

Relatório n.º 5/2007- FS/SRMTC

**Auditoria ao Serviço Regional de Saúde,
E.P.E.**

Processo n.º 8/06 – Aud/FS

Funchal, 2007



Tribunal de Contas
Secção Regional da Madeira

PROCESSO N.º 8/06 – AUD/FS

**Auditoria ao
Serviço Regional de Saúde, E.P.E.**

**RELATÓRIO N.º 5/2007- FS/SRMTC
SECÇÃO REGIONAL DA MADEIRA DO TRIBUNAL DE CONTAS**

Março 2007



Tribunal de Contas
Secção Regional da Madeira

ÍNDICE

FICHA TÉCNICA	7
RELAÇÃO DE SIGLAS	7
GLOSSÁRIO.....	8
1. SUMÁRIO EXECUTIVO.....	11
1.1. CONSIDERAÇÕES PRÉVIAS	11
1.2. OBSERVAÇÕES.....	11
1.3. RECOMENDAÇÕES.....	14
2. CARACTERIZAÇÃO DA ACÇÃO	15
2.1. FUNDAMENTO, ÂMBITO E NATUREZA DA AUDITORIA.....	15
2.2. IDENTIFICAÇÃO DOS RESPONSÁVEIS	16
2.3. ÂMBITO E OBJECTIVOS.....	16
2.4. METODOLOGIAS E TÉCNICAS DE CONTROLO	17
2.5. CONDICIONANTES E LIMITAÇÕES DA ACÇÃO.....	18
2.6. CONTRADITÓRIO.....	18
2.7. ENQUADRAMENTO.....	19
2.7.1. <i>O Sistema Regional de Saúde</i>	19
2.7.2. <i>O Serviço Regional de Saúde, E.P.E.</i>	21
2.7.2.1 Enquadramento legal.....	21
2.7.2.2 Organização interna.....	22
2.7.2.3. Perfil assistencial, área de influência e população abrangida pelo HCF.....	24
3.1. OS OBJECTIVOS DEFINIDOS NOS MODELOS PREVISIONAIS	26
3.1.1. <i>O Plano Estratégico do SRS</i>	26
3.1.2. <i>Os objectivos definidos nos planos de actividades</i>	27
3.1.2.1. Medidas gerais.....	27
3.1.2.2. Medidas comuns à actividade hospitalar	29
3.1.2.3. Medidas especificamente orientadas para as áreas de actividade hospitalar.....	30
3.1.2.4. Conclusão.....	37
3.1.3. <i>A produção acordada nos contratos - programa</i>	39
3.1.3.1. Enquadramento.....	39
3.1.3.2. A análise dos contratos - programa	40
3.1.3.3. A sustentabilidade económico-financeira do SRS	49
3.2. MOVIMENTO ASSISTENCIAL HOSPITALAR	51
3.2.1. <i>Urgência</i>	51
3.2.2. <i>Consulta externa</i>	53
3.2.3. <i>Cirurgia</i>	58
3.2.4. <i>Internamento</i>	65
3.3. AS LISTAS DE ESPERA	70
3.3.1. <i>Introdução</i>	70
3.3.2. <i>Consulta</i>	72
3.3.3. <i>Cirurgia</i>	77
3.3.3.1. A lista de espera cirúrgica de Ortopedia.....	80
3.3.3.2. A contratualização de serviços para combate à lista de espera para Tratamentos Cirúrgicos às Cataratas...81	
4. EMOLUMENTOS.....	86

5. DETERMINAÇÕES FINAIS	86
ANEXOS	89
I – PLANOS DE ACTIVIDADES	91
1. <i>Medidas contempladas nos planos de actividades do SRS especificamente orientadas para a área hospitalar.....</i>	<i>91</i>
II – CONTRATOS PROGRAMA.....	93
1. <i>Produção contratada de Junho de 2005 a Maio de 2006</i>	<i>93</i>
2. <i>Objectivos de convergência</i>	<i>94</i>
III - MOVIMENTO ASSISTENCIAL POR ESPECIALIDADES.....	98
IV – LISTAS DE ESPERA DA CONSULTA.....	113
V – TEMPOS MÉDIOS DE PERMANÊNCIA NA LISTA DE ESPERA DA CONSULTA E DE ESPERA ATÉ À REALIZAÇÃO DA 1.ª CONSULTA.....	115
VI – LISTAS DE ESPERA DA CIRURGIA	117
VII – CONTRATUALIZAÇÃO DE SERVIÇOS PARA COMBATE À LISTA DE ESPERA PARA TRATAMENTOS CIRÚRGICOS ÀS CATARATAS	119
VIII – NOTA DE EMOLUMENTOS E OUTROS ENCARGOS	123



FICHA TÉCNICA

<i>SUPERVISÃO</i>	
Mafalda Morbey Affonso	Auditora-Coordenadora
<i>COORDENAÇÃO</i>	
Miguel Pestana	Auditor-Chefe
<i>EQUIPA DE AUDITORIA</i>	
Rui Rodrigues	Técnico Verificador Superior
Ricardina Sousa	Técnico Superior
<i>APOIO JURÍDICO</i>	
Merícia Dias *	Técnico Verificador Superior

*Na fase de anteprojecto de relatório.

RELAÇÃO DE SIGLAS

SIGLA	DESIGNAÇÃO
ARS	Administração Regional de Saúde
BO	Bloco operatório
CA	Conselho de Administração
CE	Consulta externa
CHF	Centro Hospitalar do Funchal – designação do Instituto Público que foi integrado no SRS
CP	Contrato programa
CRI	Centro de responsabilidade integrado
CS	Centro de Saúde
H	Hospital
HCC	Hospital Cruz de Carvalho
HCF	Hospital Central do Funchal, o qual congrega o HCC e o HM, que corresponde ao antigo CHF
HM	Hospital dos Marmeleiros
DL	Decreto-Lei
DLR	Decreto Legislativo Regional
DRGDR	Direcção Regional de Gestão e Desenvolvimento de Recursos
DRR	Decreto Regulamentar Regional
GDH	Grupo de diagnóstico homogéneo
ICM	Índice Case-Mix
JORAM	Jornal Oficial da Região Autónoma da Madeira
MCDT	Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica
n.d.	Não disponível
NTCI	Novas tecnologias de informação e comunicação
POCP	Plano Oficial de Contabilidade Pública
RAM	Região Autónoma da Madeira
RH	Recursos Humanos
SNS	Serviço Nacional de Saúde
SRAS	Secretaria Regional dos Assuntos Sociais
SRMTC	Secção Regional da Madeira do Tribunal de Contas
SRS	Serviço Regional de Saúde, EPE
SU	Serviço de Urgência
TI	Tecnologias de informação

GLOSSÁRIO

Termo	Conceito
Ambulatório	Conjunto de serviços que prestam cuidados de saúde a indivíduos não internados.
Intervenção cirúrgica*	Acto invasivo único ou múltiplo, com objectivo terapêutico e/ou de diagnóstico, realizado por cirurgião, sob qualquer tipo de anestesia, em sala operatória e na mesma sessão.
Cirurgia de ambulatório*	Intervenção cirúrgica programada, realizada sob anestesia geral, loco-regional ou local, que, embora habitualmente efectuada em regime de internamento, pode ser realizada em instalações próprias, com segurança e de acordo com as actuais <i>legis artis</i> , em regime de admissão e alta no mesmo dia.
Pequena cirurgia*	Intervenção cirúrgica com valor k inferior a 50, conforme a tabela do Ordem dos Médicos.
Consulta externa	Unidade orgânico-funcional de um Hospital onde os doentes, com prévia marcação, são atendidos para observação, diagnóstico, terapêutica e acompanhamento, assim como pequenos tratamentos.
Primeira consulta	Consulta médica, em Hospitais, em que o utente é examinado pela primeira vez numa especialidade e referente a um episódio de doença.
Segunda consulta (ou consulta subsequente)	Consulta médica, que deriva da primeira, para verificação da evolução do estado de saúde do doente.
Hospital	Estabelecimento de saúde dotado de internamento, ambulatório e meios de diagnóstico e terapêutica, com o objectivo de prestar à população assistência médica curativa e de reabilitação, competindo-lhe também colaborar na prevenção da doença, no ensino e na investigação científica.
Hospital Central	Hospital caracterizado por dispor de meios humanos e técnicos altamente diferenciados, com responsabilidades de âmbito nacional ou inter-regional.
Hospital de Dia	Serviço de um estabelecimento de saúde onde os doentes recebem, de forma programada, cuidados de saúde, permanecendo durante o dia sob vigilância, não requerendo estadia durante a noite.
Índice case-mix	É um coeficiente global de ponderação da produção que reflecte a relatividade de um hospital face aos outros, em termos de complexidade da sua casuística. O ICM define-se como o rácio entre o número de doentes equivalentes de cada GDH ponderados pelos respectivos pesos relativos e o número total de doentes equivalentes do hospital.
Internamento	Conjunto de serviços que prestam cuidados de saúde a indivíduos que, após serem admitidos, ocupam cama (ou berço de neonatologia ou pediatria), para diagnóstico, tratamento ou cuidados paliativos, com permanência de, pelo menos, uma noite.
Lotação praticada	Número de camas (incluindo berço de neonatologia ou pediatria) disponíveis e apetrechadas para internamento imediato de doentes, contadas num serviço.
Demora média	Média do número de dias utilizados por todos os doentes saídos num determinado período.



Tribunal de Contas
Secção Regional da Madeira

Termo	Conceito
Taxa de ocupação	Relação entre o número de dias de internamento e a capacidade de internamento.
Taxa de reinternamento	Número de doentes que foram internados pela mesma causa num período de 72h a contar da alta.
Tempo de internamento*	Número de dias consumido por cada doente internado, considerando o dia de admissão e ignorando o da alta.
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.
Serviço	Célula básica de organização dos estabelecimentos de saúde.
Tempo de espera	Número de dias (incluindo sábados, domingos e feriados) compreendido entre a data da inscrição para consulta, cirurgia, exame ou tratamento e data prevista para a realização dos mesmos.
Valência	Conjunto de meios humanos e físicos, que integram um estabelecimento de saúde e permite a aplicação de saberes específicos em Medicina, originando geralmente unidades orgânicas.

* Cfr. Regulamento das tabelas de preços das instituições e serviços integrados do Serviço Nacional de Saúde, publicado em anexo à Portaria n.º 132/2003, de 5 de Fevereiro.



1. SUMÁRIO EXECUTIVO

1.1. Considerações prévias

O presente documento consubstancia os resultados da auditoria operacional ao Serviço Regional de Saúde, EPE (SRS), orientada para a avaliação de resultados das políticas públicas e das performances observadas no Hospital Central do Funchal (HCF), entre a data da sua constituição (1 de Junho de 2003) e o final do exercício de 2005.

1.2. Observações

Com base no exame efectuado, apresentam-se, de seguida, as principais observações, sem prejuízo do desenvolvimento conferido a cada uma delas ao longo do documento.

1. PLANOS DE ACTIVIDADES

1.1. Durante o período auditado, o SRS não produziu informação estruturada de acompanhamento e controlo dos seus planos de actividades, não existindo relatórios finais ou intercalares sobre a sua execução. [Cfr. Ponto 3.1.2.]

Também não foram elaborados calendários ou metas de execução (sobretudo no que concerne às medidas plurianuais, gerais e comuns), e, em alguns casos, não foram suficientemente definidas as situações de partida e as formas de mensuração do desempenho. [Cfr. idem]

1.2. O grau de cumprimento dos dois planos de actividades (de 2004 e 2005) foi reduzido. [Cfr. idem]

Foi identificado um total de 47 medidas: as gerais ao SRS (8), as comuns à assistência hospitalar (8) e as específicas à actividade hospitalar (31), das quais só 28 puderam ser apreciadas (7 comuns e 21 específicas). Em relação a estas últimas, só 10 é que foram concretizadas. [Cfr. Pontos 3.1.2.1., 3.1.2.2. e 3.1.2.3.]

2. CONTRATOS PROGRAMA

2.1. A efectivação do novo princípio de financiamento do SRS, com base na produção efectuada, consagrado em lei, foi realizada por contrato-programa. [Cfr. Ponto 3.1.3.1.]

Vigoraram, no período da análise, três contratos: o primeiro, entre 1 de Junho a 31 de Dezembro de 2003; o segundo, de Junho de 2004 a Maio de 2005; e o último, entre Junho de 2005 e Maio de 2006. No intervalo de tempo compreendido entre Janeiro e Maio de 2004, o financiamento do SRS resultou da atribuição de uma indemnização compensatória, definida em Protocolo. [Cfr. Ponto idem]

2.2. A regulamentação dos critérios do financiamento do SRS só foi aprovada a 28 de Maio de 2004, já depois de concluído o primeiro dos contratos - programa. [Cfr. idem]

2.2.1. Pela indemnização compensatória, o serviço foi remunerado em €84,5 milhões, com base numa estimativa, em oposição ao próprio protocolo que afirmava dever o valor ter “*em conta os custos de prestação (...) efectivamente suportados (...)*”. [Cfr. idem]

2.2.2. O regulamento estabelecia a obrigatoriedade de classificação dos episódios de internamento por GDH (e, conseqüentemente, o seu preço), mas tal só veio a acontecer no contrato que vigorou de Maio de 2005 a Junho de 2006 (até esse momento, os preços de todas as linhas de produção foram sustentados em custos históricos). [Cfr. idem]

Recomendava, ainda, que as restantes linhas de produção deveriam reflectir os níveis de eficiência do SRS e atender aos custos do SNS, o que também só veio a acontecer (para a maioria delas) após a entrada em vigor daquele contrato. [Cfr. idem]

2.3. Relativamente à execução dos contratos (os dois primeiros contratos, únicos abrangidos pelo período da análise): [Cfr. ponto 3.1.3.2.]

2.3.1. Observam-se melhorias na programação da produção contratada. Contudo, a existência de uma linha de produção atípica (designada de *Reembolsos de medicamentos e meios complementares de diagnóstico*, nos dois primeiros contratos, e de *Outros*, no terceiro), por não conter um volume de produção e um preço unitário, desvirtua a própria finalidade de um contrato desta natureza. [Cfr. idem]

2.3.2. Os valores devidos ao abrigo dos contratos (€103,8 milhões, para o primeiro, e €202,9, para o segundo), têm sido ajustados através dessa linha (não reflectindo a sua verdadeira produção), o que suscita dúvidas sobre o cumprimento do princípio da especialização do exercício. [Cfr. idem]

Os próprios registos contabilísticos dos recebimentos, decorrentes dos contratos - programa, não têm sido equivalentes à sua produção efectiva, o que configura uma outra violação desse princípio. [Cfr. idem]

2.3.3. Os objectivos de convergência apresentados nos 3 contratos - programa não foram cumpridos pelo SRS nem foram mencionados nos relatórios de produção, fazendo pressupor que o seu acompanhamento não é prioritário. [Cfr. idem]

3. MOVIMENTO ASSISTENCIAL

3.1. NA URGÊNCIA

No triénio, a Urgência registou um decréscimo no número de utentes/doentes atendidos (-4931) e um aumento no número de médicos afectos (+5). Em 2005, o Serviço de Urgência implantou a Triagem de Manchester. [Cfr. ponto 3.2.1.]

3.2. NA CONSULTA EXTERNA

3.2.1. O número de consultas externas realizadas no HCF registou um ligeiro aumento de 2,8%, ao longo do triénio (1,1%, em 2004, e 1,7%, em 2005), que se traduziu, em 2005, num volume de 168.694 consultas. Das especialidades analisadas, a Oftalmologia e a Ortopedia foram as que registaram as maiores subidas, apresentando crescimentos acumulados de 11% e 9%, respectivamente. [Cfr. ponto 3.2.2.]



3.2.2. A intenção de reforçar o número de consultas no período horário entre as 14H e as 18H não foi conseguido, tendo-se mantido os níveis registados de 2003 – apenas cerca de 14% do total das consultas foram realizadas naquele período horário. Das especialidades analisadas, a Ortopedia e a Urologia obtiveram bons resultados, com reforços de 41,5% e 20,2%, respectivamente. [Cfr. idem]

3.3. NA CIRURGIA

3.3.1. Verificou-se que grande parte dos indicadores de cirurgia solicitados não eram tratados pelo HCF, o que originou algumas discrepâncias entre os relatórios do movimento assistencial e os dados constantes neste relatório. [Cfr. ponto 3.2.3.]

3.3.2. No biénio, o número de cirurgias programadas realizadas registou um decréscimo de 3,8% enquanto o número de cirurgias por médico evidenciou um aumento de 1,3%. A taxa de execução das cirurgias programadas deteriorou-se no período tendo passado de 87,8%, em 2003, para 85,4%, em 2005 (-2,4%). [Cfr. idem]

É de salientar que o maior volume de cirurgias programadas foi efectuado no período da manhã, entre as 8 e as 14 horas, enquanto que a maioria das cirurgias urgentes foi realizada no período nocturno, entre as 20 e as 8 horas (situação verificada quer em 2004 quer em 2005). [Cfr. idem]

3.3.3. O número de cirurgias realizadas por dia útil decresceu em 2005, em consequência da diminuição verificada no número total de cirurgias realizadas, tendo, contudo, o número de cirurgias de ambulatório e urgentes registado um acréscimo. [Cfr. idem]

3.3.4. A percentagem de cirurgias canceladas sobre as programadas atingiu 15%, em 2005. [Cfr. idem]

3.4. NO INTERNAMENTO

3.4.1. O movimento assistencial registou, no triénio, uma ligeira quebra nos doentes tratados (-4,1%), mais acentuada em 2004 (-3,6%) que em 2005 (-0,5%). Das especialidades analisadas, os melhores índices neste indicador foram observados em Ortopedia e Cirurgia II, com crescimentos acumulados de 13,0% e 11,6%, respectivamente. [Cfr. ponto 3.2.4.]

3.4.2. No entanto, esse decréscimo observado nos doentes tratados foi acompanhado por um aumento acumulado na média de dias do internamento de 12,2%, contrariando o objectivo da administração de manter o índice aos níveis de 2003. Nas especialidades analisadas, acima desta média estiveram a Cirurgia III (17,8%) e a Cirurgia II (14,6%). [Cfr. idem]

3.4.3. Noutros indicadores, como a percentagem de reinternamentos não programados (do qual só dispomos dos dados de 2004 e 2005) e a percentagem de óbitos ocorridos, a evolução também não foi positiva, tendo havido, no triénio, uma progressão nos índices de 7,68% e 5,85%, respectivamente. Nas especialidades observadas, os maiores crescimentos registaram-se em Cirurgia III (38,11% e 46,56%) e Cirurgia II (8,63% e 12,52%). [Cfr. idem]

4. LISTAS DE ESPERA

- 4.1. O sistema de informação associado à gestão das listas de espera (cirúrgicas e de consulta) apresenta uma fiabilidade limitada não representando de forma verdadeira e apropriada o universo de doentes/utentes que aguardam a prestação de serviços especializados pelo HCF. [Cfr. pontos 3.3.2. e 3.3.3.]
- 4.2. Tal situação associada à ausência de reporte e controlos sistemáticos e universais sobre o encaminhamento dado às referenciarções (sobretudo para as especialidades clinicamente geridas) constitui um risco para os doentes/utentes do SRS. [Cfr. idem]
- 4.3. Com excepção da cirurgia às cataratas, não foram implementados programas específicos para o combate às listas de espera, o que, não obstante as reservas formuladas ao seu rigor, apresentam em algumas especialidades dimensões significativas. [Cfr. ponto 3.3.3.2.]

5. APRECIACÃO GLOBAL

O SRS encontra-se numa fase de consolidação de um conjunto de reformas (na sequência da integração dos Centro Hospitalar do Funchal e do Centro Regional de Saúde) que afectam a normal gestão dos planos de actividades e dos contratos - programa.

Os dados estatísticos disponibilizados pelo SRS relativamente ao movimento assistencial e às listas de espera, entre Junho de 2003 e Dezembro de 2005, não reflectem ainda os benefícios da gestão empresarial da saúde.

1.3. Recomendações

O Tribunal de Contas, no contexto da matéria exposta no relatório e resumida nas observações da auditoria, formula ao SRS, no âmbito da gestão hospitalar, as seguintes recomendações:

1. A aceleração do processo de adaptação aos novos mecanismos de gestão consagrados na lei e nos estatutos:
 - 1.1. Dando expressão ao princípio da desconcentração de competências, através da implementação dos Centros de Responsabilidade Integrada (CRI);
 - 1.2. Aperfeiçoando os instrumentos de planeamento e de monitorização dos planos de actividade, nomeadamente através da enunciação das metas, da definição prévia dos indicadores de desempenho e da sua calendarização, e da elaboração de relatórios sintéticos de acompanhamento (intercalares e de final de período);
 - 1.3. Melhorando o financiamento por contrato-programa, através:
 - 1.3.1. Da eliminação das linhas de financiamento que estejam relacionadas com prestações do SRS, do alargamento da facturação por GDH às cirurgias de ambulatório, da atribuição de incentivos (penalizações) em função do grau de cumprimento dos objectivos de qualidade e eficiência;
 - 1.3.2. Do cumprimento pontual dos contratos (cfr. o art.º 406.º do Código Civil), em particular do preço acordado, não excluindo, evidentemente, a possibilidade de



sua modificação, no caso da alteração anormal das circunstâncias em que os outorgantes fundaram a decisão de contratar, o que apenas deverá ocorrer por mútuo consentimento dos contraentes;

- 1.3.3. Da convergência do período de contratação com o exercício económico.
2. Atribuição de uma maior utilidade aos registos estatísticos, nomeadamente com o(a):
 - 2.1. Reforço do número e da qualidade dos indicadores disponíveis, por forma a fornecerem uma imagem consistente da actividade operacional;
 - 2.2. Integração de indicadores nos sistemas de informação de apoio ao Conselho de Administração do SRS, designadamente no acompanhamento regular da Produção (prestação de serviços das suas unidades), do Plano de Actividades, dos contratos-programa e das listas de espera;
 - 2.3. Ponderação da complexidade da sua casuística – apuramento do respectivo “*Índice de Case Mix*” – para as linhas de produção apuradas por “*Grupo de Diagnóstico Homogéneo*”.
3. Aperfeiçoamento da gestão das listas de espera através:
 - 3.1. Da elaboração de manuais de procedimentos e da centralização dos registos de entrada e dos pontos-chave de controlo no SADE (salvaguardada a intervenção das valências médicas na definição de critérios clínicos de ordenação dos doentes ou, na própria gestão das listas) por forma a garantir a uniformidade de critérios, a fiabilidade das listas de espera e o acesso dos doentes aos cuidados médicos;
 - 3.2. Do acompanhamento periódico da evolução das listas e o reporte sistemático aos intervenientes (CA, Director Clínico, Director da Consulta, Direcções de Serviços).

2. CARACTERIZAÇÃO DA ACÇÃO

2.1. Fundamento, âmbito e natureza da auditoria

De acordo com o Programa de Fiscalização da Secção Regional da Madeira do Tribunal de Contas (SRMTC), para 2006, aprovado pelo Plenário Geral do Tribunal de Contas, em sessão de 20 de Dezembro de 2005, através da Resolução n.º 2/2005-PG¹, foi realizada uma auditoria ao Serviço Regional de Saúde, E.P.E, doravante identificado por SRS.

Revestindo a natureza de auditoria operacional (ou de resultados), a acção foi desenvolvida na óptica da apreciação dos resultados das políticas públicas e da qualidades das prestações na área da assistência hospitalar, actividade prosseguida pelo Hospital Central do Funchal (HCF)², não abrangendo, por conseguinte, todo o universo organizacional.

¹ Publicada no Diário da República, II Série, n.º 15, de 20 de Janeiro de 2006.

² O HCF integra o Hospital Cruz de Carvalho, o Hospital dos Marmeleiros e o Hospital Dr. João de Almada.

O trabalho de campo, que decorreu entre os dias 5 e 31 Julho de 2006, deu especial enfoque às actividades e especialidades abaixo identificadas:

<i>ACTIVIDADES / ESPECIALIDADES SELECCIONADAS</i>		
<i>Consulta externa</i>	<i>Cirurgia</i>	<i>Internamento</i>
Dermatologia	Cirurgia Geral	Cirurgia Geral
Oftalmologia	Ortopedia	Ortopedia
Ortopedia	Oftalmologia	
Urologia		

2.2. Identificação dos responsáveis

A identificação dos responsáveis, que integravam o Conselho de Administração (CA) do SRS, à data da execução dos trabalhos de campo, constam do quadro seguinte:

NOME	CARGO
Filomeno Paulo Gomes ¹	Presidente
Luís Adelino Gonçalves Fragoeiro ¹	Vogal
Maria de Lurdes Ferreira Xavier Beirão ¹	Vogal
Ricardo Nuno Rodrigues Fernandes Manica ¹	Vogal
Maria João França Nunes ²	Vogal

(1) Nomeados pela Resolução do Conselho de Governo n.º 655/2003, de 29 de Maio, com produção de efeitos a partir de 1 de Junho.

(2) Nomeada pela Resolução do Conselho de Governo n.º 1840/2004, de 29 de Dezembro, com produção de efeitos a partir de 3 de Janeiro de 2005.

2.3. Âmbito e objectivos

A presente acção foi orientada para a avaliação do desempenho do SRS³, no período compreendido entre a data da sua criação, 1 de Junho de 2003, e 31 de Dezembro de 2005, na vertente da assistência hospitalar, com o objectivo de emitir uma opinião sustentada sobre a sua gestão, recorrendo, para o efeito, a um conjunto de indicadores de referência.

Nesse sentido, foram definidos os objectivos identificados no quadro seguinte:

<i>GERAIS</i>	<i>ESPECÍFICOS</i>
Avaliação do desempenho do SRS, na vertente da assistência	1. Análise da eficácia da gestão , a partir da determinação do grau de realização dos objectivos:

³ O SRS integra uma área hospitalar, constituída pelo Hospital Central do Funchal (HCF) que integra os Hospitais da Cruz de Carvalho (HCC) e dos Marmeleiros (HM) e pelo Hospital Dr. João de Almada, e uma área de cuidados de saúde primários, abrangendo, entre Centros de Saúde e as suas extensões, 55 unidades distribuídas por toda a RAM e, ainda, o Laboratório de Saúde Pública.



- **Globais**, estabelecidos nos contratos - programa e nos planos de actividade e relacionados com as valências seleccionadas;
- **Específicos**, de acordo com a sua repartição por programas, serviços e/ou áreas de actividade.

hospitalar, implicando:

- a) **A análise da eficácia**, com base na avaliação do grau de prossecução dos objectivos fixados;
- b) **A apreciação da eficiência e da economia** observada na gestão dos recursos físicos, financeiros e humanos (produção e produtividade).

2. Apreciação da eficiência e da economia, com base:

- **nas relações de tipo “input/output” gerados pela actividade assistencial hospitalar** – serviços e bens produzidos versus recursos consumidos ou disponíveis expressos, seja na sua componente física (quantidades de bens e serviços produzidos/recursos materiais e humanos utilizados), seja na sua expressão financeira⁴;
- **na análise comparativa**, de indicadores do CHF:
 - ao longo do período em análise (1 de Junho de 2003 a 31 de Dezembro de 2005);
 - com outra(s) unidade(s) hospitalar(es) similar(es) (Hospitais Centrais, com um n.º de camas equivalente) ou padrões de referência do Sistema Nacional de Saúde⁵.

3. A evolução da gestão das listas de espera, nas áreas de cirurgia e consulta externa.

Contudo, dada a dimensão do SRS, houve necessidade de se proceder a uma delimitação do objecto da auditoria, de que resultou, numa primeira fase, a selecção da área hospitalar, devido à sua estrutura e ao peso que tem dentro do organismo supracitado.

Seguidamente, optou-se por excluir do âmbito da análise o Hospital Dr. João de Almada por se encontrar vocacionado para tratamentos de longa duração, rede regional de cuidados continuados integrados, altas problemáticas e para fins sociais, como lar e centro de dia. Tal selecção acabou por determinar a focalização da análise sobre a actividade assistencial desenvolvida no espaço do HCF.

2.4. Metodologias e técnicas de controlo

A metodologia adoptada teve subjacente os princípios, os procedimentos e as normas técnicas internacionalmente aceites e constantes de manuais de auditoria, designadamente no Manual de Auditoria e de Procedimentos do Tribunal de Contas⁶.

A realização da auditoria englobou as fases de planeamento, de execução e de análise e consolidação da informação.

A fase de planeamento teve por base o estudo e tratamento de informação⁷ relativa ao SRS e aos Sistemas Nacional e Regional de Saúde.

⁴ Limitada aos custos directos fornecidos pela contabilidade analítica (com excepção das amortizações), os únicos dados passíveis de serem disponibilizados pelo serviço.

⁵ Neste âmbito só serão feitas análises comparativas para as quais se tenham obtido elementos.

⁶ Aprovado pela Resolução n.º 2, da 2.ª Secção, do Tribunal de Contas, de 28 de Janeiro de 1999 e aplicado à SRMTC pelo Despacho Regulamentar n.º 1-JC/SRMTC, de 15 de Novembro de 2001.

O trabalho de campo foi iniciado no dia 5 de Julho de 2006 e prolongou-se até ao dia 31 desse mesmo mês, tendo-se consubstanciado na solicitação, recolha, estudo e análise de documentação vária e na realização de reuniões com os responsáveis pelas actividades/especialidades seleccionadas.

2.5. Condicionantes e Limitações da Acção

Apesar dos responsáveis, dirigentes e funcionários pelas áreas abrangidas pela acção terem prestado uma boa colaboração no decurso dos trabalhos preparatórios e de campo, no decurso da execução do relato verificaram-se condicionantes e limitações ao normal desenvolvimento dos trabalhos.

Tal foi o caso dos sucessivos protelamentos no envio dos elementos⁸ e dos esclarecimentos solicitados e da deficiente coordenação e articulação entre os diversos serviços, o que originou alguma informação incompleta e divergente (a informação da actividade assistencial fornecida pela estatística em algumas valências/áreas de actividade não coincidia com a constante nos relatórios de estatística do movimento assistencial do HCF dos anos de 2003 e 2004). Assim como o foi a remessa tardia dos documentos de prestação de contas dos exercícios de 2004 e de 2005⁹.

Constituíram ainda limitações aos trabalhos a indisponibilidade de alguns indicadores de produção, especificamente dos custos directos e indirectos, e do Índice de Case-mix, o que impossibilitou a avaliação da eficiência do desempenho da actividade hospitalar nas áreas e valências seleccionadas, através da comparação dos resultados obtidos com padrões de referência nacionais. Foram também sentidas dificuldades na harmonização de conceitos e na interpretação dos dados.

2.6. Contraditório

Em cumprimento do princípio do contraditório, consagrado no art.º 13.º da Lei n.º 98/97, de 26 de Agosto, procedeu-se à audição dos membros do CA do SRS, do Director Clínico do HCF, do Director da CE e dos Directores de Serviço do Apoio ao Doente e Estatística e das Especialidades de Dermatologia, Oftalmologia, Ortopedia e Urologia.

Também foi ouvida a Secretária Regional dos Assuntos Sociais, na qualidade de titular do órgão com a tutela do Serviço, e a Directora Regional de Gestão e Desenvolvimento dos Recursos, a título de responsável pelo departamento da SRAS encarregue do pagamento da produção do SRS.

As alegações apresentadas¹⁰ foram tidas em consideração na fixação do texto do presente relatório, designadamente, através da sua transcrição e análise nos pontos pertinentes.

⁷ Constante do dossiê permanente do SRS (incluindo documentos de planeamento, de prestação de contas, estatísticos e organizacionais fornecidos pelo serviço) e de fontes diversas como publicações especializadas e informação disponibilizada nos sítios da Internet dos órgãos regionais e nacionais com atribuições na área da saúde.

⁸ Os últimos dados foram-nos enviados a 20 de Dezembro de 2006.

⁹ O qual deu entrada na SRMTC em 14 de Dezembro de 2006.

¹⁰ As respostas, com os registos de entrada na SRMTC n.ºs 219, 223 e 224, todos de 31/01/07, foram remetidas, respectivamente, pela Directora Regional de Gestão e Desenvolvimento dos Recursos, pela Secretária Regional dos Assuntos Sociais e pelo Presidente do CA do SRS. Esta última, embora não tenha sido assinada pelos restantes membros do CA, apresenta uma posição conjunta do SRS englobando em anexo os comentários da Direcção Clínica e do SADE e,



Em termos globais, as alegações aduzidas mostraram-se de acordo com as apreciações e as conclusões constantes do relato, tendo, pontualmente, sido apresentadas alterações a alguns dos dados inicialmente disponibilizados.

No que respeita ao teor das respostas é de salientar que:

- A Secretária Regional dos Assuntos Sociais manifestou a sua concordância com os comentários tecidos pelo SRS e pela DRGDR;
- O SRS, nas “*Considerações Prévias*” das suas alegações, referiu que a concentração das actividades prestadoras de serviços de saúde “*teve como primeira prioridade a definição/clarificação da estrutura organizacional*”, processo que “*(...) não obstante terem decorridos três anos, podemos considerar (...) ainda no início de um percurso que resultou de uma opção estratégica em termos de política de saúde (...)*”.

Dessa opção, consideram poder já ser extraído como primeiro impacto “*uma actuação mais estreita e concertada entre os diferentes níveis de prestação de cuidados de saúde*”, e que ainda não passou o tempo suficiente para se efectuarem comparações (quantitativas) entre a anterior (como instituto público) e a actual formas de gestão (de natureza tendencialmente empresarial) da instituição.

Ainda assim são destacados como aspectos positivos: ao nível organizacional, os ganhos de eficiência e a maior flexibilidade e agilização de procedimentos; ao nível do financiamento, a lógica da contratação da produção, com a possibilidade da sua repercussão nos níveis intermédios de gestão, através dos CRI, e a capacidade de recurso ao crédito; ao nível das despesas, a flexibilidade em termos de financiamento e procedimentos; e, por fim, ao nível dos recursos humanos, a maior flexibilidade na contratação e a possibilidade de criação de incentivos à produtividade.

Em conclusão, consideram que a reforma constitui uma oportunidade para, a médio prazo, serem obtidas melhorias com as prestações, embora antevejam que a “*evolução será lenta e progressiva pois a empresarialização (...) será um processo moroso e limitado. Moroso pois a penetração deste conceito (...) vai ser dificultada pela persistência de um grande número de profissionais no quadro da Função Pública. Limitado porque uma empresa pública continua a ter regras e limites ao seu funcionamento que em muitos casos as aproximam mais do sector público do que da realidade duma empresa privada*”.

Em matéria de gestão hospitalar os benefícios atrás invocados ainda são, de certo modo, ténues, sendo do interesse de todos os intervenientes (os reguladores, os financiadores, os gestores os técnicos da instituição e, sobretudo, os utentes do sistema regional de saúde) que o processo de mudança em curso fosse acelerado.

2.7. Enquadramento

2.7.1. O Sistema Regional de Saúde

O Serviço Regional de Saúde, EPE, instituído pelo DLR n.º 9/2003/M, de 27 de Maio, constitui o núcleo do processo de reforma do Sistema Regional de Saúde, desencadeado com

bem assim, dos Directores de Serviço das especialidades mencionadas no relato (Dermatologia, de Oftalmologia e de Urologia) com excepção da Ortopedia.

a publicação do DLR n.º 4/2003/M¹¹, de 7 de Abril, em resposta às potencialidades de desenvolvimento normativo oferecidas pela alteração à Lei de Bases da Saúde (Lei n.º 48/90, de 24 de Agosto) operada pela Lei n.º 27/2002, de 8 de Novembro (diploma que aprovou o novo regime jurídico da gestão hospitalar).

A regionalização dos serviços de saúde, e a consequente criação do Sistema Regional de Saúde, remonta ao ano de 1977, no entanto, só em 1991, com a aprovação do Estatuto Político Administrativo (Lei n.º 13/91, de 5 de Junho)¹², é que a saúde foi consagrada como matéria de interesse específico da RAM.

De acordo com o art.º 64.º da Constituição da República Portuguesa, a promoção da saúde e a prestação de cuidados de saúde à população constitui um dos pilares do Estado, daí que o regime base caracterize a legislação sobre a saúde como de interesse e ordem pública (Base III), atribui ao Estado a responsabilidade pela promoção e garantia de acesso de todos os cidadãos aos cuidados de saúde, nos limites dos recursos humanos, técnicos e financeiros disponíveis (Base I).

O sistema assenta nos cuidados de saúde primários, que devem situar-se junto das comunidades, e nos cuidados diferenciados, devendo haver uma circulação recíproca e confidencial da informação clínica relevante sobre os utentes.

Relativamente à gestão dos hospitais e centros de saúde, o regime recomenda (Base XXXVI¹³), na medida do possível, a adopção de regras de gestão empresarial, admitindo ainda a realização de experiências inovadoras de gestão em condições a definir por lei superveniente e o alargamento do regime laboral dos profissionais da saúde “à lei do contrato individual de trabalho e à contratação colectiva” (Base XXXI).

Por seu turno, a Base XXXIII, preconiza o financiamento do sistema, pelo Orçamento do Estado, com base na produção efectuada¹⁴ “através do pagamento dos actos e actividade efectivamente realizados segundo uma tabela de preços que consagra uma classificação dos mesmos actos, técnicas e serviços de saúde.”.

Na Região, passada uma década sobre a publicação do último regime normativo¹⁵, foi desenvolvido o novo Estatuto do Sistema Regional de Saúde no sentido de concretizar determinados princípios estratégicos, de entre os quais destacamos:

- O reforço do papel do GR na definição das políticas e na regulação do sistema;
- A separação entre a função prestadora e a função financiadora. A primeira, da responsabilidade do SRS, e a segunda das Secretarias Regionais responsáveis pelas áreas da saúde¹⁶ e das finanças;

¹¹ Alterado pelo DLR n.º 20/2005/M, de 25 de Novembro.

¹² A Base VIII da Lei n.º 48/90 já reconhecia aos órgãos de governo próprio das regiões autónomas os poderes de definir e executar as suas políticas de saúde, dentro dos limites constitucionalmente estabelecidos e dos princípios dela emanados.

¹³ A alteração à Base XXXVI, operada pela Lei n.º 27/2002, abriu a possibilidade de serem criadas “*unidades de saúde com a natureza de sociedades anónimas de capitais públicos*.”.

¹⁴ Cfr. alteração introduzida pela Lei n.º 27/2002.

¹⁵ Contemplado no DLR n.º 21/91/M, de 7 de Agosto, que aprovou o Estatuto do Sistema de Saúde da Região Autónoma da Madeira (revogado pelo DLR n.º 4/2003/M, de 7 de Abril).



- A prestação integrada de cuidados de saúde continuados numa única entidade, o SRS;
- A implementação de novos métodos de gestão das unidades de saúde.

2.7.2. O Serviço Regional de Saúde, E.P.E.

2.7.2.1 ENQUADRAMENTO LEGAL

O Serviço Regional de Saúde (SRS) constitui um dos elementos do Sistema Regional de Saúde (cfr. o art.º 6.º do DLR n.º 4/2003/M) que tem a função de promoção da saúde e de prestação de cuidados, constituindo o elemento nuclear do referenciado sistema (vd. o art.º 5.º, n.º 2 e 7.º n.º 1).

Reflectindo as novas orientações estratégicas, o SRS foi criado, sob a forma de uma entidade pública empresarial, tendo sido dotado de autonomia administrativa, financeira e patrimonial. Nos termos estatutários cabe-lhe a responsabilidade pela “*promoção da saúde e da prestação global de cuidados de saúde aos utentes do Sistema Regional de Saúde, directamente através dos seus serviços ou indirectamente através da contratação com outras entidades, bem como assegurar as actividades de saúde pública que lhe forem cometidas.*”¹⁷.

Em 1 de Junho de 2003, com a entrada em vigor do DLR n.º 9/2003/M, extinguiram-se os anteriores institutos públicos autónomos – o Centro Regional de Saúde e o Centro Hospitalar do Funchal –, tendo a nova instituição absorvido as funções de prestação de cuidados de saúde primários e especializados, que eram da responsabilidade daqueles institutos¹⁸.

Conforme o preâmbulo do diploma, na edificação da nova instituição foram adoptadas “*três medidas que a experiência nacional e estrangeira, demonstra serem as mais adequadas:*

Criação de uma unidade funcional de saúde (...), integrada pelos hospitais e pelos centros de saúde da Região;

Submissão do SRS a regras privatísticas, próprias da gestão empresarial, sem retirar ao sector público a produção dos correspondentes serviços de saúde;

Estabelecimento da obrigatoriedade de o SRS respeitar, na sua organização interna, o princípio da desconcentração de competências, através dos respectivos regulamentos internos e de estruturas operacionais correspondentes a níveis de gestão intermédia (...).”

A nova entidade pública, de natureza empresarial, foi dotada de um capital estatutário de €145.000.000,00¹⁹, exclusivamente detido pela RAM, apresentando como órgãos sociais: o conselho de administração, composto por um presidente e quatro vogais; o conselho fiscal, com um presidente e dois vogais, sendo um deles, obrigatoriamente, um revisor oficial de contas; os órgãos de direcção técnica, unipessoais e em número de quatro²⁰; e o conselho

¹⁶ Através da Direcção Regional de Gestão e Desenvolvimento dos Recursos (cuja orgânica foi aprovada pelo DLR n.º 27/2003/M, de 22 de Novembro, na sequência da publicação do DRR n.º 4/2003/M, de 1 de Fevereiro, que aprovou a orgânica da SRAS).

¹⁷ Cfr. art.º 3.º do Estatuto do SRS, EPE, aprovado e publicado em anexo ao DLR n.º 9/2003/M, de 27 de Maio.

¹⁸ Integrandos ainda o Laboratório de Saúde Pública e os estabelecimentos de saúde que viessem a ser criados (art.º 1.º).

¹⁹ €43.500.000 na data de entrada em vigor do DLR que criou o SRS, EPE; €75.750.000 no início da execução do Orçamento da RAM 2004 e €25.750.000 no início da execução do Orçamento da RAM para 2005 (cfr. alteração operada pelo DLR n.º 20/2005/M, de 25/11 ao DLR n.º 9/2003/M, de 27 de Maio).

²⁰ Dois directores clínicos, um para área hospitalar e o outro para área dos cuidados primários; e dois enfermeiros directores, um para cada uma daquelas áreas.

técnico, com funções consultivas, de apoio ao CA, e constituído pelos titulares dos órgãos de direcção técnica e três representantes de outras tantas áreas de actividade²¹.

A orgânica estabelece como princípios de organização do SRS a orientação da actividade por contratos - programa (art.º 42.º) e a estruturação e funcionamento por centros de custos e de responsabilidade (art.º 9.º), a definir em regulamento interno (art.º 11.º). A condução da instituição deverá assentar num conjunto de instrumentos de gestão previsional²² (art.º 29.º), de curto e médio prazo, assim como, os documentos de prestação de contas²³ deverão ser elaborados em conformidade com o estabelecido pelo plano oficial de contas em vigor para o sector da saúde²⁴ (art.º 34.º).

As novas admissões de pessoal estão limitadas à dotação global a fixar anualmente nos orçamentos e contratos-programa e reger-se-ão pelas normas gerais aplicáveis ao contrato individual de trabalho, com a excepção do pessoal em formação, ao qual se aplica o contrato administrativo de provimento (art.ºs 35.º e 37.º).

Sujeito a uma dupla tutela, o SRS deve, por um lado, articular a sua actividade às normas, critérios e linhas de orientação definidas pela SRAS, a quem cabe, designadamente, definir os planos estratégicos da política de saúde e homologar o regulamento interno e, por outro lado, em matéria económica e financeira, submeter os seus planos e contas aos membros do governo com responsabilidade nas áreas das finanças e da saúde (art.º 5.º).

De resto, o SRS rege-se pela sua lei orgânica, pelas normas em vigor para o sistema regional de saúde, pelos regulamentos internos e, subsidiariamente, pelas normas aplicáveis às entidades públicas empresariais (n.º 2 do art.º 1.º).

2.7.2.2 ORGANIZAÇÃO INTERNA

Uma das primeiras prioridades dos responsáveis pelo SRS foi direccionada para a definição e clarificação da estrutura organizacional que deveria emergir da concentração dos dois organismos que lhe deram origem. Daí que, durante os exercícios de 2003 e 2004, tivesse sido desenvolvido um esforço no sentido de dotar a instituição de um Regulamento Interno capaz de responder aos novos desafios impostos quer pela integração de serviços, quer pela natureza de cariz empresarial que deveria ser adoptada pela gestão.

À luz do Regulamento Interno em vigor, a entidade está estruturada em quatro áreas de actividade, contando ainda com um conjunto de serviços de assessoria especializada²⁵ e de apoio administrativo²⁶ ao CA.

Delimitando as áreas de actividade, temos:

²¹ A saber: área dos serviços de apoio logístico, área dos serviços assistenciais e um licenciado da carreira técnica superior de saúde ou da carreira técnica de diagnóstico e terapêutica.

²² Plano de actividades, orçamentos financeiro ou de tesouraria e de investimento e balanço e demonstração de resultados previsionais.

²³ Relatório de gestão, balanço, demonstração de resultados, anexos às demonstrações financeiras, mapas de execução orçamental mapas de fluxo de caixa, relatório do conselho fiscal e certificação legal de contas.

²⁴ Plano Oficial de Contabilidade do Ministério da Saúde (POCMS), aprovado pela Portaria n.º 898/2000, de 28 de Setembro.

²⁵ Um núcleo de apoio à gestão, integrando a assessoria jurídica, e um núcleo de apoio aos centros de responsabilidade.

²⁶ A secretaria geral e um gabinete de apoio administrativo.



Tribunal de Contas
Secção Regional da Madeira

- duas de natureza assistencial, associadas à prestação de cuidados de saúde: uma delas ligada à actividade hospitalar, e a outra aos cuidados de saúde primários;
- duas de suporte técnico. A primeira designada de apoio assistencial, englobando o desenvolvimento da farmácia e da psicologia clínica e o apoio psicossocial aos utentes, mas também, a gestão dos produtos farmacêuticos, o acompanhamento social, a coordenação das acções de voluntariado e os serviços de nutrição e alimentação. A outra, de apoio logístico, envolvendo as funções tradicionais de gestão²⁷, as de suporte tecnológico²⁸, as de formação e comunicação institucional e os denominados serviços hoteleiros²⁹, e, ainda, com particular relevância no âmbito desta auditoria, os serviços de apoio ao doente³⁰ e de arquivo e estatística³¹.

Foi naturalmente nas áreas de apoio técnico e nos serviços de assessoria que se centraram os esforços de concentração e integração funcional dos serviços das entidades extintas. As áreas assistenciais, têm uma correspondência imediata aos anteriores Centro Hospitalar do Funchal e Centro Regional de Saúde, mantendo o actual HCF praticamente a mesma estrutura hierárquica e técnica que tinha anteriormente.

Assinale-se que as áreas de actividade são hierárquico-funcionalmente dependentes do CA embora as áreas assistenciais estejam igualmente sujeitas à direcção técnica³² dos respectivos directores clínicos e enfermeiros-directores³³ (um por cada uma das duas áreas). A articulação entre aqueles centros de poder efectua-se através do Conselho Técnico, órgão consultivo do CA, que participa em alguns processos decisórios através da emissão de pareceres não vinculativos.

O citado regulamento (cfr. Capítulo IV em especial a sua Secção I, denominada, Centros de Responsabilidade e Unidades de Gestão) prevê ainda que, para três das áreas de actividade (as duas assistenciais e a de logística), a descentralização da sua gestão se faça por centros de responsabilidade (ou unidades de gestão) sob a direcção um director, coadjuvado por adjuntos.

Este aspecto inovador da reestruturação, que constituiu uma das justificações para a atribuição do estatuto de entidade empresarial ao SRS, procura conjugar as funções técnica e de gestão, tradicionalmente exercidas de forma separada.

Todavia, passados cerca de três anos e meio da data de criação da entidade, ainda não tinha sido implementado o processo de estruturação dos novos centros de decisão na área

²⁷ Envolvendo a gestão financeira, de recursos humanos, do aprovisionamento e património.

²⁸ Como sejam o desenvolvimento e gestão dos sistemas e tecnologias de informação, a manutenção e administração das instalações e equipamentos, os serviços de comunicação institucional.

²⁹ Alimentação, limpeza das instalações, rouparia e lavandaria, tratamento de resíduos e zonas verdes e parqueamentos.

³⁰ De cujo conjunto diversificado de tarefas se destaca, em especial, o seu papel na organização, registo e administração das Listas de Espera e da marcação de consultas, na manutenção e organização do arquivo clínico e no processamento da informação relativa aos GDH.

³¹ Serviço responsável pela recolha, tratamento e processamento de toda a informação estatística assistencial do SRS.

³² De acordo com o art.º 22.º da Orgânica (DLR n.º 9/2003/M) compete aos directores clínicos a direcção técnica da actividade clínica das respectivas áreas do SRS, o que compreende, entre outros poderes: a coordenação de toda a assistência prestada aos doentes; a garantia de comportamentos correctos do ponto de vista técnico, ético e deontológico; a compatibilização, do ponto de vista técnico, dos planos de acção apresentados pelos vários serviços de acção médica; a avaliação permanente do rendimento assistencial dos serviços.

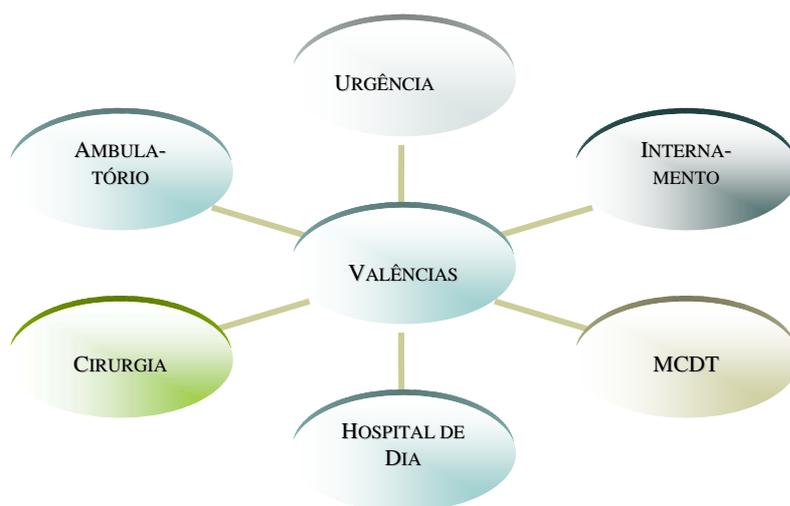
³³ Órgãos unipessoais que respondem, pela qualidade da assistência prestada, individual e directamente ao CA.

hospitalar³⁴, mantendo-se a estrutura tradicional. Isto é, serviços de acção médica constituídos por distintas carreiras - médicos, enfermeiros e as outras carreiras técnicas da área da saúde –, cada uma com uma hierarquia própria, do topo à base, às quais, ao nível dos serviços, corresponderiam as figuras do Director de Serviço (carreira médica), do enfermeiro-chefe, etc.

Tomando agora em atenção a actividade assistencial hospitalar, constata-se que no seu centro estão as designadas especialidades/valências (dirigidas por um Director de Serviço), que constituem as unidades orgânicas de base (serviço), nas quais se articulam, em volta de saberes específicos de medicina, os recursos, físicos e humanos, disponíveis.

São as prestações destas unidades, cujas dimensões variam muito de especialidade para especialidade, que alimentam a produção assistencial do HCF, a qual compreende: o Serviço de Urgência, o Ambulatório, onde se integra a consulta externa e a pequena cirurgia, o Internamento, a Cirurgia, o Hospital de Dia e os Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica (MCDT).

PRODUÇÃO ASSISTENCIAL DO HCF



A recolha e tratamento de dados sobre produção assistencial hospitalar é função do *Serviço Arquivo e Estatísticas*. Esta unidade, conjuntamente com o *Serviço de Apoio aos Doentes*, que gere a parte relativa às listas de espera e à marcação de consultas, integra uma direcção comum, designada de *Apoio aos Doentes, Arquivo e Estatísticas*³⁵.

Tanto a produção assistencial como a gestão das listas de espera constituem objecto de análise da presente acção.

2.7.2.3. PERFIL ASSISTENCIAL, ÁREA DE INFLUÊNCIA E POPULAÇÃO ABRANGIDA PELO HCF

O HCF compreende duas unidades hospitalares: o HCC, apetrechado para o tratamento de situações agudas, e o HM, vocacionado para tratamentos de longa duração, que representam, no seu conjunto, uma capacidade total instalada de 751 camas – 537 afectas ao primeiro e as

³⁴ Encontrando-se, porém, de acordo com os responsáveis, em fase bastante adiantada na área dos cuidados primários.

³⁵ O Regulamento Interno designa-o de Centro de Responsabilidade de Apoio aos Doentes, Arquivo e Estatística, mas a direcção ainda não funciona de acordo com o conceito de centro de responsabilidade.



Tribunal de Contas
Secção Regional da Madeira

restantes 214 ao segundo.

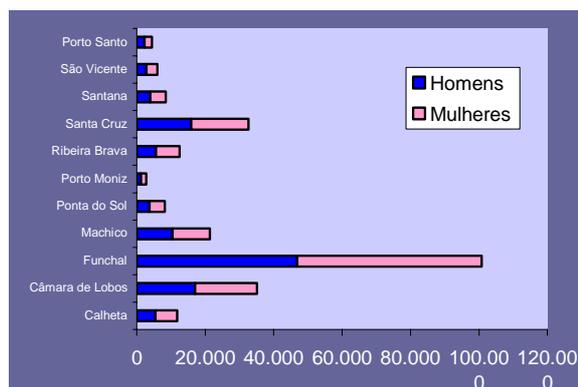
A sua área de influência abrange toda a RAM, caracterizada por uma extensão territorial de 828 Km², dividida por duas ilhas e 11 municípios e por uma população de cerca de 250 mil habitantes a que acresce uma população flutuante de aproximadamente 1 milhão de turistas/ano.

A distribuição da população por municípios e a sua caracterização por sexo e faixas etárias encontra-se reflectida nos quadros e gráficos seguintes:

DISTRIBUIÇÃO GEOGRÁFICA DA POPULAÇÃO

	HM	H	M
R. A. Madeira	244.286	115.185	129.101
Calheta (R. A. M.)	11.856	5.423	6.433
Câmara de Lobos	35.150	17.038	18.112
Funchal	100.847	46.938	53.909
Machico	21.321	10.417	10.904
Ponta do Sol	8.189	3.711	4.478
Porto Moniz	2.762	1.189	1.573
Ribeira Brava	12.523	5.638	6.885
Santa Cruz	32.696	15.875	16.821
Santana	8.491	3.932	4.559
São Vicente	6.063	2.818	3.245
Porto Santo	4.388	2.206	2.182

Fonte: INE, Anuário estatístico da RAM - 2004

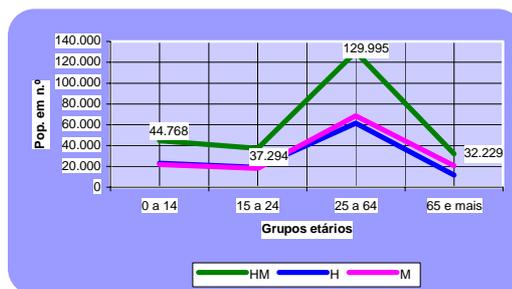


Os municípios do sul³⁶ são os mais populosos (92,78%), com uma distribuição acentuada no eixo Ribeira Brava – Machico (84,34%). O Funchal surge como o grande núcleo urbano de referência, concentrando-se nos limites do seu concelho cerca de 42% dos habitantes da ilha.

DISTRIBUIÇÃO POPULACIONAL POR SEXOS E FAIXAS ETÁRIAS

Grupos etários (anos)	HM	H	M
RAM	244.286	115.185	129.101
0 a 14	44.768	22.910	21.858
15 a 24	37.294	19.133	18.161
25 a 64	129.995	61.526	68.469
65 e mais	32.229	11.616	20.613

Fonte: INE, Anuário estatístico da RAM - 2004



A distribuição por sexos é globalmente equitativa, notando-se uma ligeira predominância das mulheres (cerca de 53%) relativamente aos homens (47%). Esta equiparação observa-se, sobretudo, na faixa etária dos 25 aos 64 anos, já que nos escalões mais jovens (dos 0 aos 14 e dos 15 aos 24) a situação inverte-se (51% de homens, para 49% de mulheres), enquanto que no último escalão (dos 65 e mais anos) a predominância do sexo feminino é mais acentuada, atingindo os 64%.

³⁶ De Oeste para Este: Calheta, Ponta do Sol, Ribeira Brava; Câmara de Lobos, Funchal, Santa Cruz e Machico.

3. DESENVOLVIMENTO DO PLANO DE TRABALHOS

3.1. Os objectivos definidos nos modelos previsionais

A entrada em actividade do SRS, EPE a meio do ano de 2003 (mais concretamente, no dia 1 de Junho), não permitiu a preparação de instrumentos de gestão previsional que contemplassem o primeiro ano da sua existência³⁷.

Relativamente ao programa de médio prazo, definido pelo art.º 29.º da Orgânica da instituição, foi elaborado um Plano Estratégico, relativo ao período de 2005-2006³⁸.

Contudo, o HCF detinha, no âmbito da definição de uma política para a melhoria da qualidade, um plano parcial denominado de *Plano Estratégico para 2004-2006*.

O planeamento estratégico foi desdobrado em dois planos de actividades, para os anos de 2004 e 2005.

É ainda de salientar, no âmbito do financiamento da actividade assistencial do SRS, por tal constituir uma inovação no ordenamento das relações financeiras entre a RAM e os serviços públicos de prestação de cuidados de saúde, a celebração de contratos - programa.

3.1.1.O Plano Estratégico do SRS

A elaboração do Plano Estratégico teve por referência o Programa de Governo³⁹ e o plano sectorial para a área da saúde, denominado de *Plano Estratégico da Saúde da RAM 2004-2010*. Tendo sido devidamente enquadrado pelos princípios e objectivos conformadores do novo Estatuto do Sistema Regional de Saúde e da própria a formação do SRS.

A partir das linhas gerais de orientação estratégicas para sector, o SRS elegeu um conjunto de objectivos⁴⁰ que, relativamente àqueles com especial impacto na área da assistência hospitalar e à luz dos objectivos da presente acção, podem ser sistematizados do seguinte modo:

OBJECTIVOS ESTRATÉGICOS DO SRS

OBJECTIVOS GLOBAIS	OBJECTIVOS ESPECÍFICOS
1. Melhorar a cobertura, acessibilidade e qualidade da prestação dos serviços de saúde	<ul style="list-style-type: none">• Reorganizar o funcionamento das consultas de especialidade, de forma a promover-se a descentralização em algumas áreas de saúde;• Implementar um Programa de Melhoria Contínua da Qualidade;• Promover a disseminação da utilização das NTIC.

³⁷ Cfr. resposta dos responsáveis ao questionário sobre os contratos - programa e os planos previsionais.

³⁸ Cobrindo um período inferior a três anos, em contradição com a lei, mas justificado com o facto do mesmo pretender acompanhar o período do mandato do CA.

³⁹ Mais precisamente, o Programa de Governo de 2004 a 2008, aprovado em sessão plenária da Assembleia Legislativa da Madeira em 16 de Dezembro de 2004.

⁴⁰ 4 objectivos globais e 11 objectivos específicos.



OBJECTIVOS GLOBAIS	OBJECTIVOS ESPECÍFICOS
2. Implementar novos métodos de gestão	<ul style="list-style-type: none">• Desenvolver e implementar estruturas intermédias de gestão;• Aperfeiçoar a concretização do princípio de gestão empresarial;• Definir e implementar um modelo de monitorização de desempenho.

No seu planeamento estratégico, o SRS procedeu ainda à articulação dos objectivos enunciados por áreas de intervenção operacional, concluindo o documento com a exposição do que considera serem as “*principais metas, a concretizar nos planos de actividades*”. Pela sua conexão com os objectivos da nossa acção, dessas metas⁴¹ destacaríamos (reproduzindo-as textualmente):

- A redução das listas de espera;
- O aumento do volume das consultas externas, em determinadas especialidades.

3.1.2. Os objectivos definidos nos planos de actividades

Conforme atrás exposto, só a partir do exercício de 2004 é que o SRS começou a desenvolver os seus planos de actividades, observando-se a decomposição dos objectivos estratégicos por acções, medidas ou projectos e, em simultâneo, a sua arrumação por grandes áreas de intervenção.

Tivemos então a vigorar, no período em análise, os Planos de Actividades de 2004 e de 2005. Do vasto conjunto de medidas inscritas que os mesmos comportam, a análise centrou-se, em especial, naquelas relacionadas com a assistência hospitalar e com alguns dos aspectos gerais da administração da instituição.

Ponderadas as áreas e especialidades objecto da presente auditoria, apresenta-se, em seguida, as medidas seleccionadas dos planos, com a finalidade de se proceder à avaliação do seu grau de concretização, sistematizando-as em três grupos: as gerais; as comuns à actividade hospitalar e as orientados para as áreas de actividade hospitalar.

3.1.2.1. MEDIDAS GERAIS

Em relação às políticas transversais à instituição, envolvendo a integração dos serviços (resultantes do processo de fusão do SRS e do CHF) e a implementação de um modelo de gestão empresarial, foram definidos os seguintes objectivos de médio prazo:

⁴¹ Em número de 4.

PLANOS DE ACTIVIDADES – OBJECTIVOS GERAIS DO SRS

N.º	DESCRIÇÃO DOS OBJECTIVOS	2004	2005	OBS.
1.	A integração e uniformização do sistema de informação das áreas económicas, financeira e RH.	n.d.	n.d.	Em curso
2.	Adopção de novos métodos de gestão - a fase da implementação dos CRI.	n.d.	n.d.	Em curso
3.	A implementação de um sistema de informação para a gestão.	n.d.	n.d.	Em fase preparatória
4.	O incremento das novas TI no apoio à actividade assistencial.	n.d.	n.d.	Em curso

n.d. – não existem dados disponíveis para quantificar o grau de realização

Estas medidas, e em especial as três primeiras, constituem alterações fundamentais e de grande impacto na reforma do SRS. Todas elas se encontravam em fase de implementação, não tendo sido, no entanto, possível identificar em que fase de realização é que as mesmas se encontram, por não terem sido desenvolvidos indicadores e procedimentos de monitorização, nem contempladas metas que permitissem quantificar o grau de realização das medidas. Aliás, esta ausência de procedimentos de controlo e acompanhamento é comum a todas as medidas do plano de actividades.

Segundo informações obtidas junto do serviço, o ponto de situação das medidas acima listadas é o seguinte:

- Integração e uniformização do sistema de informação (medida 1) – foi realizada, numa primeira fase, a uniformização da codificação e designação de milhares de artigos, bens e serviços, bem como a adaptação contabilística e do sistema de informação de recursos humanos, em resultado da junção numa única entidade dos anteriores Serviço Regional de Saúde e Centro Hospitalar do Funchal;
- A criação dos CRI (medida 2) – os CRI estariam prestes a entrar em fase operacional, na área dos cuidados primários (apontando-se a superação dessa etapa para finais de 2006), prevendo-se a sua extensão aos cuidados hospitalares para momento posterior, não estando, contudo, definida uma data precisa. Neste quadro:
 - Em Fevereiro de 2006 foi criada uma estrutura de apoio para a implementação dos CRI e em Maio foi designado o coordenador do projecto;
 - Estava em curso a elaboração de um plano/cronograma detalhado relacionado com a implementação dos CRI;
 - Também estava para breve a publicação de uma deliberação do CA visando a criação de uma comissão de acompanhamento da execução do projecto de criação dos CRI.
- Um sistema de informação para a gestão (medida 3) - está em fase de implementação o novo sistema de informação integrado para a área financeira e do património (que trará melhorias no âmbito das operações de acompanhamento e controlo da execução



dos planos e orçamentos), que se encontrará integrado com a área económica, de recursos humanos e de produção (assistencial). Previa-se:

- para o final de Junho de 2006, a conclusão da instalação nos Centros de Saúde da aplicação informática de suporte à actividade clínica. A utilização regular desta aplicação é fundamental para o apuramento dos indicadores para a avaliação de desempenho dos CRI;
- também para esse período, a instalação da nova aplicação informática para a área financeira, o que possibilitará o apuramento dos custos e proveitos por CRI;

De qualquer forma, estavam em uso, desde 2005, modelos de referência para a elaboração dos planos e relatórios de actividades, os quais deverão sofrer adaptações com a operacionalização dos CRI.

- Novas TI no apoio à actividade assistencial (medida 4) – tem havido um forte incremento em novos sistemas de comunicação, de hardware e de software, como: a aquisição de equipamentos de diagnóstico e terapêutica, a ligação em banda larga dos serviços do SRS (concluída), a telemedicina⁴², a digitalização da informação clínica, o processo clínico electrónico (em fase de introdução nos Centros de Saúde), o portal do SRS (já disponível);

De salientar o facto de, no período em análise (2003 a 2005), não haver mecanismos devidamente formalizados, estruturados e sistémicos, de monitorização e reporte das medidas desenvolvidas, o que dificultou a avaliação do seu grau de realização.

Ainda assim, conforme referido no parágrafo final relativo à medida 3, na gestão corrente da entidade, foram tomadas, durante o exercício de 2005, algumas iniciativas concretas (para vigorarem no Plano de Actividades de 2006) no sentido de melhorar a informação de preparação e acompanhamento da execução do plano.

3.1.2.2. MEDIDAS COMUNS À ACTIVIDADE HOSPITALAR

No quadro geral da actividade hospitalar foi igualmente estabelecido um conjunto de medidas (8), de natureza plurianual (4 de 2004 e 4 de 2005), as quais se encontram reflectidas na tabela seguinte.

N.º	DESCRIÇÃO DOS OBJECTIVOS	2004	2005	OBSERVAÇÕES
1	Continuação do processo de acreditação do HCF pelo King's Fund.	S	S	Foi atribuída uma Acreditação Provisória, em Outubro de 2005. Continuam os trabalhos visando a Acreditação Definitiva, estando em curso a implementação de novo Manual de Acreditação.
2	Implementação do processo clínico electrónico.	N	N	Está em fase de implementação nos centros de saúde. Está em fase preparatória no HCF.

⁴² Solução telemática de suporte a serviços remotos de medicina, envolvendo facilidades de videoconferência.

N.º	DESCRIÇÃO DOS OBJECTIVOS	2004	2005	OBSERVAÇÕES
3	Implementação da facturação dos actos com base nos GDH.	N	S	Só a partir do contrato programa que vigorou entre Maio de 2005 e Junho de 2006.
4	Operacionalização da comissão de auditoria.	n.d.	S	A comissão de auditoria (clínica) foi implementada.

n.d. – não existem dados disponíveis para quantificar o grau de realização; S – Objectivo alcançado ou alcançado parcialmente; N – Objectivo não alcançado

Sobre as medidas enunciadas não foi possível obter uma informação mais concreta quanto ao seu andamento, designadamente: os cronogramas de trabalho estabelecidos, a situação de partida (no início de cada exercício), etapas percorridas e posição no final do exercício (falha comum a todas as medidas do plano de actividades – gerais, ao SRS, comuns do HCF e específicas das áreas de actividade).

Ainda assim, foi possível constatar que, em 2004 e 2005, 4 das 8 metas foram atingidas. Foi o caso do desenvolvimento do processo de acreditação provisória do HCF⁴³ pelo King's Fund, da facturação por GDH e o da operacionalização da comissão de auditoria.

3.1.2.3. MEDIDAS ESPECIFICAMENTE ORIENTADAS PARA AS ÁREAS DE ACTIVIDADE HOSPITALAR

As medidas directamente associadas aos cuidados hospitalares (em número de 31), foram agrupadas em três grandes áreas, que foram designadas como: o ambulatório (12), envolvendo sobretudo a parte das consultas externas e urgência; o bloco operatório (BO), relacionado com a actividade cirúrgica na globalidade, incluindo a cirurgia de ambulatório (11); e, finalmente, a área do internamento (8).

A) AMBULATÓRIO

N.º	DESCRIÇÃO DOS OBJECTIVOS	Plano de 2004
a.1	Recuperar a quebra de actividade, registada em 2003, nas consultas de Cirurgia I; Cirurgia II; Cirurgia III; Estomatologia; Ortopedia Pediátrica.	
a.2	Manter a actividade registada nas restantes especialidades.	

Relativamente ao primeiro objectivo verificou-se que três dos cinco serviços/especialidades registaram uma maior actividade em 2004 do que no ano precedente (Cirurgia II, Estomatologia e Ortopedia Pediátrica), pese embora só dois deles tivessem conseguido recuperar e ultrapassar os níveis registados em 2002. (*Vide* quadro abaixo)

⁴³ De um vasto conjunto de matérias a serem avaliadas, envolvendo desde os aspectos da organização e gestão administrativa do serviço até à organização e funcionamento dos serviços clínicos, quer na sua vertente interna quer na relação com os utentes, o King's Fund reconheceu o trabalho produzido em aspectos como: saúde e segurança, segurança contra incêndios, privacidade do doente; saúde mental e consentimento do doente.



Tribunal de Contas
Secção Regional da Madeira

Consultas	2002	2003	2004	03/02	04/03	04/02
Cirurgia I	4.178	3.996	3.906	-4,36	-2,25	-6,5%
Cirurgia II	3.286	3.086	3.189	-6,09	+3,34	-3,0%
Cirurgia III	2.921	2.796	2.474	-4,28	-11,52	-15,3%
Estomatologia	1.930	1.839	2.293	-4,72	+24,69	18,8%
Ortopedia Pediátrica	1.706	1.572	1.880	-7,85	+19,59	10,2%

Relativamente às restantes actividades (segundo objectivo), foi observado um aumento global da produção, ainda que ligeiro, de 1,14% (Cfr. Ponto 3.3.2. Consulta Externa, do Movimento Assistencial). Das 39 especialidades/serviços que constituem o seu universo, 24 aumentaram a actividade, enquanto 15 registaram diminuições.

As cinco maiores subidas verificaram-se nas especialidades de Psicologia (+33,4%), Cardiologia infantil (+31,1%), Imuno-hemoterapia (30,8%), Estomatologia (+24,7%) e Ortopedia Pediátrica (+19,59%). As cinco maiores quebras registaram-se em: Dermatologia (-15,4%), Anestesiologia (-10,3%), Neurologia (-9,8%), Cirurgia plástica (-8,93%) e Obstetrícia (-8,5%).

N.º	DESCRIÇÃO DOS OBJECTIVOS	Plano de 2004 e 2005
a.5	Aumentar o n.º de consultas em algumas especialidades, para combater as listas de espera.	

Em 2004 não foi definida qualquer meta mas, em 2005, pese embora a ausência de identificação das especialidades prioritárias, foi fixado o propósito de aumentar em 20% o número de primeiras consultas.

Para avaliar o grau de realização deste objectivo elaborou-se o quadro seguinte de onde consta a evolução do número de primeiras consultas realizadas entre 2003 e 2005:

2003		2004		2005	
Programado	Realizado	Programado	Realizado	Programado	Realizado
46.421	43.886	44.110	41.443	44.699	41.868
-2.535		-2.667		-2.831	

2004/2003		2005/2004		2005/2003	
Programado	Realizado	Programado	Realizado	Programado	Realizado
-5,0%	-5,6%	1,3%	1,0%	-3,7%	-4,6%

As estatísticas hospitalares reflectem, entre 2003 e 2004, uma diminuição de 2.443 primeiras consultas, 5,6% no número de consultas realizadas e 5% no de consultas programadas. Por seu turno, de 2004 para 2005, embora sem atingir a produção de 2003, verificou-se um aumento de 425 consultas (+1,0%), de qualquer forma muito aquém da meta definida (+20%).

Conforme se pode verificar, não só os objectivos definidos não foram atingidos, como os valores programados contrariavam as próprias metas definidas, visto nem considerarem o valor do objectivo (aumento de 20% do número de primeiras consultas).

N.º	DESCRIÇÃO DOS OBJECTIVOS	Plano de 2004 e 2005
a.6	Alargar (generalizar) a marcação horária diferida às restantes especialidades ⁴⁴ (Plano de 2004 e 2005).	

Apesar da indiscutível importância desta medida para a qualidade do serviço prestado aos utentes da consulta externa, ainda não se encontra generalizada a marcação horária diferida a todas as especialidades (e, dentro delas, a todos os clínicos), não obstante não terem sido disponibilizados elementos estatísticos que permitissem avaliar a sua evolução no período considerado.

N.º	DESCRIÇÃO DOS OBJECTIVOS	Plano de 2004 e 2005
a.7	Aumentar o n.º de consultas realizadas entre as 14H e as 18H.	

O aumento do número de consultas foi fixado:

- para 2004, entre 20% e 30 %;
- para 2005, em 20%.

		2003	2004	2005
Consultas entre as 14H e as 18H	em n.º	22.459	24.559	23.069
	% sobre o total das consultas	13,69	14,80	13,68
			04/03	05/04
			Evolução em %	9,35% -6,07%

Este objectivo não foi alcançado em nenhum dos anos. Se em 2004 ainda houve um reforço das consultas realizadas dentro daquele horário (+9,35%), mas abaixo da meta traçada (20% a 30%), no ano de 2005 registou-se mesmo uma quebra, tendo-se realizado menos 6,07% de consultas relativamente ao ano anterior.

N.º	DESCRIÇÃO DOS OBJECTIVOS	Plano
a.3	Garantir as consultas de Ortopedia em situações de pós-urgência em tempo útil ⁴⁵ (Plano de 2004).	
a.4	Alargar o método de prioritização na marcação de consultas utilizado pela Oftalmologia ⁴⁶ (Plano de 2004).	
a.8	Manter a personalização de consultas em todas as especialidades ⁴⁷ (Plano de 2004 e 2005).	

⁴⁴ Trata-se de evitar a convocação de todos utentes para a 1.ª hora de marcação do dia, procedendo ao escalonamento da sua convocação, i. e., para cada utente/doente deve ser fixado uma hora específica da sua consulta.

⁴⁵ Após a assistência na Urgência era proposta a marcação de consulta para daí a 2 semanas, o que não era possível de concretizar por falta de vagas médicas.

⁴⁶ A medida visava fazer intervir as especialidades no sentido de serem estabelecidas prioridades clínicas na marcação das consultas.

⁴⁷ Consiste no acompanhamento de um doente pelo mesmo médico, o que permite uma melhoria na prestação de cuidados e no relacionamento entre ambos.



Tribunal de Contas
Secção Regional da Madeira

Relativamente aos objectivos identificados no quadro anterior, não foi possível concretizar e/ou quantificar o seu grau de realização, por não terem sido estabelecidas métricas ou outros procedimentos de quantificação, que permitissem avaliar a situação de partida e os patamares atingidos em cada momento de avaliação.

Num balanço às medidas definidas para a área do ambulatório, a primeira constatação a fazer é que em seis medidas (as **a.3**, e **a.4.**, em 2004, e as **a.6** e **a.8**, nos dois anos), das doze incluídas nos Planos de Actividades de 2004 e 2005, não havia dados disponíveis que permitissem a sua avaliação.

Em relação às restantes acções inscritas, podemos concluir que, no seu global, o grau de realização dos objectivos fixados ficou abaixo do esperado.

Em 2004, apenas duas medidas (as identificadas em **a.1** e **a.2**) viram as suas metas parcialmente atingidas. Sendo que as restantes quatro, relativas ao aumento do número de primeiras consultas (**a.5**, nos 2 anos) e ao reforço das consultas realizadas entre as 14H e as 18H (**a.7**, nos dois anos), não foram bem sucedidas. Já em 2005, também estas duas últimas medidas não viram os seus objectivos serem alcançados.

B) BLOCO OPERATÓRIO

N.º	DESCRIÇÃO DOS OBJECTIVOS	Plano de 2004
b.1	Recuperar a diminuição em 35% de pequenas cirurgias, registada em 2003, em Cirurgia I.	

A informação estatística recolhida indica que de 2003 (223 intervenções) para 2004 (159 intervenções), se verificou uma nova quebra (-28,7%) na actividade do serviço, contrariando o objectivo definido pelo CA para o ano de 2004.

N.º	DESCRIÇÃO DOS OBJECTIVOS	Plano de 2004
b.2	Dotar o recobro em mais duas camas.	
b.3	Implementar um programa de recuperação da lista de espera da cirurgia das cataratas, com recurso à contratualização.	

Os dois objectivos antecedentes foram atingidos, destacando-se o facto do Programa da Cirurgia das Cataratas ter sido iniciado em Maio de 2004⁴⁸.

N.º	DESCRIÇÃO DOS OBJECTIVOS	Plano de 2004 e 2005
b.4	Aumentar o n.º de intervenções cirúrgicas.	

O aumento perspectivado nos planos de actividades para o número de cirurgias foi fixado:

- entre 10% e 15 %, para 2004;
- em 20%, para 2005.

⁴⁸ Vide análise pormenorizada dedicada à execução do programa no ponto 3.3.3.2.

Mas nada se especifica sobre se as metas apenas se referem a cirurgias do BO, ou se também contemplam a pequena cirurgia ou a cirurgia de ambulatório. E, relativamente às primeiras duas, nada se diz se devem ser levadas em conta as cirurgias urgentes. Todavia, como para as pequenas cirurgias foi criado um objectivo próprio (**b.7**), estas não foram levadas em consideração nesta análise.

A produção realizada no período em análise encontra-se reflectida na tabela seguinte:

Cirurgias	2003		2004		2005	
	Prog.	Real.	Prog.	Real.	Prog.	Real.
Programadas/Realizadas (BO)	Incompleto	4.314	5.186	4.552	5.131	4.381
Urgentes		2.124		2.202		2.424
Total de cirurgias do BO		6.438		6.754		6.805
Ambulatório		-		655		1.084
Variações(%)	2004/2003		2005/2004		2005/2003	
	Prog.	Real.	Prog.	Real.	Prog.	Real.
Programadas/Realizadas (BO)	-	5,5	-1.1	-3,8	-	1,6
Urgentes		3,7		10,1		14,1
Total de cirurgias do BO		4,9		0,8		5,7
Ambulatório		-		65,5		-

No pressuposto de que o objectivo visa apenas as cirurgias normais (do BO), visto serem as únicas objecto de programação, observamos um acréscimo de 5,5%, em 2004, e uma descida de 3,8%, em 2005. São valores distantes dos crescimentos de 10% a 15% e de 20% pretendidos, para cada um daqueles anos.

Mas não é apenas a questão da produção realizada que está em causa. É que à semelhança do que aconteceu com as consultas de combate às listas de espera, a própria programação não está de acordo com os crescimentos pretendidos.

Porém, se somarmos as cirurgias normais do BO com as do ambulatório, ou com as cirurgias urgentes, ou com as duas em simultâneo, obteríamos:

- Em 2004, um resultado conforme os objectivos nas seguintes situações: Normais + Ambulatório (+20,7%) e Normais+Ambulatório+Urgentes (15,1%)
- Em 2005, nenhuma das combinações atingiria os objectivos delineados.

N.º	DESCRIÇÃO DOS OBJECTIVOS	Plano de 2004 e 2005
b.5	Alargar a lógica da actividade cirúrgica em jornada contínua a outras especialidades.	

Esta medida relacionada com o combate às listas de espera não pode ser avaliada pois não foi definida/fornecida informação que permitisse aferir de que forma é que esse alargamento perspectivado foi planeado, implementado e avaliado.



Tribunal de Contas
Secção Regional da Madeira

N.º	DESCRIÇÃO DOS OBJECTIVOS	Plano de 2004 e 2005
b.6	Reduzir o número de doentes recusados na anestesia ⁴⁹ .	

No que respeita à evolução do indicador correlacionado com o cumprimento deste objectivo verificou-se, de 2004 para 2005⁵⁰, um aumento de 9,2% (de 141 para 154 doentes) do número de doentes recusados⁵¹ o que configura um incumprimento da evolução perspectivada pelo CA do SRS.

N.º	DESCRIÇÃO DOS OBJECTIVOS	Plano de 2005
b.7	Manter a produção em pequenas cirurgias.	
b.8	Concluir o programa de recuperação da lista de espera da cirurgia das cataratas.	

Finalmente, no respeitante aos dois objectivos identificados no quadro anterior, verificou-se que não foram atingidas as metas fixadas na medida em que o programa de recuperação da lista de espera das cataratas não ficou concluído em 2005 e que o número de pequenas cirurgias diminuiu 6,4% de 2004 para 2005 (de 1676 cirurgias efectuadas em 2004, passou-se, em 2005, para apenas 1568).

Na área da cirurgia, não levando em linha de conta as medidas onde se observaram insuficiência de dados (duas em onze, a saber: a medida **b.5.**, nos dois anos), o saldo da execução dos planos de actividades foi negativo.

Somente as medidas relativas à dotação do recobro com mais duas camas (**b.2**) e à implementação do programa de recuperação da lista de espera da cirurgia das cataratas (**b.3**) é que foram atingidas.

Todas as outras (7), designadamente os objectivos traçados com a manutenção (**b.7**, em 2005), recuperação (**b.1**, em 2004) ou aumento de cirurgias (**b.4**, nos 2 anos) e redução das recusas em anestesia (**b.6**, nos 2 anos) ficaram aquém dos objectivos delineados. E mesmo no caso do programa das cataratas, a previsão da sua conclusão em 2005 (**b.8**) não foi alcançado – o plano ainda se encontrava em curso ao longo de 2006, sendo apontado o final desse ano como data para a sua conclusão.

⁴⁹ O objectivo, tem por base o reforço da consulta pré anestésica, no sentido de evitar a reprogramação das cirurgias por os doentes não reunirem as condições ideais para a realização da anestesia.

⁵⁰ Não foi possível apurar o cumprimento deste indicador em 2004 porque as estatísticas solicitadas pela equipa ao SRS não incluíam os dados relativos ao 1.º semestre de 2003.

⁵¹ Não foi possível obter dados quanto à evolução da consulta pré anestésica.

C) INTERNAMENTO

N.º	DESCRIÇÃO DOS OBJECTIVOS	Plano de 2004 e 2005
c.1	Manter a demora média ao nível de 2003 ⁵² .	

De acordo com a informação estatística verifica-se que, entre 2003 e 2005, a demora média subiu cerca de 1 dia (de 7,01 dias de internamento em 2003 para 7,86 dias em 2005), o que equivale a uma aumento percentual global de cerca de 12%.

Descrição	2003	2004	2005	2003/2004	2004/2005	2003/2005
Demora média	7,01	7,7	7,86	9,8%	2,1%	12,1%

Face à evolução do indicador verifica-se que o objectivo definido nos Planos de Actividades de 2004 e de 2005 não foi atingido.

N.º	DESCRIÇÃO DOS OBJECTIVOS	Plano de 2004 e 2005
c.2	Aumentar a taxa de ocupação (ocupação média) dos serviços de Cirurgia I, Cirurgia II, Cirurgia III, Ortopedia e Urologia.	

À luz dos indicadores espelhados no quadro seguinte, pode concluir-se que o objectivo foi globalmente alcançado em ambos os anos, embora, em 2005, dois dos cinco serviços/especialidades referenciados pelo CA do SRS (Cirurgia I e Ortopedia) não tenham conseguido manter os níveis de ocupação média do ano anterior.

Serviços/Especialidades	TAXA DE OCUPAÇÃO MÉDIA				
	2003	2004	2005	2003/2004	2004/2005
Cirurgia I	62,92	67,00	63,76	4,08	-3,24
Cirurgia II	53,63	61,97	68,18	8,34	6,21
Cirurgia III	46,08	54,57	55,41	8,49	0,84
Ortopedia	57,34	60,61	59,34	3,27	-1,27
Urologia	58,06	64,00	73,15	5,94	9,15

N.º	DESCRIÇÃO DOS OBJECTIVOS	Plano de 2004 e 2005
c.3	Atenuar os efeitos perversos das altas problemáticas na gestão das camas e na capacidade de internamento ⁵³ .	

O único indicador disponível está reflectido no movimento assistencial que inclui a unidade de domicílio virtual, o qual contabiliza o número de dias de internamento dos utentes que se mantêm no serviço após a alta clínica.

⁵² A demora média corresponde à média do número de dias utilizados por todos os doentes saídos de cada serviço, num determinado período.

⁵³ As altas problemáticas consistem na manutenção do internamento do doente após alta clínica originando uma ocupação indevida e desnecessária de camas hospitalares e o consequente acréscimo de custos.



Tribunal de Contas
Secção Regional da Madeira

De acordo com os registos hospitalares, os dias de internamento após alta apresentam a seguinte variação:

Descrição	2003	2004	2005
Acréscimo de dias de internamento (considerando a unid. domicílio virtual)	67.943	70.389	93.510
Variação (%)		03/04	05/04
		+3,6	+32,9

Verifica-se, assim, uma evolução negativa do indicador, que registou um crescimento continuado com um acento considerável (em 32,9%) de 2004 para 2005.

N.º	DESCRIÇÃO DOS OBJECTIVOS	Plano de 2004 e 2005
c.4	Melhoria nas prestações de cuidados pós cirúrgicos ⁵⁴ .	

Não foram estabelecidos indicadores que permitissem apurar a evolução do cumprimento deste objectivo.

Fazendo uma avaliação à área (8 medidas), temos que: para além das dificuldades na avaliação do cumprimento de um dos objectivos(c.4, nos dois anos), decorrente da falta de dados estatísticos e de quantificação das metas, apenas o objectivo relacionado com o aumento das taxas de ocupação (c.2, nos dois anos) foi alcançado. Os restantes (o c.1 e o c.3, também nos dois anos) não conseguiram atingir as metas definidas.

3.1.2.4. CONCLUSÃO

Fazendo uma síntese à execução global dos planos de actividades, podemos concluir relativamente às:

- Medidas Gerais, envolvendo todo o SRS (8), que não foi possível proceder a uma análise quantitativa do grau da sua execução, por falta de informação estruturada;
- Medidas Comuns, envolvendo toda a actividade hospitalar (8), que foram cumpridos quatro dos sete objectivos inscritos (as medidas 1, 3 e 4 de 2005, e a medida 1 de 2004) não tendo sido possível aferir o grau de realização da medida 4 no ano de 2004. Mas também aqui, não existia informação estruturada, de acompanhamento e monitorização das medidas;
- Medidas Orientadas, específicas das áreas de actividade hospitalar (31)⁵⁵,
 - no Ambulatório (12 medidas), apenas dois objectivos (ambos de 2004 – a.1 e a.2), dos seis possíveis de serem apreciados, foram parcialmente atingidos. De fora, por

⁵⁴ Consiste em efectuar uma consulta prioritária, em data a indicar pelo médico, após o internamento.

⁵⁵ Dos 31 objectivos / medidas, 10 não foram passíveis de apreciação por falta de dados, 15 não foram atingidos e 6 foram concretizados.

falta de dados, ficaram seis das medidas inscritas (**a.3** e **a.4**, em 2004, **a.6** e **a.8**, nos dois anos);

- no Bloco Operatório (11 medidas), somente duas medidas, das nove susceptíveis de serem apreciadas (em duas, não havia informação disponível), é que foram concluídas com êxito (as **b.2** e **b.3**), sendo ambas de 2004;
- no Internamento (8 medidas), das seis medidas passíveis de serem acompanhadas, duas cumpriram com os objectivos (as **c.2**). Em duas delas, não foi possível apreciar a sua realização por falta de dados (**c.4** nos dois anos).

Duas metas prioritárias definidas no Plano Estratégico do SRS (*vide* final do Ponto 3.1.1.), ambas relacionadas com a área de ambulatório, apenas numa foram feitos progressos, ainda que parcelares (os alcançados com as medidas **a.1** e **a.2**).

Mas o mais importante a destacar desta análise é, porventura, as dificuldades que foram sentidas na análise desta matéria, por não haver, por parte do SRS, elementos de monitorização e controlo sistemático dos planos de actividades.

De facto, todos os dados evidenciados ao longo deste capítulo tiveram que ser solicitados, um por um, aos serviços, por não serem produzidos quer relatórios intercalares de acompanhamento, quer um relatório final de avaliação (que definissem, de forma clara e objectiva o grau de concretização das medidas enunciadas). Para além de não existir, para os objectivos globais e comuns, uma calendarização e etapas definidas, e, para os restantes objectivos, faltar, muitas vezes, a indicação da sua forma de mensuração, dados de partida e metas a alcançar.

Em sede de contraditório, o CA reconheceu “*as lacunas identificadas no Relato, ao nível do Planeamento (nomeadamente definição da situação de partida, da forma de cálculo dos indicadores, da periodicidade de monitorização, do responsável pela monitorização, ...) que se assumem como base para a implementação de medidas correctivas na elaboração dos Futuros Planos previsionais (aliás já acolhidas no Plano Estratégico 2007-09)*”.

Relembrem, no entanto, que a gestão previsionial constituiu uma novidade para a instituição, assim como a “*escassez de competências internas e experiência*” que havia neste domínio e todo o esforço de adaptação desenvolvido. Isto porque, apesar dos objectivos traçados se terem revelado, na generalidade, demasiado optimistas, o planeamento desenvolvido teve o mérito de contribuir “*(...) para o enquadramento do planeamento anual de cada um dos serviços.*”.

Contestam, porém, “*a referência ao facto de não terem sido produzidos Relatórios de Actividade*”, dado existir “*no Relatório de Gestão, o relato das suas actividades*”, a que acresce “*a análise do Movimento Assistencial do Hospital Central do Funchal (...) efectuada em sede de Relatório próprio.*”.

Porém, os documentos invocados não estão orientados para o acompanhamento (intercalar ou final) dos Planos de Actividades, em particular no que respeita à evidenciação do grau de cumprimento das metas e dos objectivos delineados no início de cada período de programação e dos desvios identificados, por forma a que a gestão possa tomar as medidas correctivas que, a cada momento, se mostrem as mais convenientes.



3.1.3. A produção acordada nos contratos - programa

3.1.3.1. ENQUADRAMENTO

A diferenciação e separação das funções prestadora e financiadora e o custeamento da actividade assistencial, pelo Orçamento Regional, com base na produção realizada, constitui um dos pilares da reforma da Lei da Bases da Saúde e, na decorrência dessa mudança de paradigma, do próprio Sistema Regional de Saúde.

Já a consagração da forma de financiamento com recurso à figura do contrato - programa é uma imposição do regime geral das empresas públicas, que estabelece que as orientações estratégicas do Governo poderão envolver metas quantificadas e contemplar a celebração de contratos - programa entre o Estado e as empresas públicas (conjugação do n.º 2 do art.º 11.º com o n.º 2 do art.º 31.º do DL n.º 558/99).

Toda esta disciplina encontra-se reflectida na Orgânica do SRS (aprovada pelo DLR n.º 9/2003/M), designadamente através do conteúdo do texto inserto no art.º 7.º, onde se dispõe “A actividade do SRS (...) será orientada (...) com base em contratos programa (...), com respeito pelas linhas orientadoras definidas nos planos estratégicos da política de saúde regionais ou nacionais aplicáveis à Região Autónoma da Madeira.”. Veja-se também, sobre esta matéria, o que é dito no art.º 27.º, alínea a) do mesmo diploma que afirma serem receitas da instituição “As dotações do Orçamento da Região Autónoma da Madeira incluídas nos contratos programa.”.

Para além dos diplomas atrás invocados, é ainda de destacar o Despacho Conjunto, dos Secretários Regionais dos Assuntos Sociais e do Plano Finanças, de 28 de Maio de 2004 (Publicado no JORAM, II Série, n.º 114), que, ao abrigo dos poderes de tutela, veio regular os critérios a que deve obedecer o financiamento do SRS e, conseqüentemente, a fórmula de desenvolvimento dos contratos - programa. Segundo este documento o contrato deve:

- ✓ Ser o instrumento de definição e quantificação das actividades a realizar e das contrapartidas financeiras a auferir, devendo constituir um mecanismo de regulação da oferta e da procura em cuidados de saúde;
- ✓ Partir da capacidade instalada e das estimativas de procura, organizadas em volumes de produção agregados (linha de produção), às quais se associa um preço unitário, ajustado ao nível de eficiência do SRS e atendendo aos custos do SNS, adaptados à especificidade regional;
- ✓ Garantir o financiamento da produção realizada (em cuidados hospitalares e de saúde primários), devendo os episódios de internamento serem classificados em GDH. O pagamento dos cuidados de saúde deverá ser efectuado pela tutela (Secretaria Regional dos Assuntos Sociais), através da Direcção Regional de Gestão e Desenvolvimento dos Recursos (DRGDR), a quem cabe acompanhar e monitorizar a execução do contrato programa⁵⁶;
- ✓ Estabelecer objectivos de convergência, tendo em vista a promoção de níveis de eficiência mais elevados;
- ✓ Poder prever mecanismos de incentivo e de penalização;

⁵⁶ Através do acesso a dados, informações e documentos que reputar por necessários e apropriados, bem como a realização de auditorias periódicas.

- ✓ Estabelecer a dotação global de pessoal do SRS, assim como fixar a quota anual de admissões.

Foi, portanto, em conformidade com o previsto no regime geral das empresas públicas, e nos estatutos da entidade⁵⁷, que foram celebrados, ao longo do período em análise, três contratos - programa, os quais vigoraram, sequencialmente, entre os períodos de: Junho a Dezembro de 2003, Junho de 2004 a Maio de 2005 e, por último, de Junho de 2005 a Maio de 2006.

No hiato de tempo compreendido entre Janeiro e Maio de 2004, o financiamento do SRS resultou da atribuição de uma indemnização compensatória⁵⁸, no montante de € 84.500.000,00⁵⁹, por não ter sido possível definir, em tempo oportuno, os valores da produção a contratar. Ou melhor, como adiantaram os responsáveis, “*quando a mesma foi decidida a produção já tinha sido integralmente realizada*”.

Relativamente ao valor processado, o protocolo determinava que o valor da indemnização “*terá em conta os custos de prestação (...) efectivamente suportados (...)*”, sugestionando um apuramento concreto dos encargos do período. Todavia, o que foi efectuado foi algo diferente. Com base no valor efectivo da actividade desenvolvida entre Junho de 2004 e Maio de 2005, cinco doze avos do valor correspondente a essa produção foi afecta ao período em falta, o que significou a determinação da indemnização compensatória com base numa estimativa.

Tanto o SRS como a DRGDR confirmam que o valor processado reflectiu, “*(...) à data, a melhor aproximação dos custos de prestação efectivamente suportados.*”, o qual teve em conta os valores reais de produção e a capacidade instalada e que tal se deveu ao facto de, à data da atribuição da indemnização, as contas do SRS, relativas ao ano de 2004, ainda não se encontrarem encerradas.

3.1.3.2. A ANÁLISE DOS CONTRATOS - PROGRAMA

A análise efectuada⁶⁰ concentrou-se sobre os dois primeiros contratos-programa por vigorarem durante o âmbito temporal desta auditoria e por terem sido concluídos os relatórios finais de produção.

A) O contrato que vigorou entre Junho e Dezembro de 2003

Entrando na contratação para o período compreendido entre Junho e Dezembro de 2003 verifica-se que o contrato foi celebrado em 12 de Setembro de 2003, cerca de três meses depois do início da sua vigência, e em momento anterior ao da publicação do Despacho Conjunto das tutelas que definiu os critérios de financiamento do SRS⁶¹ (de 28 de Maio de 2004).

O objecto contratual envolve “*a definição das prestações de saúde que o Serviço Regional de Saúde, EPE se obriga a realizar, bem como os critérios de determinação do valor a pagar*”

⁵⁷ Cfr. o art.º 11.º e 31.º, n.º 2, *in fine*, e art.º 21.º, por remissão sucessiva dos art.ºs 23.º e 20.º, do DL n.º 558/99, de 17 de Dezembro, e, ainda, o art.º 27.º do anexo ao DLR n.º 9/2003/M, de 27 de Maio.

⁵⁸ Concretizada por protocolo assinado em 30 de Dezembro de 2004.

⁵⁹ O protocolo (cuja minuta foi aprovada pela Resolução do Conselho do Governo n.º 1897/2004, de 29/12) determinava que o valor da indemnização “*terá em conta os custos de prestação (...) efectivamente suportados (...)*”. O valor fixado correspondeu a cinco doze avos do valor da produção de Junho de 2004 a Maio de 2005.

⁶⁰ De âmbito formal e direccionada, sobretudo, para as linhas de produção e para o valor dos financiamentos não tendo incidido sobre a sua execução financeira e sobre a adequada sustentação dos pagamentos efectuados pela DRGDR.

⁶¹ Não obstante, a estruturação do contrato programa mostra-se conforme às regras definidas no Despacho Conjunto.



Tribunal de Contas
Secção Regional da Madeira

pelas prestações de saúde e ainda os critérios de determinação da compensação pela prestação do serviço público de saúde.”.

Da sua estrutura, que é basicamente igual aos contratos subsequentes, consta:

- ✓ um quadro de linhas de produção, que expressa a quantidade e os preços unitários das prestações de serviços de saúde a serem asseguradas pelo SRS;
- ✓ um conjunto de metas orçamentais, designadas de “*objectivos de convergência*”, através dos quais se procura a promoção de níveis de eficiência mais elevados;
- ✓ um conjunto de normas reguladoras do pagamento das prestações de saúde, onde estão definidos os conceitos básicos⁶² relacionados com as linhas de produção, a formulação dos serviços que deverão estar reflectidos nos preços a facturar e os cuidados a ter nos procedimentos de facturação;
- ✓ a fixação da dotação global do pessoal, incluindo a quota anual de admissões permitida e a sua distribuição por “*grupos de pessoal*”.

A execução das linhas de produção, tal como consta do “*Relatório de Produção correspondente ao Contrato Programa*” de Junho a Dezembro de 2003 consta do quadro seguinte:

PRODUÇÃO CONTRATADA E REALIZADA ENTRE JUN. E DEZ./2003

Produção	Contratada			Realizada		Desvio %
	Qt _p	P.U.	Valor	Qt _r	Valor	
Doentes equivalentes ⁶³	10.500	3.618,51	37.994.353,75	12.972	46.939.310,18	23,54
Consultas externas	80.000	40,00	3.200.000,00	90.795	4.386.231,88	13,49
Urgências	61.000	74,99	4.574.237,33	67.960	5.096.150,31	11,41
Sessões de tratamento em Hospital de Dia – Hemato-Oncologia	2.850	628,54	1.791.339,00	3.961	2.489.646,94	38,98
Sessões de tratamento em Hospital de Dia – Imunoterapia	2.500	716,63	1.791.575,00	3.824	2.740.393,12	52,96
Total – Área hospitalar			49.351.505,08		60.897.300,55	23,40
Total – Centros de Saúde			17.836.306,08		20.686.785,31	15,98
Outros:						
Sessões de tratamento e reabilitação	34.300	56,52	1.938.682,31	50.490	2.853.762,95	47,20
Reembolso de medicamentos e meios complementares de diagnóstico	n.a.	n.a.	34.663.367,94		19.352.012,63	-44,17
Total outros			36.602.050,25		22.205.776,14	-39,33
Global SRS			103.789.862,00		103.789.862,00	0,00

⁶² Conceitos como doente internado, tempo de internamento, doentes equivalentes, GDH, ICM, cirurgia de ambulatório, consulta, serviço domiciliário, hospital de dia, urgência, que se encontram descritos no glossário.

⁶³ Um doente equivalente corresponde à demora média do respectivo GDH. O número de doentes equivalentes, para além da demora média dos episódios considerados normais, leva em conta as conversões dos tempos de internamento dos episódios de curta duração, de longa duração e de evolução prolongada, conforme os limiares inferior, superior ou máximo, insertos na *Tabela Nacional de GDH – Internamento*, que constitui o Anexo II da Portaria n.º 132/2003.

Tendo presente que se trata do primeiro período de vigência do novo modelo de financiamento, resulta da sua análise que:

- 1) À primeira vista, o SRS conseguiu no segundo semestre de 2003 um resultado positivo, i.e., a produção global negociada foi exactamente igual à realizada.

Contudo, em vez do SRS ter sido remunerado em função da produção efectivamente realizada, verificou-se que os excessos de produção evidenciados em algumas linhas (no caso do HCF, entre os 11,41%, para as *Urgências*, e os 52,96%, para as *Sessões de tratamento em Hospital de Dia – Imunoterapia*, apresentando uma média global de variação de mais 23,40%) foram compensados com uma redução de igual montante na linha de *Reembolsos de medicamentos e meios complementares de diagnóstico* de forma a ajustar-se ao financiamento estabelecido no contrato programa

De acordo com o relatório de produção⁶⁴, a verba efectivamente gasta no reembolso de medicamentos e meios complementares de diagnóstico foi de € 35.607.637,99 (+ 2,72% que o valor previsto no contrato), e não de €19.352.012,63.

Consequentemente o valor da produção realizada pelo SRS foi de €120.045.487,36, o que significou um acréscimo de 15,66% sobre o financiamento acordado.

Nas suas alegações o SRS salientou que os desvios observados e o recursos aos custos históricos se explicam “*por ter sido o primeiro instrumento daquela natureza celebrado pelo SRS*”.

- 2) A “*linha de produção*” identificada como “*Reembolsos de medicamentos e meios complementares de diagnóstico*” desvirtua⁶⁵ a natureza do contrato programa por ser independente da produção e do preço dos bens e serviços nela incluídos.

Acresce referir que o relatório de produção (que não se encontrava datado nem assinado) não se encontrava suportado por documentação comprovativa das quantidades produzidas que serviram de base ao cálculo dos pagamentos efectuados pelo GR sendo recomendável que, futuramente, passe a ser instruído com os elementos informativos indispensáveis à verificação dos valores e nele indicados.

Um outro aspecto a merecer atenção é a questão dos preços praticados. Afirma o presente contrato (e reconhecem os responsáveis do SRS) que os preços fixados no contrato ainda não contemplam uma valoração por GDH⁶⁶, tendo sido definidos tendo em atenção os custos históricos – situação que apenas sofrerá alteração com o contrato negociado para o período de Junho de 2005 a Maio de 2006.

No contraditório, o SRS esclareceu que a linha de produção “*Reembolso de Medicamentos e Meios Complementares de Diagnóstico*” “*(...) tem em conta os custos com os*

⁶⁴ Cfr. ponto 11 do relatório.

⁶⁵ Estes instrumentos contratuais visam substituir a prática do financiamento por transferências orçamentais (baseada nos custos históricos ou em valores do último orçamento, acrescidos de uma margem suficiente para compensar o previsível aumento de encargos futuros) por uma nova modalidade que assenta na remuneração da produção efectiva (pagamento prospectivo de prestações de serviços de saúde baseado preferencialmente em GDH, em que é previamente estabelecido um preço para cada tipo de serviço prestado).

⁶⁶ Que se aplica sobretudo na valoração do internamento, a componente, de longe, com maior peso na actividade desenvolvida.



Tribunal de Contas
Secção Regional da Madeira

medicamentos e meios complementares de Diagnóstico e Terapêutica prescritos pelos médicos no âmbito do serviço regional de saúde, bem como o envio de doentes para território nacional.”. Mais acrescentou a DRGDR que o mesmo sucedia “relativamente à comparticipação da região nos medicamentos prescritos pelos médicos do SRS, E.P.E., no mesmo âmbito, como deflui do n.º 6 da cláusula 9.ª do referido contrato.”.

Relativamente a este assunto importa referir que, em bom rigor, esta linha não respeita a prestações de serviços do SRS (embora as despesas em causa sejam assumidas pelos clínicos do serviço aquando da prescrição/encaminhamento dos doentes) e, nessa perspectiva, nem deveria constar do Contrato-Programa como, aliás, veio a acontecer a partir de 1 de Janeiro de 2006.

Quanto à sustentação documental do relatório de produção, o SRS informou que nos contratos *“celebrados posteriormente, os respectivos relatórios de produção são suportados em documentação comprovativa da realização de cada uma das Linhas de Produção.”.*

B) O contrato que vigorou entre Junho de 2004 e Maio de 2005

A contratualização da produção para o período compreendido entre Junho de 2004 e Maio de 2005, ocorreu em 14 de Outubro de 2004, quatro meses e meio depois do início do período de referência, mas já depois da entrada em vigor do Despacho Conjunto, publicado no JORAM n.º 114, de 11 de Junho.

Os dados sobre a produção contratada e o seu grau de realização⁶⁷ para o período encontram-se sintetizados na tabela abaixo:

PRODUÇÃO CONTRATADA E REALIZADA ENTRE JUN./04 A MAIO/05

Produção	Contratada			Realizada		Desvio %
	Qt _p	P.U.	Valor	Qt _r	Valor*	
Doentes equivalentes ¹	23.823	3.745,16	89.220.892,52	24.503	91.767.599,78	2,85
Consultas externas	170.368	50,00	8.518.400,00	170.456	8.522.800,00	0,05
Urgências	144.602	77,61	11.222.859,05	114.219	8.864.771,84	-21,01
Sessões de tratamento em Hospital de Dia – Hemato-Oncologia	6.875	650,54	4.472.454,94	7.647	4.974.670,97	11,23
Sessões de tratamento em Hospital de Dia – Imunoterapia	6.178	741,71	4.582.297,04	6.694	4.965.020,46	8,35
Total – Área hospitalar			118.016.903,55		119.094.863,05	0,91
Total – Centros de Saúde			49.057.888,66		46.598.835,61	-5,01

⁶⁷ Cfr. Relatório de Produção remetido à DRGDR em 06/12/2005, conjuntamente com um CD contendo a relação dos serviços prestados..

Produção	Contratada		Realizada		Desvio %	
	Qt _p	P.U.	Valor	Qt _r		Valor*
Outros:						
Sessões de tratamento e reabilitação	82.374	58,50	4.818.845,82	86.128	5.038.453,31	4,56
Reembolso de medicamentos e meios complementares de diagnóstico			37.193.361,97	n.a.	32.203.468,04	-13,42
Total outros			42.012.207,79		37.241.921,35	-11,35
Global SRS	inicial		209.087.000,00		202.935.620,01**	-2,94

1 – Idem quadro anterior

* O valor da produção está conforme o relatório, cujo resultado da multiplicação dos P.U. pelas Qt realizadas regista ligeiras diferenças (global SRS, €574,33), que presumimos se deverem a arredondamentos.

** O relatório de produção afirma que a DRGDR ajustou o limite máximo do valor global a transferir para 202,9 milhões de euros.

A título prévio importa referir que, por comunicação da DRGDR, posterior a 21 de Julho de 2005, o limite à remuneração dos serviços prestados pelo SRS foi reduzido dos 209,1 milhões de euros, inscritos no contrato programa, para os 202,9 milhões de euros (menos € 6,2 milhões), com fundamento na falta de dotação orçamental⁶⁸.

Em resultado dessa comunicação, o SRS agiu em conformidade, apenas facturando, pela linha de *Reembolsos de Medicamentos e Meios Complementares de Diagnóstico*, a verba suficiente para poder coincidir com o valor ajustado.

Embora este ajustamento apresente semelhanças com o observado no contrato anterior, ele revela-se qualitativamente diferente. Isto porque, enquanto no primeiro contrato, o valor pago foi ajustado (pela mesma linha de produção) até ao limite do valor previsto no próprio contrato, sem o alterar; neste caso, é o próprio valor global do contrato que é corrigido em baixa.

Tal facto configura um incumprimento ilegítimo do contrato por parte da DRGDR (por falta de competência para proceder a tal alteração) e a transferência para a EPE do ónus do financiamento dos serviços públicos prestados num montante de 6,2 milhões de euros, a que acresce, à semelhança do que aconteceu com o contrato anterior, numa redução do valor da linha de *Reembolsos de Medicamentos e Meios Complementares de Diagnóstico* de forma a não ultrapassar o valor corrigido do contrato programa.

Mais, a situação descrita indicia que a linha de produção *Reembolsos de Medicamentos e Meios Complementares de Diagnóstico*, não cumpre com o princípio da especialização dos exercícios, pelo menos na parte dos proveitos (senão também nos custos), fundamental no POCMS⁶⁹.

⁶⁸ Cfr. Relatório de produção, no 3.º e 4.º parágrafo do seu Ponto I.

⁶⁹ Plano Oficial de Contabilidade do Ministério da Saúde, aprovado pela Portaria n.º 898/2000, de 28 de Setembro. O princípio da especialização está previsto na al. d) do ponto 3.2 do POCMS, o qual dispõe que “os proveitos e os custos



Excepcionada a situação atrás relatada, a execução deste contrato indicia uma melhoria na programação efectuada, com estimativas mais aproximadas da realidade. Vendo a evolução individual por linhas de produção denota-se, na assistência hospitalar, uma amplitude nas oscilações, entre os valores previstos e os realizados, de um mínimo de 0,05%, para as consultas externas, e um máximo de -21,01%, para as urgências. Com um desvio total de +0,91% para a área hospitalar, de -5,01% para os centros de saúde e de -11,35% para as restantes linhas.

Relativamente aos preços unitários, manteve-se a matriz do contrato anterior, havendo apenas uma actualização de 3,5% no seu valor, de forma a reflectir a inflação esperada.

No que concerne à matéria em apreciação, o SRS confirmou que o ajustamento do valor da linha de “Reembolsos” se operou após a assinatura do contrato. A DRGDR, por seu turno, refutou a responsabilidade pela situação imputando-a ao “*não cumprimento, por parte da Secretaria Regional do Plano e Finanças (SRPF), das verbas solicitadas para fazer face à parte afecta ao ano 2004, i.e. transitou em dívida, para o ano 2005, o montante de € 33,9 milhões*”. Adianta que ainda foi sugerida à SRPF uma correcção ao contrato, através da “*alteração da quota de admissões do pessoal*”, a qual não foi considerada por ter sido largamente ultrapassada a vigência do contrato. Termina a sua exposição referindo que o valor ajustado (limite) do contrato de produção “*foi de €201,9 e não €202,9 milhões como foi referido pelo SRS,E.P.E. à SRMTC*”, o que significa que a verba contratada terá sido reduzida em €7 milhões (e não nos €6 milhões inicialmente referidos) e que o relatório de produção contém um erro de cerca de 1 milhão de euros.

Relativamente a estas alegações cabe salientar que os instrumentos em referência, dada a sua natureza contratual, devem observar o principio consagrado no art.º 406.º do Código Civil, segundo o qual os contratos devem ser pontualmente cumpridos, o que não exclui a sua modificação, no caso da alteração anormal das circunstâncias em que os outorgantes fundaram a decisão de contratar.

Todavia, uma eventual alteração dos termos acordados apenas deverá ocorrer por mútuo consentimento dos contraentes (nesta linha, está a cláusula 13.ª do contrato em referência) . No caso em apreço tal não se verificou porque tudo indica que terá havido falta de articulação entre as partes envolvidas que conduziu a que os esforços desencadeados para solucionar a questão não tivessem sido bem sucedidos.

C) O contrato que vigorou entre Maio de 2005 e Junho de 2006

Passando agora à comparação da estrutura do contrato que vigorou entre Maio de 2005 e Junho de 2006⁷⁰, com o que o precedeu, verificaram-se algumas alterações que merecem referência (Cfr. o quadro da produção contratada constante do Anexo II.1).

Assim, as linhas de produção hospitalar foram objecto de aperfeiçoamento⁷¹ enquanto, quer o internamento hospitalar (com a excepção do H. João de Almada) quer as novas linhas de

são reconhecidos quando obtidos ou incorridos, independentemente do seu recebimento ou pagamento, devendo incluir-se nas demonstrações financeiras dos períodos a que respeitem.”.

⁷⁰ À data do trabalho de campo os dados sobre a produção ainda não tinham sido sistematizados.

⁷¹ Foi separada a produção específica relacionada com as pequenas cirurgias, as cirurgias de ambulatório e o internamento no H. João de Almada. No âmbito do Hospital de Dia criaram-se 5 novas linhas de produção. Avançou-se com uma nova linha de produção para os MCDT.

produção do Hospital de Dia e dos Meios Complementares de Diagnóstico e de Tratamento viram os seus preços referenciados pelos valores da Portaria n.º 132/2003, de 5 de Fevereiro, seguindo as determinações do Despacho Conjunto.

Todas estas mudanças constituem alterações positivas e evidenciam uma melhor adaptação do SRS aos desafios impostos pela reforma do Sistema Regional de Saúde.

Todavia, nas restantes linhas de produção, permanece a determinação dos preços pelo custo histórico acrescido de uma actualização de 4%⁷². Também se mantém a linha atípica (sem preço associado)⁷³, mas o seu valor passou de €37.193.361,97 para €16.898.098,00 devido à autonomização dos MCDT, o que, constituindo uma evolução positiva, não elimina na totalidade aquela parcela, a qual representa ainda 8,66% do valor global contratado.

Na sua resposta ao contraditório, a DRGDR afirma que a prática de facturar ao SRS os encargos com as comparticipações por si suportadas, decorrentes das prescrições efectuadas pelos seus médicos, para depois o SRS voltar a pedir o reembolso através de uma linha de produção⁷⁴, *“foi abandonada, a partir do dia 01 de Janeiro de 2006, no contrato programa que vigorou de Maio de 2005 a Junho de 2006 (...), o que explica a redução dos montantes contratados.”*

Fazendo o confronto entre os preços das linhas de produção não indexadas aos valores estabelecidos na Portaria n.º 132/2003, de 5 de Fevereiro, observam-se, nas linhas de produção imediatamente comparáveis, as diferenças identificadas no quadro seguinte.

PREÇOS COMPARADOS ENTRE O SNS E O SRS

Produção	SNS	SRS*	Dif.^a (%)
Área Hospitalar			
Consultas	25,20	48,31	91,71
Urgências	51,00	74,99	47,04
Centros de Saúde			
Consultas	11,50	48,31	320,09
Visitas domiciliárias	25,80	59,96	132,40

*Valores do último contrato em vigor (Maio/05 a Jun/06).

Nas linhas de produção em causa, a dimensão do diferencial é bastante acentuada, com os preços praticados pelo SRS a serem superiores, num intervalo que varia entre os 320%, nas consultas dos centros de saúde, e os 47%, para o atendimento nas urgências hospitalares.

⁷² Excepciona-se a *Consulta externa* e a *Medicina física e reabilitação*. A primeira, viu o valor unitário permanecer inalterado, enquanto a segunda sofreu uma redução de preço.

⁷³ Cujas denominação de *Reembolsos de medicamentos e meios complementares de diagnóstico* foi alterada para *Outros*.

⁷⁴ A operação tinha como finalidade afectar os encargos resultantes do recurso a diagnósticos e consumos exteriores ao SRS (que constituem encargos do sistema regional de saúde) ao Serviço responsável pela sua prescrição. Todavia, como em termos financeiros resultava uma duplicação de fluxos monetários, foi decidido, a partir de 1 de Janeiro de 2006, anular essa redundância.



Tribunal de Contas
Secção Regional da Madeira

Aquela variação de preços encontra, porém, suporte no quadro regulamentar (Despacho Conjunto), quando este afirma que o preço unitário de referência deverá ser ajustado ao nível de eficiência do SRS (Cfr. Ponto 5), devendo “*ainda ter em conta os custos do Serviço Nacional de Saúde, adaptados à especificidade regional, tendo em conta os custos inerentes à insularidade.*” (Cfr. Ponto 6).

Perante a dimensão das diferenças atrás identificadas, compararam-se os preços das consultas e das urgências hospitalares praticados pelo SRS com os de estabelecimentos congéneres do SNS:

PREÇOS COMPARADOS ENTRE INSTITUIÇÕES HOSPITALARES DO SNS E O SRS

Região	Designação	Consultas	Urgências
RAM	SRS,EPE*	48,31	74,99
SNS (Port. n.º 132/2003)	Hosp. Centrais	25,20	51,00
	Hosp. Distritais	17,00	30,70
Instituições do SNS**			
ARS Lisboa e Vale do Tejo	H. Santa Maria	88,83	134,82
ARS Norte	H. S. João	88,83	134,82
	Centro Hosp. Vila Nova de Gaia	88,83	134,82
	H. Distrital de Bragança	85,17	67,56
ARS Algarve	Centro H. do Barlavento Algarvio, EPE	85,17	67,56

* Valores do último contrato em vigor (de Maio/05 a Jun/06). ** Valores do contrato programa de 2006

Como se constata, os preços praticados pelos estabelecimentos hospitalares do SNS também são bastante superiores aos apresentados pela portaria regulamentar. No caso dos hospitais centrais das ARS de Lisboa e Vale do Tejo e Porto, os valores, para as duas linhas de produção, até se encontram bem acima dos preços praticados no SRS. Se tomarmos por referência o Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia, os seus valores para as consultas e as urgências são superiores em, respectivamente, cerca de 39,5% e 58,8%.

Também no caso do Hospital Distrital de Bragança (cujos preços de referência até são mais baixos) e do Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio, os preços praticados embora sejam superiores ou inferiores aos do SRS, consoante a linha de produção de que se esteja a falar, mesmo na linha em que é mais baixo, o valor praticado encontra-se bastante acima do valor de referência da portaria, estando bem mais próximo do praticado pelo SRS.

Estendendo a análise à outra única linha de produção passível de equiparação, a da cirurgia de ambulatório, a desproporção entre os preços praticados pelo SRS e os hospitais centrais do SNS é ainda maior. Pegando novamente como exemplo no Centro Hospitalar de Vila Nova de

Gaia, observa-se que o preço aplicado pelo hospital naquela linha é de €1.778, 57⁷⁵; ou seja, um valor 125% acima do praticado pelo SRS, que foi de €791,44.

Em resumo, poderá afirmar-se que é habitual, nas linhas analisadas, a prática de preços acima dos valores constantes na Portaria n.º 132/2003 e que nas linhas de produção possíveis de equiparação, os preços praticados pelo SRS (consulta externa, urgência e cirurgia de ambulatório na área hospitalar) são substancialmente mais baixos do que os praticados pelas instituições congéneres do SNS.

D) Os objectivos de convergência

O Despacho Conjunto (Pontos: 8, 9 e 12), que regula os critérios a que deve obedecer o financiamento do SRS, dispõe que os contratos - programa devem englobar metas/objectivos de convergência “*tendo em vista a promoção de níveis de eficiência mais elevados.*” prevendo ainda a possibilidade de serem criados mecanismos de incentivo e de penalização.

Em cumprimento da disciplina atrás invocada, os diversos contratos - programa têm recebido (no seu Anexo II) um conjunto de metas orçamentais, orientadas para a redução dos custos exploração.

O resultado da gestão do SRS analisado em função dos desvios entre os objectivos de convergência definidos nos contratos - programa e a execução orçamental efectiva consta do quadro seguinte (do Anexo III constam os elementos instrumentais utilizados para a sua construção):

Rubricas	Jun/03 a Dez/03	Jun/04 a Maio/05	Jun/05 a Maio/06*
Salários, Remunerações adicionais e Horas Extraordinárias **	+ 46,48 %	+ 9,71 %	+ 2,50 %
Custo das Mercadorias Vendidas e Consumidas	+ 15,46 %	-8,41 %	+ 15,68 %
Fornecimentos: subcontratos, fornecimentos e doutros fornecimentos de serviços	+ 3,56 %	-24,58 %	+ 70,02 %
Serviços 1 (inclui, entre outros, comunicações, seguros, rendas, transportes e honorários)	+ 47,90 %	+ 170,61 %	+ 110,79 %
Serviços 2 (inclui entre outros, conservação e reparação, limpeza, vigilância, alimentação, lavandaria e trabalhos especializados)	- 39,15 %	-80,89 %	- 19,02 %
Outros	+ 3.392,92 %	+ 125,94 %	+ 204,27 %
Total custos	+ 37,18 %	+ 5,22 %	+ 20,57 %

* Os dados respeitantes à execução do último contrato são provisórios.

** O SRS apresentou os dados dos custos de pessoal agregados, embora no contrato os valores estejam individualizados.

Conforme se pode verificar a execução reflecte um incumprimento generalizado dos objectivos de convergência contratualizados pelo SRS, que foi particularmente acentuado (+37,18%) no primeiro contrato, bastante mais ligeiro (+5,22%) no segundo e de novo agravado (+20,57%) no último contrato.

Por linha de produção, é de destacar:

⁷⁵ Obtido a partir da fórmula: preço unitário x ICM; i.e., €2.342,38 x 0,7593.



- Pela positiva: o comportamento da linha de produção Serviços 2, em todos os períodos, não apenas porque cumpriu as metas, mas porque esse comportamento traduziu-se em despesas decrescentes ao longo dos contratos; e, dado o seu peso (cerca de 58%) no global da produção, o cada vez melhor ajustamento às metas da linha Salários Remunerações e Horas Extraordinárias, com um desvio no último contrato de apenas +2,5%, mas que corresponde, todavia, a um crescimento efectivo próximo dos 8%;
- Pela negativa: com particular relevo, o descontrolo da linha de produção Outros (aumentos de despesa cerca de, respectivamente: 3.393%, 126% e 204%), agravada pelo facto da mesma constituir, em termos financeiros, a segunda linha de produção mais importante (cerca de 25%, no último período); mais os crescimentos acentuados da linha Serviços 1; e, ainda, os comportamentos oscilatórios das linhas CMVC e Fornecimentos, com o agravamento acentuado dos custos da segunda (+70%) no último ano.

Acresce referir que os aspectos relativos ao incumprimento dos objectivos de convergência não têm sido reflectidos nos relatórios de produção nem os contratos - programa negociados lhes associam mecanismos de incentivo ou de penalização (cfr. ponto 9. do Despacho Conjunto).

No âmbito do contraditório, os responsáveis (do SRS e da DRGDR) informaram que a experiência adquirida, designadamente as dificuldades de sistematização da informação por parte do SRS, aconselhou a substituição dos “*Objectivos de Convergência*” por “*Objectivos de Qualidade e Eficiência*” no Contrato Programa de 2006.

Foi abandonada a definição de metas apenas centrada em classes de custos, tendo sido introduzido um conjunto de indicadores e de objectivos de qualidade e eficiência⁷⁶, a cujo grau de concretização foi associado “*um prémio ou penalização, consoante o grau de cumprimento dos objectivos fixados*” a aferir através de um factor multiplicativo.

3.1.3.3. A SUSTENTABILIDADE ECONÓMICO-FINANCEIRA DO SRS

De acordo com os documentos de prestação de contas, o SRS apresentava no final do exercício de 2004 uma perda significativa de valor, apresentando um capital próprio negativo de € 96,17 milhões de euros. A esta descapitalização acelerada da empresa estariam, aparentemente, associadas descompensações estruturais, que se poderiam sintetizar da seguinte forma:

- uma quase total dependência, em termos de receitas, das verbas atribuídas ao abrigo dos contratos - programa e a insuficiência destas na cobertura dos custos de exploração, de que se destaca o sub financiamento à produção, mas que acontece igualmente no âmbito do investimento;

⁷⁶ Para 2006 foram fixados os seguintes objectivos:

- A. Qualidade do serviço: Taxa de Readmissão no Internamento nos primeiros sete dias após a alta (com a mesma patologia e excluindo a Unidade Domicílio Virtual): Max. 1,10%.
- B. Produção e Eficiência Operacional: Demora média do Internamento excluindo a Unidade Domicílio Virtual: Max.: 7,32 dias; Taxa de crescimento das atendências nos Serviços de Urgência Hospitalares: Max. 3%; Taxa de crescimento das atendências nos Serviços de dos Centros de Saúde: Max. 3%.
- C. Eficiência Económico-Financeira: Peso dos consumos nos custos totais: Max. 15%; Peso da remuneração extraordinária no total dos custos com o pessoal: Max. 10%; Taxa de crescimento dos custos com o pessoal: Max. 6,2%.

- um défice de exploração, resultado operacional negativo, na ordem dos 43,7 milhões de euros (já o semestre de 2003 tinha originado um défice de cerca de 28 milhões de euros);
- uma inscrição no passivo de dívidas a médio e longo prazo de 148,4 milhões de euros e de curto prazo de 126,3 milhões, que incluem um financiamento bancário de 193,7 milhões de euros. De que resultou a assumpção de custos financeiros na ordem dos 11,6 milhões de euros, dos quais 10,8 milhões correspondem a juros suportados;
- um resultado líquido negativo do exercício que atingiu 60,4 milhões de euros.

Só que a leitura acima apresentada deve ser encarada com alguma prudência, dado que apenas foi considerada como proveito a verba de 67,5 milhões de euros, i.e. a parcela que o contrato programa (de Junho de 2004 a Maio de 2005) afecta ao exercício económico de 2004, de um valor global de 209,1 milhões de euros. Esta situação pode traduzir um incumprimento do princípio da especialização do exercício.

Ora, se encararmos uma distribuição proporcional da receita global, aos 7 meses a que corresponde o período em causa (aliás, a fórmula utilizada no cômputo da indemnização compensatória), àquele ano deveria corresponder na realidade uma receita próxima dos 122 milhões de euros, o que alteraria os considerandos efectuados⁷⁷.

Por aqui se vê, mais um vez, como seria de toda a conveniência fazer coincidir a vigência dos contratos - programa com o exercício económico. É que a periodicidade em vigor, não só cria dificuldades ao nível da programação, acompanhamento e monitorização da sua execução, como, ao que parece, na própria relevação contabilística dos factos patrimoniais.

Olhando, então, para as contas do exercício de 2005, confirma-se que foi lançada como receita desse exercício o valor de €141.624.598, averbado no contrato (de Junho de 2004 a Maio de 2005) como valor a pagar em 2005. No entanto, essa verba é desproporcionada (em, valor estimado, 54,5 milhões de euros) em relação aos 5 meses de produção de 2005.

É por essa razão que as contas deste último ano apresentam resultados operacionais e líquido positivos, nos valores de €29.902.039,84 e €23.870.270,13, respectivamente.

No contraditório, o SRS e a DRGDR, embora aceitem “*a generalidade dos considerandos*” expressos no relato, salientam que a contabilização, em 2004, do montante de €67,5 milhões “*resultou do próprio clausulado do Contrato-Programa*”.

O facto do contrato programa determinar o valor concreto a ser pago a título de contrapartida pelos serviços prestados em 2004, não obsta a uma relevação contabilística conforme à sua verdadeira expressão económica. Na contabilidade patrimonial os registos dos fluxos monetários e dos fluxos económicos efectuem-se em momentos distintos, em conformidade com princípio da especialização dos exercícios (princípio contabilístico vertido na al. d) do ponto 3.2 do POCMS), sendo ainda relevante a sua conjugação com o do princípio da materialidade⁷⁸.

⁷⁷ De facto, teriam que ser acrescidos aos proveitos económicos de 2004 uma verba na ordem dos 54,5 milhões de euros, da qual resultaria, afinal, um resultado operacional positivo na ordem dos 10,8 milhões de euros.

⁷⁸ Que dispõe que: “*as demonstrações financeiras devem evidenciar todos os elementos que sejam relevantes e que possam afectar avaliações ou decisões pelos utentes interessados.*” (cfr. a al. g) do ponto 3.2 do POCMS).



Relativamente ao período de contratação, o SRS informou o mesmo será revisto, no sentido de o fazer coincidir, a partir de 2007, com o do exercício económico.

3.2. Movimento Assistencial Hospitalar

Nos pontos seguintes serão abordados os aspectos principais da assistência hospitalar do HCF, na perspectiva da eficiência da produção. Vamos, portanto, a partir da identificação da capacidade instalada, dos recursos disponíveis e dos resultados alcançados, relacionar todo esse conjunto de informação, sob a forma de índices de produtividade.

Dado o conjunto diversificado de cuidados prestados, a análise foi dirigida para as áreas mais características e com maior expressão como são: o Internamento, a Consulta Externa, a Cirurgia e a Urgência.

Assinale-se que a inexistência de informação da contabilidade analítica inviabilizou o cruzamento do movimento assistencial com o seu custo.

3.2.1. Urgência

O Serviço de Urgência (SU), Geral, Pediátrico e Obstétrico, tem como objectivo a prestação de Cuidados de Urgência a todo o indivíduo que deles careça.

O SU é assegurado por 2 equipas uma no HM e constituída por 2 internistas⁷⁹ e a outra no HCC composta, em princípio, por 6 internistas (4 no período nocturno), 3 ortopedistas e 4 cirurgiões. Também fazem parte da equipa de urgência mas estão sedeados nos seus próprios serviços: 3 anestesistas, 2 cardiologistas/UTIC, 1 intensivista, 1 neonatologista, 1 médico de Patologia Clínica e 1 nefrologista. Estão, igualmente de serviço 3 especialidades: Imagiologia, Gastrenterologia e Hemat oncologia, encontrando-se de prevenção⁸⁰ 17 valências⁸¹.

A Urgência Obstétrica é assegurada por 2 ginecologistas/obstetras e a pediátrica por 3 pediatras e/ou clínicos gerais.

Todos os utentes⁸² que recorrem à urgência são submetidos a uma primeira triagem por idades: até aos 13 anos são direccionados para a Pediatria e, os restantes, para o sector de adultos. Todos são sujeitos à Triagem de Manchester⁸³.

Os principais indicadores de produção e de produtividade do SU no triénio em análise constam do quadro seguinte (*vide* quadro subsequente):

⁷⁹ Das 16 às 08 horas de 2.ª a 6.ª feira e das 08 às 08 horas aos Sábados, Domingos e Feriados.

⁸⁰ Nesta situação, os médicos deverão estar permanentemente contactáveis devendo apresentar-se no SU num espaço de tempo inferior a 60 minutos.

⁸¹ Oftalmologia, Otorrinolaringologia, Nefrologia, Cirurgia Córdio-Torácica, Cirurgia Plástica, Neurocirurgia, Cirurgia Vascular, Imunohemoterapia, Urologia, Neurologia, Psiquiatria, Cirurgia Pediátrica, Cardiologia Pediátrica, Pneumologia, Neuropediatria, Endocrinologia, Estomatologia

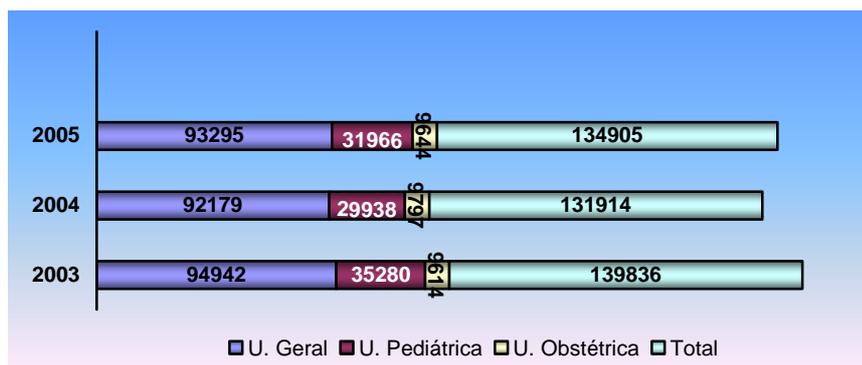
⁸² Exceptuando-se os doentes em emergência, com hemorragias evidentes ou queimados.

⁸³ A Triagem de Manchester foi implementada no mês de Agosto de 2005 e estabelece prioridades de atendimento, com base nas queixas do utente/doente. Perante as respostas ao questionário aplicado, um profissional de saúde determina a prioridade clínica com base numa escala de cinco níveis (cores).

Para cada uma das cinco cores está previsto um tempo máximo de espera: vermelha – atendimento imediato, ou seja, zero minutos; laranja – dez minutos; amarelo – sessenta minutos; verde – cento e vinte minutos; azul – duzentos e quarenta minutos. Com a introdução da Triagem de Manchester foram compiladas as normas de organização e funcionamento do SU num Regulamento Interno.

Indicadores	2003	2004	2005	Δ % 04/03	Δ % 05/04	Δ % 05/03
De capacidade						
N.º médicos	218	225	223	3,2	- 0,9	2,3
De produção						
N.º doentes atendidos na Urgência:						
Geral	94.942	92.179	93.295	- 2,9	1,2	- 1,7
Pediátrica	35.280	29.938	31.966	- 15,1	6,8	- 9,4
Obstétrica	9.614	9.797	9.644	1,9	- 1,6	0,3
Total	139.836	131.914	134.905	- 5,7	2,3	- 3,5
De eficiência/produktividade						
N.º de doentes atendidos por:						
dia	383,11	360,42	369,60	- 5,9	2,5	- 3,5
hora	15,96	15,02	15,40	- 5,9	2,5	- 3,5
médico/ano	641,45	586,28	604,96	- 8,6	3,2	- 5,7
Custos						
Custos directos	n.d.	n.d.	n.d.	-	-	-

a) O n.º de horas refere-se à carga horária média semanal.



Da sua análise retira-se essencialmente que:

- Em 2004, o número de doentes atendidos na urgência decresceu 5,7% relativamente ao ano anterior e, em 2005, cresceu 2,3%;
- Da mesma forma, a média de doentes atendidos por dia e por hora diminuiu, em 2004, 5,9% e, aumentou 2,5%, em 2005;
- Em contrapartida, o número de médicos aumentou 3,2% em 2004. Consequentemente, a média de doentes atendidos por médico/ano registou um decréscimo de 8,6% nesse mesmo ano.

No que respeita ao efeito de produtividade / efeito de recursos⁸⁴, verificou-se que:

- De 2003 para 2004 o efeito de produtividade foi negativo, estando associado a este facto a diminuição verificada no número de doentes atendidos (-7922) e o aumento do número de médicos (+7);

⁸⁴ **Efeito de Produtividade** = (N.º doentes atendidos por médico do ano n – N.º doentes atendidos por médico do ano n-1) x N.º médicos do ano n-1.

Efeito de Recursos = (N.º médicos do ano n – N.º médicos do ano n-1) x N.º doentes atendidos por médico do ano n.



- De 2004 para 2005 houve um ligeiro aumento do efeito de produtividade. Este acréscimo foi motivado tanto pela diminuição dos recursos (o número de médicos passou de 225 para 223), como pelo aumento do número de utentes/doentes atendidos (2991).

Refira-se finalmente que a informação relativa ao número de médicos (e à produtividade) foi rectificad⁸⁵ na sequência do contraditório porque nos dados fornecidos à SRMTC, o SRS, por lapso, incluiu “*os médicos em formação (que não devem ser considerados), assim como os médicos pertencentes aos serviços que fornecem médicos à Urgência e que não a realizam por motivo de idade*”. Quanto a esta matéria, e apesar de se ter anuído na alteração ao quadro, cumpre referir que nos anos em causa (2003 a 2005) os “*médicos em formação*” podiam (e realizavam) actos clínicos, incluindo o diagnóstico e a prescrição medicamentosa na Urgência.

Finalmente alertaram para o facto de no SU “*o efeito produtividade [ser] afectado por uma única variável (procura), atendendo ao facto do tempo de abertura ser máximo (24 horas) e os recursos humanos estarem definidos por regulamento*”.

3.2.2. Consulta externa

A CE do HCF tem 62 gabinetes, mas sofre de fortes constrangimentos de espaço físico e de uma deterioração da sua estrutura, uma vez que o HCC (onde se realiza a maioria das consultas) projectado nos anos 50, só foi inaugurado em 1973.

A gestão administrativa da CE é assegurada pelo Serviço de Apoio a Doentes que assegura, entre outras, a marcação, cancelamento e remarcação de consultas (quer as primeiras quer as subsequentes), a gestão trimestral das vagas administrativas e a depuração das listas de espera.

Em Dezembro de 1999, com o intuito de introduzir melhorias no acesso à CE pelos centros de saúde (e pelos dadores de sangue), o HCF criou um sistema de quotas (atribuição de um número fixo de consultas, nalgumas valências, a alguns centros de saúde) para abranger as especialidades⁸⁶ onde a procura era maior que a oferta.

Actualmente mantém-se o sistema de marcação em bloco, não sendo feito qualquer tipo de monitorização dos tempos de espera dos utentes/doentes. No entanto, a CE está tentar implementar os critérios da “Norma 54” do manual do “The Health Quality Service” (HQS), no âmbito do processo de acreditação do HCF pelo King’s Fund, de entre os quais se destaca a marcação de consulta individualizada para utentes/doentes e a monitorização dos tempos de espera: da primeira consulta do doente e desde a hora de chegada até à observação por um médico.

No quadro seguinte destacam-se os indicadores de produção e de produtividade da CE nos últimos três anos.

⁸⁵ Situação indicada no quadro realizado com os dados inicialmente remetidos pelo SADE:

Indicadores	2003	2004	2005	Δ % 04/03	Δ % 05/04	Δ % 05/03
N.º médicos	213	272	270	27,7	- 0,7	26,8
N.º de doentes atendidos por:médico/ano	656,51	484,98	499,65	- 26,1	3,0	-23,9

⁸⁶ Especificamente: Alergologia (adultos e infantil), Dermatologia, Doenças Infecciosas, Endocrinologia, Imuno-Alergologia, Ginecologia – Menopausa, Reumatologia e Urologia.

Indicadores	2003	2004	2005	Δ % 04/03	Δ % 05/04	Δ % 05/03
De capacidade						
N.º gabinetes de consulta do HCF	56	62	62	10,7	0,0	10,7
N.º médicos	224	230	230	2,7	0,0	2,7
De produção						
N.º total de consultas:						
programadas	172.908	175.759	178.833	1,6	1,7	3,4
reprogramadas	15.877	15.999	16.253	0,8	1,6	2,4
realizadas	164.050	165.921	168.694	1,1	1,7	2,8
canceladas	8.858	9.838	10.139	11,1	3,1	14,5
N.º primeiras consultas:						
programadas	46.421	44.110	44.699	-5,0	1,3	-3,7
reprogramadas	5.718	5.889	5.915	3,0	0,4	3,4
realizadas	43.886	41.443	41.868	-5,6	1,0	-4,6
canceladas	2.535	2.667	2.831	5,2	6,1	11,7
N.º consultas realizadas entre as:						
8h-14h	141.591	141.362	145.625	-0,2	3,0	2,8
14h-18h	22.459	24.559	23.069	9,35	-6,1	2,7
De eficiência/produktividade						
N.º consultas por:						
gabinete/semana	56,3	51,5	52,3	-8,5	1,6	-7,1
médico/ano	732,37	721,4	733,45	-1,5	1,7	0,1
dia útil (250 dias)	656,20	663,68	674,78	1,1	1,7	2,8
hora	69,1	69,9	71,0	1,2	1,6	2,7
Outros						
Rentabilização (% do realizado/programado) das:						
consultas totais	94,9%	94,4%	94,3%	-0,5	-0,1	-0,6
primeiras consultas	94,5%	94,0%	93,7%	-0,5	-0,3	-0,8
consultas subsequentes	95,0%	94,6%	94,6%	-0,4	0,0	-0,4
Lista de espera*:						
N.º total de doentes em lista	2.843	3.012	2.819	5,9	-6,4	-0,8
% no total da produção	-	1,8%	1,7%	-	-5,6	-
Tempo de espera em lista:						
Média	270,6	326,4	380,8	20,6	16,7	40,7
Desvio padrão	169,8	206,3	191,2	21,5	-7,3	12,6
Mínimo	7	11	11	57,1	0,0	57,1
Máximo	1.276	1.276	824	0,0	-35,4	-35,4
Peso das 1.ªs consultas no total das consultas	26,8%	25,0%	24,8%	-6,7	-0,8	-7,5
Custos						
Custos directos	n.d.	n.d.	n.d.	-	-	-

* Os dados relativos à lista de espera de 2003 são referentes a 1 de Junho.

Dos dados relativos à consulta externa destacam-se os seguintes aspectos:

- Durante o período em análise, observou-se um ligeiro aumento na produção de consultas realizadas (acréscimos de 1,1%, entre 2003 e 2004 e de 1,7%, entre 2004 e 2005), que se traduziu na realização, em 2005, de 168.694 consultas. No entanto, só em 2004 é que esse aumento está associado a um reforço do número de gabinetes e de médicos disponíveis.



Contudo, esse ligeiro acréscimo na produção ficou sempre abaixo dos valores programados, os quais registaram níveis de reprogramação⁸⁷ ou de cancelamento⁸⁸ de consultas na ordem dos 9% e dos 5% a 6%, respectivamente. No caso dos cancelamentos, tal correspondeu a progressões anuais com algum significado – na ordem dos 11%, em 2004, e dos 3% em 2005.

Não obstante, é possível observar um aumento consistente do número de consultas realizadas, o que se traduziu num crescimento acumulado de 2,8%;

Já relativamente à distribuição das consultas por períodos horários, entre 2003 e 2005 pouco ou nada se alterou, mantendo-se a estrutura inicial de cerca de 86,3% das consultas se realizarem no período compreendido entre as 8H e as 14H; o que está em contradição com as intenções do CA, expressas nos planos de actividades.

- Relativamente aos doentes inscritos nas listas de espera, um dos principais indicadores da qualidade dos serviços prestados (cuja análise mais desenvolvida apresentamos em ponto autónomo do presente documento), a sua evolução global no período foi, aparentemente, no sentido de uma melhoria da situação.

De facto, entre 1 de Junho de 2003 e 2005, houve uma diminuição de inscritos, de 2.843 para 2.819, a que correspondeu a uma descida de 0,8%. Embora com oscilações no período – um acréscimo, de 5,9%, em 2004, e uma diminuição em 2005, de 6,4%. O tempo médio de espera evoluiu desfavoravelmente, sofrendo um agravamento acumulado de cerca de 31%.

Já o tempo médio de espera evoluiu desfavoravelmente, sofrendo um agravamento acumulado de cerca de 41%, ainda que o tempo máximo de espera tenha decaído em 35,4%.

Porém, neste período 8 especialidades passaram de uma gestão administrativa para uma gestão clínica das listas, o que motivou a interrupção do fornecimento de dados ao SADE sobre o número de inscritos em lista de espera nessas especialidades, sendo que algumas delas, como, por exemplo, a Oftalmologia e a Ortopedia, tinham um número expressivo de utentes em lista. Daí que a diminuição não reflecta toda a realidade, mas tão somente uma redução do universo das especialidades abrangidas pela estatística hospitalar.

Em conformidade com o planeamento delineado, deu-se atenção aos detalhes do movimento assistencial da consulta externa, tendo por base quatro das suas especialidades: a Dermatologia, a Oftalmologia, a Ortopedia e a Urologia. Tratando-se de especialidades que reflectem a diversidade e a natureza distintiva do conjunto de valências do HCF, poder-se-á assim obter uma noção mais precisa dos vários andamentos existentes na assistência prestada.

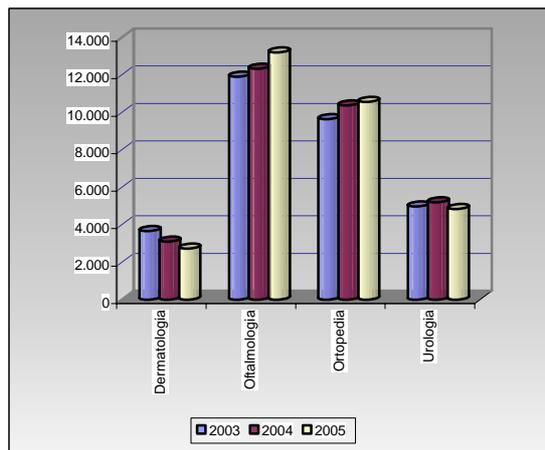
Com esse intuito foi desenvolvido um quadro de indicadores (um por cada uma das especialidades seleccionadas), que se apresenta no Anexo III, limitando-nos aqui a realçar os aspectos considerados mais importantes.

⁸⁷ A reprogramação significa alterações nas consultas motivadas por causas internas ao serviço (como, ocorrência de seminários, formação, deslocações de serviço ou outras necessidades internas), que interferem com as datas inicialmente previstas para a sua realização, mas que não a anulam.

⁸⁸ O cancelamento de consultas resulta única e exclusivamente de factores externos ao serviço, relacionados com a impossibilidade do utente em comparecer na data marcada para a sua consulta, o que se traduz em perda de produção.

Os níveis de produção, por serviço, são muito diferenciados, estando o volume de consultas realizadas fortemente relacionado com o número de médicos afectos, não obstante a influência de outros factores, como por exemplo a natureza do tratamento/diagnóstico inerente a cada valência e o número de horas disponibilizadas para a consulta.

CONSULTAS REALIZADAS



Em 2005, entre as especialidades retratadas, os maiores volumes de produção ocorreram na Oftalmologia e na Ortopedia, com, respectivamente, 13.205 (9 médicos) e 10.566 (13 médicos) consultas realizadas.

A Dermatologia foi a que apresentou a produção mais baixa – 2.719 consultas (com 3 médicos) – apresentando-se Urologia num patamar intermédio, com 4.831 consultas, para 6 médicos.

Procedendo à leitura da produção ao longo triénio destacam-se os seguintes aspectos:

EVOLUÇÃO DAS CONSULTAS REALIZADAS

Valências	04/03	05/04	03/05
Dermatologia	-15,4	-12,2	-25,7
Oftalmologia	3,6	7,1	11,0
Ortopedia	7,7	1,8	9,7
Urologia	4,3	-6,9	-2,9

As baixas sucessivas verificadas na Dermatologia significaram uma quebra acumulada próxima dos 26% (menos 941 consultas), embora a redução verificada em 2005 esteja relacionada com a perda de um médico.

A descida verificada em 2005 na Urologia – uma baixa de 6,9%, ou menos 450 consultas – sem alteração do número dos médicos.

Nas restantes especialidades, a produção cresceu ao longo do período, com progressos em Oftalmologia e com redução, no último ano, na taxa de crescimento da Ortopedia. Isto significou, em termos de aumentos acumulados, mais 1.561 e 1.081 consultas, respectivamente, ou crescimentos na ordem dos 11% e 10%.



Tribunal de Contas
Secção Regional da Madeira

PROPORÇÃO DAS CONSULTAS PROGRAMADAS E NÃO
REALIZADAS

Valências	2003	2004	2005
Dermatologia	12,27%	15,73%	13,08%
Oftalmologia	8,35%	7,69%	9,20%
Ortopedia	2,49%	3,68%	3,60%
Urologia	3,94%	7,19%	6,01%
Geral HCF	5,12%	5,60%	5,67%

Ainda assim, observa-se que mesmo na Oftalmologia, onde se verificaram as maiores taxas de crescimento da produção, a realização ficou abaixo dos valores programados, estando a proporção da diferença entre o realizado e o programado (ver quadro ao lado), acima da média geral verificada no HCF – oscilando entre os 8,35%, em 2003, e os 9,2%, no último ano.

O serviço de Ortopedia é o que apresenta a melhor relação programado/realizado. No extremo oposto situa-se a Dermatologia com diferenças entre o programado e o realizado bem acima da média, com proporções de consultas programadas e não realizadas que variam entre os 12,3% e os 15,7%, e que deveriam justificar a introdução de medidas correctivas.

Mas a melhor forma de analisar o desempenho dos serviços é através dos seus indicadores de eficiência/produktividade. Convém, no entanto, ter em atenção que as especialidades têm características intrínsecas próprias que não aconselham a comparações directas entre elas. Já a sua progressão ao longo do período é bem mais fiável.

INDICADORES DE PRODUTIVIDADE DAS CONSULTAS
REALIZADAS EM 2005 POR

Valências	Gab/ Semana	Médico/ Ano	Dia útil (250 dias)	Hora
Geral HCF	52,3	733,5	n.d.	n.d.
Dermatologia	26,1	906,3	10,9	1,1
Oftalmologia	50,8	1.467,2	52,2	5,6
Ortopedia	50,8	812,8	42,3	4,4
Urologia	31,0	805,2	19,3	2

Nota: O SADE não calculou a média horária de consultas com base na carga horária efectiva de cada especialidade, mas sim com base numa média de consulta de 9h30m por dia.

Embora o valor absoluto dos índices de consultas por dia útil e por hora não seja significativo, visto o seu valor depender da dimensão do serviço, já os outros indicadores fornecem uma informação relevante, dado levarem em linha de conta o número de médicos e de gabinetes afectos a cada serviço.

Assim, em 2005, das quatro especialidades em referência é o serviço de Urologia que evidencia a mais baixa produtividade, com um número de consultas por médico/ano de 805,2 (ainda que acima da média geral do HCF).

No que respeita ao número de consultas por gabinete/semana, a Dermatologia é aquela que apresenta o índice mais baixo (26,1), logo seguida da Urologia (31,0).

Todas as especialidades observadas apresentam, por um lado, um índice de consulta/médico acima da média geral, e por outro, na relação consulta por gabinete/semana estão abaixo da média geral.

VARIACÃO DOS INDICADORES NO TRIÉNIO

Valências	Gab/ Semana	Médico/ Ano	Dia útil (250 dias)	Hora
Geral HCF				
04/03	-8,6	-1,5	-	-
05/04	1,7	1,7	-	-
Dermatologia				
04/03	-15,4	-15,4	-15,4	-15,4
05/04	-12,2	17,1	-12,2	-12,2
Oftalmologia				
04/03	3,6	-7,9	3,6	3,6
05/04	-14,3	7,2	7,2	7,2
Ortopedia				
04/03	7,7	7,7	7,7	7,7
05/04	1,8	-6,0	1,8	1,8
Urologia				
04/03	4,3	4,3	4,3	4,3
05/04	-6,9	-6,9	-6,9	-6,9

Na evolução dos indicadores, a Urologia revelou um comportamento irregular entre 2004 e 2005. Enquanto no 1.º ano registou-se uma melhoria na relação consultas por médico/ano e gabinete/semana; em 2005, piorou em ambos os índices, sem que se tivessem verificado alterações no número de médicos e gabinetes e em contra ciclo com a média geral do HCF.

Com excepção do número de consultas por médico em 2005, o serviço de Dermatologia evidenciou uma deterioração dos indicadores desde 2003, com quebras de 15,4% e 12,2% em 2004 e 2005, respectivamente.

Todavia, em 2005, esse comportamento foi fortemente influenciado pela redução de um médico numa equipa de pequena dimensão. Aliás, esse facto foi determinante na forte subida registada (a maior entre as especialidades analisadas), em 2005, na evolução do número de consultas por médico.

Com o melhor desempenho absoluto, em 2005, aparece a Oftalmologia que apresentou o maior número consultas por médico/ano (1.467,2) e por gabinete/semana (50,8), seguida de perto pela Ortopedia.

Em termos anuais, a Oftalmologia regista a segunda melhor progressão de 2005 (+7,2%) na relação consultas por médico/ano, embora não acompanhada por uma melhoria na evolução do número de consultas por gabinete/semana (-14,3%) devido à afectação de um novo gabinete à especialidade. Aliás, já em 2004, o serviço registou uma quebra no índice consultas por médico/ano, derivada, em parte, pela entrada de mais 1 médico na equipa.

A Ortopedia, para além de deter uma menor produção/médico, registou uma baixa (em 2005) naquele indicador de 6%, apesar de estar associada, em parte, à entrada de um novo membro na equipa. Relativamente ao segundo indicador (consultas por gabinete/semana) verificou-se um crescimento sustentado no período, embora maior em 2004 (7,7%) que em 2005 (1,8%).

3.2.3. Cirurgia

A actividade cirúrgica está centralizada no HCC e abrange quatro modalidades: grande, média, pequena e de ambulatório. As duas primeiras são realizadas no BO⁸⁹, as pequenas nas salas de pequena cirurgia (uma situada no SU e a outra na CE) e as de ambulatório na única sala de cirurgia existente para esse fim.

⁸⁹ Constituído por sete salas operatórias, estando uma sempre reservada e disponível para as cirurgias urgentes.



Tribunal de Contas
Secção Regional da Madeira

Na área da Cirurgia os indicadores de produtividade, elaborados com base na informação disponível na aplicação informática existente no BO⁹⁰, evoluíram ao longo do biénio da seguinte forma:

Indicadores ⁹¹	2004	2005	Δ % 05/04
De capacidade			
N.º salas do BO	7	7	0,0
N.º cirurgias	88	87	- 1,1
De produção			
N.º cirurgias			
programadas	5.186	5.131	-1,1
programadas realizadas	4.552	4.381	-3,8
programadas canceladas	634	750	18,3
urgentes	2.202	2.424	10,1
pequena cirurgia programada	1.676	1.568	-6,4
urgente	4.451	4.600	3,3
de ambulatório ⁹²	655 a)	1.084	-
Taxa de execução das cirurgias programadas	87,8%	85,4%	-2,4%
N.º cirurgias programadas realizadas entre as: b)			
8h-14h	3.305	3.122	-5,5
14h-20h	1.177	1.188	0,9
20h-8h	7	13	85,7
N.º cirurgias urgentes realizadas entre as: b)			
8h-14h	459	616	34,2
14h-20h	750	856	14,1
20h-8h	971	945	-2,7
De eficiência/produtividade			
N.º cirurgias			
por sala/ano	759	730	-3,8
por sala/mês	63	61	-3,2
por médico	77	78	1,3
programadas por dia útil ⁹³	19	18	-5,3
urgentes por dia	6	7	16,7
Custos			
Custos directos	n.d.	n.d.	-

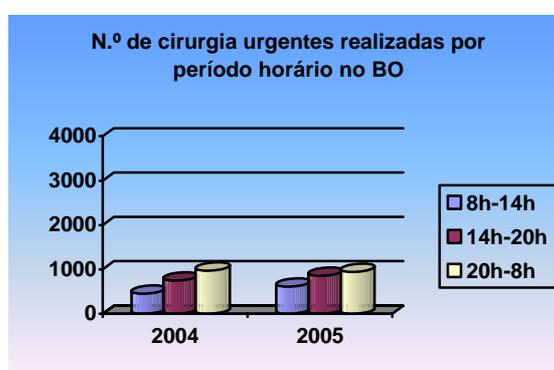
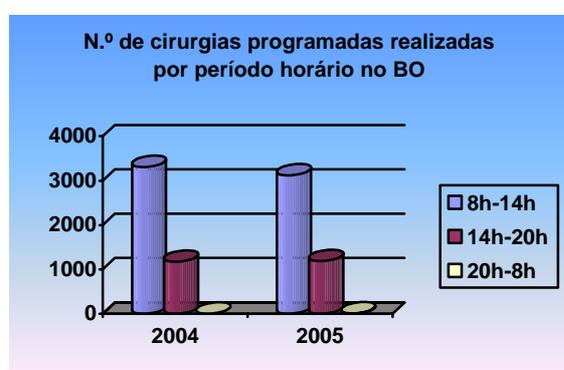
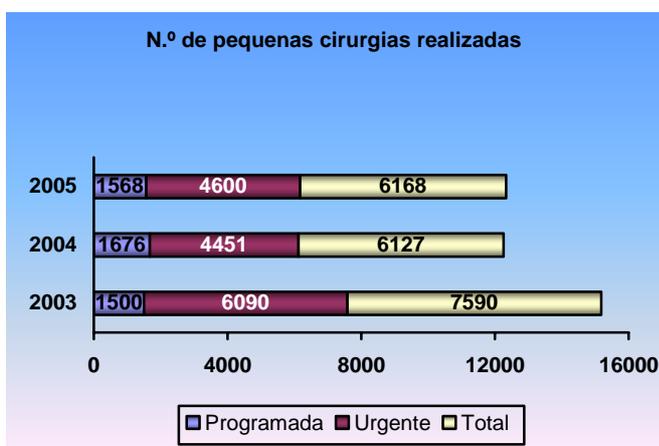
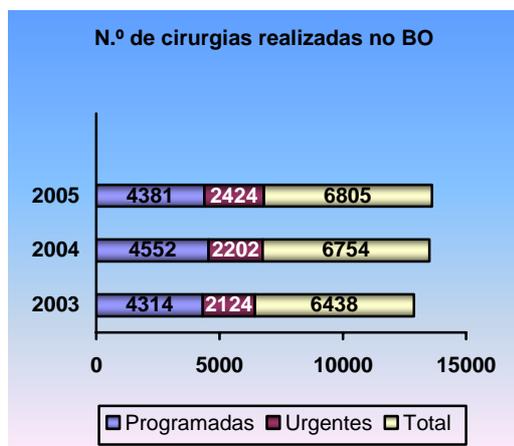
a) Em 2004, só se começaram a realizar cirurgias em ambulatório a partir do mês de Maio; b) Algumas cirurgias não têm hora de início, pelo que não são contabilizadas.

⁹⁰ Existem discrepâncias entre os dados do movimento assistencial do HCF indicados no relatório anual de 2004 e os indicados neste relatório porque a informação disponibilizada ao TC foi recolhida directamente da aplicação informática existente no BO (cuja informação é facultada pelos médicos anestesistas), enquanto que os dados do movimento assistencial, que constam dos relatórios anuais, foram obtidos junto dos directores de serviço.

⁹¹ Informação recolhida da aplicação informática existente no BO. Os dados são por doente intervencionado.

⁹² Contém os dados das cirurgias às cataratas contratualizadas: 225 em 2004 e 419 em 2005.

⁹³ Neste indicador, o SADE considerou como dias úteis: 246 dias em 2004 e 244 em 2005.



Da análise do quadro e gráficos anteriores, conclui-se que:

- Em 2003, a maioria dos indicadores da produção cirúrgica não eram tratados pelo HCF, encontrando-se, nalguns casos, a informação apresentada incompleta;
- No HCF foram feitas mais pequenas cirurgias do que as intervenções cirúrgicas realizadas no BO;
- De 2004 para 2005 o número de cirurgias programadas e o das realizadas registou uma redução de 1,1% e de 3,8%, respectivamente;
- A taxa de execução das cirurgias programadas deteriorou-se no período tendo passado de 87,8%, em 2004, para 85,4%, em 2005 (-2,4%);
- Em 2004, enquanto 77% das cirurgias programadas foram realizadas no período das 8 às 14 horas, o maior número (34%) das intervenções cirúrgicas urgentes foram efectuadas no período das 20 às 8 horas.

O mesmo se verifica em 2005, em que 35% das cirurgias urgentes foram realizadas das 20 às 8 horas e 71% das programadas no período das 8 às 14 horas;

- Em 2005, o número de cirurgias realizadas por dia útil decresceu, em consequência da diminuição verificada no número total de cirurgias realizadas, tendo, contudo, o número de cirurgias de ambulatório e urgentes registado um acréscimo.



Tribunal de Contas
Secção Regional da Madeira

O número de cirurgias realizadas por médico evidenciou uma evolução pouco significativa (de 77 cirurgias por médico em 2004 para 78 em 2005), e a percentagem de cirurgias canceladas sobre as programadas atingiu 15%.

No contraditório, os responsáveis do SRS deram ênfase às reservas sobre a qualidade dos dados fornecidos pelo SADE, em especial no que respeita ao ano de 2003 e à taxa de execução das cirurgias programadas, não obstante as melhorias que foram sendo implementadas.

Cirurgia Geral

A especialidade de Cirurgia Geral no HCF encontra-se distribuída por três serviços (Cirurgia I, II e III), contando cada um deles com pessoal médico, de enfermagem e um Director de Serviço.

Do exame feito aos indicadores que constam dos quadros do Anexo III, verificou-se que no biénio:

- O serviço de Cirurgia I realizou um maior número de cirurgias programadas e de pequenas cirurgias (no global), enquanto que a Cirurgia III realizou o maior volume de intervenções cirúrgicas urgentes;
- No entanto, a Cirurgia II realizou mais cirurgias por médico, pelo facto de ser o serviço de Cirurgia Geral que tem o menor número de médicos (6);
- Nos três serviços, o número de intervenções cirúrgicas programadas por dia útil e o de urgentes por dia manteve-se;
- A maior percentagem de cirurgias canceladas sobre as programadas verifica-se no serviço da Cirurgia II com 25%, seguindo-se o da Cirurgia I com 19% e a Cirurgia III com 18%.

Em seguida, procedemos à análise dos três serviços da especialidade Cirurgia Geral em cada um dos anos, apenas destacando os indicadores considerados mais relevantes.

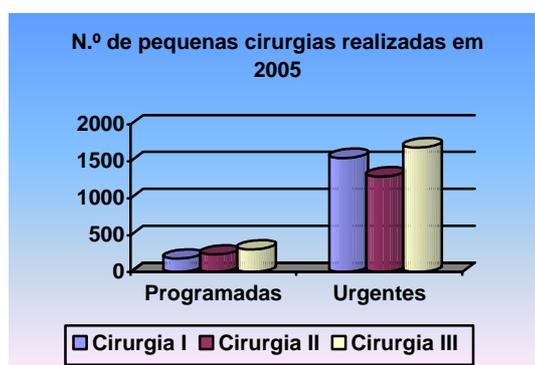
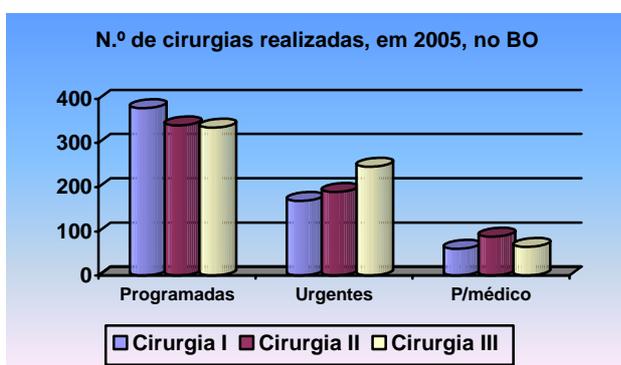
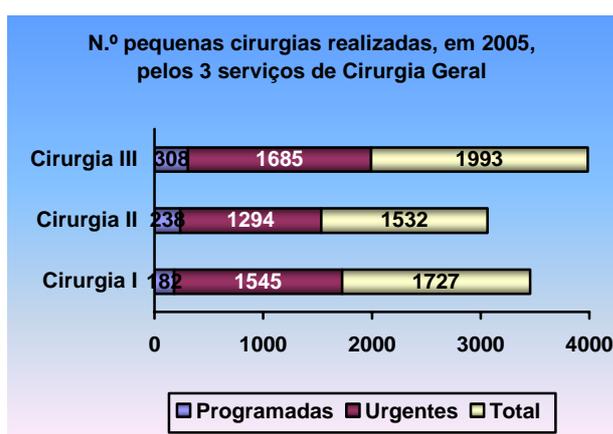
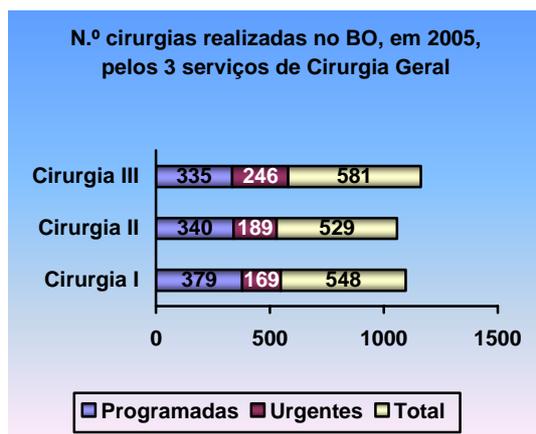
Indicadores de 2004	Cirurgia I	Cirurgia II	Cirurgia III
De capacidade			
N.º cirurgiões	10	6	8
De produção			
N.º cirurgias			
programadas realizadas	284	418	293
urgentes	158	144	257
pequena cirurgia programada	159	221	269
urgente	1.868	1.028	1.513
N.º cirurgias programadas realizadas entre as:			
a) 8h-14h	298	295	239
14h-20h	83	117	53
20h-8h	0	1	1
N.º cirurgias urgentes realizadas entre as:			
a) 8h-14h	29	26	61
14h-20h	50	48	80

Indicadores de 2004	Cirurgia I	Cirurgia II	Cirurgia III
20h-8h	78	59	113
De eficiência/produktividade			
N.º cirurgias			
por médico	61	94	69
programadas por dia útil	4	4	3
urgentes por dia	1	2	2

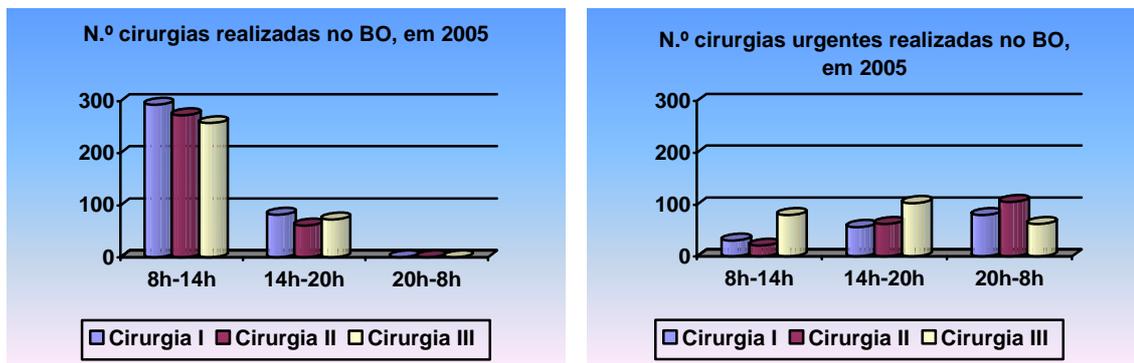
a) Algumas cirurgias não têm hora de início, pelo que não são contabilizadas.

Observados os indicadores de 2004 do quadro anterior, verifica-se que, relativamente aos índices de eficiência, a Cirurgia II foi o serviço mais produtivo, realizando o maior número de cirurgias por médico, o de programadas por dia útil e o de urgentes por dia. Todavia, a Cirurgia I consegue-a igualar nas cirurgias programadas por dia útil, assim como a Cirurgia III nas intervenções cirúrgicas urgentes por dia.

Quanto à produção, a Cirurgia II foi a que registou o maior volume de cirurgias programadas. No entanto, a Cirurgia I obteve o melhor resultado na pequena cirurgia, enquanto que a III realizou mais cirurgias urgentes.



Examinados os gráficos, constata-se que a Cirurgia II tem maior produtividade por médico, apesar de a Cirurgia I realizar um maior número de intervenções cirúrgicas programadas e a Cirurgia III de urgentes. No entanto, a Cirurgia III é o serviço que faz mais cirurgias no BO e na pequena cirurgia, nesta última tanto programadas como urgentes.



Observados os gráficos, verificou-se que nos três serviços o maior volume de cirurgias programadas foi efectuado no período diurno das 8 às 14 horas, enquanto que o das urgentes foi no nocturno entre as 20 e as 8 horas, exceptuando-se neste último caso a Cirurgia III, que realizou o maior número de cirurgias urgentes entre as 14 e as 20 horas.

A. Oftalmologia

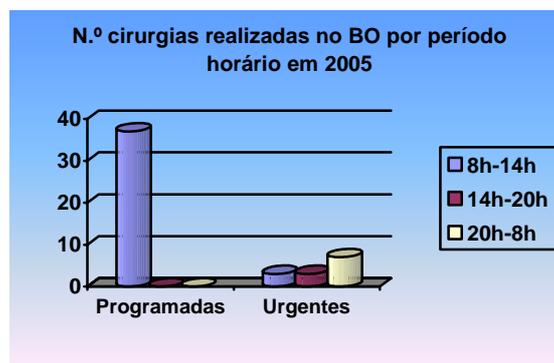
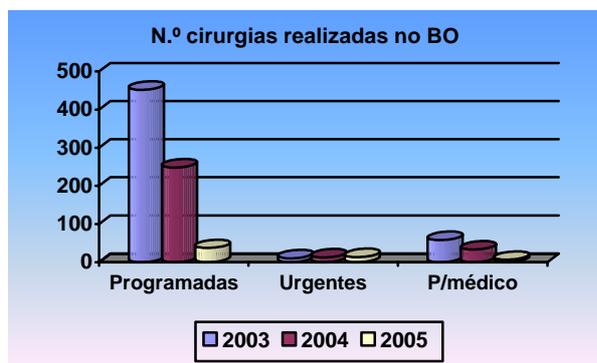
Da análise efectuada aos indicadores do serviço de Oftalmologia, constantes no Anexo III, constata-se que:

- O número de oftalmologistas aumentou de 8 para 9, de 2004 para 2005;
- O número de cirurgias por dia útil e o das cirurgias canceladas teve um decréscimo ao longo do biénio de 17% e de 35%, respectivamente;
- Em 2005, as cirurgias canceladas representavam 29% das programadas;
- A cirurgia de ambulatório iniciou-se em Maio de 2004, ao abrigo do programa de combate à lista de espera dos tratamentos cirúrgicos às cataratas (*vide* ponto 3.4.3.2.), tendo registado um acréscimo no número de cirurgias realizadas de 65% em 2005, relativamente a 2004.
- De 2004 para 2005, o número médio de cirurgias realizadas no BO⁹⁴ por dia (1) manteve-se estável.

O Director do Serviço de Oftalmologia contestou, em sede de contraditório, a percentagem de cirurgias canceladas (29%) assegurando que esse número era “*inferior a 10%*”. No entanto, após verificação dos dados⁹⁵ facultados pelo SADE, confirmam-se os resultados apresentados.

⁹⁴ No bloco operatório central são realizadas as intervenções cirúrgicas urgentes e as cirurgias de estrabismo e pediátricas.

⁹⁵ N.º cirurgias do BO em 2005: 15 (canceladas) / 52 (programadas) * 100 = 28,85.



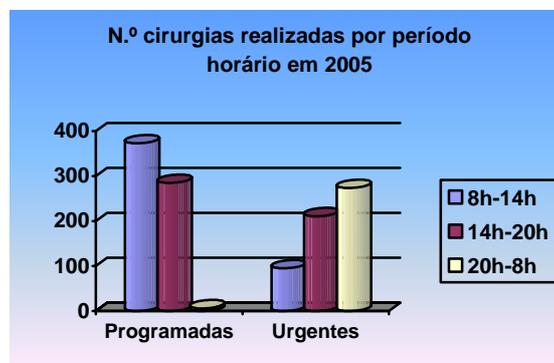
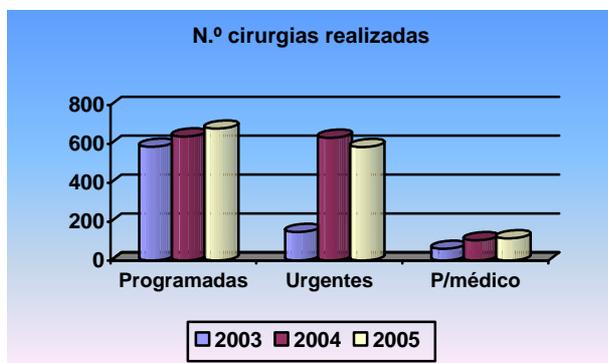
Da observação dos gráficos antecedentes, verifica-se que:

- O número total de cirurgias realizadas e o de cirurgias por médico decresceram significativamente de 2004 para 2005 (de 248 para 37), em parte pelo facto das cirurgias às cataratas terem passado, em Maio de 2004, a ser efectuadas em ambulatório e não no BO;
- O maior volume de intervenções cirúrgicas realizou-se durante o dia entre as 8 e as 14 horas e o de cirurgias urgentes no período nocturno entre as 20 e as 8 horas.

B. Ortopedia

Do exame feito ao Anexo III, onde constam os indicadores de produção do serviço de Ortopedia, observa-se que:

- O número de ortopedistas diminuiu de 12 para 11, de 2004 para 2005;
- As cirurgias canceladas aumentaram ao longo do biénio (de 158 , em 2004, para 190, em 2005), representando 22% das programadas;
- O número de cirurgias realizadas por dia útil manteve-se estável (4) entre 2004 e 2005, mas já o número de cirurgias urgentes efectuadas por dia aumentou de 2 em 2004, para 3 em 2005.



Como podemos observar nos gráficos anteriores, verificou-se que:



- As cirurgias programadas e as por médico aumentaram durante o biénio (de 637 para 678, no primeiro caso e de 106 para 115, no segundo), registando as urgentes uma ligeira diminuição (7,5%) em 2005;
- O maior número de intervenções urgentes realizou-se durante a noite entre as 20 e as 8 horas, enquanto a maioria das cirurgias programadas foi efectuada no período diurno entre as 8 horas e as 14 horas.

3.2.4. Internamento

O HCF dispõe de uma lotação de 751 camas (537 no HCC e 214 no HM) que estão a cargo de uma equipa constituída por 186 médicos (em 2005), distribuídos por 30 serviços / unidades, (mais uma Unidade de Domicílio Virtual à qual são afectados os utentes com alta clínica).

Os utentes/doentes no internamento do HCF provêm, maioritariamente, da CE e da Urgência, (em 2005, cerca de 49,4% do fluxo de entrada dos doentes veio do SU e 48,9% da CE).

Os indicadores de produção e de produtividade do internamento⁹⁶, que foram considerados mais representativos, encontram-se expostos no quadro seguinte:

Indicadores	2003	2004	2005	Δ % 04/03	Δ % 05/04	Δ % 05/03
De capacidade						
Lotação praticada	756	754	751	-0,3	-0,4	-0,7
N.º médicos	186	190	186	2,2	-2,1	0,0
De produção						
N.º doentes						
entrados	24.064	23.170	23.022	-3,7	-0,6	-4,3
saídos	24.053	23.133	23.085	-3,8	-0,2	-4,0
tratados	24.455	23.572	23.461	-3,6	-0,5	-4,1
N.º dias de internamento: dos doentes saídos	168.576	178.142	181.535	5,67	1,9	7,7
Proveniência do internamento (%):						
Urgência	14.793	13.742	13.976	-7,10	1,70	-5,5
Consulta externa	7.624	7.938	7.447	4,12	-6,19	-2,3
Outras	1.647	1.490	1.599	-9,53	7,32	-2,9
De produtividade						
Frequência hospitalar = doentes saídos x 1000/População	98,17	94,42	94,22	-3,8	-0,2	-4,0
Taxa de ocupação das camas (%)	61,09	64,55	66,23	5,7	2,6	8,4
Demora média (dias) de internamento	7,01	7,70	7,86	9,8	2,1	12,1
N.º doentes saídos por:						
médico/ano	129,3	121,8	124,1	-5,8	1,9	-4,0
cama	31,8	30,7	30,7	-3,5	0,0	-3,5
Outros						
% de reinternamentos não programados (até 7 dias)	-	7,41%	7,97%	-	7,6	-
% de óbitos	5,57%	5,65%	5,89%	1,4	4,2	5,7
Custos						
Custos directos	n.d.	n.d.	n.d.	-	-	-

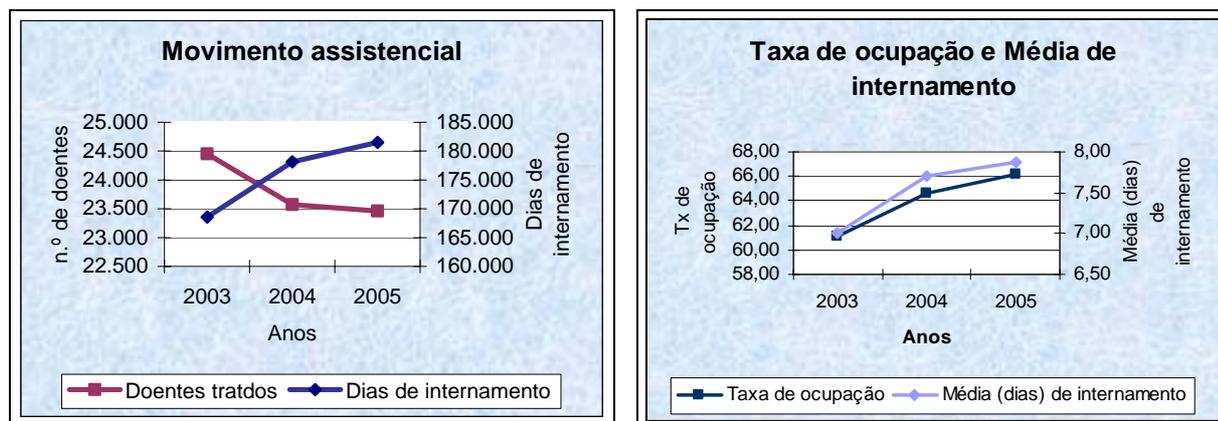
⁹⁶ Não inclui as altas problemáticas que estão afectas ao Domicílio Virtual.

Com uma frequência hospitalar, em 2005, na ordem dos 94,2 doentes saídos por mil habitantes, e com 23.461 doentes tratados, o internamento tem vindo a registar, no período em análise, um ligeiro decréscimo na sua produção, o qual representou, em termos acumulados, uma variação de -4,1% - mais acentuada em 2004 (-3,6%), do que em 2005 (-0,5%).

No entanto, esse decréscimo não foi acompanhado por uma evolução de igual sentido dos dias de internamento. De acordo com os dados do movimento assistencial, o n.º de dias de internamento por doente saído sofreu, entre 2003 e 2005, um acréscimo de 7,7%, embora não uniforme ao longo do período. Com efeito, o aumento observado de 2003 para 2004, de 5,7%, foi quase três vezes superior ao do último ano, que se ficou pelos 1,9%.

Em consonância com esse acréscimo, verificaram-se subidas na taxa de ocupação das camas e na demora média do internamento. No primeiro dos índices, o valor registado em 2005 foi de 66,2%, (que resultou de subidas de 5,7%, em 2004, e de 2,6%, em 2005). Quanto à demora média, a sua progressão foi de 9,8%, no primeiro ano, e de 2,1%, no segundo, o que representou um acréscimo acumulado de 12,1%. Em 2005, a média de dias de internamento, por doente saído, foi de 7,9.

Tudo o que atrás foi dito, encontra-se sintetizado nos gráficos seguintes.



Recorde-se (*vide* Ponto 3.1.2.) que havia uma intenção da administração, expressa no plano de actividades, de manter a demora média ao nível da registada em 2003 (7 dias), o que não foi conseguido.

Os outros indicadores de produtividade, seja o número de doentes saídos por médico/ano ou por cama, registaram, considerando o movimento acumulado entre 2003 e 2005, uma quebra de -4,0% e de -3,49%, respectivamente.

Já quanto aos indicadores que podem reflectir a qualidade da assistência prestada, observamos evoluções negativas nos seus valores, ainda que no caso dos reinternamentos não programados (até 7 dias) o serviço não dispusesse dos dados relativos a 2003.

Antes de se proceder a qualquer leitura, convém ter presente que os valores expressos não têm um valor padrão de referência, nem a produção se encontra ponderada pelo ICM correspondente. O mesmo se aplica quando se procede à análise nas especialidades.

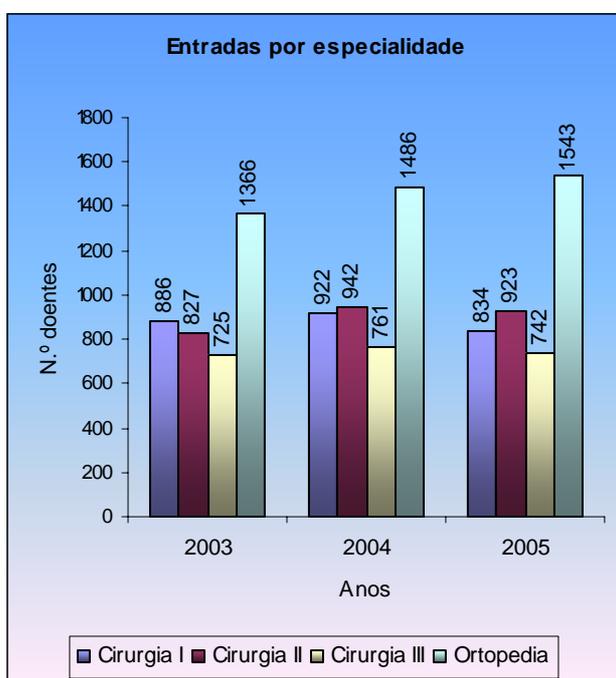


Tribunal de Contas
Secção Regional da Madeira

Assim:

- Os óbitos ocorridos em 2005 estavam a um nível correspondente a 5,9% dos doentes tratados no internamento, numa linha de crescimento persistente – 1,5% em 2004 e 4,3% em 2005.
- A taxa de reinternamento representava, em 2005, 8,0% dos doentes entrados, numa progressão, relativamente ao ano anterior, de 7,7%.

Observados os indicadores que constam do Anexo III, dos quais apenas serão destacados os aspectos considerados mais importantes, vejamos então o movimento do internamento na Cirurgia Geral (Cirurgias I, II, e III) e na Ortopedia.



No que respeita aos doentes tratados, verificou-se na Cirurgia Geral, em termos acumulados, um aumento de: 11,6% na Cirurgia II e de 2,3% na Cirurgia III e de uma quebra de 5,9% na Cirurgia I; na Ortopedia, uma subida de 13,0%. Observando a evolução por ano:

- Todos os serviços de Cirurgia Geral, obtiveram subidas em 2004 e quebras em 2005;
- A Ortopedia, registou aumentos consistentes, ao longo do triénio, com uma taxa maior no primeiro ano – 8,8%, em 2004, e 3,8%, em 2005.

Também é de destacar o facto de, em termos absolutos, as Cirurgias I e II terem trocado as posições relativas que detinham no início do período. De facto, a posição de maior produção detida pela Cirurgia I em 2003 (886 entradas, contra 827 da Cirurgia II), foi invertida em 2004, tendo a Cirurgia II reforçado ainda mais esse ganho de posição durante o ano de 2005 (923, contra 834 da Cirurgia I).

Se procedermos à leitura anterior ajustada à capacidade instalada (designadamente, o n.º de médicos, que varia por especialidade), obtemos os seguintes resultados:

N.º DOENTES SAÍDOS POR MÉDICO/ANO

Valências	2003	2004	2005	04/03%	05/04%
Cirurgia I	97,0	90,0	91,8	-7,2	2,0
Cirurgia II	136,0	153,8	150,8	13,1	-2,0
Cirurgia III	79,6	93,1	81,2	17,1	-12,8
Ortopedia	109,3	120,4	137,0	10,2	4,3
Geral HCF	129,3	121,8	124,1	-5,9	1,9

Em 2005, entre os três serviços de Cirurgia Geral, a melhor relação obtida foi a da Cirurgia II; aliás, foi sempre assim ao longo do período. É também a especialidade com menor n.º de médicos (em 2005, totalizava 6 médicos, contra os 9 da I e da III).

De resto, a evolução registada neste índice foi semelhante à da produção, excepto no caso da Cirurgia I onde se deu o inverso: o índice desceu em 2004, para voltar a subir em 2005.

Quanto à Ortopedia, manteve quer a mesma tendência já registada na produção, quer a sua ordem de grandeza.

Vamos agora analisar os índices de produtividade relacionados com a demora média e a taxa de ocupação de camas, reflectidos nas tabelas seguintes.

TAXA DE OCUPAÇÃO DAS CAMAS (%)

Valências	2003	2004	2005	04/03%	05/04%
Cirurgia I	62,9	67,0	63,8	6,5	-4,8
Cirurgia II	53,6	62,0	68,2	15,6	10,0
Cirurgia III	46,1	54,6	55,4	18,4	1,5
Ortopedia	57,3	60,6	59,3	5,7	-2,1
Geral HCF	61,1	64,6	66,2	5,7	2,6

DEMORA MÉDIA (DIAS) DO INTERNAMENTO

Valências	2003	2004	2005	04/03%	05/04%
Cirurgia I	9,2	9,5	9,9	3,6	3,4
Cirurgia II	8,4	8,6	9,6	2,4	11,9
Cirurgia III	8,2	9,4	9,7	14,1	3,2
Ortopedia	16,9	16,7	15,2	-3,8	-6,4
Geral HCF	7,0	7,7	7,9	9,9	2,1

Os dados sobre a demora média permitem que se extraíam as seguintes observações:

- Nos quatro serviços, o tempo médio de internamento ficou sempre acima da média geral do HCF;
- A Ortopedia foi a especialidade que evidenciou uma maior demora média, registando um valor de 15,2 dias, em 2005; mas é igualmente a única que evidencia uma tendência para a redução no tempo médio de internamento – o qual passou dos 16,9 dias, em 2003, para os 15,2 dias em 2005;
- Ao longo do período, os três serviços de Cirurgia Geral nivelaram os seus tempos médios de internamento registando, em 2005, variações entre os 9,6 dias (Cirurgia II) e os 9,9 (Cirurgia I). Dos três serviços, o que registou a maior progressão (mais 1,5 dias) foi a Cirurgia III, que passou dos 8,2 dias (em 2003) para os 9,7 dias (em 2005), o que corresponde a um agravamento de 17,8%.

Relativamente às taxas de ocupação das camas, constata-se que:

- Enquanto o HCF registou, ao longo do período, uma subida consistente da sua taxa de ocupação (passando dos 61,1%, em 2003, para os 66,2%, em 2005), na qual foi



Tribunal de Contas
Secção Regional da Madeira

acompanhado pela Cirurgia II e III, já os outros dois serviços tiveram um comportamento irregular, com uma subida do indicador em 2004 e uma diminuição em 2005;

- Em 2005, a melhor taxa de ocupação verificou-se na Cirurgia II (68,2%), tendo sido, aliás, a única a ficar acima da média do HCF. A taxa mais baixa foi a registada na Cirurgia III, com o valor de 55,4%.

Por fim, vejamos qual foi o comportamento dos indicadores de qualidade entre as quatro especialidades, tendo presente que a falta do Índice de Case-mix não permite ponderar os resultados estatísticos em termos de complexidade clínica dos doentes admitidos em cada serviço.

% DE REINTERNAMENTOS NÃO PROGRAMADOS (ATÉ 7 DIAS)

Valências	2004	2005	05/04%
Cirurgia I	7,1%	7,5%	5,8
Cirurgia II	7,8%	8,5%	8,6
Cirurgia III	4,0%	5,5%	38,1
Ortopedia	1,7%	1,5%	-8,7
Geral HCF	7,4%	8,0%	7,7

% DE ÓBITOS OBSERVADA

Valências	2003	2004	2005	04/03%	05/04%
Cirurgia I	5,6%	4,8%	6,0%	-15,4	25,6
Cirurgia II	5,2%	5,4%	5,9%	4,1	8,1
Cirurgia III	5,2%	5,7%	7,7%	7,8	36,0
Ortopedia	2,7%	2,4%	2,1%	-15,3	-9,2
Geral HCF	5,6%	5,7%	5,9%	1,5	4,3

Começando pelo índice relativo à percentagem de óbitos, temos que:

- Num quadro de subida global do índice (HCF), a Ortopedia foi a especialidade que registou a melhor evolução, apresentando descidas acentuadas no valor do indicador.
- Entre os serviços de Cirurgia Geral, a Cirurgia III foi, não só a que registou o valor mais elevado (em 2005, 7,7%), como foi a que evoluiu mais negativamente – partindo, em 2003, com o valor mais baixo do grupo (5,2%) e registando subidas acentuadas ao longo de 2004 (mais 7,8%) e em 2005 (mais 36%).

Por fim, no que respeita à percentagem de reinternamentos não programados:

- Novamente, no quadro de subida global do indicador (HCF), apenas a Ortopedia contraria essa tendência, com uma descida de 8,7%, registando igualmente o valor mais baixo para o indicador, que em 2005 foi de 1,5%;
- Em 2005, quase todos os serviços encontravam-se abaixo da média global (8,0%), sendo a única exceção a Cirurgia II, com um índice de 8,5%;
- De entre os serviços de Cirurgia Geral, os valores mais baixos foram sempre registados pela Cirurgia III (em 2005, foi de 5,5%), embora fosse nesta mesma especialidade que se observou o crescimento mais acentuado do índice (+38,1%).

3.3. As listas de espera

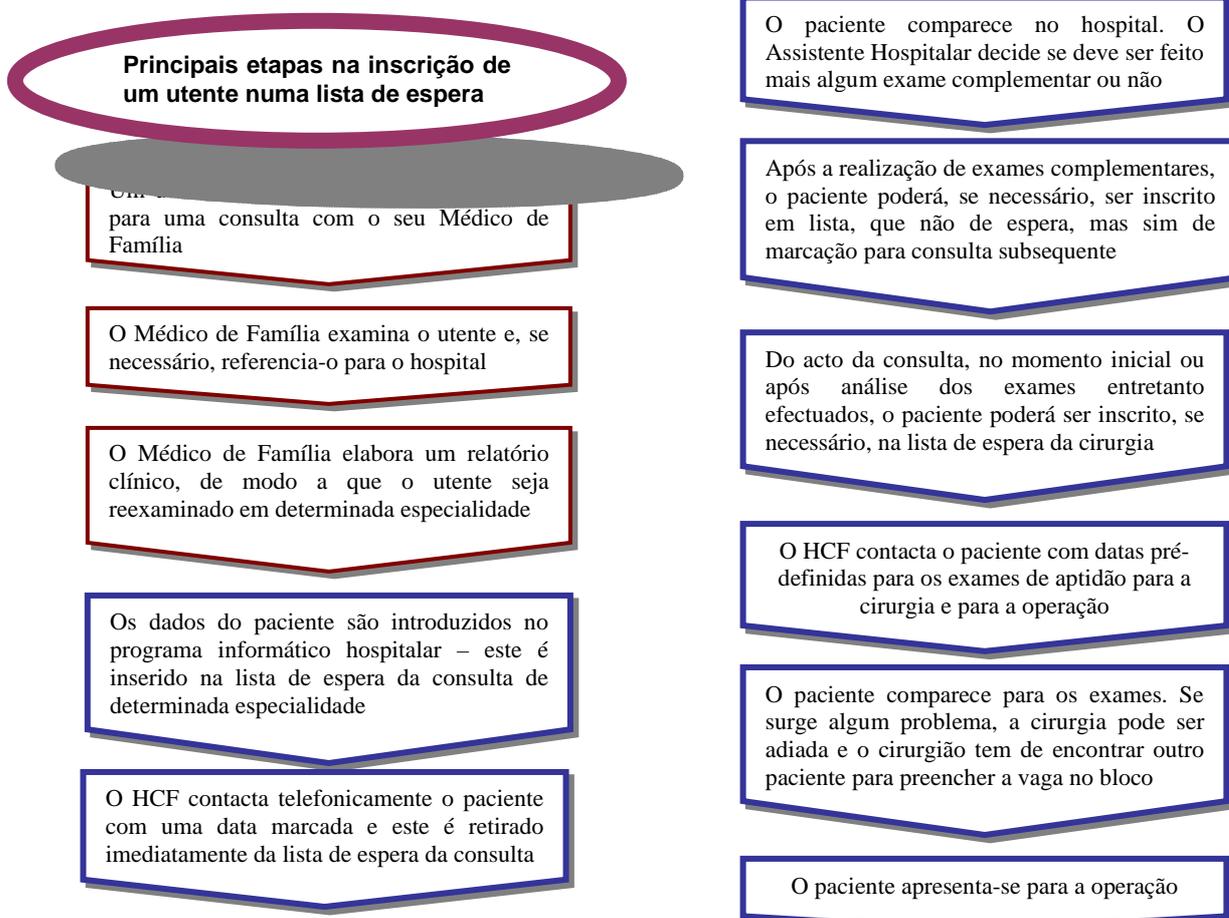
3.3.1. Introdução

As listas de espera são um meio de contabilizar, a qualquer momento, o número de pessoas que estão a aguardar tratamento num hospital sendo reconhecidas como um dos indicadores mais importantes para medir o seu desempenho.

Existem dois tipos de lista de espera:

- Lista de espera para consulta de especialidade que engloba o número de pessoas que se encontram a aguardar a marcação de uma consulta. Esta é influenciada por vários factores, nomeadamente: pelas alterações nas referenciarções, pela afectação das salas de consulta às especialidades e pelo número e pela disponibilidade dos recursos humanos e financeiros disponibilizados a cada especialidade.
- Lista de espera cirúrgica que abrange o número de pessoas que estão à espera de uma intervenção cirúrgica. É influenciada por um maior número de variáveis, em particular: pela disponibilidade de camas, pelo número de médicos e de enfermeiros no quadro, pela disponibilidade das salas operatórias e pelo número de cirurgias urgentes realizadas, entre outros.

As principais etapas da inscrição típica de um utente nas listas de espera constam do diagrama seguinte:



Convém, no entanto, que se proceda a alguns esclarecimentos prévios acerca dos conceitos utilizados pelo SRS, para que se perceba o significado real das estatísticas produzidas, o qual pode não coincidir com as ideias comumente difundidas sobre a matéria.

Em primeiro lugar, é importante que fiquemos com a noção que, em matéria de assistência hospitalar, o mecanismo das lista de espera aplica-se tanto na área da consulta externa como no da cirurgia. Ou seja, podemos encontrar listas de espera quando necessitamos de fazer uma marcação prévia, para poder ser atendido por um médico especializado do Serviço Regional de Saúde, para a realização, não urgente, de: uma consulta, exame, tratamento ou procedimento especial ou de uma cirurgia.

Depois, é preciso perceber que uma lista de espera apenas reflecte o número de doentes que, num determinado momento, aguardam a realização da tal intervenção especializada. E intimamente associado a este conceito existe um outro, o de tempo de espera, cujo conteúdo é determinante na sua leitura.

No caso do SRS, o conceito de tempo de espera difere do utilizado no âmbito do Serviço Nacional de Saúde. Enquanto, neste último, o tempo de espera abrange o número de dias compreendido entre a data de inscrição para consulta (exame, tratamento ou cirurgia) e a data da sua realização; na região, a contagem do tempo apenas reflecte os dias decorridos até ao momento da marcação da consulta (que é feita por ciclos trimestrais). Pequena distinção semântica que pode gerar variações bem significativas na contagem efectuada, como teremos oportunidade de observar, mais à frente.

Finalmente, é também útil esclarecer que, para o caso do combate às listas de espera, do total das consultas realizadas, apenas releva a parte relativa às primeiras consultas, pois são estas as únicas que reflectem a capacidade de uma especialidade em atender os utentes em lista.

3.3.2. Consulta

Tendo presente o circuito apresentado no ponto anterior, abordam-se seguidamente os aspectos relacionados com a gestão das listas de espera pelas diversas valências.

Em geral, o acesso às consultas de especialidade está dependente de encaminhamento dado por parte de um centro de saúde, do HCF, da clínica privada, da clínica convencionada ou dos lares.

A marcação de consultas pode ser efectuada nos centros de saúde, nas lojas do cidadão e em diferentes sectores do Serviço de Apoio a Doentes tais como: o secretariado de piso do HCC, o apoio administrativo aos serviços de acção médica, a secretaria da CE, o secretariado de piso do HM e o gabinete de informação do SU⁹⁷. Em qualquer caso é obrigatória a realização de um estudo prévio do utente/doente e a apresentação de uma referenciação clínica, constituída por um relatório médico e uma credencial com indicação da necessidade da consulta.

No HCF coexistem dois modelos de gestão dos doentes que aguardam a prestação de cuidados:

- A gestão administrativa, em que as primeiras consultas são marcadas trimestralmente pelo SADE de acordo com o número de vagas administrativas definidas para cada especialidade segundo critérios de antiguidade de inscrição na lista.

Na marcação da consulta de especialidade a credencial é lida para identificar a consulta solicitada, após o que é aberta a aplicação de consultas (que contém o agendamento das disponibilidades dos médicos), é verificada a existência de vaga administrativa na valência pedida e é marcada a consulta. O utente/doente é informado da data e hora da consulta e é-lhe entregue um documento comprovativo da marcação, assim como lhe é relembrada a obrigatoriedade da apresentação da credencial e do relatório médico no dia da consulta.

Na inexistência de vaga, o utente é inscrito na lista de espera da especialidade ou do médico pretendido, dependendo do facto da consulta ser ou não ser personalizada, e é-lhe restituída a credencial com o relatório médico. O utente/doente é informado que se encontra em lista de espera e que será posteriormente contactado, por telefone, pelos serviços administrativos da CE para o informarem da data e hora da consulta.

A eliminação dos doentes destas listas de espera processa-se trimestralmente, aquando da marcação de consultas do trimestre seguinte desde que se verifique uma das seguintes situações: marcação da consulta na especialidade pretendida, falecimento do utente, cancelamento pelo utente.

- A gestão clínica (cuja implementação teve início em Fevereiro de 2003) que engloba a recepção pelo próprio serviço das credenciais com os respectivos relatórios clínicos

⁹⁷ Faz a marcação de consultas para os utentes com alta dos diversos serviços de internamento após as 16h30.



Tribunal de Contas
Secção Regional da Madeira

dirigidas a cada especialidade e a sua triagem⁹⁸ que, em regra, é realizada com uma periodicidade semanal, pelo Director ou por um médico por ele designado.

Após esta análise são: seleccionados os casos urgentes, assinaladas prioridades e indicadas sub-especialidades, sendo todas as referenciações clínicas devolvidas ao secretariado da CE para proceder à marcação da consulta ou para devolução aos centros de saúde no caso das situações mal estudadas ou sem justificação.

Acresce um subsistema, que se denomina de autogerido, vigente na especialidade de Psiquiatria, em que toda a tramitação, desde a recepção das credenciais à análise clínica e à marcação da prestação dos serviços é efectuada pela própria Direcção de Serviço.

TIPOS DE GESTÃO DAS LISTAS DE ESPERA DA CONSULTA POR ESPECIALIDADE EM 30/06/2006			
Administrativa		Clínicas	Por critérios mistos
Alergologia Adultos	Alergologia Infantil	Cirurgia Pediátrica	Endocrinologia
Cirurgia I	Cirurgia Plástica	Cirurgia Vascular	
Dermatologia	Gastroenterologia	Neurologia	
Imuno-Alergologia	Menopausa	Oftalmologia	
Menopausa	Neurocirurgia	Pedopsiquiatria	
Neurologia Pediátrica	Ortopedia Pediátrica	Psiquiatria	
Reumatologia	Urologia	Psicologia	
		Psicologia Pediátrica	

Segundo informação fornecida pelo SADE, nas restantes especialidades, o acesso à consulta é efectuado com base na credencial e não existem listas de espera, pois é garantida ao utente uma disponibilidade de marcação para um período inferior a três meses:

ESPECIALIDADES SEM LISTA DE ESPERA DA CONSULTA			
Anestesia	Cardiologia	Cardiologia Infantil	Cirurgia II
Cirurgia III	Cirurgia Cardio-Torácica	Desenvolvimento e Intervenção Precoce	Doenças Infecciosas
Endocrinologia Pediátrica	Estomatologia	Gastroenterologia	Hemato-Oncologia
Imuno-Hemoterapia	Medicina Interna	Medicina Física e Reabilitação	Medicina Física e Reabilitação Pediátrica
Nefrologia	Otorrinolaringologia	Obstetrícia	Pediatria Médica
Pneumologia	Reumatologia Pediátrica	Terapêutica da Dor	

⁹⁸ Com base em protocolos estabelecidos entre os médicos dos Cuidados Hospitalares e a Direcção Clínica dos Cuidados de Saúde Primários, denominados por Protocolos de Actuação, onde foram definidos, em regra, critérios de marcação para as patologias mais frequentes.

Contudo essa asserção é contrariada, nas especialidades identificadas no quadro seguinte, pelos tempos médios de permanência nas listas de espera aferidos à data de 31/12/2005:

TEMPO MÉDIO DE PERMANÊNCIA NA LISTA DE ESPERA				
Especialidade	Média	Desvio padrão	Mínimo	Máximo
Cardiologia	156	59,8	121	225
Nefrologia	92	-	92	92
Estomatologia	541,7	266,6	47	824
Otorrinolaringologia	316	-	316	316
Pediatria Médica	499,1	38,5	465	561
Reabilitação Pediátrica	162,8	56,2	133	247

Mais, ao confrontar o tempo médio de permanência na lista de espera com o tempo médio de espera até à realização da consulta (*vide* quadro do Anexo V), constata-se que o tempo entre a marcação e a realização da consulta, a 31/12/2005, varia entre 1 e 224 dias, excedendo os 90 dias nas seguintes 8 especialidades/sub-especialidades:

TEMPO MÉDIO EM LISTA VS TEMPO MÉDIO ATÉ À REALIZAÇÃO DA 1.ª CONSULTA			
Especialidade	Tempo médio de permanência na lista de espera (1)	Tempo médio de espera até à realização da 1.ª consulta (2)	Diferença (2) – (1)
Alergologia	328,6	450,8	122,2
Alergologia Pediátrica	512,3	714,6	202,3
Cirurgia III	-	187	187
Cirurgia Plástica	-	94	94
Gastro-Coloproctologia	-	114	114
Neurocirurgia	121,5	278,6	157,1
Patologia Mamária	42	239,4	197,4
Urologia	257,6	481,8	224,2

Ao observar o quadro antecedente, verificou-se que:

- Existe uma grande discrepância entre o tempo médio de permanência na lista de espera e o tempo médio de espera até à realização da 1.ª consulta, que vai dos 94 dias na Cirurgia Plástica aos 224 na Urologia;
- Mais uma vez se confirma que, pelo facto de o HCF afirmar não existirem listas de espera em determinadas especialidades/sub-especialidades, não invalida a existência de



Tribunal de Contas
Secção Regional da Madeira

utentes/doentes que aguardam entre 3 e 6 meses, como é o caso da Cirurgia III e da Gastro-Coloproctologia.

Para além disso, constata-se com base no quadro do Anexo IV que o utente mais antigo está inscrito na lista de espera de Oftalmologia desde Janeiro de 1999, seguindo-se as valências de Alergologia Infantil, Alergologia de Adultos, Endocrinologia e Menopausa, cujas inscrições datam de Julho, Outubro e Dezembro de 2004, respectivamente.

A análise efectuada aos dados apresentados pelo SADE e ao circuito implementado conduziu às seguintes conclusões:

1. Não foi implementado um sistema formal de reporte sistemático, ao doente e ao médico de família, do encaminhamento dado à referência clínica, designadamente como se chegou ao serviço destinatário, se foi incluído em lista de espera e, em caso afirmativo, qual a previsão de tempo de espera até à realização da consulta.
2. Não foi estabelecido, relativamente às especialidades com gestão clínica dos pedidos de marcação de consulta, o acompanhamento administrativo dos pedidos de consulta por parte do SADE (designadamente para efeitos de registo das entradas e controlo da resposta dada pelas especialidades aos pedidos formulados). A ausência deste controlo (ou o seu funcionamento deficiente) constitui um risco à integralidade das listas de espera e, conseqüentemente, ao acesso dos doentes aos serviços.
3. Não existe uma aplicação consistente e generalizada do conceito de lista de espera em todas as especialidades o que limita a utilização deste elemento estatístico como indicador da capacidade de resposta das valências às necessidades dos utentes do SRS.

Essas limitações também estão ilustradas pelos casos da:

- Ortopedia de Adultos⁹⁹ que não consta da estatística das especialidades com lista de espera desde 31/12/2004, embora à data da realização do trabalho¹⁰⁰ o HCF estimasse encontrarem-se em lista de espera cerca de 600 a 700 doentes/utentes, não estando o SADE autorizado a efectuar marcações administrativas por instruções do Director de serviço de Ortopedia. Por conseguinte, esta situação não foi devidamente reportada aos superiores hierárquicos, de modo a que estes pudessem decidir qual a melhor forma de gerir esta lista de espera;
- Oftalmologia que não consta da estatística das especialidades com lista de espera em 31/12/2005, mas que à data da realização do trabalho de campo¹⁰¹ registava 2466 referências clínicas, que se encontravam no gabinete do Director sem qualquer tipo de registo manual ou informático, ordenadas e arquivadas em pastas por anos e, dentro dos anos, por patologia (a que acresciam outras a aguardar contabilização e arquivo).

⁹⁹ Exceptuando-se a consulta da Patologia da Coluna que tem, geralmente, atribuídas 48 vagas administrativas por trimestre, não tendo doentes em lista de espera.

¹⁰⁰ Julho de 2006.

¹⁰¹ Julho de 2006.

De acordo com dados fornecidos posteriormente pelo SRS, em 30 de Outubro de 2006, aguardavam consulta de Oftalmologia 3962 utentes/doentes¹⁰².

Não obstante as reservas à integralidade dos dados relativos ao número de doentes que aguardavam consulta de especialidade, identifica-se no quadro seguinte a evolução verificada entre a data de criação da EPE e 31/12/2005:

Especialidade	Número de doentes a aguardar consulta			Variação	
	01/06/2003*	31/12/2004**	31/12/2005***	2005/2004	2005/2003
Alergologia Geral	82	130	120	-8%	46%
Alergologia Adultos	58	62	79	27%	36%
Alergologia Infantil	74	98	84	-14%	14%
Cirurgia I	-	-	50	-	-
Cirurgia Vasculuar	270	86	32	-63%	-88%
Cirurgia Plástica	-	-	56	-	-
Dermatologia	339	300	350	17%	3%
Endocrinologia	325	301	247	-18%	-24%
Ginecologia	-	-	50	-	-
Menopausa	313	200	84	-58%	-73%
Neurocirurgia	-	-	170	-	-
Neurologia Pediátrica	-	104	130	25%	-
Oftalmologia	248	-	-	-	-
Oftalmologia Pediátrica	19	-	-	-	-
Ortopedia Adultos	617	697	-	-	-
Ortopedia Pediátrica	53	93	75	-19%	42%
Patologia Mamária	-	44	-	-	-
Reumatologia	31	102	82	-	-
Urologia	414	795	1.210	52%	192%
Total geral	2.843	3.012	2.819	-6%	-1%
Total sem Ortopedia de Adultos e Oftalmologia	1.978	2.315	2.819	22%	43%

*Contagem em Junho de 2003, após marcação de consultas para o 3.º Trimestre; ** Contagem em Dezembro de 2004, após marcação de consultas para o 1.º Trimestre de 2005; *** Contagem em Dezembro de 2005, após marcação de consultas para o 1.º Trimestre de 2006; a) Em 2003, a Ortopedia Pediátrica refere-se a 31/12.

Em termos globais, se expurgarmos do quadro as listas de espera da Ortopedia de Adultos e da Oftalmologia, atento o enviesamento que provocam na leitura dos dados¹⁰³, verifica-se um crescimento de 40% do número de pessoas a aguardar tratamento entre a data de criação da EPE e o final de Dezembro de 2005.

Em termos das especialidades realça-se a Urologia cuja lista de espera cresceu significativamente no período (117% entre Junho de 2003 e Dezembro de 2005), não obstante

¹⁰² Segundo o SADE, esta lista contém credenciais de utentes que estavam em lista de espera nos centros de saúde e que, em Janeiro de 2004, aquando da definição de critérios de prioridade foram enviadas para o Serviço de Oftalmologia. Afirmam, também sem fazer prova do mesmo, que falta fazer o expurgo à lista, a fim de apurar os dados reais.

¹⁰³ O desaparecimento de 248 doentes da lista de espera da Oftalmologia de Adultos entre 2003 e 2004 e de 697 doentes na Ortopedia de Adultos entre 2004 e 2005 não significou a prestação dos serviços a esses doentes, mas tão somente a omissão de tratamento estatístico dessa situação por parte do SADE.



ser de salientar que as diferenças entre as especialidades com e sem gestão clínica das listas de espera pode criar desempenhos estatísticos não suportados por desempenhos reais.

Se olharmos para esta mesma realidade sob o prisma do utente, os indicadores mais interessantes e importantes serão o do tempo médio de permanência dos utentes do HCF na lista de espera da CE e o do tempo médio de espera até à realização da primeira consulta cuja evolução, desde a empresarialização do SRS até 31 de Dezembro de 2005, consta do quadro constante no Anexo V.

A análise aos elementos estatísticos constante nesse mapa permite retirar, entre outras, as seguintes conclusões:

- a) Os mapas estatísticos disponibilizados contemplam evoluções atípicas relacionadas com a indisponibilidade de dados relativamente a algumas (sub)especialidades que limitam a comparabilidade dos dados
- b) No período considerado não fica demonstrado que a empresarialização tivesse gerado ganhos generalizados materializados numa redução do tempo de espera para acesso às consultas da especialidade do HCF;
- c) Em 31/12/2005, um doente referenciado para as consultas de Endocrinologia, Estomatologia, Alergologia Pediátrica e Pediatria, permanecia, em média, em lista de espera 579, 542, 512 ou 499 dias, respectivamente. O tempo máximo de espera por uma consulta era de 824 dias na Estomatologia, 695 dias na Alergologia Pediátrica, 677 dias na Endocrinologia e 561 dias na Pediatria.

Em termos globais fica a conclusão de que:

- A) O sistema de recolha e tratamento da informação relativo à gestão das listas de espera e produção de estatísticas carece de aperfeiçoamentos (recolha uniformizada e universal) para que o CA e as entidades externas com interesses na área possam efectivamente aperceber-se da dimensão da capacidade real de produção do SRS.
- B) As estatísticas disponibilizadas sobre o número de utentes e os tempos médios, tanto o de permanência na lista de espera da consulta como o de espera até à realização da primeira consulta, não evidenciam, ao nível da consulta externa, os benefícios da empresarialização do SRS.

3.3.3. Cirurgia

A inscrição de um utente na lista de espera cirúrgica é feita em ficha própria (em suporte de papel), em geral no âmbito da CE, pelo médico da especialidade. Essa ficha é entregue à secretária do serviço que introduz os dados em suporte informático ou em livro próprio.

Quando o doente é internado pelo SU a inscrição é feita directamente no serviço, por indicação do Médico Assistente ou do Director do Serviço, através da secretária de serviço, não necessitando de inscrição pela Consulta.

Nas especialidades em que não existe lista de espera, a programação das intervenções cirúrgicas é feita na CE, ficando o doente convocado para a cirurgia na data indicada pelo

médico ou acertada entre este e o doente de acordo com a patologia. Em todos os serviços existem situações prioritárias de acordo com as patologias diagnosticadas.

A gestão das listas de espera, a programação das intervenções cirúrgicas e a elaboração do plano operatório é da responsabilidade de cada Director de Serviço (ou do médico por ele indicado). Feita a programação, os doentes ou são chamados pela secretária de serviço para consulta ou são encaminhados directamente para o internamento (em regra no dia anterior à intervenção).

O suporte informático das listas de espera das intervenções cirúrgicas é idêntico para todos os serviços, com excepção do serviço de Ortopedia, que possui o seu próprio registo informatizado, e dos serviços de Obstetrícia e Ginecologia e de Cirurgia I cuja transição das listas de espera do sistema manual para o informatizado estava em curso.

Dessa aplicação informática de acesso restrito consta toda a informação pessoal dos utentes, incluindo a prioridade da intervenção que é medida numa escala de 1 a 5, sendo o grau 1 considerado o mais elevado e o grau 5 o menor. Com a concretização da intervenção procede-se à actualização da ficha do doente, sendo colocada a data e contabilizado o tempo que esteve a aguardar cirurgia.

As listas de espera cirúrgicas são depuradas pelo SADE, que está encarregue de contactar periodicamente os utentes para confirmar sobre o seu interesse / necessidade de manter a inscrição na lista de espera. O seu expurgo concretiza-se com a extracção de todas as fichas (tanto em suporte informático como em papel) com mais de cinco anos, dos utentes já intervencionados na patologia em causa (após consulta do software informático para o internamento¹⁰⁴) e dos falecidos.

De acordo com os dados fornecidos pelo SADE do HCF, consta do quadro seguinte o número de utentes/doentes que estavam em lista de espera cirúrgica nas datas indicadas:

N.º DE UTENTES/DOENTES EM LISTA DE ESPERA					
Especialidade	01/06/2003	31/12/2004	31/12/2005	30/06/2006	Variação 2006/2003
Cirurgia I	278	486	420	480	73%
Cirurgia II	371	572	730	786	112%
Cirurgia III	492	708	830	836	70%
Cirurgia Vasculuar	438	569	715	780	78%
Ginecologia	147	452	526	706	380%
Neurocirurgia	99	99	99	348	252%
Oftalmologia	1162	a)	a)	986	-15%
Otorrinolaringologia	1003	1528	1824	2030	102%

¹⁰⁴ Até Janeiro de 2006 o utente, após a realização da cirurgia, só era retirado da lista de espera quando lhe era dada a alta pelo Médico Assistente. Em Fevereiro de 2006 foi iniciado um novo processo. Na generalidade dos Serviços, a actualização da Lista de espera é feita pelo Secretariado do Serviço do BO, logo depois a realização da intervenção cirúrgica.



Tribunal de Contas
Secção Regional da Madeira

N.º DE UTENTES/DOENTES EM LISTA DE ESPERA					
Especialidade	01/06/2003	31/12/2004	31/12/2005	30/06/2006	Varição 2006/2003
Patologia Mamária	35	96	125	153	337%
Cirurgia Pediátrica	132	184	144	115	-13%
Urologia	213	260	321	246	15%
HCF	4271	4855	5635	6475	52%

a) Lista em actualização.

Conforme se pode verificar o número de utentes em espera aumentou de 4.271, em 1 de Junho de 2003, para 6.475 doentes em 30 de Junho de 2006, o que equivale em termos relativos a um aumento médio de 52%. Destacam-se em sentido positivo as evoluções verificadas ao nível da Oftalmologia (-15%) e da Cirurgia Pediátrica (-13%) tendo todas as restantes especialidades registado aumentos, com especial relevância a Ginecologia com mais 380% (em termos absolutos passou-se de 147 doentes em espera para 706) e da patologia mamária com mais 337% (em 2006 estavam em espera 153 doentes quando em 2003 só estavam 35).

Concomitantemente, o tempo médio de espera dos doentes no HCF aumentou 27% no triénio 2003-2005, verificando-se aumentos em todas as especialidades, excepto na Cirurgia I e na Cirurgia Pediátrica.

TEMPO MÉDIO DE ESPERA (EM DIAS)				
Especialidade	31/12/2003	31/12/2004	31/12/2005	Varição 2005/2003
Cirurgia I	568	678	276	-51%
Cirurgia II	170	276	556	227%
Cirurgia III	488	522	679	39%
Cirurgia Vasculuar	1155	1224	1220	6%
Ginecologia	194	266	322	66%
Neurocirurgia	a)	a)	a)	-
Oftalmologia	b)	b)	b)	-
Otorrinolaringologia	572	674	783	37%
Patologia Mamária	65	95	130	100%
Cirurgia Pediátrica	485	351	307	-37%
Urologia	300	297	330	10%
HCF	444	487	562	27%

a) Começou a ser recuperada em 2006; b) Lista em actualização.

Para além da evolução espelhada no quadro, independentemente dos critérios de urgência clínica, realça-se que, em termos absolutos, o tempo de espera parece ser demasiado longo, variando entre os 130 dias da patologia mamária (que evidenciou uma duplicação do tempo de espera de 2003 para 2005) e os 1.220 dias da cirurgia vascular.

Reforçando este indicador, constata-se, com base no quadro do Anexo VI, que as patologias que têm os 5 primeiros doentes a aguardar há mais tempo são: as varizes (Cirurgia Vascular), com 1 doente à espera há 13 anos (1993) e os restantes há 9 anos (1997); a estenose (Neurocirurgia), com 1 doente a aguardar há 11 anos (1995) e os outros há 10 anos (1996); a urogenital (Cirurgia Pediátrica), com 2 crianças à espera há 11 anos (1995), uma há 9 (1997) e as outras duas há 8 anos (1998), as hérnias – inguinal, com 2 doentes a aguardar há 8 anos (1998) e os restantes 3 há 7 anos (1999).

Em termos globais, e à semelhança do verificado com os dados da consulta, as estatísticas produzidas parecem reforçar a ideia de que a empresarialização não melhorou a capacidade de resposta do SRS às necessidades cirúrgicas dos seus utentes.

Em sede de contraditório, o SRS informou que a *“lista de espera está a ser melhorada no sentido de obter dados mais fidedignos, bem como a standardização dos procedimentos de inscrição, no sentido de obtermos resultados mais fiáveis (...) o que levou à criação de uma nova aplicação informática a partir de 23 de Janeiro de 2007.”*

3.3.3.1. A LISTA DE ESPERA CIRÚRGICA DE ORTOPEDIA

Tal como referido no ponto precedente o suporte informático e documental das listas de espera das intervenções cirúrgicas de Ortopedia é distinto do dos restantes serviços e funciona sem intervenção do SADE.

O utente é inscrito na lista de espera para cirurgia através da CE de Ortopedia pelo Médico Assistente, mediante impresso próprio criado pelo serviço de Ortopedia (que é posteriormente inserido em suporte informático), de onde consta, para além dos dados pessoais do utente (nome, idade, telefone, morada), o diagnóstico e a cirurgia proposta.

Periodicamente são impressas listagens para análise e revisão. Os doentes são retirados da lista quando é registada a data da cirurgia, mantendo-se o registo informático para posterior estatística. As eliminações ocorrem em caso de recusa do utente ou por falecimento.

Em Julho de 2006 a lista de espera estava a funcionar manualmente, uma vez que, em Janeiro de 2005, o disco rígido que alojava a base de dados do serviço sofreu uma avaria irreversível (à data o serviço de Ortopedia estimava que estivessem inscritos na lista cerca de 1300 utentes/doentes). Nessa data, o serviço já havia recuperado cerca de 80% da base de dados, através das listagens impressas periodicamente e das fichas de inscrição existentes em arquivo, estimando-se que se encontrassem em lista de espera cirúrgica 1.773 doentes.

As patologias com maior número de inscritos constam do quadro subsequente, assim como a data do 1.º utente/doente que se encontrava em lista de espera em cada patologia em Julho de 2006¹⁰⁵.

¹⁰⁵ Com base na amostragem recolhida no Serviço de Ortopedia, designadamente as datas de inscrição: dos 5 primeiros utentes/doentes inscritos na lista de espera cirúrgica e dos 10 últimos doentes operados.



AS 6 PÁTOLOGIAS COM MAIOR NÚMERO DE INCRITOS NA LISTA DE ESPERA CIRÚRGICA

DATA DE INSCRIÇÃO DO 1.º UTENTE EM LISTA DE ESPERA E DO ÚLTIMO DOENTE A SER OPERADO		
Patologias	1.ª Inscrição	Inscrição do último doente operado
Coxartrose	21/10/2002	03/05/2005
Extracção de Material	19/07/2000	12/01/2005
Gonartrose	25/06/2001	16/01/2006
Hallux Vagus	03/02/2001	24/01/2005
Polegar em Gatilho	23/03/2004	11/01/2005
Síndrome Canal Cárpico	24/02/2002	16/06/2005

Como se pode observar, a patologia com o utente que se encontra a aguardar há menos tempo é a do Polegar em Gatilho com cerca de dois anos e meio (30 meses) e a que tem o doente com maior tempo de espera é a da Extracção de Material com seis anos (72 meses).

Na amostragem recolhida na patologia Coxartrose (mais comumente designada por artoplastia total da anca) detectou-se que o segundo utente/doente inscrito na lista de espera para cirurgia, a 21/10/2002, tem uma indicação manuscrita de “Urgentíssimo – U” e encontrava-se à data (24/07/2006) por operar.

A “avaria” descrita anteriormente reforça ainda mais a necessidade de uniformização e gestão centralizada do sistema de informação de doentes a todas as áreas de actividade do SRS, como forma de assegurar a segurança da informação (satisfazendo as premissas da confidencialidade, integridade e disponibilidade da informação) e a consequente produção de informação fiável e útil para os utentes.

3.3.3.2. A CONTRATUALIZAÇÃO DE SERVIÇOS PARA COMBATE À LISTA DE ESPERA PARA TRATAMENTOS CIRÚRGICOS ÀS CATARATAS

Aquando da criação do SRS encontravam-se em lista de espera para Tratamentos Cirúrgicos às Cataratas 1.162 utentes¹⁰⁶.

Dado o número de inscritos e a tendência crescente da lista, o SRS decidiu impulsionar a sua regularização com recurso à contratualização.

Em conformidade, a 26 de Abril de 2004, o CA deliberou autorizar, por ajuste directo, de acordo com o disposto na alínea d) do n.º 1 do art.º 86 do Decreto-Lei n.º 197/99, de 8 de Junho, a celebração de um contrato de prestação de serviços com pessoal que integra o corpo clínico e de enfermagem do serviço de Oftalmologia do HCF (com todos os médicos

¹⁰⁶ Cfr. lista de espera em 2003-06-01 da cirurgia, página 3/4.

oftalmologistas e com anestesistas e enfermeiros com experiência na área) para tratamento cirúrgico das cataratas, unicamente para os doentes da lista de espera do HCF¹⁰⁷.

A despesa total emergente do contrato inicial foi estimada em €667.200,00 (960 operações, 4 por sessão) respeitantes unicamente aos custos com pessoal participante em cada intervenção cirúrgica (o SRS disponibilizava a Sala Operatória e fornecia os consumíveis, incluindo a Lente Intra-ocular):

Prestadores de serviço	Oftalmologista	Oftalmologista -Ajudante	Anestesista	Enfermeiro	Total
Remuneração	€350	€125	€150	€35	€600
Custo unitário por operação	€350	€125	€150	€70	€695

As operações seriam realizadas fora do horário de trabalho dos profissionais escalados, sendo cada equipa cirúrgica composta por um médico oftalmologista, um médico ajudante, um médico anestesista e dois enfermeiros.

Com o objectivo de evitar a redução do número de cirurgias realizadas em período normal por cirurgias abrangidas pelo regime contratualizado, o n.º 2 da cláusula 7.ª do contrato, estabelece a apresentação de “*um relatório sobre as cirurgias efectuadas durante o período normal de trabalho, permitindo assim verificar a equivalência entre estas e as realizadas no âmbito desta contratualização.*”.

Considerando que os relatórios produzidos pelo serviço de Oftalmologia não permitiam o apuramento da equivalência referida na cláusula 7.ª do contrato, elaborou-se o quadro seguinte onde consta a produção da cirurgia às cataratas, em horário normal e em horário pós laboral:

Meses	No período de 01/05/04 a 30/04/05			No período de 01/05/05 a 30/04/06		
	Em horário normal	Com base no contrato de prestação de serviços	Global a)	Em horário normal	Com base no contrato de prestação de serviços	Global a)
Maio	37	28	49	68	48	47
Junho	54	62	69	72	42	42
Julho	19	20	20	42	24	24
Outubro	28	27	30	40	26	26
Novembro	55	58	60	53	35	35
Dezembro	24	31	24	30	21	21
Janeiro	62	64	67	65	58	58
Fevereiro	48	42	48	53	40	40
Março	51	58	52	61	46	46

¹⁰⁷ A 30 de Abril de 2004, foi celebrada uma adenda ao contrato por se ter constatado a necessidade de contratação de mais enfermeiros com experiência na área de anestesia, a qual foi autorizada e adjudicada por deliberação do CA do SRS de 17 de Maio de 2004.



Tribunal de Contas
Secção Regional da Madeira

Meses	No período de 01/05/04 a 30/04/05			No período de 01/05/05 a 30/04/06		
	Em horário normal	Com base no contrato de prestação de serviços	Global a)	Em horário normal	Com base no contrato de prestação de serviços	Global a)
Abril	53	59	53	24	15	15
Total	431	449	472	508	355	521
Custo Total	-	€312.055,00	-	-	€246.725,00	-

a) Dados fornecidos pelo CA, em sede de contraditório, e que englobam todas as cirurgias às cataratas e às outras patologias, designadamente glaucomas, descolamento da retina, tumores, estrabismo, etc., realizadas em horário normal.

Conforme se pode verificar no primeiro ano de vigência do contrato (período de 1 de Maio de 2004 a 30 de Abril de 2005), foram realizadas mais intervenções cirúrgicas contratualizadas às cataratas do que em período normal.

Os responsáveis alegaram a este propósito, e com base no número global de cirurgias efectuadas durante o período normal de trabalho, que a equivalência entre estas e as realizadas no âmbito da contratualização “*foi cabalmente prosseguida*” e “*que, em ambos os anos do contrato em análise, foram realizadas mais cirurgias em horário normal (993) do que contratualizadas (803)*”, mas corroboram que, pelo menos, nos meses de Dezembro de 2004, Março e Abril de 2005 foram efectuadas mais cirurgias contratualizadas do que em horário normal, por “*motivos não imputáveis aos profissionais contratualizados, designadamente indisponibilidade do bloco*”.

Também fica evidente que o volume de cirurgias efectivamente realizado ficou muito aquém do perspectivado no contrato, pois, das 960 cirurgias anuais previstas, só foram realizadas no primeiro ano 449 e no segundo ano 355, o que corresponde a uma taxa de execução de 47% e de 37%, respectivamente.

Neste aspecto, o CA declarou que “*o número previsto não foi possível de concretizar devido a dificuldades de disponibilização do bloco operatório e recursos humanos*”.

Quanto ao processamento e pagamento das intervenções cirúrgicas realizadas às cataratas em regime contratualizado verificou-se o seguinte:

N.º Cirurgias	No período de 01/05/04 a 30/04/05				No período de 01/05/05 a 30/04/06			
	Oftalmologistas	Ajudantes	Anestésistas	Enfermeiros	Oftalmologistas	Ajudantes	Anestésistas	Enfermeiros
Realizadas	449	449	449	896	355	355	355	709
Pagas	441	432	530	914	362	362	359	709
Diferença	- 7	- 16	+ 82	+ 18	+ 7	+ 7	+ 4	0
Custo	- €2.450,00	- €2.000,00	+ €12.300,00	+ €630,00	+ €2.450,00	+ €875,00	+ €600,00	0

Como se pode observar no quadro precedente, verificaram-se discrepâncias entre o valor pago e os serviços prestados em todas as categorias profissionais, resultando em pagamentos a mais num saldo final a 30 de Abril de 2006 de €11.710,00:

- No 1.º período, o pagamento das 449 cirurgias foi de € 319.840,00 em vez dos €312.055,00 – custo real, resultando numa diferença de + €7.785,00;
- No 2.º período, as 355 intervenções cirúrgicas realizadas custaram ao HCF €250.615,00, originando pagamentos a mais no valor de €3.925,00.

Relativamente a este aspecto, o CA informou que foi efectuada, com base em relatórios elaborados pelo médico anestesista responsável, a confirmação das cirurgias tendo-se verificado *“uma equivalência entre as realizadas e as pagas, com excepção do mês de Junho de 2004, em que foi indevidamente paga uma cirurgia a um anestesista e quatro a enfermeiros instrumentistas, que vão ser objecto de regularização, através de reposição dos respectivos montantes”*.

Após a análise desses relatórios (remitidos conjuntamente com as alegações), concluiu-se que:

- Em Junho de 2004 foram pagas indevidamente não 1 mas 7 cirurgias e que nos meses de Novembro de 2004, Maio e Julho de 2005, o SRS remunerou a mais aos anestesistas 4, 5 e 1 cirurgias, respectivamente;
- Existem discrepâncias entre os relatórios iniciais feitos pelo Director de Serviço de Oftalmologia e os apresentados pelo CA, no que respeita ao número, às datas das cirurgias e ao nome dos doentes operados.

Mais, o ponto n.º 1 da clausula 7.ª do contrato estabelece que era da responsabilidade do Director de Serviço de Oftalmologia apresentar ao CA um relatório mensal com o número de doentes operados e a composição das equipas cirúrgicas. Os relatórios agora enviados são folhas de controlo do anestesista responsável que consideram todas as cirurgias (quer no período normal trabalho quer no período contratado) como operações contratadas.

Como os pagamentos considerados indevidos tiveram origem no facto dos anestesistas terem efectuado cirurgias de oftalmologia no período da manhã (período normal da actividade cirúrgica da Oftalmologia), mas fora do seu período normal (pessoal) de trabalho diário, mantém-se o entendimento que a sua remuneração deveria ter sido calculada tendo por base o regime aplicável ao trabalho extraordinário e não o definido no âmbito do contrato de combate à lista de espera para Tratamentos Cirúrgicos às Cataratas.

A 31 de Dezembro de 2003 encontravam-se em lista de espera para a cirurgia das cataratas 1221 doentes. Passados dois anos e meio, e realizadas 1739 cirurgias, estavam inscritos, a 30 de Junho de 2006, 986¹⁰⁸ doentes.

O Director de Oftalmologia, em sede de contraditório, alega que *“o n.º de cirurgias (catarratas) ainda por operar é de mais ou menos 200”*, sem no entanto enviar uma lista de espera de cirurgia às cataratas actualizada.

¹⁰⁸ Segundo informação do SADE, a lista de espera das cirurgias das cataratas encontra-se em actualização, sendo a mesma alvo de expurgo à data de 15/11/2006.



Tribunal de Contas
Secção Regional da Madeira

Para além disso, verificou-se que em 2004, no ano da iniciação do contrato programa, as primeiras consultas diminuíram 20% (correspondente a 1056) relativamente a 2003. Em 2005, realizaram-se menos 10 primeiras consultas que no ano anterior. Consequentemente, a reiterada diminuição das primeiras consultas levou, inevitavelmente, a um aumento de 1498% da lista de espera da consulta de Oftalmologia, que passou de 248 utentes a 1 de Junho de 2003 para 3962 a 30 de Outubro de 2006.

Da mesma forma, as intervenções cirúrgicas passaram de 248 em 2004 para 37 em 2005, havendo uma diminuição de 85% na actividade cirúrgica no BO, assim como um decréscimo de 78% em 2005, em relação a 2004, na pequena cirurgia programada (passaram de 145 pequenas cirurgias em 2004 para 32 em 2005).

Em suma, verifica-se que a contratualização de serviços para combate à lista de espera para tratamentos cirúrgicos às cataratas:

- Foi mal estimada, uma vez que após dois anos de contrato foram realizadas 803 cirurgias, o que corresponde a uma taxa de execução de 84%, e foi objecto de um inapropriado controlo administrativo/financeiro, com pagamentos por serviços não prestados em diversas categorias profissionais, no valor de €11.710,00;
- Levou a uma diminuição nas actividades da CE (diminuição de 20% das primeiras consultas em 2005 relativamente a 2003) e da cirurgia, tanto no BO como na pequena cirurgia (decrécimo de 92% nas intervenções cirúrgicas do BO e de 44% nas pequenas cirurgias em 2005 em relação a 2003).

Quanto à actividade cirúrgica do serviço de Oftalmologia, os responsáveis alegam que não houve uma redução da mesma, o que se confirma, uma vez que a redução verificada na pequena cirurgia, no BO e no ambulatório¹⁰⁹ (que passou de 42¹¹⁰ para 13¹¹¹), foi ultrapassada pelo aumento existente na cirurgia das cataratas.

¹⁰⁹ Retirando a cirurgia às cataratas.

¹¹⁰ No período de Maio de 2004 a Abril de 2005.

¹¹¹ No período de Maio de 2005 a Abril de 2006.

4. EMOLUMENTOS

Nos termos do n.º 1 do art.º 10.º e do art.º 11.º do Regime Jurídico dos Emolumentos do Tribunal de Contas, aprovado pelo DL n.º 66/96, de 31 de Maio¹¹², são devidos emolumentos pelo SRS no montante de €16.337,50 (Cfr. Anexo VIII).

5. DETERMINAÇÕES FINAIS

Nos termos conjugados dos artigos 78.º, n.º 2, alínea a), 105.º, n.º 1, e 107.º, n.º 3, todos da Lei n.º 98/97, de 26 de Agosto, decide-se:

- a) Aprovar o presente relatório e, designadamente, as recomendações nele formuladas;
- b) Ordenar que exemplares deste Relatório sejam remetidos:
 - A Sua Excelência a Secretária Regional dos Assuntos Sociais, na qualidade de membro do Governo Regional com a tutela do “Serviço Regional de Saúde, E.P.E.”
 - À Directora Regional de Gestão e Desenvolvimento dos Recursos;
 - Ao Presidente e aos restantes membros do Conselho de Administração do “Serviço Regional de Saúde, E.P.E.”;
 - Ao Director Clínico, à Directora do Serviço de Apoio do Doente e Estatística, ao Director da Consulta Externa e aos Directores dos Serviços de Dermatologia, Oftalmologia, Ortopedia e Urologia.
- c) Solicitar que o Tribunal de Contas seja informado sobre as diligências efectuadas pelo Conselho de Administração para dar acolhimento às recomendações constantes do presente relatório, até ao final do presente ano;
- d) Fixar os emolumentos devidos pelo Serviço Regional de Saúde, E.P.E. em € 16.337,50 conforme o quadro constante no anexo VIII;
- e) Mandar divulgar o presente relatório na Intranet e no site do Tribunal de Contas na Internet, depois de ter sido notificado aos responsáveis;
- f) Determinar a remessa de um exemplar deste Relatório ao Excelentíssimo Magistrado do Ministério Público junto desta Secção Regional, nos termos do artigo 29.º, n.º 4 e 54.º, n.º 4, aplicável por força do disposto no artigo 55.º, n.º 2, todos da Lei n.º 98/97, de 26 de Agosto.

¹¹² Diploma que aprovou o regime jurídico dos emolumentos do Tribunal de Contas, rectificado pela Declaração de Rectificação n.º 11-A/96, de 29 de Junho, e na nova redacção introduzida pela Lei n.º 139/99, de 28 de Agosto, e pelo art.º 95.º da Lei n.º 3-B/2000, de 4 de Abril.



Tribunal de Contas
Secção Regional da Madeira

Secção Regional da Madeira do Tribunal de Contas, aos 8 de Março de 2007.

O Juiz Conselheiro,

(Manuel Roberto Mota Botelho)

O Assessor,

(José Emídio Gonçalves)

A Assessora,

(Ana Mafalda Nobre dos Reis Morbey Affonso)

**Fui presente,
O Procurador-Geral Adjunto,**

(Orlando de Andrade Ventura da Silva)



ANEXOS



I – Planos de Actividades

1. Medidas contempladas nos planos de actividades do SRS especificamente orientadas para a área hospitalar

N.º	OBJECTIVOS – Ambulatório
Plano de actividades de 2004	
a.1	Recuperar a quebra de actividade, registada em 2003, nas consultas de Cirurgia I, Cirurgia II, Cirurgia III, Estomatologia e Ortopedia Pediátrica.
a.2	Manter a actividade registada nas restantes especialidades.
a.3	Garantir as consultas de Ortopedia em situações de pós-urgência em tempo útil.
a.4	Alargar o método de prioritização na marcação de consultas utilizado pela Oftalmologia.
Planos de actividades de 2004 e 2005	
a.5	Aumentar o n.º de consultas em algumas especialidades, para combater as listas de espera.
a.6	Alargar (generalizar) a marcação horária diferida às restantes especialidades.
a.7	Aumentar o n.º de consultas realizadas entre as 14H e as 18H.
a.8	Manter a personalização de consultas em todas as especialidades.
N.º	OBJECTIVOS – Bloco Operatório
Plano de actividades de 2004	
b.1	Recuperar a diminuição em 35% de pequenas cirurgias, registada em 2003, em Cirurgia I
b.2	Dotar o recobro em mais duas camas
b.3	Implementar um programa de recuperação da lista de espera da cirurgia das cataratas, com recurso à contratualização.
Planos de actividades de 2004 e 2005	
b.4	Aumentar o n.º de intervenções cirúrgicas
b.5	Alargar a lógica da actividade cirúrgica em jornada contínua a outras especialidades
b.6	Reduzir o n.º de doentes recusados na anestesia
Plano de actividades de 2005	
b.7	Manter a produção em pequenas cirurgias
b.8	Concluir o programa de recuperação da lista de espera da cirurgia das cataratas.

N.º	OBJECTIVOS – Internamento
Planos de actividades de 2004 e 2005	
c.1	Manter a demora média ao nível de 2003
c.2	Aumentar a taxa de ocupação (ocupação média) dos serviços de Cirurgia I, Cirurgia II, Cirurgia III, Ortopedia e Urologia
c.3	Atenuar os efeitos perversos das altas problemáticas na gestão das camas e na capacidade de internamento
c.4	Melhoria nas prestações de cuidados pós cirúrgicos



II – Contratos programa

1. Produção contratada de Junho de 2005 a Maio de 2006

Descrição	Quantidade	Preço Unitário	Valor
Internamento	23.500	*	59.000.000,00
Consultas externas	167.000	50,00	8.350.000,00
Urgências	131.000	80,72	10.574.320,00
Pequenas cirurgias	1.600	12,4	19.840,00
Cirurgias de ambulatório	980	791,44	775.611,00
MCDT	1.233.547	**	37.506.689,00
Hospitais de Dia:			
Infecto Contagiosas	1.000	24,90	24.900,00
Oncologia	6.909	24,90	172.034,00
Diálise	7.591	24,90	189.016,00
Dor	6.684	24,90	166.432,00
Reumatologia	1.200	24,90	29.880,00
Internamentos no H. João de Almada***	180	2.424,07	5.262.660,00
Total – Área hospitalar			122.044.716,80
Total – Centros de Saúde			50.838.640,00
Medicina Física e Reabilitação	86.500	60,84	5.262.660,00
Outros			16.898.098,00
Global SRS			195.044.115,00

*De acordo com a Portaria n.º 132/2003, de 5 de Fevereiro.

** De acordo com os preços médios dos Anexos III e III-A da Portaria n.º 132/2003. Os tipos de exames são discriminados em tabelas anexas ao contrato programa.

*** Preço unitário por utente

2. Objectivos de convergência**A) ORÇAMENTO ECONÓMICO**

Rubricas	Contrato de Jun/03 a Dez/03	Contrato de Jun/04 a Maio/05 (1)	Contrato de Jun/05 a Maio/06(2)	(1)/(2) %
Salários	41.716.112,47	109.215.893,00	115.174.631,00	5,46
Remunerações adicionais	8.040.416,67			
Horas extraordinárias		3.062.759,00	15.000.000,00	389,75
Custo das Mercadorias Vendidas e Consumidas	17.587.350,00	34.496.097,63	32.000.000,00	-7,24
Fornecimentos: subcontratos, fornecimentos e doutros fornecimentos de serviços	33.486.598,45	41.034.331,00	21.713.931,00	-47,08
Serviços 1 (inclui, entre outros, comunicações, seguros, rendas, transportes e honorários)	765.002,43	1.029.922,07	1.119.600,00	8,71
Serviços 2 (inclui entre outros, conservação e reparação, limpeza, vigilância, alimentação, lavandaria e trabalhos especializados)	1.821.434,35	6.558.000,00	1.435.953,00	-78,10
Outros	372.947,63	13.689.997,30	8.600.000,00	-37,18
Total custos	103.789.862,00	209.087.000,00	195.044.115,00	-6,72

Os orçamentos económicos, relativamente aos períodos comparáveis (Jun/04 a Maio /05 e Jun/05 a Maio/06), apresentam uma tendência decrescente para os custos globais (-6,72%), embora com oscilações por linha de produção.



Tribunal de Contas
Secção Regional da Madeira

B) METAS ORÇAMENTAIS

Rubricas	Contrato de Jun/03 a Dez/03	Contrato de Jun/04 a Maio/05 (1)	Contrato de Jun/05 a Maio/06(2)	(1)/(2) %
Salários	41.716.112,47	109.215.893,00	115.174.631,00	5,46
Remunerações adicionais	7.236.375,00			
Horas extraordinárias		2.756.483,10	14.250.000,00	416,96
Custo das Mercadorias Vendidas e Consumidas	16.707.982,50	32.771.292,75	30.400.000,00	-7,24
Fornecimentos: subcontratos, fornecimentos e doutros fornecimentos de serviços	34.491.196,40	42.265.360,93	20.628.234,00	-51,19
Serviços 1 (inclui, entre outros, comunicações, seguros, rendas, transportes e honorários)	711.452,26	957.827,53	1.119.600,00	16,89
Serviços 2 (inclui entre outros, conservação e reparação, limpeza, vigilância, alimentação, lavandaria e trabalhos especializados)	1.693.933,95	6.098.940,00	1.435.953,00	-76,46
Outros	354.300,25	13.005.497,44	7.740.000,00	-40,49
Total custos	102.911.352,83	207.071.294,74	190.748.418,00	-7,88

De acordo com os dados coligidos, as metas definidas apontaram sucessivamente para uma redução dos custos globais, embora com oscilações entre cada tipo de custos. Confrontando os dois últimos contratos - programa verifica-se a fixação de um objectivo de redução global dos custos de -7,88%, embora com oscilações entre as diversas linhas orçamentais que variam entre os -76,46% para os *Serviços 1* e os +416,96 % para as *Horas extraordinárias*.

C) VARIAÇÃO (%) DAS METAS ORÇAMENTAIS VS ORÇAMENTO ECONÓMICO

Rubricas	Contrato de Jun/03 a Dez/03	Contrato de Jun/04 a Maio/05 (1)	Contrato de Jun/05 a Maio/06(2)
Salários	0,00	0,00	0,00
Remunerações adicionais	-10,00	-	-
Horas extraordinárias	-	-10,00	-5,00
Custo das Mercadorias Vendidas e Consumidas	-5,00	-5,00	-5,00
Fornecimentos: subcontratos, fornecimentos e doutros fornecimentos de serviços	3,00	3,00	-5,00
Serviços 1 (inclui, entre outros, comunicações, seguros, rendas, transportes e honorários)	-7,00	-7,00	0,00
Serviços 2 (inclui entre outros, conservação e reparação, limpeza, vigilância, alimentação, lavandaria e trabalhos especializados)	-7,00	-7,00	0,00
Outros	-5,00	-5,00	-10,00
Total custos	-0,85	-0,96	-2,20

Confrontando as metas com os valores orçamentados (dentro de um mesmo período), a orientação geral foi no sentido de uma redução consistente das despesas globais que ascendeu a -0,85%, no primeiro contrato, a -0,96%, para o segundo, e a -2,20% no último.

As metas fixadas para os diversos tipos de custos foram no sentido da contenção (com cortes entre os 3% e os 10%) com excepção dos salários (em todos os contratos) e das linhas *Serviços 1* e *Serviços 2* (no ultimo período), cujo objectivo foi o da não ultrapassagem dos valores orçamentados, e da rubrica *Fornecimentos*, que foi ajustada em mais 3% nos dois primeiros contratos.



Tribunal de Contas
Secção Regional da Madeira

D) EXECUÇÃO

Rubricas	Contrato de Jun/03 a Dez/03	Contrato de Jun/04 a Maio/05 (1)	Contrato de Jun/05 a Maio/06(2)	(1)/(2) %
Salários, Remunerações adicionais e H. Extraord.	71.707689,90	122.848.650,07	132.666.513,66	7,99
Custo das Mercadorias Vendidas e Consumidas	19.290.845,69	30.016.213,83	35.167.789,22	17,16
Fornecimentos: subcontratos, fornecimentos e doutros fornecimentos de serviços	35.718.207,62	31.878.564,33	35.072.233,58	10,02
Serviços 1 (inclui, entre outros, comunicações, seguros, rendas, transportes e honorários)	1.052.207,16	2.591.991,37	2.359.990,16	-8,95
Serviços 2 (inclui entre outros, conservação e reparação, limpeza, vigilância, alimentação, lavandaria e trabalhos especializados)	1.030.677,23	1.165.469,49	1.162.814,14	-0,23
Outros	12.375.416,38	29.384.551,35	23.550.671,21	-19,85
Total custos	141.175.043,98	217.885.440,44	229.980.011,97	5,55

* Os dados respeitantes ao último contrato são provisórios.

III - Movimento assistencial por especialidades

A) CONSULTA EXTERNA

Fazendo uma breve apresentação das 4 especialidades seleccionadas, temos que:

- O serviço de Dermatologia e Venereologia do HCF está localizado no HM. A enfermaria do serviço de Dermatologia, situada no 1.º piso do HM dispõe de 12 camas, distribuídas por 4 salas de internamento – duas de homens e duas de mulheres, e de 1 isolamento.

O serviço de Dermatologia presta cuidados na área de Dermatologia e Venerologia, na CE, no internamento, na pequena cirurgia e nos meios complementares de diagnóstico e terapêutica.

Na CE, este serviço tem ao seu dispor: três gabinetes, comuns a outras especialidades, uma sala de pequena cirurgia, uma sala de fototerapias (PUVA), um microscópio óptico para exames micológicos directos, material para realização de provas epicutâneas (baterias de testes) e uma sala de pensos, para tratamento, em ambulatório, de doentes com úlcera de perna, comum à Endocrinologia (“pé diabético”).

- A Oftalmologia é uma especialidade médico-cirúrgica localizada na ala poente do 1.º andar do HCC conjuntamente com as valências, também cirúrgicas, de Cirurgia Vasculare e Córdio-Torácica, dispondo de 9 camas distribuídas por 3 enfermarias.
- O serviço de Ortopedia dispõe de 106 camas distribuídas por três sectores: A, B e C. O Sector A está localizado no 6.º andar (ala nascente) e está destinado para a Ortopedia Infantil.

A especialidade de Ortopedia tem como sub-especialidades na CE: Ortopedia Infantil, Patologia da Coluna e Traumatologia de Adultos.

- O serviço de Urologia está instalado na ala poente do 8.º piso do HCC, dispondo de 24 camas distribuídas por 8 enfermarias. É uma especialidade cirúrgica, actuando na prevenção e tratamento das patologias urológicas, diferenciando-se pela especificidade da investigação e terapêutica endourológica.

Este serviço actua nas diversas áreas, especificamente: CE, urgência (de prevenção), internamento, cirurgia e exames complementares de diagnóstico. No BO dispõem de 2,5 salas de operações por semana.



DERMATOLOGIA

Indicadores	2003	2004	2005	Δ % 04/03	Δ % 05/04	Δ % 05/03
De capacidade						
N.º gabinetes de consulta do HCF	2	2	2	0,0	0,0	0,0
N.º médicos	4	4	3	0,0	0,0	0,0
De produção						
N.º total de consultas:						
programadas	4.172	3.675	3.128	-11,9	-14,9	-25,0
reprogramadas	434	409	335	-5,8	-18,1	-22,8
realizadas	3.660	3.097	2.719	-15,4	-12,2	-25,7
canceladas	512	578	409	12,9	-29,2	-20,1
N.º primeiras consultas:						
programadas	1.764	1.594	1.367	-9,6	-14,2	-22,5
reprogramadas	256	289	247	12,9	-14,5	-3,5
realizadas	1.509	1.288	1.159	-14,6	-10,0	-23,2
canceladas	255	306	208	20,0	-32,0	-18,4
N.º consultas realizadas entre as:						
8h-14h	3.660	3.097	2.719	-15,4	-12,2	-25,7
14h-18h	0	0	0	-	-	-
De eficiência/produktividade						
N.º consultas por:						
gabinete/semana	35,2	29,8	26,1	-15,3	-12,4	-25,9
médico/ano	915,0	774,3	906,3	-15,4	17,1	-1,0
dia útil (250 dias)	14,64	12,39	10,88	-15,4	-12,2	-25,7
hora	1,5	1,3	1,1	-13,3	-15,4	-26,7
Outros						
Rentabilização (% do realizado/programado) das:						
consultas totais	87,7%	84,3%	86,9%	-3,9	3,1	-0,9
primeiras consultas	85,5%	80,8%	84,8%	-5,5	5,0	-0,8
consultas subsequentes	89,3%	86,9%	88,6%	-2,7	2,0	-0,8
Lista de espera*:						
N.º total de doentes em lista	339	300	350	-11,5	16,7	3,2
% no total da produção	-	9,7%	12,9%	-	33,0	-
Tempo de espera em lista:						
média	309,7	344,1	354,4	11,1	3,0	14,4
desvio padrão	110,3	80,8	91,6	-26,7	13,4	-17,0
mínimo	253	91	56	-64,0	-38,5	-77,9
máximo	1.276	1.276	431	0,0	-66,2	-66,2
Peso das 1.ªs consultas no total das consultas	41,23%	41,59%	42,63%	0,9	2,5	3,4
Custos						
Custos directos	n.d.	n.d.	n.d.	-	-	-

* Os dados relativos à lista de espera de 2003 são referentes a 1 de Junho.

OFTALMOLOGIA

Indicadores	2003	2004	2005	Δ % 04/03	Δ % 05/04	Δ % 05/03
De capacidade						
N.º gabinetes de consulta do HCF	4	4	5	0,0	25,0	25,0
N.º médicos	8	9	9	12,5	0,0	0,0
De produção						
N.º total de consultas:						
programadas	12.982	13.351	14.543	2,8	8,9	12,0
reprogramadas	1.570	1.211	1.062	-22,9	-12,3	-32,4
realizadas	11.898	12.324	13.205	3,6	7,1	11,0
canceladas	1.084	1.027	1.338	-5,3	30,3	23,4
N.º primeiras consultas:						
programadas	5.847	4.630	4.671	-20,8	0,9	-20,1
reprogramadas	1.134	605	520	-46,6	-14,0	-54,1
realizadas	5.331	4.275	4.265	-19,8	-0,2	-20,0
canceladas	516	355	406	-31,2	14,4	-21,3
N.º consultas realizadas entre as:						
8h-14h	11.898	12.324	13.110	3,6	6,4	10,2
14h-18h	0	0	95	-	-	-
De eficiência/produktividade						
N.º consultas por:						
gabinete/semana	57,2	59,3	50,8	3,7	-14,3	-11,2
médico/ano	1.487,3	1.369,3	1.467,2	-7,9	7,1	-1,4
dia útil (250 dias)	47,59	49,30	52,82	3,6	7,1	11,0
hora	5,0	5,2	5,6	4,0	7,7	12,0
Outros						
Rentabilização (% do realizado/programado) das:						
consultas totais	91,6%	92,3%	90,8%	0,8	-1,6	-0,9
primeiras consultas	91,2%	92,3%	91,3%	1,2	-1,1	0,1
consultas subsequentes	92,0%	92,3%	90,6%	0,3	-1,8	-1,5
Lista de espera*:						
N.º total de doentes em lista	267	-	-	-	-	-
% no total da produção	-	n.d.	n.d.	-	-	n.d.
Tempo de espera em lista:						
média	163,4	-	-	-	-	-
desvio padrão	69,2	-	-	-	-	-
mínimo	21	-	-	-	-	-
máximo	409	-	-	-	-	-
Peso das 1.ªs consultas no total das consultas	44,81%	34,69%	32,30%	-22,6	-6,9	-27,9
Custos						
Custos directos	n.d.	n.d.	n.d.	-	-	-

* Os dados relativos à lista de espera de 2003 são referentes a 1 de Junho.



ORTOPEDIA

Indicadores	2003	2004	2005	Δ % 04/03	Δ % 05/04	Δ % 05/03
De capacidade						
N.º gabinetes de consulta do HCF	4	4	4	0,0	0,0	0,0
N.º médicos	12	12	13	0,0	8,3	8,3
De produção						
N.º total de consultas:						
programadas	9.880	10.776	10.961	9,1	1,7	10,9
reprogramadas	653	761	957	16,5	25,8	46,6
realizadas	9.634	10.379	10.566	7,7	1,8	9,7
canceladas	246	397	395	61,4	-0,5	60,6
N.º primeiras consultas:						
programadas	4.339	4.473	4.631	3,1	3,5	6,7
reprogramadas	256	367	509	43,4	38,7	98,8
realizadas	4.224	4.311	4.456	2,1	3,4	5,5
canceladas	115	162	175	40,9	8,0	52,2
N.º consultas realizadas entre as:						
8h-14h	7.351	6.107	7.336	-16,9	20,1	-0,2
14h-18h	2.283	4.272	3.230	87,1	-24,4	41,5
De eficiência/produktividade						
N.º consultas por:						
gabinete/semana	46,3	49,9	50,8	7,8	1,8	9,7
médico/ano	802,8	864,9	812,8	7,7	-6,0	1,2
dia útil (250 dias)	38,54	41,52	42,26	7,7	1,8	9,7
hora	4,1	4,4	4,4	7,3	0,0	7,3
Outros						
Rentabilização (% do realizado/programado) das:						
consultas totais	97,5%	96,3%	96,4%	-1,2	0,1	-1,1
primeiras consultas	97,3%	96,4%	96,2%	-0,9	-0,2	-1,1
consultas subsequentes	97,6%	96,3%	96,5%	-1,3	0,2	-1,1
Lista de espera*:						
N.º total de doentes em lista						
Ortopedia	617	697	-	13,0	-	-
Ortopedia Pediátrica	53	93	75	75,5	-19,4	41,5
% no total da produção	-	7,6%	nd	-	n.d	
Tempo de espera em lista - Ortopedia:						
média	552,6	428,1	-	-22,5	-	-
desvio padrão	202,8	388,2	-	91,4	-	-
mínimo	49	17	-	-65,3	-	-
máximo	1.135	1.135	-	0,0	-	-
Tempo de espera em lista – Ort. Pediátrica:						
média	23,1	51,5	291,5	122,9	466,02	1161,9
desvio padrão	20,9	27	26,2	29,2	-3,0	25,4
mínimo	7	11	273	57,1	2381,8	3800,0
máximo	68	67	310	-1,5	362,7	355,9
Peso das 1.ªs consultas no total das consultas	43,84%	41,54%	42,17%	-5,2	1,5	-3,8
Custos						
Custos directos	n.d.	n.d.	n.d.	-	-	-

* Os dados relativos à lista de espera de 2003 são referentes a 1 de Junho.

UROLOGIA

Indicadores	2003	2004	2005	Δ % 04/03	Δ % 05/04	Δ % 05/03
De capacidade						
N.º gabinetes de consulta do HCF	3	3	3	0,0	0,0	0,0
N.º médicos	6	6	6	0,0	0,0	0,0
De produção						
N.º total de consultas:						
programadas	5.179	5.590	5.140	7,9	-8,1	-0,8
reprogramadas	495	639	534	29,1	-16,4	7,9
realizadas	4.975	5.188	4.831	4,3	-6,9	-2,9
canceladas	204	402	309	97,1,4	-23,1	51,5
N.º primeiras consultas:						
programadas	1.821	1.867	1.806	2,5	-3,3	-0,8
reprogramadas	235	385	339	63,8	-11,9	44,3
realizadas	1.752	1.707	1.683	-2,6	-1,4	-3,9
canceladas	69	160	123	131,9	-23,1	78,3
N.º consultas realizadas entre as:						
8h-14h	4.288	4.342	4.005	1,3	-7,8	-6,6
14h-18h	687	846	826	23,1	-2,4	20,2
De eficiência/produktividade						
N.º consultas por:						
gabinete/semana	31,9	33,3	31,0	4,4	-6,9	-2,8
médico/ano	829,2	864,7	805,2	4,3	-6,9	-2,9
dia útil (250 dias)	19,90	20,75	19,32	4,3	-6,9	-2,9
hora	2,1	2,2	2,0	4,8	-9,1	-4,8
Outros						
Rentabilização (% do realizado/programado) das:						
consultas totais	96,1%	92,8%	94,0%	-3,4	1,3	-2,2
primeiras consultas	96,2%	91,4%	93,2%	-5,0	2,0	-3,1
consultas subsequentes	96,0%	93,5%	94,4%	-2,6	1,0	-1,7
Lista de espera*:						
N.º total de doentes em lista	414	795	1.210	92,0	52,2	192,3
% no total da produção	-	15,3%	25,1%	-	64,1	-
Tempo de espera em lista:						
média	223,5	88,4	257,6	-60,4	191,4	15,3
desvio padrão	186,9	61,5	117,4	-67,1	90,9	-37,2
mínimo	17	21	101	23,5	381,0	494,1
máximo	476	333	393	-30,0	18,0	-17,4
Peso das 1.ªs consultas no total das consultas	35,22%	32,90%	34,84%	-6,6	5,9	-1,1
Custos						
Custos directos	n.d.	n.d.	n.d.	-	-	-

* Os dados relativos à lista de espera de 2003 são referentes a 1 de Junho.



B) CIRURGIA GERAL

CIRURGIA I

Indicadores ¹¹³	2004	2005	Δ % 05/04
De capacidade			
N.º cirurgiões	10	9	-10,0
De produção			
N.º cirurgias			
programadas	478	470	-1,7
programadas realizadas	384	379	-1,3
programadas canceladas	94	91	-3,2
urgentes	158	169	7,0
pequena cirurgia programada	159	182	14,5
urgente	1868	1545	-17,3
N.º cirurgias programadas realizadas entre as: a)			
8h-14h	298	293	-1,7
14h-20h	83	82	-1,2
20h-8h	0	0	-
N.º cirurgias urgentes realizadas entre as: a)			
8h-14h	29	31	6,9
14h-20h	50	57	14,0
20h-8h	78	80	2,6
De eficiência/produktividade			
N.º cirurgias por médico	54	61	13,0
N.º cirurgias programadas por dia útil ¹¹⁴	4	4	0,0
N.º cirurgias urgentes por dia ¹¹⁵	1	1	0,0
Custos			
Custos directos	n.d.	n.d.	-

a) Algumas cirurgias não têm hora de início, pelo que não são contabilizadas.

¹¹³ Informação recolhida da aplicação informática existente no BO. Os dados são por doente intervencionado.

¹¹⁴ Neste indicador, o SADE considerou como dias úteis: 99 dias em 2004 e 96 em 2005.

¹¹⁵ Neste indicador, o SADE considerou como número de dias o número efectivo de dias que o serviço operou de urgência no BO: 111 dias em 2004 e 122 em 2005.

CIRURGIA II

Indicadores ¹¹⁶	2004	2005	Δ % 05/04
De capacidade			
N.º cirurgias	6	6	0,0
De produção			
N.º cirurgias			
programadas	507	449	-11,4
programadas realizadas	418	340	-18,7
programadas canceladas	89	111	24,7
urgentes	144	189	31,3
pequena cirurgia programada	221	238	7,7
urgente	1028	1294	25,9
N.º cirurgias programadas realizadas entre as: a)			
8h-14h	295	273	-7,5
14h-20h	117	61	-47,9
20h-8h	1	0	-100,0
N.º cirurgias urgentes realizadas entre as: a)			
8h-14h	26	21	-19,2
14h-20h	48	63	31,3
20h-8h	59	105	78,0
De eficiência/produktividade			
N.º cirurgias por médico	94	88	-6,4
N.º cirurgias programadas por dia útil ¹¹⁷	4	4	0,0
N.º cirurgias urgentes por dia ¹¹⁸	2	2	0,0
Custos			
Custos directos	n.d.	n.d.	-

a) Algumas cirurgias não têm hora de início, pelo que não são contabilizadas.

¹¹⁶ Informação recolhida da aplicação informática existente no BO. Os dados são por doente intervencionado.

¹¹⁷ Neste indicador, o SADE considerou como dias úteis: 104 dias em 2004 e 92 em 2005.

¹¹⁸ Neste indicador, o SADE considerou como número de dias o número efectivo de dias que o serviço operou de urgência no BO: 98 dias em 2004 e 119 em 2005.



CIRURGIA III

Indicadores ¹¹⁹	2004	2005	Δ % 05/04
De capacidade			
N.º cirurgiões	8	9	12,5
De produção			
N.º cirurgias			
programadas	332	405	22,0
programadas realizadas	293	335	14,3
programadas canceladas	42	71	69,0
urgentes	257	246	-4,3
pequena cirurgia programada	269	308	14,5
urgente	1513	1685	11,4
N.º cirurgias programadas realizadas entre as: a)			
8h-14h	239	258	7,9
14h-20h	53	73	37,7
20h-8h	1	0	-100,0
N.º cirurgias urgentes realizadas entre as: a)			
8h-14h	61	80	31,1
14h-20h	80	103	28,8
20h-8h	113	63	-44,2
De eficiência/produktividade			
N.º cirurgias por médico	69	65	-5,8
N.º cirurgias programadas por dia útil ¹²⁰	3	3	0,0
N.º cirurgias urgentes por dia ¹²¹	2	2	0,0
Custos			
Custos directos	n.d.	n.d.	-

a) Algumas cirurgias não têm hora de início, pelo que não são contabilizadas.

¹¹⁹ Informação recolhida da aplicação informática existente no BO. Os dados são por doente intervencionado.

¹²⁰ Neste indicador, o SADE considerou como dias úteis: 98 dias em 2004 e 106 em 2005.

¹²¹ Neste indicador, o SADE considerou como número de dias o número efectivo de dias que o serviço operou de urgência no BO: 150 dias em 2004 e em 2005.

OFTALMOLOGIA

Indicadores ¹²²	2004	2005	Δ % 05/04
De capacidade			
N.º oftalmologistas	8	9	12,5
De produção			
N.º cirurgias			
programadas	271	52	-80,8
programadas realizadas	248	37	-85,1
programadas canceladas	23	15	-34,8
urgentes	12	13	8,3
ambulatório ¹²³	655 c)	1.084	-
pequena cirurgia programada	145	32	-77,9
N.º cirurgias programadas realizadas entre as: a)			
8h-14h	171	37	-78,4
14h-20h	53	0	-100,0
20h-8h	0	0	-
N.º cirurgias urgentes realizadas entre as: a)			
8h-14h	3	3	0,0
14h-20h	2	3	50,0
20h-8h	7	7	0,0
De eficiência/produktividade			
N.º cirurgias por médico	33	6	-81,8
N.º cirurgias programadas por dia útil ¹²⁴	6	5	-16,7
N.º cirurgias urgentes por dia ¹²⁵	1	1	0,0
Custos			
Custos directos	n.d.	n.d.	-

a) Em 2004, só se começaram a realizar cirurgias em ambulatório a partir do mês de Maio; b) Algumas cirurgias não têm hora de início, pelo que não são contabilizadas.

¹²² Informação recolhida da aplicação informática existente no BO. Os dados são por doente intervencionado.

¹²³ Este indicador contém cirurgias às cataratas contratualizadas: 225 em 2004 e 419 em 2005.

¹²⁴ Neste indicador, o SADE considerou como dias úteis: 41 dias em 2004 e 8 em 2005.

¹²⁵ Neste indicador, o SADE considerou como número de dias o número efectivo de dias que o serviço operou de urgência no BO: 12 dias em 2004 e 13 em 2005.



ORTOPEDIA

Indicadores ¹²⁶	2004	2005	Δ % 05/04
De capacidade			
N.º ortopedistas	12	11	-8,3
De produção			
N.º cirurgias			
programadas	795	868	9,2
programadas realizadas	637	678	6,4
programadas canceladas	158	190	20,3
urgentes	630	583	-7,5
N.º cirurgias programadas realizadas entre as: a)			
8h-14h	385	373	-3,1
14h-20h	242	285	17,8
20h-8h	2	6	200,0
N.º cirurgias urgentes realizadas entre as: a)			
8h-14h	86	95	10,5
14h-20h	256	211	-17,6
20h-8h	283	274	-3,2
De eficiência/produktividade			
N.º cirurgias por médico	106	115	8,5
N.º cirurgias programadas por dia útil ¹²⁷	4	4	0,0
N.º cirurgias urgentes por dia ¹²⁸	2	3	50,0
Custos			
Custos directos	n.d.	n.d.	-

a) Algumas cirurgias não têm hora de início, pelo que não são contabilizadas.

¹²⁶ Informação recolhida da aplicação informática existente no BO. Os dados são por doente intervencionado.

¹²⁷ Neste indicador, o SADE considerou como dias úteis: 160 dias em 2004 e 158 em 2005.

¹²⁸ Neste indicador, o SADE considerou como número de dias o número efectivo de dias que o serviço operou de urgência no BO: 280 dias em 2004 e 189 em 2005.

C) INTERNAMENTO

CIRURGIA I

Indicadores	2003	2004	2005	Δ % 04/03	Δ % 05/04	Δ % 05/03
De capacidade						
Lotação praticada	35	35	35	0,0	0,0	0,0
N.º médicos	9	10	9	11,1	-10,0	0,0
De produção						
N.º doentes:						
entrados	868	915	812	5,4	-11,3	-6,5
saídos	873	900	826	3,1	-8,2	-5,4
tratados	886	922	834	4,1	-9,5	-5,9
N.º dias de internamento:						
dos doentes saídos	8038	8584	8145	6,8	-5,1	1,3
do período*	-	-	-	-	-	-
Proveniência do internamento (%):						
Urgência	50,69%	52,57%	49,38%	3,7	-6,06	-2,6
Consulta externa	44,82%	43,17%	48,89%	-3,7	13,26	9,1
Outras	4,49%	4,26%	1,72%	-5,1	-59,55	-61,7
De produtividade						
Frequência hospitalar = doentes saídos x 1000/População	3,56	3,67	3,37	3,1	-8,22	-5,3
Taxa de ocupação das camas (%)	62,92%	67,00%	63,76%	6,5	-4,84	1,3
Demora média (dias) de internamento	9,21	9,54	9,86	3,6	3,39	7,1
N.º doentes saídos:						
por médico/ano	97,0	90,0	91,8	-7,2	2,0	-5,4
por cama	24,9	25,7	23,6	3,2	-8,2	-5,2
Outros						
% de reinternamentos não programados (até 7 dias)	-	7,10%	7,51%	-	5,8	-
% de óbitos	5,64%	4,77%	6,00%	-15,4	25,8	6,4
Custos						
Custos directos	n.d.	n.d.	n.d.	-	-	-



CIRURGIA II

Indicadores	2003	2004	2005	Δ % 04/03	Δ % 05/04	Δ % 05/03
De capacidade						
Lotação praticada	35	35	35	0,0	0,0	0,0
N.º médicos	6	6	6	0,0	0,0	0,0
De produção						
N.º doentes:						
entrados	816	931	904	14,1	-2,9	10,8
saídos	816	923	905	13,1	-2,0	10,9
tratados	827	942	923	13,9	-2,0	11,6
N.º dias de internamento:						
dos doentes saídos	6851	7938	8710	15,9	9,7	27,1
do período*	-	-	-	-	-	-
Proveniência do internamento (%):						
Urgência	46,94%	48,44%	49,23%	3,2	1,6	4,9
Consulta externa	49,14%	47,48%	45,02%	-3,4	-5,2	-8,4
Outras	3,92%	4,08%	5,75%	4,1	40,9	46,7
De produtividade						
Frequência hospitalar = doentes saídos x 1000/População	3,33	3,77	3,69	13,2	-2,1	10,8
Taxa de ocupação das camas (%)	53,63%	61,97%	68,18%	15,6	10,0	27,1
Demora média (dias) de internamento	8,40	8,60	9,62	2,4	11,9	14,5
N.º doentes saídos:						
por médico/ano	136,0	153,8	150,8	13,1	-2,0	10,9
por cama	23,3	26,4	25,9	13,3	-1,9	11,2
Outros						
Reinternamentos não programados (até 7 dias)	-	7,84%	8,52%	-	8,7	-
% de óbitos	5,20%	5,41%	5,85%	4,0	8,1	12,5
Custos						
Custos directos	n.d.	n.d.	n.d.	-	-	-

CIRURGIA III

Indicadores	2003	2004	2005	Δ % 04/03	Δ % 05/04	Δ % 05/03
De capacidade						
Lotação praticada	35	35	35	0,0	0,0	0,0
N.º médicos	9	8	9	-11,1	12,5	0,0
De produção						
N.º doentes						
entrados	716	752	726	5,0	-3,5	1,4
saídos	716	745	731	4,1	-1,9	2,1
tratados	725	761	742	5,0	-2,5	2,3
N.º dias de internamento:						
dos doentes saídos	5887	6989	7078	18,7	1,3	20,2
do período*	-	-	-	-	-	-
Proveniência do internamento (%):						
Urgência	49,16%	61,30%	53,72%	24,7	-12,4	9,3
Consulta externa	41,34%	33,38%	41,05%	-19,3	23,0	-0,7
Outras	9,50%	5,32%	5,23%	-44,0	-1,7	-44,9
De produtividade						
Frequência hospitalar = doentes saídos x 1000/População	2,92	3,04	2,98	4,1	-2,0	2,1
Taxa de ocupação das camas (%)	46,08%	54,57%	55,41%	18,4	1,5	20,2
Demora média (dias) de internamento	8,22	9,38	9,68	14,1	3,2	17,8
N.º doentes saídos:						
por médico/ano	79,6	93,1	81,2	17,0	-12,8	2,0
por cama	20,5	21,3	20,9	3,9	-1,9	2,0
Outros						
Reinternamentos não programados (até 7 dias)		3,99%	5,51%	-	38,1	-
% de óbitos	5,24%	5,65%	7,68%	7,8	35,9	46,6
Custos						
Custos directos	n.d.	n.d.	n.d.	-	-	-



ORTOPEDIA

Indicadores	2003	2004	2005	Δ % 04/03	Δ % 05/04	Δ % 05/03
De capacidade						
Lotação praticada	106	106	106	0,0	0,0	0,0
N.º médicos	12	12	11	0,0	-8,3	-8,3
De produção						
N.º doentes:						
entrados	1318	1431	1502	8,6	5,0	14,0
saídos	1311	1445	1507	10,2	4,3	15,0
tratados	1366	1486	1543	8,8	3,8	13,0
N.º dias de internamento:						
dos doentes saídos	22185	23515	22957	6,0	-2,4	3,5
do período*	-	-	-	-	-	-
Proveniência do internamento (%):						
Urgência	67,68%	58,49%	56,59%	-13,6	-3,2	-16,4
Consulta externa	27,31%	32,56%	32,29%	19,2	-0,8	18,2
Outras	5,01%	8,94%	11,12%	78,4	24,4	122,0
De produtividade						
Frequência hospitalar = doentes saídos x 1000/População	5,35	5,90	6,15	10,3	4,2	15,0
Taxa de ocupação das camas (%)	57,34%	60,61%	59,34%	5,7	-2,1	3,5
Demora média (dias) de internamento	16,92	16,27	15,23	-3,8	-6,4	-10,0
N.º doentes saídos:						
por médico/ano	109,3	120,4	137,0	10,2	13,8	25,3
por cama	12,4	13,6	14,2	9,7	4,4	14,5
Outros						
% de reinternamentos não programados (até 7 dias)	-	1,68%	1,53%	-	-8,9	-
% de óbitos	2,78%	2,36%	2,14%	-15,1	-9,3	-23,0
Custos						
Custos directos	n.d.	n.d.	n.d.	-	-	-



IV – Listas de espera da consulta

DATA DE INSCRIÇÃO DO 1.º UTENTE EM LISTA DE ESPERA		
Especialidade	Data da 1.ª Inscrição	N.º Utentes Inscritos
Alergologia Geral	Agosto 2005	120
Alergologia Infantil	Julho 2004	84
Alergologia Adultos	Outubro 2004	79
Dermatologia	Maio 2005	350
Endocrinologia	Dezembro 2004	247
Ginecologia	Maio 2006	50
Gastrenterologia	Maio 2006	-
Neurocirurgia	Dezembro 2005	170
Neurologia Pediátrica	Março 2005	130
Menopausa	Dezembro 2004	84
Ortopedia Adultos	-	600 a 700
Ortopedia Infantil	Fevereiro 2006	75
Oftalmologia	Janeiro 1999	2466
Urologia	Maio 2005	1210



V – Tempos médios de permanência na lista de espera da consulta e de espera até à realização da 1.ª consulta

Especialidades	Tempo médio (em dias)								
	Permanência na lista de espera			Espera até à realização da 1.ª consulta			Diferenças		
	2003 (1)	2004 (2)	2005(3)	2003 (4)	2004 (5)	2005 (6)	(4)-(1)	(5)-(2)	(6)-(3)
Alergologia	458,1	550,6	328,6	477,1	609,7	450,8	19	59,1	122,2
Alergologia Pediátrica	423,2	589,3	512,3	481,0	691,3	714,6	57,8	102	202,3
Anestesiologia	989,0	755,7	-	666,7	760,7	-	-322,3	5	-
Cardiologia	141,4	122,3	156,0	207,1	182,6	178,4	65,7	60,3	22,4
Cardiologia Pediátrica	243,0	-	-	280,0	115,0	-	37	115	-
Cirurgia I	-	77,0	62,5	161,0	143,0	127,8	161	66	65,3
Cirurgia II	157,7	-	54,0	173,4	-	82,0	15,7	-	28
Cirurgia III	-	-	-	-	94,0	187,0	-	94	187
Cirurgia Pediátrica	142,4	-	-	201,7	-	-	59,3	-	-
Cirurgia Plástica	-	77,1	-	-	110,6	94,0	-	33,5	94
Cirurgia Vasculuar	204,2	100,1	25,0	254,8	164,3	27,0	50,6	64,2	2
Dermatologia	309,7	344,1	354,4	354,0	401,2	390,0	44,3	57,1	35,6
Doenças Infecciosas	22,0	-	-	44,0	-	-	22	-	-
Endocrinologia	444,7	569,9	578,6	503,2	612,2	578,4	58,5	42,3	-0,2
Gastrenterologia	169,0	67,4	-	210,0	195,4	-	41	128	-
Gastro - Coloproctologia	784,0	784,0	-	-	-	114,0	-784	-784	114
Ginecologia-Planeamento Familiar	124,4	93,3	118,5	180,3	159,0	136,8	55,9	65,7	18,3
Ginecologia	145,9	158,3	185,0	142,4	167,2	147,2	-3,5	8,9	-37,8
Medicina Interna II	105,0	-	-	137,0	-	-	32	-	-
Menopausa	-	335,4	526,0	-	301,5	404,5	-	-33,9	-121,5
Nefrologia	357,0	-	92,0	400,0	-	133,0	43	-	41
Neurocirurgia	75,6	104,0	121,5	135,2	222,5	278,6	59,6	118,5	157,1
Neurologia	262,7	-	-	-	-	-	-262,7	-	-
Oftalmologia Pediátrica	191,2	-	-	223,4	-	-	32,2	-	-
Oftalmologia	163,4	-	-	182,8	-	-	19,4	-	-
Ortopedia Pediátrica	23,1	51,5	291,5	73,0	146,5	366,5	49,9	95	75
Ortopedia	552,6	428,1	113,0	664,6	531,3	125,0	112	103,2	12
Estomatologia	250,4	589,6	541,7	330,3	478,6	587,7	79,9	-111	46
Otorrinolaringologia	175,8	182,2	316,0	333,0	330,5	331,4	157,2	148,3	15,4
Patologia Mamária	171,5	244,7	42,0	271,3	247,0	239,4	99,8	2,3	197,4
Pediatria Médica	470,6	352,8	499,1	517,7	404,8	500,3	47,1	52	1,2
Reabilitação	836,0	673,5	-	-	790,0	-	-836	116,5	-
Reabilitação - Pediátrica	129,5	152,0	162,8	210,5	225,0	218,0	81	73	55,2
Reumatologia	68,9	205,2	251,2	122,9	199,1	252,2	54	-6,1	1
Terapêutica da Dor	-	68,0	37,2	333,6	64,0	81,5	333,6	-4	44,3
Urologia	223,5	88,4	257,6	303,8	448,7	481,8	80,3	360,3	224,2
Global do HCF	270,6	326,4	380,8	334,0	375,5	394,3	63,4	49,1	13,5



VI – Listas de espera da cirurgia

PATOLOGIA	Data de inscrição dos 5 primeiros doentes em lista de espera	Data de inscrição dos 5 últimos doentes operados	Data da última actualização/depuração da lista de espera	N.º doentes em lista de espera a 30/06/2006
Hérnias – Inguinal	19/03/1998	10/03/2006	Junho 2006	546
	04/06/1998	05/06/2006		
	21/01/1999	07/06/2006		
	18/03/1999	16/06/2006		
	29/04/1999	19/06/2006		
Fígado e vias biliares – Litíase biliar não complicada	02/03/2000	22/11/2005	Junho 2006	425
	13/03/2000	25/11/2005		
	14/07/2000	03/01/2006		
	21/07/2000	12/05/2006		
	29/08/2000	30/06/2006		
Varizes	13/07/1993	24/10/2005	Junho 2006	780
	19/03/1997	23/11/2005		
	20/05/1997	04/01/2006		
	18/06/1997	11/01/2006		
	24/06/1997	13/03/2006		
Vias baixas (Ginecologia)	17/02/2003	27/03/2006	Junho 2006	180
	24/02/2003	04/04/2006		
	12/03/2003	18/04/2006		
	24/02/2003	26/04/2006		
	31/03/2003	30/05/2006		
Adenoamigdalite crónica	19/10/2001	10/05/2006	Junho 2006	625
	07/11/2001	26/04/2006		
	14/01/2001	20/04/2006		
	21/11/2001	04/04/2006		
	04/12/2001	27/03/2006		
Desvio do septo	12/04/2000	25/06/2004	Junho 2006	223
	02/05/2000	09/08/2004		
	05/05/2000	04/11/2004		
	30/08/2000	05/12/2005		
	01/09/2000	23/12/2005		
Otite média crónica simples	23/11/1999	18/11/2004	Junho 2006	226
	29/03/2001	15/12/2004		
	18/04/2001	18/01/2005		
	08/07/2001	16/01/2005		
	14/09/2001	23/11/2005		
Sinusite crónica	03/03/2000	11/01/2005	Junho 2006	204
	23/03/2000	22/06/2005		
	14/04/2000	01/09/2005		
	15/05/2000	19/11/2005		
	06/07/2000	15/12/2005		

PATOLOGIA	Data de inscrição dos 5 primeiros doentes em lista de espera	Data de inscrição dos 5 últimos doentes operados	Data da última actualização/depuração da lista de espera	N.º doentes em lista de espera a 30/06/2006
Estenose (Neurocirurgia)	31/05/1995	07/07/2004	Junho 2006	204
	14/02/1996	18/08/2004		
	27/03/1996	13/01/2005		
	08/05/1996	21/04/2006		
	27/05/1996	04/05/2006		
Mama	14/11/2002	21/06/2006	Junho 2006	153
	03/01/2003	21/06/2006		
	26/03/2003	24/06/2006		
	03/04/2003	28/06/2006		
	09/04/2003	28/06/2006		
Urogenital (Cirurgia pediátrica)	26/01/1995	11/06/2006	Junho 2006	43
	26/10/1995	12/06/2006		
	24/07/1997	15/06/2006		
	11/05/1998	21/06/2006		
	25/06/1998	22/06/2006		
Cistoscopia – Controlo – Data (Urologia)	-	31/01/2005	Junho 2006	1
	-	18/04/2005		
	-	16/05/2005		
	-	24/08/2005		
	-	29/05/2005		



VII – Contratualização de serviços para combate à lista de espera para tratamentos cirúrgicos às cataratas

PROCESSAMENTO E PAGAMENTO DO NÚMERO DE INTERVENÇÕES CIRÚRGICAS REALIZADAS ÀS CATARATAS AOS OFTALMOLOGISTAS

Meses	No período de 01/05/04 a 30/04/05			No período de 01/05/05 a 30/04/06		
	Realizadas (1)	Pagas (2)	Diferença (2)-(1)	Realizadas (1)	Pagas (2)	Diferença (2)-(1)
Maio	28	26	- 2	48	48	0
Junho	62	64	+ 2	42	42	0
Julho	20	20	0	24	24	0
Outubro	27	27	0	26	26	0
Novembro	58	50	- 8	35	35	0
Dezembro	31	31	0	21	21	0
Janeiro	64	64	0	58	58	0
Fevereiro	42	42	0	40	40	0
Março	58	58	0	46	46	0
Abril	59	59	0	15	22	+ 7
Total	449	441	- 8	355	362	+ 7
Custo Total	€157.150,00	€154.350,00	- €2.800,00	€124.250,00	€126.700,00	+ €2.450,00

PROCESSAMENTO E PAGAMENTO DO NÚMERO DE INTERVENÇÕES CIRÚRGICAS REALIZADAS ÀS CATARATAS AOS OFTALMOLOGISTAS-AJUDANTES

Meses	No período de 01/05/04 a 30/04/05			No período de 01/05/05 a 30/04/06		
	Realizadas (1)	Pagas (2)	Diferença (2)-(1)	Realizadas (1)	Pagas (2)	Diferença (2)-(1)
Maio	28	26	- 2	48	49	+ 1
Junho	62	64	+ 2	42	42	0
Julho	20	20	0	24	24	0
Outubro	27	27	0	26	26	0
Novembro	58	51	- 7	35	35	0
Dezembro	31	31	0	21	21	0
Janeiro	64	64	0	58	58	0
Fevereiro	42	42	0	40	40	0
Março	58	48	- 10	46	46	0
Abril	59	59	0	15	21	+ 6
Total	449	432	- 17	355	362	+ 7
Custo Total	€56.125,00	€54.000,00	- €2.125,00	€44.375,00	€45.250,00	+ €875,00



Tribunal de Contas
Secção Regional da Madeira

PROCESSAMENTO E PAGAMENTO DO NÚMERO DE INTERVENÇÕES CIRÚRGICAS REALIZADAS ÀS CATARATAS AOS ANESTESISTAS

Meses	No período de 01/05/04 a 30/04/05			No período de 01/05/05 a 30/04/06		
	Realizadas (1)	Pagas (2)	Diferença (2)-(1)	Realizadas (1)	Pagas (2)	Diferença (2)-(1)
Maio	28	41	+ 13	48	45	- 3
Junho	62	80	+ 18	42	46	+ 4
Julho	20	20	0	24	26	+ 2
Agosto	0	7	+ 7	0	0	0
Outubro	27	36	+ 9	26	27	+ 1
Novembro	58	65	+ 7	35	35	0
Dezembro	31	28	- 3	21	21	0
Janeiro	64	83	+ 19	58	58	0
Fevereiro	42	51	+ 9	40	40	0
Março	58	61	+ 3	46	46	0
Abril	59	58	- 1	15	15	+ 0
Total	448	530	+ 81	355	259	+ 4
Custo Total	€67.200,00	€79.500,00	+ €12.150,00	€53.250,00	€251.590,00	+ €600,00

PROCESSAMENTO E PAGAMENTO DO NÚMERO DE INTERVENÇÕES CIRÚRGICAS REALIZADAS ÀS CATARATAS AOS ENFERMEIROS

Meses	No período de 01/05/04 a 30/04/05			No período de 01/05/05 a 30/04/06		
	Realizadas (1)	Pagas (2)	Diferença (2)-(1)	Realizadas (1)	Pagas (2)	Diferença (2)-(1)
Maio	56	69	+ 13	96	96	0
Junho	124	124	0	84	84	0
Julho	40	44	+ 4	48	48	0
Outubro	54	54	0	52	52	0
Novembro	116	116	0	70	70	0
Dezembro	62	62	0	42	42	0
Janeiro	128	128	0	116	116	0
Fevereiro	83 ¹²⁹	83	0	80	80	0
Março	116	116	0	91 ¹³⁰	91	0
Abril	118	118	0	30	30	0
Total	895	914	+ 17	709	709	0
Custo Total	€31.325,00	€31.990,00	+ €595,00	€24.815,00	€24.815,00	0

¹²⁹ Nas 42 operações realizadas participaram 83 enfermeiros em vez dos 84 previstos, porque no dia 15/02/2005, na 3.ª cirurgia contratualizada às cataratas realizada entre as 15h20 e as 15h45, faltou o enfermeiro instrumentista.

¹³⁰ Nas 46 operações realizadas participaram 91 enfermeiros em vez dos 92 previstos, porque no dia 28/03/2006, na 1.ª cirurgia contratualizada às cataratas realizada entre as 14h20 e as 14h45, faltou o enfermeiro anestesista.



Tribunal de Contas
Secção Regional da Madeira

VIII – Nota de emolumentos e outros encargos

(DL n.º 66/96, de 31 de Maio)¹

ACÇÃO: Auditoria ao Serviço Regional de Saúde, EPE

ENTIDADE FISCALIZADA: Serviço Regional de Saúde, EPE

SUJEITO PASSIVO: Serviço Regional de Saúde, EPE

DESCRIÇÃO	BASE DE CÁLCULO		VALOR
ENTIDADES COM RECEITAS PRÓPRIAS			
EMOLUMENTOS EM PROCESSOS DE CONTAS (art.º 9.º)	%	RECEITA PRÓPRIA/LUCROS	
VERIFICAÇÃO DE CONTAS DA ADMINISTRAÇÃO REGIONAL/CENTRAL:	1,0	-	0,00 €
VERIFICAÇÃO DE CONTAS DAS AUTARQUIAS LOCAIS:	0,2	-	0,00 €
EMOLUMENTOS EM OUTROS PROCESSOS (art.º 10.º) (CONTROLO SUCESSIVO E CONCOMITANTE)	CUSTO STANDARD (a)	UNIDADES DE TEMPO	
ACÇÃO FORA DA ÁREA DA RESIDÊNCIA OFICIAL:	€119,99	-	0,00 €
ACÇÃO NA ÁREA DA RESIDÊNCIA OFICIAL:	€88,29	518	45.734,22 €
ENTIDADES SEM RECEITAS PRÓPRIAS			
EMOLUMENTOS EM PROCESSOS DE CONTAS OU EM OUTROS PROCESSOS (n.º 4 do art.º 9.º e n.º 2 do art.º 10.º):	5 x VR (b)		-
<p>a) Cfr. a Resolução n.º 4/98 – 2ª Secção do TC. Fixa o custo standard por unidade de tempo (UT). Cada UT equivale 3H30 de trabalho.</p> <p>b) Cfr. a Resolução n.º 3/2001 – 2ª Secção do TC. Clarifica a determinação do valor de referência (VR), prevista no n.º 3 do art.º 2.º, determinando que o mesmo corresponde ao índice 100 da escala indiciária das carreiras de regime geral da função pública em vigor à data da deliberação do TC geradora da obrigação emolumentar. O referido índice encontra-se actualmente fixado em € 326,75, pelo n.º 1.º da Portaria n.º 88-A/2007, de 18 de Janeiro.</p>	EMOLUMENTOS CALCULADOS:		45.734,22 €
	LIMITES	MÁXIMO (50xVR)	16.337,50 €
	(b)	MÍNIMO (5xVR)	1.633,75 €
	EMOLUMENTOS DEVIDOS:		16.337,50 €
	OUTROS ENCARGOS (N.º3 DO ART.º 10.º)		-
TOTAL EMOLUMENTOS E OUTROS ENCARGOS:		16.337,50 €	

1) Diploma que aprovou o regime jurídico dos emolumentos do TC, rectificado pela Declaração de Rectificação n.º 11-A/96, de 29 de Junho, e na nova redacção introduzida pela Lei n.º 139/99, de 28 de Agosto, e pelo art.º 95.º da Lei n.º 3-B/2000, de 4 de Abril.