



Tribunal de Contas



**Auditoria de Gestão
ao
Hospital de São Sebastião**

**Relatório n.º 46 /03
Processo n.º 03/02-Audit**



ÍNDICE

| | |
|---|-----------|
| FICHA TÉCNICA DE AUDITORIA | 3 |
| GLOSSÁRIO..... | 5 |
| RELAÇÃO DE SIGLAS | 8 |
| 1. - SUMÁRIO..... | 9 |
| 1.1.- Conclusões..... | 10 |
| 1.2.- Recomendações | 17 |
| 2. - INTRODUÇÃO | 18 |
| 2.1. - Natureza, Âmbito e Objectivos da Auditoria | 18 |
| 2.2. - Metodologia e Procedimentos | 19 |
| 2.3. - Enquadramento Geral..... | 21 |
| 2.4. - Análise de Relatórios de Auditorias Realizadas por Outras Entidades | 25 |
| 2.5. - Condicionantes da Acção | 26 |
| 2.6. - Audição de Responsáveis | 26 |
| 3. - RECURSOS UTILIZADOS PELO HOSPITAL | 27 |
| 3.1. - Recursos Humanos | 27 |
| 3.2. - Recursos Financeiros..... | 31 |
| 4. - APRECIACÃO DO DESEMPENHO..... | 33 |
| 4.1. – Sistemas de Controlo Interno e de Informação..... | 33 |
| 4.1.1. - Urgência | 33 |
| 4.1.2. - Consulta Externa | 34 |
| 4.1.3. - Internamento..... | 37 |
| 4.2. – Prossecução dos Objectivos Definidos - Eficácia..... | 38 |
| 4.2.1. - Objectivos Definidos no Âmbito da Política Nacional de Saúde | 38 |
| 4.2.2. - A Contratualização: Contrato – Programa..... | 38 |
| 4.2.3. - Mecanismos de Planeamento e de Acompanhamento da Execução da Actividade | 39 |
| 4.2.4. - Prossecução dos Objectivos Fixados pelo Hospital | 40 |
| 4.3. - Eficiência da gestão e adequação da oferta à procura – resultados quantitativos..... | 43 |
| 4.3.1. - Perspectiva Global..... | 43 |
| 4.3.2. - Avaliação dos Resultados Obtidos no Triénio (1999/2001)..... | 44 |
| 4.3.2.1. - Urgência | 45 |
| 4.3.2.2. - Consulta Externa | 49 |
| 4.3.2.3. - Internamento..... | 55 |



| | |
|--|-----------|
| 4.3.2.4. - Actividade Cirúrgica | 59 |
| 4.4. – Resultados Qualitativos | 64 |
| 4.4.1. - Indicadores Técnicos de Qualidade | 64 |
| 4.4.2.- Grau de Satisfação do Utente | 70 |
| 4.4.3. - Comissões de Acompanhamento e Controlo de Qualidade e Processo de Acreditação | 76 |
| 5. – SITUAÇÃO ECONÓMICO FINANCEIRA..... | 78 |
| 5.1. - Despesa Receita e Défice | 78 |
| 5.1.1. - Despesa e Receita..... | 78 |
| 5.1.2. - Défice do Exercício de 2001 e Dívida Acumulada | 80 |
| 5.2. - Custos e Proveitos..... | 82 |
| 6.- PRODUTOS FARMACÊUTICOS E MATERIAL DE CONSUMO CLÍNICO..... | 84 |
| 6.1. - Custos de Produtos Farmacêuticos e de Material de Consumo Clínico..... | 84 |
| 6.2. - Controlo de Consumos de Produtos Farmacêuticos..... | 87 |
| 6.3. - Controlo de Consumos de Material de Consumo Clínico..... | 88 |
| 7. - REFERENCIAS FINAIS..... | 89 |
| 7.1. - Relação dos Responsáveis | 89 |
| 7.2. - Colaboração Prestada..... | 89 |
| 7.3. - Emolumentos | 89 |
| 8 - DETERMINAÇÕES FINAIS | 90 |
| ANEXOS | |



FICHA TÉCNICA DE AUDITORIA

| | NOME | CATEGORIA/ DEPARTAMENTO DE AUDITORIA | QUALIFICAÇÃO ACADÉMICA |
|--------------------------|---------------------|--------------------------------------|---------------------------------------|
| <i>Coordenação Geral</i> | Ana Maria Bento | Auditora - Coordenadora – DA - VI | Lic. Direito |
| | Maria Isabel Viegas | Auditora - Chefe – DA - VI | Lic. Organização e Gestão de Empresas |
| <i>Audidores da DGTC</i> | Elisa Ferro Ponte | Auditora – DA - VI | Lic. Economia |
| | José Correia Diniz | Auditor – DA - VI | Lic. Organização e Gestão de Empresas |
| | Ana Bravo Campos | Auditora – DA - VI | Lic. Direito |

| | | |
|------------------|--|-----------------------------|
| <i>Consultor</i> | Faculdade de Economia da Universidade Nova de Lisboa - Professor Pedro Pita Barros | Doutor em Economia da Saúde |
|------------------|--|-----------------------------|





GLOSSÁRIO

Acreditação – Reconhecimento, por entidade externa e independente, de um conjunto de exigências pré definidas.

Ambulatório - Conjunto de serviços que prestam cuidados de saúde a indivíduos não internados. (*)

Centro de Responsabilidade - Unidade funcional com objectivos próprios, integrados na estratégia e orgânica definidas para o hospital e orientadores da sua actividade, coordenado por uma equipa com poder de decisão sobre os meios necessários à realização desses objectivos, segundo regras estabelecidas.

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. (*)

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 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. (*)

Cuidados de Saúde - Prestação por profissional de saúde, consistindo em avaliação, manutenção, terapia, reeducação, promoção da saúde, prevenção dos problemas de saúde e todas as actividades com ela relacionadas, para manter ou melhorar o estado de saúde. (*)

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) no Exercício) + (Despesa não Relevada na Contabilidade). (**)

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

Défice (Financeiro) do Exercício – (Receita Cobrada do Exercício) – (Despesa Total do Exercício). (**)

Défice (Financeiro) Total - (Défice (Financeiro) Acumulado) + (Despesa paga com verbas transferidas pela DGT no âmbito do processo de “regularização de responsabilidades”) + (Despesa não Relevada na Contabilidade). (**)

(*) Fonte: Glossário de Conceitos para a Produção de Estatísticas em Saúde – 1.ª Fase – Ministério da Saúde-Direcção - Geral de Saúde.

(**) Fonte: Relatório de Auditoria à Situação Financeira do SNS.



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.

Nota: não são incluídos os dias de estada em berçário ou em serviço de observação de serviço de urgência. (*)

Doentes saídos–Doentes que deixaram de permanecer internados num estabelecimento de saúde, nesse período.(*)

Grupo de Diagnóstico Homogéneo – Sistema de classificação de doentes em grupos clinicamente coerentes e similares do ponto de vista do consumo de recursos.

Índice de Case – Mix (ICM) –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.

O ICM determina-se calculando o rácio entre o número de doentes equivalentes ponderados pelos pesos relativos dos respectivos GDH e o número total de doentes equivalentes.

O ICM Nacional é por definição igual a 1, pelo que o ICM de cada hospital afastar-se-á para mais ou para menos desse valor de referência, conforme o hospital trate uma proporção maior ou menor de GDH de elevado peso relativo, face ao padrão nacional..(++)

Informação de Retorno - Documento remetido pelo IGIF a cada hospital, com o tratamento da informação que lhe foi enviada por este e por outros hospitais, sobre o sistema de classificação de doentes em Grupos de Diagnósticos Homogéneos (GDH), o qual permite aprofundar o conhecimento sobre a produção no internamento.(++)

Intervenção Cirúrgica - 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, locorregional 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 Oficial – Número de camas (incluindo berços de neonatologia e pediatria) oficialmente definido, para um serviço de saúde com internamento.(*)

Lotação Praticada – Número de camas disponíveis e apetrechadas para internamento imediato de doentes, contadas num serviço de saúde. (*)

Outsourcing – Recurso a entidade externa para a prestação de serviços.

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

Nota: Considera-se que o episódio de doença termina no momento da alta da especialidade.(*)

(*) Fonte: Glossário de Conceitos para a Produção de Estatísticas em Saúde – 1.ªFase – Ministério da Saúde-Direcção - Geral de Saúde.

(++) Fonte: Sistema de classificação de doentes em grupos de diagnóstico homogéneo – GDH – Informação de Retorno do ano de 1999.



Serviço de Atendimento Permanente – Serviço dos Centros de Saúde destinado ao atendimento, aos utentes em situação de urgência e ao seu encaminhamento para os cuidados de saúde secundários, quando necessário.(*)

Serviço Nacional de Saúde – Conjunto de todas as instituições e serviços oficiais prestadores de cuidados de saúde dependentes do Ministério da Saúde.(*)

Serviço de Observação – Unidade integrada no Serviço de Urgência hospitalar, onde os doentes permanecem para observação até evidência conclusiva do diagnóstico.(*)

Serviço de Urgência – Unidade orgânica de um Hospital para tratamento de situações de emergência médica, cirúrgica, pediátrica ou obstétrica, a doentes vindos do exterior, a qualquer hora do dia ou da noite. (*)

Técnica “Benchmarking” – Exercício de identificação das melhores práticas utilizadas por organizações semelhantes. É utilizada com o objectivo de alcançar vantagens competitivas, e uma performance superior.

Tempo de Espera – Número de dias (incluindo sábados, domingos e feriados) compreendido entre a data da inscrição para consulta, cirurgia, exame ou tratamento e a data prevista para realização dos mesmos. (*)

“Overbooking” – marcação de consultas em excesso face ao número de consultas considerado realizável.

Valência/ Serviço de Especialidade - Conjunto de meios humanos e físicos, que permite a aplicação de saberes específicos em Medicina.(*)

Valência “Alargada” – Valências que para além de atenderem a população da área de referência do hospital atendem ainda os utentes abrangidos por outros hospitais.

(*) Cf. Glossário da Direcção Geral da Saúde.



RELAÇÃO DE SIGLAS

| SIGLAS | DESIGNAÇÃO |
|------------|--|
| ARS | Administração Regional de Saúde |
| ARSC | Administração Regional de Saúde do Centro |
| CA | Conselho de Administração |
| CCIH | Comissão de Controlo de Infecção Hospitalar |
| CFT | Comissão de Farmácia e Terapêutica |
| CQH | Comissão de Qualidade e Humanização |
| CR | Centro de Responsabilidade |
| DGO | Direção Geral do Orçamento |
| DR | Diário da República |
| FEDER | Fundo Europeu de Desenvolvimento Regional |
| GDH | Grupo de Diagnóstico Homogéneo |
| GOP | Grandes Opções do Plano |
| IGIF | Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde |
| IOS | Instituto Operacional da Saúde |
| INCM | Imprensa Nacional Casa da Moeda |
| HELICS-UCI | Hospitals in Europe Link for Infection Control Through |
| HSS | Hospital de São Sebastião |
| MCDT | Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica |
| PNCI | Programa Nacional de Controlo de Infecção |
| PPA | Programa para a Promoção do Acesso |
| PQIP | Portuguese Quality Indicator Project |
| SAP | Serviço de Atendimento Permanente ou Prolongado |
| SNS | Serviço Nacional de Saúde |
| SO | Serviço de Observação |
| SRP | Serviço de Relações Públicas |
| UCIC | Unidade de Cuidados Intensivos de Cardiologia |
| UCIP | Unidade de Cuidados Intermédios Pediátricos |



1. - Sumário

Por forma a poder avaliar a gestão praticada no Hospital de S. Sebastião da Feira (resultados obtidos face a recursos utilizados), no triénio 1999/01, realizou-se uma auditoria de resultados, cujo trabalho se consubstancia no presente relatório, estruturado da seguinte forma:

Introdução (Ponto 2)

Identificam-se a natureza, o âmbito e os objectivos da auditoria, fazendo-se uma breve caracterização do hospital, sua área de influência, população abrangida e modelo de gestão adoptado.

Recursos Utilizados (Ponto 3)

Indicam-se os recursos humanos e financeiros utilizados pelo hospital no decurso da actividade.

Apreciação do desempenho (Ponto 4)

Verifica-se a eficácia da gestão através do apuramento do grau de prossecução dos objectivos fixados quer em termos gerais quer em termos de produção contratualizada e **avaliam-se alguns resultados quantitativos e qualitativos do desempenho hospitalar** para as áreas e valências seleccionadas, fazendo a comparação com alguns indicadores nacionais e europeus (Espanha e Reino Unido).

Afere-se, ainda, se a oferta dos serviços assistenciais foi adequada à procura de cuidados de saúde da população abrangida pelo Hospital.

Situação Económico – Financeira (Ponto 5)

Avalia-se a situação económico – financeira da Instituição, por forma a constatar se os resultados verificados no desempenho (do triénio 1999/01) potenciaram um agravamento da dívida acumulada e do défice do último exercício (2001).

Medicamentos e Material de Consumo Clínico (Ponto 6)

No âmbito do apoio exercido pela Farmácia e pelo Aproveitamento à actividade clínica, avalia-se o controlo exercido por estes serviços sobre o consumo e distribuição quer de medicamentos quer de material de consumo clínico e apuram-se os custos envolvidos.

Conclusões e Referências finais (Pontos 1 e 7)

Salientam-se os aspectos mais importantes e as conclusões retiradas da avaliação do desempenho ao nível da eficácia, da eficiência e da qualidade dos serviços prestados, identificando-se os responsáveis pela gestão praticada.

O trabalho foi desenvolvido por uma equipa multidisciplinar, com licenciaturas nas áreas de economia, de gestão e jurídica, contando, ainda, com a colaboração da Faculdade de Economia da Universidade Nova de Lisboa, como consultor externo.



1.1. - CONCLUSÕES

A presente acção incidiu sobre o funcionamento do HSS, enquanto hospital público com gestão empresarial, relativamente ao período compreendido entre os anos de 1999 e 2001. A análise foi focalizada na apreciação do desempenho ao nível da eficácia, da eficiência e da qualidade dos serviços prestados, procurando, ainda, apurar da adequação da oferta dos serviços assistenciais à procura de cuidados de saúde da população abrangida pelo Hospital¹.

→ *Sistemas de Controlo Interno e de Informação*

Em resultado do levantamento, análise e avaliação do sistema de controlo interno instituído nas áreas da Urgência, Consulta Externa e Internamento, conclui-se que os procedimentos instituídos garantem uma margem adequada de fiabilidade e segurança.

→ *Prossecação dos Objectivos Fixados – Eficácia*

Avaliada a **eficácia da gestão** através do apuramento do grau de prossecação dos objectivos fixados quer em termos gerais quer em termos de produção contratualizada para as áreas e valências seleccionadas, verificou-se que:

- O hospital estabeleceu e acordou com a ARS Centro em 1999, as suas linhas estratégicas para a actividade assistencial, não tendo, no entanto, nesse ano participado no processo de contratualização, porque decorria a fase de abertura e o regime de instalação. No Contrato Programa celebrado com a ARS Centro foram apenas definidas, para 1999, as metas assistenciais para a Actividade Cirúrgica, o Internamento, a Consulta Externa e a Urgência, as quais, por dificuldades de previsão², foram genericamente superiores à realização verificada.
- Nos anos de 2000 e 2001, o hospital manteve os objectivos traçados para 1999, contratualizando já metas quantificadas para a produção de cada ano e indicadores a atingir anualmente, os quais foram objecto de avaliação por parte da Agência de Contratualização. No ano de 2000 obteve uma realização próxima dos valores previstos e em 2001 ultrapassou algumas das metas estabelecidas.

Conclui-se, assim, que o HSS apenas em 2001 conseguiu alcançar os objectivos definidos no contrato Programa, dado que nos anos de 1999 e 2000 não atingiu as metas acordadas com a ARS Centro.

→ *Eficiência da Gestão*

Efectuada a contextualização geral da situação do hospital perante um universo de 82 hospitais nacionais³, calculou-se um *score* de eficiência para o Hospital da Feira por recurso à análise da envolvente de dados, que situou este hospital entre os hospitais eficientes a nível nacional, quando avaliado unicamente pela produtividade dos seus recursos físicos, mas que o colocou um pouco abaixo no grau de eficiência, quando se considerou na análise apenas um factor de produção agregado (custos).

¹ O HSS abrange uma população de 263 272 habitantes (número obtido por média ponderada das valências referenciadas).

² Motivado por ser o ano de abertura do hospital.

³ Vide relatório do Consultor Externo “Os Sistemas Nacionais de Saúde da União Europeia, Principais Modelos de Gestão Hospitalar e Eficiência no Sistema Hospitalar Português” (cálculos relativos ao ano de 2000).



Esta caracterização geral é confirmada, em grande medida, pela análise detalhada da actividade do hospital. Para o efeito efectuou-se o confronto entre os indicadores de produção e produtividade do hospital e os de hospitais nacionais do mesmo grupo de referência⁴ e ainda com os de hospitais Espanhóis do sistema INSALUD – Grupo 2 (da mesma dimensão do HSS)⁵ e de hospitais do Reino Unido⁶ (a comparação com os hospitais do Reino Unido apenas foi efectuada nas áreas da Urgência e do Internamento, por não se terem obtido indicadores comparáveis nas outras áreas).

Consideraram-se como factores produtivos os recursos empregues, traduzidos nos meios humanos e financeiros e alguns elementos da capacidade instalada.

Nesta análise de eficiência foram consideradas como produções do hospital as grandes áreas de actividade: Urgência, Consulta Externa, Internamento e Actividade Cirúrgica, tendo sido apurado relativamente a cada uma o seguinte:

► Urgência

- O hospital aumentou a sua produção (número de doentes socorridos):
 - * Em 2000, apenas por efeito do crescimento dos recursos utilizados (número de médicos), na medida em que a produtividade diminuiu.
 - * Em 2001 predominantemente pelo acréscimo da produtividade.
- A produtividade, visível no número de doentes socorridos por médico, decresceu entre os anos de 1999 e 2000 (passando de 872 para 779) e cresceu em 2001 (passando para 828 doentes socorridos por médico).
- Os resultados obtidos, comparados com os de outros hospitais do mesmo grupo, demonstram que este hospital é um dos que apresenta melhores resultados, registando (nos últimos três anos) maior afluência média diária, com 439 doentes socorridos por dia e maior percentagem de consultas por urgência.
- Revelou, ainda, elevada autonomia, pois apenas transferiu para hospitais de nível superior uma pequena percentagem dos doentes atendidos.
- O custo por doente socorrido e os custos totais aumentaram ao longo do triénio (destacando-se os acréscimos dos custos directos, essencialmente nas rubricas “Subcontratos”, “Ordenados e Salários - Pessoal Enfermagem” e “Horas Extraordinárias”).
- O custo por doente atendido apresentou no triénio um acréscimo de 20%, passando de 42,03 euros em 1999 para 45,13 euros em 2001.

⁴ Hospitais considerados com as mesmas características e dimensões conforme informação fornecida pela Agência de Acompanhamento.

⁵ Informação fornecida pelo consultor externo e relativa ao ano de 2000, sobre os hospitais do grupo 2 da rede espanhola, incluídos no sistema INSALUD (este sistema considera cinco grupos de hospitais incluindo o grupo 2, os hospitais gerais de área, os mais aproximados dos hospitais distritais portugueses).

⁶ A comparação com hospitais europeus, inicialmente definida no Programa de Auditoria, ficou limitada aos hospitais espanhóis e aos hospitais do Reino Unido, devido a dificuldades de recolha de informação, bem como a dificuldades quer de harmonização de conceitos estatísticos entre países quer na disponibilização de elementos comparáveis. Do Reino Unido foram apenas considerados os hospitais não especializados e que se caracterizavam por ter uma dimensão entre as 200 e as 450 camas.



- Quando comparado com a média dos hospitais espanhóis do sistema INSALUD de dimensão aproximada ou com a média dos hospitais do Reino Unido (não especializados e com idêntico nº de camas), apresenta um maior número de atendimentos em urgência, tendo socorrido um nº de doentes bastante superior.

► Consulta Externa

- A produção apresentou crescimentos na ordem de 36% e 22,6 %, em 2000 e 2001, por efeito do crescimento do número de médicos afectos (o efeito acréscimo de médicos sobre a produção, foi em 2000 de 19.006 e em 2001 de 7.758) e por aumento da produtividade (o efeito produtividade representou um acréscimo de produção de 10.836 em 2000 e de 17.675 em 2001).
- O número de primeiras consultas apresentou no triénio um aumento de 34,2%, prefigurando uma melhoria na acessibilidade aos cuidados de saúde.
- O “número de consultas por médico” assim como o “número de horas médicas por dia útil”, aumentaram, reflectindo ganhos de eficiência e permitindo um decréscimo nas listas de espera de 71%.
- Com o crescimento da actividade, os custos totais cresceram ao longo do triénio, no entanto os custos unitários apresentaram uma tendência decrescente por efeito de economias de escala.
- O “custo por consulta externa” decresceu 19% ao longo do triénio, passando de 66,590 euros em 1999, para 54,249 euros em 2001, o que aliado ao aumento de produção verificado reflecte ganhos de eficiência nesta área.
- **Comparando os resultados do HSS com os de hospitais do mesmo grupo de referência verifica-se** que o hospital apresenta melhores resultados na medida em que:
 - * Foi o único que apresentou ao longo do triénio, valores acima da média do grupo.
 - * Atingiu, nos anos de 2000 e 2001, a maior produção de entre os sete hospitais do grupo.
 - * Foi o que apresentou maior oferta, já que o número de primeiras consultas disponibilizadas atingiu maior grau de realização⁷ do que qualquer outro hospital do grupo.
- **Confrontando alguns valores do HSS, com os apurados no grupo de hospitais gerais da rede pública espanhola INSALUD grupo 2** cuja dimensão se aproxima à dos hospitais distritais portugueses, **conclui-se** que existe uma menor produção do HSS, face aos hospitais do sistema INSALUD. Já no que diz respeito a primeiras consultas é maior a percentagem verificada no hospital português.
- Para apurar eventuais fontes de ineficiência efectuou-se uma avaliação mais detalhada que incidiu ao nível das valências seleccionadas, tendo-se verificado que:
 - * Existiu em todas as valências uma tendência crescente de produção e de produtividade, com excepção da especialidade de Ginecologia que apresentou resultados oscilantes.
 - * Diminuíram as listas de espera, verificando-se mesmo a sua extinção em Cardiologia.

⁷ Apresenta maior percentagem de primeiras consultas realizadas do que qualquer outro hospital do grupo.



- * Os custos totais revelaram uma tendência crescente, verificando-se, todavia, decréscimos nos custos unitários, por efeito de economias de escala.

► Internamento

- Existiu estabilidade dos factores de produção quer em termos globais quer ao nível das especialidades seleccionadas (Cirurgia Geral, Medicina Interna e Ortopedia).
- Verificaram-se crescimentos da produção e da produtividade, medidos, respectivamente, pelo “número de doentes saídos” e pelos rácios “doentes saídos por cama” e “doentes saídos por médico”.
- Diminuiu a “demora média no internamento” (com excepção da especialidade de Medicina Interna que apresentou um ligeiro acréscimo), o que reflecte uma maior rotatividade de utilização de camas.
- Observou-se um crescimento da frequência hospitalar, traduzida pelo número de doentes tratados por cada 1000 habitantes.
- A evolução do índice de case-mix face à média nacional foi, no triénio, de 0,80 para 0,84, o que revela um acréscimo no grau de dificuldade dos cuidados de saúde prestados ao nível do internamento;
- Face ao crescimento da actividade, os custos associados ao Internamento cresceram 25,4 % no triénio, passando de 12.673,047 para 15.888,319 milhares de euros, (ou seja de 2.540.718 para 3.185.322 milhares de escudos). Este aumento dos custos deve-se a acréscimos nos custos directos, designadamente nas rubricas “Horas Extraordinárias”, “Ordenados e Salários – Pessoal Médico” e “Fornecimentos e Serviços”.
- O custo unitário por doente saído foi nos anos de 1999, 2000 e 2001, respectivamente de 1.074,351 euros (215,388 milhares de escudos), 1.013,537 euros (203,196 milhares escudos) e 1.049,015 euros (210,336 milhares de escudos), registando no triénio um decréscimo de 2,3 %.
- Comparando os resultados do HSS com os de outros hospitais nacionais do mesmo grupo de referência, com os de hospitais espanhóis do sistema INSALUD – Grupo 2 e com os de hospitais do Reino Unido, verificou-se que o HSS foi o que apresentou melhores resultados nos indicadores de produtividade (“doentes saídos por cama” e “demora média”) tendo atingido, no entanto, uma “taxa de ocupação” inferior aos restantes.

► Actividade Cirúrgica

- Verificou-se, no triénio, um acréscimo de produtividade fruto de uma maior rentabilização dos recursos disponíveis (foram realizadas mais 25% de cirurgias por médico e mais 20,7% de cirurgias por sala).
- A actividade cirúrgica cresceu 44,9% entre os anos de 1999 e 2001 passando de uma produção de 6.799 para 9.848 cirurgias, das quais cerca de 70% corresponderam a cirurgias programadas.
- Os custos totais aumentaram entre os anos de 2000 e 2001, no entanto verificou-se nesses anos um decréscimo no custo por intervenção (passou de 696,37 euros para 669,61 euros), motivado pelo acréscimo de produtividade.



- Para combater as listas de espera o hospital aderiu, nos anos de 2000 e 2001, ao PPA e desenvolveu em paralelo (em 2001) um programa interno de produção extraordinária que incidu nas especialidades de Cirurgia Geral, ORL, Oftalmologia e Ortopedia, tendo cumprido as metas estabelecidas em ambos os programas.
- Efectuada uma comparação com hospitais espanhóis⁸, verificou-se que o HSS foi o mais produtivo, na medida em que apresentou maior número de “cirurgias programadas por dia” e de “intervenção por sala” e ainda de “cirurgias urgentes por dia”.

► Conclusão

Face aos resultados obtidos e aos recursos utilizados nas áreas da Urgência, Consulta Externa, Internamento e Actividade Cirúrgica, conclui-se que, apesar dos custos envolvidos serem crescentes, o HSS surge, a nível nacional, como um dos hospitais mais eficientes e, em comparação com os hospitais espanhóis e do Reino Unido⁹, com valores de produtividade próximos ou melhores (maior “n.º de doentes socorridos por dia”, maior “n.º de cirurgias programadas por dia” e de “intervenção por sala,” maior “% de 1ªs consultas” e menor “demora média no internamento”) do que estes.

→ Adequação da Oferta à Procura

A diminuição das listas de espera na Consulta Externa e na Actividade Cirúrgica (quer por efeito do aumento de produtividade quer através da adesão ao PPA e da implementação, em diversas especialidades, de programas internos de recuperação de listas de espera cirúrgicas) assim como a existência de um baixo nível de procura desviada na Urgência, contribuíram para melhorar a oferta dos serviços assistenciais do hospital face à procura de cuidados de saúde da população abrangida.

→ Avaliação da Qualidade dos Cuidados de Saúde

Para aferir da qualidade dos serviços prestados por este hospital, recorreu-se a diversos indicadores técnicos (% de óbitos em GDH seleccionados, Complicações Relacionadas com Procedimentos Cirúrgicos e % de Readmissões em GDH Cirúrgicos), incidindo ainda a apreciação nos meios de qualidade (Comissões de Controlo de Qualidade), na Acreditação, e no Apuramento do Grau de Satisfação do Utente (através da análise de reclamações e do envio de inquéritos), tendo-se concluído que:

- Nos indicadores técnicos, o hospital apresenta globalmente no triénio 1999/01, melhores resultados que a média nacional e do que a média do grupo, na medida em que:
 - * No indicador - *Complicações relacionadas com procedimentos cirúrgicos* – o hospital apresenta valores abaixo dos valores da média do grupo e da média nacional.
 - * Na demora média dos GDH com maior número de doentes saídos, o HSS apresenta melhor posição (nomeadamente em sete GDH, apresentando uma demora média inferior a metade da média do grupo).

⁸ A única comparação que foi possível fazer, por não terem sido obtidos dados estatísticos de outros hospitais do grupo nem do Reino Unido.

⁹ Na actividade cirúrgica não foi possível efectuar comparações com o Reino Unido, por não terem sido obtidos dados estatísticos.



- * A **percentagem de óbitos em GDH seleccionados** em doentes com idade >65 anos, apresenta valores abaixo da média do grupo.
- * A **percentagem de complicações relacionadas com procedimentos cirúrgicos** encontra-se abaixo da média nacional e do grupo.
- * A **demora média nos 15 GDH com maior número de doentes saídos** é inferior à média nacional e do grupo.

No entanto apresenta piores resultados nos seguintes indicadores:

- * A **percentagem de readmissões em GDH cirúrgicos** encontra-se, na sua maioria, acima dos valores da média do grupo.
 - * A **percentagem de óbitos em GDH seleccionados, em doentes com idade \leq 65 anos**, apresenta uma evolução desfavorável com indicadores superiores aos do grupo.
- **Ao nível do grau de satisfação conclui-se que os utentes, genericamente se encontram satisfeitos com a qualidade dos serviços prestados dado que:**
 - * No “livro amarelo” a **maior incidência de reclamações teve a ver com as especificidades da organização** dos serviços de Urgência.
 - * **Nos inquéritos enviados via postal¹⁰** para aferir o grau de satisfação dos utentes do HSS face aos cuidados de saúde prestados nos serviços de Consulta Externa (Cardiologia), Internamento (Ortopedia) e Urgência, apurou-se que respectivamente 73%, 52% e 67% consideraram que o seu problema de saúde ficou resolvido, reflectindo a generalidade das respostas que estes se consideravam satisfeitos, na medida em que:
 - 65% das respostas obtidas relativamente à Consulta Externa consideraram o atendimento “Bom” e 27% de “Satisfaz”, enquanto que 5% o classificaram de “Não Satisfaz” (3% não responderam).
 - 48% classificaram de “Bom” e 41% de “Satisfaz” a forma como foram tratados pelos serviços no Internamento, enquanto 7% consideraram “Não Satisfaz” (4% não responderam).
 - 40% consideraram de “Bom” a forma como foram socorridos na Urgência e 49% de “Satisfaz”, tendo 9% classificado de “Não Satisfaz” (3% não responderam).

No entanto o registo e acompanhamento das **reclamações dos utentes¹¹** apresentou dois desvios face às disposições legais:

- * A existência de livro de reclamações não se encontrava publicitada nos principais locais de afluência de utentes, ou seja na recepção central, no balcão da urgência e no serviço de admissão dos doentes para consulta externa, contrariando o previsto no 3.º ponto da Resolução de Conselho de Ministros n.º 189/96.
 - * Não havia sido respeitado o prazo legal de cinco dias úteis para envio das cópias das reclamações à Administração Pública e à Tutela, conforme dispõe o 8.º ponto da Resolução de Conselho de Ministros n.º 189/96, bem como o 3.º ponto da Portaria n.º 355/97.
- **Ao nível das Comissões de Acompanhamento e Controlo de Qualidade** conclui-se que o trabalho desenvolvido por estas contribuiu para a melhoria da qualidade dos serviços,

¹⁰Foram inquiridos 800 utentes tendo respondido 266 (33 %).

¹¹ “livro amarelo”.



nomeadamente através da implementação de normas e/ou procedimentos, elaboração de um manual de qualidade, padronização dos produtos a utilizar no HSS e acompanhamento da implementação do Projecto de Avaliação do desempenho com o apuramento de indicadores de qualidade.

- O hospital mantendo-se num processo contínuo de melhoria de qualidade aderiu ao **Processo de Acreditação** designado de Portuguese *Quality Indicator Project (PQIP)*, cumprindo as normas de acreditação e utilizando técnicas de benchmarking. Este processo teve o seu início em 2001, razão pela qual não foi possível ter conhecimento dos resultados durante a fase de execução da auditoria.

Face ao referido, pode concluir-se, que os cuidados de saúde prestados pelo HSS foram globalmente de qualidade na medida em que este apresentou melhores indicadores técnicos que a média dos hospitais nacionais e do grupo, mostrando-se a maioria dos seus utentes satisfeitos e demonstrando o hospital preocupação na exigência de qualidade dos serviços prestados ao aderir ao processo de Acreditação.

→ **Factores Produtivos - Recursos Humanos e Financeiros**

Relativamente aos **recursos humanos e financeiros empregues pelo hospital**, no âmbito da sua actividade assistencial, destaca-se:

- Existirem desvios entre os recursos humanos empregues (pessoal médico e de enfermagem) e os previstos no Contrato-Programa.
- Recursos financeiros insuficientes para suportarem os encargos resultantes da actividade assistencial (potenciando a existência de défice e de dívida acumulada), constituindo o Subsídio de Exploração a maior fonte de financiamento do hospital, o que demonstra a forte dependência desta entidade do Orçamento de Estado. No que respeita à **facturação de receitas próprias**, o HSS obteve no triénio um crescimento global de 208,5%.

→ **Situação Económico-Financeira**

Relativamente à Situação Económico Financeira há a destacar as seguintes situações:

- Existência de défice e de dívida acumulada .
- Resultados líquidos negativos, resultantes do crescimento mais acelerado dos custos (com destaque para os “Fornecimentos e Serviços Externos” e “Custos com Mercadorias Vendidas e Consumidas”) face aos proveitos gerados e disponibilizados.

→ **Custos e Controlo de Consumos de Produtos Farmacêuticos e de Material de Consumo Clínico**

- Os custos com os produtos farmacêuticos e com o material de consumo clínico, (perfazendo cerca de 7,6 milhões de euros em 2001) têm representado no seu conjunto mais de 90% do total dos “Custos com Mercadorias Vendidas e Consumidas”.
- Nos custos com produtos farmacêuticos os medicamentos representaram 75,8%, 80,8% e 80,5%, respectivamente, nos anos de 1999, 2000 e 2001.
- No ano de 2001, os medicamentos consumidos perfizeram 3 940,19 mil euros. Desse valor, 248,910 mil euros (6%) respeitaram a medicamentos cedidos gratuitamente no ambulatório.



- Quanto ao **consumo** de **Produtos Farmacêuticos** e de **Material de Consumo Clínico**, concluiu-se que existia adequado controlo, com excepção da Farmácia do hospital e dos “armários de recurso”, áreas onde se identificaram algumas deficiências.

→ **Conclusão Geral**

Face aos resultados obtidos ao nível da actividade assistencial, conclui-se que **em 2001 o hospital foi eficaz** uma vez que atingiu as metas programadas .

Uma **análise de eficiência a nível nacional** mostra que olhando para a utilização dos recursos o HSS surge como um dos hospitais que apresenta melhores indicadores de produtividade e que **a nível internacional** apresenta valores aproximados dos obtidos nos hospitais da rede pública espanhola INSALUD e de hospitais do Reino Unido.

Contudo, quando se utiliza um único factor agregado (custos totais)¹², o HSS já não se encontra na fronteira da melhor prática, apresentando custos excessivos. A reconciliação depende crucialmente do papel dos custos por recurso usado. Assim, em termos de posição relativa, o HSS encontra-se no terço mais eficiente dos hospitais portugueses (incluídos na análise do consultor externo) quando se considera um único factor de produção agregado. Com a expansão do número de recursos produtivos definido, o Hospital da Feira passa a fazer parte integrante do conjunto dos hospitais eficientes e definidores da melhor prática.

No que respeita à qualidade dos cuidados de saúde prestados conclui-se que o HSS apresenta melhor desempenho que a média do grupo ou nacional, mostrando-se os utentes genericamente satisfeitos com os serviços prestados.

1.2. – RECOMENDAÇÕES

Ao Conselho de Administração do hospital recomenda-se que:

- Dê continuidade às medidas implementadas para reduzir as listas de espera, aproximando, assim, a oferta à procura de cuidados de saúde por parte da população abrangida.
- Providencie o cumprimento do disposto na lei relativamente à publicitação do livro de reclamações e aos procedimentos de tramitação das reclamações dos utentes.
- Providencie pela implementação de eficientes mecanismos de controlo de consumos de produtos farmacêuticos nas áreas onde se identificaram algumas deficiências.
- Diligencie no sentido de a curto prazo ser substituída a aplicação informática utilizada na farmácia do hospital para a gestão de medicamentos.

¹² Vide relatório, do consultor externo sobre “Os Sistemas Nacionais de Saúde da União Europeia, Principais Modelos de Gestão Hospitalar e Eficiência no Sistema Hospitalar Português”.



2. - Introdução

Em cumprimento do Programa de Fiscalização do Tribunal de Contas aprovado nos termos da Lei n.º 98/97 de 26 de Agosto, foram realizadas em simultâneo três auditorias aos Hospitais de S. Sebastião, Nossa Senhora do Rosário - Barreiro e Distrital de Santarém, com o objectivo de avaliar os resultados qualitativos e quantitativos do desempenho hospitalar.

A intervenção em cada um dos hospitais foi objecto de relatório autónomo, referindo-se o presente documento às verificações efectuadas no Hospital de São Sebastião (HSS), concorrendo o mesmo para a elaboração de um relatório global – “Análise Comparativa” onde é efectuada uma análise comparativa dos resultados apurados nos três hospitais antes identificados.

2.1. – NATUREZA, ÂMBITO E OBJECTIVOS DA AUDITORIA

O relatório ora presente consubstancia os resultados da auditoria de resultados efectuada ao Hospital de S. Sebastião, sendo o triénio 1999/01 o horizonte temporal de referência e tendo sido definidos para a sua realização os seguintes objectivos:

Objectivos Gerais

- **Avaliação da eficácia e da eficiência do desempenho da actividade hospitalar nas áreas e valências seleccionadas.**
- **Comparação dos resultados obtidos ao nível da produção, produtividade e qualidade com padrões de referência.**

Objectivos Operacionais

- **Análise da estrutura organizacional e do relacionamento do hospital com o seu meio envolvente .**
- **Análise dos sistemas de planeamento /orçamentação, de controlo interno e da situação económico - financeira.**
- **Avaliação da prossecução dos objectivos fixados nas áreas e valências seleccionadas.**
- **Avaliação da eficiência na aplicação dos recursos financeiros e humanos utilizados na actividade assistencial (produção e produtividade), nas áreas e valências seleccionadas.**
- **Verificação da existência de meios adequados de oferta dos serviços assistenciais à procura de cuidados de saúde pela população abrangida pelo Hospital.**
- **Avaliação de aspectos relacionados com a qualidade dos cuidados de saúde prestados.**



2.2. – METODOLOGIA E PROCEDIMENTOS

Tendo em atenção os objectivos definidos, a auditoria foi dividida em duas fases distintas:

- Numa primeira fase foi solicitada ao hospital, a informação necessária à análise da situação económica e financeira, dos anos de 1999 e 2000 (a análise de 2001 efectuou-se após encerramento da conta de 2001), bem como os Relatórios de Gestão e de Contas e alguns elementos da Contabilidade Analítica desses anos.

Foi analisada a informação estatística fornecida pelo hospital e a obtida junto da ARSC/Agência de Contratualização, dos Serviços de Saúde do Centro, relacionada com os Contratos Programa, **para apuramento da eficácia da gestão** relativamente à prestação de cuidados de saúde, assim como a legislação base que deu origem à nova experiência de gestão, em especial no que respeita a aspectos de funcionamento e de gestão.

Consultaram-se diversos documentos e estatísticas¹³, para seleccionar um conjunto de indicadores de produção e de produtividade a utilizar na avaliação da eficiência.

Esta primeira fase permitiu fazer uma avaliação preliminar do hospital e seleccionar¹⁴ as áreas de actividade e respectivas valências a serem objecto de análise.

A selecção das áreas de actividade teve por base os custos do ano de 1999¹⁵, tendo a escolha recaído no Internamento, na Consulta Externa e na Urgência por representarem, no seu conjunto, mais de 90% do total dos custos desse ano.

Os critérios utilizados para a selecção das valências na Consulta Externa e Internamento foram:

- * Serem valências comuns aos três hospitais a auditar.
- * Serem as mais representativas de cada actividade seleccionada.
- * Apresentarem maior expressão no total de custos de cada actividade.

Como os custos da Actividade Cirúrgica se encontram repercutidos nos custos do Internamento, foram seleccionadas, naquela área de actividade, as mesmas valências do Internamento.

Em conformidade com os critérios antes referidos, foram seleccionadas:

- Na **Consulta Externa** as valências de Cardiologia, Cirurgia Geral, Ginecologia, Obstetrícia, Oftalmologia, Otorrino e Ortopedia.
- No **Internamento** as valências de Cirurgia Geral, Medicina Interna e Ortopedia.
- Na **Actividade Cirúrgica** as valências de Cirurgia Geral e Ortopedia.

Para a avaliação da eficiência da aplicação dos recursos financeiros e humanos utilizados pelo hospital na actividade assistencial, foram apurados e tratados, nas áreas e valências seleccionadas, os indicadores de produção e de produtividade previamente seleccionados¹⁶.

Procedeu-se, ainda, à análise e tratamento de documentos e estatísticas enviadas pelo IGIF, para efeitos de avaliação comparativa da eficiência a nível nacional de hospitais do mesmo grupo de

¹³ Remetidos pelo HSS e pelo IGIF.

¹⁴ Em simultâneo para os três hospitais (Hospital Nossa Senhora do Rosário Barreiro, Hospital Distrital de Santarém e Hospital de São Sebastião da Feira).

¹⁵ Por o Hospital, à data da solicitação dos elementos, não dispor ainda do apuramento de dados da Contabilidade Analítica do ano de 2000.

¹⁶ Conforme Programa de Trabalhos da Auditoria.



referência. A nível europeu obtiveram-se indicadores de hospitais da rede pública espanhola INSALUD - Grupo 2 e do Reino Unido¹⁷.

Foram elaborados inquéritos para as áreas da Consulta Externa, Internamento e Urgência para avaliação da satisfação dos utentes face aos cuidados de saúde prestados.

Esta primeira fase permitiu uma avaliação preliminar dos hospitais, facultando a informação necessária para o desenvolvimento da análise comparativa dos hospitais de referência pelo Consultor Externo.

- Numa segunda fase, foi desenvolvido o trabalho de campo, que consistiu fundamentalmente em:
 - * recolha de depoimentos de diversos responsáveis da instituição, ao nível do Conselho de Administração, dos Administradores dos Centros de Responsabilidade e dos Responsáveis pelos Serviços de Acção Médica, designadamente quanto à estrutura organizativa, resultados atingidos ao nível da produção e produtividade e meios disponíveis;
 - * realização de testes de conformidade para avaliação dos sistemas de controlo instituídos, em cada uma das áreas objecto de análise.
 - * realização de testes substantivos ao controlo do consumo de medicamentos e de material de consumo clínico nos serviços de apoio à actividade clínica (Farmácia e Aprovisionamento);
 - * análise de alguns indicadores técnicos de qualidade¹⁸ (% de óbitos em GDH Seleccionados, Complicações Relacionadas com Procedimentos Cirúrgicos e % de Readmissões em GDH Cirúrgicos), efectuando a comparação com os de hospitais do mesmo grupo de referência;
 - * apreciação dos meios de qualidade (comissões de controlo de qualidade) existentes no hospital;
 - * análise de reclamações/sugestões dirigidas ao Gabinete do Utente e do tratamento que lhes foi dado, para confirmar a existência ou não de procedimentos destinados a melhorar a qualidade dos serviços;
 - * realização e análise de inquéritos (via postal), enviados a uma amostra seleccionada de utentes, com o objectivo de conhecer a avaliação da qualidade dos serviços recebidos;
 - * realização de testes substantivos para apuramento do tempo de espera para cirurgias ou para obtenção de 1^{as} consultas (com levantamento das listas existentes), de forma a avaliar se a oferta dos serviços assistenciais foi adequada à procura de cuidados de saúde pela população;
 - * apuramento, nas áreas e valências seleccionadas, de indicadores de produção e produtividade e análise da sua evolução ao longo do triénio 1999/01;
 - * avaliação da eficiência do hospital, por comparação de indicadores de produção e produtividade com os obtidos em outros hospitais do mesmo grupo de referência nacional e com os obtidos em hospitais espanhóis da mesma dimensão e em hospitais do Reino Unido.

Por último importa salientar que na realização da auditoria foram observados os procedimentos gerais internacionalmente aceites e acolhidos no manual de Auditoria do Tribunal de Contas, bem como os procedimentos específicos justificados pela natureza da auditoria, os quais são evidenciados ao longo do relatório.

¹⁷ Informação fornecida pelo consultor externo relativa ao ano de 2000, sobre os hospitais do grupo 2 da rede espanhola, incluídos no sistema INSALUD (os mais aproximados dos hospitais distritais portugueses) e sobre hospitais do Reino Unido não especializados e que se caracterizaram por uma dimensão entre as 200 e as 450 camas

¹⁸ Informação de retorno do IGIF, baseada num sistema de classificação de doentes em Grupos de Diagnóstico Homogéneo, onde é estabelecida uma classificação para efeitos de comparação dos indicadores e definida uma grelha de avaliação da qualidade dos dados.



2.3. – ENQUADRAMENTO GERAL

► Modelo de Gestão e Organização

O Hospital de São Sebastião (HSS) foi criado pelo Decreto - Lei n.º 218/96, de 20 de Novembro e era, nos termos do disposto no Decreto-Lei n.º 151/98¹⁹, de 5 de Junho, um estabelecimento público dotado de personalidade jurídica, autonomia administrativa, financeira, patrimonial e com natureza empresarial, sujeito à tutela dos Ministros da Saúde e das Finanças, (cfr. art.º 2º do Decreto Lei n.º 151/98).

A partir de 12 de Dezembro de 2002, foi-lhe aplicado o regime jurídico definido no Decreto-Lei n.º 296/02, de 11 de Dezembro, que o transformou em Sociedade Anónima de Capitais exclusivamente públicos.

Relativamente à contratação de pessoal e aquisição de bens e serviços o HSS regeu-se pelas normas de direito privado, sem prejuízo da aplicação das directivas comunitárias e do Acordo sobre Mercados Públicos, celebrado no âmbito da Organização Mundial do Comércio (cfr. art.º 40º do Decreto Lei n.º 151/98), recorreu, ainda, a técnicas e métodos de gestão próximos dos que são utilizados e aplicados correntemente em empresas (cfr. *benchmarking* e *outsourcing*).

Ao nível da prestação de cuidados de saúde, o HSS encontrava-se organizado em Serviços de Acção Médica (SAM), (cuja chefia pertencia a um médico, o Director), estando cada SAM integrado num dos quatro Centros de Responsabilidade (CR) existentes no HSS.

Tecnicamente os Serviços e os Centros de Responsabilidade eram tutelados pelo Director Clínico e pelo Enfermeiro Director, assumindo o Conselho de Administração as competências de órgão de gestão responsável pela actividade do Hospital.

A organização dos serviços do Hospital São Sebastião diferia da do modelo tradicional, na medida em que a Consulta Externa e o Bloco Operatório se encontravam integrados nas diversas valências de cada Centro de Responsabilidade.

Nos anos de 1999, 2000 e 2001, o Conselho de Administração do HSS, no exercício dos poderes de gestão, celebrou anualmente contratos programa, aprovou os orçamentos anuais (cf. alíneas c) e d) do art.º 13 do Decreto-Lei n.º 151/98) e elaborou Relatórios de Gestão.

O apuramento global da Contabilidade Analítica foi efectuado anualmente, de acordo com o Plano de Contabilidade Analítica dos Hospitais, aprovado pelo Secretário de Estado da Saúde em 27 de Novembro de 1996²⁰.

► Área de Influência e População Abrangida

O hospital está localizado na cidade de Santa Maria da Feira, sendo o número de habitantes deste concelho de 135.964²¹, distribuído por 31 freguesias numa área geográfica de 211km².

É um hospital de 1ª linha de referência para a população residente nos concelhos de Santa Maria da Feira, Castelo de Paiva e Arouca, sendo a distribuição da sua população, por sexo e por grupos etários, a que se apresenta nos quadros seguintes:

¹⁹ De acordo com o art.º 47º deste diploma, foi extinta a pessoa colectiva “Hospital de Nossa Senhora da Saúde de São Paio de Oleiros”, sucedendo-lhe o HSS em todos os seus direitos e obrigações.

²⁰ A 2ª edição foi revista pelo IGIF em 2000.

²¹ Fonte: Censos de 2001 do Instituto Nacional de Estatística.



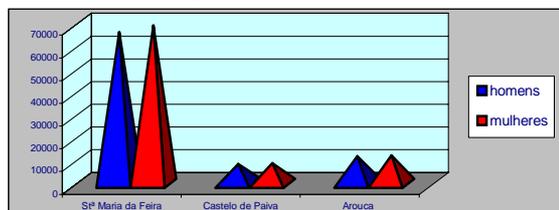
QUADRO I POPULAÇÃO DA ÁREA DE INFLUÊNCIA

Por sexo

| CONCELHOS | H | M | TOTAL |
|--------------------|---------------|---------------|----------------|
| Stª Maria da Feira | 66.517 | 69.447 | 135.964 |
| Castelo de Paiva | 8.534 | 8.804 | 17.338 |
| Arouca | 11.877 | 12.351 | 24.228 |
| TOTAL | 86.928 | 90.602 | 177.530 |

Fonte: Censos de 2001 do Instituto Nacional de Estatística.

Gráfico I - População da área de influência



QUADRO II POPULAÇÃO DA ÁREA DE INFLUÊNCIA P/ GRUPO ETÁRIO

| CONCELHOS | 0-14 | 15-24 | 25-64 | 65> | TOTAL |
|-----------------|---------------|---------------|---------------|---------------|----------------|
| Stª Maria Feira | 25.062 | 20.055 | 75.682 | 15.165 | 135.964 |
| Castelo Paiva | 3.339 | 2.748 | 8.978 | 2.273 | 17.338 |
| Arouca | 4.398 | 4.018 | 11.880 | 3.932 | 24.228 |
| TOTAL | 32.799 | 26.821 | 96.540 | 21.370 | 177.530 |

Fonte: Censos de 2001 do Instituto Nacional de Estatística.

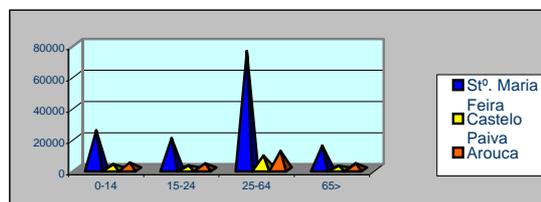


Gráfico II - População da área de influência por grupo etário

Verifica-se que a população se distribui por sexos de forma quase equitativa, sendo 49% de homens e 51% de mulheres e que o grupo etário mais representativo se situa entre os 25 e os 64 anos, correspondendo a 55 % do total da população da área de referência do hospital. O hospital assiste, ainda, os utentes dos Hospitais de Espinho, São João da Madeira, Oliveira de Azeméis, Ovar e de Vale de Cambra nas valências que estes ou não possuem ou nas quais apresentam limitações²², abrangendo estes hospitais a população que se indica no quadro seguinte:

QUADRO III POPULAÇÃO ABRANGIDA POR OUTROS HOSPITAIS

| Espinho | S. J. da Madeira | Oliveira de Azeméis | Ovar | Vale de Cambra |
|---------|------------------|---------------------|--------|----------------|
| 33.701 | 21.102 | 70.722 | 55.198 | 24.787 |

Fonte: Censos de 2001 do Instituto Nacional de Estatística.

Ponderando o quanto da actividade do HSS se centra nas valências “alargadas”²³, apurou-se que 69% e 58% das valências existentes no hospital atendem os doentes dos hospitais de Ovar e de Espinho,

²² O HSS assiste a população:

- * Do Hospital de Espinho, nas valências de Cardiologia, Gastroenterologia, Imuno-Hemoterapia, Med. F. Reabilitação, Neurologia, Nutrição Obst/Ginecologia, ORL, Pneumologia e Urologia.
- * Do Hospital de Ovar, nas valências de Cardiologia, Gastroenterologia, Imuno-Hemoterapia, Med. F. Reabilitação, Neurologia, Nutrição Obst/Ginecologia, Oftalmologia, ORL, Ortopedia, Pneumologia e Urologia.
- * Do Hospital de São João da Madeira, nas valências de Gastroenterologia, Imuno-Hemoterapia, Neurologia, Nutrição e Pneumologia.
- * Do Hospital de O de Azeméis, nas valências de Gastroenterologia, Imuno-Hemoterapia, Neurologia e Nutrição.
- * Do Hospital de Vale de Cambra, nas valências de Gastroenterologia, Imuno-Hemoterapia, Med. F. Reabilitação, Neurologia, Nutrição e ORL.

²³ Peso das valências “alargadas” no total das valências do hospital.



enquanto que 37% e 32% assistem os doentes dos hospitais de Oliveira de Azeméis e de Vale de Cambra, e apenas 27% recebem os doentes do Hospital de São João da Madeira (cfr. quadro seguinte).

QUADRO IV
IDENTIFICAÇÃO E PONDERAÇÃO DAS VALÊNCIAS REFERENCIADAS

| VALÊNCIAS | HOSPITAIS | | | | |
|---------------------------|------------|------------|------------|------------|------------|
| | Espinho | Ovar | SJ Madeira | O Azeméis | V Cambra |
| Cardiologia | + | + | | | |
| Cirurgia Geral | | | | | |
| Cirurgia plástica | | | | | |
| Clínica Geral | | | | | |
| Gastroenterologia | + | + | + | + | + |
| Ginecologia | + | + | | | |
| Imunohemoterapia | + | + | + | + | + |
| Medicina Interna | | | | | |
| Medicina Física | | | | | |
| Reabilitação | + | + | | | + |
| Neurologia | + | + | + | + | + |
| Nutrição | + | + | + | + | + |
| Obstetrícia | + | + | | | |
| Oftalmologia | | + | | | |
| Oncologia | | | | | |
| ORL | + | + | | | + |
| Ortopedia | | + | | | |
| Pediat/Neonat. | | | | | |
| Pneumologia | + | + | + | | |
| Urologia | + | + | | | |
| Total | 11 | 13 | 5 | 4 | 6 |
| Peso sobre o total | 58% | 69% | 27% | 37% | 32% |

Relativamente às valências verifica-se, ainda, que:

- Gastroenterologia, Imunohemoterapia, Neurologia e Nutrição (4/19 valências =21%) servem um total de população de **383.040 habitantes**, (população da área de influência do HSS e toda a população abrangida pelos 5 hospitais indicados no quadro).
- Cardiologia, Ginecologia, Obstetrícia e Urologia (4/19 valências =21%), **atendem 266.429 habitantes** (população da área de influência do HSS e toda a população abrangida pelos hospitais de Ovar e Espinho).
- ORL, Pneumologia e Medicina Física de Reabilitação (3/19 valências =16%), **servem 291.216 habitantes** (população da área de influência do HSS e toda a população abrangida pelos hospitais de Ovar, Espinho e Vale de Cambra).
- Oftalmologia e Ortopedia (2/19 valências = 11%), **servem 232.728 habitantes** (população da área de influência do HSS e toda a população abrangida pelo hospital de Ovar).
- Cirurgia Geral, Cirurgia Plástica, Clínica Geral, Medicina Interna, Oncologia e Pediatria/Neonat. (6/19 valências = 31%) **servem apenas 177.530 habitantes** (população da área de influência do HSS²⁴).

Poderá concluir-se que, embora o HSS sirva em todas as suas valências, os 177.530 habitantes da Feira, Arouca e Castelo de Paiva, serve outras populações em determinadas valências, pelo que se procurou adicionar esses “contributos” ao universo dos 177.530 habitantes. Ou seja, ponderando-se todas as valências com as respectivas populações que servem, **apurou-se um número médio ponderado de 263.272 habitantes servidos pelo HSS²⁵**.

²⁴ Concelhos de Feira, Castelo de Paiva e Arouca.

²⁵ Se considerarmos que as 19 valências são um todo e que cada uma delas é uma parte, ou seja 1/19 desse todo, pondera-se quanta população serve uma dessas partes face ao todo.



► Articulação com outras Entidades Prestadoras de Cuidados de Saúde Primários

O HSS encontra-se articulado, para consultas de especialidade, com os Centros de Saúde da área norte do Distrito de Aveiro, através de um sistema de quotas²⁶ negociado e acordado anualmente, apresentando-se nos quadros seguintes a cobertura realizada pelo hospital a utentes desses centros de saúde, nos anos de 2000 e 2001.

QUADRO V
QUOTAS DE REFERENCIAÇÃO PARA CONSULTA EXTERNA

| Valências | C Saúde | | CS Castelo Paiva | | CS Arouca | | C S S. João da Madeira | |
|----------------------|---------------|---------------|------------------|--------------|--------------|--------------|------------------------|------------|
| | 2000 | 2001 | 2000 | 2001 | 2000 | 2001 | 2000 | 2001 |
| Cardiologia | 700 | 700 | 70 | 90 | 84 | 60 | 48 | 36 |
| Cirurgia geral | 2.000 | 2.300 | 160 | 200 | 216 | 324 | 0 | 0 |
| Gastroenterologia | 300 | 300 | 51 | 60 | 24 | 24 | 24 | 36 |
| Medicina Física Reab | 1.500 | 1.800 | 250 | 250 | 98 | 98 | 0 | 0 |
| Medicina Interna | 700 | 750 | 70 | 100 | 72 | 36 | 0 | 0 |
| Neurologia | 600 | 690 | 20 | 30 | 48 | 36 | 36 | 48 |
| Ginecologia | 1.000 | 1.100 | 70 | 80 | 120 | 120 | 24 | 36 |
| Obstetrícia | 900 | 1050 | 45 | 60 | 132 | 120 | 24 | 36 |
| Oftalmologia | 3.000 | 4.100 | 350 | 375 | 264 | 405 | 0 | 0 |
| ORL | 1.500 | 1.700 | 70 | 100 | 152 | 240 | 24 | 36 |
| Ortopedia | 1.800 | 2.100 | 200 | 300 | 216 | 420 | 12 | 12 |
| Pediatria | 1.000 | 1.100 | 85 | 100 | 98 | 36 | 36 | 0 |
| Pneumologia | 500 | 500 | 33 | 35 | 72 | 36 | 24 | 24 |
| Urologia | 700 | 805 | 60 | 60 | 70 | 72 | 48 | 48 |
| Oncologia | 0 | 0 | 0 | 0 | 48 | 48 | 24 | 36 |
| TOTAL | 16.200 | 18.995 | 1.534 | 1.840 | 1.714 | 2.075 | 324 | 348 |

Fonte: Hospital S Sebastião

Gastro + Imunoh + Neuro + Nutri = 4 partes do todo ie 4/19 desse todo. Estas 4/19 servem 383 040 habitantes.

Cardi + Gineco+Obste+Urolo=4 4/19 x 266 429 (=177 530 + 33701 + 55198) habitantes
 ORL + Pneu + MFR =3 3/19 x 291 216 (= 177530 + 33701 + 55198 +24787) habitantes
 Oftal + Ortopedia =2 2/19 x 232 728 (= 177 530 + 55 198) habitantes

As restantes 6 valências servem apenas a população de Feira, Castelo de Paiva e Arouca, ié, 177 530 habitantes. Ou seja 6/19 x 177 530 habitantes.

Então a expressão final é:
 (4/19 x 383 040) +(4/19 x 266 429) + (3/19 x 291 216) + (2/19 x 232 728) + (6/19 x 177 530) = 263 271,6

²⁶ Número de consultas atribuídas pelo HSS a cada um dos Centros de Saúde.



QUADRO VI
QUOTAS DE REFERENCIAÇÃO PARA CONSULTA EXTERNA

| Valências | C Saúde | | C S Espinho | | C S Ovar | | C S Azeméis | | C S Vale de Cambra | |
|-----------------------|------------|------------|--------------|--------------|------------|------------|-------------|------------|--------------------|------|
| | 2000 | 2001 | 2000 | 2001 | 2000 | 2001 | 2000 | 2001 | 2000 | 2001 |
| Cardiologia | 36 | 24 | 100 | 150 | 0 | 0 | 48 | 72 | | |
| Cirurgia geral | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | |
| Gastroenterologia | 48 | 36 | 85 | 65 | 106 | 106 | 50 | 50 | | |
| Medicina Física Reab. | 72 | 72 | 600 | 600 | 0 | 0 | 120 | 120 | | |
| Medicina Interna | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | |
| Neurologia | 72 | 72 | 150 | 100 | 0 | 0 | 60 | 60 | | |
| Ginecologia | 72 | 72 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | |
| Obstetrícia | 36 | 36 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | |
| Oftalmologia | 0 | 0 | 1.400 | 1.300 | 0 | 0 | 0 | 0 | | |
| ORL | 240 | 400 | 400 | 500 | 0 | 0 | 80 | 80 | | |
| Ortopedia | 0 | 0 | 500 | 500 | 0 | 0 | 0 | 0 | | |
| Pediatria | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | |
| Pneumologia | 36 | 36 | 250 | 150 | 0 | 0 | 0 | 0 | | |
| Urologia | 48 | 66 | 120 | 86 | 0 | 0 | 72 | 72 | | |
| Oncologia | 36 | 12 | 75 | 42 | 0 | 0 | 21 | 21 | | |
| TOTAL | 696 | 826 | 3.680 | 3.493 | 106 | 106 | 451 | 475 | | |

Fonte: Hospital S Sebastião

Para além das consultas protocoladas com os centros de saúde existe ainda, sem limitação da área de residência, uma consulta semanal de rastreio de cardiologia²⁷ (*chek-up*), para a qual foi realizada publicidade junto dos centros de saúde.

2.4. – ANÁLISE DE RELATÓRIOS DE AUDITORIAS REALIZADAS POR OUTRAS ENTIDADES

À data desta auditoria o HSS tinha sido auditado apenas pelo IGIF e avaliado pelo INA no âmbito de um Projecto de Avaliação de Unidades de Saúde.

A auditoria efectuada pelo IGIF foi realizada em Maio de 2000 e teve por âmbito a codificação clínica (CID -9 –MC) a fim de determinar o grau de conformidade da codificação efectuada, com as regras da CID-9-MC e o seu contributo na qualidade da classificação dos doentes em Grupos de Diagnóstico Homogéneos (GDH).

As recomendações contidas no relatório do IGIF apontam, entre outros, para:

- Reforço do processo de auditoria interna.
- Correção dos erros de carácter administrativo.
- Preenchimento cuidadoso e de forma legível dos campos existentes na folha de admissão/alta para os respectivos códigos.

Foi atribuído um prazo de oito meses para cumprimento das medidas correctivas. Na sequência destas recomendações o HSS emitiu ordem de serviço interna recomendando maior rigor na codificação dos GDH.

O relatório elaborado pelo INA e designado “Projecto de Avaliação de Unidades de Saúde”, teve por objectivo comparar a performance de três hospitais com modelos de gestão diferentes, o Hospital Fernando da Fonseca, o HSS e o Hospital Pedro Hispano.

²⁷ Esta especialidade não apresentou listas de espera nos anos de 1999 a 2000 (cf. quadro XXVI).



Referenciando dificuldades na análise comparada dos três modelos organizativos, o relatório apresenta um conjunto de quadros com diversos indicadores²⁸, identificando em cada um deles a posição dos respectivos hospitais, com utilização de três categorias (A - para a situação mais favorável, B – para a intermédia e C – para a menos favorável). De entre os 54 indicadores apresentados no relatório, o HSS obtém em 21 a categoria A.

Dos resultados obtidos e constantes dos quadros síntese não foi retirada pelos autores do relatório qualquer conclusão sobre qual o melhor modelo de gestão.

2.5. - CONDICIONANTES DA ACÇÃO

Não se observaram quaisquer situações condicionantes ao normal desenvolvimento da auditoria. Todos os elementos e esclarecimentos solicitados ao hospital foram facultados e fornecidos em tempo útil, prestando os serviços a melhor colaboração possível.

No entanto, no âmbito da avaliação da eficiência hospitalar, esta ficou condicionada²⁹ pela impossibilidade de obtenção de um padrão de referência da melhor prática internacional, por:

- Não existir harmonização de conceitos estatísticos entre países.
- Dificuldades na disponibilização de elementos comparáveis.
- Não existir, actualmente, a nível internacional, qualquer comparação de eficiência hospitalar entre países.

Assim, procedeu-se, nas áreas seleccionadas, ao confronto de dados e de indicadores do Hospital de São Sebastião com os do Grupo 2 do sistema INSALUD da rede pública espanhola, por este ser um grupo de hospitais com dimensão aproximada da do HSS e com um conjunto de hospitais do Reino Unido que possuíam um nº de camas aproximado (cfr. 2.2 Metodologia e Procedimentos).

2.6. – AUDIÇÃO DE RESPONSÁVEIS

Nos termos e para efeitos do disposto nos art.ºs 13º e 87º, n.º3, da Lei n.º 98/97, de 26 de Agosto, o relato de auditoria foi enviado ao Ministro da Saúde, ao Presidente do Conselho de Administração do Hospital de São Sebastião, SA, aos responsáveis em funções no triénio 1999 - 2001 e ao Presidente do Conselho de Administração da ARSC, não tendo os mesmos apresentado quaisquer alegações.

²⁸ Indicadores de produção, de produtividade, de avaliação da qualidade dos serviços prestados e do grau de satisfação de profissionais e utilizadores e ainda de avaliação de impacto na comunidade.

²⁹ Cfr. Relatório do consultor externo.



3. - Recursos Utilizados pelo Hospital

3.1. – RECURSOS HUMANOS

Nos termos do disposto no art.º 44 do DL 151/98, de 5 de Junho, a dotação global de pessoal é fixada anualmente, através dos respectivo orçamento e contratos – programa, considerando o plano de actividades e o desenvolvimento das carreiras.

As dotações de pessoal acordadas nos contratos programa de 1999, 2000 e 2001, foram de 814, 871 e 960, respectivamente.

Saliente-se que, ao abrigo do n.º 3 do art.º 47º do mesmo diploma, o pessoal que se encontrava a exercer funções no Hospital de Nossa Senhora da Saúde de São Paio de Oleiros³⁰ transitou para o Hospital de São Sebastião, tendo-lhe sido garantida a manutenção integral do seu estatuto jurídico.

Sendo os recursos humanos uma componente essencial na prestação de cuidados de saúde, evidencia-se a sua evolução ao longo do triénio 1999/01 :

**QUADRO VII
RECURSOS HUMANOS**

| GRUPO | 1999 | | | | | 2000 | | | | | 2001 | | | | |
|--------------------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|-----------|------------|------------|------------|------------|-----------|
| | Port.ª | CIT | Total * | Dot. | Dif. | Port.ª | CIT | Total | Dot. | Vagos | Port.ª | CIT | Total | Dot. | Vagos |
| PROFISSIONAL | | | | | | | | | | | | | | | |
| Dirigentes | 8 | 1 | 9 | 8 | -1 | 8 | 1 | 9 | 9 | 0 | 7 | 2 | 9 | 9 | 0 |
| Técnico Sup./Médico | 14 | 107 | 121 | 121 | 0 | 13 | 117 | 130 | 135 | 5 | 15 | 119 | 134 | 157 | 23 |
| Téc. Sup. Saúde | 2 | 6 | 8 | 7 | -1 | 2 | 6 | 8 | 8 | 0 | 2 | 8 | 10 | 13 | 3 |
| Técnicos Superiores | 0 | 5 | 5 | 6 | 1 | 0 | 6 | 6 | 8 | 2 | 0 | 8 | 8 | 9 | 1 |
| Téc. Sup. Informática | 0 | 2 | 2 | 2 | 0 | 0 | 4 | 4 | 5 | 1 | 0 | 5 | 5 | 4 | -1 |
| Téc. Operador Sistemas | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 2 | 2 | 1 | -1 |
| Téc. Diag. e Terapêutica | 8 | 39 | 47 | 47 | 0 | 8 | 38 | 46 | 47 | 1 | 7 | 39 | 46 | 56 | 10 |
| Enfermagem | 54 | 196 | 250 | 236 | -14 | 52 | 215 | 267 | 267 | 0 | 49 | 221 | 270 | 285 | 15 |
| Administrativos | 26 | 48 | 74 | 75 | 1 | 27 | 53 | 80 | 82 | 2 | 28 | 59 | 87 | 88 | 1 |
| Pessoal Auxiliar | 51 | 249 | 300 | 298 | -2 | 48 | 248 | 296 | 296 | 0 | 47 | 277 | 324 | 325 | 1 |
| Operários | 1 | 12 | 13 | 12 | -1 | 1 | 12 | 13 | 13 | 0 | | | | 13 | 13 |
| Pessoal Religioso | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | | 0 | 0 | 0 |
| Total | 164 | 666 | 830 | 814 | -16 | 159 | 701 | 860 | 871 | 11 | 155 | 740 | 895 | 960 | 65 |

*O total é superior à dotação acordada no Contrato Programa por incluir o pessoal transitado do Hospital Nossa Senhora da Saúde – S. Paio de Oleiros cujos lugares são extintos quando vagarem
Fonte: Serviço de Pessoal e Contrato - Programa

Da análise do quadro salientam-se os seguintes aspectos:

- A percentagem dos transitados do Hospital de S. Paio de Oleiros correspondeu em 1999 a aproximadamente 20% do total de efectivos.
- O número de efectivos teve, no triénio 1999-2001, um incremento da ordem dos 7,8%, em resultado dos acréscimos verificados no pessoal administrativo (17,6%), pessoal médico (10,7%) e pessoal de enfermagem e auxiliar (8%).
- No final de 2001 o HSS dispunha de 945 trabalhadores, dos quais 740 em regime de Contrato Individual de Trabalho, 155 em regime da função pública e 50 com Contratos a Termo Certo³¹.

³⁰ A Portaria n.º 357/97, de 31 de Maio fixou o quadro de pessoal deste Hospital.

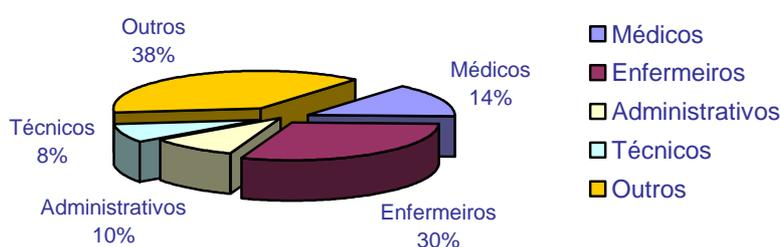


- Destacam-se em 2001 os grupos de pessoal médico, de enfermagem e operário com um maior número de lugares vagos, de 23, 15 e 13 respectivamente.

A distribuição por grupos profissionais em 2001, encontra-se representada no gráfico seguinte:

Gráfico III

Grupos profissionais- Ano 2001



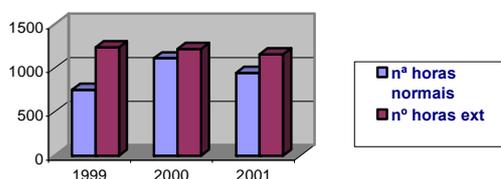
Da sua análise verifica-se que a percentagem de pessoal especializado (considerando médicos, enfermeiros e outros técnicos) é de cerca de 52 %, dos quais 14% correspondem ao pessoal médico.

De acordo com o que foi referido neste ponto, **poder-se-á concluir** que se verificam desvios entre os recursos humanos existentes e os previstos no Contrato Programa e que o número de profissionais (médicos e enfermeiros) se mostrou insuficiente para atingir os objectivos contratualizados, na medida em que houve necessidade de recurso à realização de trabalho extraordinário em número de horas superior às do horário normal de trabalho³². Salientando-se, ainda, que o acréscimo da produção dos médicos arrasta a contratação de técnicos de outras carreiras, uma vez que aqueles profissionais determinam em grande parte a produção do hospital e portanto as necessidades em recursos humanos.

³¹ A distribuição dos Contratados a Termo Certo - CTC por grupo profissional é a que se apresenta:

| Grupo Prof.dos CTC | 2000 | 2001 |
|---------------------|-----------|-----------|
| Médico | 3 | - |
| T.S. Saúde | 2 | - |
| Tec. Superior | 1 | 1 |
| Tec. Informática | 1 | - |
| Enfermagem | 3 | 13 |
| Téc. Diag. Terap. | 4 | 2 |
| Administrativo | 4 | 4 |
| Pessoal Serv Gerais | 22 | 30 |
| Total | 40 | 50 |

³² Total de horas de trabalho (normal e extraordinário) realizadas por pessoal médico e de enfermagem:





► Regimes contratuais e remuneratórios

O pessoal do Hospital de São Sebastião regia-se, à data da auditoria, pelas normas gerais aplicáveis ao contrato individual de trabalho, à excepção do pessoal do extinto Hospital de Nossa Senhora da Saúde de S. Paio de Oleiros que manteve o estatuto jurídico de emprego público ao abrigo do disposto no art.º 47º do Decreto - Lei n.º 151/98.

A estrutura das categorias e carreiras era análoga às existentes no SNS, tendo sido as remunerações actualizadas em função do aumento percentual que vigorou em cada ano para o índice e escalão de idêntica categoria do grupo profissional integrado no SNS.

Para além da remuneração base, o HSS instituiu um sistema de incentivos de ordem financeira directa, baseado em prémios de produtividade e qualidade mensal para médicos enfermeiros e técnicos, em subsídios de chefia e em subsídios de coordenação.

Cada profissional auferiu um vencimento base e um prémio de produtividade pagos mensalmente, tendo dependido este último da avaliação do desempenho³³.

O prémio de produtividade mensal para os médicos teve o valor de 46% do salário base e para os enfermeiros e técnicos o valor de 15% dos respectivos salários.

O subsídio de chefia teve o valor de 20% do vencimento base, tendo sido abonado mensalmente.

O subsídio de coordenação teve o valor de 10% do vencimento base e destinou-se às chefias dos serviços de apoio e aos funcionários administrativos que coordenavam as áreas de internamento, consulta, urgência e arquivo.

O desempenho foi medido mensalmente por um conjunto de indicadores que incluíam avaliações individuais, quantitativas da produção e dos custos unitários, bem como avaliações de satisfação dos utentes.

Com este método o hospital procurou conseguir uma maior responsabilização e participação dos trabalhadores, na organização.

Existiam ainda incentivos de ordem financeira indirecta que se traduziam em bolsas de investigação anuais, cujo pagamento era feito em espécie, isto é o hospital reembolsava despesas associadas com a participação em encontros científicos (cobrindo despesas de inscrição, transporte e alojamento).

³³ A avaliação do desempenho quando negativa, tem efeitos no pagamento de prémios monetários ou outros incentivos, de acordo com o regulamento que os criou e ainda na contagem do tempo de serviço do pessoal sujeito ao regime de Contrato Individual de Trabalho (de acordo com deliberação tomada pelo Conselho de Administração em 14 de Setembro de 2000 – Instrução de Serviço n.º 26/00).



O valor dessas bolsas podia atingir 80% do salário base de início de carreira para os médicos e 15% no caso dos enfermeiros e outro pessoal.

Foi ainda realizado trabalho extraordinário³⁴ para corresponder à procura crescente dos serviços de saúde, na medida em que o horário dos médicos, em regime de contrato de trabalho, era de 35 horas³⁵.

O hospital assumiu ainda o encargo perante a Sub-Região de Saúde de Aveiro (em conformidade com o acordo de cooperação celebrado entre estas duas entidades³⁶) referente ao valor das horas extraordinárias realizadas no SAP relativamente ao serviço prestado aos fins de semana³⁷, pelos médicos cedidos pela Sub-Região.

³⁴ O hospital pagou ao pessoal médico e de enfermagem os seguintes valores relativos a horas extraordinárias:

| Anos | Médicos (milhares de Esc) | Enfermeiros (milhares de Esc) | Total (Milhares de Esc) | Total Milhares de Euros |
|------|---------------------------|-------------------------------|-------------------------|-------------------------|
| 1999 | 281.843 | 99.662 | 381.505 | 1.902,94 |
| 2000 | 341.245 | 111.085 | 452.330 | 2.256,21 |
| 2001 | 436.702 | 124.046 | 560.748 | 2.796,99 |

³⁵ O hospital pagou ao pessoal médico e de enfermagem os seguintes valores relativos a vencimentos:

| Anos | Médicos (milhares de Esc) | Enfermeiros (milhares de Esc) | Total (Milhares de Esc) | Total Milhares de Euros |
|------|---------------------------|-------------------------------|-------------------------|-------------------------|
| 1999 | 636.667 | 563.025 | 1.199.692 | 5.984,04 |
| 2000 | 791.511 | 646.146 | 1.437.657 | 7.171,00 |
| 2001 | 914.111 | 784.906 | 1.699.017 | 8.474,66 |

³⁶ Trata-se de um acordo celebrado em 1999 que visa melhorar a qualidade e a acessibilidade dos serviços prestados na Unidade de Saúde de Aveiro Norte, comprometendo-se a Sub-Região de Saúde a pôr em funcionamento no HSS, um Serviço de Atendimento Permanente para apoio à Urgência, cedendo para tal médicos da carreira médica de clínica geral no período das 8 às 24 horas.

³⁷ O hospital suportou os seguintes encargos relativos a trabalho realizado aos fins de semana pelos médicos do SAP:

| Anos | 1999 | 2000 | 2001 |
|------------------------------|--------|--------|--------|
| Unidades milhares de escudos | 45.981 | 60.431 | 64.203 |
| milhares de euros. | 229,35 | 301,43 | 320,24 |



3.2. - RECURSOS FINANCEIROS

O quadro e gráfico seguintes espelham a evolução dos recursos financeiros detidos pelo HSS nos últimos três anos:

QUADRO VIII RECURSOS FINANCEIROS

Unid.: Milhares de escudos

| DESIGNAÇÃO | 1999 | % | 2000 | % | 2001 | % | Var. % 99/00 | Var. % 00/01 | Var. % 99/01 |
|-------------------------------------|----------------------|------------|---------------------|------------|----------------------|------------|--------------|--------------|--------------|
| Subsídio à Exploração - OE | 4.187.628 | 81,6 | 4.786.269 | 88,2 | 6.392.545 | 84,8 | 14,3 | 33,6 | 52,6 |
| Outras Transferências e Subsídios | (a) 569.618 | 11,1 | (b) 43.093 | 0,8 | (c) 9.090 | 0,1 | - 92,4 | -78,9 | -98,4 |
| Receitas Próprias | 361.382 | 7,1 | 571.207 | 10,5 | 1.114.790 | 14,8 | 58,1 | 95,2 | 208,5 |
| Devoluções e descontos em compras | 10.862 | 0,2 | 27.503 | 0,5 | 25.805 | 0,3 | 153,2 | -6,2 | 137,6 |
| Total em milhares de escudos | 5.129.490 | | 5.428.072 | | 7.542.230 | | | | |
| Total em milhares de euros | € 25. 585, 79 | 100 | € 27. 075,11 | 100 | € 37. 620,405 | 100 | 5,9 | 39,0 | 47,1 |

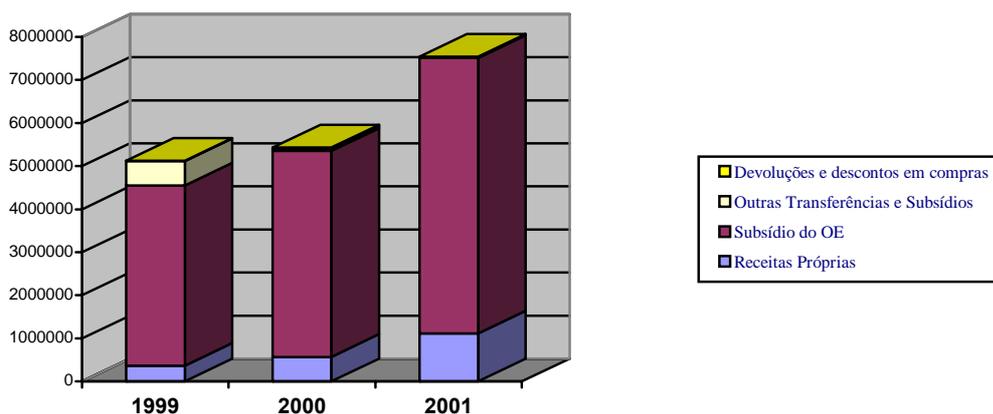
Fonte: Mapa de Fluxos Financeiros

(a) Inclui 504.170 milhares de escudos da Intervenção Operacional da Saúde – IOS do FEDER no âmbito do II QCA, 39.306 milhares de escudos de subsídio para formação IOS e 26.142 contos do PIDDAC. A importância do FEDER transitou do ano anterior, ou seja, foi disponibilizada apenas em 1999

(b) Inclui 400 milhares de escudos de transferência da Fundação Calouste Gulbenkian, 24.718 milhares de escudos do FEDER, 8280 de milhares de escudos da Universidade de Aveiro e 9.695 milhares de escudos de subsídio para formação - IOS

(c) Inclui 6.426 milhares de escudos do FEDER , 675 milhares de escudos do PIDDAC e 1989 milhares de escudos de subsídio para formação – IOS.

GRÁFICO IV – Recursos Financeiros



Fonte: Mapas dos fluxos financeiros do HSS

Da sua análise verifica-se que, **as receitas próprias tiveram um peso bastante reduzido no total dos recursos** (representando em 2001 cerca de 15% do total dos recursos financeiros), constituindo o subsídio do OE a maior fonte de receita, o que demonstra a forte dependência desta entidade face às transferências do Orçamento de Estado.



No entanto as **Receitas Próprias**³⁸ têm vindo a aumentar de forma significativa ao longo do triénio, apresentando no período um crescimento global de 208,5%.

Em 2001 o montante de receita própria cobrada foi de 5 560,549 milhares de euros (1.114.790 milhares de escudos) constituindo este valor 15% do total dos recursos obtidos nesse ano.

De referir, ainda, que o subsídio de exploração do OE apresenta no triénio um acréscimo de 53%, ajustado, pelas necessidades do hospital, decorrentes dos financiamentos anteriores terem reflectido estimativas de actividade assistencial subavaliadas, em resultado das condicionantes que a abertura do hospital enfrentou (em 1999) e do seu processo de ajustamento (em 2000).

Assim, em 2000 o hospital obteve um reforço orçamental de meio milhão de contos que lhe beneficiou a situação financeira, e em 2001 um ajustamento do financiamento do Estado traduzido num acréscimo, do subsídio de exploração, relativamente ao ano anterior, de 33,6 %.

De referir ainda que nos anos de 2000 e 2001 os subsídios de investimento atribuídos foram de reduzida expressão financeira .

Conclui-se que esta entidade depende essencialmente dos financiamentos do Orçamento de Estado, demonstrando no entanto um esforço significativo de realização de receitas próprias, traduzido no crescimento de 208% verificado no triénio.

³⁸ Resultantes essencialmente da facturação a Subsistemas de saúde e outras entidade.



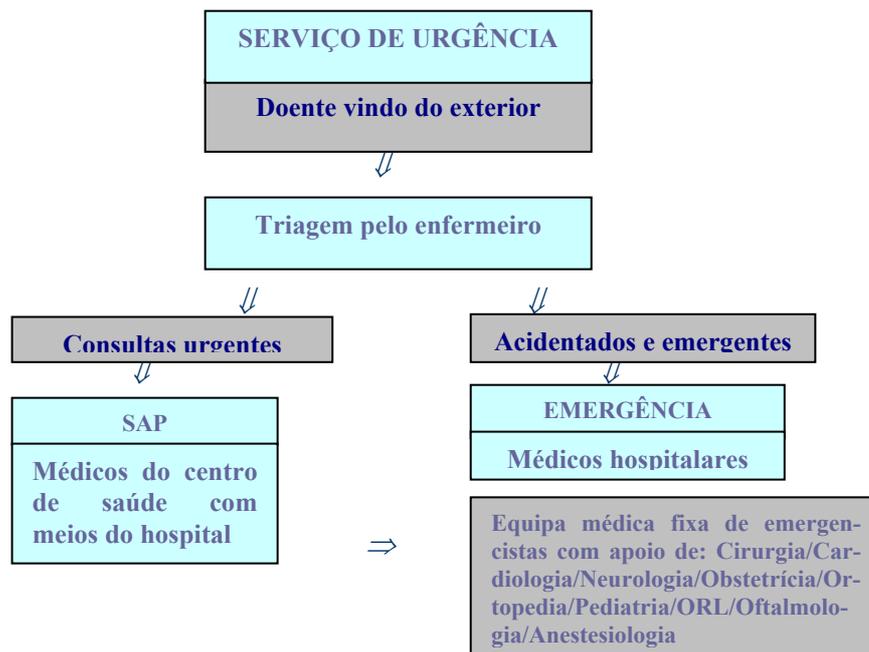
4. - Apreciação do Desempenho

4.1. – SISTEMAS DE CONTROLO INTERNO E DE INFORMAÇÃO

Neste ponto apresenta-se a descrição dos circuitos e procedimentos implementados nas áreas objecto de análise, referenciando particularidades relativas às valências seleccionadas e testes de conformidade realizados.

4.1.1. - Urgência

O “serviço de urgência” tem um corpo médico próprio de “emergencistas” (composto por um internista especialista que está ao serviço 24 horas x 7 dias da semana e por clínicos gerais que trabalham por turnos) apoiados por residentes de outras especialidades, e um Serviço de Atendimento Permanente (criado por acordo de cooperação celebrado com a Sub-Região de Saúde de Aveiro), como se pode ver no esquema seguinte:



Todos os doentes que recorrem à urgência por meios próprios são submetidos a uma triagem efectuada por um enfermeiro, que faz a classificação do grau de urgência (existem 3 graus, o primeiro refere-se a situações de reanimação, o segundo a situações de emergência e o terceiro diz respeito a situações para atendimento no SAP).

Durante a noite como o SAP não funciona³⁹, a triagem estabelece prioridades de atendimento, consoante a urgência das situações.

A Urgência dispõe de um Serviço de Observações (SO) com 5 camas, onde o doente permanece durante um certo tempo (limite 6 horas). No mesmo piso da Urgência funciona ainda desde Novembro de 2000, uma Unidade de Cuidados Intermédios com uma lotação de 11 camas (2 destinadas a Cardiologia).

³⁹ O SAP não funciona entre as 24 horas e as 8 horas.



Foram efectuados **testes de conformidade nesta área**, seleccionando-se uma amostra pelo método de amostragem não estatística e utilizando a técnica de selecção por blocos, tendo-se concluído pelo cumprimento da generalidade dos procedimentos implementados (triagem, registos no Boletim de Identificação e na Nota de Alta), não existindo o registo da hora de atendimento pelo médico, necessário para se apurar com precisão o tempo de espera do doente.

4.1.2. – Consulta Externa

A marcação de consultas externas quer primeiras consultas quer consultas subsequentes, é assegurada administrativamente por um serviço geral de marcação de consultas, designado por “Serviço de Admissão de Doentes”.

Na marcação de consultas, a selecção de prioridades, depende da triagem efectuada pelos médicos de cada uma das especialidades.

A origem das 1^{as} consultas tem três formas distintas:

| Origem das 1 ^{as} consultas |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">▪ Credenciais de consulta - “P1s” provenientes dos Centros de Saúde de acordo com protocolo de referência estabelecido com o hospital (onde foram negociadas quotas).▪ Pedidos internos do hospital - efectuados por médicos da urgência ou de outras especialidades ao Serviço de Admissão de Doentes através de uma credencial interna, sendo o tratamento destes pedidos semelhante ao dos P1s, isto é, realização de triagem, através da leitura da informação clínica e distribuição dos pedidos pelas consultas disponíveis utilizando o programa “Sonho” e tendo em atenção as quotas previamente definidas para esses pedidos.▪ Situações pós-alta - As consultas externas pós-alta são marcadas pelo secretariado do médico da especialidade do internamento, que comunica com o serviço de admissão de doentes para este proceder à marcação das consultas após o que o doente é informado do dia e hora da mesmas. |



A marcação de 1^ªs consultas decorre em três fases:

- **Referenciação**⁴⁰.
- **Triagem**⁴¹.
- **Marcação**⁴².

O agendamento de consultas integra já a distribuição dos gabinetes (existem 46 gabinetes para todas as especialidades da consulta externa⁴³, que são utilizados 5 dias por semana), tentando rentabilizar os períodos de tempo (ocupação em cada meio-dia).

As **consultas subsequentes** são marcadas pelo “Serviço de Admissão de Doentes”, com base na indicação dos médicos das especialidades.

A **não comparência ou atraso dos utentes às consultas** implica a remarcação destas, que só é aceite mediante justificação, por escrito, dessa falta.

Com base numa amostragem não estatística e utilizando o método de selecção por blocos foram efectuados testes de conformidade **tendo-se concluído** pela existência de procedimentos de referenciação e de triagem⁴⁴, realizando-se esta última no prazo estabelecido de oito dias e confirmando-se a representatividade das primeiras consultas no total realizado. Não foi possível, no entanto, confirmar os procedimentos de justificação de faltas dos utentes às consultas, por esta amostra não ter abrangido nenhuma dessas situações.

⁴⁰ Na **referenciação** é feita a conferência dos “P1s” para confirmar se os utentes são oriundos de áreas assistidas pelo HSS (na especialidade requerida), e procede-se à abertura da ficha no programa “Sonho”, onde se identifica o doente, faz-se a descrição da doença e indica-se a especialidade datando esta inscrição para efeitos de lista de espera. A lista de espera fica a aguardar pela triagem do médico.

⁴¹ A **triagem** é realizada pelo Director de Serviços de cada especialidade, (ou por um médico por ele designado) que com uma periodicidade em regra semanal analisa as credenciais, selecciona os casos urgentes, assinala prioridades e indica sub-especialidades, dando instruções de devolução (aos Centros de Saúde), das situações mal estudadas ou sem justificação.

⁴² A **marcação** das consultas é efectuada através do programa “Sonho” (que contem o agendamento das disponibilidades dos médicos bem como a distribuição dos gabinetes) sendo os utentes avisados da data e hora das consultas através de aviso postal e procedendo ainda cada serviço à abertura dos respectivos processos clínicos.

⁴³ Apenas em alguns serviços existe um espaço de consulta autónomo, concretamente os Serviços de Pediatria (incluem consulta de Pediatria e Neonatologia), de Oncologia e de Neurologia – cada uma destas especialidades com 3 gabinetes de consulta afectos e ainda o Serviço de Cardiologia (com 2 gabinetes de consulta afectos).

⁴⁴ Referidos no levantamento de circuitos efectuado à área de marcação de consultas.



Para testar o tempo de espera na obtenção de consultas⁴⁵, simulou-se⁴⁶, a marcação de primeiras consultas nas especialidades de Ortopedia, ORL, Oftalmologia, Obstetrícia, Ginecologia, Cirurgia Geral e Cardiologia, apurando-se o tempo de demora de obtenção dessas consultas e ainda o tempo de espera das últimas marcações efectuadas nessas especialidades⁴⁷.

Por fim, relativamente às especialidades que apresentaram maior número de doentes em espera (Ortopedia, Oftalmologia, Ginecologia e Cirurgia Geral)⁴⁸, compararam-se esses tempos com as demoras médias (de 1^{as} consultas realizadas em Janeiro de 2002)⁴⁹ apuradas nos processos seleccionados para efeito de testes de conformidade.

**QUADRO XIII
DEMORA NA OBTENÇÃO DE 1ª CONSULTA**

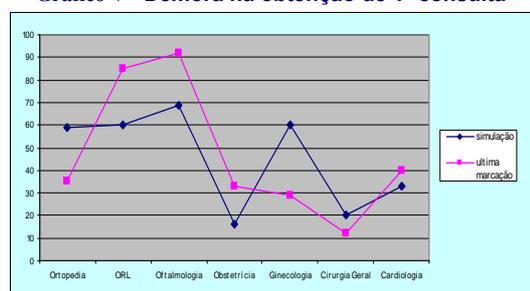
| Especialidades | Processos Analisados (1) | Em dias | |
|----------------|--------------------------|-------------------------|---------------------------|
| | | Últimos P1 Marcados (2) | Simulação de Consulta (3) |
| Ortopedia | 136 | 35 | 59 |
| ORL | | 85 | 60 |
| Oftalmologia | 85 | 92 | 69 |
| Obstetrícia | | 33 | 16 |
| Ginecologia | 138 | 29 | 60 |
| Cirurgia geral | 104 | 12 | 20 |
| Cardiologia | | 40 | 33 |

(1) Consultas realizadas em Janeiro de 2002

(2) Marcação de P1 efectuadas no dia da simulação (22/5/02)

(3) Simulação efectuada no dia 22 de Maio de 2002

Gráfico V - Demora na obtenção de 1ª consulta



Da simulação e apuramento verificou-se que:

- A especialidade que apresentou maior demora para marcação de consulta foi a Oftalmologia, com um tempo de espera de 69 dias indicado para a simulação e de 92 dias apurado na última marcação de P1s, sendo a Cirurgia Geral a especialidade que apresentou menor demora, com uma espera de apenas 12 dias para obtenção de consulta (a demora foi igual quer na simulação quer na marcação).
- A média de espera apurada entre as datas dos pedidos de consultas e as datas das primeiras “vagas” existentes, foi para a simulação de 45 dias e nas últimas marcações efectuadas de 46,6 dias.
- Apenas três especialidades (Cirurgia Geral, Ginecologia e Obstetrícia) apresentaram uma demora inferior a um mês na obtenção de consulta.

Da comparação verificou-se que:

- O tempo médio de espera apurado nos processos (das consultas realizadas em Janeiro de 2002) é superior à demora média das consultas (simuladas e marcadas em Maio de 2002), o que demonstra uma melhoria de acesso a estes cuidados de saúde.

⁴⁵ Esta análise irá incidir nas 1^{as} consultas já que as consultas subsequentes são marcadas para datas definidas pelos médicos.

⁴⁶ No dia 22 de Maio de 2002.

⁴⁷ Apurando os intervalos existentes entre as datas das últimas marcações efectuadas nessas especialidades e as datas dos respectivos P1s.

⁴⁸ No mês, do primeiro trimestre de 2002, que apresentou maiores listas de espera.

⁴⁹ Comparação necessária para efeitos de comparação com os outros dois hospitais abrangidos nesta acção.



4.1.3. - Internamento

Para a área do Internamento, existem diversas “*Instruções de Serviço*” divulgadas no Regulamento do Bloco Operatório, um “*Regulamento de visitas a doentes internados*” e, ainda, diversas “*guias de acolhimento ao doente*”⁵⁰.

O internamento é feito via Consulta Externa ou via Urgência. A percentagem do internamento via Consulta Externa é menor, verificando-se que, na sua maioria, o internamento por esta via diz respeito ao programado.

Quando há lugar a internamento no próprio dia da consulta, cabe ao secretário que se encontra na consulta de cada especialidade proceder ao respectivo registo informático e informar o secretário do Internamento para a elaboração do “*Processo de Internamento*”.

É da responsabilidade dos “*Secretários de Unidade*” verificar qual a entidade (subsistema) responsável pelo pagamento do internamento do doente. Quando no “sonho”⁵¹ não consta a entidade responsável é emitido um aviso para que o doente regularize a situação.

O internamento via Urgência é pedido pela equipa que observou o doente neste Serviço, considerando-se a data do internamento a data da entrada na urgência.

Quando o doente fica no SO e não chega ao internamento, a sua afectação faz-se ao serviço da sua patologia, isto é, o doente é considerado como tendo sido internado na especialidade respectiva.

Com o mínimo de 24 horas de antecedência do internamento, é requisitado ao arquivo o “Processo Único” (PU), sendo depois preparado o “Processo de Internamento” onde são colocados alguns documentos retirados do “PU”.

As folhas de alta são arquivadas no processo de internamento, procedendo o codificador, de imediato, à codificação dos GDH, sendo posteriormente remetidas à contabilidade para facturação ao subsistema de saúde, caso exista.

Após a alta do doente, o “Processo Único” tem que ser remetido ao arquivo, no prazo de 48 horas.

Com base numa amostragem não estatística e utilizando o método de selecção sistemática, foram efectuados **testes de conformidade** tendo-se concluído pelo cumprimento dos procedimentos implementados nesta área, bem como dos prazos de codificação e de devolução dos processos ao arquivo; no entanto, verifica-se existir, em cada especialidade, uma diversidade de tempos de espera em resultado do tipo de patologia .

➤ Conclusão

Em resultado do levantamento, análise e avaliação do sistema de controlo interno instituído nas áreas anteriormente identificadas, conclui-se que os procedimentos instituídos garantem uma margem adequada de fiabilidade e segurança.

⁵⁰ Panfleto onde são prestadas diversas informações de interesse para o doente.

⁵¹ Sistema integrado de informação hospitalar disponibilizado pelo IGIF.



4.2. – PROSSECUÇÃO DOS OBJECTIVOS DEFINIDOS - EFICÁCIA

4.2.1. - Objectivos definidos no âmbito da Política Nacional de Saúde

O enquadramento programático da política nacional da saúde é traçado pelos programas dos Governos e pelas Grandes Opções do Plano (GOP), onde se enunciam opções de carácter político e objectivos prioritários, e se definem as orientações e as medidas de política para o sector.

As linhas de intervenção definidas nas GOP, consubstanciam as decisões políticas globais e sectoriais tomadas com o intuito de suportar a estratégia da governabilidade dos investimentos, servindo de suporte à definição dos objectivos traçados pelo hospital para os anos de 1999, 2000 e 2001.

4.2.2. – A Contratualização: Contrato – Programa

Em cumprimento das linhas orientadoras da política de saúde definidas e do próprio estatuto do HSS, o processo de contratualização foi iniciado com a apresentação, por parte do Conselho de Administração à Administração Regional de Saúde do Centro (ARSC), da proposta de contrato - programa (cfr. art.º 49º do Decreto-Lei n.º 151/98, de 5 de Junho).

Com o início da sua actividade em Janeiro de 1999, o HSS celebrou, em 31 de Dezembro de 1998, com a ARSC - Centro um contrato - programa válido por um período de três anos (renováveis por iguais períodos), que visou regular o modo de funcionamento do hospital, garantindo um modelo de actuação eficiente e de qualidade, sustentado em termos financeiros, e definindo como obrigações do hospital:

- *O cumprimento das metas assistenciais definidas anualmente com base na estimativa da actividade esperada.*
- *A existência e cumprimento de programas de garantia de qualidade.*
- *A observação rigorosa dos montantes financeiros atribuídos.*
- *A existência e cumprimento de um programa anual de formação e promoção de recursos humanos.*

Consta, ainda, como parte integrante do contrato - programa, o Protocolo de Articulação com os Cuidados de Saúde Primários, celebrado na sequência do acordo com a Sub-Região de Saúde de Aveiro, mediante o qual ficou assegurado o funcionamento do Serviço de Atendimento Permanente (SAP) do Centro de Santa Maria de Feira dentro das instalações do HSS.

A renovação do contrato - programa para o ano de 2000, formalizou-se através da Adenda n.º 1 ao referido contrato. Neste documento os objectivos traçados para o ano de 1999 mantiveram-se, tendo sido somente aprovados o orçamento financeiro, a actividade assistencial esperada, a dotação máxima de pessoal e a área de atracção.

Para o ano de 2001 foi assinada a Adenda n.º 2 ao contrato - programa que, para além da aprovação do orçamento financeiro, da actividade assistencial esperada, da dotação máxima de pessoal e da área de atracção, é, ainda, acordado um novo sistema de avaliação e melhoria contínua de qualidade, o designado Portuguese Quality Indicator Project (PQIP).



De acordo com o contrato - programa celebrado, a avaliação e o acompanhamento da execução deste contrato, constituiu obrigação da ARSC que, através da Agência de Contratualização de Serviços de Saúde, efectuou um controlo trimestral, tendo por base a :

- Evolução dos indicadores relativos à produção em Internamento, Consulta Externa e Cirurgia Ambulatória, Urgência, Hospital de Dia e Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica.
- Informação relativa à execução do programa de garantia de qualidade e outras actividades e projectos a desenvolver no âmbito da missão do hospital.

Para além do controlo trimestral referido, a Agência procedeu a uma análise dos resultados obtidos face ao contratualizado ⁵², analisou a performance do HSS face aos hospitais do grupo e elaborou um relatório anual de avaliação global do hospital, que foi aprovado pelo Conselho de Administração da ARSC.

4.2.3. - Mecanismos de Planeamento e de Acompanhamento da Execução da Actividade

As linhas orientadoras da actividade, para os três primeiros anos, de funcionamento do HSS foram definidas pelo órgão de administração do hospital e reflectidas no Contrato-Programa através da descrição da produção e da produtividade para a actividade assistencial.

Para tal, concorreu a negociação assumida pelo Director do Serviço de Acção Médica com a Direcção de cada Centro de Responsabilidade (constituído por um médico e um administrador hospitalar designados pelo Conselho de Administração do HSS).

Nos anos de 2000 e 2001, em cumprimento do disposto no n.º 2 da cláusula 2ª do Contrato-Programa, os Orçamentos Financeiros foram elaborados de acordo com a informação da produção previsível e dos respectivos custos, fornecida pelos Centros de Responsabilidade, com as orientações da ARSC e do IGIF, que constituíram a base de negociação para a aprovação das Adendas n.º 1 e n.º 2 ao Contrato.

O acompanhamento da execução do Contrato-Programa foi efectuado internamente pelo hospital sob duas vertentes: a financeira e a assistencial. Na vertente financeira, o acompanhamento foi feito a partir dos documentos periódicos de prestação de contas da instituição, designadamente o mapa da situação económico – financeira que foi enviado ao IGIF e o mapa de controlo orçamental remetido à Direcção-Geral do Orçamento (DGO); na vertente assistencial, os procedimentos instituídos de comunicação mensal dos indicadores de cada Serviço (enviados através da intranet até ao dia 15 de cada mês) foram analisados pela Direcção de cada Centro de Responsabilidade que controla, assim, a produção e a produtividade do hospital, fornecendo ao CA informação permanente e actualizada.

Após a divulgação dos resultados da produção e dos custos e proveitos gerados por cada Serviço, foram efectuadas mensalmente avaliações individuais de qualidade e de desempenho aos profissionais técnicos e aos Serviços.

O acompanhamento dos custos foi feito mensalmente sendo o seu apuramento global efectuado no final do ano a que dizem respeito através da Contabilidade Analítica.

A avaliação da execução do Plano de Actividades foi efectuada e encontra-se espelhada nos Relatórios de Gestão elaborados anualmente pelo hospital, onde foi feito um balanço crítico da actividade desenvolvida

⁵² cf. ponto 4.2.4 – “Grau de Prossecução dos Objectivos Fixados pelo Hospital”.



e avaliada a eficiência dessa acção. Para além do referido, constam ainda aspectos relacionados com a qualidade evidenciando a preocupação pelo cumprimento dos objectivos fixados no Contrato-Programa.

O acompanhamento e avaliação da execução do Contrato-Programa por entidade externa ao hospital foi realizado pela ARSC, através da Agência de Contratualização, que ao longo do triénio de 1999/2001 efectuou um controlo semestral da produção e da execução orçamental, passando esse controlo no ano 2002 a ser feito trimestralmente.

4.2.4. - Prossecução dos Objectivos Fixados pelo Hospital

As grandes linhas estratégicas e/ou medidas de programação estabelecidas pela administração do hospital (acordadas informalmente com a ARS Centro) para a actividade assistencial de 1999 (e seguidas em 2000 e 2001), foram as seguintes (cf. relatório de gestão):

- 1) *“Atribuição de uma parte significativa do tempo de trabalho médico à consulta externa e à realização de exames e tratamentos em ambulatório.*
- 2) *Fixação de percentagens relativamente elevadas de primeiras consultas, como forma de evitar desperdícios e facilitar o acesso dos doentes ao hospital através da consulta.*
- 3) *Desenvolvimento dum programa de cirurgia de ambulatório visando retirar progressivamente do internamento uma percentagem significativa dos doentes intervencionados cirurgicamente.*
- 4) *Atribuição ao Serviço de Medicina Física e de Reabilitação de meios suficientes, excepcionais quando comparados com outros hospitais de idêntica dimensão, para recuperação rápida dos doentes acidentados e dos carenciados deste tipo de cuidados, procurando diminuir ou evitar o seu internamento.*
- 5) *Desenvolvimento de um programa de tratamento médico em ambulatório para doentes do foro oncológico, procurando tornar o recurso ao internamento excepcional. Criação de um Hospital de Dia Oncológico com o encargo de efectuar o atendimento médico e de enfermagem total a doentes oncológicos e tratamentos de quimioterapia, dor crónica e outros, bem como o encaminhamento e responsabilização para tratamentos de radioterapia realizados no exterior por convenção.*
- 6) *Criação de condições para que os Serviços de Diagnóstico - Imagiologia, Patologia Clínica e Anatomia Patológica e técnicas das especialidades - possam responder em espaços de tempo curtíssimos aos pedidos de exames para doentes internados.*
- 7) *Definição de protocolos de preparação e estudo em ambulatório dos doentes a internar para intervenções cirúrgicas programadas, nomeadamente com consultas de anestesiologia pré-operatórias, de modo a que o doente só seja internado no dia da cirurgia.*
- 8) *Criação de um serviço de apoio de enfermagem domiciliária, para acompanhamento dos doentes de cirurgia de ambulatório e dos doentes com alta precoce do internamento.*
- 9) *Utilização do Benchmarking com hospitais estrangeiros, utilizando na informação de gestão mensal os seus bons indicadores em confronto com os do HSS, como fonte de motivação para um cada vez melhor desempenho.”*



No primeiro ano de funcionamento (1999) como decorria a fase de abertura e o regime de instalação, o hospital não participou no processo de contratualização (cf. ofício n.º 652 de 8/10/01, da Agência de Contratualização), tendo no entanto assinado um Contrato Programa com a ARSC onde foram definidas estimativas da actividade assistencial para o internamento, consulta externa, urgência e actividade cirúrgica, as quais por dificuldades de previsão se apresentaram genericamente superiores à realização verificada, acordando ainda cumprir e estabelecer um programa de formação e promoção dos recursos humanos e um programa de garantia da qualidade dos serviços prestados, para cuja avaliação definiu um conjunto de indicadores de qualidade.

Relativamente aos anos de 2000 e 2001 o hospital manteve os objectivos estratégicos traçados para 1999, contratualizando metas quantificadas para a produção de cada ano e indicadores a atingir anualmente, cuja execução foi objecto de avaliação por parte da Agência de Contratualização (cf. quadros XIV a XVIII).

QUADRO XIV
CONSULTA EXTERNA -CONTRATUALIZADO / REALIZADO

| CONSULTA EXTERNA | Contratual 2000 | Realizado 2000 | % de Exec | Contratual 2001 | Realizado 2001 | % de Exec |
|--------------------------------------|-----------------|----------------|-----------|-----------------|----------------|-----------|
| N.º de consultas | 133.060 | 112.921 | 85 % | 129.056 | 138.394 | 107 % |
| Pequena cirurgia na Consulta externa | 932 | 1.177 | 126 % | 850 | 3.034 | 357 % |
| Indicadores | | | | | | |
| Tempo médio por consulta (minutos) | 19 | 22 | | 21 | 19 | |
| Consultas por gabinete (semana) | 78 | 66 | | 70 | 75 | |
| % de primeiras consultas | 42,65 | 39,41 | | 40,48 | 39,20 | |

Fonte: Agência de Contratualização dos Serviços do Centro

Da análise do quadro XIV, verifica-se que foram atingidas quanto à consulta externa as metas propostas para o ano 2001. Os valores obtidos em 2001 resultam entre outros factores de aumentos de produtividade, enquanto que os valores contratualizados para esse ano terão resultado de indicadores de produção históricos.

Verificando-se ainda que os indicadores definidos para a Consulta Externa permitem apurar que foi dado cumprimento às duas primeiras linhas estratégicas estabelecidas pelo hospital, ou seja atribuir mais tempo de trabalho médico à consulta externa (dado que se verifica que o n.º de consultas aumentou e que o tempo médio por consulta foi superior à meta fixada) e atribuir uma percentagem significativa para primeiras consultas (contratualizaram 42,65 % e executaram 39,41 sobre o total das consultas), já que é por esta via que se abre a porta de entrada a novos utentes nesta área.

Quanto ao Internamento foram definidos indicadores que permitem apurar que o hospital procurou dar cumprimento às linhas estratégicas n.ºs 3) 5) e 7), na medida em que estabeleceu metas, quanto à demora média de internamento e quanto ao n.º de doentes saídos (existe uma percentagem elevada de doentes saídos por cama e uma diminuição do tempo de internamento), as quais juntamente com a criação do hospital de dia (que em 2001 ultrapassou em 50 % a meta estabelecida) demonstram que se retirou do internamento uma percentagem significativa de doentes (cf. quadros XV e XVI).



QUADRO XV
INTERNAMENTO - CONTRATUALIZADO / REALIZADO

| INTERNAMENTO | Contratual 2000 | Realizado 2000 | % de Exec. | Contratual 2001 | Realizado 2001 | % de Exec |
|-----------------------------|-----------------|----------------|------------|-----------------|----------------|-----------|
| Doentes saídos | 15.578 | 13.810 | 89 % | 15.228 | 15.144 | 99 % |
| Dias de internamento | 80.704 | 61.736 | 76 % | 73.363 | 65.117 | 89 % |
| Indicadores | | | | | | |
| Doentes saídos por cama (+) | 59,69 | 55,69 | 93 % | 58,80 | 58,93 | 100,2 % |
| Demora média (*) | 5,18 | 4,50 | 87 % | 4,82 | 4,29 | 89 % |
| Taxa de ocupação | 85 % | 68 % | | 78% | 69 % | |

(*) O valor apresentado foi calculado em função do total de dias de internamento dos doentes saídos ou seja, 54 209, 62 089 e 64 908 dias, respectivamente em 1999, 2000 e 2001, uma vez que a Agência de Acompanhamento não efectuou o calculo desta forma.

(+) No ano de 2001 a Agência considerou 259 camas quando deveria ter considerado 257, pelo que se rectificou o valor
Fonte: Agência de Contratualização dos Serviços do Centro

QUADRO XVI
HOSPITAL DE DIA - CONTRATUALIZADO / REALIZADO

| HOSPITAL DE DIA | Contratual 2000 | Realizado 2000 | % de Execução | Contratual 2001 | Realizado 2001 | % de Execução |
|----------------------------|-----------------|----------------|---------------|-----------------|----------------|---------------|
| Sessões em hospital de dia | 8.500 | 4.276 | 50 % | 4.343 | 6.279 | 145 % |
| Indicadores | | | | | | |
| n.º de sessões por doente | 7,08 | 8,85 | | 5,39 | 9,6 | |

Fonte: Agência de Contratualização dos Serviços do Centro

Na actividade cirúrgica verifica-se que foram atingidas as metas de produtividade estabelecidas e que as cirurgias convencionais realizadas ultrapassaram em 17 % os valores acordados enquanto que as cirurgias em ambulatório (com uma taxa de execução de apenas 20%) apresentaram um desvio negativo de 80% relativamente à meta fixada, (cf. quadro XVII).

QUADRO XVII
BLOCO OPERATÓRIO - CONTRATUALIZADO / REALIZADO

| BLOCO OPERATÓRIO | Contratual 2000 | Realizado 2000 | % de Execução | Contratual 2001 | Realizado 2001 | % de Execução |
|---|-----------------|----------------|---------------|-----------------|----------------|---------------|
| Cirurgias Convencionais(1) | 4.330 | 5.060 | 117 % | 4.894 | 6.029 | 123 % |
| Cirurgias Ambulatórias | 2.368 | 468 | 20 % | 1.107 | 948 | 86 % |
| Indicadores | | | | | | |
| Tempo médio por cirurgia convencional (horas) | 2,10 | 2,78 | | 1,90 | 1,5 | |
| Tempo médio por cirurgia amb. (horas) | 0,83 | 1,03 | | 1,16 | 1,4 | |
| N.º de cirurgias por sala | 1.175 | 1.038 | | 1.106 | 1.231 | |

(1) Não foram incluídas as cirurgias realizadas no âmbito do PPA nem da C. Privada.

Fonte: Agência de Contratualização dos Serviços do Centro.

Nota: A soma das Cirurgias Convencionais com as Cirurgias Ambulatórias = Cirurgias Programadas.

Quanto à urgência verifica-se que foram atingidas ou ultrapassadas as metas acordadas, o que demonstra a grande aderência à realidade da programação efectuada (cf. quadro XVIII).



QUADRO XVIII
URGÊNCIA -CONTRATUALIZADO / REALIZADO

| URGÊNCIA | Contratual 2000 (*) | Realizado 2000 (*) | % de Execução | Contratual 2001 | Realiza do 2001 | % de Execução |
|------------------------------------|---------------------|--------------------|---------------|-----------------|-----------------|---------------|
| Atendimento nas urgências | 161.000 | 160.667 | 100% | 168.000 | 166.766 | 99% |
| Pequena Cirurgia na urgências | nd | 5.000 | | 5.000 | 5.841 | 117% |
| Cirurgias urgentes | 2.704 | 2.777 | 103% | 2.845 | 2.871 | 101% |
| Indicadores | | | | | | |
| % de consultas externas p/urgência | 83% | 70% | | 77% | 83% | |

Fonte: Agência de Contratualização dos Serviços do Centro

Em conclusão poder-se-á dizer que nos anos de 2000 e 2001 o hospital atingiu, de uma forma geral, os objectivos fixados e acordados com a ARS Centro, verificando-se que, em 2001, o grau de execução das metas contratualizadas foi superior ao de 2000 (isto resulta por um lado do facto de algumas das metas terem sido acordadas em 2001 por valor inferior ao do ano transacto e por outro de ter havido acréscimos de produtividade nesse ano).

4.3. – EFICIÊNCIA DA GESTÃO E ADEQUAÇÃO DA OFERTA À PROCURA – RESULTADOS QUANTITATIVOS

4.3.1. – Perspectiva Global

O objectivo da análise de eficiência é o de obter um padrão de referência da melhor prática quer nacional quer internacional, com o qual o desempenho do hospital seja confrontado.

Devido a problemas de recolha de informação, bem como a dificuldades quer na harmonização de conceitos estatísticos entre países e de indisponibilidade de elementos comparáveis, não foi possível proceder a esse exercício em termos ideais. Aliás, não foi encontrada a nível internacional qualquer comparação sistemática de base estatística sólida e alargada de eficiência hospitalar entre países⁵³.

Por esse motivo, optou-se por proceder a uma contextualização geral da situação do hospital⁵⁴, no conjunto dos hospitais portugueses⁵⁵ e ainda, a uma análise da evolução de indicadores de produção e de produtividade, por áreas de actividade do HSS e sua comparação com os de hospitais do grupo de referência. Estabeleceram-se, também, confrontos entre alguns desses indicadores e os de hospitais espanhóis e de hospitais do Reino Unido.

⁵³ Apesar desta realidade, procedeu-se a uma comparação com hospitais do grupo 2 da rede espanhola do sistema INSALUD cuja dimensão é aproximada do HSS e com alguns hospitais não especializados do Reino Unido que se caracterizam por uma dimensão entre as 200 e as 450 camas.

⁵⁴ Cf. Prof. Pita Barros in Sumário de “Os Sistemas Nacionais de Saúde da União Europeia, Principais Modelos de Gestão Hospitalar e Eficiência no Sistema Hospitalar Portugueses”.

⁵⁵ Foi utilizada a informação disponível de 82 hospitais, relativa ao ano de 2000. - Fonte: IGIF.



Para a contextualização geral do HSS recorreu-se a uma análise de envolvente de dados⁵⁶ que permitisse posicionar este hospital no conjunto dos hospitais portugueses (*score* de eficiência).

O cálculo do indicador global de eficiência (*score* de eficiência)⁵⁷. exigiu a especificação das produções dos hospitais nacionais⁵⁸ e dos factores produtivos usados⁵⁹.

Foram consideradas duas alternativas: na primeira utilizou-se como factor produtivo, os custos totais e na segunda os recursos físicos.

As figuras seguintes apresentam a posição relativa do Hospital da Feira, no contexto dos 82 hospitais nacionais.

Gráfico VI – Indicador de Eficiência – Custos Totais

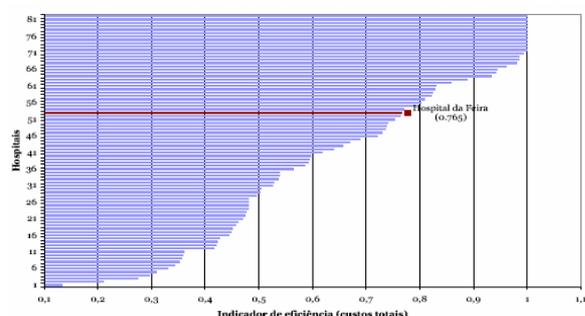
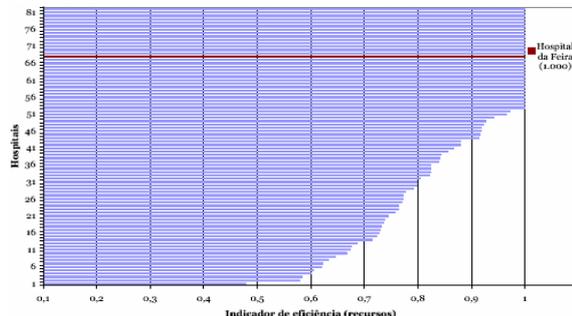


Gráfico VII – Indicador de Eficiência – Recursos



Assim, se avaliado pela produtividade dos seus recursos físicos, o Hospital da Feira situa-se entre os mais eficientes a nível nacional, sendo parte integrante dos hospitais definidores da melhor prática nacional. Contudo quando se utiliza o factor de produção agregado (custos totais), já não se encontra na fronteira da melhor prática, apresentando custos excessivos.

⁵⁶ A análise da envolvente de dados (“data envelopment analysis” no original anglo-saxónico) é descrita, por exemplo, Emmanuel Thanassoulis, 2001, *Introduction to the Theory and Application of Data Envelopment Analysis: a Foundation Text with Integrated Software*, Kluwer Academic Press.

⁵⁷ Este indicador de eficiência constituiu um indicador generalizado, no sentido em que pode ser identificado com uma soma ponderada das produções face a uma soma ponderada dos recursos utilizados. Os ponderadores são obtidos internamente ao processo de cálculo do indicador de eficiência. Para este efeito e como não faz sentido somar as produções, a solução natural foi a de criar somas ponderadas, tendo sido para tal definidos ponderadores cujo cálculo foi efectuado através de algoritmos de programação linear. A aplicação informática fez o apuramento desses índices em simultâneo para um universo dos 82 hospitais nacionais (para os quais existia informação disponível), resolvendo um problema de maximização individual. Nesse cálculo os valores de todos os outros hospitais constituem restrições e condições que limitam o *score* de eficiência apurado para o HSS.

⁵⁸ Doentes saídos (ajustados pelo índice de *case-mix*), número de urgências e número de consultas externas.

⁵⁹ N.º de médicos, n.º de enfermeiros, n.º de paramédicos e de outro pessoal, bem como a lotação de camas e ainda os custos totais.



4.3.2. – Avaliação dos Resultados Obtidos no Triénio (1999/2001)

A contextualização geral veio a ser confirmada, em grande medida, pela análise detalhada da actividade do hospital relativa ao triénio 1999/2001.

Esta análise de eficiência efectuou-se através de indicadores de produção e de produtividade do hospital e posterior comparação de alguns desses indicadores com os de hospitais do mesmo grupo de referência e com os de hospitais Espanhóis (com a mesma dimensão do HSS) e do Reino Unido.

Considerou-se que a “**produção**” traduzia os *outputs* de cada hospital e que a “**produtividade**” traduzia quer a eficiência da utilização dos recursos (*inputs*) quer a eficácia do grau de realização da produção (*outputs*), sendo calculada pela expressão (Produtividade = Produção/Recursos utilizados).

Entendeu-se ainda como factores produtivos, os recursos empregues (*inputs*) traduzidos nos meios humanos e financeiros e alguns elementos da capacidade instalada (n.º camas e salas do bloco operatório).

Nesta análise de eficiência foram consideradas como produções do hospital as grandes áreas de actividade: Urgência, Consulta Externa, Internamento e Actividade Cirúrgica e incidiu na avaliação de indicadores de produtividade e na análise dos efeitos sobre a produção, do acréscimo de produtividade e do aumento de recursos empregues (médicos).

4.3.2.1. - URGÊNCIA

Organizado conforme descrito no ponto 4.1, o Serviço de Urgência do HSS teve no triénio 1999/01 uma afluência média diária de 434 doentes, que evoluiu de uma média diária de 406 doentes atendidos em 1999 para 457 em 2001.

No quadro que se apresenta, caracteriza-se a urgência indicando os seus recursos humanos e os principais indicadores de actividade.

QUADRO XIX
RECURSOS E DESEMPENHO DA URGÊNCIA

| URGÊNCIA | 1999 | 2000 | 2001 |
|---|---------|---------|---------|
| N.º de médicos | 70 | 89 | 93 |
| N.º de enfermeiros | 41 | 41 | 42 |
| N.º de doentes atendidos * | 148.326 | 160.667 | 166.766 |
| N.º doentes atendidos por dia + | 406 | 439 | 457 |
| Doentes atendidos por médico por ano ** | 872 | 779 | 828 |

* inclui os doentes atendidos no SAP (87.274 em 1999, 91.297 em 2000 e 89.724 em 2001)

** no cálculo não se incluiu os doentes atendidos no SAP, apenas os da emergência (porque o n.º de médicos não inclui os médicos do SAP), ou seja: 61 052 em 1999, 69 370 em 2000 e 77042 em 2001

+ no ano de 2000 por ser bissexto consideraram-se 366 dias.

Fonte: Estatísticas do HSS

Da sua análise retira-se essencialmente que:

- O total de doentes atendidos na urgência em 1999 foi de 148.326, enquanto que em 2001 atingiu 166.766, o que traduz um acréscimo de 13% na afluência a estes serviços.



- O número de médicos afectos à urgência cresceu 33% entre os anos de 1999 e 2001, justificado pela necessidade de dar resposta à procura crescente destes serviços, sendo o “efeito aumento de médicos” sobre a produção de respectivamente de 14 801 em 2000 e de 3 312 em 2001⁶⁰.
- A produtividade, visível no número de doentes socorridos por médico, decresceu (-93) entre os anos de 1999 e 2000 (o número de doentes socorridos por médico passou de 872 em 1999 para 779 em 2000) e cresceu (+49) em 2001 (foram socorridos 828 doentes por médico), sendo o “efeito da produtividade” sobre a produção, negativo em 2000 (-6 510) e positivo em 2001 (4 361)⁶¹.

Conclui-se que o hospital tem vindo a aumentar o número de atendimentos na urgência, de 1999 para 2000 apenas por efeito do crescimento dos recursos (número de médicos) utilizados, na medida em que a produtividade nesse ano diminuiu face ao ano anterior, e em 2001 predominantemente pelo acréscimo da produtividade.

Comparando alguns dados deste hospital com os de outros hospitais do mesmo grupo, verifica-se que este é o hospital que apresenta melhores resultados, registando (nos últimos três anos) o maior número de doentes socorridos por dia (439 doentes socorridos por dia), sendo um dos que apresenta em 1999⁶² menor percentagem de consultas externas por número de urgências (no entanto em 2000 essa percentagem já se encontra entre os valores mais elevados), podendo confirmar-se estes resultados através do quadro que segue.

QUADRO XX
COMPARAÇÃO COM HOSPITAIS DO MESMO GRUPO

| Hospitais do mesmo grupo (grupo III) | Realizado 1999 | | Realizado 2000 | | Previsto 2001 | |
|--------------------------------------|-----------------------|------------------------------|-----------------------|------------------------------|-----------------------|------------------------------|
| | Atendimentos urgência | % de Consultas por urgências | Atendimentos urgência | % de Consultas por urgências | Atendimentos urgência | % de Consultas por urgências |
| Hospital S. Sebastião | 148.326 | 56 | 160.667 | 70 | 168.000 | 77 |
| Hospital Distrital Aveiro | 109.157 | 68 | 104.078 | 73 | 104.259 | 78 |
| Hospital Distrital C.Branco | 73.834 | 63 | 71.560 | 68 | 69.468 | 71 |
| Hospital Distrital Guarda | 54.954 | 70 | 46.551 | 92 | | |
| Hospital Distrital Leiria | 137.603 | 62 | 139.514 | 64 | 139.140 | 69 |
| Hospital Distrital Viseu | 152.552 | 67 | 154.671 | 68 | 159.044 | 69 |
| CH Cova da Beira | | | 122.974 | 46 | 135.135 | 46 |
| Total do grupo | 676.426 | 63 | 800.015 | 67 | 775.046 | 68 |
| Média do grupo | 112.738 | 64 | 118.840 | 60 | 129.174 | 68 |

Fonte: Agência de Acompanhamento

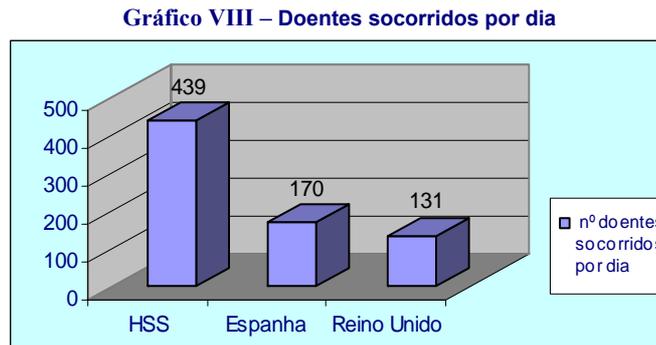
⁶⁰ Em 2000 com um acréscimo de 19 médicos e uma produtividade de 779 “doentes atendidos por médico”, obtém-se um “efeito aumento de médicos” de 14 801 (=19x779). Em 2001 com um aumento de 4 médicos e uma produtividade de 828 “doentes atendidos por médico” o “efeito aumento de médicos” é igual a 3 312 (=4x828).

⁶¹ Entre os anos de 1999 e 2000 verificou-se um decréscimo de produtividade de -93 “doentes atendidos por médico” o que correspondeu a um “efeito produtividade” negativo de -6 510 (-93 x.70médicos). Entre os anos de 2000 e 2001 verificou-se um acréscimo de produtividade de 49 “doentes atendidos por médico” o que correspondeu a um “efeito produtividade” positivo de 4 361 (49 x.89médicos)

⁶² Ano de início de funções do HSS.



O HSS, quando comparado com a média dos hospitais espanhóis (Grupo 2 da rede publica INSALUD) e com a média dos hospitais do Reino Unido⁶³, apresenta no ano de 2000, um maior esforço de atendimentos na urgência, tendo socorrido por dia um nº de doentes bastante superior⁶⁴, conforme se pode verificar no gráfico seguinte:



De referir, ainda, que o Serviço de Urgência do HSS revela elevada autonomia, transferindo para hospitais de nível superior, normalmente hospitais centrais do grande Porto, uma pequena percentagem dos doentes atendidos, o que se traduziu em 2001 em apenas 887 ou seja 1,15 % dos doentes atendidos. (cfr. Quadro XXI).

QUADRO XXI
DOENTES SAÍDOS DA URGÊNCIA PARA OUTROS HOSPITAIS

| HOSPITAIS DE DESTINO | Ano 1999 | | Ano 2000 | | Ano 2001 | |
|----------------------|----------------|--------------------------|----------------|--------------------------|----------------|--------------------------|
| | N.º de doentes | % do total da emergência | N.º de doentes | % do total da emergência | N.º de doentes | % do total da emergência |
| HC STO ANTÓNIO | 643 | 1,05 | 579 | 0,83 | 489 | 0,63 |
| CH V. N. GAIA | 282 | 0,46 | 241 | 0,35 | 264 | 0,34 |
| HC ESC.S. JOÃO | 69 | 0,11 | 69 | 0,10 | 63 | 0,08 |
| HC MARIA PIA | 9 | 0,01 | 21 | 0,03 | 17 | 0,02 |
| H PRELADA | 9 | 0,01 | 14 | 0,02 | 21 | 0,03 |
| I P O PORTO | 9 | 0,01 | 8 | 0,01 | 0 | 0,00 |
| HC MAT. JULIO DINIS | 1 | 0,00 | 3 | 0,00 | 2 | 0,00 |
| OUTROS H. DO SNS | 21 | 0,03 | 28 | 0,04 | 31 | 0,04 |
| TOTAL | 1.043 | 1,71 | 963 | 1,39 | 887 | 1,15 |

Nota: O total de doentes atendidos na emergência foi de 61 052 em 1999, de 69 370 em 2000 e de 77 042 em 2001
Fonte: Relatório de Gestão de 2001 do HSS.

Estas transferências para outros hospitais referem-se a doentes que:

- Necessitam de cuidados nas áreas da Cirurgia Cardio - Torácica e da Neurocirurgia.
- Ocorreram à emergência de Ortopedia e necessitam de intervenção nas áreas da cirurgia vascular, de neurocirurgia e de cirurgia plástica.

⁶³ Tendo-se considerado apenas, os hospitais não especializados do sistema de saúde do Reino Unido, que se caracterizam por uma dimensão entre as 200 e as 450 camas.

⁶⁴ Incluiu-se no nº de doentes socorridos por dia os atendimentos efectuados no SAP da Urgência.



- Recorreram à urgência de Oftalmologia ou de Otorrino fora do período compreendido entre as 8 e as 20 horas, sendo respectivamente desviados para o Hospital de Stº António do Porto e para o Hospital de Gaia.
- Em situações pontuais foram transferidos das especialidades Cardiologia, Gastroenterologia, Neurologia, e Urologia, por ter ocorrido insuficiência de recursos humanos.

Os custos associados à Urgência são os que se apresentam:

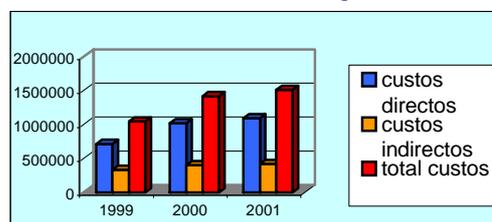
**QUADRO XXII
CUSTOS DA URGÊNCIA**

Unid: milhares de escudos

| DESIGNAÇÃO | 1999 | 2000 | 2001 | Var % 99/00 | Var % 00/01 |
|-------------------------------------|------------------|------------------|------------------|----------------|----------------|
| Custos directos | 814.748 | 1.024.001 | 1.093.313 | 25,7 | 6,88 |
| Custos indirectos | 435132 | 401.631 | 415.512 | -7,7 | -4,5 |
| Total em milhares de escudos | 1.249.880 | 1.425.632 | 1.508.825 | | |
| | | | | 14 | 5,9 |
| Total em milhares euros | 6.234,38 | 7.111,02 | 7.525,99 | | |

Fonte: Contabilidade Analítica.

Gráfico IX – Custos da Urgência



**QUADRO XXIII
CUSTO POR DOENTE ATENDIDO**

| Custo por doente atendido | 1999 | 2000 | 2001 | Var. % 99/00 | Var. % 00/01 |
|---------------------------|--------------|--------------|--------------|-----------------|-----------------|
| Custo em escudos | 8 427 | 8 873 | 9 048 | | |
| Custo em euros | 42,03 | 44,26 | 45,13 | 5,3 | 19,8 |

Fonte: Contabilidade Analítica.

Gráfico X – Custo por doente atendido



- O total dos custos apresenta um crescimento acentuado ao longo do triénio, directamente relacionado com o crescimento dos custos directos, que suportam os encargos com “ordenados e salários” e “horas extraordinárias” (sendo de destacar os encargos com o trabalho extraordinário dos médicos do SAP, que atingem valores muito elevados - cf. ponto 3.1.1)
- O custo por doente atendido apresenta no triénio um acréscimo de 20% (passando de 42,03 euros em 1999 para 45,13 euros em 2001).



4.3.2.2. - CONSULTA EXTERNA

Os indicadores de produção e de produtividade da Consulta Externa, que se consideram mais representativos bem como os respectivos custos, destacando-se no quadro seguinte :

**QUADRO XXIV
DESEMPENHO NA CONSULTA EXTERNA**

| Consulta Externa Global | 1999 | 2000 | 2001 | Δ % | Δ % | Δ % |
|--|------------------|------------------|------------------|--------------|-------------|--------------|
| | | | | 99/00 | 00/01 | 99/01 |
| n.º de consultas | 83.079 | 112.921 | 138.394 | 35,9 | 22,6 | 66,6 |
| 1ªs consultas | 40.454 | 44.507 | 54.297 | 10,0 | 22,0 | 34,2 |
| consultas subsequentes | 42.625 | 68.414 | 84.097 | 60,5 | 22,9 | 97,3 |
| n.º consultas marcadas | 93.187 | 127.423 | 154.570 | 36,7 | 21,3 | 65,9 |
| n.º médicos | 84 | 101 | 107 | 20,2 | 5,9 | 27,4 |
| % de rentabilização (*) | 89% | 89% | 98% | 0,0 | 10,1 | 10,1 |
| consultas por médico/ano | 989 | 1118 | 1293 | 13,0 | 15,7 | 30,7 |
| n.º horas médicas por dia útil | 138 | 172 | 190 | 24,6 | 10,5 | 37,7 |
| n.º horas médicas semanais | 692 | 862 | 950 | 24,6 | 10,2 | 37,3 |
| % de primeiras consultas | 49 | 39 | 39 | -19,1 | -0,5 | -19,5 |
| n.º de doentes em espera em 31Dez | 6.049 | 8.600 | 2.471 | 42,2 | -71,3 | -59,2 |
| Custos Directos em milhares esc | 480.217 | 639.498 | 769.769 | 33,2 | 20,4 | 60,3 |
| Custos Indirectos em milhares de euros | 628.872 | 664.232 | 735.424 | 5,6 | 10,7 | 16,9 |
| Custo Total em milhares esc. | 1.109.089 | 1.303.730 | 1.505.193 | 17,55 | 15,5 | 35,7 |
| Custo Total em milhares euros | 5.532,113 | 6.502,978 | 7.507,871 | | | |
| Custo por consulta em esc. | 13.350 | 11.546 | 10.876 | -13,5 | -5,8 | -18,5 |
| Custo por consulta em euros | 66,59 | 57,591 | 54,249 | | | |

(*) n.º de consultas realizadas face às marcadas

Fonte: Contabilidade Analítica e Estatísticas

Neste âmbito é de salientar que:

- O número de médicos afectos à consulta externa cresceu 27% entre os anos de 1999 e 2001, passando de 84 para 107, o que demonstra um esforço do hospital em aumentar os meios de produção para dar resposta à procura crescente de consultas de especialidade.
- A produção de consultas apresentou uma fase evolutiva com crescimentos na ordem dos 35,9% e 22,6 %, respectivamente em 2000 e 2001; por efeito do crescimento dos recursos (número de médicos) utilizados (sendo o efeito aumento de médicos de 19 006 em 2000 e de 7 758 em 2001 ⁶⁵) e por aumento da produtividade (o efeito produtividade representou 10 836 em 2000 e de 17675 em 2001⁶⁶).

⁶⁵ Em 2000 com um acréscimo de 17 médicos e uma produtividade de 1 118 “doentes atendidos por médico”, obtém-se um “efeito aumento de médicos” sobre a produção de 19 006 (=17x1118). Em 2001 com um aumento de 6 médicos e uma produtividade de 1293 “doentes atendidos por médico” o “efeito aumento de médicos” é igual a 7758 (=6 x 1293).

⁶⁶ Entre os anos de 1999 e 2000 verificou-se um acréscimo de produtividade de 129 “doentes atendidos por médico” o que correspondeu a um “efeito produtividade” de 10 836 (129 x.84 médicos). Entre os anos de 2000 e 2001 verificou-se um acréscimo de produtividade de 175 “doentes atendidos por médico” o que correspondeu a um “efeito produtividade” de 17 675 (175 x.101 médicos).



- O número de primeiras consultas apresenta no triénio (1999/01) um aumento de 34,2%, o que prefigura uma melhoria na acessibilidade aos cuidados de saúde. No entanto, no ano de 1999, por ser o ano de arranque do hospital, o rácio “primeiras consultas/total de consultas” foi de 49%, enquanto que nos anos de 2000 e 2001 foi de 39%, o que em termos absolutos correspondeu respectivamente à realização de 44.507 e 54.297 primeiras consultas, traduzindo um crescimento de 22% entre esses anos.
- Das consultas marcadas em 1999 e 2000, não foram realizadas cerca de 11% em cada um desses anos, por falta de comparência dos doentes⁶⁷. Contudo, em 2001 a percentagem de rentabilização das consultas aumentou para 90%. O aumento verificado deve-se, em grande parte, às medidas implementadas no sentido de responsabilizar os doentes obrigando-os a justificar as faltas e ainda à utilização em algumas especialidades da técnica de “*overbooking*” (com a marcação de 2,9% de consultas em excesso do valor considerado realizável).
- O número de consultas por médico assim como o número de horas médicas por dia útil, têm vindo a aumentar, passando respectivamente de 989 consultas e 138 horas médicas, em 1999, para 1293 consultas e 190 horas médicas, em 2001, demonstrando um acréscimo de produtividade da actividade médica. Este aumento de produtividade permitiu a diminuição das listas de espera para consulta, que passaram de 8600, em 2000, para 2471 em 2001, traduzindo um decréscimo 71%.
- Os custos associados à Consulta Externa cresceram no triénio 35,7 % passando de 5.532,113 para 7.507,871 milhares de euros (ou seja de 1.109.089 para 1.505.193 milhares de escudos). Estes aumentos devem-se a acréscimos nos custos directos, designadamente nas rubricas “Produtos Farmacêuticos”, “Material de Consumo Clínico” e “Horas Extraordinárias”.
- O “custo por consulta externa” decresceu 19% entre os anos de 1999 e 2001, passando de 66,590 euros em 1999, para 54,249 euros em 2001, o que aliado ao aumento de produção verificado reflecte ganhos de eficiência nesta área.

Efectuada a análise evolutiva dos indicadores de produção e produtividade atingidos pelo hospital na área da Consulta Externa, bem como dos custos que lhe estão afectos, torna-se pertinente avaliar o seu grau de eficiência por comparação com referências nacionais.

Assim, comparando-se alguns dados deste hospital com os dos hospitais do mesmo grupo de referência nacional (informação fornecida pela ARSC- Agência de Contratualização que não apurou custos), **concluiu-se** que o HSS:

- Atingiu, nos anos de 2000 e 2001, a maior produção de entre os sete hospitais do grupo.
- Foi o que apresentou maior oferta, já que o número de primeiras consultas disponibilizadas atingiu maior percentagem de realização do que qualquer outro hospital do grupo.

Esta informação encontra-se detalhada no quadro e gráficos que seguem:

⁶⁷ Informação obtida junto dos serviços, já que faltando um médico este era substituído por outro da equipa. Esta informação foi confirmada através dos testes realizados.



QUADRO XXV
COMPARAÇÃO COM HOSPITAIS DO MESMO GRUPO

| Hospitais do mesmo grupo (grupo III) | Realizado 1999 | | Realizado 2000 | | Previsto 2001 | |
|--------------------------------------|----------------------|--------------------------------|----------------------|--------------------------------|---------------------|--------------------------------|
| | Consultas realizadas | % de 1 ^{as} Consultas | Consultas realizadas | % de 1 ^{as} Consultas | Consultas Previstas | % de 1 ^{as} Consultas |
| Hospital S. Sebastião | 83.079 | 49 | 112.921 | 39 | 129.056 | 40 |
| Hospital Distrital Aveiro | 73.943 | 20 | 76.086 | 20 | 80.963 | 20 |
| Hospital Distrital Castelo Branco | 46.155 | 42 | 48.640 | 28 | 49.644 | 27 |
| Hospital Distrital Guarda | 38.662 | 34 | 42.896 | 31 | | |
| Hospital Distrital Leiria | 85.203 | 35 | 89.986 | 36 | 96.237 | 34 |
| Hospital Distrital Viseu | 102.148 | 29 | 105.558 | 30 | 109.013 | 31 |
| CH Cova da Beira | | | 56.430 | 34 | 62.510 | 32 |
| Total do grupo | 429.190 | 34 | 532.516 | 32 | 527.423 | 32 |
| Média do grupo | 71.532 | 35 | 76.074 | 31 | 87.904 | 31 |

Fonte: Agência de Acompanhamento

Gráfico XI - Consultas Realizadas

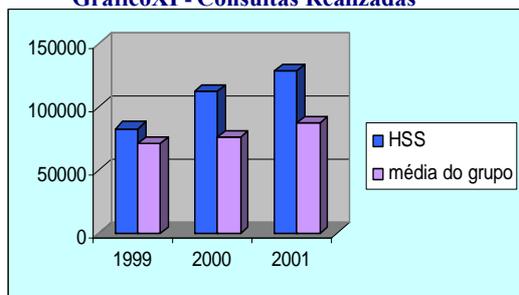
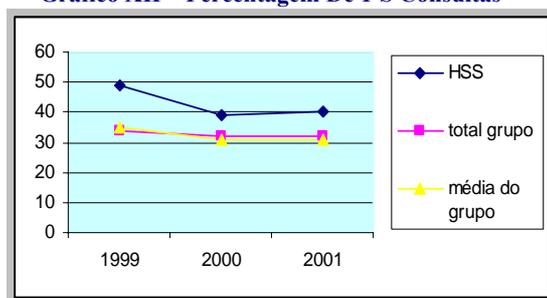


Gráfico XII – Percentagem De 1^{as} Consultas



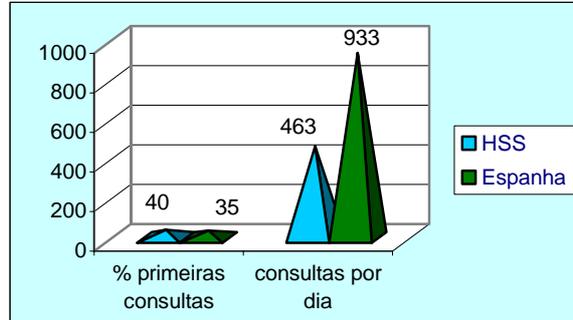
As diferenças verificadas, com os hospitais do mesmo grupo, necessitam de ser complementadas pela análise dos custos que lhe estão afectos, na medida em que para se alcançar uma situação eficiente deveria ocorrer uma substancial redução de custos e ainda de informação relativa aos recursos humanos e materiais dos referidos hospitais. No entanto esta análise não pode ser efectuada por não ter sido disponibilizada (pela ARSC – Agência de Contratualização) a informação relativa aos outros hospitais do mesmo grupo (apenas foi fornecida informação do ano de 1999).

Confrontando-se alguns valores do HSS com os apurados no grupo de hospitais gerais da rede pública espanhola INSALUD⁶⁸, cuja dimensão se aproxima à dos hospitais distritais portugueses, **concluiu-se** que existe uma menor importância relativa da produção do HSS (n.º de consultas realizadas), face aos hospitais do sistema INSALUD, no entanto este resultado é atenuado pela maior percentagem de primeiras consultas verificada no hospital português (cf. gráfico seguinte).

⁶⁸ O sistema INSALUD considera 5 grupos de hospitais. O grupo 2 que inclui os hospitais gerais de área, mostra-se o mais aproximado aos hospitais distritais portugueses, constituindo o grupo de comparação natural com o HSS- Informação obtida junto do consultor externo.



Gráfico XIII – Comparação com Hospitais Espanhóis - Grupo 2



Para uma avaliação mais detalhada que permita apurar eventuais fontes de ineficiência, irão de seguida ser objecto de análise os resultados obtidos nas valências seleccionadas, ao nível da produção e da produtividade (quadro XXVI), apurando-se ainda os efeitos reflectidos sobre a produção (quadro XXVII) pelo acréscimo respectivamente da produtividade e dos recursos (médicos).

QUADRO XXVI
DESEMPENHO NAS VALÊNCIAS SELECIONADAS DA CONSULTA EXTERNA

| INDICADORES | CARDIOLOGIA | | | CIRURGIA GERAL | | | ORTOPEDIA | | | OFTALMOLOGIA | | | OTORRINO | | | GINECOLOGIA | | | OBSTETRICIA | | |
|----------------------|-------------|------|------|----------------|-------|-------|-----------|-------|-------|--------------|-------|-------|----------|------|-------|-------------|------|------|-------------|------|------|
| | 1999 | 2000 | 2001 | 1999 | 2000 | 2001 | 1999 | 2000 | 2001 | 1999 | 2000 | 2001 | 1999 | 2000 | 2001 | 1999 | 2000 | 2001 | 1999 | 2000 | 2001 |
| total de consultas | 1836 | 3251 | 4178 | 7919 | 11762 | 15107 | 12080 | 16460 | 19852 | 10510 | 11586 | 15340 | 6856 | 7764 | 10885 | 5051 | 8000 | 7570 | 3646 | 4417 | 4858 |
| n.º 1.ªs consultas | 1197 | 1572 | 1932 | 3997 | 4250 | 5230 | 3790 | 3966 | 4939 | 6601 | 6486 | 8485 | 3543 | 3430 | 5004 | 2494 | 2953 | 2470 | 1601 | 2260 | 2690 |
| n.º cons. subseq | 639 | 1679 | 2246 | 3922 | 7552 | 9877 | 8290 | 12494 | 14913 | 3909 | 5100 | 6855 | 3313 | 4334 | 5881 | 2575 | 5047 | 5100 | 2045 | 2157 | 2168 |
| n.º cons.marcadas | 2008 | 3606 | 4529 | 8901 | 13325 | 16671 | 13206 | 18320 | 21872 | 11764 | 12836 | 16869 | 7587 | 8868 | 12230 | 5727 | 9114 | 8886 | 4446 | 4952 | 5297 |
| n.º médicos | 3 | 5 | 5 | 8 | 9 | 9 | 9 | 11 | 12 | 6 | 6 | 7 | 4 | 4 | 5 | 7 | 10 | 10 | 6 | 5 | 5 |
| % de rentabilização | 91% | 90% | 92% | 89% | 88% | 91% | 91% | 90% | 91% | 89% | 90% | 91% | 90% | 88% | 89% | 88% | 88% | 85% | 82% | 89% | 92% |
| cons/médico/ano | 612 | 650 | 835 | 990 | 1307 | 1679 | 1342 | 1496 | 1654 | 1752 | 1931 | 2191 | 1714 | 1941 | 2177 | 722 | 800 | 757 | 608 | 883 | 972 |
| cons/médico/semana | 13 | 14 | 18 | 22 | 28 | 36 | 16 | 15 | 36 | 38 | 42 | 48 | 37 | 42 | 47 | 16 | 17 | 16 | 13 | 19 | 21 |
| horas/médicas/seman. | 24 | 36 | 39 | 46 | 68 | 64 | 47 | 64 | 72 | 75 | 74 | 96 | 58 | 60 | 82 | 26 | 47 | 40 | 59 | 71 | 75 |
| % de 1.ªs cons. | 65% | 48% | 46% | 51% | 36% | 35% | 31% | 24% | 25% | 63% | 56% | 55% | 52% | 44% | 46% | 49% | 37% | 33% | 44% | 51% | 55% |
| doentes em espera | 28 | 42 | 8 | 779 | 826 | 451 | 953 | 1200 | 1007 | 1926 | 3031 | 150 | 942 | 1738 | 141 | 441 | 226 | 299 | 11 | 36 | 26 |

Fonte: Estatísticas do Hospital

QUADRO XXVII
EFEITO DA PRODUTIVIDADE E DO ACRÉSCIMO DE MÉDICOS
SOBRE A PRODUÇÃO

| VALÊNCIAS | EFEITO PRODUTIVIDADE | | EFEITO AUMENTO DE RECURSOS (MÉDICOS) | |
|--------------|----------------------|-------|--------------------------------------|-------|
| | 2000 | 2001 | 2000 | 2001 |
| CARDIOLOGIA | 114 | 925 | 1.300 | |
| C. GERAL | 2.536 | 3.348 | 1.307 | |
| ORTOPEDIA | 1.386 | 1.738 | 2.992 | 1.654 |
| OFTALMOLOGIA | 1.074 | 1.560 | | 2.191 |
| OTORRINO | 908 | 944 | | 2.177 |
| GINECOLOGIA | 546 | -430 | 2.400 | |
| OBSTETRICIA | 1.650 | 445 | 608 | |

Dos análises dos quadros anteriores constata-se que:

- A produção de consultas apresentou uma fase evolutiva, reflectindo o aumento da procura, com crescimentos ao longo do triénio em todas as valências, com excepção de Ginecologia que, entre 2000 e 2001, decresceu 5% no número de consultas realizadas.



- O crescimento da produção⁶⁹ resultou essencialmente do efeito acréscimo de produtividade, em 2001 nas valências de Cardiologia, Cirurgia Geral e Obstetrícia e, em 2000, nas valências de Oftalmologia e Otorrino.
- O aumento de recursos utilizados (médicos) em 2001, apenas teve efeitos sobre o acréscimo de produção nas valências de Ortopedia, Oftalmologia e Otorrino.
- A diferença verificada nestas valências, entre o número de consultas marcadas e as realizadas, deveu-se à falta de comparência dos doentes que, na especialidade de Cardiologia, foi justificada pelo atraso na recepção dos avisos postais de convocatória. Pelo que, para obviar esta situação foram implementadas as seguintes medidas:
 - * Dilatou-se o prazo de marcação de consultas (para uma semana) em Cardiologia.
 - * Utilizou -se o método *overbooking*.
 - * Exigiu-se nas situações de remarcação a justificação das faltas (através do preenchimento de um formulário).
- Verificam-se, em todas as especialidades, percentagens de rentabilização bastante elevadas, nos anos de 2000 e 2001, com valores que oscilaram entre os 88% e os 92% em resultado das medidas implementadas no sentido de responsabilizar os doentes pelas suas faltas e da aplicação de *overbooking* em cada período de consulta.
- O número de primeiras consultas aumentou, ao longo do triénio, em todas as valências (com excepção de Ginecologia que decresceu 17%), demonstrando um esforço no sentido de aumentar a acessibilidade, verificando-se ainda que em **Cirurgia Geral** o rácio “*primeiras consultas/total de consultas*” passou de 50,5 % em 1999 (ano de início da actividade) para 34,61% em 2001, valor este que apesar do decréscimo continua acima do valor do grupo (34%), conforme Quadro XXV.
- Nos dois primeiros anos de actividade verificaram-se **listas de espera significativas para consultas de Oftalmologia, Otorrino, Ortopedia, Cirurgia Geral e Ginecologia**, facto que, em parte, é explicado pelas listas de espera herdadas (em 1999) do Hospital de São Paio de Oleiros.

Porém, em 2001, as especialidades de **Oftalmologia e Otorrino obtiveram uma recuperação** do número de doentes em espera com **decréscimos, respectivamente, 95% e 92%, em resultado do esforço implementado na actividade produtiva**, que se traduziu em Oftalmologia num acréscimo de produção de 32% (o n.º de consultas passou de 11.586 em 2000 para 15.340 em 2001) e do **acréscimo de produtividade** de 14% (“o n.º de consultas por médico/ano” passou de 1931 para 2191) e em Otorrino, num acréscimo de produção de 40% (o n.º de consultas passou de 7.764 em 2000 para 10.885 em 2001) e no acréscimo de produtividade de 12% (“o n.º de consultas por médico/ano” passou de 1941 para 2177).

Na especialidade de Otorrino para alcançar este desiderato, recorreu-se ainda à implementação, fora do horário normal de serviço, de um “programa extra” de recuperação de listas de espera.

- O número de doentes em espera em **Cardiologia** não é significativo, traduzindo-se em 2001 em 8 doentes a aguardar a marcação de consulta, pelo que se pode concluir que esta especialidade não tem lista de espera, já que a “espera” é entendida como total de consultas referenciadas e não marcadas e a marcação de consultas é feita no prazo de uma semana.

⁶⁹ O crescimento da produção pode também ser influenciado pelo efeito da variação dos recursos materiais, análise que não foi abrangida por esta acção.



- As especialidades de **Ortopedia** (à excepção da Ortopedia Pediátrica que é encaminhada para o Hospital de Stº António do Porto), **Otorrino**, **Cirurgia Geral**, e **Oftalmologia**, conseguindo dar resposta a todas as situações, atingem uma oferta completa, não registando portanto procura desviada.

De referir, ainda, os seguintes aspectos que influenciaram alguns dos resultados antes referidos:

- No Serviço de **Cardiologia**⁷⁰, cerca de 60 a 70% de doentes entrados vêm da Unidade de Cuidados Intensivos de Cardiologia (UCIC) sendo registados como transferências internas. Para esta especialidade o quadro de pessoal do hospital previa, em 1999 (ano de início da actividade), a existência de 6 médicos, tendo sido contratados cinco, trabalhando ainda neste serviço, em regime de consultadoria, um médico destinado exclusivamente à colocação de pacemaker's;
- Na especialidade de **Oftalmologia**, encontram-se concentrados no mesmo espaço as consultas e os exames da especialidade, para evitar perdas de tempo nas deslocações das consultas para os exames ou na realização de exames em dias diferentes.

Os custos associados à consulta externa(cf. quadros seguintes), tiveram, ao longo do triénio, uma tendência crescente em todas as valências seleccionadas (com excepção de Obstetrícia que em 2001 apresenta um decréscimo de 16% no total dos custos). No entanto os respectivos custos unitários apresentam, no mesmo período, valores tendencialmente decrescentes, os quais podem ser justificados por economias de escala na medida em que se verificam acréscimos de produção e ganhos de produtividade.

QUADRO XXVIII
CUSTOS APURADOS NAS VALÊNCIAS SELECIONADAS DA CONSULTA EXTERNA

| CUSTOS | CARDIOLOGIA | | | CIRURGIA GERAL | | | ORTOPEDIA | | | OFTALMOLOGIA | | |
|----------------------------------|-------------|---------|---------|----------------|---------|---------|-----------|---------|----------|--------------|---------|---------|
| | 1999 | 2000 | 2001 | 1999 | 2000 | 2001 | 1999 | 2000 | 2001 | 1999 | 2000 | 2001 |
| Custos directos (milhares esc) | 25.769 | 39.477 | 55724 | 40 680 | 64.365 | 63 134 | 68 313 | 97 764 | 106 794 | 54 230 | 49 986 | 58 817 |
| Custos indirectos (milhares esc) | 13 898 | 19 123 | 22 202 | 65 318 | 73 493 | 84 067 | 95 255 | 99 357 | 109 968 | 79 556 | 68.152 | 81 517 |
| Custo Total (milhares esc) | 39.667 | 58.600 | 77926 | 105 998 | 137 858 | 147 201 | 163 568 | 197 121 | 216 762 | 133 786 | 118.138 | 140 334 |
| Custo Total (milhares euros) | 197,858 | 292,296 | 388,693 | 528, 716 | 687,633 | 734 | 815,874 | 983,235 | 1081,204 | 667,322 | 589,270 | 699,983 |
| Custo/consulta (milhares esc) | 21.605 | 18.025 | 18652 | 13 385 | 11 720 | 9 744 | 13 540 | 11 976 | 10 919 | 12 729 | 10 197 | 9 148 |
| Custo /consulta (euros) | 107,765 | 89,908 | 93,036 | 66,764 | 58,459 | 48,603 | 67,537 | 59,736 | 54,464 | 63,492 | 50,863 | 45,630 |

QUADRO XXIX
CUSTOS APURADOS NAS VALÊNCIAS SELECIONADAS DA CONSULTA EXTERNA

| CUSTOS | OTORRINO | | | GINECOLOGIA | | | OBSTETRÍCIA | | |
|----------------------------------|----------|---------|---------|-------------|---------|---------|-------------|---------|---------|
| | 1999 | 2000 | 2001 | 1999 | 2000 | 2001 | 1999 | 2000 | 2001 |
| Custos directos (milhares esc) | 35 231 | 37 532 | 55 575 | 35 350 | 40 704 | 45 822 | 22 709 | 25 175 | 33 431 |
| Custos indirectos (milhares esc) | 51 897 | 45 670 | 57 917 | 38 234 | 47 058 | 46 109 | 27 598 | 25 982 | 25 815 |
| Custo Total (milhares esc) | 87 128 | 83 202 | 113 492 | 73 584 | 87 762 | 91 931 | 50 307 | 51 157 | 59 246 |
| Custo Total (milhares euros) | 434,593 | 415,010 | 566,096 | 367,036 | 437,755 | 458,550 | 250,930 | 255,170 | 295,518 |
| Custo/consulta (milhares esc) | 12.708 | 10 716 | 10 427 | 14 568 | 10 595 | 10 595 | 13 797 | 11 582 | 12 196 |
| Custo /consulta (euros) | 63,387 | 53,451 | 52,010 | 74,819 | 54,868 | 54,868 | 68,819 | 57,771 | 60,833 |

⁷⁰ Por ser uma especialidade de agudos.



Conclui-se relativamente às valências seleccionadas que:

- * Existiu em cada valência a mesma tendência crescente de produção e de produtividade, com excepção da especialidade de Ginecologia que apresentou resultados oscilantes.
- * Diminuíram as listas de espera verificando-se mesmo a sua extinção em Cardiologia.
- * Os custos totais revelaram tendência crescente verificando-se decréscimos nos custos unitários por efeito de economias de escala.

4.3.2.3. - INTERNAMENTO

Na área do internamento a produção, produtividade e custos evoluíram ao longo do triénio da seguinte forma:

QUADRO XXX
DESEMPENHO NO INTERNAMENTO

| INTERNAMENTO GLOBAL | 1999 | 2000 | 2001 | VAR.% 99/00 | VAR. % 00/01 | VAR. % 99/01 |
|---|-------------------|-------------------|-------------------|------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| Lotação praticada (sem quartos particulares) | 247 | 248 | 257 | 0,4 | 3,6 | 4,0 |
| Doentes saídos (*) | 11.796 | 13.810 | 15.144 | 17,1 | 9,7 | 28,4 |
| Doentes entrados (+) | 11.490 | 13.540 | 14.808 | 17,8 | 9,4 | 28,9 |
| Doentes admitidos p/ urgência (**) | 7.385 | 8.221 | 8.515 | 11,3 | 3,6 | 15,3 |
| Dias de internamento de doentes saídos | 54.209 | 62.089 | 64.908 | 14,5 | 4,5 | 19,7 |
| Dias de internamento do período (**) | 55.277 | 61.736 | 65.117 | 11,7 | 5,5 | 17,8 |
| N.º de médicos | 72 | 85 | 96 | 18,1 | 12,9 | 33,3 |
| N.º de enfermeiros | 119 | 134 | 144 | 12,6 | 7,5 | 21,0 |
| Demora Média | 4,60 | 4,50 | 4,29 | -2,2 | -4,7 | -6,7 |
| Taxa Ocupação %(+++) | 61,31 | 68,20 | 69,42 | 11,2 | 1,8 | 13,2 |
| Índice Case- Mix | 0,799 | 0,805 | 0,84 | | | |
| Doentes Saídos por cama | 47,76 | 55,69 | 58,93 | 16,6 | 5,8 | 23,4 |
| Doentes saídos por médico | 163,83 | 162,47 | 157,75 | -0,8 | -2,9 | -3,7 |
| Frequência Hospitalar p/ 1000 (***) | 45 | 53 | 58 | 17,1 | 9,7 | 28,4 |
| % Internam. através da urgência | 64,3 | 60,7 | 57,5 | | | |
| Custos directos em milhares de esc.(x) | 1.916.970 | 2.092.974 | 2.598.126 | 9,2 | 24,1 | 35,5 |
| Custos indirectos em milhares de esc. (x). | 623.748 | 713.163 | 587.196 | 14,3 | -17,7 | -5,9 |
| Custo total em milhares de esc. (x) | 2.540.718 | 2.806.137 | 3.185.322 | | | |
| Custo total em milhares de euros (x). | 12.673,047 | 13.996,952 | 15.888,319 | 10,5 | 13,5 | 25,4 |
| Custo por doente saído em esc.(x). | 215.388 | 203.196 | 210.336 | | | |
| Custo por doente saído em euros (x) | 1.074,351 | 1.013,537 | 1.049,015 | -5,6 | 3,5 | -2,3 |

(*) Retirou-se o número de doentes saídos da clínica privada (343 em 1999, 622 em 2000 e 658 em 2001).

(+) Retirou-se os doentes entrados na clínica privada (349 em 1999, 629 em 2000 e 675 em 2001).

(++) Sem doentes admitidos para clínica privada (349 em 1999, 629 em 2000 e 675 em 2001).

(**) Foram considerados os dias de internamento do período (1/Jan a 31/Dez) sem a especialidade dos Quartos Particulares.

(+++) $Taxa\ de\ ocupação = \frac{Dias\ de\ internamento\ do\ período\ (1/Jan\ a\ 31/Dez)}{Lotação\ praticada} \times 365$

(****) $Frequência\ hospitalar = \frac{Total\ de\ doentes\ saídos}{Doentes\ da\ área\ de\ atracção(263272)} \times 1000$

(x) Sem custos de Quartos Particulares.

Da sua análise constata-se essencialmente que:



- Houve um ligeiro crescimento da lotação praticada (4%) e um aumento do total de dias de internamento⁷¹ (17,8%);
- Registou-se uma maior rotatividade na utilização das camas, em resultado da diminuição da demora média⁷² (-6,7 %), e do acréscimo do número de doentes saídos por cama (23,4%), sofrendo este último rácio pouco influência do ligeiro crescimento do número de camas;
- O aumento de efectivos (33,3% de médicos e 21% de enfermeiros) é sensivelmente proporcional ao incremento de doentes saídos (28,4%);
- O número de doentes tratados por cada 1000 habitantes traduzido por frequência hospitalar, foi para os anos de 1999, 2000 e 2001 de 45, 53 e 58 doentes, respectivamente;
- O crescimento do índice de *case-mix* traduzindo a evolução do grau de complexidade dos doentes tratados face ao valor médio nacional, influenciou o acréscimo verificado na produção de internamento.⁷³;
- Os custos associados ao Serviço de Internamento (sem transferências internas e sem a especialidade de Quartos Particulares) cresceram no triénio 25,4 %, passando de 12.673,047 para 15.888,319 milhares de euros, (ou seja de 2.540.718 para 3.185.322 milhares de escudos), correspondendo os custos directos a uma fatia desses valores de, respectivamente, 75% (em 1999 e 2000) e de 81,6 % (em 2001).

Estes aumentos de custos devem-se a acréscimos nos custos directos, designadamente nas rubricas “Horas Extraordinárias”, “Ordenados e Salários – Pessoal Médico” e “Fornecimentos e Serviços”.
- O custo unitário por doente saído foi nos anos de 1999, 2000 e 2001, respectivamente de 1.074,351 euros (215,388 milhares de escudos), 1.013,537 euros (203,196 milhares escudos) e 1.049,015 euros (210,336 milhares de escudos) registando no triénio um decréscimo de 2,3 %.
- Comparando os resultados obtidos no HSS com os dos outros hospitais nacionais do mesmo grupo⁷⁴ (cfr. quadro XXXI), ou com os de hospitais espanhóis do sistema INSALUD – Grupo 2 e com hospitais do Reino Unido (cfr. gráfico XIV)⁷⁵, verifica-se, que este foi o que apresentou melhores resultados em alguns indicadores de produtividade (“doentes saídos por cama” e “demora média”) mas obteve uma “taxa de ocupação”⁷⁶ inferior aos restantes.

⁷¹ Foram considerados os dias de internamento do período sem a especialidade dos Quartos Particulares.

⁷² A 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.

⁷³ Toma-se como medida de produção de Internamento o número de doentes saídos multiplicado pelo índice de *case-mix*.

⁷⁴ Informação fornecida pela ARSC- Agência de Contratualização.

⁷⁵ Informação fornecida pelo consultor externo.

⁷⁶ Relativamente a 6 dos 7 hospitais do grupo.

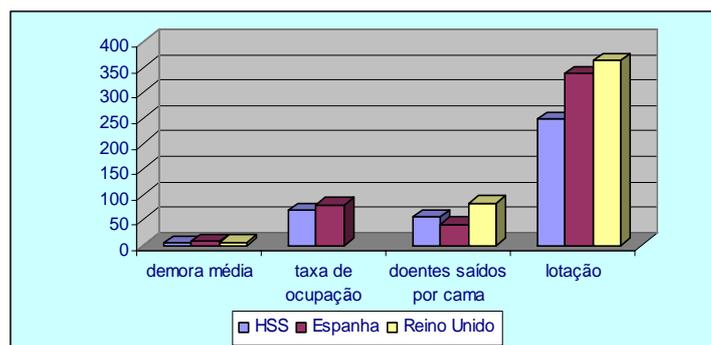


QUADRO XXXI COMPARAÇÃO COM HOSPITAIS NACIONAIS

| Hospitais do mesmo grupo (grupo III) | Realizado 1999 | | | Realizado 2000 | | | Previsto 2001 | | |
|--------------------------------------|----------------|--------------------|---------------------|----------------|--------------------|---------------------|---------------|--------------------|---------------------|
| | Demora média | Taxa de ocupação % | Doentes saídos/cama | Demora média | Taxa de ocupação % | Doentes saídos/cama | Demora média | Taxa de ocupação % | Doentes saídos/cama |
| Hospital S. Sebastião | 4,6 | 61,3 | 47,8 | 4,5 | 68,2 | 55,7 | 4,8 | 78,1 | 59,3 |
| Hospital Distrital Aveiro | 7,8 | 74,8 | 35,2 | 7,9 | 77,3 | 35,9 | 7,7 | 83,6 | 39,5 |
| Hospital Distrital Castelo Branco | 6,3 | 63,3 | 36,7 | 6,4 | 61,6 | 35,4 | 6,6 | 58,0 | 32,2 |
| Hospital Distrital Guarda | 8,4 | 70,7 | 30,7 | 8,2 | 74,0 | 32,8 | - | - | - |
| Hospital Distrital Leiria | 7,9 | 90,6 | 41,7 | 7,8 | 91,6 | 42,8 | 7,8 | 91,0 | 42,7 |
| Hospital Distrital Viseu | 8,2 | 79,1 | 35,4 | 8,1 | 79,3 | 35,7 | 7,5 | 79,0 | 38,3 |
| CH Cova da Beira | - | - | - | 9,5 | 74,6 | 28,6 | 8,7 | 75,0 | 31,4 |
| Total do grupo | 7,4 | 75,0 | 37,2 | 7,5 | 76,4 | 37,3 | 7,2 | 78,2 | 39,6 |

Fonte :ARSC -Agência de Contratualização

Gráfico XIV – Comparação com hospitais Espanhóis e do Reino Unido



Relativamente às especialidades seleccionadas (Cirurgia Geral, Medicina Interna e Ortopedia) apresentam-se no Quadro XXXII, alguns indicadores que permitem apurar as mesmas conclusões que se retiraram para o Internamento Global, nomeadamente:

- Estabilidade ao longo do triénio dos factores de produção⁷⁷.
- Crescimento da produção, medida pelo número de doentes saídos, bem como da produtividade (apurada pelos rácios, doentes saídos por cama e doentes saídos por médico).
- Diminuição da demora média, excepcionando-se a especialidade de Medicina Interna que apresenta um ligeiro acréscimo.

⁷⁷ Recursos humanos e materiais (lotação praticada).



QUADRO XXXII
DESEMPENHO NAS VALÊNCIAS SELECIONADAS

| Valências | Indicadores | 1999 | 2000 | 2001 | Var. % 99/00 | Var. % 00/01 | Var. % 99/01 |
|------------------|---------------------------|--------|--------|--------|--------------|--------------|--------------|
| Cirurgia Geral | Lotação praticada | 47 | 47 | 47 | 0 | 0 | 0 |
| | n.º de médicos | 8 | 9 | 9 | 12,5 | 0 | 12,50 |
| | Doentes saídos | 2.457 | 2.782 | 3.329 | 13,23 | 19,66 | 35,49 |
| | Doentes saídos por cama | 52 | 59 | 70 | 13,46 | 18,64 | 34,62 |
| | Doentes saídos por médico | 307 | 309 | 370 | 0,65 | 19,74 | 20,52 |
| | Dias de Internamento | 9.583 | 9.474 | 9.648 | -1,14 | 1,84 | 0,68 |
| | Taxa de ocupação (*) | 55,9 | 55,2 | 56,2 | -1,25 | 1,81 | 0,54 |
| | Demora média | 3,89 | 3,36 | 2,91 | -13,62 | -13,39 | -25,19 |
| Medicina Interna | Lotação praticada | 47 | 47 | 47 | 0 | 0 | 0 |
| | n.º de médicos | 9 | 9 | 9 | 0 | 0 | 0 |
| | Doentes saídos | 1.598 | 1.843 | 1.766 | 15,33 | -4,18 | 10,51 |
| | Doentes saídos por cama | 34 | 39 | 37 | 14,71 | -5,13 | 8,82 |
| | Doentes saídos por médico | 177 | 204 | 196 | 15,25 | -3,92 | 10,73 |
| | Dias de Internamento | 12.077 | 15.230 | 14.915 | 26,11 | -2,07 | 23,50 |
| | Taxa de ocupação | 70,4 | 88,8 | 86,9 | 26,13 | -2,14 | 23,44 |
| | Demora média | 7,37 | 8,34 | 8,36 | 13,16 | 0,24 | 13,43 |
| Ortopedia | Lotação praticada | 28 | 28 | 28 | 0 | 0 | 0 |
| | n.º de médico | 9 | 11 | 12 | 22,22 | 9,09 | 33,33 |
| | Doentes saídos | 1.722 | 1.949 | 2.266 | 13,18 | 16,26 | 31,59 |
| | Doentes saídos por cama | 61 | 69 | 80 | 13,11 | 15,94 | 31,15 |
| | Doentes saídos por médico | 191 | 177 | 188 | -7,33 | 6,21 | -1,57 |
| | Dias de Internamento | 7.031 | 6.848 | 7.029 | -2,60 | 2,64 | -0,03 |
| | Taxa de ocupação | 68,8 | 67,0 | 68,8 | -2,61 | 2,69 | 0 |
| | Demora média | 4,06 | 3,49 | 3,10 | -14,04 | -11,17 | -23,65 |

(*) taxa de ocupação = Dias de internamento /lotação praticada x 365
Fonte: Estatísticas do Hospital

Fazendo uma leitura comparativa de alguns dos indicadores obtidos nestas valências⁷⁸ relativos ao ano de 2000⁷⁹ com os apurados nas mesmas especialidades de outros hospitais⁸⁰ do mesmo grupo, verifica-se que se mantêm as conclusões antes retiradas para o indicador “*demora média*”, isto é as três valências do HSS apresentam valores inferiores às dos outros hospitais. Relativamente ao indicador “*taxa de ocupação*” apenas dois hospitais do grupo (H Leiria e H Guarda) apresentam maior ocupação de camas, facto que é influenciado pela maior demora média verificada nesses hospitais.

⁷⁸ Apenas foi possível obter os indicadores “taxa de ocupação” e “demora média” para efectuar as comparações entre valências.

⁷⁹ Ano escolhido por ser o mais representativo na medida em que os dados de 2001 são valores provisórios e 1999 foi o ano de início da actividade.

⁸⁰

Indicadores Apurados em Hospitais do Mesmo Grupo – Ano 2000

| Hospitais do Grupo | Demora média | | | Taxa de ocupação | |
|-----------------------|--------------|------------|------------|------------------|-------------|
| | C Geral | M Interna | Ortopedia | M Interna | Ortopedia |
| HSS | 3,4 | 8,3 | 3,5 | 88,8 | 67,0 |
| HD Aveiro | 8,4 | 10,8 | 8,2 | 90,3 | 79,8 |
| HD Castelo Branco | 6,3 | 7,0 | 11,1 | 61,7 | 56,5 |
| HD Guarda | 7,3 | 10,6 | 10,1 | 106,6 | 79,2 |
| HD Leiria | 6,9 | 9,3 | 12,4 | 130,4 | 93,0 |
| HD Viseu | 8,3 | 9,2 | 11,3 | 95,5 | 82,5 |
| CHC Cova da Beira | 7,2 | 10,7 | 11,9 | 85,5 | 93,6 |
| Média do grupo | 6,8 | 9,5 | 9,3 | 93,9 | 80,4 |

Fonte: Agência de Contratualização dos Serviços do Centro



Gráfico XV – Comparação da demora média

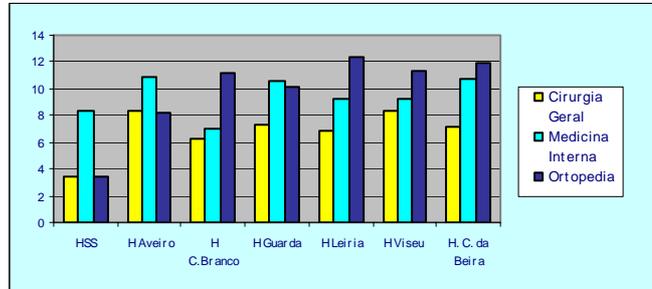
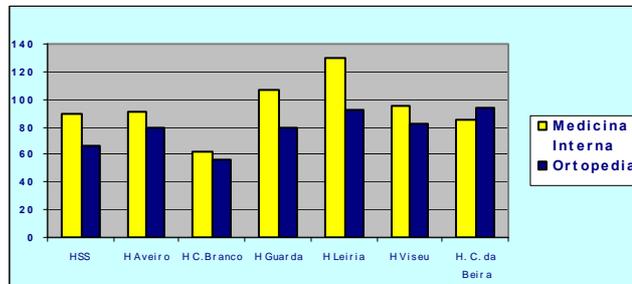


Gráfico XVI – Comparação da taxa de ocupação



4.3.2.4. - ACTIVIDADE CIRÚRGICA

A Actividade Cirúrgica evoluiu no período 1999/01 da seguinte forma:

QUADRO XXXIII
BLOCO OPERATÓRIO

| Indicadores de Actividade | 1999 | 2000 | 2001 | Var. % 99/00 | Var. % 00/01 | Var. % 99/01 |
|--|--------------------|--------------------|--------------------|--------------|--------------|--------------|
| n.º de salas | 5 | 5 | 6 | 0 | 20,0 | 20,0 |
| n.º de médicos | 50 | 57 | 58 | 14,0 | 1,8 | 16,0 |
| n.º de cirurgias programadas (*) | 4.693 | 5.528 | 6.977 | 17,8 | 26,2 | 48,7 |
| Total de cirurgias | 6.799 | 8.305 | 9.848 | 22,2 | 18,6 | 44,9 |
| Cirurgias programadas p/dia útil (+) | 19 | 22 | 28 | 15,8 | 27,3 | 47,4 |
| Cirurgias urgentes p/dia | 6 | 8 | 8 | 33,3 | 0,0 | 33,3 |
| n.º cirurgias p/médico | 136 | 146 | 170 | 7,4 | 16,4 | 25,0 |
| n.º intervenções p/sala | 1.360 | 1.661 | 1.641 | 22,1 | -1,2 | 20,7 |
| % de cirurgias programadas | 69 | 67 | 71 | -2,9 | 6,0 | 2,9 |
| Custos Directos em milhares de esc. | 1.011.118 | 1.015.432 | 1.141.828 | -0,4 | 12,4 | 12,9 |
| Custos Indirectos em milhares de esc. | 228.918 | 144.030 | 180.213 | -37,1 | 25,1 | -21,3 |
| CUSTO TOTAL Em milhares de esc. | 1.240.036 | 1.159.462 | 1.322.041 | -6,5 | 14,0 | 6,6 |
| Em milhares de euros | 6.185 273 | 5.783 372 | 6.594 313 | | | |
| CUSTO POR CIRURGIA | 182.385\$00 | 139.610\$00 | 134.245\$00 | -23,5 | -3,9 | -26,4 |
| | 909,73 € | 696,37 € | 669,61 € | | | |

(*) Não estão incluídas as cirurgias realizadas no âmbito do Programa de Acesso.

(+) Apuraram-se 251 dias úteis em 1999, 249 dias úteis em 2000 e se 251 dias úteis em 2001.



Verifica-se um aumento de produtividade, fruto de uma maior rentabilização dos recursos disponíveis; nomeadamente:

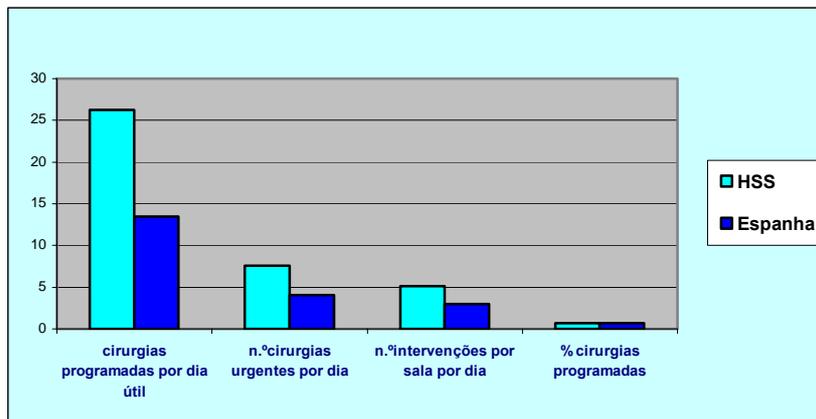
- Crescimento de 44,9% da actividade cirúrgica (que passou de uma produção de 6.799 para 9.848 cirurgias, entre os anos de 1999 e 2001 das quais cerca de 70% corresponderam a cirurgias programadas); todavia, o crescimento entre 2000 e 2001 foi de cerca de 19%.
- Crescimento do número de cirurgias urgentes que passaram de 2.106 em 1999 para 2871 em 2001.

Assim, entre os anos de 1999 e 2001, foram efectuadas mais 25 % de cirurgias por médico e mais 20,7 % de cirurgias por sala, verificando-se, ainda, uma diminuição no custo por intervenção que passou de 909,73 para 669,61 euros por cirurgia.

Não tendo sido possível obter informação relativa aos hospitais do mesmo grupo, sobre os indicadores antes referidos, efectuou-se apenas a comparação com as médias de hospitais espanhóis⁸¹.

Dessa análise apurou-se que o HSS é mais produtivo que os hospitais espanhóis, na medida em que apresenta maior número de “*cirurgias programadas por dia*” e de “*intervenções por sala*” e ainda de “*cirurgias urgentes por dia*”, conforme se pode observar pelo gráfico seguinte:

Gráfico XVII – Comparação com hospitais Espanhóis - Grupo 2



⁸¹ Informação fornecida pelo consultor externo, relativa ao ano de 2000, dos hospitais do grupo 2 da rede espanhola, considerado como o mais aproximado deste hospital para efeitos de comparação.



Quanto aos custos desta actividade, verifica-se que cresceram 6,6%, no triénio 1999/01, sendo os custos directos os que representam maior peso relativo (82 % em 1999, 88% em 2000 e 86% em 2001), e que o custo por intervenção cirúrgica decresceu 26,4% ao longo do período passando de 909,73 para 669,61 euros.

Apesar do acréscimo de produtividade verificado nesta área, não foi possível dar resposta às necessidades dos doentes que se traduziram nas seguintes listas de espera, apuradas a 31 de Dezembro de cada ano:

QUADRO XXXIV
EVOLUÇÃO DE LISTAS DE ESPERA

| Especialidades | 2000 | 2001 | Var. % 00/01 |
|----------------|--------------|--------------|-----------------|
| C. Geral | 523 | 470 | -10 % |
| Ginecologia | 218 | 134 | -38,5 % |
| Obstetrícia | 6 | 13 | 110 % |
| Oftalmologia | 222 | 99 | -124 % |
| ORL | 574 | 859 | 49,6 % |
| Ortopedia | 654 | 541 | -17,3 % |
| Urologia | 5 | 5 | 0 % |
| Total | 2.202 | 2.121 | -3,7 % |

Assim, o hospital para combater as listas de espera, aderiu ao Programa de Promoção do Acesso (PPA) e desenvolveu paralelamente, no ano de 2001, um Programa Interno de Produção Extraordinária de actividade cirúrgica, nas especialidades em que se verificou uma tendência crescente das listas de espera (Cirurgia Geral, ORL, Oftalmologia e Ortopedia).

No âmbito do PPA o hospital efectuou as seguintes cirurgias:

QUADRO XXXV

| Valências | 1999 | 2000 | 2001 |
|----------------|-----------|------------|------------|
| Ortopedia | | 30 | 146 |
| Cirurgia Geral | 7 | 88 | 28 |
| Oftalmologia | 6 | 43 | |
| Otorrino | 23 | 201 | 157 |
| Total | 36 | 362 | 331 |

No que se refere ao Programa Interno de Produção Extraordinária foi equacionado para 2001 numa primeira fase, a possibilidade de intervencionarem adicionalmente nas especialidades de Cirurgia Geral, ORL e Oftalmologia, o seguinte número de doentes:

QUADRO XXXVI

| Especialidades | n.º doentes intervencionados | n.º consultas | n.º exames | n.º doentes saídos |
|----------------|---------------------------------|---------------|------------|-----------------------|
| Cirurgia (1) | 340 | 1.350 | 100 | 350 |
| ORL | 91 | 450 | 0 | 74 |
| Oftalmologia | 100 | 300 | 200 | 50 |
| Total | 531 | 2.100 | 300 | 474 |

(1) - Nos exames estão previstas mais 100 pequenas cirurgias.



Como contrapartida desta produção foi estabelecida uma remuneração adicional que se traduziu em 50% ⁸²do valor médio do GDH das patologias em que o número de doentes inscritos era maior, nomeadamente:

- hérnias e varizes para a Cirurgia Geral (100 contos por doente intervencionado).
- cataratas para Oftalmologia (80 contos por doente intervencionado).
- septoplastias e cirurgia do ouvido para ORL (100 contos por doente intervencionado).

A remuneração adicional para a intervenção dos 531 doentes abrangidos pelo Programa Interno de Produção Extraordinária foi de 51.100 milhares de escudos (cfr. Quadro XXXVII), contemplando todos os colaboradores directos⁸³.

QUADRO XXXVII

Ano:2001

| Especialidades | n.º doentes intervenc. | Por doente (milhares esc.) | Remuneração a atribuir |
|----------------|------------------------|----------------------------|------------------------|
| Cirurgia | 340 | 100 | 34.000 |
| ORL | 91 | 100 | 9.100 |
| Oftalmologia | 100 | 80 | 8.000 |
| Total | 531 | 96 | 51.100 (+) |
| | | 478,482 | 254,885 (*) |

(+)Unidade em milhares de euros

(*)Unidade em milhares de escudos

Numa segunda fase e ainda no âmbito deste programa, foi equacionada para a especialidade de Ortopedia, uma produção acrescida, em 2001, de 187 doentes a que correspondeu uma produção cirúrgica de 200 intervenções. O valor unitário de cada intervenção foi de 74 mil escudos, traduzindo-se numa remuneração adicional de 14.800 milhares de escudos, conforme se apresenta:

QUADRO XXXVIII

| Especialidade | n.º médio de doentes | n.º de consultas fora do horário | n.º de doentes saídos | Remuneração acrescida |
|------------------|----------------------|----------------------------------|-----------------------|-----------------------|
| Ortopedia | 187 | 1.200 | 118 | 14.800 |

Para atingirem as metas de produção propostas, os responsáveis pelas especialidades de Cirurgia Geral e Oftalmologia implementaram alguns procedimentos⁸⁴ de forma a rentabilizar as salas de bloco disponíveis e as equipas de cirurgia existentes.

⁸² Verifica-se que em termos de custos foi benéfico para o SNS na medida em que só pagou 50% do valor médio do GDH.

⁸³ Em função do grau de empenhamento, sendo esses valores definidos por cada Director de Serviço.

⁸⁴ Na **Cirurgia Geral** para a realização de cirurgias programadas foram rentabilizadas as três salas de Bloco disponíveis respeitando-se, no entanto, o princípio de uma das salas se encontrar disponível para situações de urgência (uma sala do bloco é utilizada em regime de jornada contínua das 8,30h às 19 horas, outra é partilhada com as especialidades de Urologia e Ginecologia e uma terceira destina-se ao Serviço de Urgência). Assim, no período da tarde, quando já não há consultas nem visitas aos doentes, é utilizada uma das três salas para realizar cirurgia “pesada” com uma das equipas de cirurgia, enquanto outra equipa de cirurgiões vai operando nas outras duas salas, alternadamente, deixando sempre uma vaga e reduzindo os tempos mortos. Todo este movimento de cirurgias seguidas ou em simultâneo, só é possível devido ao “espaço próprio” no bloco e ao corpo de enfermagem “próprio”(recrutaram pessoal novo, nomeadamente galego, que foi formado na especialidade e que veio a constituir um excelente grupo de apoio).

Na **Oftalmologia** com o novo bloco partilhado com ORL e uma equipa de enfermagem reforçada, o número de cirurgias realizadas aumentou, na medida em que as cirurgias se efectuam quase em simultâneo nas duas salas que esta especialidade possui no bloco.



Com o objectivo de avaliar se a adesão ao programa especial de recuperação de listas de espera afectou de alguma forma a actividade cirúrgica normal do hospital, efectuou-se uma análise que incidiu em duas ópticas:

- Na primeira analisa-se a avalia-se o peso das cirurgias realizadas ao abrigo do PPA face à actividade cirúrgica normal do hospital, em cada ano do triénio.
- Na segunda comparam-se os totais das especialidades do PPA às quais o HSS aderiu face aos totais das especialidades na actividade normal.

E que os quadros seguintes vão espelhar:

| Ano | Evolução listas de espera (1) | Total de Cirurgias (2) | PPA (3) | Peso % do PPA /Total cirurgias (3)/(2) |
|------|-------------------------------|------------------------|---------|--|
| 1999 | a) | 6.799 | 36 | 0,5 |
| 2000 | 2202 | 8.305 | 362 | 4,3 |
| 2001 | 2121 | 9.848 | 331 | 3,4 |

a) ano de abertura do hospital.

| Ano | Cirurgia Geral | | Oftalmologia | | ORL | | Ortopedia | |
|------|----------------|-----|--------------|-----|--------|-----|-----------|-----|
| | Normal | PPA | Normal | PPA | Normal | PPA | Normal | PPA |
| 1999 | 1963 | 7 | 659 | 6 | 670 | 23 | 1767 | --- |
| 2000 | 2354 | 88 | 808 | 43 | 707 | 201 | 2042 | 30 |
| 2001 | 2820 | 28 | 1035 | --- | 1047 | 157 | 2502 | 146 |

Da análise dos quadros verifica-se que a actividade cirúrgica normal não foi condicionada pela actividade do PPA (realizada após o horário normal de funcionamento do bloco), uma vez que a primeira obteve crescimentos ao longo do triénio que se reflectiram ao nível das especialidades analisadas, representando o PPA apenas uma pequena percentagem face a essa produção.

Face aos resultados obtidos pode concluir-se que o hospital no âmbito da sua actividade normal apresentou acréscimos quer de produção (o n.º de cirurgias realizadas passou de 6 799 em 1999 para 9 848 em 2001) quer de produtividade (o n.º de cirurgias por médico passou de 136 em 1999 para 170 em 2001) tendo rentabilizado a utilização das salas do bloco (o n.º de cirurgias programadas por dia útil passou de 19 em 1999 para 28 em 2001 e o n.º de intervenções por sala passou de 1 360 em 1999 para 1 641 em 2001). Deste modo a adesão ao PPA e ao Programa Interno de Produção Extraordinária, mostrou-se uma medida eficaz dado não ter influenciado a actividade normal do hospital⁸⁵. No entanto, apesar do acréscimo da produtividade cirúrgica, o incremento da procura revelou-se superior à capacidade de resposta⁸⁶.

⁸⁵ Dado que não se verificou transferência da actividade normal para o PPA ou para o Programa Interno, servindo estes como uma forma de dar resposta à procura existente.

⁸⁶ Dado não terem acabado as listas de espera cirúrgica.



4.4. – RESULTADOS QUALITATIVOS

A qualidade dos cuidados de saúde é hoje imprescindível na avaliação dos sistemas de saúde sendo matéria sistematicamente incorporada nos indicadores de desempenho das instituições e dos prestadores. A avaliação da qualidade faculta informação preciosa para se poder obter melhores resultados através das melhores práticas.

Existindo diversos indicadores para a análise da qualidade, incidimos a apreciação nos meios de qualidade (Indicadores Técnicos e Comissões de Acompanhamento e de Controlo), na Acreditação e no grau de satisfação do utente.

4.4.1. - Indicadores Técnicos de Qualidade

Para a avaliação técnica da qualidade das prestações assistenciais, é feito, anualmente, pelo IGIF o tratamento da informação enviada pelo hospital sobre o sistema de classificação de doentes em Grupos de Diagnóstico Homogéneos (GDH), o qual permite aprofundar o conhecimento sobre a produção no internamento. Nesta informação, designada por Informação de Retorno, é estabelecida uma classificação para efeitos de comparação dos indicadores e definida uma grelha de avaliação da qualidade dos dados.

Deste conjunto de indicadores foram seleccionados os seguintes:

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

Os resultados do hospital em comparação com os do grupo⁸⁷ respeitantes ao primeiro indicador (cfr. Quadros XXXIX e XL), apontam, em 2000, para uma maior incidência de óbitos no GDH 87 (edema pulmonar e insuficiência respiratória), enquanto que, em 1999 e 2001 a maior incidência de óbitos verifica-se no GDH 385 (recém nascido morto ou transferido).

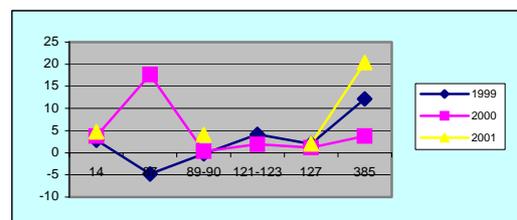
Relativamente aos doentes com idade >65 anos, no ano de 2000 o maior número de óbitos ocorreu no GDH 87 (edema pulmonar e insuficiência respiratória), verificando-se em 1999 maior número no GDH 148 (gr. proced. intestino. delgado e intestino grosso c/CC). No que se refere aos doentes com idade ≤65 anos o hospital apresenta no triénio para a maioria dos GDH valores superiores aos do grupo.

QUADRO XXXIX
% DE ÓBITOS EM GDH SELECIONADOS
Doentes com idade ≤ 65 anos

| Ano | GDH (*) | | | | | |
|------|---------|-------|-------|---------|------|-------|
| | 14 | 87 | 89-90 | 121-123 | 127 | 385 |
| 1999 | 2,83 | -4,80 | -0,20 | 4,11 | 2,00 | 12,17 |
| 2000 | 3,80 | 17,69 | 0,33 | 1,91 | 1,20 | 3,77 |
| 2001 | 4,71 | | 4,10 | | 2,04 | 20,33 |

(*) Diferença entre a % do HSS e a % do Grupo

Gráfico XVIII – Percentagem de óbitos em GDH



⁸⁷ Conjunto de hospitais com características assistenciais idênticas, segundo princípios definidos pelo IGIF.

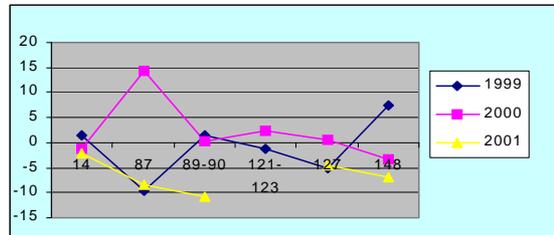


QUADRO XL
% DE ÓBITOS EM GDH SELECIONADOS
Doentes com idade > 65 anos

| Ano | GDH (*) | | | | | |
|------|---------|-------|--------|---------|------|-------|
| | 14 | 87 | 89-90 | 121-123 | 127 | 148 |
| 1999 | 1,6 | -9,5 | 1,6 | -1,3 | -5,0 | 7,4 |
| 2000 | -1,3 | 14,4 | 0,20 | 2,5 | 0,60 | -3,4 |
| 2001 | -2,07 | -8,51 | -10,89 | | -4,4 | -7,01 |

(*) Diferença entre a % do HSS e a % do Grupo

Gráfico XIX – Percentagem de óbitos em GDH



Relativamente ao segundo indicador - *Complicações relacionadas com procedimentos cirúrgicos* – o hospital apresenta, no triénio, valores abaixo dos valores do grupo e dos nacionais, sendo a “infecção pós-operatória” o tipo de complicação com maior número de doentes, conforme leitura do quadro seguinte.

QUADRO XLI
COMPLICAÇÕES RELACIONADAS COM PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS

| Tipo de Complicação | Ano | Total Doentes(a) | % de complicações(b) | | |
|---------------------------------|------|------------------|----------------------|-------|----------|
| | | | HSS | Grupo | Nacional |
| Hemorragia pós-operatória | 1999 | 9 | 0,15 | 0,30 | 0,48 |
| | 2000 | 13 | 0,18 | 0,43 | 0,67 |
| | 2001 | 16 | 0,26 | 0,47 | 0,80 |
| Lacerações acidentais | 1999 | 6 | 0,10 | 0,13 | 0,17 |
| | 2000 | 9 | 0,12 | 0,14 | 0,17 |
| | 2001 | 12 | 0,19 | 0,22 | 0,25 |
| Deiscencia da sutura operatória | 1999 | 11 | 0,18 | 0,31 | 0,37 |
| | 2000 | 29 | 0,39 | 0,39 | 0,46 |
| | 2001 | 21 | 0,34 | 0,44 | 0,49 |
| Infecção pós-operatória | 1999 | 20 | 0,34 | 0,56 | 0,63 |
| | 2000 | 32 | 0,43 | 0,59 | 0,66 |
| | 2001 | 28 | 0,45 | 0,66 | 0,80 |

(a) Valores estimados se o Hospital não apresenta a produção completa do ano

(b) % calculadas em relação ao total de doentes cirúrgicos

Fonte: Sistema de classificação de doentes em GDH / Informação de retorno - IGIF

Quanto ao indicador “*Percentagem de readmissões em GDH cirúrgicos*”, o HSS apresenta, em 1999, valores acima dos do grupo em 4 dos 5 GDH mais representativos, sendo o maior número de readmissões (7) no GDH 209. No ano de 2000, os seis GDH mais representativos são distintos dos de 1999, mantendo-se, no entanto, a percentagem de readmissões acima das do grupo, com o maior número de readmissões (4) no GDH 165 (cfr. Quadros XLII e XLIII).



01

QUADRO XLII
PERCENTAGEM DE READMISSÕES EM GDH CIRÚRGICOS
5 GDH COM MAIOR PERCENTAGEM DE READMISSÕES

| GDH | DESIGNAÇÃO | Ano | Total de Doentes | N.º de Readmis | % de Readmis | |
|--------------------------------|--|------|------------------|----------------|--------------|-------------|
| | | | | | HSS | Grupo |
| 148 | Grandes procedimentos no intestino delgado e intestino grosso, c/ CC | 1999 | 30 | 3 | 10,00 | 6,86 |
| 210 | Procedimentos na anca e fémur, excepto grandes procedimentos nas articulações, c/ CC | 1999 | 56 | 4 | 7,14 | 4,33 |
| 358 | Proc. utero e anexos, p/d. não maligna com CC | 1999 | 32 | 2 | 6,25 | 3,17 |
| 209 | Gr. Proced. Nas articul. e reimplantação, membro inf. | 1999 | 121 | 7 | 5,78 | 2,54 |
| 211 | Proced. anca e fémur, exc grandes procedimentos nas articulações, l>17, s/ CC | 1999 | 88 | 3 | 3,40 | 3,80 |
| Total | | | 327 | 19 | 5,81 | 3,06 |
| Total de GDH cirúrgicos | | | 5715 | 124 | 2,16 | 3,02 |

Fonte: Sistema de classificação de doentes em GDH / Informação de retorno - IGIF

QUADRO XLIII
PERCENTAGEM DE READMISSÕES EM GDH CIRÚRGICOS
6 GDH COM MAIOR PERCENTAGEM DE READMISSÕES

| GDH | DESIGNAÇÃO | Ano | Total de Doentes | N.º de Readmis | % de Readmis | |
|--------------------------------|--|------|------------------|----------------|--------------|-------------|
| | | | | | HSS | Grupo |
| 266 | Enxer cut. e/ou desb. exc por úlcera pele/fleim s/CC | 2000 | 30 | 2 | 6,66 | 5,95 |
| 155 | Proced. Esófago, estomago e duodeno, l >17, s/CC | 2000 | 48 | 3 | 6,25 | 7,25 |
| 197 | Colecistectomia s/exploração do colédoco c/CC | 2000 | 33 | 2 | 6,06 | 4,39 |
| 220 | Proced. MI/úmero, exc anca/pé/fémur, idade 0-17 | 2000 | 33 | 2 | 6,06 | 2,00 |
| 335 | Grandes proced. Pélvicos masculinos s/CC | 2000 | 35 | 2 | 5,71 | 3,10 |
| 165 | Apendicectomia c/diagnóstico princ. Complic., s/CC | 2000 | 76 | 4 | 5,26 | 3,95 |
| Total | | | 255 | 15 | 5,88 | 3,06 |
| Total de GDH cirúrgicos | | | 7065 | 140 | 1,98 | 2,97 |

Fonte: Sistema de classificação de doentes em GDH / Informação de retorno - IGIF

No ano de 2001, os seis GDH mais representativos são distintos dos verificados nos anos anteriores, mantendo-se a percentagem de readmissões acima da média do grupo (cfr. Quadro XLIV).



QUADRO XLIV
PERCENTAGEM DE READMISSÕES EM GDH CIRÚRGICOS
6 GDH COM MAIOR PERCENTAGEM DE READMISSÕES

| GDH | DESIGNAÇÃO | Ano | Total de Doentes | N.º de Readmis | % de Readmis | |
|--------------------------------|--|------|------------------|----------------|--------------|-------------|
| | | | | | HSS | Grupo |
| 358 | Procedimentos no útero e anexos, por doença não maligna, com CC | 2001 | 31 | 3 | 9,68 | 2,65 |
| 360 | Procedimentos na vagina, colo do útero e vulva. | 2001 | 45 | 2 | 4,44 | 2,42 |
| 160 | Procedimentos para hérnia, excepto inguinal/femoral, idade > 17 anos, sem CC | 2001 | 71 | 3 | 4,23 | 2,67 |
| 362 | Laqueação de trompas, via endoscópia/laparoscópia | 2001 | 75 | 3 | 4,00 | 0,59 |
| 211 | Procedimentos na anca e fémur, excepto grandes articulações, idade>17 anos, sem CC | 2001 | 91 | 3 | 3,30 | 4,22 |
| 231 | Excisão local/remoção de meios de fixação interna, excepto anca/fémur | 2001 | 140 | 4 | 2,86 | 1,48 |
| Total | | | 453 | 18 | 4,75 | 2,33 |
| Total de GDH cirúrgicos | | | 6171 | 92 | 2,87 | 3,06 |

Fonte: Sistema de classificação de doentes em GDH / Informação de retorno - IGIF

Ainda, na perspectiva da análise dos indicadores de qualidade, foram analisados os 15 GDH com maior número de doentes saídos, nos anos de 1999, 2000 e 2001, para efeitos de obter a demora média.

Da observação do Quadro XLV, resulta que:

- A ordem dos GDH é ligeiramente alterada, mantendo-se ao longo do triénio os mesmos 5 primeiros GDH;
- O número de doentes saídos em cada um dos 15 GDH mais representativos aumentou em 2000 e sofreu ligeiras diminuições em 2001;
- O do número de doentes saídos nos 15 primeiros GDH cresceu 27,5% em 2000 e decresceu 0,4% em 2001;
- No ano de 2000 nos 15 primeiros GDH, 10 registam uma diminuição na “demora média”, verificando-se idêntica situação em 2001.



01

QUADRO XLV
15 GDH COM MAIOR NÚMERO DE DOENTES SAÍDOS

| N.º ordem/ano | | | GDH | Designação | Doentes saídos/Ano | | | Demora Média 1999/2000/2001 |
|---------------|------|------|-----|---|--------------------|------|------|--------------------------------|
| 1999 | 2000 | 2001 | | | 1999 | 2000 | 2001 | |
| 1 | 1 | 1 | 373 | Parto vaginal sem diagnóstico de risco | 1536 | 2054 | 1959 | 2,6 |
| 2 | 2 | 2 | 391 | Recém-nascido normal | 1274 | 1515 | 1445 | 2,7 - 2,7 - 2,8 |
| 3 | 3 | 3 | 390 | RN com outros problemas significativos | 889 | 1152 | 1060 | 3,1 - 3,1 - 3,2 |
| 4 | 4 | 4 | 371 | Cesariana sem CC | 697 | 751 | 797 | 4,3 - 4,1 - 4,1 |
| 5 | 5 | 5 | 39 | Procedimentos no cristalino, com ou sem vitrectomia | 544 | 608 | 556 | 1,8 - 1,2 - 1,0 |
| 6 | 7 | 8 | 162 | Proc. p/ hérnia, excepto inguinal e femoral, idade > 17 anos, sem CC | 277 | 291 | 336 | 2,5-1,4-1,2 |
| 7 | 6 | 6 | 14 | Pert. Cerebrovasc. Especif., exc. acid. isquémicos transitórios | 244 | 376 | 419 | 8,5 - 8,3 - 7,1 |
| 8 | 16 | 19 | 219 | Proc. No membro inferior/úmero, exec. Anca, pé/fémur, id. 17 anos, s/ CC | 213 | 187 | | 4,7 - 3,1 - 3,3 |
| 9 | 10 | 16 | 167 | Apendicectomia s/ diagnóstico principal complicado, sem CC | 210 | 247 | | 3,4 - 2,6 - 2,5 |
| 10 | 8 | 11 | 359 | Procedimentos no útero e anexos por doença não maligna sem CC | 195 | 291 | 270 | 4,6 - 4,4 - 4,1 |
| 11 | 9 | 14 | 381 | Aborto c/ dilatação e curetagem, curet. Aspirativa ou histerotomia | 193 | 258 | 246 | 1,2 - 1,1 - 1,2 |
| 12 | 25 | - | 184 | Esogacite/ gastroenterite/ pert. Digestivas diversas, idade 0-17 anos | 173 | 128 | - | 2,5 - 2,6 - |
| 13 | 11 | 9 | 389 | RN de termo com grandes problemas | 154 | 245 | 306 | 5,7 - 7 - 6,2 |
| 14 | 21 | 12 | 60 | Amigdalectomia e ou adenoiectomia, idade 0-17 anos | 153 | 146 | 257 | 1,2 - 1,1 - 1,1 |
| 15 | 14 | 7 | 119 | Laqueação venosa e flebo-extracção | 146 | 230 | 337 | 1,7 - 1,3 - 1,1 |
| 16 | 12 | 21 | 89 | Pneumonia e pleurisia simples, idade > 17 anos, com CC | 138 | 244 | | 9 - 8,8 - 9,6 |
| 23 | 13 | 10 | 209 | Procedimentos nas grandes articulações e reimplantação do membro inferior | 115 | 240 | 285 | 8 - 7,6 - 7,0 |
| 18 | 15 | - | 198 | Colecistectomia s/ exploração do cóledoco, sem CC | 126 | 192 | - | 3,8 - 2,7 - |
| - | 17 | 13 | 55 | | - | 172 | 250 | - 2 -1,7 |
| - | - | 15 | 361 | Laqueação de trompas, laparoscópica e incisional | - | - | 240 | -- 1,4 |

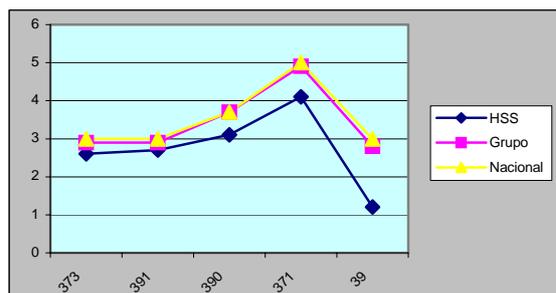
Comparada a demora média obtida no HSS com a média Nacional e a média do Grupo, o hospital apresenta em todos eles a melhor posição (nomeadamente em sete GDH apresenta uma demora média inferior a metade do resultado do grupo) conforme se pode analisar no Quadro seguinte:



QUADRO XLVI
DEMORA MÉDIA DOS 15 GDH - COMPARAÇÃO COM OUTROS HOSPITAIS

| GDH | Demora média/99 | | | Demora média/00 | | | Demora média/01 | | |
|-----|-----------------|-------|----------|-----------------|-------|----------|-----------------|-------|----------|
| | HSS | Grupo | Nacional | HSS | Grupo | Nacional | HSS | Grupo | Nacional |
| 373 | 2,6 | 3,0 | 3,1 | 2,6 | 2,9 | 3,0 | 2,6 | 2,9 | 3,0 |
| 391 | 2,7 | 3,0 | 3,0 | 2,7 | 2,9 | 3,0 | 2,8 | 2,9 | 2,9 |
| 390 | 3,1 | 3,9 | 4,0 | 3,1 | 3,7 | 3,7 | 3,3 | 4,0 | 3,9 |
| 371 | 4,3 | 5,3 | 5,3 | 4,1 | 4,9 | 5,0 | 4,1 | 4,8 | 5,0 |
| 39 | 1,8 | 3,2 | 3,4 | 1,2 | 2,8 | 3,0 | 1,0 | 2,9 | 2,9 |
| 162 | 2,5 | 3,7 | 4,0 | 1,4 | 3,2 | 3,5 | 1,2 | 3,0 | 3,1 |
| 14 | 8,5 | 10,8 | 10,4 | 8,3 | 11,0 | 11,0 | 7,7 | 10,6 | 10,8 |
| 219 | 4,7 | 11,2 | 10,9 | 3,1 | 9,8 | 10,0 | 3,3 | 10,0 | 9,5 |
| 167 | 3,4 | 3,7 | 3,7 | 2,6 | 3,6 | 3,6 | 2,4 | 3,4 | 3,4 |
| 359 | 4,6 | 6,6 | 6,3 | 4,4 | 6,0 | 5,9 | 4,0 | 6,2 | 5,8 |
| 381 | 1,2 | 1,8 | 1,8 | 1,1 | 1,7 | 1,7 | 1,2 | 1,8 | 1,8 |
| 184 | 2,5 | 2,6 | 2,7 | 2,6 | - | - | - | - | - |
| 389 | 5,7 | 7,2 | 7,7 | 7,0 | 7,4 | 7,8 | 6,2 | 7,5 | 8,3 |
| 60 | 1,2 | 2,0 | 2,0 | 1,1 | 1,9 | 1,9 | 1,1 | 2,0 | 2,0 |
| 119 | 1,7 | 3,6 | 3,7 | 1,3 | 2,8 | 2,9 | 1,1 | 2,6 | 2,5 |
| 89 | 9,0 | 10,8 | 10,9 | 8,8 | 10,7 | 10,8 | 9,6 | 10,4 | 10,5 |
| 209 | 8,0 | 14,9 | 16,6 | 7,6 | 14,1 | 15,8 | 7,0 | 14,1 | 14,6 |
| 198 | 3,8 | 5,8 | 6,0 | 2,7 | 6,1 | 6,4 | 2,7 | - | - |
| 55 | - | - | - | 2,0 | - | - | 1,7 | 3,7 | 3,7 |
| 361 | - | - | - | - | - | - | 1,4 | 3,2 | 3,0 |

Gráfico XX – Demora média dos 5 GDH – Ano 2001



A informação antes referida permite concluir que:

- A percentagem de óbitos em GDH seleccionados apresenta, na maioria dos GDH dos doentes com idade > 65 anos, valores abaixo da média do grupo, no entanto nos doentes com idade ≤ 65 a situação é inversa.
- A percentagem de complicações relacionadas com procedimentos cirúrgicos encontram-se abaixo da média nacional e do grupo.



- A percentagem de readmissões em GDH cirúrgicos encontra-se, na sua maioria, acima dos valores do grupo.
- A demora média nos 15 GDH com maior número de doentes saídos é inferior à média nacional e do grupo.

Face aos indicadores analisados, o HSS apresenta genericamente resultados qualitativos acima dos da média nacional e do grupo⁸⁸, o que manifesta uma preocupação na exigência de qualidade dos serviços prestados.

4.4.2.- Grau de Satisfação do Utente

O grau de satisfação dos utentes face aos cuidados de saúde prestados, serve também de indicador de qualidade dos serviços de saúde do hospital.

Assim, procedeu-se à análise das reclamações efectuadas pelos utentes, bem como dos procedimentos de averiguação das mesmas, com o objectivo de confirmar a avaliação das situações e as medidas correctivas implementadas.

Procedendo-se, ainda, à realização de inquéritos, via postal, à população utilizadora, sendo nesta perspectiva o grau de satisfação dos utentes avaliado em duas ópticas:

- a primeira recaiu sobre a qualidade do tratamento,
- a segunda incidiu na acessibilidade (demora na obtenção de actos médicos).

4.4.2.1 - RECLAMAÇÕES DO GABINETE DO UTENTE

As funções do gabinete do utente são asseguradas pelo Serviço de Relações Públicas – SRP.

Para além do tratamento das reclamações, este serviço supervisiona ainda:

- Recepção (informações e encaminhamento);
- Balcão de informações da urgência;
- Sistema de visitas do HSS;
- Sondagens telefónicas e inquéritos escritos.

Existem como que dois tipos de reclamações. Uma, designada como reclamações espontâneas, que não são registadas pelo reclamante no livro oficial de reclamações, designado por “Livro Amarelo”, e as que são objecto desse registo.

⁸⁸ Com excepção da “% de readmissões em GDH cirúrgicos” e da “% de óbitos em GDH seleccionados” de doentes com idade ≤ 65 anos.



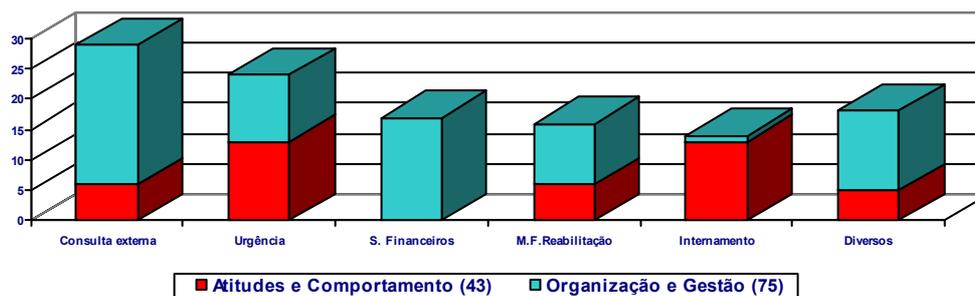
Reclamações espontâneas

Quanto às reclamações espontâneas não há procedimentos estabelecidos. Em regra, resultam de situações que são ultrapassadas pela intervenção do Serviço de Relações Públicas, através de informações ou da promoção do contacto entre o reclamante e o médico ou o responsável pela área interveniente.

Desde 2001 o SRP procura registar as reclamações apresentadas e o resultado das averiguações subsequentes, de forma a preparar relatórios trimestrais para a Administração do Hospital.

O SRP no seu relatório do ano de 2001 indicou **118** reclamações apresentadas, as quais tiveram a seguinte tipologia, conforme a área de origem e se resultam de questões comportamentais ou de especificidades de organização:

Gráfico n.º XXI
Número de reclamações espontâneas em 2001



Fonte: Relatório do SRP do HSS

Este tipo de reclamações, conforme se observa do gráfico, surgem essencialmente em áreas de prestação de cuidados de saúde (Consulta Externa, Urgência, Medicina Física e Reabilitação e Internamento), ocupando a “*Organização e Gestão*” o maior peso no total das reclamações espontâneas.

Reclamações registadas no “Livro Amarelo”

O HSS tem à disposição dos utentes o livro oficial de reclamações, modelo n.º 1462 da INCM, conforme dispõem a Resolução do Conselho de Ministros n.º 189/96, de 28 Novembro e a Portaria n.º 355/97, de 28 Maio.

A reclamação é encaminhada para o Presidente do Conselho de Administração do HSS que centraliza a averiguação. Após a realização de averiguações, o Presidente do Conselho de Administração procede a uma apreciação final quer para efeitos de elaboração de respostas a enviar aos reclamantes retirando as necessárias conclusões para o desencadeamento de procedimentos correctivos.

O desenvolvimento de averiguações é efectuado pelo SRP ou pelo Presidente do Conselho de Administração.



Tribunal de Contas

01

O SRP actua ou por iniciativa própria, no caso de averiguações sumárias ⁸⁹, ou conforme instruções do Presidente do Conselho de Administração.

Quanto às reclamações relativas a tratamento clínico, ou seja, atendimento e diagnóstico na emergência, tratamentos em internamento e realização de cirurgias, o Presidente do Conselho de Administração recolhe informação, ouvindo por escrito os serviços – nomeadamente os Directores de Serviço – analisando os processos clínicos dos reclamantes.

Tratando-se de situações delicadas, de natureza clínica, a informação consta do processo clínico do doente ou de processo “residente” na administração. Nestas situações, o SRP não detém em arquivo a documentação resultante das averiguações.

Com base nas informações recolhidas junto dos Directores de Serviço e após confirmação se os procedimentos foram os adequados, o Presidente do Conselho de Administração toma uma das seguintes decisões: ou responde aos reclamantes ou apresenta ao Conselho de Administração a situação com vista a ser eventualmente aberto um inquérito.

Concluída a fase do processo anteriormente descrita, é remetida uma cópia da reclamação à Tutela e à Administração Pública.

Relativamente ao processo de reclamações e ao “livro amarelo”, registam-se dois desvios face às disposições legais:

1. A existência de livro de reclamações não se encontra publicitada nos principais locais de afluência de utentes, ou seja na recepção central, no balcão da urgência e no serviço de admissão dos doentes para consulta externa, contrariamente ao previsto no 3.º ponto da Resolução de Conselho de Ministros n.º 189/96.
2. Em regra, não é respeitado o prazo legal de cinco dias úteis para o envio⁹⁰, à Tutela e à Administração Pública de cópia do processo, conforme dispõe o 8.º ponto da Resolução de Conselho de Ministros n.º 189/96, bem como o 3.º ponto da Portaria n.º 355/97.

Regista-se ainda outro procedimento susceptível de aperfeiçoamento. Os ofícios remetidos pelo Secretariado da Administração do HSS à Tutela e ao Secretariado da Modernização Administrativa acompanhados das reclamações exaradas não identificam as mesmas (número e/ou nome do reclamante), nem ficam em arquivo cópias das reclamações enviadas nessas datas. Logo, a identificação das datas do envio das reclamações encontra-se dificultada e será “contingente”⁹¹.

⁸⁹ Algumas reclamações apresentadas versam sobre procedimentos instituídos. Muitas das situações apresentadas já foram objecto de outras reclamações e consequentemente já houve averiguações, avaliações e elaboração de respostas aos reclamantes. Nesses casos as averiguações são sumárias. Desde logo, o SRP envia ao Presidente do Conselho de Administração, juntamente com a cópia da reclamação, informações manuscritas.

⁹⁰ Após data de terem sido lavradas no livro amarelo.

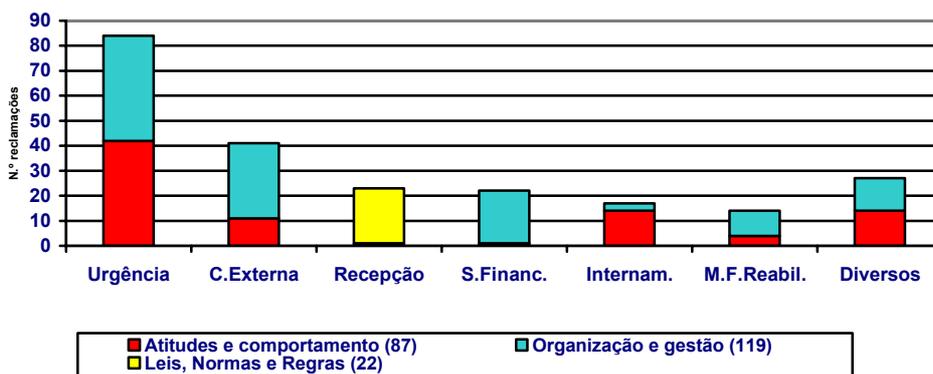
⁹¹ As reclamações são remetidas à Tutela e à Administração Pública após a elaboração das respostas aos reclamantes pelo Presidente do Conselho de Administração. O procedimento instituído é o de que na mesma data em que são remetidas cópias dessas respostas ao SRP (a fim de completarem o seu arquivo) são também anexadas às cópias das reclamações e remetidas à Tutela e à Administração Pública. Assim, é através do protocolo interno do Secretariado do Presidente do Conselho de Administração para o SRP, e por analogia, que é possível saber quais terão sido as reclamações remetidas.



61

As **228** reclamações registadas no “Livro Amarelo” durante o ano de 2001 tiveram a seguinte tipologia, de acordo com o tratamento efectuado pelo SRP:

Gráfico n.º XXII
Tipologia das Reclamações



Fonte: Relatório do SRP do HSS

Conforme o relatório anual do SRP, em 2001 e relativamente ao ano anterior, houve um acréscimo de reclamações (**32%**).

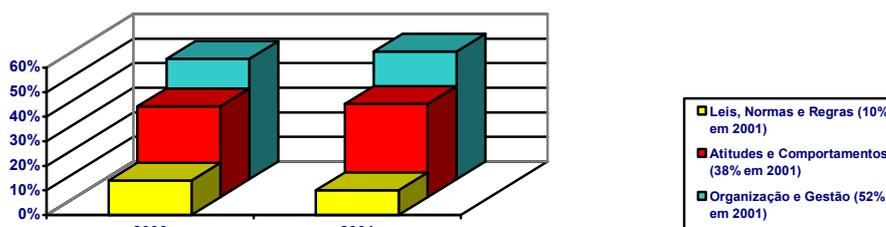
Manteve-se o maior número de reclamações na Urgência, ou sejam, **84** reclamações, cerca de **37%** do total de reclamações, todavia o respectivo peso relativo decresceu de 2000 para 2001.

Em segunda posição, verificaram-se **41** reclamações na Consulta Externa, ou seja, cerca de **18%** do total de reclamações.

Houve acréscimos quer em termos absolutos quer em termos relativos, nas reclamações relativas à Consulta Externa e aos Serviços Financeiros. Quanto a estas últimas, o relatório do SRP justifica que esse aumento se deveu ao início do envio de inunções para casa dos utentes.

Segundo o mesmo relatório, as causas das reclamações, em 2000 e em 2001, foram as seguintes:

Gráfico n.º XXIII
Motivo das reclamações



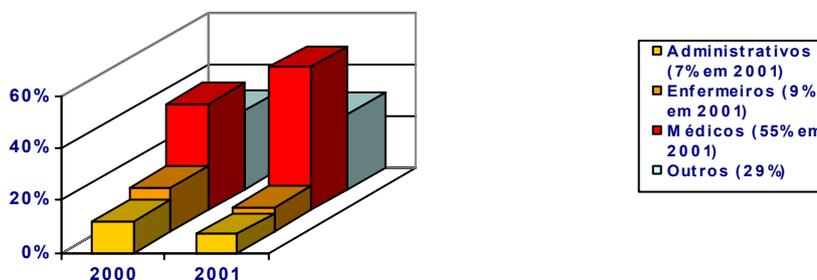
Fonte: Relatório do SRP do HSS

Relativamente ao item “Atitudes e Comportamentos”, o relatório referido procede ao seu tratamento por classes profissionais:



61

Gráfico n.º XXIV
Grupos profissionais abrangidos pelas reclamações

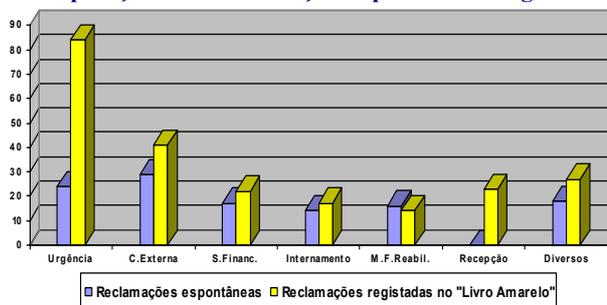


Fonte: Relatório do SRP do HSS

Ao contrário do que ocorreu nos anos anteriores, em 2001 nenhuma reclamação deu origem a processo disciplinar.

O gráfico seguinte compara pelas diferentes áreas hospitalares os volumes de reclamações espontâneas, no total de 118, e reclamações registadas no “Livro Amarelo”, que perfizeram o número de 228.

Gráfico n.º XXV
Comparação entre reclamações espontâneas e registadas



Relativamente a todas as áreas, à excepção da medicina física e de reabilitação, o número de reclamações registadas é superior ao número de reclamações espontâneas.

Como atrás foi referido, a maioria das reclamações tem a ver com especificidades de organização, 64% nas espontâneas e 52% nas registadas.

Com o objectivo de testar os procedimentos relativos às reclamações registadas no “livro amarelo”, seleccionou-se uma amostra pelo método de amostragem não estatístico, utilizando a técnica de selecção por intervalos, tendo-se verificado a conformidade e legalidade dos procedimentos adoptados.

No entanto, apurou-se que a maioria das reclamações não foram remetidas à Tutela, no prazo de 5 dias úteis após a sua ocorrência, ou seja, com violação do preceituado no 8º ponto da Resolução. do Conselho de Ministros n.º 189/96, bem como o 3º ponto da Portaria n.º 355/97.



4.4.2.2 – INQUÉRITOS

Com o objectivo de apurar a satisfação dos utentes do HSS, face aos cuidados prestados nos serviços de Consulta Externa, Internamento e Urgência, procedeu-se à realização de inquéritos de resposta postal anónima, utilizando o método de amostragem não estatístico e a técnica de selecção por blocos, a:

- * 25% dos utentes atendidos na Consulta Externa de Cardiologia, em Dezembro de 2001.
- * 50% dos doentes que tiveram alta do Internamento de Ortopedia, em Dezembro de 2001.
- * 10% dos doentes socorridos em Dezembro de 2001.

Os inquéritos pretenderam essencialmente avaliar a satisfação dos utentes do HSS quanto ao atendimento, tempo de permanência no hospital e motivos de demora.

Relativamente aos utentes inquiridos⁹² responderam 33 %, tendo-se concluído que na generalidade estes se consideraram satisfeitos com os serviços prestados.

Relativamente a cada uma das áreas apurou-se genericamente o seguinte:

Na **Consulta Externa**, responderam 42% dos inquiridos, dos quais:

- quanto à **qualidade dos serviços prestados** 65% classificaram de “Bom”, 27% de “Satisfaz” e 5% de “Não Satisfaz” (3% não responderam);
- relativamente à resolução do **problema de saúde**, 73% responderam afirmativamente;
- quanto à **acessibilidade** (dificuldade de marcação de consultas ou exames) 5% não produziram opinião sobre matéria, tendo 49% avaliado de “Bom” e 41% de “Satisfaz” **a rapidez de marcação de consultas**, enquanto que 5% classificaram de “Não Satisfaz”, avaliando ainda 43 % de “Bom” e 27% de “Satisfaz” **a rapidez de obtenção de exames clínicos**, contra 5% que consideraram de “Não Satisfaz”.

No **Internamento**, responderam 42% dos inquiridos, dos quais:

- **quanto à qualidade dos serviços prestados** 48% classificaram de “Bom” e 41% de “Satisfaz”, e 7% de “Não Satisfaz” (4% não responderam);
- relativamente à resolução do **problema de saúde**, 52% responderam afirmativamente;
- quanto à **acessibilidade**, 44% consideraram de “Bom” e 22% de “Satisfaz” **o tempo de espera para o internamento**, enquanto que 30% o classificaram de “Não Satisfaz” (4% não responderam).

Na **Urgência Geral - Emergência** responderam 34 % dos inquiridos, dos quais:

- 40% classificaram de “Bom” e 49% de “Satisfaz” **o atendimento prestado**, enquanto que 9% classificaram de “Não Satisfaz” (2% não responderam);
- considerando 67% que **o seu problema de saúde ficou resolvido**;
- relativamente à **acessibilidade (tempo de espera)**, apurou-se, que 26% classificaram de “Bom” e 40 % de “Satisfaz” contra 28% que consideraram de “Não Satisfaz” (6% não responderam).

⁹² O quadro seguinte especifica o n.º de inquéritos remetidos relativos às 3 áreas seleccionadas, o respectivo universo, bem como o n.º de respostas obtidas.

| Área | Universo | Amostra | Respostas | % respostas |
|-------------------------|-------------|------------|------------|-------------|
| C. Externa- Cardiologia | 352 | 88 | 37 | 42% |
| Internamento- Ortopedia | 130 | 64 | 27 | 42% |
| Emergência | 6487 | 589 | 202 | 34% |
| Total | 6969 | 741 | 266 | 33% |



4.4.3. – Comissões de Acompanhamento e Controlo de Qualidade e Processo de Acreditação

Existem no HSS um conjunto de órgãos de apoio técnico, que nos termos dos art.ºs 11º e 12º do Regulamento Interno do hospital têm como função coadjuvar os órgãos de administração e direcção técnica.

Para efeitos de análise foram seleccionadas as seguintes Comissões:

- I) Comissão de Controlo de Infecção Hospitalar;
- II) Comissão de Qualidade e Humanização;
- III) Comissão de Farmácia e Terapêutica.

Destacam-se, no entanto, alguns pontos principais, nomeadamente, na primeira Comissão o trabalho de controlo da infecção, articulando os diversos serviços e órgãos técnicos do hospital e desenvolvendo as acções necessárias ao adequado cumprimento das medidas de controlo de infecção.

Relativamente à Comissão de Qualidade e Humanização a elaboração do Manual de Qualidade e o acompanhamento da implementação do Projecto de Avaliação do Desempenho PQIP (*Portuguese Quality Indicator Project*), efectuando o apuramento de indicadores de qualidade.

No mesmo sentido, a Comissão de Farmácia e Terapêutica tem contribuído para a integração do HSS no Processo de Acreditação, na medida em que desenvolveu inúmeras actividades das quais se destacam:

- A introdução de novos fármacos na Adenda do Formulário Hospitalar;
- A padronização dos produtos a utilizar no HSS;
- A implementação do “Manual de Terapêutica Antimicrobiana”.

Relativamente, ainda, ao controlo de qualidade, refira-se que o HSS não aderiu ao Processo de Acreditação⁹³ do modelo britânico do “King’s Fund”⁹⁴, pelo facto de ter entrado em funcionamento em 1999 e tratar-se de um processo complexo que obrigaria a um envolvimento de recursos humanos muito elevado

No entanto, iniciou, em Setembro de 2000, os contactos para implementação de um projecto de medição da performance em termos de qualidade da assistência aos doentes no internamento, na urgência e no bloco operatório, iniciando em 2001, com mais sete hospitais⁹⁵, o processo de acreditação, com o modelo norte-americano, denominado Projecto de Avaliação do Desempenho (*Portuguese Quality Indicator Project – PQIP*)⁹⁶, coordenado pelo *Center for Performance Sciences*, de Baltimore⁹⁷.

O objectivo do HSS na adesão ao PQIP foi o de obter a concessão de acreditação pela *Joint Commission on the Accreditation of Health Organizations*.

⁹³ A acreditação hospitalar consiste no reconhecimento, por uma avaliação externa e independente, do cumprimento de um conjunto de exigências ou normas no funcionamento do hospital.

⁹⁴ Este modelo incide nas mais diversas áreas do funcionamento hospitalar, quer ao nível da gestão (estudando, por exemplo, a função aquisições e a função aprovisionamento) como ao nível da assistência médica e de enfermagem

⁹⁵ St. António do Porto, Bragança, Guimarães, Matosinhos, Viana, Vila Real e Viseu.

⁹⁶ Nos EUA serão reconhecidos cerca de 60 modelos.

⁹⁷ Pertencente à Associação dos Hospitais do Estado de Maryland, nos EUA.



Em cada grupo, existe um hospital coordenador que funciona como intermediário nas relações entre os hospitais portugueses e o *Center for Performance Sciences*, nos EUA. Neste projecto o HSS é o hospital coordenador.

Não houve, por parte do Ministério da Saúde, oposição a este processo por se tratar de um modelo distinto do “King’s Fund”. Terá, inclusive, sido considerado benéfico o facto de existirem hospitais em Portugal a procurarem acreditação em modelos com filosofias distintas.

Com efeito, enquanto o modelo do “King’s Fund” abarca as mais diversas áreas do funcionamento hospitalar, o modelo “PQIP” incide sobre o “negócio principal do hospital” – “o tratamento do doente”.

Como instrumento o “PQIP” utiliza um conjunto de indicadores, cada um englobando um grupo de medidas de desempenho qualitativo.

O processo desenrola-se da seguinte forma:

- Processo contínuo de melhoria: O hospital recolhe mensalmente os dados necessários ao cálculo dos indicadores e envia-os para o Center for Performance Sciences. Esta informação é trabalhada e enviada de retorno através de relatórios, comparando os resultados com os valores homólogos do grupo ou grupos de hospitais escolhidos para referência e **benchmarking**. Ou seja, da análise desses relatórios, o hospital vai implementando medidas correctivas com vista a melhorar esses indicadores. Na fase final antes da acreditação, e com objectivos de aferição, ocorrerá a deslocação de técnicos americanos ao HSS.
- Acreditação: A acreditação implica a existência de normas “standart”. Do cumprimento dessas normas, gerais e por serviço, resultam indicadores de qualidade que justificam a acreditação.
- A acreditação como processo dinâmico: Tendo obtido a acreditação, e embora tenham de ser respeitadas as normas padrão estipuladas, há melhorias que podem ser sempre introduzidas com o recurso a alterações de forma ou de procedimentos.

Por outro lado, a recolha periódica de dados necessários ao cálculo de indicadores e a sua comparação com valores homólogos de outros hospitais mantém-se, daí resultando alterações da posição do hospital e alterações do **benchmarking**.

Finalmente, a acreditação é concedida por determinados anos, carecendo de renovação.

Assim, há um processo dinâmico em que a concessão da acreditação só por si não constitui um fim. O hospital cumpre as normas de acreditação e mantém-se num processo contínuo de melhoria da qualidade.

No que respeita à qualidade dos cuidados de saúde prestados **conclui-se** que o HSS apresenta globalmente indicadores técnicos com valores superiores à média do grupo ou nacional, mostrando-se os utentes genericamente satisfeitos com os serviços prestados e demonstrando o hospital preocupação na exigência de qualidade dos serviços prestados ao aderir ao processo de Acreditação.



01

5. – Situação Económico Financeira

5.1. - DESPESA RECEITA E DÉFICE

5.1.1. –Despesa e Receita

A situação financeira do HSS (despesa e receita total, bem como despesa paga e receita cobrada), relativa ao triénio 1999/01, está evidenciada nos quadros XLVII e XLVIII.

**QUADRO XLVII
DESPESA E RECEITA TOTAL**

Unid: Milhares de escudos

| Designação | 1999 | | 2000 | | 2001 | | Δ% | Δ% | Δ% |
|----------------------------------|------------------|------------|------------------|------------|------------------|------------|-------------|-------------|-------------|
| | Valor | % | Valor | % | Valor | % | 99/00 | 00/01 | 99/01 |
| DESPESAS | | | | | | | | | |
| Compras | 1.197.646 | 20,7 | 1.453.676 | 21,2 | 1.703.915 | 21,2 | 21,4 | 17,2 | 42,3 |
| Imobilizações | 167.209 | 2,9 | 26.818 | 0,4 | 110.794 | 1,4 | -84,0 | 313,1 | -33,7 |
| Subcontratos | 313.129 | 5,4 | 459.463 | 6,7 | 550.274 | 6,8 | 46,7 | 19,8 | 75,7 |
| Forn. e Serviços de Terceiros | 544.264 | 9,4 | 781.216 | 11,4 | 916.701 | 11,4 | 43,5 | 17,3 | 68,4 |
| Despesas com Pessoal | 2.986.728 | 51,6 | 3.495.795 | 50,9 | 4.168.687 | 51,9 | 17,0 | 19,2 | 39,6 |
| Custos e Perdas Financeiras | 52 | 0,0 | 128 | 0,0 | 169 | 0,0 | | 32,0 | 225,0 |
| Outras Despesas * | 6.819 | 0,1 | 6.812 | 0,1 | 33 | 0,0 | -0,1 | -99,5 | -99,5 |
| Despesa de Exercícios Anteriores | 568.742 | 9,8 | 639.078 | 9,3 | 587.966 | 7,3 | 12,4 | -8,0 | 3,4 |
| TOTAL em milhares esc. | 5.784.589 | 100 | 6.862.986 | 100 | 8.038.539 | 100 | 19 | 17,1 | 39,0 |
| TOTAL em milhares euros | 28.853,41 | | 34.232,43 | | 40.096,06 | | | | |
| RECEITAS | | | | | | | | | |
| Subsídio à Exploração - OE | 4.187.628 | 76,3 | 4.786.269 | 77,3 | 6.392.545 | 77,1 | 14,3 | 33,6 | 52,7 |
| Prestações de Serviços | 506.277 | 9,2 | 895.683 | 14,5 | 1.017.851 | 12,3 | 76,9 | 13,6 | 101,0 |
| Proveitos e Ganhos Financeiros | 18.612 | 0,3 | 27.070 | 0,4 | 40.064 | 0,5 | 45,4 | 48,0 | 115,3 |
| Outras Receitas ** | 697.860 | 12,7 | 142.255 | 2,3 | 90.610 | 1,1 | -79,6 | -36,3 | -87,0 |
| Receita de Exercícios Anteriores | 77.029 | 1,4 | 339.994 | 5,5 | 746.037 | 9,0 | 341 | 119,4 | 868,5 |
| TOTAL em milhares esc. | 5.487.406 | 100 | 6.191.271 | 100 | 8.287.107 | 100 | 12,8 | 33,9 | 51,0 |
| TOTAL em milhares euros | 27.371,07 | | 30.881,93 | | 41.335,92 | | | | |

Fonte: Mapa de Fluxos Financeiros.

*Inclui os impostos e custos e perdas extraordinárias

**Inclui as vendas ,devolução de compras e descontos, os proveitos suplementares, subsídio à exploração de outras entidades, proveitos e ganhos extraordinários e subsídios ao investimento.

Como se pode observar, existe um crescimento generalizado quer da receita quer da despesa total. Porém, o ritmo de crescimento ao longo destes anos foi mais acentuado na receita do que na despesa (no triénio as despesas cresceram 39% e as receitas 51%).

No que respeita à despesa, destacam-se as “Despesas com Pessoal” que pesaram 52% em 1999 e 2001, e 51% em 2000, enquanto que as “Compras” apenas representaram 21% em cada ano.

Nas despesas com pessoal verifica-se um crescimento 5.895,587 milhares de euros (1.181.959 milhares de escudos) que representa um acréscimo no triénio de 40%, motivado em grande parte pelas horas extraordinárias.



Tribunal de Contas

61

Analisando, ainda, a rubrica de despesas com pessoal e comparando-a com a rubrica de maior peso das receitas, o subsídio do OE, obtém-se a seguinte relação:

| | | 1999 | 2000 | 2001 |
|-----|----------------------------|-----------|-----------|-----------|
| (1) | Subsídio à exploração – OE | 4.187.628 | 4.786.269 | 6.392.545 |
| (2) | Despesas com Pessoal | 2.986.728 | 3.495.795 | 4.168.687 |
| | (2)/(1) | 71 % | 73 % | 65 % |

Dos três anos analisados, verifica-se em 2001 um menor peso das despesas com pessoal relativamente ao subsídio à exploração (65%), sendo 71% e 73% nos anos anteriores.

De referir, ainda, que no período em análise, a despesa com subcontratos, cresceu 1.182,87 milhares de euros (237 145 milhares de escudos) representando um acréscimo de 76%, devido ao consumo dos medicamentos prescritos em ambulatório e cedidos aos utentes através da Farmácia do Hospital.

Quanto à receita, destaca-se o “Subsídio à Exploração” que representou 77 % do total dos recursos em cada ano, não indo as “Prestações de Serviços” para além dos 14,5 %.

QUADRO XLVIII
DESPESA PAGA E RECEITA COBRADA

Unid: milhares de escudos

| Designação | 1999 | | 2000 | | 2001 | | Δ% 99/00 | Δ% 00/01 | Δ% 99/01 |
|----------------------------------|------------------|------------|------------------|------------|------------------|------------|-------------|-------------|-------------|
| | Valor | % | Valor | % | Valor | % | | | |
| DESPESAS | | | | | | | | | |
| Compras | 906.830 | 17,7 | 743.030 | 13,69 | 1.585.300 | 21,9 | -18,1 | 113,4 | 74,8 |
| Imobilizações | 110.755 | 2,2 | 6.921 | 0,1 | 99.737 | 1,4 | -93,8 | 1341,1 | -9,9 |
| Subcontratos | 62.860 | 1,2 | 95.048 | 1,7 | 250.341 | 3,5 | 51,2 | 163,4 | 298 |
| Forn. e Serviços de Terceiros | 507.643 | 9,9 | 664.387 | 12,2 | 843.451 | 11,6 | 30,9 | 27,0 | 66,2 |
| Despesas com Pessoal | 2.963.680 | 57,8 | 3.495.750 | 64,1 | 4.168.687 | 57,5 | 18,0 | 19,3 | 40,7 |
| Custos e Perdas Financeiras | 52 | 0,0 | 128 | 0,0 | 169 | 0,0 | 146,2 | 32,0 | 225 |
| Outras Despesas * | 6.819 | 0,1 | 6.812 | 0,1 | 33 | 0,0 | -0,1 | -99,5 | -99,5 |
| Despesa de Exercícios Anteriores | 568.742 | 11,1 | 437.556 | 8,0 | 299.856 | 4,1 | -23,1 | -31,5 | -47,3 |
| Total em milhares esc. | 5.127.381 | 100 | 5.449.632 | 100 | 7.247.574 | 100 | 6,3 | 33,0 | 41,4 |
| Total em milhares euros. | 25.575,27 | | 27.182,65 | | 36.150,75 | | | | |
| RECEITAS | | | | | | | | | |
| Subsídio à Exploração - OE | 4.187.628 | 81,6 | 4.786.269 | 88,2 | 6.392.545 | 88,2 | 14,3 | 33,6 | 52,7 |
| Prestações de Serviços | 196.288 | 3,8 | 299.250 | 5,5 | 565.874 | 7,8 | 52,5 | 89,1 | 188 |
| Proveitos e Ganhos Financeiros | 18.324 | 0,4 | 25.815 | 0,5 | 39.944 | 0,6 | 40,9 | 54,7 | 118 |
| Outras Receitas ** | 678.426 | 13,2 | 121.461 | 2,2 | 83.955 | 1,2 | -82,1 | -30,9 | -87,6 |
| Receita de Exercícios Anteriores | 48.823 | 1,0 | 195.278 | 3,6 | 459.913 | 6,3 | 300,0 | 135,5 | 842 |
| Total em milhares esc. | 5.129.489 | 100 | 5.428.073 | 100 | 7.542.231 | 100 | 5,8 | 38,9 | 47,0 |
| Total em milhares euros. | 25.585,78 | | 27.075,11 | | 37.620,49 | | | | |

Fonte: Mapa de Fluxos Financeiros.

*inclui os impostos e custos e perdas extraordinárias.

** Inclui as vendas, devolução de compras e descontos, os proveitos suplementares, subsídio à exploração de outras entidades, proveitos e ganhos extraordinários e subsídios ao investimento.

Da comparação dos dois quadros anteriores, constata-se que a despesa paga nos anos de 1999 e 2000 correspondeu respectivamente a 89 % e 79 % do total da despesa efectuada nesses anos, encontrando-se em dívida, essencialmente, as despesas provenientes de “Compras” e de “Subcontratos”. Em 2001, devido ao acréscimo de 34 % do “Subsídio de Exploração”, existiu o pagamento de 90 % da despesa realizada.

Comparando os valores da receita processada com os valores da receita cobrada, verifica-se que as “Prestações de Serviços” e as “Receitas de Exercícios Anteriores” foram as rubricas em que o hospital teve maior dificuldade na cobrança da receita.



61

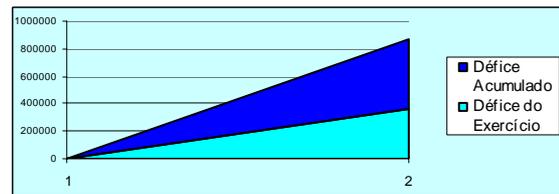
5.1.2. –Défice do Exercício de 2001 e Dívida Acumulada

O apuramento do défice do exercício de 2001, apresenta-se nos quadros e gráficos seguintes:

QUADRO XLIX
DÉFICE FINANCEIRO EM 2001

| | | |
|----|---|------------------|
| 1 | Receita cobrada do exercício | 7.082.317 |
| 2 | Despesa total do exercício | 7.450.573 |
| 3 | Saldo inicial de "fundos próprios" | 766 |
| 4 | Receita cobrada de exercícios anteriores | 459.913 |
| 5 | Despesa total de anos anteriores (a) | 587.966 |
| 6 | Regularizações de responsabilidades (b) | 569.060 |
| 7 | Despesa não relevada na contabilidade (c) | 2.351 |
| 8 | Receita Total Cobrada em 2001 (1+3+4) | 7.542.997 |
| 9 | Despesa Total Acumulada em 2001 (2+5+6+7) | 8.609.950 |
| 10 | Défice do Exercício (1-2) | 368.256 |
| 11 | Défice de Anos Anteriores (3+4-5) | 127.287 |
| 12 | Défice Acumulado (10+11) | 495.542 |
| 13 | Défice Oculto (6+7) | 571.411 |
| 14 | Défice Total (12+13) (milh. esc.) | 1.066.953 |
| | Défice Total (12+13) (milh. euros) | 5.322 |

Gráfico XXVI – Déficit Financeiro de 2001



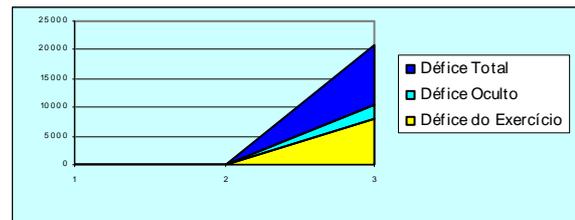
Fonte: Auditoria à Situação Financeira do SNS (Relatório n.º 10/03 – 2ª S)

- (a) Valor da despesa total realizada no exercício de 2001 relativa a anos anteriores e despesa realizada em anos anteriores que transitou em dívida para 2001.
 (b) Facturas emitidas em 2001 e não relevadas na contabilidade de 2001.
 Despesa paga através de fundos transferidos pela Direcção Geral do
 (c) Facturas emitidas em 2001 e não relevadas na contabilidade de 2001.

QUADRO L
DÉFICE ECONÓMICO EM 2001

| | | |
|---|---|---------------|
| 1 | Receita total do exercício | 7.541.070 |
| 2 | Despesa total do exercício | 7.450.573 |
| 3 | Receita total de anos anteriores (a) | 2.172 |
| 4 | Despesa total de anos anteriores (b) | 100.704 |
| 5 | Despesa não relevada na contabilidade | 2.351 |
| 6 | Défice do exercício (1+3-2-4) | 8.036 |
| 7 | Défice oculto (5) | 2.351 |
| 8 | Défice total (6+7) (milh. esc.) | 10.386 |
| 8 | Défice total (6+7) (milh. euros) | 52 |

Gráfico XXVII – Déficit Económico de 2001



Fonte: Auditoria à Situação Financeira do SNS (Relatório n.º 10/03-2ª S)

- (a) Valor da receita total emitida relativa a anos anteriores mas registada pela 1.ª vez em 2001.
 (b) Valor da despesa total realizada relativa a anos anteriores mas registada pela 1.ª vez em 2001.

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

- O défice financeiro total atingiu o montante de 5.322 milhares de euros, dado que a despesa realizada no ano de 2001 acrescida dos montantes que transitaram em dívida de anos anteriores ultrapassou em 13,5% o valor da receita cobrada.



Tribunal de Contas

61

- O défice económico total apresenta um índice de cobertura inferior à unidade, traduzindo que a receita total do hospital não foi suficiente para fazer face ao total da despesa.

Os quadros seguintes evidenciam que o hospital apresenta um valor de dívida que totaliza 3.945,3 milhares de euros (790.965 milhares de escudos) quando apurado pelo Mapa de Fluxos Financeiros e se apurado no âmbito da “Auditoria à Situação Financeira dos SNS” esse valor atinge os 3.918,6 milhares de euros (785.600 milhares de escudos), verificando-se uma diferença de 26,7 milhares de euros (5.365 milhares de escudos).

QUADRO LI

DÍVIDAS DA INSTITUIÇÃO EM 2001

Unid: milhares de escudos

| CREDORES | até 31/12/00 | de 2001 | Total |
|-----------------------------|-----------------|-----------------|-----------------|
| Instituições do SNS | | | |
| - ARS | 176 | 211.423 | 211.599 |
| - Hospitais | 217.268 | 70.396 | 287.665 |
| - Outros Serviços SNS | 60.647 | 22.342 | 82.989 |
| Sub- total (1) | 278.091 | 304161 | 582.252 |
| Fornecedores –Compras | 2.839 | 118.615 | 121.454 |
| Fornecedores- Imobilizado | 473 | 11.057 | 11.530 |
| Outros Fornec . e Serviços | 263 | 69.228 | 69.491 |
| Pessoal | 873 | | 873 |
| Sub- total (2) | 4.448 | 198.900 | 203.348 |
| TOTAL (3)= (1)+(2) | 282.539 | 503.061 | 785.600 |
| Em milhares de euros | 1.409,30 | 2.509,26 | 3.918,56 |

Fonte: Auditoria à Situação Financeira do SNS (Relatório n.º 10/03 – 2ª S)

QUADRO LII

DÍVIDAS DA INSTITUIÇÃO EM 2001

Unid: milhares de esc.

| | Até 31/12/00 | Total de 2001 |
|-----------------------------|-----------------|------------------|
| Dívida Exercício | | 502.855 |
| Dívida Exer. Ant. | 288.110 | |
| Dívida Total | | 790.965 |
| Em milhares de euros | | 3.945,32 |

Fonte: Mapa de Fluxos Financeiros

A diferença refere-se a dívidas de anos anteriores, conforme informação fornecida pelo hospital no âmbito da auditoria à Situação Financeira do SNS, tendo-se comprometido este a que no decurso de 2002 essas dívidas seriam analisadas e rectificadas.

Da análise do quadro LI, verifica-se que, o hospital se endividou substancialmente de 2000 para 2001, perante os credores externos e, de entre eles, foram as dívidas a “Fornecedores – Compras” o motivo deste agravamento, passando de 2.839 para 121.454 milhares de escudos, muito embora tivesse ocorrido, em 2001, um processo de regularização de responsabilidades.



5.2. – CUSTOS E PROVEITOS

A evolução dos custos e proveitos ao longo do triénio (1999- 2001), foi a que se apresenta no quadro seguinte:

QUADRO LIII
MAPA COMPARATIVO DOS CUSTOS E PROVEITOS POR NATUREZA

Unid: milhares de escudos

| Designação | 1999 | | 2000 | | 2001 | | Δ% 99/00 | Δ% 00/01 | Δ% 99/01 |
|---|------------------|-------------|------------------|-------------|------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| | Valor | % | Valor | % | Valor | % | | | |
| CUSTOS | | | | | | | | | |
| 61 Custo das mercadorias | 1.178.594 | 18,1 | 1.396.265 | 18,9 | 1.661.803 | 19,3 | 18,5 | 19,0 | 41,0 |
| 62 Fornec. Serviços Externos | 857.393 | 13,2 | 1.240.679 | 16,8 | 1.466.976 | 17,0 | 44,7 | 18,2 | 71,1 |
| 63 Impostos | 24 | 0,0 | 6.812 | 0,1 | 33 | 0,0 | 28.283,3 | -99,5 | 37,5 |
| 64 Custos c/ Pessoal | 2.986.728 | 45,9 | 3.495.795 | 47,4 | 4.168.687 | 48,3 | 17,0 | 19,2 | 39,6 |
| 66 Amortizações | 1.420.593 | 21,8 | 1.202.441 | 16,3 | 1.211.965 | 14,0 | -15,4 | 0,8 | -14,7 |
| Total dos Custos Operacionais | 6.443.332 | 99,1 | 7.341.992 | 99,5 | 8.509.464 | 98,6 | 13,9 | 15,9 | 32,1 |
| 68 Custos e Perdas Financeiras | 52 | 0,0 | 127 | 0,0 | 169 | 0,0 | 144,2 | 33,1 | 225,0 |
| 69 Custos e Perdas Extraordinárias | 61.011 | 0,9 | 40.175 | 0,5 | 119.596 | 1,4 | -34,2 | 197,7 | 96,0 |
| Total de Custos em milhares de esc. | 6.504.395 | 100 | 7.382.294 | 100 | 8.629.229 | 100 | 13,5 | 16,9 | 32,7 |
| em milhares de euros | 32.443,79 | | 36.822,73 | | 43.042,41 | | | | |
| PROVEITOS | | | | | | | | | |
| 71 Vendas | 7.198 | 0,1 | 4.131 | 0,1 | 366 | 0,0 | -42,6 | -91,1 | -94,9 |
| 72 Prestações de Serviços | 506.277 | 10,4 | 895.683 | 15,3 | 1.017.851 | 11,8 | 76,9 | 13,6 | 101,0 |
| 73 Proveitos Suplementares | 22.820 | 0,5 | 24.328 | 0,4 | 26.295 | 0,3 | 6,6 | 8,1 | 15,2 |
| 74 Subsídios à Exploração | 4.226.934 | 86,4 | 4.796.365 | 82,0 | 6.394.534 | 74,1 | 13,5 | 33,3 | 51,3 |
| 76 Outros Proveitos Operacionais | 27.633 | 0,6 | 35.516 | 0,6 | 27.447 | 0,3 | 28,5 | -22,7 | -0,7 |
| Total dos Proveitos Operacionais | 4.790.862 | 97,9 | 5.756.023 | 98,4 | 7.466.493 | 86,5 | 20,1 | 29,7 | 55,8 |
| 78 Proveitos e Ganhos Financeiros | 18.612 | 0,4 | 27.070 | 0,5 | 40.064 | 0,5 | 45,4 | 48,0 | 115,3 |
| 79 Proveitos e Ganhos Extraordinários | 81.817 | 1,7 | 66.137 | 1,1 | 370.854 | 4,3 | -19,2 | 460,7 | 353,3 |
| Total de Proveitos em milhares de esc. | 4.891.291 | 100 | 5.849.230 | 100 | 7.877.411 | 100 | 19,6 | 34,7 | 61,0 |
| em milhares de euros | 24.397,66 | | 29.175,84 | | 39.292,36 | | | | |

Fonte: Demonstração de Resultados.

Globalmente verificaram-se crescimentos de **32,7% nos Custos** e de **61% nos Proveitos**. No entanto **em valores absolutos os Custos foram superiores aos Proveitos** originando resultados líquidos negativos.

Para o crescimento dos custos contribuíram os acréscimos verificados em “*Fornecimentos e Serviços Externos*” (71,1%), “*Custos com Mercadorias Vendidas e Consumidas*”(41%) e “*Custos com Pessoal*” (39,6%).

De referir que os “*Custos com Pessoal*” e os “*Custos com Mercadorias Vendidas e Consumidas*” corresponderam respectivamente a cerca de 48% e 19% do total dos custos de cada ano e que os “*Fornecimentos e Serviços Externos*” passaram de um peso relativo de 13% em 1999 para 17% em 2001 (em resultado do recurso crescente a serviços de Outsourcing).

Dentro da rubrica “*Custos com Pessoal*”, seleccionou-se o custo com horas extraordinárias a fim de constatar de entre as áreas seleccionadas aquela que representa maior peso.



QUADRO LIV

Horas Extraordinárias - Totais/Urgência, Consulta Externa, Internamento e Actividade Cirúrgica

unid.milh.esc.

| RUBRICA | 1999 | | 2000 | | 2001 | | Δ% | | |
|---|---------|------|---------|------|---------|------|-------|-------|-------|
| | Valor | % | Valor | % | Valor | % | 99/00 | 00/01 | 99/01 |
| Remunerações Adicionais – H. Ext | 416.353 | 100 | 495.065 | 100 | 604.682 | 100 | 18,9 | 22,1 | 45,2 |
| Horas Ext. - Urgência | 172.573 | 41,4 | 168.772 | 34,1 | 165.695 | 27,4 | -2,2 | -1,8 | -4,0 |
| Horas Ext. - Consulta externa | 7.099 | 1,7 | 8.366 | 1,7 | 14.291 | 2,4 | 17,8 | 70,8 | 101,3 |
| Horas Ext. - Internamento | 128.591 | 30,9 | 150.319 | 30,4 | 239.429 | 39,6 | 16,9 | 59,3 | 86,2 |
| Horas Ext – Act .Cirúrgica | 69.375 | 16,7 | 101.362 | 20,5 | 98.163 | 16,2 | 46,1 | -3,2 | 41,5 |

Fonte: Balançetes Analíticos e Contabilidade Analítica de 1999 a 2001

Do resultado desta análise verificou-se que o custo com as horas extraordinárias:

- Teve um acréscimo global de 45,2%, entre os anos de 1999 e 2001;
- Representou, no Internamento, cerca de 31% do custo total, em 1999 e 2000 e 40% em 2001;
- Registou na Urgência, valores que foram decrescendo entre os anos de 1999 e 2001, passando de 41% do custo total em 1999 para 27% em 2001.

Pelo que se pode concluir que os custos com horas extraordinárias, tiveram um maior peso na Urgência nos anos de 1999 e 2000 (com respectivamente 41,4% e 34,1% do total dos custos), e no Internamento em 2001 (representando 39,6% dos custos totais desse ano).

No que respeita aos Proveitos do triénio, destacam-se os crescimentos de 101% e 51,3% verificados respectivamente na “Prestação de Serviços” e no “Subsídio de Exploração”, representando este último respectivamente 86%, 82% e 74% do total dos proveitos verificados em 1999, 2000 e 2001.

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

QUADRO LV PRESTAÇÕES DE SERVIÇOS

Unid: milhares de escudos

| Rubricas | 1999 | 2000 | 2001 | Var. 99/00 | Var. 00/01 | Var. 99/01 |
|-------------------------------------|-----------------|-----------------|------------------|---------------|---------------|---------------|
| Actividade Hospitalar | | | | | | |
| Internamento | 234.616 | 431.985 | 492.438 | 84,12 | 13,99 | 109,89 |
| Consulta | 22.707 | 34.934 | 48.978 | 53,85 | 40,20 | 115,70 |
| Urgência | 30.730 | 50.122 | 58.153 | 63,10 | 16,02 | 89,24 |
| Quartos Particulares | 28.537 | 39.403 | 37.854 | 38,08 | -3,93 | 32,65 |
| SAP | 8.027 | 11.557 | 12.880 | 43,98 | 11,45 | 60,46 |
| MCDT | 91.506 | 204.151 | 204.862 | 123,10 | 0,35 | 123,88 |
| Taxas Moderadoras | 82.638 | 99.050 | 118.754 | 19,86 | 19,89 | 43,70 |
| Outras | 7.516 | 24.481 | 43.932 | 225,72 | 79,45 | 484,51 |
| Total em milhares de escudos | 506.277 | 895.683 | 1.017.851 | 76,92 | 13,64 | 101,05 |
| Em milhares de euros | 2.525,30 | 4.467,65 | 5.077,02 | | | |

Fonte: Balançetes Analíticos.



6.- Produtos Farmacêuticos e Material de Consumo Clínico

6.1. – CUSTOS DE PRODUTOS FARMACÊUTICOS E DE MATERIAL DE CONSUMO CLÍNICO

Os custos com “Produtos Farmacêuticos” e com “Material de Consumo Clínico” representam no seu conjunto mais de 90% do total dos “Custos com Mercadorias Vendidas e Consumidas” (que é a 2ª maior rubrica de custos).

No quadro LVI pode observar-se a sua discriminação por sub-rubricas bem como a evolução verificada ao longo do período em análise.

QUADRO LVI
CUSTOS COM MERCADORIAS VENDIDAS E CONSUMIDAS
Unid: milhares de escudos

| RUBRICA | 1999 | | 2000 | | 2001 | | Var. % 99/00 | Var. % 00/01 | Var. % 99/01 |
|-------------------------------------|------------------|------------|------------------|------------|------------------|------------|-----------------|-----------------|-----------------|
| | Valor | % | Valor | % | Valor | % | | | |
| Produtos Farmacêuticos | 664.355 | 56,4 | 847.573 | 60,7 | 980.798 | 59,1 | 27,6 | 15,7 | 47,6 |
| Material de Consumo Clínico | 395.344 | 33,5 | 451.830 | 32,4 | 554.585 | 33,4 | 14,3 | 22,7 | 40,3 |
| Produtos Alimentares | 1.052 | 0,1 | 1.084 | 0,1 | 1.095 | 0,1 | 3,0 | 1,0 | 4,1 |
| Material de Consumo Hoteleiro | 55.261 | 4,7 | 38.409 | 2,8 | 45.986 | 2,8 | -30,5 | 19,7 | -16,8 |
| Material de Consumo Administrativo | 38.957 | 3,3 | 33.884 | 2,4 | 41.435 | 2,5 | -13,0 | 22,3 | 6,4 |
| Material de Manut. e Conservação | 23.625 | 2,0 | 23.121 | 1,7 | 37.904 | 2,3 | -2,1 | 63,9 | 60,4 |
| Outro Material Consumo | | | 364 | 0,0 | | | | | |
| Total em milhares de escudos | 1.178.594 | 100 | 1.396.265 | 100 | 1.661.803 | 100 | 18,5 | 19,0 | 41,0 |
| Em milhares de euros | 5.878,80 | | 6.964,54 | | 8.289,04 | | | | |

Fonte: Balancetes Analíticos

Da análise destes valores resultam as seguintes observações:

Na estrutura de custos de mercadorias vendidas e consumidas a proporção dos custos com “Produtos Farmacêuticos” cresceu de 56,4% para 60,7%, enquanto que a proporção dos custos com “Material de Consumo Clínico” foi sensivelmente constante, cerca de 33%;

Em termos absolutos, os custos com “Produtos Farmacêuticos”, bem como os custos com “Material de Consumo Clínico”, aumentaram significativamente ao longo do triénio, respectivamente, em 47,6% e 40,3%. Esses crescimentos resultaram do crescimento de actividade verificado no HSS. No quadro seguinte indicam-se as variações percentuais 99/2001 de estatísticas que ilustram esse aumento de actividade.

QUADRO LVII

| Indicadores de actividade | Var. % 99/01 |
|---------------------------------|--------------|
| N.º de consultas realizadas | 66,6 |
| N.º de atendimentos na urgência | 12,4 |
| Dias de internamento no período | 17,8 |
| N.º de cirurgias | 44,9 |

As evoluções dos aumentos dos custos com “Produtos Farmacêuticos” e dos custos com “Material de Consumo Clínico” foram distintas.



Tribunal de Contas

61

Os custos com “Produtos Farmacêuticos” aumentaram, em 2000, de 27,6%, tendo-se verificado em 2001 um acréscimo menor, de 15,7 %. Esta desaceleração dos acréscimos ocorreu com os custos directos das consultas e não se verificou com os custos directos do internamento e do Bloco Operatório.

Os custos com “Material de Consumo Clínico” cresceram, em 2000, em 14,3% e no ano seguinte em 22,7%. Como se verifica no quadro e gráfico seguintes, os acréscimos destes custos acompanharam a tendência da evolução dos custos directos totais com o internamento e o Bloco Operatório.

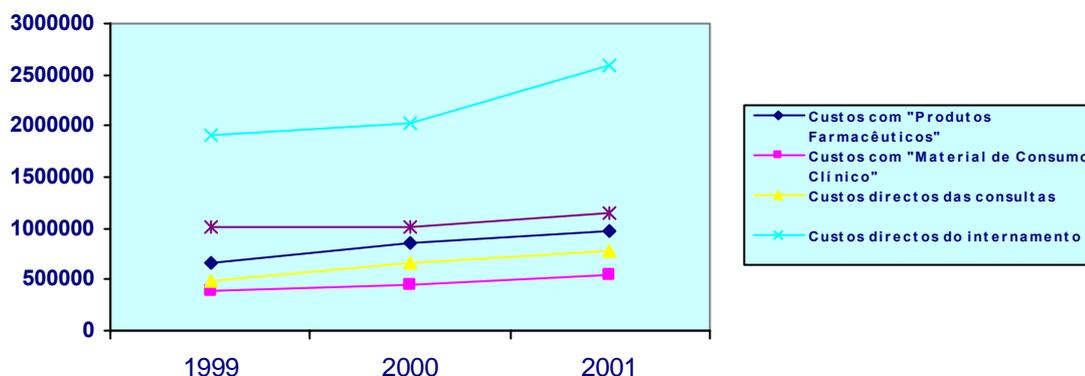
QUADRO LVIII

| Custos directos | Var. % 99/00 | Var.% 00/01 | Var.% 99/01 |
|-----------------|--------------|-------------|-------------|
| Consultas | 33,2 | 20,4 | 60,3 |
| Internamento | 9,2 | 24,1 | 35,5 |
| Cirurgias | -0,4 | 12,4 | 12,9 |

Gráfico XXVIII

Evolução de custos directos do internamento e do Bloco Operatório com custos totais de medicamentos e material de consumo clínico.

Unidade: Milhares de escudos



Por outro lado, da análise do quadro seguinte também se verifica que o volume dos acréscimos de custos com Produtos Farmacêuticos consumidos resulta do peso relativo dos custos com Medicamentos e respectivos acréscimos anuais.

Nos custos com produtos farmacêuticos consumidos, os medicamentos representaram 75,8%, 80,8% e 80,5%, respectivamente, nos anos de 1999, 2000 e 2001.

Também, a taxa de crescimento de custos com Medicamentos foi superior ou semelhante à taxa de crescimento dos custos com Produtos Farmacêuticos (36,1% contra 27,6% em 1999/2000 e 15,3% vs 15,7% em 2001/2000). No triénio, a taxa de crescimento de custos com Medicamentos foi superior à dos custos com Produtos Farmacêuticos (56,9 % e 47,6%).



61

QUADRO LIX CUSTOS COM PRODUTOS FARMACÊUTICOS CONSUMIDOS

Unid.: milhares de escudos

| PRODUTOS FARMACÊUTICOS | 1999 | | 2000 | | 2001 | | Var. % 99/00 | Var. % 00/01 | Var. % 99/01 |
|---|-----------------------------|------------|-----------------|------------|-----------------|------------|-----------------|-----------------|-----------------|
| | Valor | % | Valor | % | Valor | % | | | |
| 616511. Medicamentos | 503 371 | 75,8 | 684 944 | 80,8 | 789 938 | 80,5 | 36,1 | 15,3 | 56,9 |
| 616512. Reagentes e produtos de diagnóstico | 137 846 | 20,7 | 132 658 | 15,7 | 154 462 | 15,7 | -3,8 | 16,4 | 12,1 |
| 616519. Outros produtos farmacêuticos | 23.138 | 3,5 | 29 971 | 3,5 | 36 398 | 3,7 | 29,5 | 21,4 | 57,3 |
| 61651 Total | 664.355 | 100 | 847.573 | 100 | 980.798 | 100 | 27,6 | 15,7 | 47,6 |
| | Em milhares de euros | | 4 227,68 | | 4 892,20 | | | | |

Fonte: Balançetes Analíticos

► Medicamentos Cedidos Gratuitamente

O quadro e gráfico seguintes reflectem os valores de custos com medicamentos cedidos a título gratuito no ambulatório do HSS, nos termos da legislação em vigor. A sua evolução acompanha o crescimento da actividade no triénio, ou seja, estes custos cresceram, em valores aproximados, de 12 mil contos em 1999, distribuídos por duas patologias, para 15 mil no ano seguinte, e perfazendo 50 mil contos em 2001, distribuídos por seis patologias.

Em 2001, cerca de dois terços do valor de custos com medicamentos gratuitos distribui-se por doentes oncológicos e doentes com esclorose.

O HSS não acompanha doentes seropositivos em termos de consulta externa e ambulatório. Consequentemente o HSS não procede à distribuição de medicação para o H.I.V. Estes doentes são desviados para o Hospital Central de Gaia ou para o Hospital Joaquim Urbano, do Porto (estabelecimento específico de infecto-contagiosas).

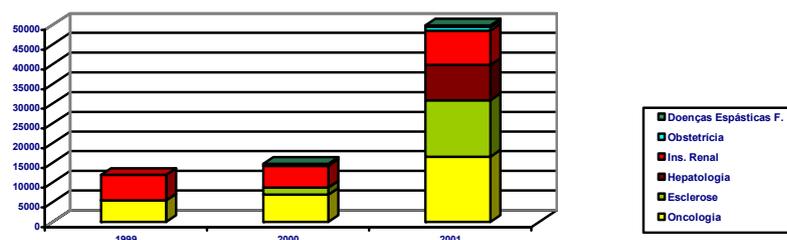
QUADRO LX MEDICAMENTOS CEDIDOS GRATUITAMENTE NO AMBULATÓRIO

Unid.: milhares de escudos

| PATOLOGIAS | 1999 | | 2000 | | 2001 | | Var. % 99/00 | Var. % 00/01 | Var. % 99/01 |
|---------------------------------|---------------|------------|---------------|------------|----------------|------------|-----------------|-----------------|-----------------|
| | Valor | % | Valor | % | Valor | % | | | |
| Esclorose | - | - | 1.874 | 12,7 | 14.334 | 28,7 | - | 664,9 | - |
| Hepatologia | - | - | - | - | 8.960 | 18,0 | - | - | - |
| Insuficiência Renal | 6.501 | 54,5 | 5.456 | 37,0 | 8.694 | 17,4 | -16,1 | 59,3 | 33,7 |
| Obstetrícia (Consulta de Risco) | - | - | 320 | 2,2 | 864 | 1,7 | - | 170,0 | - |
| Doenças Espásticas Familiares | - | - | 198 | 1,3 | 475 | 1,0 | - | 139,9 | - |
| Oncologia | 5.427 | 45,5 | 6.882 | 46,8 | 16.575 | 33,2 | 26,8 | 140,8 | 205,4 |
| Total em milhares esc | 11.928 | 100 | 14.730 | 100 | 49.902 | 100 | 23,5 | 238,8 | 318,4 |
| em milhares euros | 59,497 | | 73,473 | | 248,910 | | | | |

Fonte: HSS

GRÁFICO XXIX Medicamentos cedidos gratuitamente no ambulatório



Fonte: HSS



6.2. – CONTROLO DE CONSUMOS DE PRODUTOS FARMACÊUTICOS

Face ao peso significativo verificado nos custos com “Produtos Farmacêuticos”, torna-se pertinente fazer uma **avaliação do controlo exercido pelos serviços Farmacêuticos⁹⁸ do HSS sobre o consumo e distribuição de medicamentos.**

► Distribuição e Controlo de Medicamentos

A distribuição de medicamentos no HSS processa-se, nas diferentes áreas, da seguinte forma:

| Formas de distribuição de medicamentos |
|---|
| Internamento <ul style="list-style-type: none">• Em regra, por “Malas de Farmácia” (contendo “unidoses”) que diariamente são entregues em cada serviço (enfermaria/ especialidade);• Em situações de excepção, através de requisições à farmácia e do acesso aos “Armários Recurso” existentes em cada serviço. |
| Urgência <ul style="list-style-type: none">• Em regra, pelo “Stock Mínimo” de medicamentos existentes na urgência, na denominada “farmácia da urgência”;• Quando necessário, recurso à Farmácia ou aos “Armários Recurso” existentes nos outros serviços. |
| Consultas e Ambulatório <ul style="list-style-type: none">• Verificam-se apenas situações de medicamentos específicos em que são os doentes que se dirigem à Farmácia do HSS munidos de prescrição médica. |

O HSS dispõe ainda de “Carros de emergência” nas diferentes alas do hospital. Estes, entre outros produtos, contêm medicamentos.

➤ Testes Efectuados

Foram efectuados testes, pelo método de amostragem não estatística utilizando a técnica de selecção por blocos, com o objectivo de verificar a conformidade dos:

- procedimentos instituídos.
- stocks existentes nos “armários de recurso”.
- registos de prescrição e de suspensão de terapêutica antibiótica.

⁹⁸ Os Serviços Farmacêuticos do HSS são responsáveis pela aquisição, distribuição e controlo dos medicamentos.



Tendo-se concluído que:

- Os stocks existentes nos “Armários recurso” encontravam-se dentro dos valores pré definidos;
- Relativamente ao “Armário recurso” do SO verificou-se a não existência de registos que permitissem conferir, de forma expedita, os medicamentos existentes com as saídas e a última reposição de níveis. Apesar do carácter do serviço de urgência, parece que não seria dificilmente exequível que em cada retirada fosse registado o produto farmacêutico levantado com o número do respectivo episódio de urgência;
- Os registos de prescrição no internamento coincidiram com a distribuição.
- Os extractos de inventário permanente da farmácia não continham informação que permitisse estabelecer onexo entre determinada devolução (doente/número de processo) e uma entrada em stock. A mesma situação verificou-se relativamente às saídas. A limitação da respectiva aplicação informática foi reconhecida pela Farmácia e pela Administração do HSS, encontrando-se os Serviços de Informática do hospital a desenhar nova aplicação conforme informação recolhida;
- Em seis testes efectuados ao carregamento das “Malas de farmácia” foi detectado um medicamento a mais numa das seis gavetas, bem como noutra situação a não actualização das listas de distribuição que deveriam relacionar de forma final (definitiva) os medicamentos carregados nas “Malas de farmácia”.

Do levantamento e avaliação do sistema de controlo de consumos de medicamentos, **conclui-se** assim que, apesar das duas deficiências existentes⁹⁹, os procedimentos instituídos garantem uma margem adequada de segurança.

6.3. – CONTROLO DE CONSUMOS DE MATERIAL DE CONSUMO CLÍNICO

O **Material de Consumo Clínico é fornecido pelos Serviços pelo Aprovisionamento** utilizando um método bastante original, isto é, o Armazém funciona como um “supermercado” onde os enfermeiros - chefes de cada serviço se vão abastecer, utilizando para esse efeito um cartão de débito com faixa magnética, com um plafond monetário atribuído mensalmente, pelos Administradores dos respectivos Centros de Responsabilidade, para o total de produtos de consumo clínico.

Após o levantamento dos produtos, é editada e entregue ao enfermeiro – chefe uma “factura” onde se encontra explicitado o material bem como o respectivo valor, rubricando este uma cópia dessa factura, que fica no Armazém, para efeitos de controlo.

De referir, ainda, que o Armazém funciona em Inventário Permanente, com stocks muito pequenos, dada a facilidade com que os fornecedores procedem à reposição dos produtos, e que, cumprindo critérios de racionalização é efectuada a reembalagem do material, para poderem ser fornecidas menores quantidades dos vários itens.

⁹⁹ Falta de registos de saídas do armário de recurso do SO e limitações da aplicação informática da Farmácia.



O suporte informático utilizado no Aprovisionamento permite indicar:

- os pontos de encomenda.
- as quantidades a encomendar.
- proceder a pedidos automaticamente (na prática não efectua esta ultima função, havendo necessidade de proceder a revisões e alterações em cada encomenda) .

Para **testar os procedimentos do Armazém**, assistiu-se ao conjunto de compras de um serviço consumidor e através da cópia da respectiva factura, verificou-se que (ao contrário do que se observou na Farmácia), este extracto reflectia os números das compras (n.ºs de pedido), constituindo assim um elemento de reporte, de ligação entre os registos históricos do inventario e as “facturas” (levantamentos de armazém), ou vice-versa.

Para testar a razoabilidade dos stocks acumulados foi ainda efectuada a contagem dos stocks existentes nos armários de recurso de alguns serviços, verificando-se que as quantidades existentes não ultrapassavam os plafond previamente estabelecidos.

Pode pois concluir-se **pela conformidade dos procedimentos** e que os mesmos traduzem uma gestão baseada na **racionalização e controlo do consumo de material clínico**.

7. - Referencias finais

7.1. - **RELAÇÃO DOS RESPONSÁVEIS**

Os responsáveis pelas gerências de 1999 2000 e 2001 , encontram-se identificados no Anexo I.

7.2. - **COLABORAÇÃO PRESTADA**

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

7.3. - **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 II, são devidos pelo HSS, emolumentos no montante de 15.516,50 €

São, ainda, devidos encargos, nos termos do n.º 3 do art.º 56º da Lei n.º 98/97, de 26 de Agosto, aplicável por força do disposto no n.º4 do mesmo artigo, no montante de 7.914,26€ fixados em conformidade com o n.º 5 do referido preceito.



8 - Determinações finais

8.1 - O presente relatório deverá ser remetido:

- a) À Ministra de Estado e das Finanças
- b) Ao Ministro da Saúde;
- c) À entidade auditada;
- d) Às entidades envolvidas na acção relativamente às quais tenha sido exercido o princípio do contraditório.

8.2 - 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, remeta-se ao Ministério Público, junto deste Tribunal, cópia do presente Relatório acompanhada dos respectivos anexos.

8.3.-O Conselho de Administração do HSS-SA, deverá no prazo de seis meses após a recepção deste Relatório, comunicar ao Tribunal de Contas a sequência dada às recomendações formuladas.

Aprovado, em Subsecção da 2.ª Secção do Tribunal de Contas em 4 de Dezembro de 2003

O Juiz Conselheiro Relator,

(Lia Olema Videira de Jesus Correia)

Os Juizes Conselheiros

(Manuel Raminhos Alves de Melo)

(João Pinto Ribeiro)



Tribunal de Contas

ANEXO I



Relação de Responsáveis

| Anos | Período da Gerência | Identificação do Responsável | Cargo |
|-------------|---------------------|---|-------------------------|
| 1999 e 2000 | 01.01.99 a 31.12.00 | Dr. Hugo de Almeida de Azevedo Meireles | Director |
| | 01.01.99 a 31.12.00 | Dr. António Davide de Lima Cardoso | Administrador |
| | 01.01.99 a 31.12.00 | Dr ^a Belina Rosa Gonçalves Nunes | Directora Clínica |
| | 01.01.99 a 31.12.00 | Filomena Maria Gonçalves Macedo | Enfermeira Directora |
| 2001 | 01.01.01 a 31.12.01 | Dr. Hugo de Almeida de Azevedo Meireles | Director |
| | 01.01.01 a 31.12.01 | Dr. António Davide de Lima Cardoso | Administrador-Delegado |
| | 01.01.01 a 31.12.01 | Dr. Paulo Pires Figueiredo | Director Clínico |
| | 01.01.01 a 31.12.01 | Filomena Maria Gonçalves Macedo | Enfermeira Directora |



ANEXO II



Tribunal de Contas

Emolumentos e outros encargos

(D.L. n.º 66/96, de 31.5)

Departamento de Auditoria VI

Proc.º n.º 03/02 – AUDIT.

Relatório n.º _____

Entidade fiscalizada: Hospital São Sebastião – Santa Maria da Feira

Entidade devedora: Hospital São Sebastião – Santa Maria da Feira SA

Regime jurídico: AA

AAF



Unid: euros

| Descrição | BASE DE CÁLCULO | | | Valor |
|---|----------------------|------------------|----------------------------|-------------|
| | Custo Standard a) | Unidade Tempo | Receita Própria/ Lucros | |
| Acções fora da área da residência oficial | 119,99€ | 307 | | 36 836,93€ |
| Acções na área da residência oficial | 88,29€ | 747 | | 65 952,63€ |
| 1% s/ Receitas Próprias..... | | | | |
| 1% s/ Lucros | | | | |
| | | | | |
| Emolumentos calculados | | | | 102 789,56€ |
| | | | | |
| Limite máximo (VR) (b) | | | | 15 516,50€ |
| | | | | |
| Emolumentos a pagar | | | | 15 516,50€ |

a) cf. Resolução n.º 4/98 – 2.ªS

b) Limite máximo da auditoria.

Consultor externo

(Lei n.º 98/97 – art.º 56.º)

| | |
|---|-------------------|
| - Prestação de serviços | 7 914,26€ |
| - Outros encargos | |
| Total a suportar pela entidade fiscalizada | 23 430,76€ |

O Coordenador da Equipa de Auditoria