratos programa para esses anos). De referir que os valores de convergência representaram nos respectivos anos 6,8% e 20,3%, do total do financiamento, o que se mostra manifestamente elevado.

Analisada a evolução das transferências do OE via IGIF obtidas de 2000 a 2002³⁶ e dos valores pagos com base nos contratos programas de 2003 e 2004, apura-se um aumento muito elevado 44% no período 2000/2002 e um decréscimo de 8% no período 2002/2003, verificando-se que em 2003/2004, existiu um acréscimo de 19% (cfr Gráfico XXII).

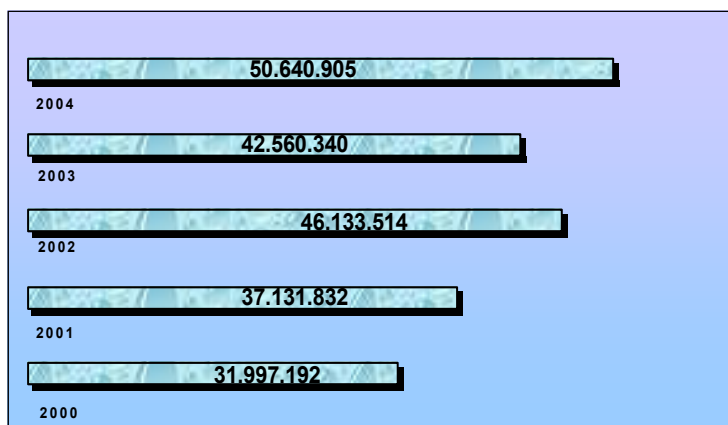
Gráfico XXII

³³ A produção marginal negativa do hospital de dia correspondeu a 617 sessões de quimioterapia e 81 outras sessões. A produção marginal negativa da urgência foi de 903 sendo a do ambulatório de 308.

³⁴ De acordo com informação do IGIF, a introdução de uma tabela única para o financiamento dos cuidados diferenciados aplicável a todos os prestadores mostrou-se problemática, pelo que foi criado um mecanismo adicional que permite assegurar a convergência progressiva dos hospitais mais ineficientes, mantendo a utilização de uma tabela de preços única para todos. Este mecanismo adicional designado por *plano de convergência* corresponde a um financiamento temporário aos hospitais menos eficientes, associado a um plano em que se identifiquem as alavancas de eliminação das causas da ineficiência de cada hospital e os prazos e objectivos para a sua convergência progressiva com as restantes unidades do SNS.

³⁵ Cfr. N.º 2 da cláusula 5ª do contrato programa de 2004 "... Por Serviço Público entende-se o conjunto das prestações de saúde que devam ser asseguradas pelo Hospital, independentemente da existência de um terceiro responsável pelo pagamento, de acordo com o seu perfil assistencial e no âmbito do Serviço Nacional de Saúde".

³⁶ No triénio anterior (2000-2002), o subsídio à exploração transferido pelo IGIF ao hospital atingiu, respectivamente, 31 997 019€, 37 131 830€ e 46 133 514€ cujo crescimento acentuado resulta de orçamentos baseados em valores históricos e de produção.



Face ao referido, constatamos que os valores pagos pelo IGIF, em 2003 e 2004, de acordo com o novo modelo de financiamento com base na produção contratada (contratos-programa – preço unitário por linha de produção multiplicado pelo ICM), foram (sem o valor de convergência) inferiores ao financiamento (valores pagos com suporte no histórico e na produção - orçamentos programa) de 2002 e mesmo de 2001 (relativamente a 2003). Contudo, com base nos valores efectivamente pagos pelo IGIF ao HDS, em 2003 regista-se um decréscimo³⁷ de 8 % face a 2002 e, em 2004, um aumento de 19% face a 2003.

Podemos concluir que o acréscimo verificado em 2004 resulta do aumento da produção³⁸ e do acréscimo significativo (cresceu 257% em 2004 face a 2003) do valor de convergência (destinado a assegurar a convergência progressiva do hospital face aos mais eficientes) em resultado do agravamento do diferencial entre os custos unitários do HDS e os custos médios dos hospitais do mesmo grupo³⁹.

Assim, e uma vez que o novo modelo de financiamento suporta produção não realizada (produção marginal negativa), para sustentar parte dos custos fixos das linhas de produção e concomitantemente atribui um valor de convergência para compensar o desvio entre os custos unitários mais elevados atingidos pelo hospital e os preços fixados pelo IGIF por linha de produção, podemos concluir que este novo modelo de financiamento é propiciador de uma menor eficácia e de uma menor eficiência.

37

Evolução do financiamento			
2000/01	2001/02	2002/03	2003/04
16%	24%	-8%	19%

38

Crescimento da Produção					
Actividade	2000/01	2001/02	2002/03	2003/04	2000/04
Consulta Externa	5,3%	5,3%	11,9%	8,5%	34,5%
Internamento	2,3%	0,1%	2,3%	3,1%	8,1%
Activ Cirurgica	-0,6%	-0,3%	26,7%	11,1%	39,5%
Urgência	11,0%	-22,3%	3,4%	6,6%	-5,0%

³⁹ Os custos médios dos hospitais do mesmo grupo serviram de referência à definição dos preços unitários de produção estabelecidos nos contratos – programa.

2.3 – Análise da Situação Económico-Financeira

2.3.1 – Défice/Excedente Financeiro e Económico

Os défices/excedentes financeiro e económico na óptica dos fluxos de receita e despesa, dos exercícios de 2003 e de 2004, apresentam-se nos quadros e gráfico seguinte, tendo sido considerado no apuramento do défice financeiro a disponibilidade resultante da constituição do capital social⁴⁰.

Quadro X
DÉFICE/EXCEDENTE FINANCEIRO

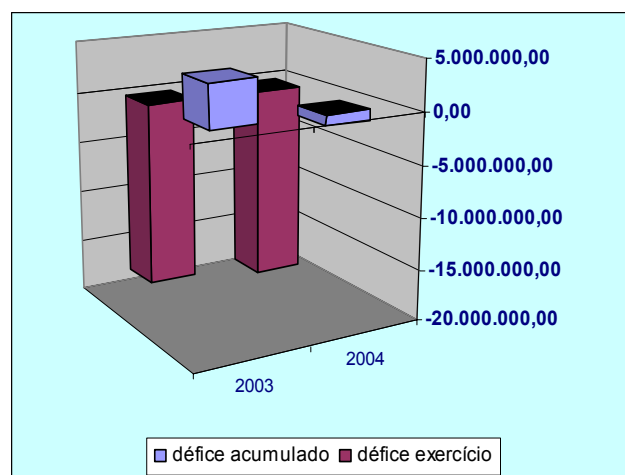
	Unid: euros	
	2003	2004
1 Receita cobrada do exercício	42.755.236,63	46.801.893,66
2 Despesa total do exercício	60.249.041,01	65.317.021,42
3 Saldo inicial de "fundos próprios"	6.832.435,29	29.827.811,90
4 Receita cobrada de exercícios anteriores	4.815.811,87	10.062.750,41
5 Realização do Capital Social	29.930.000,00	
6 Despesa total de anos anteriores (a)	19.988.533,61	22.383.279,88
7 Despesa não relevada na contabilidade (b)	164.266,64	146.377,01
8 <i>Receita Total (1+3+4+5)</i>	84.333.483,79	86.692.455,97
9 <i>Despesa Total Acumulada em 2004 (2+6+7)</i>	80.401.841,26	87.846.678,31
10 <i>Défice do Exercício (1-2)</i>	-17.493.804,38	-18.515.127,76
11 <i>Superavit de Anos Anteriores (3+4+5)-6</i>	21.589.713,55	17.507.282,43
12 <i>Superavit/Défice Acumulado (10+11)</i>	4.095.909,17	-1.007.845,33
13 <i>Défice Oculto (7)</i>	-164.266,64	-146.377,01
14 <i>Superavit/Défice Total (12+13)</i>	3.931.642,53	-1.154.222,34

a) valor da despesa total realizada no exercício relativa a anos anteriores e despesa realizada em anos anteriores que transitou em dívida.

b) Facturas emitidas e não relevadas na contabilidade desse ano

Fonte: Balançotes do Razão Geral

Gráfico XXIII
Défice/ Excedente Financeiro de 2004



Quadro XI

SITUAÇÃO ECONÓMICA NA ÓPTICA DOS FLUXOS DE RECEITA E DESPESA

	Unid. euros	
	2003	2004
1 Receita total do exercício	55.411.813,37	65.376.996,28
2 Despesa total do exercício	60.249.041,01	65.317.021,42
3 Receita total de anos anteriores	4.188.203,86	1.256.414,98
4 Despesa total de anos anteriores	2.132.322,72	164.266,64
5 Despesa não/relevada na contabilidade	164.266,64	146.377,01
6 Défice/Superavit Económico do Exercício (1+3)-(2+4)	-2.781.346,50	1.152.123,20
7 Défice oculto (5)	-164.266,64	-146.377,01
8 Défice/Superavit Económico Total (6+7)	-2.945.613,14	1.005.746,19

Fonte: Balançotes do Razão Geral

É de sublinhar, em consequência da sua análise, o seguinte:

A existência de superavit financeiro total em 2003 no valor de 3 931 milhares de euros e de um défice de 1.154 milhares de euros em 2004, em resultado do superavit de exercícios anteriores nos valores de 21.590 e 17.507 milhares de euros, respectivamente.

O apuramento de défices de exercício nos dois anos (18.515 milhares de euros em 2004 e 17.494 milhares de euros em 2003), atendendo a que a despesa realizada em cada um dos anos foi superior à receita cobrada nesses anos.

O superavit económico total em 2004 no valor de 1 005 746,19€ (com índice de cobertura igual a 1,018⁴¹) demonstra uma melhoria da situação económica face a 2003 em que se registou um défice de 2 945 614,14€ (com índice de cobertura igual a 0,955).

⁴⁰ Verificando-se que o hospital em 2003 e 2004 utilizou o capital social para financiar despesas correntes e défices de exploração

⁴¹

Índice de cobertura de 2004 = $\frac{\text{Receita total}}{\text{Despesa total}} = \frac{66\,663\,411,26}{65\,481\,288,06} = 1,018$

Índice de cobertura de 2003 = $\frac{\text{Receita total}}{\text{Despesa total}} = \frac{59\,600\,017,23}{62\,381\,363,73} = 0,955$

2.3.2- Endividamento

Os quadros seguintes evidenciam as dívidas do hospital em 2004:

Quadro XII

Dívidas do HDS em 31 Dez 2004

Unid.: euros

Dívida de Fundos Próprios	18.769.957
Dívida de Fundos Alheios	1.036.029
Dívida total	19.805.986

Fonte: Balanço e Balancetes do Razão Geral Após Regularização

Quadro XIII

Dívidas do HDS em 31 Dez 2004 - Fundos Próprios

Unid.: euros

Credores	até 31/12/03	%	de 2004	%	Total	%
Instituições do SNS						
ARS	773.972	9,0	364.998	3,6	1.138.970	6,1
Hospitais	7.348.105	85,6	1.280.062	12,6	8.628.167	46,0
Outros Serviços SNS	330.235	3,8	223.931	2,2	554.166	3,0
Sub- total	8.452.311	98,5	1.868.991	18,4	10.321.303	55,0
Fornecedores - Compras	344	0,0	5.686.117	55,8	5.686.461	30,3
Fornecedores - Imobilizado	6.158	0,1	758.229	7,4	764.387	4,1
Outros Fornec.e Serviços	126.313	1,5	1.794.559	17,6	1.920.872	10,2
Pessoal	0	0,0	76.934	0,8	76.934	0,4
Sub- total	132.815	1,5	8.315.839	81,6	8.448.654	45,0
TOTAL	8.585.127	100	10.184.830	100	18.769.957	100

Fonte: Balancete do Razão Geral Após Regularizações e Conta Corrente de Terceiros

Em 31 de Dezembro de 2004, o HDS apresentava uma dívida acumulada total no valor de 19 805 986€ da qual 18.769.957€ diziam respeito a Fundos Próprios (sendo 8 371 720€ a fornecedores e 10 321 303€ a Instituições do SNS) e 1 036 029€ a Fundos Alheios (cfr. quadro XII), tendo beneficiado de anulações de dívida (de facturação reportada a esse ano no valor de 2 162 183,26 € e de dívidas herdadas de 2002 no valor de 2 830 306€) e de um encontro de contas Inter - Instituições do SNS, no valor de 357 260,52€⁴².

Relativamente à dívida de Fundos Próprios, 8 585 127€ correspondeu a dívidas por regularizar de anos anteriores e 10 184 830€ a dívidas por regularizar do próprio ano, apurando-se que 55% da dívida em 31/12/2004 era para com Instituições do SNS, da qual 82%⁴³ diziam respeito a anos anteriores e 18% ao ano de 2004 (quadro XIII).

Em 2003 a dívida acumulada foi de 30 187 693€ (da qual 13 192 284€ diziam respeito a fornecedores e 11 476 705€ a Instituições do SNS), tendo beneficiado de uma anulação de dívida contraída nesse ano relativa a produtos vendidos por farmácias, no valor de 1 631 975,57€ (por despacho de 31/12/2003 do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde).

De acordo com o Relatório nº 10/03 – 2ª S – Auditoria à Situação financeira do SNS (a fls. 31) impõe-se uma clarificação por via legislativa das anulações de dívidas, matéria particularmente sensível no contexto dos hospitais SA.

Quadro XIV

Dívidas do HDS em 31 Dez 2003

Unid.: euros

Dívida de Fundos Próprios	24.824.563
Dívida de Fundos Alheios	5.363.130
Dívida total	30.187.693

Fonte: Balanço e Balancetes do Razão Geral Após Regularizações

Quadro XV

Dívidas do HDS em 31 Dez 2003 - Fundos Próprios

Unid.: euros

Credores	até 31/12/02	%	de 2003	%	Total	%
Instituições do SNS						
ARS	2.455.697	26	1.154.164	7	3.609.861	15
Hospitais	4.776.342	51	2.760.169	18	7.536.511	30
Outros Serviços SNS	233.031	2	97.302	1	330.333	1
Sub- total	7.465.070	79	4.011.635	26	11.476.705	46
Fornecedores - Compras	3.386	0	9.514.717	62	9.518.102	38
Fornecedores - Imobilizado			520.201	3	520.201	2
Outros Fornec.e Serviços	1.941.751	21	1.212.229	8	3.153.981	13
Pessoal	1.353		154.221	1	155.574	1
Sub- total	1.946.490	21	11.401.368	74	13.347.858	54
TOTAL	9.411.560	100	15.413.003	100	24.824.563	100

Fonte: Balancete do Razão Geral Após Regularizações e Conta Corrente de Terceiros

Da análise do quadro XV, verifica-se que 46% da dívida em 31/12/2003 era relativa a Instituições do SNS, da qual 65%⁴⁴ diz respeito a anos anteriores e 35% ao ano de 2003.

As dívidas herdadas pelo hospital SA em 11 de Dezembro de 2002, ascendiam a 16.478.956,09€, encontrando-se por liquidar em 31 de Dezembro de 2004 ao Serviço Nacional de Saúde 7 464 875,80€ e a credores diversos 24 167,10€,

⁴² Processo de regularização de dívidas Inter-Instituições relativas a anos anteriores (realizado em 2004).

⁴³ Em 2004 o peso das dívidas de anos anteriores no total da dívida ao SNS = $\frac{8.452.311}{10.321.303} \times 100 = 81,89\%$

⁴⁴ Em 2003 o peso das dívidas de anos anteriores no total da dívida ao SNS = $\frac{7.465.070}{11.476.705} \times 100 = 65\%$

tendo sido autorizada por despacho de 21 de Janeiro de 2005, do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde, uma anulação de dívidas⁴⁵ reportadas a 2002, do hospital às ARS no montante de 2 830 306€.

De referir, ainda, que a Unidade de Missão Hospitais SA e o IGIF, não procederam em 2003 e 2004 a um controlo financeiro exaustivo, em especial, ao endividamento resultante dos compromissos assumidos perante os fornecedores, no sentido de acautelar necessidades de financiamento futuras⁴⁶.

2.3.2.1- Endividamento Financeiro

Apurou-se ainda que o hospital não contraiu empréstimos bancários, pelo que não são devidos quaisquer valores a título de dívida financeira contraída junto da banca.

2.3.2.2- Regularizações de Passivos

Nos dois anos analisados (2003 e 2004) não ocorreram regularizações extraordinárias de passivos através da DGT.

2.3.3- Custos e Proveitos

A evolução dos custos e proveitos no triénio (2002- 2004), apresenta-se no quadro I do anexo IX, apurando-se da sua análise crescimentos de 14,1% nos Custos e de 16,9% nos Proveitos, sendo, em 2004, os proveitos em valor absoluto superiores aos custos o que originou Resultados Líquidos positivos (o Resultado Líquido do Exercício em 2004 foi de 672 280€), contrariamente ao verificado em 2003 e 2002 em que os estes foram negativos, apesar do hospital ter beneficiado de Resultados Financeiros positivos - cfr quadro XVI.

Quadro XVI
Evolução dos Resultados

Resultados	2002	2003	2004	Δ 02/03	Δ 03/04
R Operacionais	-4.052.137	-6.611.742	-766.709	63,2	-88,4
R Financeiros	170.906,53	771.152	794.893	351,2	3,1
R Extraordinários	3.121.533,05	644.096	1.449.148	-79,4	125,0
R Líquidos	-759.697,16	-4.391.442	672.280	478,1	-115,3

Para o crescimento dos custos contribuíram os acréscimos de 25,1% verificados em “Custos com Mercadorias Vendidas e Consumidas” e de 10,3% em “Custos com Pessoal” (os custos com pessoal representaram cerca de 57% do total dos custos de cada ano).

Realça-se que no biénio 2003/2004 existiu um decréscimo nos “Fornecimentos e Serviços Externos” (7,2%) – cfr quadro I do anexo IX.

Nos “Custos com Mercadorias Vendidas e Consumidas” os “Produtos Farmacêuticos (medicamentos, reagentes e outros produtos farmacêuticos) e o “Material de Consumo Clínico” ascenderam em qualquer dos anos do triénio a cerca de 94% do total (cfr. quadro II do anexo IX).

Os “Produtos Farmacêuticos” têm tido de ano para ano sucessivos aumentos, situando-se em 40,8% o acréscimo de 2002 para 2004, representando só os medicamentos (em média) cerca de 79% do total destes produtos, (cfr anexo quadro III do anexo IX).

Dentro da rubrica “Custos com Pessoal”, seleccionou-se o custo com horas extraordinárias (por terem representado em 2002, 2003 e 2004, respectivamente, 19,9% 16,5% e 14,5%) a fim de constatar de entre as áreas seleccionadas aquela que representa maior peso.

Quadro XVII

⁴⁵ Referentes a produtos vendidos por farmácias a beneficiários do SNS.

⁴⁶ Remissão para o Relatório Global da Auditoria de Avaliação aos Hospitais SA.



Horas Extraordinárias

Unid: Euros

RUBRICA	2002		2003		2004	
	valor	%	valor	%	valor	%
Remunerações adicionais - H Extra	6.500.582,59	100	5.805.710,57	100	5.372.607,67	100
Horas Extra - urgência	5.513.855,31	84,8	5.215.627,41	89,8	4.657.270,65	86,7
Horas Extra - C Externa	43.321,90	0,7	17.752,76	0,3	4.010,69	0,1
Horas Extra - Internamento	808.350,69	12,4	493.684,09	8,5	640.971,10	11,9
Horas Extra - Act. Cirurgica	135.054,69	2,1	78.646,31	1,4	70.355,23	1,3
Horas Extra - Outros Serviços	315.666,31	4,9	209.481,07	3,6	110.130,95	2,0

Fonte: Informação fornecida pelos Serviços Financeiros do HDS

Do resultado desta análise verificou-se que, os custos com horas extraordinárias tiveram um maior peso na Urgência, com destaque para os anos de 2003 e 2004.

De referir, ainda, que nos custos com pessoal não foram observados custos decorrentes de incentivos financeiros, por não terem sido pagos incentivos aos profissionais de saúde do HDS, apesar de o Conselho de Administração do HDS, em 2004, ter desenvolvido diligências ao nível dos objectivos para as avaliações de desempenho nas várias áreas de produção. No entanto, à data da execução do trabalho de campo, o processo de avaliação do desempenho com vista a atribuição de incentivos encontrava-se, ainda, numa fase preparatória.

Assim, não foi possível cumprir o objectivo de verificar se a atribuição de incentivos financeiros, em 2004, teve como suporte a avaliação do desempenho.

No que respeita aos Proveitos, destacam-se os crescimentos verificados nas “Prestação de Serviços” que representaram respectivamente 88,1% e 93,5% do total dos proveitos verificados em 2003 e 2004.

As “Prestações de Serviços” resultam da actividade hospitalar⁴⁷ e conforme se pode observar no quadro seguinte, apresentam valores mais significativos ao nível do Internamento.

Quadro XVIII Prestações de Serviços

Unid: Euros

Rubrica	2002	2003	2004	Δ% 02/03	Δ% 03/04
Actividade Hospitalar					
Internamento	3.386.752,28	25.469.714,65	27.228.498,25	652,0	6,9
Consulta	214.267,92	5.941.072,82	6.758.682,21	2672,7	13,8
Urgência	390.593,22	4.972.634,10	5.983.296,81	1173,1	20,3
Hospital de Dia		0,00	2.816.503,70		
Quartos Particulares		0,00	0,00		
MCDT	1.096.067,95	1.420.380,81	1.704.695,44	29,6	20,0
Taxas Moderadoras	173.331,78	317.686,09	727.270,59	83,3	128,9
Outras	211.933,61	14.487.603,53	17.847.735,67	6735,9	23,2
Total	5.472.946,76	52.609.092,00	63.066.682,67	861,3	19,9

Fonte: Informação fornecida pelos Serviços Financeiros do HDS

De referir, ainda, o forte impacto do Contrato Programa nos proveitos na medida em que no modelo anterior, a contabilização dos proveitos era efectuada no momento do fluxo financeiro ou no momento da facturação, sendo agora por efeito da especialização dos exercícios registados os proveitos independentemente da facturação⁴⁸.

⁴⁷ Em 2002 as Prestações de Serviços dizem respeito apenas à actividade hospitalar prestada aos Subsistemas de Saúde e a outras entidades. Em 2003 e 2004, incluem, ainda a actividade prestada no âmbito do SNS (que é remunerada em conformidade com o estipulado no contrato programa).

⁴⁸ Remissão para o Relatório Global da Auditoria de Avaliação aos Hospitais SA.



C.

2.3.4 – Balanço e Estrutura Patrimonial

No quadro seguinte evidencia-se o balanço do HDS apurado a 31 de Dezembro de 2002, 2003 e 2004.

Quadro XIX

BALANÇO		2002	2003	2004
Unid: euros				
Activo				
Imobilizado líquido		4.642.624	4.305.618	5.357.745
Circulante		44.154.375	40.409.865	31.274.555
Existências	1.161.028	624.400	1.636.585	
Dívidas 3ºs Curto Prazo	34.301.075	9.071.829	9.106.312	
Disponibilidades	8.692.272	30.713.636	20.531.658	
Acréscimos e Diferimentos		11.286.648	14.494.157	
Total	48.796.999	56.002.131	51.126.457	
Fundos Próprios e Passivo				
Fundos Próprios				
	24.257.575	19.623.363	22.921.206	
Provisões para riscos	1.025.000	1.025.000	1.040.050	
Dívidas a Curto prazo	19.856.937	30.187.692	19.805.986	
Acréscimos e Diferimentos	3.657.487	5.166.076	7.359.215	
Passivo	24.539.424	36.378.768	28.205.251	
Total	48.796.999	56.002.131	51.126.457	

Fonte: Relatório e Contas do HDS

Da sua análise destaca-se:

O Activo Líquido no final de 2004 ascendeu a 51.126 milhares de euros apresentando assim um decréscimo de 8,7% relativamente ao valor apresentado em 31 de Dezembro de 2003.

À mesma data (final de 2004) o Activo Circulante representou 31.275 milhares de euros, com destaque para a rubrica de depósitos em instituições financeiras, no montante de 20.532 milhares euros, que no final de 2003 teve um valor de 30.714 milhares de euros, montantes que resultam do Capital Social realizado pelo accionista Estado (29.930 milhares de euros).

Em 2002 a não realização do Capital Social subscrito teve reflexos nas demonstrações financeiras deste exercício através do aumento das Dívidas de Terceiros (Accionista Estado) dado que não se verificou a entrada deste valor em Disponibilidades.

De referir, ainda, que o decréscimo verificado em 2004 nas Disponibilidades (33,15%), resulta da utilização do capital social no montante de 11.600.000€, para solver dívidas contraídas pela Sociedade Anónima, nomeadamente a Laboratórios, tendo também em finais de 2003⁴⁹ sido utilizado o montante de 2.430.000€ do capital social para pagar dívidas contraídas ainda na qualidade de hospital SPA⁵⁰. De referir, no entanto, que as utilizações antes referidas não puseram em causa a perda de metade do capital social, para efeitos do previsto no n.º 1 art.º 35 do CSC, com a redacção dada pelo DL n.º 19/2005, de 18 de Janeiro.

O Imobilizado Líquido teve em 2004 o valor de 5.357,745 milhares euros o que representou 10,5% do Activo Líquido tendo apresentado um acréscimo de 24,4% relativamente ao ano anterior.

Quanto ao “Passivo e Fundos Próprios” destaque para os Fundos Próprios que representaram 35% em 2003 e 45% em 2004 (do segundo membro do Balanço) em resultado do Capital Social subscrito⁵¹ (no valor de 29.930.000€ e Realizado⁵² com emissão de 2.993 acções com o valor nominal de 10.000€) e as Dívidas de Curto Prazo que representam 53,9% em 2003 e 38,7% em 2004.

⁴⁹ A autorização para que o hospital utilizasse o capital social foi efectuada pela Unidade de Missão através da sua Linha Directa n.º 17.

⁵⁰ Remissão para o ponto 6.1 do Relatório Global da Auditoria de Avaliação aos Hospitais SA.

⁵¹ Nos termos do art.º 7º do Decreto-Lei n.º 302/2002, de 11 de Dezembro.

⁵² Disponibilizado em Fevereiro de 2003, através da transferência efectuada pela Direcção Geral do Tesouro para a conta bancária da sociedade anónima HDS - Cfr. Guia de Receita, extracto bancário Plano de Contas (valores de abertura de balanço). Refira-se - que no Relatório de Gestão de 2003, na parte da certificação legal de contas, a sociedade de revisores oficiais de contas, Neves da Silva Pão e Velosa Ferreira, chama a atenção para o facto de o hospital ainda não se encontrar inscrito na Conservatória do Registo Comercial de Santarém, nem dispor dos livros obrigatórios devidamente legalizados.

2.3.5- Indicadores Económico Financeiros

No quadro que se apresenta indicam-se alguns dos indicadores apurados no anexo X, relativamente ao biénio 2003/2004.

Quadro XX

Indicadores		Referência	2002	2003	2004
Autonomia Financeira	C Próprio/Activo Total	Quanto >o coeficiente menor a dependência de financ Externos	0,50	0,35	0,45
Liquidez Geral	Activo circulante/Dividas Cprazo	igual a 1	2,22	1,34	1,58
Liquidez Reduzida	Activo circul-Exist/Dividas Cprazo	igual a 1	2,17	1,32	1,50
Solvabilidade	C Próprio/Passivo Total	>1/2	0,99	0,54	0,81
Endividamento	Passivo/Activo Total	<1	0,50	0,65	0,55
Rentabilidade Financeira ou do Capital	Resultado liquido/Capital Próprio	Quanto >, > a capacidade de de autofinanciamento	-0,004	-0,22	0,03
Rentabilidade Prest Serviços	Resultado liquido/Prestações de Serviços		-0,07	-0,08	0,01
Rentabilidade do Activo	Resultado liquido/Activo Total	Quanto >, > a capacidade do Activo da empresa gerar lucro	-0,002	-0,08	0,01

Da análise do quadro destaca-se o bom nível de equilíbrio financeiro (liquidez geral e reduzida)⁵³.

A Autonomia Financeira, capacidade financeira global do hospital poder solver a totalidade dos seus compromissos, apresentou indicadores baixos apesar de ter melhorado em 2004.

Destaca-se, ainda, uma solvabilidade (capital próprio/passivo) crescente (0,54 em 2003 e 0,81 em 2004), bem como um endividamento (passivo/activo) decrescente (0,65 em 2003 e 0,55 em 2004).

Relativamente aos níveis de rentabilidade há a referir uma melhoria em 2004 face a 2003 (ano em que estes indicadores são todos negativos), por ter havido um Resultado Líquido positivo em 2004.

2.3.6- Conclusão

A realização do capital social gerou disponibilidades elevadas que o hospital utilizou em parte nos anos de 2003 e 2004 para financiar despesas correntes e não para afectar ao investimento (no sentido de promover a continuidade e sustentabilidade empresarial do hospital), no entanto apesar dessa utilização constatou-se existir um elevado nível de endividamento, embora decrescente em 2004.

A existência de resultados líquidos negativos até 2003 e reduzidos em 2004 demonstra alguma recuperação, mas parece indiciar uma fraca sustentabilidade económica do HDS.

Sobre esta matéria o presidente do actual Conselho de Administração do hospital vem, em sede de contraditório, referir que “concordamos inteiramente com a afirmação de que, embora pareça haver alguma recuperação, a sustentabilidade económica do HDS ainda, hoje é muito frágil”.

Em 3 de Fevereiro de 2003, foi solicitado à Conservatória do Registo Comercial de Santarém o registo provisório por dívidas (falta de documentos, nomeadamente, declaração da Junta de Freguesia da área geográfica onde a sociedade tem a sua sede), tendo sido apresentados posteriormente os documentos em falta, mas por não se encontrar ultrapassada a situação de extinção da pessoa colectiva HDS, SPA o registo mantém-se provisório.

⁵³ Encontrando-se cumprida a regra do equilíbrio financeiro mínimo quando a liquidez geral é igual a um, sendo vulgar apontar a unidade como valor ideal para o rácio da liquidez reduzida – cfr. Princípios de Gestão de Caldeira Menezes

III- REFERÊNCIAS FINAIS

Do projecto de relatório foi dada vista ao Excelentíssimo Senhor Procurador-Geral Adjunto, nos termos do n.º 5 do art.º 29º, da Lei n.º 98/97, na redacção dada pela Lei n.º 48/2006, de 29 de Agosto.

3.1- Relação de Responsáveis

Os responsáveis pelas gerências de 2003 e 2004, encontram-se identificados no Anexo XII.

3.2 – Colaboração Prestada

Expressa-se aos responsáveis, dirigentes e funcionários do HDS, o apreço do Tribunal pela disponibilidade revelada e pela colaboração prestada ao longo do desenvolvimento desta acção.

3.3 – Emolumentos

Nos termos do disposto nos art.ºs 2.º e n.º 1 do art.º 10º do Regime Jurídico dos Emolumentos do Tribunal de Contas, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 66/96, de 31 de Maio, na redacção dada pela Lei n.º 139/99, de 28 de Agosto, e em conformidade com a Nota de Emolumentos em Anexo XIV, são devidos pelo HDS, emolumentos no montante de 16 096€.

IV- DETERMINAÇÕES FINAIS

4.1 – O presente relatório deverá ser remetido:

- a) Ao Ministro da Saúde.
- b) Ao Presidente do Conselho de Administração do HDS, EPE.
- c) Ao Presidente do Conselho de Administração do IGIF.
- d) Às entidades envolvidas na acção relativamente às quais tenha sido exercido o princípio do contraditório.

4.2 – Em cumprimento do disposto no n.º4 do artigo 29º e n.º4 do artigo 54º, aplicável por força do disposto no n.º2 do art.º 55º da Lei n.º 98/97, de 26 de Agosto, notifique-se o Excelentíssimo Senhor Procurador-Geral Adjunto, junto deste Tribunal, do presente Relatório.

4.3 – O Conselho de Administração do HDS-EPE, deverá no prazo de seis meses após a recepção deste Relatório, comunicar ao Tribunal de Contas a sequência dada às recomendações formuladas.

4.4 - Após comunicação nos termos dos pontos anteriores, coloque-se o presente relatório, sem anexos, à disposição dos órgãos de comunicação social e proceda-se à respectiva divulgação via Internet.



Aprovado, em Plenário da 2.ª Secção do Tribunal de Contas em 26 de Setembro de 2006

Os Juízes Conselheiros

(Lia Olema Videira de Jesus Correia)
(Relator)

(António José Avérous Mira Crespo)

(Armindo de Jesus de Sousa Ribeiro)

(José de Castro de Mira Mendes)

(João Pinto Ribeiro)

(Carlos Manuel Botelho Moreno)

(Manuel Henrique de Freitas Pereira)

(José Alves Cardoso)

(Manuel Raminhos Alves de Melo)

(O Procurador-Geral Adjunto)