



Tribunal de Contas

Auditoria de Resultados

Hospital São Sebastião, EPE



Relatório n.º 23/06 – 2ªS
Processo n.º 34/05-Audit



ÍNDICE

FICHA TÉCNICA.....	2
GLOSSÁRIO.....	3
RELAÇÃO DE SIGLAS.....	6
I.-SUMÁRIO EXECUTIVO	7
1.1 - INTRODUÇÃO	7
1.1.1 – <i>Natureza, Âmbito e Objectivos de Auditoria</i>	7
1.1.2 – <i>Enquadramento Geral</i>	7
1.1.3– <i>Condicionantes da Acção</i>	8
1.1.4– <i>Audição de Responsáveis</i>	8
1.2 – CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES.....	9
1.2.1– <i>Conclusões</i>	9
1.2.2– <i>Recomendações</i>	12
II.- RELATÓRIO.....	13
2.1 – AVALIAÇÃO DO DESEMPENHO.....	13
2.1.1– <i>Avaliação da Eficácia</i>	13
2.1.2– <i>Avaliação da Eficiência e da Adequação da Oferta à Procura</i>	17
2.1.2.1 – <i>CONSULTA EXTERNA</i>	17
2.1.2.2 – <i>INTERNAMENTO</i>	17
2.1.2.3 – <i>ACTIVIDADE CIRÚRGICA</i>	20
2.1.2.4 – <i>URGÊNCIA</i>	17
2.1.3– <i>Avaliação da Equidade no Acesso</i>	22
2.1.4 – <i>Avaliação da Qualidade</i>	22
2.1.4.1– <i>INDICADORES TÉCNICOS DE QUALIDADE</i>	22
2.1.4.2 – <i>RECLAMAÇÕES AO GABINETE DO UTENTE</i>	25
2.2 – RECURSOS UTILIZADOS PELO HOSPITAL	27
2.2.1 – <i>Recursos Humanos</i>	27
2.2.2– <i>Recursos Financeiros</i>	27
2.3 – ANÁLISE DA SITUAÇÃO ECONÓMICO-FINANCEIRA.....	30
2.3.1 – <i>Défice/Excedente Financeiro e Económico</i>	30
2.3.2– <i>Endividamento</i>	31
2.3.2.1– <i>Endividamento Financeiro</i>	32
2.3.2.2– <i>Regularizações de Passivos</i>	32
2.3.3– <i>Custos e Proveitos</i>	32
2.3.4 – <i>Balanço e Estrutura Patrimonial</i>	34
2.3.5– <i>Indicadores Económico Financeiros</i>	35
III- REFERÊNCIAS FINAIS	35
3.1– <i>RELAÇÃO DE RESPONSÁVEIS</i>	35
3.2 – <i>COLABORAÇÃO PRESTADA</i>	35
3.3 – <i>EMOLUMENTOS</i>	35
IV- DETERMINAÇÕES FINAIS	35
ANEXOS	



FICHA TÉCNICA

RELATÓRIO DE AUDITORIA AO HOSPITAL SÃO SEBASTIÃO

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

GLOSSÁRIO

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

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

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

Compromissos assumidos ** – Importâncias correspondentes às obrigações constituídas, independentemente da concretização do seu pagamento no próprio exercício.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Índice de Case – Mix (ICM) – Consiste no coeficiente global de ponderação da produção, reflectindo a relatividade de um hospital face a outros, em termos da sua maior ou menor proporção de doentes com patologias complexas e, conseqüentemente, mais consumidoras de recursos humanos, técnicos e financeiros. Este índice determina-se calculando o rácio entre o número de doentes equivalentes ponderados pelos pesos dos respectivos GDH e o número de GDH de elevado peso relativo, face ao padrão nacional que é, por definição igual a 1.

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

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

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

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

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

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

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

Fonte: Dicionário de Gestão de Henri Tezenas du Montcel.

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

Explicitadas no Anexo aos contratos programa.

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

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



RELAÇÃO DE SIGLAS

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



I. SUMÁRIO EXECUTIVO

1.1 - INTRODUÇÃO

1.1.1 – Natureza, Âmbito e Objectivos de Auditoria

A presente acção consubstancia uma auditoria de resultados ao Hospital de São Sebastião (HSS), orientada à análise quantitativa e qualitativa do desempenho em 2003 e 2004 e à análise comparada com período anterior (2000 -2001) à transformação do hospital em sociedade anónima e relativamente ao qual incidiu uma auditoria de gestão do Tribunal de Contas¹,

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

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

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

1.1.2 – Enquadramento Geral

O Hospital de São Sebastião (HSS) foi criado pelo Decreto - Lei n.º 218/96, de 20 de Novembro, como estabelecimento público dotado de personalidade jurídica, autonomia administrativa e financeira, tendo sido alterada a sua natureza jurídica através do Decreto-Lei n.º 151/98, de 5 de Junho, passando a deter natureza empresarial.

Na sequência da publicação da Lei n.º 27/2002, de 8 de Novembro, que aprovou o novo regime jurídico da gestão hospitalar e nos termos da qual os hospitais integrados na rede de prestação de cuidados de saúde podem revestir, entre outras, a figura jurídica de sociedades anónimas de capitais exclusivamente públicos (cfr. alínea c) do n.º 1 do art.º 2º), o HSS foi transformado em sociedade anónima², (SA) de capitais exclusivamente públicos, através do Decreto-Lei n.º 296/02, de 10 de Dezembro³, que aprovou igualmente os respectivos Estatutos anexos ao diploma.

¹Cfr Relatório de Auditoria nº 46/03.

²Registada na Conservatória do Registo Predial e Comercial Santa Maria da Feira, com a matrícula n.º 08191/030319 conforme publicação em DR – IIIª Série, de 31 de Outubro de 2003.

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

O capital social foi realizado apenas em 10 de Fevereiro de 2003, apesar do referido decreto estipular que “*o capital encontra-se integralmente subscrito e realizado à data da publicação do diploma*”. As repercussões desta situação ao nível das demonstrações financeiras encontram-se analisadas no ponto 2.3.4.

Em 2003 e 2004 foram celebrados contratos - programa entre o Presidente do IGIF, na qualidade de representante do MS, e o hospital, nos termos do art.º 24 dos Estatutos, com o objectivo de definir as prestações de saúde da responsabilidade do HSS no contexto do SNS e a respectiva remuneração.

No que diz respeito aos regimes de contratação de bens e serviços e de pessoal, não se verificaram alterações, relativamente à anterior forma jurídica, atendendo a que o hospital já aplicava normas de direito privado na contratação de bens e serviços e no contrato individual de trabalho e utilizava métodos de gestão próximos dos que são correntemente usados nas empresas.

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

O relatório e contas de cada exercício e os demais documentos de prestação de contas previstos na lei foram submetidos aos Ministros das Finanças e da Saúde para efeitos de controlo financeiro, nos termos do art.º. 11º do Decreto-Lei n.º. 296/2002.

Nos anos de 2003 e 2004 o hospital SA aplicou o Plano Oficial de Contabilidade do Ministério da Saúde, POCMS, sendo o acompanhamento da actividade efectuado pela Unidade de Missão dos Hospitais SA⁴ através de informação económica - financeira prestada mensalmente pelo hospital.

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

Em 7 de Junho de 2005, o Decreto-Lei n.º 93/2005 procede à transformação deste hospital em entidade pública empresarial⁶, condicionando essa transformação à entrada em vigor dos respectivos estatutos, o que veio a ocorrer em 31 de Dezembro (cfr. Decreto-Lei n.º 233/2005, de 29 de Dezembro), prevendo o art.º 24º dos referidos Estatutos que os hospitais EPE continuem a seguir o POCMS, com as adaptações necessárias a estabelecer por despacho conjunto dos Ministros das Finanças e da Saúde.

1.1.3- Condicionantes da Acção

No decurso da auditoria ocorreram algumas situações que condicionaram o desenvolvimento normal do trabalho, nomeadamente dificuldades na validação de informação que serviu de base ao cálculo do défice/excedente financeiro e económico, na disponibilização do número de horas de trabalho do pessoal médico por área de actividade, necessário para o apuramento do nº de médicos Em Tempo Completo (ETC) no ano de 2000, o que inviabilizou a comparação deste ano com a produtividade em 2003 e 2004.

Apesar desta situação, é de realçar a colaboração dos serviços e a disponibilidade demonstrada pelos dirigentes do HSS.

1.1.4- Audição de Responsáveis

Para efeitos do exercício do contraditório e de harmonia com o disposto nos art.ºs 13º e 87º, n.º3, da Lei n.º 98/97, de 26 de Agosto, o relatório de auditoria foi enviado ao Ministro da Saúde, ao Presidente do Conselho de Administração do Hospital S. Sebastião E.P.E, aos responsáveis em funções no biénio 2003- 2004 (cfr. relação de responsáveis em anexo XIII) e ao Presidente do Conselho de Administração do IGIF.

Apresentaram alegações, apenas, os membros do actual Conselho de Administração do HSS, as quais constam em íntegra no anexo XIII e, em síntese, e quando relevantes, nos pontos do relatório a que respeitam, tendo referido que “*a capacidade instalada do hospital seja em instalações, seja em recursos humanos se encontra praticamente no limite da sua utilização, não sendo possível, senão pontualmente, conseguir-se um maior crescimento da sua actividade assistencial*”.

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

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

⁶ O despacho n.º 721/2006 (2ª Série), de 11 de Janeiro, aprovou as cláusulas contratuais gerais dos contratos - programa a celebrar entre o MS e as unidades de saúde integradas no SEE.



Nas alegações os responsáveis vêm tecer alguns comentários às conclusões e recomendações da auditoria, informando ainda, que já foram implementadas algumas medidas correctivas no registo do tipo de consultas realizadas (1^{as} consultas ou consultas subsequentes).

1.2 – CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES

1.2.1– Conclusões

1.2.1.1- Avaliação da Eficácia (cfr ponto – 2.1.1)

◆ O HSS atingiu as metas de produção previstas nos Planos de Actividades de 2003 e de 2004, concluindo-se da comparação com o biénio 2000/2001, que foi mais eficaz nesses anos do que em 2000 e 2001, na medida em que apresentou, em todas as linhas de produção, taxas de concretização mais elevadas e ultrapassou as metas previstas (com excepção da Urgência), com uma realização sempre crescente.

◆ Comparando a produção realizada (doentes do SNS) com a facturada pelo HSS ao IGIF no âmbito dos contratos programa de 2003 e 2004, conclui-se que o número de cuidados facturados foi inferior ao número de doentes do SNS a quem o hospital prestou cuidados de saúde, devido não só a insuficiências no registo dos utentes, mas também ao facto de, em 2004, o hospital ter ultrapassado o limite de produção fixado no contrato programa relativamente à Consulta Externa e ao Hospital de Dia.

1.2.1.2- Avaliação da Eficiência (cfr ponto – 2.1.2)

Face aos resultados obtidos e aos recursos utilizados nas áreas da Consulta Externa, Internamento, Actividade Cirúrgica e Urgência, concluiu-se que o hospital foi mais eficiente no biénio 2003/2004 relativamente ao período anterior, uma vez que registou valores de produção e de produtividade mais elevados (excepto na Urgência), com custos unitários decrescentes, (com excepção da Actividade Cirúrgica e do Internamento em que o acréscimo resultou da maior complexidade dos doentes tratados - o índice de case mix passou de 0,92 em 2003 para 0,96 em 2004), conforme se demonstra na análise que segue:

Consulta Externa (cfr ponto - 2.1.2.1)

◆ Na área da Consulta Externa verifica-se uma evolução crescente da capacidade de resposta que se traduz em acréscimos de produção (60,6% entre 2000 e 2004) com acréscimos de 22,6% no biénio 2000/2001 e de 9,6% no biénio 2003/2004. Estes crescimentos resultaram de acréscimos de produtividade (o efeito produtividade representou 12.745,1 em 2004).

◆ O nº de 1^{as} consultas aumentou 31,2% nos cinco anos em análise demonstrando um esforço do hospital em dar resposta à procura, que no entanto não se mostrou suficiente atendendo a que a lista de espera aumentou 124% em 2003 e 60% em 2004 (em 31 de Dezembro de 2004 encontravam-se a aguardar uma 1^a consulta 9 137 doentes).

Em 2000/2001 o crescimento do nº de 1^{as} consultas realizadas (22%) permitiu a diminuição da lista de espera em 71,3% (tendo esta evoluído de 8 600 doentes a aguardar consulta em 2000 para 2 471 em 2001).

◆ O custo por consulta externa decresceu 8,7% no biénio 2003/2004 e 5,8% no biénio 2000/2001, o que reflecte ganhos de eficiência nesta área.

◆ O número de doentes residentes na área de influência do HSS que foram atendidos por outros hospitais da mesma área geográfica, correspondeu a 25% e 23% do número de consultas realizadas pelo hospital em 2003 e 2004 respectivamente, percentagem muito elevada face ao apurado em outros hospitais do grupo auditados (cerca de 5% no Hospital Distrital de Santarém e no Hospital Nossa Senhora do Rosário - Barreiro).

Internamento (cfr ponto – 2.1.2.2)

◆ Na área do Internamento verifica-se um crescimento contínuo do nº de doentes saídos (25,9% entre 2000 e 2004) que foi acompanhado pelo crescimento de 13,7% da capacidade instalada (a lotação praticada passou de 248 camas em 2000 para 282 em 2004), registando-se uma maior eficiência na utilização dos recursos através de uma “demora média” decrescente e de um número crescente de “doentes tratados por cama”.

◆ No biénio 2003/2004 (comparativamente com 2000/2001), verifica-se uma maior eficiência na utilização da capacidade instalada, na medida em que apresenta melhores indicadores que o período anterior ao nível da taxa de ocupação, produtividade por cama e demora média.

- ◆ O custo unitário por doente saído teve uma evolução crescente ao longo do período em análise devido ao acréscimo de complexidade dos doentes tratados (traduzido pelo crescimento do índice de case-mix de 0,805 em 2000 para 0,96 em 2004) -cfr. gráfico XIII.
- ◆ O número de doentes residentes na área de influência do HSS, internados em outros hospitais da mesma área geográfica, teve um peso percentual elevado, em 2003 e 2004, respectivamente de 16% e 14% do total de doentes saídos do Internamento, comparativamente a outros hospitais auditados do mesmo grupo: Hospital Distrital de Santarém 8% em 2003 e 9% em 2004 e Hospital Nossa Senhora do Rosário – Barreiro 5% em ambos os anos. As transferências efectuadas pelo hospital corresponderam a 3,49% e 3,37% em 2003 e 2004, respectivamente.

Actividade Cirúrgica (cfr ponto – 2.1.2.3)

- ◆ Na Actividade Cirúrgica registou-se um crescimento da produção de 68%, entre 2000 e 2004 (cfr quadro IV), com acréscimos de 17,4% no biénio 2000/2001 e de 3,5% no biénio 2003/2004. De referir, no entanto, que estes acréscimos de produção foram acompanhados por uma diminuição da qualidade (cfr. indicadores “percentagem de readmissões em GDH cirúrgicos” e “Percentagem de óbitos em GDH seleccionados” - ponto 2.1.3.1).
- ◆ A produtividade, em valores absolutos, apurada através do “*nº de cirurgias programadas por sala*” registou melhores resultados em 2003/2004 do que em 2000/2001.
- ◆ No contexto da actividade, as cirurgias programadas tiveram maior representatividade no biénio 2003/2004 (78% e 79%) do que em 2000/2001 (67% e 71%) demonstrando um esforço do hospital em aumentar a sua actividade normal para dar resposta à procura, o que se reflectiu em acréscimos de produtividade, mas que se mostrou insuficiente atendendo ao crescimento da lista de espera (cresceu 49% no biénio 2003/2004), encontrando-se 3 165 doentes a aguardar cirurgia, em 31 de Dezembro de 2004, com um tempo médio de espera de 119 dias.
- ◆ Os custos unitários apresentaram uma tendência decrescente até 2002 invertendo-se essa tendência no biénio 2003/2004 com um crescimento de 20% devido ao acréscimo de complexidade dos doentes tratados (cfr evolução do índice de case mix - ponto 2.1.2.2).

Urgência (cfr ponto – 2.1.2.4)

- ◆ O Serviço de Urgência teve no biénio 2003/2004 uma afluência média diária de 475 doentes, que evoluiu de uma média de 483 doentes atendidos em 2003 para 466 em 2004. No biénio 2000/2001 a média de afluência diária foi inferior com 448 doentes.
- ◆ O custo por doente socorrido decresceu 0,9% no biénio 2003/2004 por efeito do decréscimo dos custos indirectos, contrariamente ao verificado no biénio 2000/2001 em que cresceu 2%.

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

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

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

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

Uma percentagem de doentes transferidos do Internamento (3,49% em 2003 e 3,37% em 2004) inferior à apurada nos hospitais SA (3,31% e 4,04% em 2003 e 2004 respectivamente) mas ligeiramente acima da média nacional de todos os hospitais do SNS (3,4% em 2003 e 3,1% em 2004), o que indica não ter existido discriminação através de maior transferência de doentes.

Uma diminuição de dois pontos percentuais no peso das 1^{as} consultas (passou de 34% em 2003 para 32% em 2004) o que indica uma ligeira diminuição no acesso de novos doentes.



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

De referir, ainda, que em 2003 e 2004 a percentagem de doentes do SNS no total de doentes atendidos rondou os 90% em qualquer das linhas de produção, percentagem idêntica ao período 2000/2002 (com excepção da Cirurgia em Ambulatório em 2000), concluindo-se assim não existir evidência de discriminação deste grupo.

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

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

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

Nas “*complicações relacionadas com procedimentos cirúrgicos*”, o HSS apresenta percentagens inferiores à média do Grupo e Nacional no biénio 2000/2001 e no biénio 2003/2004, (com excepção em 2003 da complicação “*deiscência da sutura operatória*” que regista uma ligeira subida relativamente à percentagem do grupo).

Nos “*15 GDH com maior nº de doentes saídos*” regista em 2003/2004 uma demora média inferior à média do Grupo e Nacional, situação semelhante à assinalada em 2000/2001.

Na “*percentagem de óbitos em GDH seleccionados de doentes com idade ≤65*”, verifica-se em 2003 uma diminuição da percentagem dos GDH, face a 2002, atenuando as diferenças de percentagens entre o hospital e as do Grupo e Nacional.

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

1.2.1.6 – “Procura Desviada”

A “procura desviada” por iniciativa do doente teve um peso muito significativo na Consulta Externa, Internamento e Urgência relativamente a outros hospitais auditados do mesmo grupo⁷; porém, apesar de registar uma melhoria gradual relativamente ao período anterior (2002) não deixa de constituir, quando associada à avaliação da qualidade, uma reserva à apreciação da equidade.

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

◆ Os recursos humanos registaram um aumento de 10%, entre 2000 e 2004, com maior incidência no pessoal médico, de enfermagem e auxiliar, verificando-se um crescimento de 4% no biénio 2000/2001 e de 2% em 2003/2004.

◆ A principal fonte de receita em 2003 e 2004 proveio do pagamento dos serviços prestados no âmbito do SNS de acordo com os contratos programa celebrados, verificando-se que nos anos que antecederam a passagem a SA (2000/2002) recebeu do IGIF subsídios à exploração de valor bastante inferior, sendo as razões desta situação decorrentes da mudança do modelo de financiamento e do aumento do nível do índice de case mix, (já que a produção teve um crescimento percentual menos acentuado em 2002/2003 do que em 2000/2001).

◆ Por ter cumprido em 2003 e 2004 os objectivos de convergência (os custos unitários de produção do hospital, não ultrapassaram os custos médios dos hospitais do mesmo grupo, apurados pelo IGIF, por áreas de actividade, e que serviram de referência à definição dos preços unitários de produção estabelecidos nos contratos-programa para esses anos), o HSS não recebeu qualquer montante extraordinário (valor de convergência) “...destinado a compensar as obrigações no contexto do Serviço Público de Saúde...” e “...que permite assegurar a convergência progressiva dos hospitais mais ineficientes...”.

1.2.1.8- Situação Económico Financeira (cfr ponto – 2.3)

◆ Situação financeira:

O hospital apresenta no biénio 2003/2004 uma receita total cobrada que por efeito da liquidez resultante da realização do capital social, lhe possibilitou atingir superavit acumulados. (cfr ponto 2.3.1).

⁷ O Hospital Distrital de Santarém registou em igual período 4% na Consulta Externa, 8% e 9% no Internamento e 10% na Urgência e o Hospital Nossa Senhora do Rosário, 5% na Consulta Externa, 5% no Internamento e 3% na Urgência.



Apura-se um superavit financeiro em ambos os anos (2003 e 2004) e uma despesa não relevada em 2003 e 2004 no valor de 115 571€ e de 44 178€ respectivamente – (cfr ponto 2.3.1).

Verifica-se a existência de uma solvabilidade elevada e crescente (4,39 em 2003 e 5,08 em 2004), bem como um endividamento (passivo/activo) decrescente (0,19 em 2003 e 0,16 em 2004). - (cfr ponto 2.3.5).

Em 2002, a não realização do Capital Social subscrito teve reflexos nas demonstrações financeiras desse exercício, através do aumento das Dívidas de Terceiros (do Accionista Estado), na medida em que não se verificou a entrada deste valor (cfr ponto 2.3.4).

◆ Situação Económica:

O superavit económico em 2004 no valor de 5 132 717,48€ (com índice de cobertura igual a 1,107), demonstra uma diminuição face a 2003 em que se registou um superavit de 5 260 683,79€ (com índice de cobertura igual a 1,096) - cfr ponto 2.3.1.

Destacam-se níveis de rentabilidade e resultados operacionais positivos, quer em 2003 quer em 2004, sendo os resultados líquidos igualmente positivos (cfr. quadro do anexo X).

Os proveitos gerados em cada ano ultrapassaram os respectivos custos, (cfr ponto 2.3.3).

◆ Endividamento (cfr ponto – 2.3.2)

O HSS apresentou uma dívida acumulada em 2004 no valor de 9 653 483€, da qual 8.457.646€ diziam respeito a Fundos Próprios (3 876 375 € corresponderam a dívidas a fornecedores e 4 570 130€ a Instituições do SNS) e 1 195 838€ a Fundos Alheios, tendo beneficiado de uma anulação de dívida no valor de 1 650 278,27€ (sendo 540 689,10€ de facturação reportada a 2003 e 1 109 589,17€ a 2004).

Em 2003 a dívida acumulada foi de 10 329 857€ da qual 9 134 312€ diziam respeito a Fundos Próprios (2 685 130€ corresponderam a dívida a fornecedores e 7 424 055€ a Instituições do SNS) e 1 195 545€ a Fundos Alheios, tendo beneficiado de uma anulação de dívida contraída nesse ano, relativa a produtos vendidos por farmácias, no montante de 989 736€.

Herdou da anterior gestão (antes de passar a SA), uma dívida no valor de 6 230 607,98€ não tendo recebido (até 31 de Dezembro de 2004), para a sua regularização qualquer transferência extraordinária do IGIF. (cfr ponto 2.3.1).

No biénio 2003/2004 não foi contraída qualquer dívida financeira junto da banca.

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

1.2.2- Recomendações

Face às conclusões da auditoria recomenda-se:

◆ Ao Conselho de Administração do IGIF

▶ Que no âmbito das suas competências proceda à avaliação da gestão económica - financeira do hospital.

◆ Ao Conselho de Administração do HSS:

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

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

▶ Continuar o esforço no sentido de garantir os cuidados de saúde necessários à população da sua área de abrangência de forma a diminuir a “procura desviada” e dar resposta às necessidades dos utentes.

II.- RELATÓRIO

2.1 – AVALIAÇÃO DO DESEMPENHO

2.1.1– Avaliação da Eficácia

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

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

Quadro I

Linhas de Produção	Metas de Produção (*)					Δ 00/01	Δ 01/02	Δ 02/03	Δ 03/04
	2000	2001	2002	2003	2004				
Consulta Externa	135 700	129 056	139 731	153 836	160 000	-4,9	8,3	10,1	4,0
Internamento	16 058	15 802	16 203	15 836	20 415	-1,6	2,5	-2,3	28,9
Cirurgia Ambulatório	2 368	1 107	1 848	2 181	3 039	-53,3	66,9	18,0	39,3
Urgência	161 000	168 000	173 800	180 060	179 000	4,3	3,5	3,6	-0,6
Hospital Dia	4 276	4 343	5 700	7 283	7 900	1,6	31,2	27,8	8,5

(*) Em quantidade.

Da sua análise verifica-se um ajustamento nas metas definidas para 2001 face a 2000, que se traduziu em decréscimos na Consulta Externa, Hospital de Dia e Cirurgia em Ambulatório, sendo estabelecidas metas crescentes para os restantes anos.

As restantes linhas de produção apresentam em todo o período metas crescentes, com excepção da Urgência (em 2004 face a 2003) e do Internamento (em 2001 face a 2000 e 2003 face a 2002), sendo as razões da diminuição da meta definida para esta última linha de produção decorrente da orientação estratégica de privilegiar as cirurgias em ambulatório em detrimento da cirurgia convencional, programando assim cirurgias em ambulatório que anteriormente eram realizadas com internamento dos doentes.

O comportamento da produção realizada face à prevista na Consulta Externa e no Hospital de Dia⁸ apresenta-se nos gráficos I e II, verificando-se da sua análise que o hospital apenas não atingiu a meta definida para a Consulta Externa, em 2000, tendo ultrapassado todas as restantes previsões, com destaque para o Hospital de Dia em que ultrapassou em 44,58% e 50,78% o previsto para 2001 e 2004.

Gráfico I

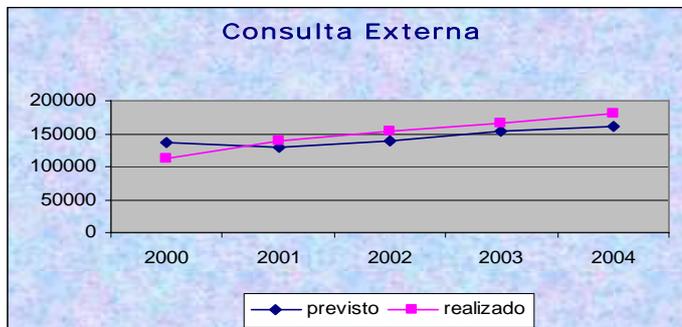
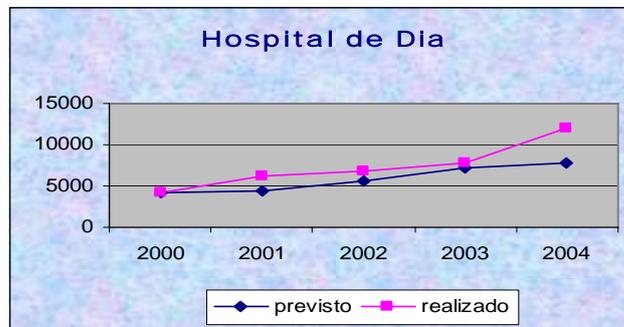


Gráfico II



8

Consulta Externa						var %				
2000	2001	2002	2003	2004	00/01	01/02	02/03	03/04		
previsto	135.700	129.056	139.731	153.836	160.000	-4,9	8,3	10,1	4,0	
realizado	112.921	138.394	153.019	165.464	181.324	22,6	10,6	8,1	9,6	
Tx de concretizaçãc	83,21	107,24	109,51	107,56	113,33	28,9	2,1	-1,8	5,4	

Hospital Dia						var %				
2000	2001	2002	2003	2004	00/01	01/02	02/03	03/04		
previsto	4.276	4.343	5.700	7.283	7.900	1,6	31,2	27,8	8,5	
realizado	4.276	6.279	6.856	7.850	12.749	46,8	9,2	14,5	62,4	
Tx de concretizaçãc	100,00	144,58	120,28	107,79	161,38	44,6	-16,8	-10,4	49,7	

No Internamento⁹ verifica-se uma realização superior ao previsto em 2002 e 2003 não tendo sido atingidas as metas de produção previstas para 2000, 2001 e 2004, com taxas de concretização de 86%, 95,84% e 85,15%. Os desajustamentos verificados resultaram de orientação estratégica de privilegiar a cirurgia em ambulatório em detrimento da cirurgia convencional. Assim, as metas previstas para a Cirurgia em Ambulatório foram ultrapassadas em 2002, 2003 e 2004.

Gráfico III

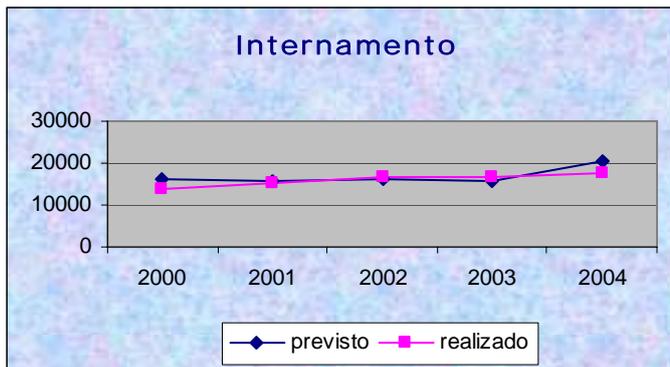
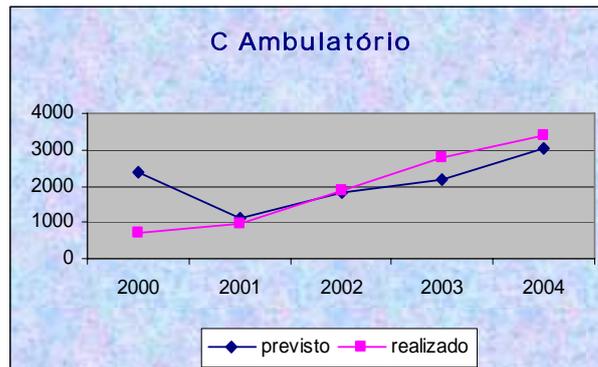
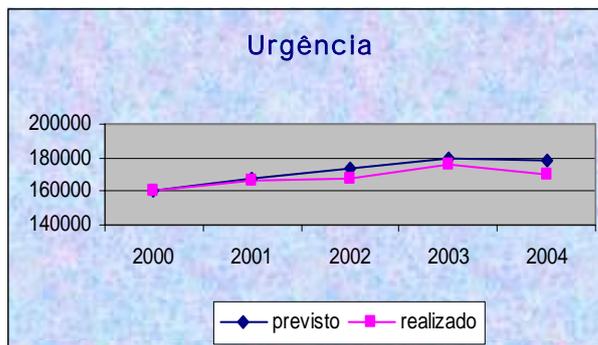


Gráfico IV



Na Urgência observa-se ao longo do período uma sobrevalorização do previsto face ao realizado que decorre da imprevisibilidade da procura. O nº de doentes assistidos no Serviço de Urgência apresentou, no entanto, uma evolução crescente até 2003, explicada em parte pela recusa dos médicos de família em atender doentes não inscritos no Centro de Saúde da Feira e ainda pelo acréscimo de procura de doentes provenientes de outras áreas assistenciais, em virtude da maior diferenciação dos cuidados disponíveis. Em 2004 esta tendência inverte-se, através da orientação dos doentes menos urgentes para os médicos de família.

Gráfico V



Comparando os dois biénios em análise (2000/2001 e 2003/2004), conclui-se que o HSS foi mais eficaz no biénio 2003/2004 do que em 2000/2001, na medida em que apresentou, em todas as linhas de produção, taxas de concretização mais elevadas, ultrapassando as metas previstas (com excepção da Urgência), com uma realização sempre crescente.

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

⁹

Internamento					var %	var %	var %	var %	
	2000	2001	2002	2003	2004	00/01	01/02	02/03	03/04
previsto	16.058	15.802	16.203	15.836	20.415	-1,6	2,5	-2,3	28,9
realizado	13.810	15.144	16.604	16.882	17.384	9,7	9,6	1,7	3,0
Tx de concretizaçãc	86,00	95,84	102,47	106,61	85,15	11,4	6,9	4,0	-20,1

C Ambulatório					var %	var %	var %	var %	
	2000	2001	2002	2003	2004	00/01	01/02	02/03	03/04
previsto	2.368	1.107	1.848	2.181	3.039	-53,3	66,9	18,0	39,3
realizado	694	973	1.883	2.780	3.391	40,2	93,5	47,6	22,0
Tx de concretizaçãc	29,31	87,90	101,89	127,46	111,58	199,9	15,9	25,1	-12,5

Urgência					var %	var %	var %	var %	
	2000	2001	2002	2003	2004	00/01	01/02	02/03	03/04
previsto	161.000	168.000	173.800	180.060	179.000	4,3	3,5	3,6	-0,6
realizado	160.667	166.766	167.277	176.141	170.050	3,8	0,3	5,3	-3,5
Tx de concretizaçãc	99,79	99,27	96,25	97,82	95,00	-0,5	-3,0	1,6	-2,9



Da análise dos gráficos VI e VII verifica-se que os atendimentos no âmbito do SNS na Consulta Externa e no Hospital de Dia, aumentaram a partir de 2002, apresentando uma maior representatividade em 2004, com decréscimos apenas na Consulta Externa em 2001 (face a 2000) no H Dia em 2002 (face a 2001)¹⁰.

Gráfico VI

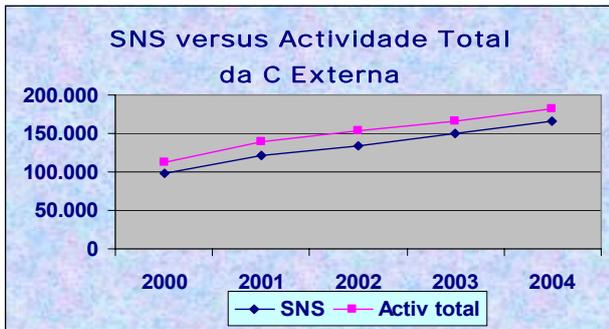
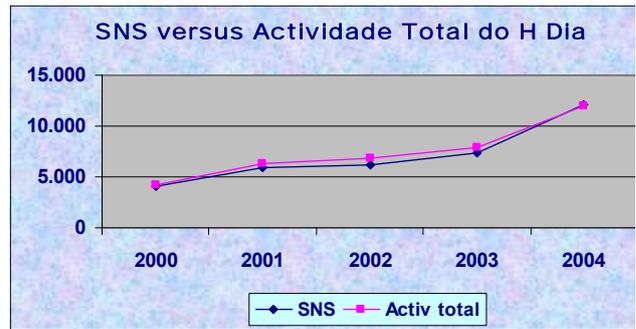


Gráfico VII



Quanto ao Internamento e Urgência (cfr. gráficos VIII e IX), a maior representatividade de doentes do SNS foi observada nos anos de 2000 e de 2001 (94% no Internamento e 91% na Urgência), verificando-se que em Cirurgia em Ambulatório (cfr. gráfico X) existiu uma maior representatividade em 2002 e 2003.

Gráfico VIII

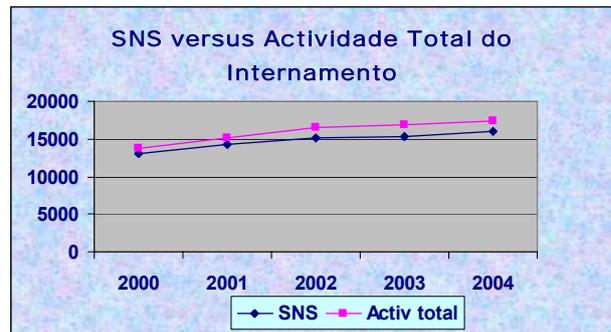


Gráfico IX

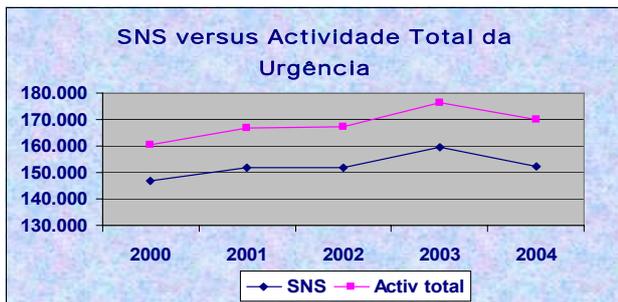
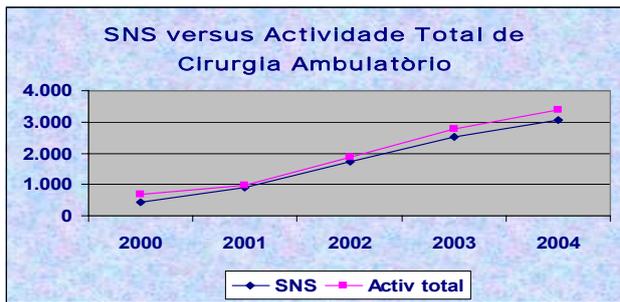


Gráfico X



Face à representatividade dos doentes do SNS¹¹ no total de cada linha de produção, considera-se que foi acautelado o princípio da não discriminação dos utentes do SNS.

¹⁰

Consulta Externa					var %	var %	var %	var %
2000	2001	2002	2003	2004	00/01	01/02	02/03	03/04
SNS	98.920	121.073	133.539	149.381	22,4	10,3	11,9	10,8
Activ total	112.921	138.394	153.019	165.464	22,6	10,6	8,1	9,6
peso SNS	87,60	87,48	87,27	90,28	-0,1	-0,2	3,4	1,1

Hospital de Dia					var %	var %	var %	var %
2000	2001	2002	2003	2004	00/01	01/02	02/03	03/04
SNS	4.047	5.985	6.180	7.323	47,9	3,3	18,5	65,2
Activ total	4.276	6.279	6.856	7.850	46,8	9,2	14,5	62,4
peso SNS	94,64	95,32	90,14	93,29	0,7	-5,4	3,5	1,7

Comparando a produção realizada (doentes do SNS) com a facturada pelo HSS ao IGIF¹² nos anos de 2003 e 2004 no âmbito dos contratos programa¹³, conclui-se que o número de cuidados facturados foi inferior ao número de doentes do SNS a quem o hospital prestou cuidados de saúde cfr gráficos XI e XII, devido não só a insuficiências no registo dos utentes, mas também ao facto de, em 2004, o hospital ter ultrapassado o limite de produção na Consulta Externa e no Hospital de Dia, fixado no contrato programa.

Em sede de contraditório o actual Conselho de Administração do Hospital de São Sebastião vem esclarecer que as insuficiências de registo de doentes “devem-se ao facto de um significativo número destes não possuírem qualquer identificação à entrada do Serviço de Urgência, não sendo possível após posteriores contactos a recuperação dos dados, por clara falta de colaboração dos utentes.”

Gráfico XI

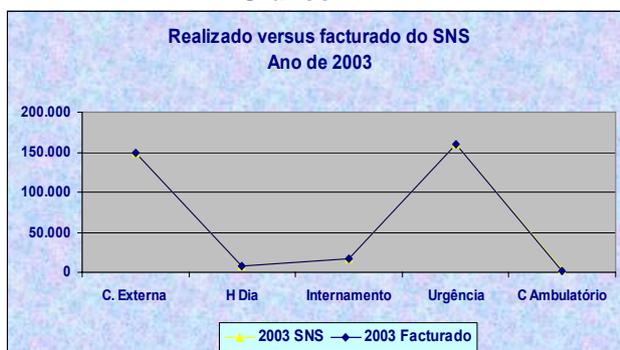
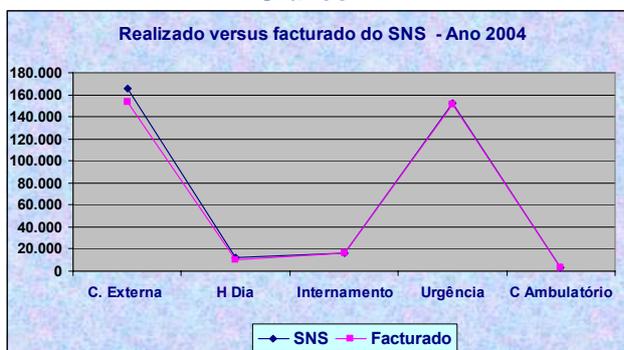


Gráfico XII



	Internamento					var %	var %	var %	var %
	2000	2001	2002	2003	2004				
SNS	13.051	14.299	15.088	16.360	15.927	9,6	5,5	8,4	-2,6
Activ total	13.810	15.144	16.604	16.882	17.384	9,7	9,6	1,7	3,0
peso SNS	94,50	94,42	90,87	96,91	91,62	-0,1	-3,8	6,6	-5,5

	Urgência					var %	var %	var %	var %
	2000	2001	2002	2003	2004				
SNS	146.849	151.788	152.025	159.384	152.192	3,4	0,2	4,8	-4,5
Activ total	160.667	166.766	167.277	176.141	170.050	3,8	0,3	5,3	-3,5
peso SNS	91,40	91,02	90,88	90,49	89,50	-0,4	-0,1	-0,4	-1,1

	Cirurgia Ambulatório					var %	var %	var %	var %
	2000	2001	2002	2003	2004				
SNS	442	887	1.739	2.518	3.051	100,7	96,1	44,8	21,2
Activ total	694	973	1.883	2.780	3.391	40,2	93,5	47,6	22,0
peso SNS	63,69	91,16	92,35	90,58	89,97	43,1	1,3	-1,9	-0,7

12

PRODUÇÃO SNS

Linhas Actividade	2003					2004				
	Produção Contratada			Facturada	Total Realizado	Produção Contratada			Facturada	Total Realizado
	contratada	marginal	total			contratada	marginal	total		
Consulta Externa	136.600	S/ limite	S/ limite	148.765	149.381	139.637	13.963,7	153.600,7	153.600	165.475
Hospital de Dia	6.550	S/ limite	S/ limite	7.321	7.323	9.000	900,0	9.900,0	9.900	12.100
Internamento	17.969	S/ limite	S/ limite	16.360	16.360	15.762	1.576,2	17.338,2	16.156	15.927
Urgência	154.200	S/ limite	S/ limite	159.785	159.384	162.532	S/ limite	S/ limite	151.646	152.192
C Ambulatório				1.249	2.518	3.298	(*)	3.298,0	2.869	3.051

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

¹³ De referir, que a unidade de medida utilizada nos contratos programa (2003 e 2004) para o Internamento é a de doente equivalente enquanto que nas estatísticas a unidade é a de número de doentes saídos, pelo que a comparação nesta área nos merece alguma reserva.



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

2.1.2.1 – CONSULTA EXTERNA

Os indicadores de produção e de produtividade da área da Consulta Externa relativos ao período 2000 a 2004 que se consideram mais representativos, bem como os respectivos custos, destacam-se no quadro seguinte:

Quadro II
Indicadores de actividade da consulta externa

	2000	2001	2002	2003	2004	Δ 00/01	Δ 01/02	Δ 02/03	Δ 03/04	Δ 00/04
Total de consultas	112.921	138.394	153.019	165.464	181.324	22,6	10,6	8,1	9,6	60,6
1 ^{as} consultas	44.507	54.297	54.128	55.627	58.410	22,0	-0,3	2,8	5,0	31,2
% de 1 ^{as} consultas	39	39	35	34	32	-0,5	-9,8	-5,0	-4,2	-18,3
nº de consultas marcadas	127.423	154.570	169.834	182.709	199.598	21,3	9,9	7,6	9,2	56,6
% de rentabilização	89	90	90	91	91	1,0	0,6	0,5	0,3	2,5
nº médicos ETC(*)		22,52	22,62	23,30	23,71		0,4	3,0	1,8	
nº consultas por médico etc		6.145	6.765	7.101	7.648		10,1	5,0	7,7	
nº doentes em espera	8.600	2.471	2.554	5.718	9.137	-71,3	3,4	123,9	59,8	6,2
Custo p/consulta (euros)	57,59	54,25	50,80	51,38	46,92	-5,8	-6,4	1,1	-8,7	-18,5
Custos totais (milhares de euros)	6.502,98	7.507,87	7.773,44	8.501,61	8.508,43	15,5	3,5	9,4	0,1	30,8

(*) O HSS não dispõe do total de horas da actividade do ano de 2000 necessário para o apuramento do nº de médicos ETC

Fonte: Estatísticas do hospital

Neste âmbito é de salientar que:

O número de consultas realizadas apresentou um crescimento de 60,6% nos cinco anos em análise (2000/2004), com acréscimos de 22,6% no biénio 2000/2001 e de apenas 9,6% no biénio 2003/2004. Estes crescimentos resultaram de acréscimos de produtividade (o efeito produtividade representou 12.745,1 em 2004)¹⁴.

O número de 1^{as} consultas apresentou nos cinco anos um aumento de 31,2% o que demonstra um esforço do hospital em melhorar a resposta à procura, o qual não se mostrou suficiente atendendo a que a lista de espera cresceu 124% em 2003 e 60% em 2004 (em 31 de Dezembro encontravam-se a aguardar 1^a consulta 9 137 doentes).

Em 2000/2001 o crescimento do nº de 1^{as} consultas (22%) permitiu uma diminuição de 71,3% da lista de espera (tendo esta evoluído de 8 600 doentes a aguardar consulta em 2000 para 2 471 em 2001).

No que respeita à lista de espera, o actual Conselho de Administração do hospital refere em sede de contraditório que “ o problema tem que ser visto em função de dois aspectos, em primeiro lugar, o número de primeiras consultas passíveis de realizar pelo Hospital o qual tem em conta a capacidade instalada e o contrato programa com o IGIF, e a negociação com os Centros de Saúde da área; em segundo lugar, acontece que alguns médicos dos Centros de Saúde não fazem uma adequada triagem das situações antes do envio dos doentes, originando consultas desnecessárias e, com frequência fazem os pedidos de forma indevida, como acontece, por exemplo, com o envio do mesmo doente e pelo mesmo problema para duas consultas similares (por exemplo reumatologia e ortopedia) na tentativa de conseguir um atendimento prioritário”, o que origina um empolamento das listas de espera.

O custo por consulta decresceu 5,8% no biénio 2000/2001 e 8,7% em 2003/2004, o que reflecte ganhos de eficiência nesta área.

¹⁴ No biénio 2003/04 com um acréscimo de produtividade de 547 “consultas por médico ETC” correspondeu a um efeito sobre a produção de 12.745,1 (=547x23,3).



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

Efectuado o cruzamento dos registos de consultas (1^{as} consultas e totais) com os valores constantes do tableau de bord da Unidade de Missão¹⁵, confirmou-se a correspondência entre esses dados.

Através de testes de conformidade¹⁶, (efectuados em 353 processos de 1^{as} consultas), apurou-se que em 4% da amostra (14) existiam situações de erro de registo, isto é, consultas subsequentes registadas como primeiras consultas e em 0,9% da amostra (3 consultas) foi emitida facturação por consultas das quais não existia qualquer evidência de realização. A situação elencada anteriormente poderá ter como consequência a facturação de cuidados de saúde não prestados e o empolamento dos indicadores de produção com a consequente distorção na avaliação dos resultados.

Sobre esta matéria o actual Conselho de Administração do hospital refere, em sede de contraditório, que já adoptou medidas correctivas para a situação.

O tempo médio de espera para a obtenção de consultas em especialidades seleccionadas para realização de testes, foi de 122 dias na especialidade de oftalmologia; 207 dias em ortopedia; 142 dias em otorrino e 48 dias em cirurgia geral. Comparando com os resultados fornecidos pelo hospital no âmbito da auditoria de gestão realizada em 2002, verifica-se um aumento dos tempos de espera em todas as especialidades, com excepção da consulta de cirurgia geral¹⁷.

O número de doentes residentes na área de influência do HSS que foram atendidos por outros hospitais¹⁸ da mesma área geográfica, correspondeu a 25% e 23% do número de consultas realizadas pelo hospital em 2003 e 2004 respectivamente¹⁹, percentagem muito elevada face ao apurado em outros hospitais do grupo auditados (cerca de 5% no Hospital Distrital de Santarém e no Hospital Nossa Senhora do Rosário - Barreiro).

No que respeita à situação antes referida, o actual Conselho de Administração do HSS refere nas suas alegações, que “desconhece a situação, não sabendo sequer se esses doentes correspondem a doentes que são seguidos em especialidades não existentes na Instituição”, ou doentes que “tendo uma relação anterior com as consultas desses hospitais, à data da abertura do HSS, em 1999, continuaram nessas consultas.” Alega ainda que “a área de influência definida para o hospital, varia entre apenas três concelhos, para algumas especialidades, até aos oito que compõe toda a região ao norte do distrito de Aveiro”. Consideram-se pertinentes as observações apresentadas, no entanto, estas não invalidam a observação vertida no relatório.

Conclui-se que, na área da Consulta Externa²⁰ apesar de existir em 2003/2004 uma evolução crescente da produção, do nº de 1^{as} consultas e de o hospital ter registado uma melhoria da sua actividade face ao biénio 2000/2001, não existiu capacidade de resposta suficiente para fazer face à procura por parte da população abrangida (comprovada pelo crescimento da lista de espera). **Sobre este assunto vem o Conselho de Administração do HSS, em sede de contraditório, referir que “a capacidade instalada no hospital seja em instalações, seja em recursos humanos se encontra praticamente no limite da sua utilização, não sendo possível, senão pontualmente, conseguir-se um**

¹⁵Os indicadores seleccionados para testes na Consulta Externa foram o “n.º de 1^{as} consultas” e “% de 1^{as} consultas”; no Internamento os “doentes saídos” e “demora média” e na Actividade Cirúrgica, as “cirurgias programadas” e “% de cirurgias programadas por sala”.

¹⁶Para a realização dos testes foi seleccionada uma amostra pelo método de amostragem não estatística e utilizando a técnica de selecção aleatória com extracção através do programa IDEIA.

¹⁷Em 2001, o tempo médio de espera para Oftalmologia era de 85 dias, para Ortopedia de 136 dias, para Otorrino 85 dias e para cirurgia geral 104 dias.

¹⁸Doentes da área da abrangência do HSS atendidos por outros hospitais:

Hospital	2002	2003	2004
Hospital S. Bernardo O. Azeméis	1425	1402	1342
Hospital Geral St. António	15603	16444	17983
Centro Hospitalar V.N. Gaia	13027	12851	12293
Hospital N S Ajuda Espinho	1171	1084	1104
Hospital d S João da Madeira	4122	4085	4083
H S João da Porto	4902	4932	4925
Hospital Francisco Zacalo Ovar	606	601	713
Total	40856	41399	42443

¹⁹Informação obtida na sequência de ofício circular enviado a todos os hospitais do mesmo distrito do HSS, tendo sido considerados os doentes atendidos por esses hospitais, mas cuja residência era abrangida pelo HSS. Relativamente aos anos de 2000 e 2001 não foi realizado idêntico apuramento, pelo que não é possível analisar a evolução.

²⁰A comparação do desempenho deste hospital (na Consulta Externa) com o dos restantes hospitais SA (constante do “tableau de bord” de 2003 e 2004, da Unidade de Missão), encontra-se no anexo IV.

maior crescimento da sua actividade assistencial” e que “uma análise comparativa do movimento assistencial deste Hospital com hospitais a nível nacional, seja na sua totalidade, seja hospitais do grupo, permite verificar que existe um volume assistencial muito superior, nesta instituição”.

2.1.2.2 – INTERNAMENTO

No último quinquénio a produção²¹, a produtividade e os custos unitários do internamento evoluíram da seguinte forma:

Quadro III
Indicadores de actividade do internamento(*)

	2000	2001	2002	2003	2004	Δ 00/01	Δ 01/02	Δ 02/03	Δ 03/04	Δ 00/04
Lotação praticada	248	257	274	275	282	3,6	6,6	0,4	2,5	13,7
Doentes saídos(+)	13.810	15.144	16.604	16.882	17.384	9,7	9,6	1,7	3,0	25,9
Doentes entrados	13.540	14.808	16.281	16.602	16.957	9,4	9,9	2,0	2,1	25,2
Doentes admitidos pela urgência	8.221	8.515	8.774	8.679	8.663	3,6	3,0	-1,1	-0,2	5,4
Dias de internam. de doentes saídos	62.089	64.908	69.693	69.125	72.191	4,5	7,4	-0,8	4,4	16,3
Dias de internamento do período	61.736	65.117	69.734	69.151	72.221	5,5	7,1	-0,8	4,4	17,0
nº de médicos ETC (**)		61,42	64,90	59,43	64,37		5,7	-8,4	8,3	
Demora média	4,5	4,29	4,20	4,09	4,15	-4,7	-2,2	-2,4	1,4	-7,7
Taxa de ocupação	68,20	69,42	69,7	68,9	70,17	1,8	0,4	-1,2	1,8	2,9
Índice de case-mix	0,805	0,840	0,93	0,92	0,96	4,3	10,7	-1,1	4,3	19,3
nº camas por médico etc	2,91	2,67	4,22	4,63	4,38	-8,2	58,1	9,6	-5,3	50,5
Doentes saídos por cama	55,7	58,9	60,6	61,4	61,6	5,8	2,8	1,3	0,4	10,7
Doentes saídos por médico etc		246,56	255,84	284,07	270,1		3,8	11,0	-4,9	
Frequência hospitalar p/1000	53	58	45,26	46,01	47,38	9,4	-22,0	1,7	3,0	-10,6
% de internamento p/urgência	60,70	57,50	53,89	52,28	51,09	-5,3	-6,3	-3,0	-2,3	-15,8
Custo por doente saído (euros)	1.013,54	1.049,15	1.212,88	1.360,65	1.366,99	3,5	15,6	12,2	0,5	34,9
Custos totais (em milhares de euros)	13.996,952	15.888,319	20.138,715	22.970,431	23.763,728	13,5	26,8	14,1	3,5	69,8

(*) Sem Berçário e OBS de acordo com o critério da anterior auditoria de gestão que se baseou no glossário da DG Saúde.

(**) O HSS não dispõe do total de horas da actividade do ano de 2000 necessário para o apuramento do nº de médicos ETC

(+) Não foram incluídas as transferências internas.

Fonte: Estatísticas e Contabilidade Analítica do hospital

Da análise do quadro destaca-se:

O crescimento contínuo da produção (n.º de doentes saídos) que se traduziu num aumento de 25,9% entre 2000 e 2004, que foi acompanhado pelo crescimento de 13,7% da lotação praticada.

A maior eficiência na utilização dos recursos, quer através de uma demora média sempre decrescente quer pelo número crescente de doentes saídos por cama. De referir, ainda, que nos anos de 2002 e 2004 a demora média foi inferior à média do Grupo e Nacional, e superior em 2003, situação aliás igual à verificada no biénio 2000/2001 (cfr Informação de Retorno do IGIF).

O crescimento do índice de case-mix (de 0,805 em 2000 para 0,96 em 2004) que traduz o aumento do grau de complexidade dos doentes tratados.

Os custos por doente saído terem crescido 3,5% no biénio 2000/2001 e 0,5% no biénio 2003/2004 devido ao acréscimo de complexidade dos doentes tratados (cfr evolução do índice de case mix -cfr 3.3.1).

Os custos totais crescerem 13,5% no biénio 2000/2001 e 3,5% no biénio 2003/2004, devido a acréscimos dos custos directos nomeadamente remunerações (resultantes do aumento do nº de médicos).

O número de doentes residentes na área de influência do HSS, internados em outros hospitais da mesma área geográfica²², teve um peso percentual elevado em 2003 e 2004 (16% e 14% do total de doentes saídos do Internamento), comparativamente a outros hospitais auditados do mesmo grupo: Hospital Distrital de Santarém 8% em 2003 e 9% em 2004 e Hospital Nossa Senhora do Rosário – Barreiro 5% em ambos os anos. As transferências efectuadas pelo hospital

²¹ A comparação do desempenho deste hospital (no Internamento) com o dos restantes hospitais SA (constante do “tableau de bord” de 2003 e 2004, da Unidade de Missão), encontra-se no anexo IV.

²²

Hospital	2002	2003	2004
Hospital S. Bernardo O. Azeméis	239	177	143
U S Matosinhos	168	187	177
Hospital Geral St. António	783	838	772
Centro Hospitalar V. N. de Gaia	1875	1675	1715
Hospital N.S.de Ajuda-Espinho	97	80	62
Hospital D. S. João Madeira	297	321	295
Hospital S.João Porto	843	911	748
Hospital Francisco Zaccato Ovar	61	48	65
Total	4363	4237	3974



corresponderam a 3,49% e 3,37% em 2003 e 2004, respectivamente. **Sobre esta questão, o actual Conselho de Administração do HSS, em sede de contraditório, refere que a explicação é idêntica à apresentada para a Consulta Externa, no que se refere à capacidade instalada no hospital.**

Foram realizados testes²³ de conformidade no Internamento, tendo-se confirmado os procedimentos de registo e facturação e apurada uma demora média (simples) de 3,4 dias, valor ligeiramente abaixo do indicado no Relatório da UM (3,9).

Confirmou-se, ainda, existir correspondência entre o número de doentes saídos do Internamento e os dias de internamento (com inclusão do berçário e do serviço de Observações - OBS) fornecido pela estatística do hospital e os valores constantes do tableau de bord da Unidade de Missão. De referir, que a análise efectuada no presente relatório não incluiu o berçário nos indicadores calculados, em consonância com o critério utilizado na anterior auditoria de gestão e considerando a definição de “*lotação praticada*” constante do glossário da Direcção Geral de Saúde.

2.1.2.3 – ACTIVIDADE CIRÚRGICA

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

Quadro IV
Indicadores de actividade cirúrgica

	2000	2001	2002	2003	2004	Δ 00/01	Δ 01/02	Δ 02/03	Δ 03/04	Δ 00/04
nº de salas (*)	7	7	8	8	8	0,0	14,3	0,0	0,0	14,3
nº médicos ETC (**)				12,81	13,84				8,0	
nº cirurgias programadas	5.890	7.308	9.546	10.946	11.443	24,1	30,6	14,7	4,5	94,3
nº cirurgias urgentes	2.777	2.871	3.081	3.119	3.119	3,4	7,3	1,2	0,0	12,3
total de cirurgias	8.667	10.179	12.627	14.065	14.562	17,4	24,0	11,4	3,5	68,0
nº cirurgias p/médico etc				1.098	1.052				-4,2	
nº cirurgias programadas p/sala	841	1.044	1.193	1.368	1.430	24,1	14,3	14,7	4,5	70,0
% cirurgias programadas	67	71	76	78	79	6,0	6,5	2,9	1,0	17,3
% cirurgias urgentes	32	28	24	22	21	-12,0	-13,5	-9,1	-3,4	-33,2
Lista de Espera	2.202	2.121	1.962	2.124	3.165	-3,7	-7,5	8,3	49,0	43,7
Custo por cirurgia (euros)	696,37	669,61	634,34	695,00	834,00	-3,8	-5,3	9,6	20,0	19,8

(**) O HSS não dispõe do total de horas de trabalho dos médicos nos anos de 2000, 2001 e 2002 necessário para o apuramento do nº de médicos ETC

Fonte: Estatísticas e Contabilidade Analítica do hospital

Neste âmbito é de salientar que:

A Actividade Cirúrgica teve um crescimento da produção²⁴ de 68% entre 2000 e 2004²⁵, com acréscimos de 17,4% no biénio 2000/2001 e de 3,5% no biénio 2003/2004. De referir, no entanto, que estes acréscimos de produção foram acompanhados por uma diminuição da qualidade (vj indicador “percentagem de readmissões em GDH cirúrgicos” e “Percentagem de óbitos em GDH seleccionados” cfr ponto 2.1.3.1).

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

No contexto da actividade, as cirurgias programadas tiveram maior representatividade no biénio 2003/2004 (78% e 79%) do que em 2000/2001 (67% e 71%) demonstrando um esforço do hospital em aumentar a sua actividade para dar resposta à procura, o que se reflectiu em acréscimos de produtividade, mas que se mostrou insuficiente atendendo ao crescimento da lista de espera (cresceu 49% no biénio 2003/2004), encontrando-se a aguardar cirurgia 3 165 doentes (em 31 de Dezembro de 2004), com um tempo médio de espera de 119 dias. **Sobre esta matéria o Conselho de Administração em sede de contraditório alega que “não é possível conseguir-se um aumento significativo da produção assistencial face aos crescimentos observados desde o início da actividade” dado que “seja em instalações seja em recursos humanos, a capacidade instalada no hospital encontra-se praticamente no limite da sua utilização”.**

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

²⁴ A comparação do desempenho deste hospital (na Actividade Cirúrgica) com o dos restantes hospitais SA (constante do “tableau de bord” de 2003 e 2004, da Unidade de Missão), encontra-se no anexo IV.

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



Os custos unitários apresentaram uma tendência decrescente até 2002 invertendo-se essa tendência no biénio 2003/2004 com um crescimento de 20% devido ao acréscimo de complexidade dos doentes tratados (cfr evolução do índice de case mix - ponto 2.1.2.2).

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

2.1.2.4 – URGÊNCIA

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

Quadro V
Indicadores de actividade da urgência

	2000	2001	2002	2003	2004	Δ 00/01	Δ 01/02	Δ 02/03	Δ 03/04	Δ 00/04
nº médicos etc (**)		20,50	24,46	23,91	29,93		19,3	-2,2	25,2	
nº doentes atendidos (*)	160.667	166.766	167.277	176.141	170.050	3,8	0,3	5,3	-3,5	5,8
nº doentes atendidos por médico ETC		8.135	6.839	7.367	5.682		-15,9	7,7	-22,9	
nº de doentes atendidos p/dia	439	457	458	483	466	4,1	0,3	5,3	-3,5	6,1
custo unitário por urgência (euros)	44,26	45,13	50,97	51,46	51,00	2,0	12,9	1,0	-0,9	15,2
Custos totais (milhares de euros)	7.111,020	7.525,990	8.526,797	9.064,411	8.639,612	5,8	13,3	6,3	-4,7	21,5

(*) inclui os doentes atendidos no SAP (85 731 em 2002, 90525 em 2003 e 79989 em 2004).

(**) O HSS não dispõe do total de horas da actividade do ano de 2000 necessário para o apuramento do nº de médicos ETC

Fonte: Estatísticas do hospital

Neste âmbito é de salientar que:

O Serviço de Urgência teve no biénio 2003/2004 uma afluência média diária de 475 doentes, que evoluiu de uma média de 483 doentes atendidos em 2003 para 466 em 2004. No biénio 2000/2001 a média de afluência diária foi inferior com 448 doentes.

“O número de médicos ETC” afectos à Urgência sofreu um acréscimo de 46% entre 2001 e 2004 no entanto a produtividade decresceu 30 % (o “nº de doentes atendidos por médico ETC” passou de 8 135 em 2001, para 5 682 em 2004), o que resulta de ter existido uma menor afluência de doentes à urgência.

O custo por doente socorrido decresceu 0,9% no biénio 2003/2004 por efeito do decréscimo dos custos indirectos, contrariamente ao verificado no biénio 2000/2001 em que cresceu 2%.

O número de doentes residentes na área de influência do HSS atendidos por outros hospitais da mesma área geográfica²⁷, correspondeu em 2003 e 2004, a uma percentagem significativa do total de doentes atendidos na Urgência (12% e 11% respectivamente), face ao apurado em outros hospitais do grupo auditados: Hospital Distrital de Santarém cerca de 11% em 2003 e 2004 e Hospital Nossa Senhora do Rosário – Barreiro cerca de 3% em ambos os anos. As transferências efectuadas pelo HSS em 2003 e 2004 corresponderam a 1% do total dos atendimentos da Urgência²⁸, percentagem idêntica à verificada no biénio 2000/2001 (1,39% e 1,15%).

Sobre esta situação o actual Conselho de Administração do hospital refere, em sede de contraditório, que “uma das possíveis explicações prende-se com o facto de dois dos hospitais existentes na área serem hospitais de nível um, o que significa que os doentes recorrem ao SAP aí existente, ficando registados no sistema, mas são depois remetidos num número de casos muito significativo para a urgência do HSS”

A explicação apresentada não é todavia acompanhada de prova documental.

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

²⁶ A comparação do desempenho deste hospital (na Urgência) com o dos restantes hospitais SA, (constante do “tableau de bord” de 2003 e 2004, da Unidade de Missão), encontra-se no anexo IV.

²⁷ Nos anos de 2003 e 2004 foram socorridos por outros hospitais, respectivamente, 21.110 e 19.135 doentes que pertenciam à área de influência do HSS - Cfr dados fornecidos em resposta a ofício circular enviado no âmbito da auditoria, a hospitais da área geográfica do hospital.

²⁸ As transferências efectuadas pela Urgência para outros hospitais resultaram de não existirem no hospital as especialidades de Neurocirurgia e Cirurgia Cardio-Torácica e de a partir das 20h e aos fins-de-semana não funcionarem as especialidades de Oftalmologia e Otorrino, nem funcionarem a partir das 24h as especialidades de Neurologia e Cardiologia.



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

2.1.3- Avaliação da Equidade no Acesso

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

Uma percentagem de doentes transferidos do Internamento (3,49% em 2003 e 3,37% em 2004) **inferior à apurada nos hospitais SA** (3,31% e 4,04% em 2003 e 2004 respectivamente) mas ligeiramente acima da média nacional de todos os hospitais do SNS (3,4% em 2003 e 3,1% em 2004), **o que indica não ter existido discriminação através de maior transferência de doentes** -cfr anexo XI;

Uma diminuição de dois pontos percentuais **no peso das 1^{as} consultas** (passou de 34% em 2003 para 32% em 2004) **o que indica uma ligeira diminuição no acesso de novos doentes**.

De referir que, em 2003 e 2004, não se verificou diminuição da percentagem de doentes do SNS face ao total de doentes atendidos relativamente ao verificado em anos anteriores (2000 a 2002) em qualquer das linhas de produção (com excepção da Cirurgia em Ambulatório em 2000), pelo que se conclui pela não evidência de discriminação deste grupo.

2.1.4 – Avaliação da Qualidade

2.1.4.1– INDICADORES TÉCNICOS DE QUALIDADE

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

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

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

▼ *Complicações relacionadas com procedimentos cirúrgicos*

Gráfico VII

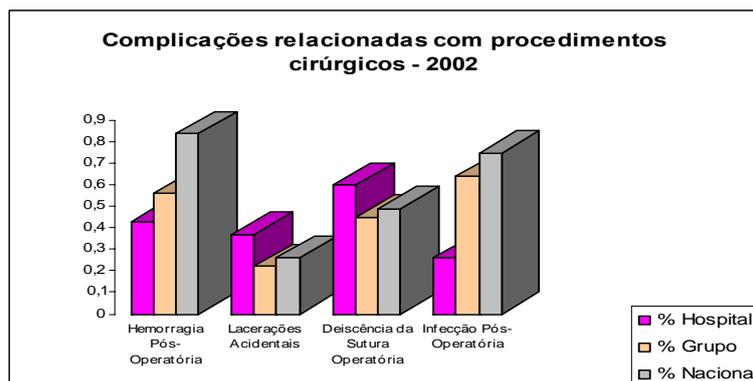




Gráfico VIII

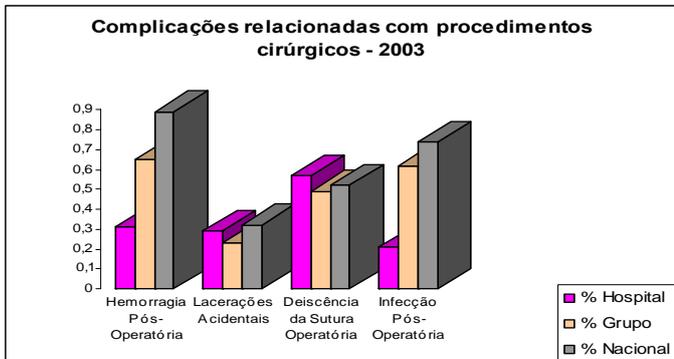
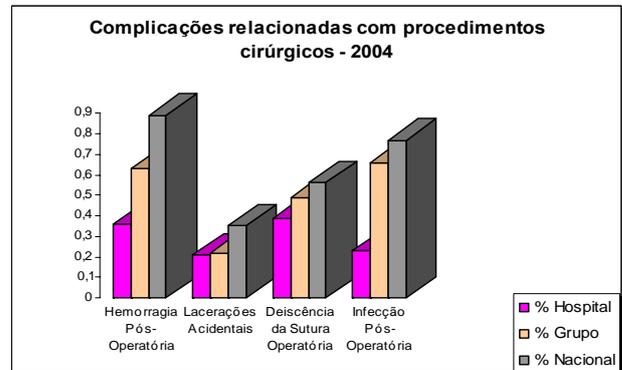


Gráfico IX



O HSS apresenta, relativamente ao tipo de complicação *hemorragia pós-operatória* e *infecção pós-operatória*, percentagens inferiores à média do Grupo²⁹ e Nacional, nos três anos em análise. Quanto ao tipo de complicação *lacerações acidentais* e *deiscência da sutura operatória*, a percentagem é superior à do Grupo e à Nacional em 2002, verificando-se uma pequena descida, em 2003, no tipo *lacerações acidental* face à percentagem Nacional. Em 2004, os quatro tipos de complicações apresentam percentagens inferiores às do Grupo e a nível Nacional.

No biénio 2000/2001, o HSS apresentou percentagens inferiores às do Grupo e Nacional.

▼ *Percentagem de readmissões em GDH cirúrgicos*

Na *percentagem de readmissões*³⁰ em GDH cirúrgicos, os 5 GDH que mais contribuíram, em 2002, 2003 e 2004, foram os que constam dos gráficos seguintes.

Gráfico X

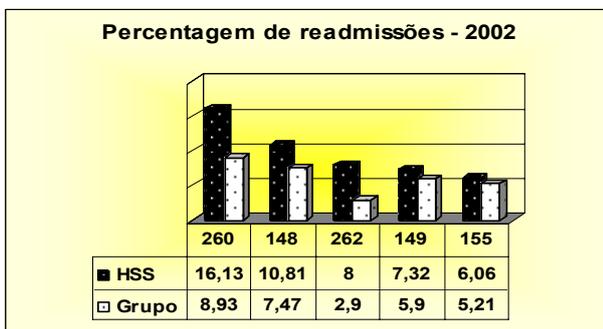


Gráfico XI

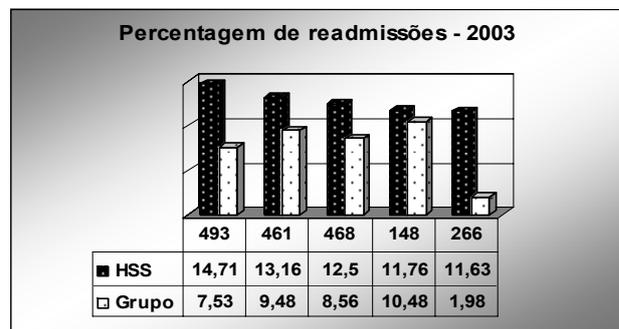
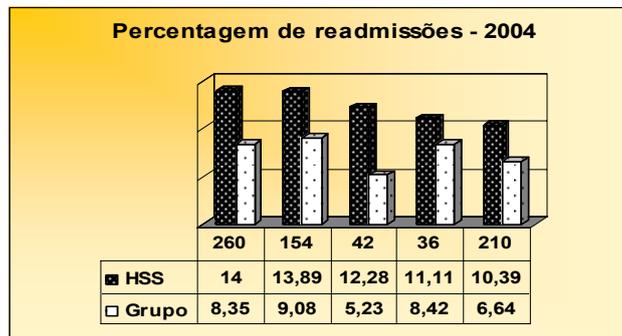


Gráfico XII

²⁹Conjunto de hospitais com características assistenciais idênticas, segundo princípios definidos pelo IGIF.

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



Ressalta da análise dos gráficos que:

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

As taxas de readmissões são, em termos gerais, mais acentuadas em 2003;

Os GDH que apresentaram um número de readmissões mais elevado foram o **260** (*Mastectomia subtotal por doença maligna, sem CC*), o **493** (*Colecistectomia laparoscópica, sem exploração do colédoco, com CC*) e o **154** (*Procedimentos no esófago, estômago e duodeno, idade > 17 anos, com CC*);

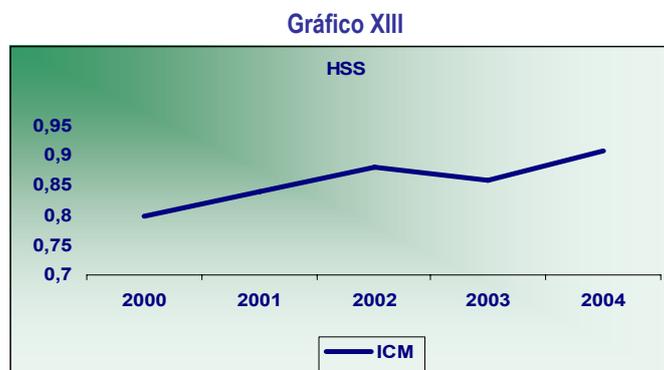
Em 2004, a percentagem de readmissões do GDH **260** diminuiu, face a 2002, mas mantém uma percentagem superior à do Grupo.

Comparativamente com o biénio 2000/2001, o hospital manteve a posição desfavorável quanto às readmissões uma vez que são superiores às do grupo.

Sobre esta matéria o actual Conselho de Administração do HSS vem, em sede de contraditório, informar que as readmissões são uma percentagem muito significativa devido a readmissões programadas e não a readmissões urgentes, considerando que com esta metodologia de cálculo, se apura um mau indicador, dado que as readmissões programadas resultam de razões técnicas que se prendem com a segurança ou a rotina dos serviços.

Relativamente ao referido informa-se que os indicadores utilizados seguiram o mesmo critério utilizado em 2000/2001 e utilizado pelo IGIF em todos os hospitais.

Convém, todavia, e uma vez que estamos perante indicadores de avaliação da qualidade, fazer uma leitura dos gráficos anteriores com a evolução do índice de *case-mix*³¹.



³¹Indicador que reflecte o nível de complexidade das situações tratadas no Internamento. Conforme é referido na dissertação de Mestrado de Francisco José M. Flor Franco, in "Eficiência Comparada dos Serviços Hospitalares: O método de fronteira estocástica", a classificação da produção hospitalar surge devido à natureza multiproduto do tratamento de doentes internados. Nem todos os casos tratados são homogéneos, na medida em que o tipo de tratamento depende, entre outras coisas, do diagnóstico do doente. Existem duas abordagens diferentes de incorporação da heterogeneidade dos produtos na medição do output hospitalar. A 1ª trabalha com categorias de output múltiplas, as quais são construídas com base num esquema de *case-mix*. A 2ª, apesar de entrar em linha de conta com os diagnósticos e com outras características dos doentes, tenta construir uma única unidade de medida do *case-mix* hospitalar, através da utilização de um índice de *case-mix*.

A curva da complexidade dos doentes tratados no HSS, entre 2000 e 2002, é ascendente, apenas com uma ligeira diminuição em 2003, voltando, no entanto, a ser retomada a sua ascensão em 2004.

▼ *Percentagem de óbitos em GDH seleccionados*

Quanto ao indicador *Percentagem de óbitos em GDH seleccionados*, em doentes com idade ≤ 65 anos e > 65 anos, seleccionaram-se os dez GDH com maior nº de ocorrências, conforme se discriminam nos quadros dos anexos V e VI.

Analisando os resultados obtidos pelo hospital em comparação com os do Grupo e a nível Nacional, verifica-se que em 2003 existiu uma diminuição face a 2002, na “Percentagem de óbitos dos GDH de doentes com idade ≤ 65 ”, atenuando as diferenças de percentagens entre o hospital e o Grupo e Nacional. Em 2004, a sua posição apresenta-se menos favorável, com registo de percentagens inferiores ao Grupo e a nível Nacional, somente em dois dos dez GDH (cfr. anexo V).

Neste indicador, os resultados do biénio 2000/2001, apresentam para a maioria dos GDH valores superiores aos do Grupo (isto é piores resultados).

No que respeita aos resultados obtidos no indicador “*Percentagem de óbitos dos GDH de doentes com idade > 65 anos*”, comparativamente com os do Grupo e a nível Nacional, identificados nos quadros do anexo VI, fica evidenciado que em 2004, sete dos dez GDH com maior nº de ocorrências, apresentam percentagens superiores (piores resultados) às assinaladas pelo Grupo e a nível Nacional.

No biénio 2000/2001, o HSS apresentava também na maioria dos GDH uma maior % de óbitos face aos hospitais do mesmo Grupo.

Sobre esta matéria o actual Conselho de Administração do HSS vem, em sede de contraditório, informar que “os números em análise são, na maioria dos casos, demasiado pequenos para se poder tirar qualquer conclusão a partir de uma comparação percentual (em alguns diagnósticos existe apenas um óbito)” referindo ainda que “não está determinada a gravidade dos quadros clínicos no momento do internamento, não se sabendo se os doentes em causa faleceram antes de se ser possível tomar medidas efectivas”.

Relativamente ao referido informa-se que os indicadores utilizados seguiram o mesmo critério utilizado em 2000/2001 e utilizado pelo IGIF em todos os hospitais.

► *Grau de Concentração da Actividade Hospitalar*

Para avaliar o grau de concentração da actividade do hospital num conjunto de actos médicos praticados, seleccionaram-se nos anos de 2002, 2003 e 2004 um conjunto de GDH (15 com maior número de doentes saídos).

Conforme se retira da leitura dos quadros do anexo VII, a actividade do HSS, nos anos referidos, concentrou-se nas Grandes Categorias de Diagnósticos (GCD) 14 (*Gravidez, parto e puerpério*) e 15 (*Recém-nascidos e lactentes com afecções do período perinatal*), tendo no entanto diminuído o número de doentes saídos ao longo desses anos.

2.1.4.2 – RECLAMAÇÕES AO GABINETE DO UTENTE

Para avaliar o grau de satisfação do serviço prestado pelo HSS aos utentes, foi analisada a evolução e o tipo de reclamações³² do Gabinete do Utente³³, apresentadas nos anos de 2003 e 2004, (cfr anexo VIII), tendo-se verificado que a maior percentagem recaiu em situações que se prendem com o funcionamento e os acessos ao hospital e que o Serviço de Urgência, foi o que apresentou o maior número de reclamações sendo os Grupos Profissionais mais abrangidos o

³²Inclui o número de reclamações efectuadas via gabinete do Utente e no Livro de Reclamações.

³³O Gabinete do Utente está integrado no Serviço de Relações Públicas do Hospital e funciona como um instrumento de gestão e um meio de defesa dos utentes. A medição da satisfação dos utentes é essencial para a avaliação da qualidade dos serviços de saúde.

peçoal médico e de enfermagem Em 2000/2001 a maior incidência de reclamações teve a ver com as especificidades da organização dos Serviços de Urgência.



2.2 – Recursos Utilizados Pelo Hospital

2.2.1 – Recursos Humanos

Ao longo dos últimos cinco anos, o HSS tem vindo a registar um aumento progressivo no número total dos efectivos, com maior incidência no pessoal médico, de enfermagem e auxiliar.

Entre 2000 e 2004, verifica-se uma variação positiva de 10,3%. (cfr. gráfico XV), apurando-se um crescimento de 3,7% no biénio 2000/2001 e de apenas 2% em 2003/2004³⁴.

O HSS registou, de 2003 para 2004, um ligeiro aumento na contratação do pessoal para as categorias de médicos e de enfermeiros, sendo a distribuição por grupos profissionais a que se apresenta no gráfico I.

O peso relativo dos grupos profissionais ligados directamente ao cariz assistencial (médicos e enfermeiros), representou nos anos de 2003 e 2004, cerca de 50% do total.

Gráfico XIV

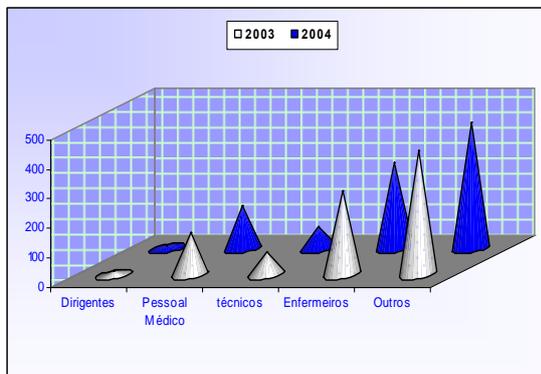


Gráfico XV



Em 31 de Dezembro de 2004 o HSS tinha 952 colaboradores a ocupar lugares do quadro permanente, dos quais 128 abrangidos pelo regime jurídico da função pública (13%), oriundos do quadro do extinto Hospital de São Paio de Oleiros e 824 com contrato individual de trabalho sem termo, correspondendo a 87% dos efectivos totais.

2.2.2 – Recursos Financeiros

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

Quadro VI
Proveitos Financeiros

Designação	2002
Subsídio à Exploração -OE	34.108.350
Prestação de Serviços	8.725.352
Proveitos e Ganhos Financeiros	183.757
Transferências e Outros Subsídios	28.571
total	43.046.030

Quadro VII
Proveitos Financeiros

Designação	2003	2004
Prestação de Serviços		
*IGIF	47.280.648,87	48.825.283,42
*Subsistemas e Outras Entidade	6.343.939,56	7.437.670,58
Proveitos e Ganhos Financeiros	808.537,00	1.139.508,00
Transferências e Outros Subsídios	64.247,00	47.575,00
total	54.497.372,43	57.450.037,00

O Subsídio à Exploração do OE foi, em 2002, a maior fonte de receita do hospital, situação já analisada em anterior auditoria (relativamente ao triénio 1999/2001), tendo sido apurado pelo IGIF com base no histórico do orçamento inicial do

34

Recursos Humanos

2000	2001	2002	2003	2004	Δ 00/01	Δ 01/02	Δ 02/03	Δ 03/04	Δ 00/04
863	895	923	933	952	3,7	3,1	1,1	2,0	10,3



ano anterior (70% em 2000, 60% em 2001 e 50% em 2002) e na previsão (projectada pelo IGIF) da produção do SNS para cada ano (30% em 2000, 40% em 2001 e 50% em 2002).

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

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

Assim, em 2003 e 2004 a maior fonte de financiamento do hospital foi a receita proveniente da prestação de serviços³⁵ que representou 98% dos recursos financeiros de cada ano, correspondendo a prestação de serviços no âmbito do SNS a cerca de 85% do total.

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

O contrato-programa fixou regras de pagamento da produção marginal (isto é, actividade superior ou inferior³⁶ aos valores contratados com ou sem fixação de limites máximos/mínimos), conforme se apresenta no quadro seguinte.

Quadro VIII
CÁLCULO DA PRODUÇÃO MARGINAL EM 2003 E 2004

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

Em 2003, os valores facturados pelo HSS e pagos pelo IGIF, de produção contratada traduziram-se no montante de 46 274 353,07€ e de produção marginal no total de 1 006 295,8€ (cfr. Quadro IX), dos quais 320.660,08€ se destinaram a suportar parte dos custos fixos associados à produção negativa do Internamento (-361 altas de doentes equivalentes). O total dos pagamentos efectuados pelo IGIF referente a 2003 atingiu 47 280 648,87€ (cfr quadro IX).

Aos valores da produção, de 2004, correspondeu uma facturação contratada de 47 354 579,24€ e uma facturação marginal de 1 470 704€, dos quais 555.237,69€ se destinaram a suportar os custos fixos associados à produção negativa (de cirurgia em ambulatório e urgência). O total recebido relativamente a esse ano foi de 48 825 283,42€ (cfr quadro seguinte).

Quadro IX

Produção	Valores recebidos (€) em 2003			Valores recebidos (€) em 2004		
	Produção contratada	Produção marginal	Total	Produção contratada	Produção marginal	Total
Consulta Externa	7.586.435,34	209.453,37	7.795.888,71	7.775.786,05	450.922,59	8.226.708,64
Altas de doentes Equivalentes	26.559.595,73	320.660,08	26.880.255,81	23.846.653,96	262.043,90	24.108.697,86
Cirurgias ambulatório (doent equiv)				3.037.151,37	217.989,41	3.255.140,78
Urgência	10.163.322,00	368.107,35	10.531.429,35	9.994.987,86	337.248,28	10.332.236,14
Sessões Hospital Dia	1.965.000,00	108.075,00	2.073.075,00	2.700.000,00	202.500,00	2.902.500,00
TOTAL	46.274.353,07	1.006.295,80	47.280.648,87	47.354.579,24	1.470.704,18	48.825.283,42

Encontrava-se previsto no clausulado do contrato-programa de 2003 o eventual pagamento de um montante extraordinário (designado de valor de convergência), destinado a compensar as obrigações no contexto do Serviço Público de Saúde³⁷,

³⁵ Corresponde ao total da conta 7.1.2 - Prestação de Serviços (Fonte: balancete do Razão Geral Antes de Regularizações).

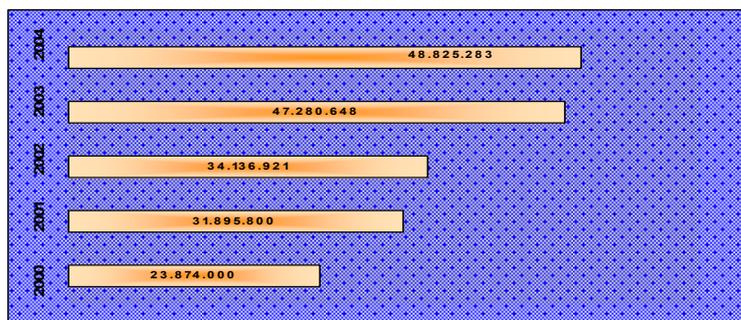
³⁶ Quando o hospital não consegue atingir os valores contratados para a produção, recebe uma percentagem do preço dos valores da produção não realizada para compensar os custos fixos associados à actividade (os valores percentuais estão definidos em cada contrato).



no entanto o HSS cumpriu com os objectivos de convergência (os custos unitários de produção do hospital, não ultrapassaram os custos médios dos hospitais do mesmo grupo, apurados pelo IGIF, por áreas de actividade, e que serviram de referência à definição dos preços unitários de produção estabelecidos nos contratos-programa para esses anos), o HSS não recebeu qualquer montante extraordinário (valor de convergência) “...destinado a compensar as obrigações no contexto do Serviço Público de Saúde...” e “...que permite assegurar a convergência progressiva dos hospitais mais ineficientes...”, pelo que não recebeu qualquer valor nesse ano. Em 2004 o contrato-programa não atribuiu a possibilidade de pagamento de qualquer valor de convergência (cláusula vigésima primeira).

Analisada a evolução das transferências do OE via IGIF obtidas nos anos de 2000, 2001 e 2002³⁸ e dos valores pagos com base nos contratos programas de 2003 e 2004, apuram-se crescimentos acentuados de 34% e 39% respectivamente nos biénios 2000/2001 e 2002/2003, verificando-se que em 2003/2004 existiu um acréscimo de 3% (Cfr gráfico VI).

Gráfico XVI



Face ao referido, poder-se-á concluir que o novo modelo de financiamento introduziu um crescimento significativo (de 39%)³⁹ entre os valores pagos pelo IGIF em 2003 e o financiamento de 2002, sendo as razões deste acréscimo de financiamento decorrentes da mudança do modelo de financiamento e do aumento do nível do índice de case mix (já que a produção teve um crescimento menos acentuado em 2002/2003 do que em 2000/2001⁴⁰).

³⁷Cfr. N.º 2 da cláusula 5 do contrato programa de 2004 “... Por Serviço Público entende-se o conjunto das prestações de saúde que devam ser asseguradas pelo Hospital, independentemente da existência de um terceiro responsável pelo pagamento, de acordo com o seu perfil assistencial e no âmbito do Serviço Nacional de Saúde”.

³⁸No triénio anterior (2000-2002), o subsídio à exploração transferido pelo IGIF ao hospital atingiu, respectivamente, 23.872.467€, 31.885.880€ e 34.136.921€.

³⁹

Evolução do financiamento			
2000/01	2001/02	2002/03	2003/04
34%	7%	39%	3%

⁴⁰

Crescimento da Produção Total

Actividade	2000/01	2001/02	2002/03	2003/04	2000/04
Consulta Externa	22,60%	10,60%	8,10%	9,60%	60,60%
Internamento	9,70%	9,60%	1,70%	3%	25,90%
Activ Cirurgica	17,40%	24,00%	11%	3,50%	68,00%
Urgência	3,80%	0,30%	5,30%	-3,50%	5,80%



2.3 – Análise da Situação Económico-Financeira

2.3.1 – Défice/Excedente Financeiro e Económico

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

QUADRO X
DÉFICE / EXCEDENTE FINANCEIRO

Unid: euros

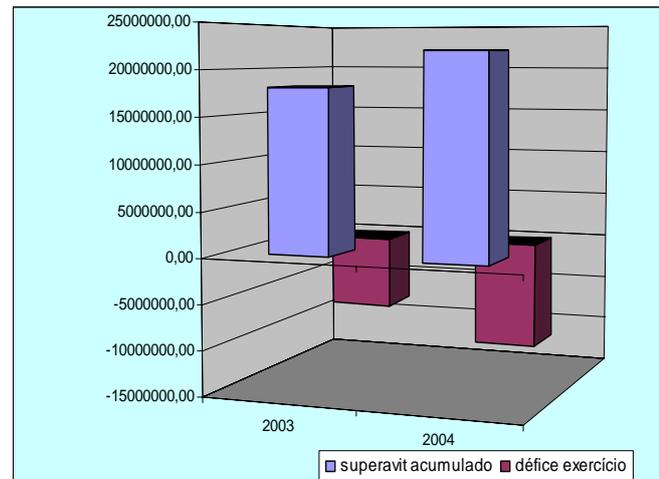
	2003	2004
1 Receita cobrada do exercício	41.935.801,10	42.084.553,66
2 Despesa total do exercício	49.876.798,44	53.649.727,77
3 Saldo inicial de "fundos próprios"	2.479.302,92	30.127.730,05
4 Receita cobrada de exercícios anteriores	1.394.618,52	12.898.814,34
5 Realização do Capital Social	29.930.000,00	
6 Despesa total de anos anteriores (a)	7.743.314,20	9.404.487,92
7 Despesa não relevada na contabilidade (b)	115.571,00	44.178,00
8 Receita Total (1+3+4+5)	75.739.723	85.111.098
9 Despesa Total Acumulada em 2004 (2+6+7)	57.735.684	63.098.394
10 Défice do Exercício (1-2)	-7.940.997,34	-11.565.174,11
11 Superavit de Anos Anteriores (3+4+5-6)	26.060.607,24	33.622.056,47
12 Superavit Acumulado (10+11)	18.119.609,90	22.056.882,36
13 Défice Oculto (7)	-115.571,00	-44.178,00
14 Superavit Total (12+13)	18.004.038,90	22.012.704,36

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

b) Facturas emitidas e não relevadas na contabilidade desse ano.

Fonte: Balançotes do Razão Geral

Gráfico XVII
Défice/Excedente Financeiro de 2004



QUADRO XI

SITUAÇÃO ECONÓMICA NA ÓPTICA DOS FLUXOS DE RECEITA E DESPESA

Unid. euros

	2003	2004
1 Receita total do exercício	55.494.161,84	58.443.456,41
2 Despesa total do exercício	49.876.798,44	53.649.727,77
3 Receita total de anos anteriores	120.554,35	532.196,87
4 Despesa total de anos anteriores	361.662,96	149.030,03
5 Despesa não/relevada na contabilidade	115.571,00	44.178,00
6 Superavit do exercício (1+3-2-4)	5.376.254,79	5.176.895,48
7 Défice oculto (5)	-115.571,00	-44.178,00
8 Superavit total (6+7)	5.260.683,79	5.132.717,48

Fonte: Balançotes do Razão Geral

É de sublinhar, o seguinte:

A existência de superavit financeiro total em 2003 e 2004 no valor de 18.004 e 22.013 milhares de euros, por força do superavit de exercícios anteriores nos valores de 26.061 e 33.622 milhares de euros, respectivamente.

O apuramento dos défices de exercício negativos nos dois anos (-11.565 milhares de euros em 2004 e -7.941 milhares de euros em 2003), atendendo a que a despesa realizada em cada um dos anos foi superior à receita cobrada nesses anos.

O superavit económico total em 2004 no valor de 5 132 717,48€ (com índice de cobertura igual a 1,107⁴¹), demonstra uma diminuição face a 2003 em que se registou um superavit de 5 260 683,79€ (com índice de cobertura igual a 1,096).



2.3.2- Endividamento

Os quadros seguintes evidenciam as dívidas do hospital em 2004:

QUADRO X II

Dívidas da Instituição em 31 Dez 2004

Divida de Fundos Próprios	8.457.646
Divida de Fundos Alheios	1.195.838
Total dívidas a Terceiros	9.653.483

Fonte: Balanço e Balancetes do Razão Geral após regularizações

QUADRO XIII

Dívidas do HSS em 31 Dez 2004 - Fundos Próprios

Unid.: euros

Credores	até 31/12/03	%	de 2004	%	Total	%
Instituições do SNS						
ARS	1.577.391	51,4	43.249	0,8	1.620.640	19,2
Hospitais	1.124.297	36,7	1.000.147	18,6	2.124.444	25,1
Outros Serviços SNS	354.421	11,6	470.625	8,7	825.046	9,8
Sub- total	3.056.109	99,6	1.514.021	28,1	4.570.130	54,0
Fornecedores - Compras	379	0,0	2.292.485	42,5	2.292.864	27,1
Fornecedores - Imobilizado	11.147	0,4	653.998	12,1	665.145	7,9
Outros Fornec.e Serviços	0	0,0	918.366	17,0	918.366	10,9
Pessoal	0	0,0	11.140	0,2	11.140	0,1
Sub- total	11.526	0,4	3.875.990	71,9	3.887.516	46,0
TOTAL	3.067.635	100	5.390.011	100	8.457.646	100

Fonte: Informação financeira do hospital

Em 31 de Dezembro de 2004, o HSS apresentava uma dívida acumulada total no valor de 9 653 483€ da qual 8.457.646€ diziam respeito a Fundos Próprios (sendo 3 876 375 € a fornecedores e 4 567 013€ a Instituições do SNS) e 1 195 838€ a Fundos Alheios (cfr. quadro XII).

Relativamente à dívida de Fundos Próprios, 3 067 635€ corresponde a dívidas por regularizar de anos anteriores e 5 390 011€ a dívidas por regularizar do próprio ano. Apurando-se, que 54% do total da dívida, em 31/12/2004, é para com Instituições do SNS, da qual 67% ⁴² diz respeito a anos anteriores e apenas 33% ao ano de 2004 (quadro XIII), não obstante ter havido em 2004, por despacho do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde, uma anulação de dívidas no valor de 1 650 278,27€ (sendo 540 689,10€ de facturação reportada a 2003 e 1 109 589,17€ de facturação reportada a 2004).

Em 2003 a dívida acumulada foi de 10 329 857€ da qual 9 134 312€ diziam respeito a Fundos Próprios (sendo 2 685 130€ a fornecedores e 7 424 055 a Instituições do SNS) e 1 195 545€ a Fundos Alheios, apesar de ter beneficiado de uma anulação de dívida contraída nesse ano, no valor de 989 736€, relativa a produtos vendidos por farmácias, por despacho de 31/12/2003 do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde.

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

QUADRO XIV

Dívidas do HSS em 31 Dez 2003

Divida de Fundos Próprios	9.134.312
Divida de Fundos Alheios	1.195.545
Total dívidas a Terceiros	10.329.857

Fonte: Balanço e Balancetes do Razão Geral Após regularizações

QUADRO XV

Dívidas do HSS em 31 Dez 2003 - Fundos Próprios

Unid.: euros

Credores	até 31/12/02	%	de 2003	%	Total	%
Instituições do SNS						
ARS	1.307.697	30	1.292.609	23	2.600.307	26
Hospitais	2.314.867	53	1.265.348	22	3.580.215	35
Outros Serviços SNS	788.542	18	454.992	8	1.243.534	12
Sub- total	4.411.106	100	3.012.949	53	7.424.055	73
Fornecedores - Compras	-20.838	0	1.877.847	33	1.857.008	18
Fornecedores - Imobilizado			304.994	5	304.994	3
Outros Fornec.e Serviços	1.517	0	521.611	9	523.128	5
Pessoal			14.863	0	14.863	0
Sub- total	-19.321	0	2.719.314	47	2.699.993	27
TOTAL	4.391.785	100	5.732.263	100	10.124.048	100
Dívida Anulada					989.736	
TOTAL DA DÍVIDA EM 31 DEZ 2003					9.134.312	

Fonte: Informação financeira do hospital

Da análise do quadro XV, verifica-se que 73% da dívida em 31/12/2003 é a Instituições do SNS, da qual 59% ⁴³ teve origem em anos anteriores e apenas 41% no ano de 2003.

⁴²Em 31 de Dezembro de 2004 o peso das dívidas de anos anteriores no total da dívida ao SNS = $\frac{3\,056\,109}{4\,570\,130} \times 100 = 67\%$

⁴³Em 31 de Dezembro de 2003 o peso das dívidas de anos anteriores no total da dívida ao SNS = $\frac{4\,411\,106}{5\,732\,263} \times 100 = 59\%$

De referir, ainda, que as dívidas herdadas aquando da transformação do hospital em SA em Dezembro de 2002, ascendiam a 6.230.607,98€, (3.570.429,57€ eram a Instituições do SNS e 2.660.178,41€ a fornecedores), não tendo o IGIF até 31 de Dezembro de 2004, realizado nenhuma transferência extraordinária. Tendo sido autorizada, por despacho de 21 Janeiro de 2005, do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde, uma anulação de dívidas reportadas a 2002, do hospital às ARS no montante de 1 538 799,66€ (referente a produtos vendidos por farmácias a beneficiários do SNS) e conforme já antes referido impõe-se uma clarificação por via legislativa das anulações de dívidas (cfr Relatório nº 10/03- 2ª S.- Auditoria à Situação financeira do SNS).

Em 2003 e 2004 verificou-se que a Unidade de Missão Hospitais SA e o IGIF, não procederam a um controlo financeiro exaustivo, em especial, ao endividamento resultante dos compromissos assumidos perante os fornecedores, no sentido de acautelar necessidades de financiamento futuras⁴⁴.

2.3.2.1– Endividamento Financeiro

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

2.3.2.2– Regularizações de Passivos

Nos dois anos analisados (2003 e 2004), não ocorreram regularizações extraordinárias de passivos através da DGT (nem mesmo para regularização da dívida herdada).

2.3.3– Custos e Proveitos

A evolução dos custos e proveitos no triénio (2002- 2004), apresenta-se no quadro I do anexo IX, apurando-se da sua análise crescimentos de 16,5% nos Custos e de 39% nos Proveitos, sendo os proveitos em valor absoluto superiores aos custos o que origina Resultados Operacionais e Resultados Líquidos positivos (o Resultado Líquido do Exercício foi em 2003 de 1 421 561,79€ e em 2004 de 2 320 515,76€), contrariamente ao verificado em 2002 em que os estes foram negativos - cfr quadro XVI. De referir, ainda, que os Resultados Líquidos beneficiaram dos Resultados Financeiros positivos obtidos pela rentabilização das disponibilidades resultantes da realização do capital social.

Quadro XVI
Evolução dos Resultados

Resultados	2002	2003	2004	Δ 02/03	Δ 03/04
R Operacionais	-4.368.714	1.284.951	1.850.932	-129,4	44,0
R Financeiros	165.937,24	774.380	1.111.312	366,7	43,5
R Extraordinários	1.785.776,13	-230.880	325.815	-112,9	-241,1
R Líquidos	-2.417.001,11	1.421.562	2.320.516	-158,8	63,2

Para o crescimento dos custos contribuíram os acréscimos de 26,1% verificados em “*Custos com Mercadorias Vendidas e Consumidas*” e de 19,8% em “*Custos com Pessoal*” tendo existido um efeito negativo nos “*Fornecimentos e Serviços Externos*” (-5,1%) - cfr quadro I do anexo IX . De referir ainda que os custos com pessoal representaram cerca de 52% do total dos custos de cada ano.

Nos “*Custos com Mercadorias Vendidas e Consumidas*” os “*Produtos Farmacêuticos*” (medicamentos, reagentes e outros produtos farmacêuticos) e o “*Material de Consumo Clínico*” ascenderam em qualquer dos anos do triénio a mais de 92% do total (cfr quadro II do anexo IX).

Os “*Produtos Farmacêuticos*” têm tido, de ano para ano, sucessivos aumentos, situando-se o acréscimo de 2002 para 2004 em 32,8%, representando os medicamentos (em média) cerca de 80% do total destes produtos, (cfr anexo IX).

⁴⁴ Remissão para o Relatório Global da Auditoria de Avaliação aos Hospitais SA.

Dentro da rubrica “*Custos com Pessoa*”, seleccionou-se o custo com horas extraordinárias (apesar desta ter representado apenas cerca de 13% dos custos com pessoal) a fim de constatar de entre as áreas analisadas aquela que representa maior peso.

QUADRO XVII
Horas Extraordinárias

Unid: Euros

RUBRICA	2002		2003		2004	
	valor	%	valor	%	valor	%
Remunerações adicionais - H Extr	3.208.320,99	100	3.263.066,68	100	3.687.032,52	100
Horas Extra - urgência	352.795,79	11,0	282.994,00	8,7	301.376,21	8,2
Horas Extra - C Externa	29.087,66	0,9	17.772,00	0,5	1.758,53	0,0
Horas Extra - Internamento	2.001.750,58	62,4	2.086.475,00	63,9	2.391.760,02	64,9
Horas Extra - Act. Cirurgica	212.253,41	6,6	180.892,00	5,5	190.202,96	5,2
Horas Extra - Outros Serviços	612.433,55	19,1	694.933,68	21,3	801.934,80	21,8

Fonte: Informação fornecida pelos Serviços Financeiros do HSS

Do resultado desta análise verificou-se que o custo com as horas extraordinárias, teve o maior peso no Internamento, em qualquer dos anos.

Nos “*Custos com Pessoa*” destacam-se, ainda, os incentivos pagos aos médicos em 2003 e em 2004 nos montantes de respectivamente, 1.130.989,67€ e 1.195.939,48€.

Para verificar se a atribuição de incentivos teve como suporte a avaliação do desempenho, foram realizado testes sobre situações ocorridas em 2004, tendo-se apurado que nalguns processos não constava a avaliação individual do médico, mas apenas a avaliação do serviço. Não obstante, e uma vez que os serviços⁴⁵ atingiram os objectivos fixados, foram pagos aos médicos os valores correspondentes a incentivos, situação que não invalida que o procedimento tenha sido incorrecto.

No que respeita aos Proveitos do triénio, destacam-se os crescimentos verificados na rubrica “*Prestação de Serviços*” que representou respectivamente 96% e 95% do total dos proveitos verificados em 2003 e 2004 (cfr quadro I do anexo IX).

As “*Prestações de Serviços*” resultam da actividade hospitalar⁴⁶ e conforme se pode observar no quadro seguinte, apresentam valores mais significativos ao nível do Internamento.

QUADRO XVIII
Prestações de Serviços

Unid: Euros

Rubrica	2002	2003	2004	Δ% 02/03	Δ% 03/04
Actividade Hospitalar					
Internamento	2.808.315,82	30.909.848,07	31.517.332,74	90,9	2,0
Consulta	283.486,09	7.905.070,03	8.583.228,41	96,4	8,6
Urgência	379.424,71	10.586.746,46	10.816.269,69	96,4	2,2
Hospital de Dia		1.954.956,00	2.880.000,00	100,0	47,3
Quartos Particulares	174.365,36	231.802,79	186.165,42	24,8	-19,7
MCDT	1.354.582,42	1.237.086,67	1.446.430,20	-9,5	16,9
Taxas Moderadoras	588.918,94	665.490,83	802.537,11	11,5	20,6
Outras	410.437,70	133.587,58	30.990,86	-207,2	-76,8
Total	5.999.531,04	53.624.588,43	56.262.954,43	88,8	4,9

Fonte: Informação fornecida pelos Serviços Financeiros do HSS

No último biénio observaram-se ainda significativos proveitos financeiros (cfr quadro I do anexo IX) dada a liquidez resultante da não utilização do capital social⁴⁷ encontrando-se constituída uma aplicação a prazo em 31 de Dezembro de 2004 no montante de 29.930.000 euros (valor do capital social constituído).

⁴⁵Pneumologia, Ortopedia Medicina Física e de Reabilitação e Neurologia.

⁴⁶Em 2002 as Prestações de Serviços dizem respeito apenas à actividade hospitalar prestada aos Subsistemas de Saúde e a outras entidades. Em 2003 e 2004, incluem, ainda a actividade prestada no âmbito do SNS (que é remunerada em conformidade com o estipulado no contrato programa).

⁴⁷ Com a alteração introduzida pelo Lei nº 39-A/2005, de 29 de Julho (1ª alteração à Lei nº 55-B/2004, de 30 de Dezembro -Orçamento de Estado para 2005) o hospital como EPE (Decreto-Lei nº 233/2005, de 29 de Dezembro) encontra-se sujeito ao Regime de Tesouraria do Estado, aprovado pelo Decreto-Lei nº 191/99, de 5 de Junho.

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

2.3.4 – Balanço e Estrutura Patrimonial

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

Quadro XIX

Unid: euros

BALANÇO	2002	2003	2004
Activo			
Imobilizado líquido	31.871.020	31.847.570	30.034.137
Circulante	37.253.701	47.460.524	49.115.117
Existências		1.488.540	1.594.735,4
Dívidas 3ºs Curto Prazo		15.081.869	16.853.718,6
Disponibilidades		30.890.115	30.666.663,3
Acréscimos e Diferimentos	0	463.625,00	1.456.116
Total	69.124.721	79.771.719	80.605.370
Fundos Próprios e Passivo			
Fundos Próprios			
Provisões para riscos	0	0	0
Dívidas a Curto prazo	7.803.189	10.329.858	9.653.483
Acréscimos e Diferimentos	3.316.379	4.468.793	3.594.818
Passivo	11.119.568	14.798.650,90	13.248.301
Total	11.119.568	14.798.650,90	13.248.301

Fonte: Relatório e Contas do HSS

Da sua análise destaca-se:

O Activo Líquido no final de 2004 ascendeu a 80.605 milhares euros apresentando uma variação positiva de 1% relativamente ao valor apresentado em 31 de Dezembro de 2003.

À mesma data o Activo Circulante⁴⁸ representou 49.115 milhares de euros, com destaque para a rubrica depósitos em instituições financeiras, no montante de 30 666 milhares euros, praticamente igual ao valor do final de 2003, estando assim disponível a totalidade do Capital Social realizado pelo Accionista Estado (29 930 milhares de euros). O Imobilizado Líquido teve em 2004 o valor de 30.034 milhares euros o que representou 37% do Activo Líquido tendo apresentado um decréscimo de 6% relativamente ao ano anterior, dado que o valor dos investimentos realizados em 2004 foi inferior ao contabilizado a título de amortizações nesse ano.

Em 2003, o HSS de acordo com o disposto no art.º 7º do Decreto-Lei nº 296/2002, procedeu à inventariação e valorização do seu Imobilizado corpóreo (excepto imóveis), de que resultaram diferenças com os valores contabilísticos, as quais tiveram um impacto favorável nos capitais próprios no montante de 2.937.018€, situação referida no parecer emitido pelo Fiscal Único.

Quanto ao “Passivo e Fundos Próprios” destaque para os Fundos Próprios que representaram 81% em 2003 e 84% em 2004 (do 2º membro do Balanço) em resultado da não utilização do Capital Social para solver dívidas ou cobrir défices (subscrito⁴⁹ no valor de 29 930 000€ e Realizado⁵⁰ com emissão de 2993 acções com o valor nominal de 10 000€) e as Dívidas de Curto Prazo que representam 13% do total em 2003 e 12% em 2004.

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

⁴⁸Refere-se ao activo disponível (caixa e bancos), mais os créditos a curto prazo (devedores, letras a receber) mais as existências (cfr. “Normas e Rácios de Gestão” de Dun Bradstreet.

⁴⁹Nos termos do art.º 7º do Decreto-Lei n.º 299/2002, de 11 de Dezembro.

⁵⁰ O capital social subscrito foi disponibilizado através da transferência efectuada pela Direcção Geral do Tesouro para a conta bancária da sociedade anónima HSS - Cfr. Guia de Receita, extracto bancário Plano de Contas (valores de abertura de balanço).



2.3.5- Indicadores Económico Financeiros

No quadro que se apresenta⁵¹ indicam-se alguns indicadores económicos e financeiros relativamente ao biénio 2003/2004.

Quadro XX

Indicadores		Referência	2002	2003	2004
Autonomia Financeira	C Próprio/Activo Total	Quanto >o coeficiente menor a dependência de financ Externos	0,84	0,81	0,84
Liquidez Geral	Activo circulante/Dividas Cprazo	igual a 1	4,77	4,59	5,09
Liquidez Reduzida	Activo circul-Exist/Dividas Cprazo	igual a 1	4,61	4,45	4,92
Solvabilidade	C Próprio/Passivo Total	>1/2	5,22	4,39	5,08
Endividamento	Passivo/Activo Total	<1	0,16	0,19	0,16
Rentabilidade Financeira ou do Capital	Resultado liquido/Capital Próprio	Quanto >, > a capacidade de de autofinanciamento	-0,01	0,02	0,03
Rentabilidade Prest Serviços	Resultado liquido/Prestações de Serviços		-1,23	0,03	0,04
Rentabilidade do Activo	Resultado liquido/Activo Total	Quanto >, > a capacidade do Activo da empresa gerar lucro	-0,01	0,02	0,03

Da análise do quadro destaca-se o bom nível de equilíbrio financeiro (liquidez geral e reduzida)⁵².

A Autonomia Financeira, capacidade financeira global do hospital poder solver a totalidade dos seus compromissos, apresentou indicadores elevados.

Destaca-se, ainda, uma solvabilidade elevada (capital próprio/passivo)⁵³ e crescente (4,39 em 2003 e 5,08 em 2004), bem como um endividamento pequeno (passivo/activo) e decrescente (0,19 em 2003 e 0,16 em 2004).

Da análise do quadro é notório ainda que o hospital apresenta níveis de rentabilidade positivos em 2003 e 2004.

III- REFERÊNCIAS FINAIS

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

3.1- Relação de Responsáveis

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

3.2- Colaboração Prestada

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

3.3- Emolumentos

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

IV- DETERMINAÇÕES FINAIS

4.1 – O presente relatório deverá ser remetido:

- Ao Ministro da Saúde.

⁵¹A informação que serviu de suporte à sua elaboração encontra-se no quadro que constitui o anexo X.

⁵²Encontra-se cumprida a regra do equilíbrio financeiro mínimo quando a liquidez geral é igual a um, sendo vulgar apontar a unidade como valor ideal para o rácio da liquidez reduzida – cfr. Princípios de Gestão de Caldeira Menezes.

⁵³ A solvabilidade traduz a posição de independência do hospital face aos credores. Quanto maior for, maior será a segurança dos credores em recuperar os seus créditos - cfr. Normas e rácios de Gestão de Dun & Bradstreet.

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

4.2 – Em cumprimento do disposto no n.º4 do artigo 29º e n.º4 do artigo 54º, aplicável por força do disposto no n.º 2 do art.º 55º da Lei n.º 98/97, de 26 de Agosto, notifique-se o Excelentíssimo Procurador-Geral Adjunto, junto deste Tribunal, do presente Relatório.

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

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



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

Os Juízes Conselheiros

(Lia Olema Videira de Jesus Correia)
(Relator)

(António José Avérous Mira Crespo)

(Armindo de Jesus de Sousa Ribeiro)

(José de Castro de Mira Mendes)

(João Pinto Ribeiro)

(Carlos Manuel Botelho Moreno)

(Manuel Henrique de Freitas Pereira)

(José Alves Cardoso)



(Manuel Raminhos Alves de Melo)



(O Procurador-Geral Adjunto)