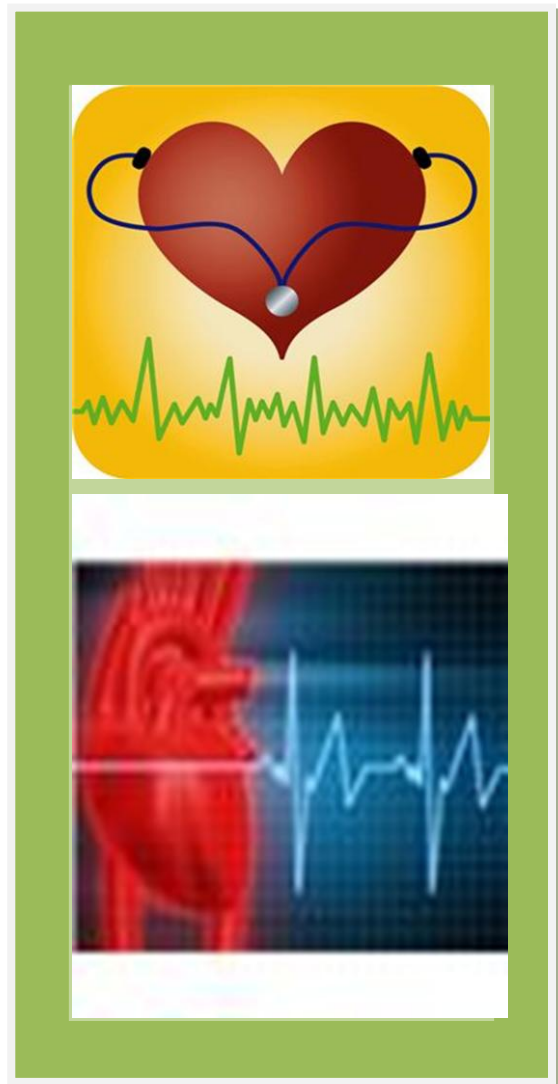
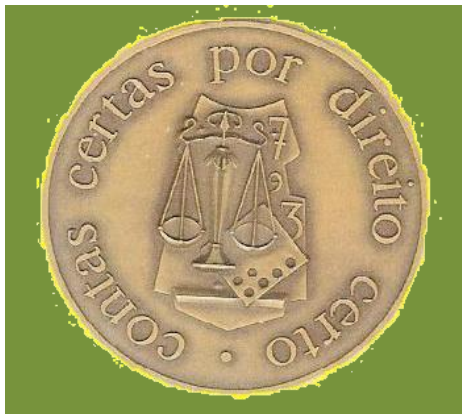


# Tribunal de Contas

## *Auditoria aos serviços de cirurgia cardiorotorácica das unidades hospitalares do Serviço Nacional de Saúde*

ajudar o Estado e a sociedade  
a gastar melhor



**Relatório n.º 26/2012 – 2ª Secção**

**Processo n.º 29 /2011 – AUDIT**

**Volume I**





## Índice

<b>I – SUMÁRIO .....</b>	<b>9</b>
<b>1. CONCLUSÕES .....</b>	<b>9</b>
1.1. MODELO DE GESTÃO DOS SERVIÇOS DE CIRURGIA CARDIOTORÁCICA.....	9
1.2. DESEMPENHO DOS SERVIÇOS DE CIRURGIA CARDIOTORÁCICA .....	11
<b>2. RECOMENDAÇÕES .....</b>	<b>28</b>
<b>II – INTRODUÇÃO .....</b>	<b>30</b>
<b>3. FUNDAMENTO, ÂMBITO E OBJETIVOS DA AUDITORIA.....</b>	<b>30</b>
<b>4. METODOLOGIA E PROCEDIMENTOS.....</b>	<b>31</b>
<b>5. CONDICIONANTES E LIMITAÇÕES.....</b>	<b>31</b>
<b>6. AUDIÇÃO DOS RESPONSÁVEIS EM CUMPRIMENTO DO PRINCÍPIO DO CONTRADITÓRIO .....</b>	<b>32</b>
<b>II – DESENVOLVIMENTO DA AUDITORIA .....</b>	<b>34</b>
<b>7. CARACTERIZAÇÃO GERAL E PRINCÍPIOS DE BOM GOVERNO DAS UNIDADES HOSPITALARES.....</b>	<b>34</b>
7.1. MISSÃO, OBJETIVOS E CAPACIDADE INSTALADA.....	35
7.2. REGIME JURÍDICO.....	35
7.3. ORGANIZAÇÃO INTERNA .....	37
7.4. MECANISMOS INSTITUÍDOS NO CONTROLO DA QUALIDADE .....	39
7.4.1. <i>Acreditação e certificação</i> .....	39
7.4.2. <i>Gabinete do Utente</i> .....	39
<b>8. EXECUÇÃO E FINANCIAMENTO DA ATIVIDADE DAS UNIDADES HOSPITALARES .....</b>	<b>41</b>
8.1. GRAU DE PROSECUÇÃO DAS METAS FIXADAS.....	41
8.1.1. <i>Consulta Externa</i> .....	41
8.1.2. <i>Internamento</i> .....	41
8.1.3. <i>Atividade Cirúrgica</i> .....	42
8.1.4. <i>Urgência</i> .....	43
8.1.5. <i>Financiamento</i> .....	44
<b>9. MODELOS DE GESTÃO DOS SERVIÇOS DE CIRURGIA CARDIOTORÁCICA .....</b>	<b>45</b>
9.1. CENTROS DE RESPONSABILIDADE INTEGRADA .....	46
9.1.1. <i>Hospitais da Universidade de Coimbra</i> .....	47
9.1.2. <i>Centro Hospitalar de Lisboa Central</i> .....	48
9.2. SERVIÇOS DE CIRURGIA CARDIOTORÁCICA .....	49
9.2.1. <i>Centro Hospitalar de Lisboa Norte</i> .....	49
9.2.2. <i>Hospital de São João</i> .....	51
9.3. ANÁLISE COMPARATIVA DOS MODELOS DE GESTÃO .....	53
<b>10. DESEMPENHO DOS SERVIÇOS DE CIRURGIA CARDIOTORÁCICA .....</b>	<b>53</b>
10.1. EFICIÊNCIA DA GESTÃO .....	54
10.1.1. <i>Consulta externa</i> .....	56
10.1.2. <i>Internamento</i> .....	57
10.1.3. <i>Atividade cirúrgica</i> .....	61
10.1.4. <i>Evolução da lista de inscritos para consulta da especialidade cardiotorácica e tempos de espera</i> 65	
10.1.5. <i>Evolução da lista de inscritos para cirurgia da especialidade cardiotorácica e tempos de espera</i> .66	
10.1.6. <i>Situação atual e tendência de evolução da cirurgia cardiotorácica</i> .....	68



10.1.6.1. O caso particular da região de Lisboa e Vale do Tejo .....	72
10.1.7. Indicadores técnicos de qualidade .....	75
10.1.8. Identificação de boas práticas .....	76
10.2. CUSTOS ASSOCIADOS À ESPECIALIDADE DE CIRURGIA CARDIOTORÁCICA .....	77
10.2.1. Organização geral da contabilidade analítica .....	77
10.2.2. Fiabilidade e comparabilidade .....	78
10.2.3. Centros de Custos .....	78
10.2.4. Estrutura dos Custos .....	79
10.2.4.1. Custos com matérias de consumo .....	79
10.2.4.2. Custos com o Pessoal .....	80
10.2.5. Custos Fixos e Variáveis .....	82
10.2.6. Custos Unitários .....	82
10.2.7. Resultados .....	86
<b>11. IMPLEMENTAÇÃO DAS RECOMENDAÇÕES DO CONSELHO DE PREVENÇÃO DE CORRUPÇÃO .....</b>	<b>88</b>
<b>III – EMOLUMENTOS .....</b>	<b>88</b>
<b>III – DETERMINAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>89</b>

## ÍNDICE DE QUADROS

QUADRO 1 – CAPACIDADE INSTALADA DAS UNIDADES HOSPITALARES .....	35
QUADRO 2 – CONSULTA EXTERNA .....	41
QUADRO 3 – DOENTES SAÍDOS DO INTERNAMENTO .....	42
QUADRO 4 – EXECUÇÃO DA ATIVIDADE CIRÚRGICA .....	43
QUADRO 5 – URGÊNCIA .....	44
QUADRO 6 – FINANCIAMENTO .....	45
QUADRO 7 – INDICADORES DA CONSULTA EXTERNA DE CIRURGIA CARDIOTORÁCICA .....	56
QUADRO 8 – INDICADORES DO INTERNAMENTO DE CIRURGIA CARDIOTORÁCICA .....	58
QUADRO 9 – INDICADORES DA ATIVIDADE CIRÚRGICA CARDIOTORÁCICA .....	60
QUADRO 10 – INDICADORES DA ATIVIDADE CIRÚRGICA CARDIOTORÁCICA .....	61
QUADRO 11 – OCUPAÇÃO DO BLOCO OPERATÓRIO .....	64
QUADRO 12 – EVOLUÇÃO DAS LISTAS DE ESPERA CIRÚRGICAS .....	66
QUADRO 13 – CUMPRIMENTO DOS TEMPOS MÁXIMOS DE RESPOSTA GARANTIDOS .....	68
QUADRO 14 – INDICADORES TÉCNICOS DE QUALIDADE .....	75
QUADRO 15 – CENTROS DE CUSTOS .....	78
QUADRO 16 – ESTRUTURA GLOBAL DOS CUSTOS .....	79
QUADRO 17 – DECOMPOSIÇÃO DOS CUSTOS COM MATÉRIAS DE CONSUMO .....	80
QUADRO 18 – DECOMPOSIÇÃO DOS CUSTOS COM O PESSOAL .....	81
QUADRO 19 – DECOMPOSIÇÃO DOS CUSTOS EM FIXOS E VARIÁVEIS .....	82
QUADRO 20 – IDENTIFICAÇÃO DOS PRINCIPAIS COMPONENTES DOS CUSTOS DIRETOS .....	82
QUADRO 21 – CUSTO UNITÁRIO POR DOENTE OPERADO .....	83
QUADRO 22 – CUSTO UNITÁRIO POR DOENTE OPERADO, AJUSTADO PELO ÍNDICE DE CASE-MIX .....	83
QUADRO 23 – EVOLUÇÃO DOS CUSTOS UNITÁRIOS AJUSTADOS PELO ÍNDICE DE CASE-MIX .....	85
QUADRO 24 – FINANCIAMENTO DA ATIVIDADE .....	86
QUADRO 25 – DEMONSTRAÇÃO DOS RESULTADOS UNITÁRIOS .....	87

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1 – PREVISTO VS. REALIZADO NO INTERNAMENTO .....	42
GRÁFICO 2 – DOENTES SAÍDOS P/ CAMA .....	42
GRÁFICO 3 – EVOLUÇÃO DA ATIVIDADE CIRÚRGICA .....	42



---

GRÁFICO 4 – PREVISTO VS. REALIZADO NA URGÊNCIA.....	44
GRÁFICO 5 – EVOLUÇÃO DAS PRIMEIRAS CONSULTAS .....	56
GRÁFICO 6 – TOTAL DOS DOENTES SAÍDOS .....	60
GRÁFICO 7 – OCUPAÇÃO DO BLOCO OPERATÓRIO - MÉDIA DE CIRURGIAS EM CURSO AO LONGO DO DIA .....	64
GRÁFICO 8 – CIRURGIAS CARDÍACAS E TORÁCICAS .....	65
GRÁFICO 9 – EVOLUÇÃO DA LISTA ESPERA P/ CONSULTA .....	65
GRÁFICO 10 – EVOLUÇÃO DO TEMPO MÉDIO ESPERA P/ CONSULTA.....	66
GRÁFICO 11 – TEMPO MÉDIO DE ESPERA DAS CIRURGIAS REALIZADAS.....	67
GRÁFICO 12 – PRODUÇÃO ANUAL ESTIMADA – ATIVIDADE CIRÚRGICA .....	69
GRÁFICO 13 – PROCURA VS. PRODUÇÃO ANUAL ESTIMADA .....	70
GRÁFICO 14 – PROCURA E OFERTA EM CIRURGIA CARDIOTORÁCICA – LISBOA E VALE DO TEJO.....	73
GRÁFICO 15 – ENTRADAS EM LIC NA REGIÃO DE LVT.....	75
GRÁFICO 16 – DECOMPOSIÇÃO DO CUSTO UNITÁRIO POR DOENTE OPERADO, AJUSTADO PELO ÍNDICE DE CASE-MIX.....	84

## ÍNDICE DE FIGURAS

FIGURA 1 – PRODUÇÃO POR REGIÃO DE SAÚDE .....	54
FIGURA 2 – PRODUÇÃO POR UNIDADE HOSPITALAR AUDITADA .....	55



## Auditoria aos Serviços de cirurgia cardiotorácica das Unidades Hospitalares do Serviço Nacional de Saúde

### FICHA TÉCNICA

#### Coordenação Geral /Supervisão

##### **Auditor-Coordenador**

**José António Carpinteiro**

*(Licenciado em Direito)*

##### **Auditora-Chefe**

**Maria Isabel Viegas**

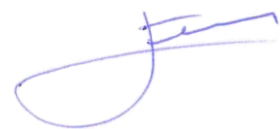
*(Licenciada em Organização e Gestão de Empresas)*



#### Equipa de Auditoria

**Ana Bravo de Campos** *(Licenciada em Direito)*

**Pedro Fonseca** *(Licenciada em Economia)*



## RELAÇÃO DE SIGLAS

<b>Sigla</b>	<b>Designação</b>
ACSS	Administração Central do Sistema de Saúde, IP
ARS	Administração Regional de Saúde
ARSA	Administração Regional de Saúde do Alentejo, IP
ARSAlg	Administração Regional de Saúde do Algarve, IP
ARSC	Administração Regional de Saúde do Centro, IP
ARSLVT	Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, IP
ARSN	Administração Regional de Saúde do Norte, IP
CA	Conselho de Administração
CEC	Circulação extracorporal
CHLC	Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE
CHLN	Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE
CHLO	Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE
CHUC	Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE
CHVNGE	Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho, EPE
CPA	Código do Procedimento Administrativo
CRI	Centro de Responsabilidade Integrada
CRP	Constituição da República Portuguesa
DGS	Direção-Geral da Saúde
EPE	Entidade Pública Empresarial
ERS	Entidade Reguladora da Saúde
ETC	Em tempo completo
GU	Gabinete do Utente
HSJ	Hospital de São João, EPE
HUC	Hospitais da Universidade de Coimbra, EPE
ICM	Índice de case-mix
IP	Instituto Público
OCDE	Organização de Cooperação e de Desenvolvimento Económico
RCM	Resolução do Conselho de Ministros
SIGIC	Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia
SNS	Serviço Nacional de Saúde
SPA	Sector Público Administrativo
UAGC	Unidade Autónoma de Gestão de Cirurgia



## GLOSSÁRIO

<b>Circulação Extracorporal</b>	A circulação extracorporal é um método que permite efetuar operações de coração aberto como, por exemplo, a reparação cirúrgica, a substituição de uma válvula ou até proceder a um transplante cardíaco. Nestes casos, é necessário desviar a circulação para que, enquanto o cirurgião opera, o sangue não passe pelo coração; ao mesmo tempo, é preciso que o sangue, apesar de o coração não o fazer passar pelos pulmões, se oxigene e chegue a todo o organismo. Por isso, é necessário ter um sistema que, durante a intervenção cirúrgica, se encarregue das funções cardíaca e respiratória. Para que isso aconteça, é preciso desviar o sangue venoso, que normalmente regressa à aurícula direita, para a circulação extracorporal, de modo a que passe por um dispositivo, quer seja pela ação da gravidade ou pelo impulso de uma bomba rotatória, onde o sangue receba oxigénio e, em alguns modelos, liberte dióxido de carbono, como acontece naturalmente nos pulmões.
<b>Cirurgia de Ambulatório</b>	Intervenção cirúrgica programada, realizada sob anestesia geral, locoregional ou local que, embora habitualmente efetuada em regime de internamento pode ser realizada com permanência do doente inferior a 24 horas.
<b>Cirurgia Programada ou Eletiva</b>	Intervenção/cirurgia efetuada com data de realização previamente marcada.
<b>Cirurgia Urgente</b>	Cirurgia efetuada sem data de realização previamente marcada, por imperativo da situação clínica.
<b>Consulta Médica</b>	Ato de assistência prestado por um médico a um indivíduo, podendo consistir em observação clínica, diagnóstico, prescrição terapêutica, aconselhamento ou verificação da evolução do seu estado de saúde.
<b>Consulta Subsequente</b>	Consulta médica efetuada num hospital, para verificação da evolução do estado de saúde do doente, administração terapêutica ou preventiva, tendo como referência a primeira consulta do episódio.
<b>Grupo de Diagnóstico Homogéneo (GDH)</b>	Sistema de classificação de doentes internados em hospitais de agudos, em classes clinicamente coerentes e homogéneas, do ponto de vista do consumo de recursos. Estas classes são definidas a partir de um conjunto de variáveis que caracterizam, clinicamente, os doentes e que explicam os custos associados à sua estadia no hospital – diagnósticos, intervenções cirúrgicas e outros atos médicos relevantes.
<b>Índice de Case – Mix</b>	Consiste no coeficiente global de ponderação da produção, refletindo a relatividade de um hospital face a outros, em termos da sua maior ou menor proporção de doentes com patologias complexas e, consequentemente, mais consumidoras de recursos humanos, técnicos e financeiros.  Este índice determina-se calculando o rácio entre o número de doentes equivalentes ponderados pelos pesos dos respetivos GDH e o número de GDH de elevado peso relativo, face ao padrão nacional que é, por definição igual a 1.
<b>Intervenção Cirúrgica/Cirurgia</b>	Um ou mais atos operatórios com o mesmo objetivo terapêutico e/ou diagnóstico, realizado (s) por cirurgião (ões) em sala operatória, na mesma sessão, sob anestesia geral, ou local, com ou sem presença de anestesista.
<b>Lista de espera</b>	Número de doentes do sistema de saúde, geralmente em hospitais, que aguardam a realização, não urgente, de consulta, exame, tratamento, operação ou procedimento especial.
<b>Margem de Contribuição unitária</b>	Diferença entre o preço unitário e o custo variável unitário.
<b>Médicos em Tempo Completo</b>	Médicos Equivalentes a tempo completo de 35 horas semanais (ou seja os diversos horários dos médicos são convertidos ao horário de 35 horas).
<b>Primeira Consulta</b>	Consulta médica em que o utente é examinado pela primeira vez e referente a um episódio de doença.

Fonte: Glossário da Direção-Geral da Saúde.





## I – SUMÁRIO

Em cumprimento do Programa de Fiscalização aprovado pelo Tribunal de Contas para 2011, em sessão do Plenário da 2ª Secção, através da Resolução n.º 8/10, de 2 de dezembro<sup>1</sup>, realizou-se uma auditoria de resultados aos serviços de cirurgia cardiotorácica das unidades hospitalares do Serviço Nacional de Saúde, com o objetivo de realizar o *benchmarking* dos diferentes modelos de gestão existentes e dos resultados alcançados, com especial enfoque na utilização dos recursos disponíveis e nos custos associados à atividade, nos anos de 2008 a 2010, cujas **conclusões e recomendações se encontram enunciadas nos pontos seguintes.**

Os quatro<sup>2</sup> serviços auditados inserem-se nas seguintes unidades hospitalares:

- \* Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE;
- \* Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE;
- \* Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE<sup>3</sup>;
- \* Centro Hospitalar de São João, EPE<sup>4</sup>;

e têm por missão a prestação de cuidados de saúde diferenciados a todos os cidadãos, em articulação com as demais unidades prestadoras de cuidados de saúde integradas no Serviço Nacional de Saúde.

### 1. CONCLUSÕES

#### 1.1. MODELO DE GESTÃO DOS SERVIÇOS DE CIRURGIA CARDIOTORÁCICA

(Cf. pontos 7 e 9)

- \* O Decreto-Lei n.º 374/1999, de 18 de setembro, veio estabelecer o regime geral a que deveriam obedecer a criação dos centros de responsabilidade integrada, nas unidades hospitalares do Serviço Nacional de Saúde.

Criados ao abrigo do referido diploma, os centros de responsabilidade integrada tinham como objetivo primordial a obtenção de um elevado grau de eficiência, implicando a definição de novas regras de financiamento e de remunerações diretamente dependentes do volume da atividade realizada, dos níveis de produtividade e da qualidade dos resultados obtidos.

- \* Com a aprovação do regime jurídico da gestão hospitalar<sup>5</sup> e do Decreto-Lei n.º 188/2003, de 20 de agosto, foi revogado o diploma que criou os centros de responsabilidade integrada. Contudo, ambos os diplomas pretenderam introduzir uma maior descentralização na estrutura funcional dos modelos

<sup>1</sup> Transitado para o Plano de Fiscalização de 2012.

<sup>2</sup> São 6 os serviços de cirurgia cardiotorácica a nível nacional, não tendo sido auditados os serviços do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE, e do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho, EPE, apesar de terem sido contactados no sentido da obtenção de informação sobre a sua atividade. Existe ainda um serviço de cirurgia torácica no Hospital Pulido Valente, inserido no Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE, que, por não realizar cirurgia cardíaca, não é diretamente comparável com as restantes unidades, não tendo sido considerado nas análises comparativas.

<sup>3</sup> No período auditado (2008-2010), designava-se de Hospitais da Universidade de Coimbra, EPE.

<sup>4</sup> No período auditado (2008-2010), designava-se de Hospital de São João, EPE.

<sup>5</sup> Cf. Lei n.º 27/2002, de 8 de novembro.



de organização dos hospitais do Serviço Nacional de Saúde, com vista a uma maior capacidade diretiva dos órgãos máximos e intermédios da gestão hospitalar. No mesmo sentido, o Decreto-Lei n.º 233/2005, de 29 de dezembro, veio determinar que as unidades hospitalares desenvolvessem a sua ação por centros de responsabilidade, permitindo a realização da atividade, internamente contratualizada, com autonomia e responsabilidade.

- \* Verifica-se, no entanto, que não existe uma correspondência entre o estabelecido legalmente e as formas de organização instituídas nos serviços auditados, o que poderá diminuir o efeito da empresarialização, baseado na responsabilidade descentralizada por resultados económicos e níveis de serviço, atendendo aos princípios da economia, eficiência e eficácia, e bem assim, ao modelo autónomo de hospital empresa como instrumento de viabilização do Serviço Nacional de Saúde, constituído ao abrigo da Lei de Bases da Saúde na qual se prevê que *“a gestão das unidades de saúde deve obedecer, na medida do possível, a regras de gestão empresarial”*<sup>6</sup>.
- \* De facto, da análise comparativa efetuada às diferentes estruturas orgânicas das unidades hospitalares auditadas, somente o Centro de Responsabilidade Integrada de Cirurgia Cardiotorácica, dos Hospitais da Universidade de Coimbra, EPE, funciona como uma estrutura orgânica de gestão intermédia, com um grau de autonomia, que não sendo absoluto<sup>7</sup>, constituiu um modelo de gestão mais eficaz, permitindo agilizar os processos de tomada de decisão, otimizar os recursos existentes, gerando, por esta via, poupanças, ganhos de eficiência e melhoria na acessibilidade.
- \* Os restantes serviços de cirurgia cardiotorácica funcionam como níveis intermédios de gestão e de responsabilidade, mas sem disporem de uma efetiva autonomia administrativa e financeira.

Unidade hospitalar	Modelo	Autonomia			Regulamento	Instrumentos de Gestão		Recursos Humanos 2010	Dedicação exclusiva pessoal	Dedicação exclusiva Diretor
		Técnica	Organizacional	Administrativa		Plano de Ação	Relatório de atividade			
H Santa Maria	Serviço	✓	✗	✗	✗	✓	✓	102	<50%	✓
H Santa Marta	Serviço	✓	✗	✗	✓	✓	✓	111	>5%	✗
H Univ Coimbra	CRI	✓	✓	✓	✓	✓	✓	85	✓	✗
H São João	Serviço	✓	✗	✗	✓	✓	✓	133	<50%	✓

- \* Não obstante ter sido criado no Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE, o Centro de Responsabilidade de Cirurgia Cardiotorácica, no âmbito do modelo de gestão intermédia e operacional, na prática não se concretizou numa maior autonomia administrativa e organizacional, mantendo o seu funcionamento como qualquer outro serviço. Também no Hospital de São João, EPE, a Unidade Autónoma de Gestão de Cirurgia, onde está integrado o serviço de cirurgia torácico, não viu alcançada a sua autonomia, apesar de se encontrar estruturada, orgânica e funcionalmente, como uma unidade

<sup>6</sup> Cf. Base XXXVI da Lei n.º 48/90, de 24 de agosto.

<sup>7</sup> A delegação de competências do Conselho de Administração no CCT-CRI, que permite contratar e realizar despesas até € 100.000,00, afigura-se limitativo de uma pretensa autonomia, se tivermos em conta os custos diretos (2010 - €7.702.615,00). Apesar disso, o CCT-CRI dispõe de mecanismos que lhe permite uma maior liberdade na gestão de algumas áreas, como seja, a dos recursos humanos.



dotada de autonomia e constar do seu regulamento interno, a atribuição de um orçamento e mapa de pessoal próprio.

- \* No Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE, os serviços de cirurgia cardiotorácica e torácica encontram-se, na estrutura orgânica da unidade hospitalar, sem qualquer autonomia, apesar de o regulamento interno prever a constituição de um centro de responsabilidade de cirurgia cardiotorácica, que nunca se materializou.
- \* O processo de contratualização interna é utilizado em todas as unidades auditadas como uma ferramenta de gestão, permitindo-lhes transpor, para o interior da organização e, conseqüentemente, para os diferentes níveis de gestão do hospital, as obrigações assumidas com as entidades competentes do Ministério da Saúde. A contratualização assenta na definição de metas e objetivos em consonância com as prioridades da unidade e dos meios à sua disposição, que se concretiza através de planos de ação e, nalguns casos, de orçamentos anuais e planos de investimentos.

Tendo em conta a missão das unidades hospitalares, o poder de direção tem de ser cada vez mais ágil na atribuição de tarefas e responsabilidades aos seus colaboradores, no atual contexto de elevada exigência quanto à rentabilização dos recursos utilizados. Na verdade, não se afigura compatível com a dinâmica da gestão exigida às unidades hospitalares, como unidades complexas que dispõem de elevados recursos técnicos e tecnológicos e de avultados meios financeiros para a produção de bens e serviços, a concentração do processo decisional, do planeamento e do controlo de recursos no sistema organizacional.

No mesmo sentido, cite-se a recomendação formulada pelo Grupo Técnico para a Reforma Hospitalar, constante do seu Relatório Final: *“A criação de estruturas de gestão intermédia com conteúdo funcional e autonomia real, configurando uma intenção séria de descentralização efetiva, poderá contribuir decisivamente para colocar a responsabilidade nas áreas nevrálgicas do hospital, onde se processa e decide a qualidade dos cuidados prestados e onde, simultaneamente, se gera o essencial da despesa e do desperdício.”*

A falta de autonomia constitui uma falta de incentivo para o aperfeiçoamento do controlo de custos e das ferramentas que lhe estão associadas, nomeadamente os sistemas de contabilidade analítica, desinteressando o conhecimento rigoroso e detalhado dos custos totais e unitários por doente / doença e a análise integrada com indicadores de resultados clínicos, de qualidade, segurança e económico-financeiros. Constitui ainda uma causa de potencial subaproveitamento dos recursos locais e também pode comprometer uma gestão profissional, responsável e motivadora.

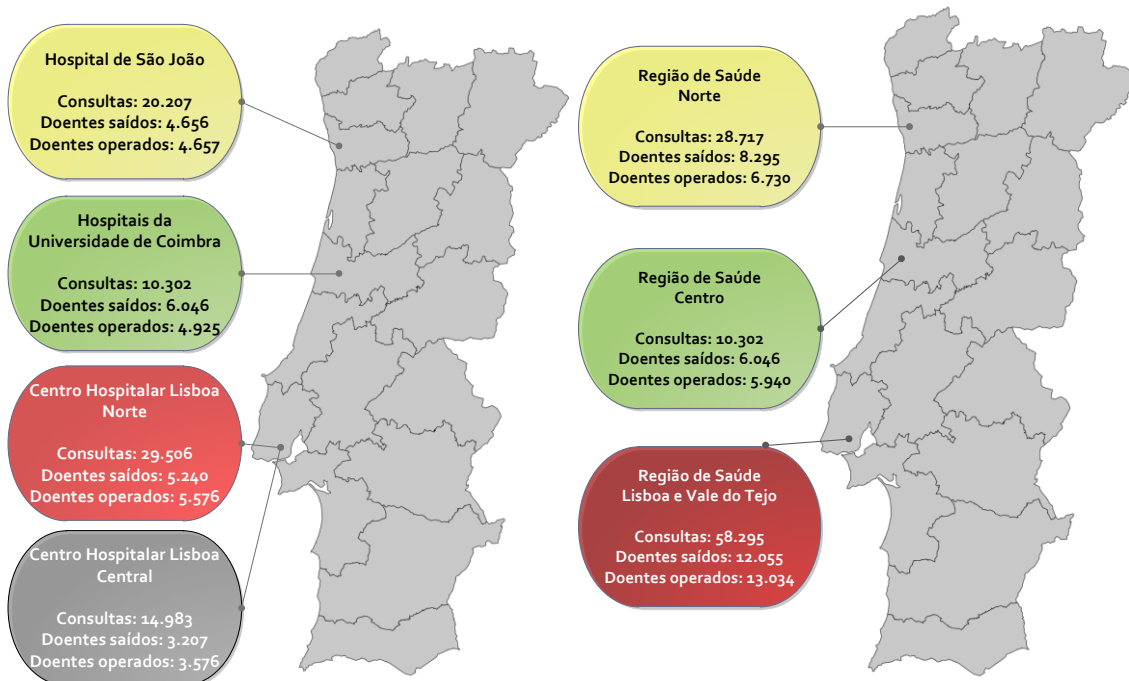
## **1.2. DESEMPENHO DOS SERVIÇOS DE CIRURGIA CARDIOTORÁCICA**

(Cf. Ponto 10)

- \* A produção dos serviços de cirurgia cardiotorácica das 4 unidades hospitalares auditadas correspondeu a 77,07%, do total das consultas, a 72,55%, dos doentes saídos, e a 75,88%, dos doentes operados, face ao total da produção do SNS.



- \* A região de saúde de Lisboa e Vale do Tejo foi, em termos relativos, a que realizou uma percentagem mais significativa de cuidados de saúde na especialidade de cirurgia cardiotorácica, por efeito da concentração de 3 Centros Hospitalares (Norte, Central e Ocidental), correspondendo a cerca de 59,90%, do total das consultas, 45,67%, dos doentes saídos e 52,79% dos doentes operados, do total da produção do SNS.
- \* Relativamente às entidades não auditadas, o Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE, contribuiu para a produção total das consultas, em 14,19%, dos doentes saídos, em 13,67%, e dos doentes operados, em 15,72%. Por sua vez, o Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho, EPE, produziu cerca de 8,74%, do total das consultas, 13,79% dos doentes saídos e 8,40% dos doentes operados.



- \* Não obstante todos os serviços de cirurgia cardiotorácica auditados desenvolverem a sua atividade nas áreas cardíaca e torácica, existem procedimentos cirúrgicos que são realizados apenas por alguns serviços.

Serviço	Cirurgias cardíacas		Cirurgias torácicas		Transplantes cardíacos		Transplantes pulmonares		ICM 2010
	Adultos	Pediátrica	Adultos	Pediátrica	Adultos	Pediátrica	Adultos	Pediátrica	
H Santa Maria	✓	✗	✓	✗	✗	✗	✗	✗	4,78
H Santa Marta	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	4,82
H Univ Coimbra	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✗	✗	3,95
H São João	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✗	✗	5,45

- \* As equipas cirúrgicas são constituídas por 6 a 8 elementos, dos quais:
  - o 2 a 3 médicos cirurgiões (1 cirurgião principal, 1 a 2 cirurgiões ajudantes (no Hospital de São João e no Hospital de Santa Maria, dependendo da complexidade da cirurgia));
  - o 1 médico anestesista;



- 3 enfermeiros (anestesia, circulante e instrumentista);
- 1 técnico perfusionista, nas cirurgias cardíacas (nos Hospitais da Universidade de Coimbra, participa ainda 1 auxiliar de perfusão).

Participam ainda na atividade cirúrgica os médicos internos de cirurgia e/ou anestesia, bem como assistentes operacionais de apoio ao Bloco Operatório.

## Consulta externa

Consulta Externa	CHLN Santa Maria		CHLC Santa Marta		Hosp Univ Coimbra		H São João	
	2010	Δ% 08-10	2010	Δ% 08-10	2010	Δ% 08-10	2010	Δ% 08-10
Total de consultas	5.214	● -36%	5.338	● 16%	3.867	● 28%	6.946	● 5%
1 <sup>as</sup> consultas	1.338	● -27%	1.004	● 6%	1.092	● -19%	1.759	● -16%
% 1 <sup>as</sup> consultas	26%	● 14%	19%	● -9%	<b>28%</b>	● -37%	25%	● -20%
N.º médicos especialistas	14	0%	12	9%	10	11%	13	-7%
N.º médicos internos	3	50%	2	0%	6	20%	6	500%
N.º de consultas/médico especialista	372	● -36%	445	● 7%	387	● 15%	<b>534</b>	● 13%
N.º médicos especialistas ETC	1,12	● -40%	-	-	1,30	44%	1,89	-10%

✳ A produção de consultas externas cresceu, de 2008 para 2010, em 3 dos 4 serviços de cirurgia cardiotorácica auditados, tendo diminuído apenas no Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE.

✳ Relativamente às primeiras consultas, regista-se, em 2010, um decréscimo, em 3 das 4 unidades hospitalares auditadas, face a 2008.

Somente o Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE, regista um crescimento das primeiras consultas no triénio.

✳ A taxa de acessibilidade, medida pelo peso das primeiras consultas no total, é relativamente baixa, rondando entre os 23% e 29% em média, nos 3 anos, sendo o Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE, o que, de entre as unidades hospitalares auditadas, apresenta uma taxa de acessibilidade menor (na ordem dos 19%, em 2010).

✳ A utilização do capital humano médico aumentou, no triénio 2008-2010, nos Hospitais da Universidade de Coimbra, EPE, no Hospital de São João, EPE, e no Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE, tendo-se verificado, nestas 3 unidades, um aumento da produção.

✳ Destes, o serviço de cirurgia cardiotorácica do Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE, foi aquele em que o aumento da utilização do capital humano médico menos acompanhou o aumento da produção, dado ter ocorrido um crescimento na oferta que não teve contrapartida no aumento da procura.

✳ No Hospital de São João, EPE, o aumento da utilização do capital humano médico no triénio resultou do aumento da produção associado à diminuição do número de médicos especialistas.



- \* No Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE, a utilização do capital humano médico diminuiu, nos anos de 2009 e 2010, 16,20% e 23,79%, respetivamente, reflexo da diminuição da procura.

Note-se que não existiu, nesta unidade, lista de espera para a realização de primeiras consultas e que o número de consultas por médico decresceu, no triénio, na exata proporção da diminuição do número de consultas realizadas, o que sugere que existe margem para aumentar a utilização do capital humano médico deste serviço, na área da consulta externa, através da referenciação de mais doentes.

### Internamento

Internamento	CHLN Santa Maria		CHLC Santa Marta		Hosp Univ Coimbra		H São João	
	2010	Δ% 08-10	2010	Δ% 08-10	2010	Δ% 08-10	2010	Δ% 08-10
Lotação praticada	32	3%	48	-2%	59	-5%	52	0%
Total de doentes saídos	1.149	3%	1.061	-3%	2.088	7%	1.585	4%
Dias de internamento	10.912	7%	10.915	-6%	13.854	1%	16.458	3%
N.º doentes saídos p/ médico especialista	82	3%	66	-9%	209	-3%	106	32%
Demora média	8	3%	10	-2%	7	0%	10	0%
Taxa de ocupação	93%	4%	62%	-4%	64%	7%	87%	3%
N.º médicos especialistas	14	0%	16	7%	10	11%	15	-21%
N.º médicos internos	3	50%	2	0%	6	20%	6	200%
N.º médicos especialistas ETC	6,0	9%	8,3	12%	3,1	-11%	7,9	-17%
ICM	4,78	0%	4,82	-1%	3,95	-4%	5,45	-1%

- \* No triénio 2008-2010, o serviço de cirurgia cardiotorácica do Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE, é o único que regista uma diminuição do número total de doentes saídos (-3%) bem como dos dias de internamento (-6%).

Esta situação reflete-se na diminuição do indicador de utilização do capital humano médico e na diminuição da taxa de ocupação das camas do internamento, apesar da diminuição ocorrida na lotação praticada, que foi ajustada em função da diminuição da procura.

- \* A utilização do capital humano médico assinala um crescimento, no triénio, de 3% no Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE, e de 32% no Hospital de São João, EPE.

No Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE, este aumento resultou de um ligeiro aumento da produção. No Hospital de São João resultou também do aumento da produção mas, principalmente, da diminuição do número de médicos especialistas afetos ao internamento.

- \* Nos serviços de cirurgia cardiotorácica do Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE, e dos Hospitais da Universidade de Coimbra, EPE, verifica-se um decréscimo da utilização do capital humano médico de 9% e 3%, respetivamente.

O decréscimo da utilização deste recurso no Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE, resultou do aumento, em 7%, do número de médicos afetos



ao internamento, conjuntamente com a diminuição da produção. Uma produção de 1168 doentes saídos, em 2010 (aumento de 107 relativamente ao verificado) seria suficiente para manter os níveis de utilização do capital humano médico no nível verificado em 2008.

- \* Nos Hospitais da Universidade de Coimbra, EPE, apesar de o número de médicos ter aumentado em 11%, houve um aumento da atividade, pelo que a diminuição do indicador de utilização do capital humano médico não foi tão elevada.
- \* Relativamente à utilização dos recursos físicos dos serviços, verifica-se que a demora média se situou entre os 7 dias, nos Hospitais da Universidade de Coimbra, EPE, e os 10 dias, no Centro Hospitalar Lisboa Central, EPE e no Hospital de São João, EPE.

O serviço de cirurgia cardiotorácica do Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE, é o único em que se verifica um agravamento deste indicador, no triénio, apesar de manter a segunda demora média mais baixa, a seguir ao serviço dos Hospitais da Universidade de Coimbra, EPE.

- \* A taxa de ocupação das camas do internamento apresenta valores próximos de uma plena utilização dos recursos disponíveis no Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE, e no Hospital de São João, EPE, cifrando-se, em 2010, em cerca de 93% e 87%, respetivamente.

No Centro Hospitalar Lisboa Central, EPE, e nos Hospitais da Universidade de Coimbra, EPE, verificou-se uma taxa de ocupação na ordem dos 60%.

A unidade em que este indicador é mais baixo, em 2010 (Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE), é também a única que apresenta uma evolução negativa do indicador ao longo do triénio, o que sugere a existência de capacidade instalada subutilizada no internamento, situação para a qual também contribui a redução da demora média dos doentes saídos.

Nos Hospitais da Universidade de Coimbra, EPE, apesar da diminuição da lotação praticada no triénio e do crescimento da produção, a taxa de ocupação manteve-se próxima dos 60%.

- \* Da avaliação global dos indicadores do internamento, é possível aferir que a unidade hospitalar com melhor desempenho nesta linha de produção, são os Hospitais da Universidade de Coimbra, EPE, que, com um número de profissionais médicos inferior às restantes unidades, apresenta os melhores resultados na relação demora média versus doentes saídos por médico. Esta situação gera uma maior rotatividade na utilização das camas existentes e inexistência de lista de espera. A conjugação destes indicadores, associada à fraca taxa de mortalidade (na ordem dos 0,56%), demonstra uma adaptação da capacidade produtiva (resposta) face às necessidades da população (procura) e, também, a otimização dos recursos, não obstante existir, ainda, capacidade instalada em termos de camas de internamento, para aumentar a produção.
- \* Por outro lado, no Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE, a redução da atividade verificada no triénio resultou no comportamento negativo dos indicadores de utilização do capital humano médico e de utilização das camas de internamento.



Assim, verifica-se a existência de capacidade instalada ao nível de recursos humanos médicos e das camas do internamento, para aumentar a produção.

- \* Com base em levantamentos internos, os conselhos de administração e dos serviços de cirurgia cardiotorácica dos Centros Hospitalares de Lisboa Central e Norte assumiram poder aumentar a produção em 309 e 150 cirurgias, respetivamente, para colmatar o hiato entre a produção atual e a capacidade de produção efetiva e disponível<sup>8</sup>.
- \* Caso a sua atividade de 2010 incluisse essa produção adicional, aproximando-se dos níveis estimados para o pleno emprego dos recursos disponíveis, os indicadores de utilização dos recursos analisados apresentariam um crescimento significativo.

Internamento de cirurgia cardiotorácica 2010	CHLN Santa Maria				CHLC Santa Marta			
	Real	Estim.	Δ	Δ%	Real	Estim.	Δ	Δ%
Total de doentes saídos	1.149	1.299	+150	+13%	1.061	1.370	+309	+29%
Dias de internamento	10.912	12.159	+1.247	+11%	10.915	14.088	+3.173	+29%
N.º doentes saídos p/ médico especialista	82	93	+11	+13%	66	86	+19	+29%
Taxa de ocupação	93%	104%	+11 pp	+11%	62%	80%	+18 pp	+29%

- \* O total de doentes saídos aumentaria em 13% no Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE, e em 29% no Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE, com as correspondentes variações nos indicadores de utilização dos recursos.

### Atividade cirúrgica

Bloco Operatório	CHLN Santa Maria		CHLC Santa Marta		Hosp Univ Coimbra		H São João	
	2010	Δ% 08-10	2010	Δ% 08-10	2010	Δ% 08-10	2010	Δ% 08-10
N.º salas de bloco	2	0%	3	0%	3	0%	3	0%
N.º de doentes operados	1.319	-2%	1.175	-4%	1.662	1%	1.556	0%
Cirurgias programadas	1.002	-21%	1.009	-6%	1.517	0%	1.446	1%
cirurgias urgentes	317	269%	166	6%	145	19%	110	-14%
N.º doentes operados p/ médico especialista	94	-2%	98	-12%	208	-11%	120	-8%
% de utilização do bloco	83%	10%	88%	16%	92%	0%	66%	-8%
N.º médicos especialistas	14	0%	12	9%	8	14%	13	8%
N.º médicos internos	3	50%	2	0%	6	20%	6	500%
N.º médicos especialistas ETC	8,4	-1%	6,9	-8%	7,0	23%	6,6	4%
ICM	4,78	0%	4,82	-1%	3,95	-4%	5,45	-1%

- \* A atividade cirúrgica assinala, no triênio, um decréscimo em 3 das 4 unidades hospitalares auditadas, com maior expressão no Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE, (-2%) e no Centro Hospitalar Lisboa Central, EPE, (-4%).

<sup>8</sup> Cf. ponto 10.1.6.1. A esta capacidade disponível acresce a apurada pelo Conselho de Administração e pelo serviço de cirurgia cardiotorácica do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE, cerca de 65 cirurgias / ano.





# Tribunal de Contas

- \* O n.º de doentes operados apenas cresceu nos Hospitais da Universidade de Coimbra, EPE, em cerca de 1%.
- \* Relativamente ao Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE, para o decréscimo da atividade contribuiu o facto de terem sido realizados mais transplantes pulmonares, o que inviabilizou a realização de mais cirurgias cardíacas por razões que se prendem com a ocupação das camas da Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) e com a afetação do número de enfermeiros/dia (3) aos doentes transplantados. A complexidade da tipologia das intervenções cirúrgicas teve como efeito direto o aumento da taxa de utilização dos tempos programados do bloco operatório.
- \* A utilização do capital humano médico afeto a esta linha de produção registou, no triénio, um decréscimo nas 4 unidades hospitalares analisadas, mantendo os Hospitais da Universidade de Coimbra, EPE, ao longo do triénio, os melhores resultados no indicador, com uma média superior a 200 doentes operados por médico.
- \* No Hospital de São João, EPE, ocorreu uma diminuição da utilização deste recurso, no triénio, na ordem dos 8%, que resultou da estagnação da produção e do aumento do número de médicos afetos ao bloco operatório.
- \* No Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE, a diminuição da utilização do capital humano médico é exclusivamente resultado da diminuição da produção. Note-se que não existiu, nesta unidade, lista de espera cirúrgica, e que o número de cirurgias por médico decresceu, no triénio, na proporção da diminuição do número de cirurgias realizadas, o que sugere que existe margem para aumentar a utilização do capital humano médico deste serviço, na área do bloco operatório, através da referenciação de mais doentes.
- \* Em termos da utilização da capacidade física instalada, a taxa de utilização dos tempos programados do bloco operatório situou-se, em 2010, acima dos 80% em 3 das 4 unidades, com destaque para os Hospitais da Universidade de Coimbra, EPE, que ultrapassou os 90%. No Hospital de São João, EPE, foi de apenas 66%, resultado da diminuição no triénio.
- \* Face à avaliação dos indicadores da atividade cirúrgica fica evidenciado que os Hospitais da Universidade de Coimbra, EPE, são os que apresentam uma melhor performance no triénio 2008-2010.

## Acesso à Consulta Externa e Cirurgia

Acesso		CHLN Santa Maria		CHLC Santa Marta		Hosp Univ Coimbra		H São João	
		2010	Δ% 08-10	2010	Δ% 08-10	2010	Δ% 08-10	2010	Δ% 08-10
Cons. Externa	N.º de doentes em lista de espera	0	-	23	109%	0	-	39	105%
	Tempo médio de espera	0	-	5	0%	0	-	38	1483%
Cirurgia	N.º de doentes em lista de espera	3	-63%	186	42%	2	-80%	221	-22%
	Mediana do TE dos doentes em lista	35	763%	95	-13%	58	539%	66	-51%
	Média do TE das cirurgias programadas	1	-73%	48	76%	2	10%	39	-35%
	Cumprimento dos TMRG (2008-2010)	99,9%		98,8%		100,0%		96,0%	



- \* O Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE, e os Hospitais da Universidade de Coimbra, EPE, não têm lista de espera para a marcação de primeiras consultas.
- \* Nas restantes unidades hospitalares, o número de doentes em lista de espera para consulta da especialidade, em 2010, era de 23, no Centro Hospitalar Lisboa Central, EPE, e de 39, no Hospital de São João, EPE, o que correspondeu a um crescimento para mais do dobro, face ao verificado no início do triénio. O tempo médio de espera no Centro Hospitalar Lisboa Central, EPE é, no entanto, reduzido, tendo-se mantido estável. No Hospital de São João, EPE, é um pouco mais elevado, 38 dias, tendo subido claramente relativamente à situação no início de 2008.
- \* No entanto, os tempos médios de espera para a realização de primeira consulta da especialidade cardiotorácica são inferiores ao tempo máximo de resposta garantido (TMRG), constante dos pontos 2.1.2 e 2.1.3, da Portaria n.º 1529/2008, de 26 de dezembro, que fixa aquele em 60 dias, para as consultas prioritárias, e em 150 dias para as de prioridade normal.
- \* Houve, no triénio 2008-2012, uma redução do número de doentes que aguardavam a realização de uma cirurgia cardiotorácica em 3 das 4 unidades hospitalares analisadas, tendo este número aumentado apenas no Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE. Este aumento é, no entanto, pouco relevante, uma vez que foi acompanhado da redução da mediana do tempo de espera desses doentes, de 109 para 95 dias.
- \* Destaca-se o serviço de cirurgia cardiotorácica dos Hospitais da Universidade de Coimbra, EPE, que praticamente não tem lista de espera cirúrgica (10 doentes no início do triénio e 2 no final). Os maiores números de utentes em espera verificam-se no Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE e no Hospital de São João, EPE, embora em ambos se tenha verificado uma redução no tempo de espera desses mesmos doentes comparando o final com o início do triénio.
- \* Os tempos de espera efetivos até à realização da cirurgia cardiotorácica nos Hospitais da Universidade de Coimbra, EPE, e no Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE, não apresentaram alterações significativas ao longo do triénio, mantendo os tempos médios de espera abaixo dos 5 dias. No Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE, houve uma subida de 27 dias em 2008 para 48 dias em 2010 e no Hospital de São João, EPE, uma descida de 60 para 39 dias, nos mesmos anos.
- \* Verifica-se que as taxas de cumprimento dos tempos máximos de resposta garantidos se aproximam dos 100% em todas as unidades hospitalares analisadas. Destaca-se o serviço de cirurgia cardiotorácica dos Hospitais da Universidade de Coimbra, EPE, que conseguiu cumprir estes tempos em todas as intervenções cirúrgicas realizadas. As taxas de cumprimento dos restantes serviços são, no entanto, também elevadas, atingindo os 99,9% no serviço de cirurgia cardiotorácica do Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE, os 98,8% no Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE, e os 96% no Hospital de São João, EPE.



- \* Os tempos de espera para cirurgia cardiotorácica não parecem, assim, constituir um problema no acesso aos cuidados cirúrgicos nas unidades hospitalares analisadas.

Mesmo nos serviços em que estes valores são mais elevados, verifica-se que ficam ainda aquém dos tempos máximos de resposta definidos na referida Portaria n.º 1529/2008.

### Situação atual e tendência de evolução da cirurgia cardiotorácica

- \* A diminuição da produção cirúrgica cardiotorácica (-1% no total das unidades auditadas, -3% nas unidades auditadas da região de Lisboa e Vale do Tejo), observada no período em análise, deve-se fundamentalmente aos progressos ao nível dos cuidados preventivos e ao facto de os doentes serem tratados ao nível da especialidade de cardiologia, diminuindo a necessidade de cuidados agudos de severidade extrema que conduzem inevitavelmente à intervenção em cirúrgica cardiotorácica.
- \* Para além do referido, são, ainda, fatores de estabilização da procura nesta especialidade, a baixa natalidade, a diminuição da imigração e a estagnação populacional<sup>9</sup>.
- \* A procura e a produção anual estimadas de consultas e de doentes intervencionados da especialidade de cirurgia cardiotorácica, para os próximos cinco anos, não irão apresentar variações significativas, de acordo com a informação obtida junto das unidades hospitalares que dispõem desta especialidade, caso não se registem alterações significativas à rede de referênciação.
- \* Com a exceção do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho, EPE, que apresenta uma previsão de crescimento da produção de cerca de 51,37%, nenhuma das unidades hospitalares prevêem variações significativas da sua atividade nos próximos cinco anos<sup>10</sup>.
- \* Relativamente à procura anual estimada para 2012-2016, verifica-se que esta se encontra abaixo da capacidade efetiva de produção declarada pelos Centros Hospitalares de Lisboa Norte e Central, bem como pelo Centro Hospitalar de São João, EPE<sup>11</sup>. Nas restantes unidades hospitalares, a capacidade efetiva de produção permite dar resposta à procura por parte dos utentes<sup>12</sup>.
- \* Em termos de recursos humanos disponíveis, a oferta também parece ser excedentária: um recente relatório da Administração Central do Sistema de

<sup>9</sup> Fonte: INE e PORDATA.

<sup>10</sup> Esta estimativa do acréscimo da capacidade efetiva é justificada pela remodelação do serviço de cirurgia cardiotorácica, que tem permitido o aumento gradual da capacidade de resposta às necessidades da população servida de Entre Douro e Vouga (1.475.844), que permitiu o alargamento dos tempos do bloco operatório.

<sup>11</sup> A capacidade efetiva de produção declarada implicaria a utilização de mais recursos físicos e humanos. Sem esse investimento, a oferta (cerca de 1600-1630 doentes operados) será ainda claramente superior à procura estimada.

<sup>12</sup> A capacidade efetiva de produção declarada pelo Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE, implicaria a utilização de mais recursos humanos, para otimizar a utilização dos recursos físicos existentes. Sem esse investimento, a oferta fica aquém da procura estimada, embora em valores comportáveis pela capacidade disponível nos Centros Hospitalares de Lisboa Central e Norte.



Saúde, IP, conclui que “As necessidades desta especialidade rondam os sessenta especialistas que já existem.”<sup>13</sup>.

- ✱ No que respeita à referenciação (2008-2010), segundo a informação reportada pelas unidades hospitalares auditadas<sup>14</sup>, nenhuma reencaminhou doentes com necessidade de intervenção em cirurgia cardiotorácica para qualquer entidade de saúde do setor social ou privado.
- ✱ Considerando os fatores de estabilização da procura de tratamentos cirúrgicos nesta especialidade, a nível nacional, conclui-se existir capacidade efetiva disponível (oferta) nas unidades hospitalares do perímetro do SNS.

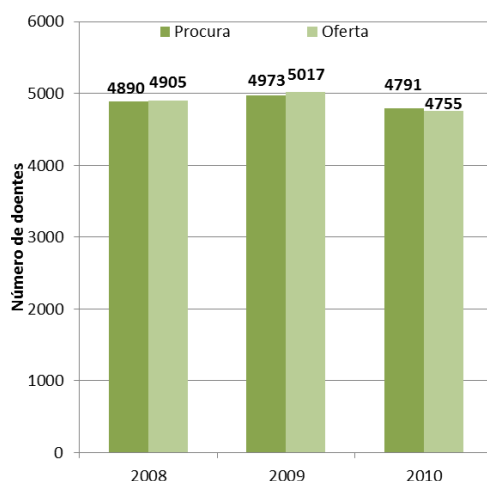
Aliás, o Colégio da Especialidade da Ordem dos Médicos, enquanto parte interessada respondeu em sede de audição que esta especialidade “(...) é, em nosso entender, uma das poucas, senão a única, que consegue dar resposta adequada e cabal às necessidades do cidadão. Independentemente das diferenças, naturais, entre os vários serviços, o tempo máximo de espera em lista, é razoável e bem dentro dos padrões de aceitabilidade definidos internacionalmente. Neste contexto, deve notar-se que a resposta para casos urgentes e emergentes está completamente acertada.”, e acrescenta ainda que “Os números referentes a cada Centro, demonstram que o número de Centros actualmente existentes é suficiente e adequado para as necessidades do País.”.

- ✱ No caso particular da região de saúde de Lisboa e Vale do Tejo, a existência de capacidade efetiva disponível nas unidades hospitalares do SNS tem sido uma realidade continuada nos últimos 4-5 anos, situação já anteriormente referida em relatórios de auditoria do Tribunal de Contas<sup>15</sup>.

<sup>13</sup> Actuais e Futuras Necessidades Previsionais de Médicos (SNS), ACSS, setembro, 2011.

<sup>14</sup> Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE, Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE, Hospitais da Universidade de Coimbra, EPE e Hospital de São João EPE.

<sup>15</sup> Cf. Relatório de Auditoria n.º 8/09, aprovado em Subsecção da 2ª Secção do Tribunal de Contas, em 5 de março de 2009, e o Relatório de Auditoria n.º 11/2011, aprovado em Plenário da 2ª Secção do Tribunal de Contas, em 14 de abril de 2011, que concluiu, de acordo com informação prestada pelas unidades hospitalares (Centros Hospitalares de Lisboa Central, Norte e Ocidental), que essa capacidade existia em 2007 e 2008.



Fontes: Procura – SIGLIC e informação disponibilizada pelas entidades auditadas (inscrições na LIC - cancelamentos + doentes intervencionados de urgência)

Oferta – informação disponibilizada pelas entidades auditadas (produção + capacidade produtiva não utilizada)

Conforme se pode observar no gráfico, a procura de cuidados de saúde de cirurgia cardiotorácica na região de Lisboa e Vale do Tejo está relativamente estabilizada, sendo até, em 2010, inferior à verificada em 2008.

A oferta pública apresenta comportamento semelhante, o que revela uma capacidade de acomodação às variações na procura.

Se a capacidade excedentária tivesse sido utilizada nestes anos, a oferta pública teria, na generalidade, sido suficiente para cobrir as necessidades reveladas pelas inscrições na lista de espera e pelas cirurgias urgentes.

Em 2008 a oferta pública representou 100,31% da procura, em 2009 cerca de 100,88% e, em 2010, 99,25%.

- ✘ Existindo capacidade excedentária de produção, os custos adicionais de produzir mais uma unidade são iguais ao seu custo marginal, pelo que a opção de transferir doentes para fora do perímetro do SNS, sem a utilização desta capacidade efetiva, implicará custos superiores aos da opção contrária.
- ✘ Adicionalmente, na área específica das cardiopatias congénitas, existem *guidelines* da *European Association for Cardio-Thoracic Surgery*<sup>16</sup> que recomendam que a casuística total ótima deve ascender a 250 doentes operados por ano, abrangendo uma área de aproximadamente entre 4 e 5 milhões de habitantes.
- ✘ Sobre o mesmo assunto, e tendo por base estas linhas de orientação, o relatório da Administração Central do Sistema de Saúde, IP, acima referido, considera que “(...) *deverão existir 3 Centros Médico-Cirúrgicos de Cardiologia Pediátrica médico-cirúrgica no País*”, distribuídos “(...) *da seguinte forma*:
  - “Zona Norte – 1 (na cidade do Porto)
  - Zona Centro – 1 (na cidade de Coimbra)
  - Zona Sul – 1 (na cidade de Lisboa)”.

Reitera, ainda, que “*Esta área tem os recursos humanos necessários existindo, nesta data, quatro serviços no País*”.

- ✘ As mesmas linhas de orientação levaram, aliás, a Direção-Geral da Saúde, numa recente análise ao serviço de cirurgia cardiotorácica do Hospital de Santa Marta<sup>17</sup>, a aconselhar que o Ministério da Saúde “*equacione a fusão*”

<sup>16</sup> *Optimal Structure of a Congenital Heart Surgery Department in Europe*, W. Daenen, F. Lacour-Gayet, B. Maruszewsky, L. Hamilton, S. Daebritz, H. Lindberg, R. di Donato, J. Comas, J. Monro e T- Aberg, *EACTS Congenital Heart Surgery Committee*.

<sup>17</sup> Cf. ponto seguinte.



de serviços de cirurgia cardíaca pediátrica, potenciando competências, casuística e economia de escala”, dado o referido serviço ficar aquém daqueles mínimos de produção, e dada a existência de capacidade instalada neste hospital.

### Indicadores técnicos de qualidade

Qualidade	CHLN Santa Maria		CHLC Santa Marta		Hosp Univ Coimbra		H São João	
	2010	Δ% 08-10	2010	Δ% 08-10	2010	Δ% 08-10	2010	Δ% 08-10
	% Complicações relacionadas c/ procedimentos cirúrgicos <sup>(1)</sup>	14,10	● -14%	9,65	● 11%	1,04	● 1%	n.d
% de readmissões	2,87	● 114%	4,18	● 48%	1,53	● -9%	0,98	● -29%
% de óbitos	3,50	● -8%	3,77	● 18%	0,62	● -12%	3,16	● -5%
% infeções nosocomiais <sup>(2)</sup>	5,48	25%	n.d	-	n.d	-	6,75	● -14%
N.º de doentes operados	1.319	● -2%	1.175	● -4%	1.662	● 1%	1.556	● 0%
Índice de Case-Mix	4,78	0%	4,82	● -1%	3,95	● -4%	5,45	● -1%

(1) HUC - Ano 2009 (indicador não disponível em 2010)

(2) HSJ - Apurado com base em amostra de doentes estudados

- ✘ A avaliação da qualidade da atividade cirúrgica dos vários centros depende do tratamento das séries estatísticas dos resultados ao longo de vários períodos de tempo. O entendimento dos vários indicadores deverá ser ponderado com a diferenciação e o grau de complexidade, bem como com a quantidade de intervenções cirúrgicas realizadas. No entanto, não foram realizadas avaliações externas regulares e periódicas dos indicadores de qualidade e segurança dos vários serviços de cirurgia cardiotorácica, por parte de entidades de regulação ou controlo, designadamente pela Direção-Geral de Saúde, pela Inspeção-Geral das Atividades em Saúde, pela Ordem dos Médicos, ou pela Entidade Reguladora da Saúde.
- ✘ Pontualmente, já em 2012, a qualidade dos serviços de cirurgia cardíaca pediátrica prestados no Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE, foi objeto de inquéritos realizados pela Direção-Geral de Saúde, pela Inspeção-Geral das Atividades em Saúde e pelo Colégio da Especialidade de cirurgia cardiotorácica da Ordem dos Médicos, que concluíram pela inexistência de indícios da “(...) ocorrência de má prática médica ou de intercorrência cirúrgica anormal.” e a existência de “(...) mecanismos aptos a garantir o controlo de riscos clínicos.”. Na sequência dos relatórios produzidos o Secretário de Estado da Saúde considerou em despacho que “(...) O parecer é muito satisfatório e reforça, confirmando a qualidade reconhecida ao Serviço de Cirurgia Cardíaca do Hospital de Santa Marta (...)”<sup>18</sup>.
- ✘ Contudo, e uma vez que esta avaliação não abrangeu toda a atividade, nem estabeleceu termos de comparação com as outras unidades prestadoras de serviços de cirurgia cardiotorácica, não foi possível emitir uma opinião que comparasse os padrões de excelência nesta área.

<sup>18</sup> A celeridade com que este processo decorreu (menos de 3 semanas entre o despacho do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde, que solicita os inquéritos, e a sua conclusão, tendo um deles sido entregue menos de uma semana depois do referido despacho), demonstra que seria possível estender este tipo de avaliações a outros serviços e a outras unidades hospitalares, no sentido de validar os indicadores de qualidade normalmente produzidos.



## Custos associados à especialidade de cirurgia cardiotorácica

- \* A contabilidade analítica dos hospitais é enquadrada pelo Plano de Contabilidade Analítica dos Hospitais, que se centra no hospital e na sua divisão rígida por secções, numa perspetiva de imputação de custos *top-down*, não permitindo a obtenção de custos detalhados por doente/doença e, por conseguinte, impossibilitando a emissão de fatura/recibo ao utente, por forma a que este conheça os custos reais dos atos médicos que lhe foram prestados<sup>19</sup>.
- \* A análise comparativa dos custos associados à especialidade de cirurgia cardiotorácica concentrou-se, por motivos de fiabilidade e comparabilidade, na componente direta dos custos.

Custos	CHLN Santa Maria		CHLC Santa Marta		Hosp Univ Coimbra		H São João	
	2010	Δ% 08-10	2010	Δ% 08-10	2010	Δ% 08-10	2010	Δ% 08-10
	Custos diretos totais	8.791.012	17%	10.359.923	3%	7.702.615	-6%	13.339.454
Custos diretos unitários	6.665	19%	8.817	7%	<b>4.635</b>	-8%	8.573	9%
Custos diretos unitários fixos	3.225	12%	4.595	4%	<b>2.956</b>	-11%	5.066	7%
Custos diretos unitários variáveis	3.440	27%	4.222	11%	<b>1.679</b>	-2%	3.507	12%
Índice de Case-Mix	4,78	0%	4,82	-1%	3,95	-4%	5,45	-1%

- \* Os custos diretos unitários médios por doente operado variaram entre os € 6.682 e os € 7.536, ao longo do triénio, verificando-se que existem diferenças significativas entre os custos unitários das várias unidades hospitalares.

Destacam-se os serviços de cirurgia cardiotorácica dos Hospitais da Universidade de Coimbra, EPE, e do Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE, ao apresentarem custos unitários substancialmente inferiores aos verificados nos serviços do Hospital de São João, EPE, e do Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE (os custos diretos unitários do serviço de cirurgia cardiotorácica do Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE, foram, no triénio, superiores em 64%, 68% e 90%, respetivamente, aos custos do serviço mais eficiente; no caso do serviço do Hospital de São João, EPE, estes valores foram de 57%, 85% e 85%)<sup>20</sup>.

- \* A incorporação do fator complexidade na análise comparativa dos custos unitários resulta num esbatimento das diferenças anteriormente identificadas, embora se mantenham as principais conclusões.

O serviço de cirurgia cardiotorácica dos Hospitais da Universidade de Coimbra, EPE, continua a ser o mais eficiente, embora a diferença para o serviço do Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE seja mais reduzida (note-se que, em 2008, é esta última a unidade mais eficiente, depois de incorporado o fator complexidade, mas apresenta um crescimento acentuado dos custos unitários ao longo do triénio).

<sup>19</sup> Procedimento anteriormente alvo de recomendação do Tribunal de Contas. Veja-se, a este propósito o Relatório de Auditoria n.º 48/2010, 2ª Secção – Auditoria de Resultados ao Programa de Intervenção em Oftalmologia.

<sup>20</sup> Cf. Quadro 21 do ponto 10.2.6



As diferenças entre estes serviços de cirurgia cardiotorácica e os do Hospital de São João, EPE, e do Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE, são também menos significativas, embora sejam ainda relevantes (os custos unitários diretos, ajustados pela complexidade, do serviço de cirurgia cardiotorácica do Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE, foram, no triénio, superiores em 45%, 48% e 56%, respetivamente, aos custos do serviço mais eficiente; no caso do serviço do Hospital de São João, EPE, estes valores foram de 23%, 37% e 34%)<sup>21</sup>.

- \* A decomposição dos custos em fixos e variáveis mostra uma preponderância da componente fixa, particularmente nos serviços de cirurgia cardiotorácica dos Hospitais da Universidade de Coimbra, EPE, e do Hospital de São João, EPE, em que os mesmos atingem pesos relativos que variam no triénio entre 64-66% e 59-62%, respetivamente.

A utilização da capacidade efetiva existente nos serviços dos Hospitais de Santa Marta e de Santa Maria, permitiria, simplesmente como consequência do aumento da produção, reduzir os custos unitários fixos de 2010 em, respetivamente, 21% e 10%.

	Santa Marta	Santa Maria
Custos Fixos 2010	5.399.569	4.253.955
Produção 2010	1.175	1.319
Custos Fixos Unitários 2010	4.595	3.225
Produção plena utilização recursos	1.484	1.469
Custos Fixos Unitários estimados	3.639	2.896
Variação	-21%	-10%

Nota: Produção adicional de 309 e 109 cirurgias, respetivamente, de acordo com o comunicado pelos Conselhos de Administração dos 2 Centros Hospitalares.

Decomposição dos custos diretos unitários	CHLN Santa Maria		CHLC Santa Marta		Hosp Univ Coimbra		H São João	
	2010		2010		2010		2010	
	Valor	%	Valor	%	Valor	%	Valor	%
Produtos Farmacêuticos	1.398	21%	978	11%	946	20%	619	7%
Material de Consumo Clínico	1.613	24%	2.896	33%	593	13%	2.441	28%
Remun. Base Pessoal Médico	656	10%	593	7%	427	9%	540	6%
Remun. Base Pessoal Enfermagem	757	11%	1.200	14%	824	18%	1.020	12%
Trabalho Extraordinário	734	11%	731	8%	735	16%	795	9%
Outras Remun. Adic.e Suplementos	1	0%	301	3%	1	0%	973	11%
Outros	1.506	23%	2.117	24%	1.110	24%	2.185	25%
<b>TOTAL</b>	<b>6.665</b>	<b>100%</b>	<b>8.817</b>	<b>100%</b>	<b>4.635</b>	<b>100%</b>	<b>8.573</b>	<b>100%</b>

- \* A estrutura dos custos dos serviços de cirurgia cardiotorácica nos hospitais analisados é semelhante e não apresenta variações de relevo ao longo do triénio 2008-2010, com os custos com o pessoal e com matérias de consumo a representarem, em média, cerca de 94% dos custos diretos totais (consumos, 39% e pessoal, 55%).
- \* As únicas diferenças entre as estruturas de custos sob análise que se destacam são as seguintes:
  - o o maior peso relativo dos custos com o pessoal, nos serviços de cirurgia cardiotorácica dos Hospitais da Universidade de Coimbra, EPE, e do Hospital de São João, EPE, quando comparados com o

<sup>21</sup> Cf. Quadro 22 do referido ponto.





verificado no Centro Hospitalar Lisboa Central, EPE, e no Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE; verifica-se o inverso no que respeita ao peso dos custos com matérias de consumo;

- as amortizações do exercício apresentaram algum peso no caso do Hospital de São João, EPE (6%, 5% e 3%, ao longo do triénio) e do Centro Hospitalar Lisboa Central, EPE (3%, 2% e 2%), sendo menos relevantes nas outras duas unidades hospitalares, particularmente no caso dos Hospitais da Universidade de Coimbra, EPE.
- \* Analisando em maior detalhe os custos com matérias de consumo, verifica-se que são quase na totalidade compostos por consumos de produtos farmacêuticos e de material de consumo clínico, com maior preponderância destes últimos, especialmente nos serviços de cirurgia cardiotorácica do Centro Hospitalar Lisboa Central, EPE, e de Hospital de São João, EPE, onde representaram mais de 70% dos custos. É nestas unidades que o índice de case-mix é mais elevado, o que pode explicar esta preponderância.
- \* A decomposição dos custos com o pessoal mostra que as remunerações base, incluindo subsídios de férias e de natal, são a sua principal componente, representando entre 51 e 57% dos mesmos em 3 das 4 unidades hospitalares analisadas, excetuando-se o serviço de cirurgia cardiotorácica do Hospital de São João, EPE, onde aquelas remunerações representaram, ao longo do triénio, entre 40 e 49% do total.
- \* Os suplementos remuneratórios representaram, ao longo do triénio, cerca de 30% dos custos com o pessoal nos serviços de cirurgia cardiotorácica dos Centros Hospitalares de Lisboa Central e Norte. Nos Hospitais da Universidade de Coimbra e no Hospital de São João, EPE, apresentam um peso um pouco mais elevado, embora nos primeiros esse peso tenha diminuído no triénio.

No serviço de cirurgia cardiotorácica do Hospital de São João, EPE, este peso deve-se ao recurso à atividade cirúrgica adicional, no âmbito do SIGIC, para dar resposta à afluência dos doentes à lista de espera para cirurgia.

Nos Hospitais da Universidade de Coimbra, EPE, os suplementos representaram entre 40% (2008) e 33% (2010) dos custos totais com pessoal, resultado da atribuição de prémios de desempenho.

- \* A relação entre os custos com médicos e enfermeiros (remuneração base) é relativamente semelhante entre as várias unidades hospitalares, verificando-se que as remunerações base do pessoal de enfermagem atingem o dobro das remunerações base do pessoal médico. O serviço de cirurgia cardiotorácica do Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE, constitui uma exceção, verificando-se que os custos as remunerações base do pessoal médico têm aproximadamente o mesmo peso que os respetivos custos com o pessoal de enfermagem.
- \* Os proveitos das unidades hospitalares analisadas provêm, na sua quase totalidade, do faturado no âmbito dos contratos programa assinados com a Administração Central do Sistema de Saúde, IP, que estabelecem um preço por doente equivalente saído do internamento.

- \* A análise dos resultados do exercício da atividade cirúrgica cardiotorácica, em 2010, mostra que todas as unidades hospitalares auditadas apresentam resultados positivos.

2010	HSMarta	HSMaria	HUC	HSJ
<b>Proveitos unitários (Prestações de serviço)</b>	<b>12.061</b>	<b>11.902</b>	<b>9.730</b>	<b>13.565</b>
- Custos Operacionais Variáveis Unitários	4.219	3.366	1.659	3.483
= Margem de Contribuição Unitária	7.842	8.536	8.070	10.082
(%)	<b>65%</b>	<b>72%</b>	<b>83%</b>	<b>74%</b>
- Custos Fixos Unitários (encargos de estrutura)	4.595	3.225	2.956	5.066
= Resultados Operacionais Unitários	3.247	5.311	5.115	5.016

- \* Face ao que precede, considerando a existência de capacidade de produção subutilizada nos Centros Hospitalares de Lisboa Central e Norte, conforme comunicado pelos respetivos conselhos de administração (cf. Ponto 10.1.6.1), estas margens de contribuição significam que os serviços de cirurgia poderiam contribuir **adicionalmente** com € 2.423.307 e € 1.280.457<sup>22</sup>, respetivamente, para a cobertura dos custos fixos (encargos de estrutura) dos 2 centros hospitalares<sup>23</sup>, caso os níveis de produção tivessem atingido aquelas capacidades efetivas<sup>24</sup>.
- \* Assim, tendo em conta:
  - a capacidade efetiva declarada;
  - que a atividade dos serviços de cirurgia cardiotorácica contribui positivamente para os resultados das unidades hospitalares auditadas; é questionável a necessidade de prestação destes serviços aos utentes em regime de complementaridade, já que o aproveitamento a 100% da capacidade efetiva no SNS constitui uma oportunidade para reduzir os prejuízos operacionais e promover a sustentabilidade económico-financeira dos hospitais do SNS.

### Identificação de boas práticas

- \* A decisão do órgão de gestão dos Hospitais da Universidade de Coimbra, EPE, de criar um centro de responsabilidade integrada na especialidade de cirurgia cardiotorácica, com autonomia funcional, organizativa e de gestão, componentes imprescindíveis para alcançar os objetivos, mostrou-se uma boa opção, patente na dinâmica de funcionamento e organização e nos resultados atingidos.
- \* No Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE, é feito o acompanhamento, durante um ano<sup>25</sup>, dos doentes que foram intervencionados e transplantados.

<sup>22</sup> No Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE: € 7842 x 309 = € 2.423.307.

No Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE: € 8.536 x 150 = € 1.280.457.

<sup>23</sup> Note-se que, no caso do Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE, estes não são cobertos pelos restantes serviços, uma vez que o hospital é deficitário.

<sup>24</sup> 309 cirurgias adicionais no Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE e 150 cirurgias adicionais no Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE.

<sup>25</sup> Ao fim de um ano o doente tem alta da cirurgia cardiotorácica e passa a ser seguido na consulta de cardiologia.



- ✦ O Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE, realiza um controlo de qualidade dos seus resultados, sendo a única unidade que reporta os seus dados regular e periodicamente à Associação Europeia de Cirurgia Cardiorrástica, permitindo, a nível interno, o *benchmarking* de indicadores de produção e de qualidade, bem como, a nível global, a existência de estatísticas internacionais, úteis para investigação na área.
- ✦ No âmbito do contraditório, o CHLN, EPE informou que “(...) *efectua o reporte regular e periódico de informação para efeitos de benchmarking de indicadores de produção e qualidade para uma empresa especializada, a nível Ibérico (IASist), comparando-se com os pares e com o grupo de hospitais com melhores indicadores*”, situação que configura uma boa prática.



## **2. RECOMENDAÇÕES**

Atentas as conclusões da auditoria, formulam-se as seguintes recomendações:

### **Ao Ministro da Saúde**

- i.** Preencher o hiato entre as capacidades de produção efetiva e utilizada nos serviços de cirurgia cardiotorácica, com o objetivo de reduzir os custos unitários de produção, os prejuízos operacionais, e promover a sustentabilidade do Serviço Nacional de Saúde, considerando a revisão das redes de referência existentes.
- ii.** Mandar avaliar e considerar a disseminação das boas práticas identificadas entre os serviços de cirurgia cardiotorácica.
- iii.** Considerar o reforço da autonomia de gestão do modelo empresarial, concretizando na plenitude os Centros de Responsabilidade Integrada que se justifiquem, em função dos resultados e do rigor de gestão praticados.
- iv.** Mandar verificar e avaliar os níveis de qualidade e a segurança de todas as unidades de cirurgia cardiotorácica que prestem serviços no âmbito do Sistema Nacional de Saúde.
- v.** Apoiar as instituições que promovam ações/iniciativas, na área da prevenção, tais como rastreios cardiovasculares, distribuição de material didático, educação do público sobre prevenção da doença cardiovascular, com o objetivo de sensibilizar e incentivar a população a adotar estilos de vida saudáveis, modificando atitudes e comportamentos de risco face às doenças cardiovasculares.

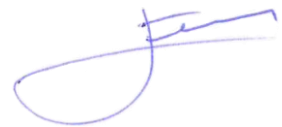
### **Aos Conselhos de Administração das unidades hospitalares**

- vi.** Ponderar a reorganização dos serviços de cirurgia cardiotorácica, otimizando os recursos existentes, em função de uma avaliação das estruturas, processos e resultados, que justifiquem a implementação de centros de responsabilidade.
- vii.** A decisão de nomeação para o cargo de diretor de serviço deve ser tomada tendo em conta o perfil adequado do profissional às tarefas de gestão hospitalar, nas áreas de organização, de regulação, do controlo de gestão e de avaliação dos processos e resultados.
- viii.** Providenciar pela implementação de modelos de custeio que produzam informação fiável e atual e permitam a obtenção de custos reais detalhados da atividade, por doente, que possa ser utilizada como ferramenta de gestão,



particularmente importante no âmbito de um processo de reforço da autonomia de gestão e correspondente responsabilização pelos resultados.

- ix.** Divulgar, no sítio da internet institucional, informação sobre o desempenho dos serviços cardiorráxicos, especificando indicadores de estrutura, produtividade e resultados.
- x.** Promover a troca de informação e a comparação de indicadores de desempenho entre os vários serviços de cirurgia cardiorráfica, para desenvolver formas de colaboração entre os serviços e estabelecer o *benchmarking* regular do desempenho.
- xi.** Considerando a indispensabilidade de avaliar os mecanismos de controlo instituídos, de forma a validar a sua adequação, designadamente, ao desencorajamento e minimização das atividades potenciadoras de fraude, devem os conselhos de administração das unidades hospitalares auditadas, proceder à elaboração do relatório de acompanhamento de execução do plano de gestão de riscos de corrupção e infrações conexas.



## II – INTRODUÇÃO

### 3. FUNDAMENTO, ÂMBITO E OBJETIVOS DA AUDITORIA

Em cumprimento do Programa de Fiscalização do Tribunal de Contas para 2011, aprovado pela Resolução n.º 8/10-2ªS, em sessão do Plenário da 2ª Secção, de 2 de dezembro, realizou-se uma auditoria de resultados aos serviços de cirurgia cardiotorácica nas unidades hospitalares do Serviço Nacional de Saúde (SNS).

A presente auditoria teve por objetivo geral realizar o *benchmarking* dos diferentes modelos de gestão existentes e dos resultados alcançados, com especial enfoque na utilização dos recursos disponíveis e nos custos associados à atividade. Pretendeu-se identificar e analisar as melhores práticas e a sua replicabilidade, com vista à otimização dos recursos disponíveis no Serviço Nacional de Saúde.

Teve como âmbito os anos de 2008 a 2010, e foram definidos como objetivos gerais e específicos, os seguintes:





# Tribunal de Contas

---

## 4. METODOLOGIA E PROCEDIMENTOS

A auditoria foi realizada em conformidade com as normas, procedimentos e metodologias adotadas pelo Tribunal de Contas e acolhidos no seu “Manual de Auditoria e de Procedimentos”, tendo-se tido igualmente em conta as normas de auditoria da INTOSAI.

Na fase de planeamento procedeu-se a um estudo prévio com base em diplomas legais e na informação enviada pelas unidades hospitalares do Serviço Nacional de Saúde.

Na fase de execução foi desenvolvido trabalho de campo junto das 4 unidades hospitalares selecionadas e constantes do programa de auditoria aprovado<sup>26</sup>, as quais, no âmbito da produção dos serviços de cirurgia cardiotorácica representam 77,07%, do total das consultas, a 72,55%, dos doentes saídos, e a 75,88%, dos doentes operados, do total da produção do SNS.

## 5. CONDICIONANTES E LIMITAÇÕES

No decurso da auditoria não foram observadas quaisquer situações condicionantes do normal desenvolvimento do trabalho, realçando-se a colaboração e a disponibilidade demonstrada pelos dirigentes e funcionários das entidades envolvidas

No âmbito do contraditório, algumas entidades levantaram dúvidas relativamente aos Índices de Case-Mix (ICM) associados à atividade dos vários serviços auditados.

O Colégio da Especialidade da Ordem dos Médicos referiu que, *“Pela análise dos relatórios fornecidos pelos vários Serviços, não se vêem diferenças significativas no tipo de patologia, que possam justificar tal discrepância. Provavelmente haverá diferenças de classificação que é importante corrigir.”*

A Sociedade Portuguesa de Cardiologia considerou que *“(...) seria importante tentar esclarecer a razão para as disparidades entre serviços no que respeita ao seu valor, o que é de algum modo inesperado tendo em conta a relativa homogeneidade da população portuguesa.”*

Também o CHLC, EPE, alegou que *“O índice de Case-Mix (ICM) do CCT\_CHLC terá que ser forçosamente o mais alto de todos os serviços de cirurgia cardiotorácica do país, porque é o único centro do país que realiza transplante pulmonar (impõe-se a correcção das páginas 12 e 53), só este, com um peso relativo de 25,4346.”*, salientando que *“Para além das patologias/casuística dos serviços, o apuramento do ICM tem a ver com a exaustividade da codificação, só assim se explica que o CCT\_CHLC esteja em 2º lugar neste indicador de complexidade.”*

Refere-se, sobre este assunto, que os ICM utilizados foram os apurados pelas unidades hospitalares auditadas, tendo por base os registos de atividade. Não se pode excluir no entanto, por não fazer parte do âmbito da presente auditoria, a

---

<sup>26</sup> Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE, Centro Hospitalar Lisboa Central, EPE, Hospitais da Universidade de Coimbra, EPE, e Hospital de S. João, EPE – informação 13/2011.



eventual existência de diferentes práticas de codificação que possam influenciar aqueles indicadores.

## **6. AUDIÇÃO DOS RESPONSÁVEIS EM CUMPRIMENTO DO PRINCÍPIO DO CONTRADITÓRIO**

Tendo em vista o exercício do direito de resposta, em cumprimento do princípio do contraditório, nos termos dos artigos 13º e 87º, nº 3, da Lei nº 98/97, de 26 de agosto, com as alterações que lhe foram introduzidas pela Lei nº 48/2006, de 29 de agosto, o relato foi enviado às seguintes entidades:

- \* Ministro do Estado e das Finanças;
- \* Ministro da Saúde;
- \* Presidente do Conselho de Administração das Unidades Hospitalares auditadas:
  - o Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE;
  - o Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE;
  - o Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE;
  - o Centro Hospitalar de São João, EPE.

No sentido de conferir maior amplitude ao princípio do contraditório, o relato, ou extrato do mesmo, foi ainda remetido, para efeitos de audição, na qualidade de partes interessadas, às seguintes entidades:

- \* Conselho Diretivo da Administração Regional de Saúde do Centro, IP;
- \* Conselho Diretivo da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, IP;
- \* Conselho Diretivo da Administração Regional de Saúde do Norte, IP;
- \* Presidente do Conselho de Administração do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE;
- \* Presidente do Conselho de Administração do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia / Espinho, EPE;
- \* Presidente da Direção do Colégio da Especialidade de Cirurgia Cardiotorácica da Ordem dos Médicos.
- \* Presidente da Direção da Sociedade Portuguesa de Cardiologia.

Foram recebidas respostas de todas as entidades, à exceção do Conselho Diretivo da Administração Regional de Saúde do Norte, IP, sendo que as alegações/respostas apresentadas constam, na íntegra, do Anexo VI do Volume II do presente Relatório, nos termos dos artigos 13º, nº 4, da Lei nº 98/97, e 60º, nº 3, do Regulamento da 2ª Secção, do Tribunal de Contas aprovado pela Resolução nº 3/98 – 2ª Secção, de 19 de junho, com as alterações introduzidas pela Resolução nº 2/2002 – 2ª Secção, de 17 de janeiro, e pela Resolução nº 3/2002 – 2ª Secção, de 23 de maio, e, em síntese, nas partes tidas como relevantes, nos pontos do Relatório a que respeitam.

Salientam-se os seguintes comentários globais:

O Ministro da Saúde informou “(...) que nada tem a opor às conclusões e recomendações ainda sob a forma de projeto (...)” sendo sua intenção “(...) incumbir





# Tribunal de Contas

---

*a Direção-Geral da Saúde e a Administração Central do Sistema de Saúde, I.P. de monitorizar tudo o que for necessário para o seu cumprimento.”*

O CHUC, EPE, comentou que *“Da análise do processo de auditoria supra referenciada, apraz-nos registar que o relatório expressa de uma forma fidedigna a actividade assistencial do Centro de Responsabilidade de Cirurgia Cardiorácica do actual Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE.”*

Salienta-se que, em geral, os hospitais auditados e entidades interessadas não contribuíram nas suas respostas com análises detalhadas e quantificadas sobre os custos, o que revela uma eventual falta de cultura de gestão de custos e de proficiência quantitativa<sup>27</sup>.

O CHLO, EPE, em sede de audição, na qualidade de parte interessada, além de reiterar que dispõe de capacidade instalada no Hospital de Santa Cruz, salientou ainda, por diversas vezes, não concordar com o eventual encerramento de serviços de cirurgia cardiorácica a nível nacional. A respeito desta matéria, cabe esclarecer que tal não decorre do texto do relato que foi submetido a contraditório, nem das recomendações constantes do presente Relatório, uma vez que o tema não se enquadra nos objetivos desta auditoria, uma vez que a mesma teve por objetivo geral realizar o *benchmarking* dos diferentes modelos de gestão existentes e dos resultados alcançados.

No que respeita à audição da ARSLVT, na qualidade de parte interessada no que concerne aos hospitais da Região de Lisboa e Vale do Tejo, salienta-se que o seu contributo foi considerado nas partes tidas como relevantes, nos pontos do Relatório a que respeitam.

A Sociedade Portuguesa de Cardiologia salientou, em sede de audição, na qualidade de parte interessada, *“(...) a importância da existência de registos nacionais, nesta e noutras áreas de Medicina, para facilitar a análise da experiência anterior e programação das actividades futuras (...)”* acrescentando ainda que este registo deve incluir *“(...) para cada serviço não só os doentes tratados (mortalidade e morbilidade aos trinta dias com uniformização dos diagnósticos), mas também os doentes não tratados (motivo de recusa e análise dos resultados dos mesmos doentes tratados noutras instituições)”*, salientando que esta medida seria *“(...) um contributo decisivo para a implementação e desenvolvimento das boas práticas em cirurgia cardiorácica e para a comparação com o fim da melhoria dos diferentes Serviços.”*

As restantes alegações/respostas são reproduzidas em síntese, nas partes tidas como relevantes, nos pontos do Relatório a que respeitam.

---

<sup>27</sup> A proficiência quantitativa foi objeto de recomendação anterior no Relatório n.º 49/2009, da 2.ª Secção.



---

## II – DESENVOLVIMENTO DA AUDITORIA

---

A cirurgia cardiotorácica abrange duas grandes tipologias de procedimentos cirúrgicos: a cirurgia cardíaca e a cirurgia torácica.

A doença cardiovascular é a primeira causa de hospitalização e de morte, entre as pessoas de ambos os sexos, nos países da União Europeia, sendo a doença das artérias coronárias a mais prevalente, com grande impacto a nível pessoal, social e económico<sup>28</sup>. Todos os anos é responsável por cerca de 4,35 milhões de mortes nos 52 Estados membros da Região Europeia da Organização Mundial de Saúde (OMS) e mais de 1,9 milhões de mortes na União Europeia<sup>29</sup>. Também em Portugal, as doenças cardiovasculares constituem a principal causa de morte e são, além disso, uma das principais causas de doença prolongada e de afastamento do mercado de trabalho.

De acordo com a Carta Europeia para a Saúde do Coração<sup>30</sup> (2008), a União Europeia regista, nos últimos anos, taxas de mortalidade decrescentes por doença cardiovascular, existindo, no entanto, um número crescente de homens e mulheres a viver diariamente com a doença cardiovascular, devido ao aumento da longevidade e da sobrevivência das pessoas com este tipo de doença.

Dos dados constantes do relatório produzido pela Organização de Cooperação e de Desenvolvimento Económico<sup>31</sup> (OCDE), relativos ao procedimento angioplastia coronária, Portugal encontrava-se em 24º lugar, em 2009, com uma taxa baixa de uso, 118 procedimentos por 100.000 habitantes, comparativamente à média dos países – 188 p/100.000 habitantes.

### 7. CARACTERIZAÇÃO GERAL E PRINCÍPIOS DE BOM GOVERNO DAS UNIDADES HOSPITALARES

Para a presente auditoria foram selecionadas, no perímetro do Serviço Nacional de Saúde<sup>32</sup>, as seguintes unidades hospitalares:

- ✘ Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE<sup>33</sup>;
- ✘ Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE<sup>34</sup>;

---

<sup>28</sup> Os doentes além dos exames laboratoriais de rotina, Raio X de tórax e eletrocardiograma, dependendo de cada patologia, têm necessidade de realizarem exames cardiológicos específicos como: ecocardiograma, doppler de artérias carótidas e vertebrais e cateterismo cardíaco e angiotomografia da aorta.

<sup>29</sup> Cf. Estatísticas europeias relativas à doença cardiovascular – *British Heart Foundation e European Heart Network*.

<sup>30</sup> A Carta Europeia para a Saúde do Coração (*European Heart Health Charter*) é um documento elaborado pela *European Heart Network* e Sociedade Europeia de cardiologia, com o apoio da Comissão Europeia e da Organização Mundial de Saúde (OMS). Tem como objetivo reduzir o peso da doença cardiovascular na União Europeia e na Região Europeia de OMS, bem como reduzir as desigualdades entre os países, nesta área.

<sup>31</sup> Cf. *OECD Health Data 2011*.

<sup>32</sup> Que presentemente assume a responsabilidade constitucional de prestar a todos os cidadãos os cuidados de saúde que necessitam, através das suas estruturas: cuidados de saúde primários, unidades hospitalares e cuidados continuados

<sup>33</sup> O Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE, integra 2 estabelecimentos universitários de referência do Serviço Nacional de Saúde, o Hospital de Santa Maria e o Hospital de Pulido Valente. Conforme anteriormente referido, serviço de cirurgia torácica no Hospital Pulido Valente, apenas realiza cirurgia torácica pelo que, por não realizar cirurgia cardíaca, não é diretamente comparável com as restantes unidades, não tendo sido considerado nas análises comparativas.



- \* Hospitais da Universidade de Coimbra, EPE<sup>35</sup>;
- \* Hospital de São João, EPE<sup>36</sup>.

## 7.1. MISSÃO, OBJETIVOS E CAPACIDADE INSTALADA

As unidades hospitalares acima referidas têm como missão a prestação de cuidados de saúde diferenciados a todos os cidadãos, em articulação com as demais unidades prestadoras de cuidados de saúde integradas no SNS, dando execução às definições de política de saúde a nível nacional e regional, aos planos estratégicos e decisões superiormente aprovados.

Entre os principais objetivos, destaca-se o de assegurar a cada doente cuidados que correspondam às suas necessidades, de qualidade, em tempo adequado, em ambiente humanizado, de acordo com as melhores práticas clínicas e numa lógica de governação clínica, promovendo uma eficiente utilização dos recursos disponíveis.

Os recursos disponíveis nas unidades hospitalares auditadas eram, no triénio de 2008-2010, os que se documentam no quadro seguinte.

Quadro 1 – Capacidade instalada das unidades hospitalares

CHLN	2008	2009	2010	CHLC	2008	2009	2010
N.º salas de bloco	34	34	34	N.º salas de bloco	45	45	45
N.º de camas	1.302	1.319	1.344	N.º de camas	1.175	1.158	1.150
Recursos humanos	6.260	6.674	6.752	Recursos humanos	6.253	6.154	6.100
N.º médicos	1.345	1.311	1.344	N.º médicos	1.291	1.144	1.149
Proveitos Totais (€)	329.504.632	418.241.518	448.507.960	Proveitos Totais (€)	343.830.802	348.743.280	343.176.765

HUC	2008	2009	2010	CHSJ	2008	2009	2010
N.º salas de bloco	40	40	40	N.º salas de bloco	36	32	32
N.º de camas	1.456	1.456	1.375	N.º de camas	1.099	1.121	1.118
Recursos humanos	4.638	4.674	4.564	Recursos humanos	5.621	5.419	5.501
N.º médicos	965	892	880	N.º médicos	1.282	1.336	1.393
Proveitos Totais (€)	318.501.737	295.952.518	294.973.646	Proveitos Totais (€)	322.333.690	351.257.586	347.751.288

Fonte: Unidades Hospitalares auditadas.

## 7.2. REGIME JURÍDICO

As unidades hospitalares selecionadas pertencem ao sector empresarial do Estado<sup>37</sup>, sendo pessoas coletivas de direito público, dotadas de personalidade

<sup>34</sup> O Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE, integra quatro unidades hospitalares: Hospital de S. José, Hospital de Santa Marta, Hospital de D. Estefânia e o Hospital de Santo António dos Capuchos.

<sup>35</sup> Atualmente Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE, criado pelo Decreto-Lei n.º 30/2011, de 2 de março, por fusão dos Hospitais da Universidade de Coimbra, EPE, Centro Hospitalar de Coimbra, EPE e Centro Hospitalar Psiquiátrico de Coimbra.

<sup>36</sup> Atualmente Centro Hospitalar de São João, EPE, criado pelo Decreto-Lei n.º 30/2011, de 2 de março, por fusão do Hospital de São João, EPE e do Hospital Nossa Senhora da Conceição de Valongo.

jurídica, autonomia administrativa, financeira e patrimonial e natureza empresarial, nos termos dos respetivos diplomas que as criaram<sup>38</sup>. São financiadas pelo Orçamento do Estado (OE), através da execução dos contratos-programa<sup>39</sup> (CP) que estabelecem, designadamente, os objetivos, as metas qualitativas e quantitativas da atividade a produzir, os preços e os indicadores de avaliação de desempenho dos serviços e do nível de satisfação dos utentes e as demais obrigações assumidas pelas partes<sup>40</sup>.

Estão, ainda, sujeitas a poderes de superintendência do Ministro da Saúde, nomeadamente quanto à aprovação de objetivos e estratégias, à homologação do regulamento interno e à tutela conjunta dos Ministros das Finanças e da Saúde<sup>41</sup>. Seguem o Plano Oficial de Contabilidade do Ministério da Saúde<sup>42</sup> (POCMS), com as adaptações estabelecidas no Despacho Conjunto n.º 17164/2006, de 7 de junho<sup>43</sup>, do Ministério das Finanças e da Saúde<sup>44</sup>.

Para além de estarem obrigadas ao envio dos documentos de prestação de contas à Inspeção-Geral de Finanças e à Direção-Geral do Tesouro e Finanças, estão, também, sujeitos à prestação de contas ao Tribunal de Contas<sup>45</sup>.

Quanto aos procedimentos respeitantes à aquisição de bens e serviços e à contratação de empreitadas, as unidades hospitalares do sector público empresarial aplicam as normas de direito privado, sem prejuízo da aplicação do direito comunitário relativo à contratação pública<sup>46</sup>.

<sup>37</sup> Cf. art.º 5º, n.º 1, do Decreto-Lei n.º 233/2005, de 29 de dezembro, art.ºs 2º, n.º 1, al. b), e 18º do Regime Jurídico da Gestão Hospitalar (RJGH) aprovado pela Lei n.º 27/2002, de 8 de novembro, e art.ºs 2º, n.º 1, 3º, n.º 2, e 25º, n.º 1, do Decreto-Lei n.º 558/99, de 17 de dezembro.

<sup>38</sup> Decreto-Lei n.º 23/2008, de 8 de fevereiro (CHLN, EPE), Decreto-Lei n.º 50-A/2007, de 28 de fevereiro (CHLC, EPE), Decreto-Lei n.º 233/2005, de 29 de dezembro (HSJ, EPE), e Decreto-Lei n.º 180/2008, de 26 de agosto (HUC, EPE).

<sup>39</sup> De acordo com a legislação orgânica em vigor, as entidades competentes para negociar, celebrar e acompanhar os contratos-programa são as Administrações Regionais de Saúde, IP (ARS, IP). A Administração Central do Sistema de Saúde, IP (ACSS, IP), é o organismo do Ministério da Saúde que, entre outras atribuições, estuda e propõe os modelos de financiamento do sistema de saúde e acompanha, avalia e controla o desempenho económico-financeiro das instituições e serviços do SNS (cf. art.º 3º, n.º 2. alíneas d) e e), do Decreto-Lei n.º 219/2007, de 29 de maio, e art.º 3º, n.º 2, alíneas i) e o), do Decreto-Lei n.º 22/2012, de 30 de janeiro).

<sup>40</sup> Cf. art.º 12º, n.os 1 e 2, do Decreto-Lei n.º 233/2005, e base XXXIII, n.º 1, da Lei n.º 48/90, de 24 de agosto (Lei de Bases da Saúde).

<sup>41</sup> No que concerne à seguintes matérias: i) Aprovação de planos de actividades, de orçamentos e de documentos de prestação de contas; ii) Autorização da aquisição ou oneração de bens imóveis e da realização de investimentos cujas verbas não estivessem previstas nos orçamentos aprovados e cujo valor seja superior a 2% do capital estatutário; iii) Determinação de aumentos e reduções do capital estatutário; iv) Autorização da contração de empréstimos de valor, individual ou acumulado, igual ou superior a 10% do capital estatutário; v) Autorização de cedências de exploração de serviços hospitalares, da constituição de associações com outras entidades públicas e da participação no capital social de sociedades comerciais (Cf. art.ºs 3º, n.º 1, 6º, 10º, e 11º do Decreto-Lei n.º 233/2005).

<sup>42</sup> Cf. art.º 24º dos Estatutos aprovados pelo Decreto-Lei n.º 233/2005.

<sup>43</sup> Publicado no DR 2ªS, n.º 164, de 25 de agosto de 2006. Até à publicação deste despacho, o Centro Hospitalar utilizou o POC na preparação das suas contas.

<sup>44</sup> Que dispensou os hospitais, EPE, da utilização das contas de controlo orçamental e de ordem – classe 0, e da conta 25 – devedores e credores pela execução do orçamento e respectivas subcontas, sem prejuízo de os hospitais, EPE, deverem produzir documentos de prestação de contas contendo informação orçamental e financeira, de acordo com uma estrutura de mapas em anexo ao referido despacho.

<sup>45</sup> Cf. art.º 51º, n.º 1, al. o), da Lei n.º 98/97, de 26 de agosto.

<sup>46</sup> Até ao início de vigência do Código dos Contratos Públicos, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 18/2008, de 29 de janeiro, ocorrida em 30 de julho de 2008, a aquisição de bens móveis e serviços e a contratação de empreitadas por parte dos institutos só estavam sujeitas, respetivamente, ao regime do Decreto-Lei n.º 197/99, de 8 de junho, e do Decreto-Lei n.º 59/99, de 2 de março, quando o valor estimado dos contratos excedesse os limiares comunitários.



## 7.3. ORGANIZAÇÃO INTERNA

O modelo de governo e a estrutura de organização interna das unidades hospitalares selecionadas constam de regulamentos internos, aprovados pelos respetivos conselhos de administração e homologados pela Tutela, acautelando, desta forma, a transparência, a certeza e segurança dos critérios de funcionamento do órgão de gestão.

De acordo com os regulamentos internos<sup>47</sup>, são órgãos sociais das unidades hospitalares:

- a) O conselho de administração;
- b) O conselho consultivo;
- c) O fiscal único.

Excecionando o Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE, a composição dos conselhos de administração das restantes unidades hospitalares, estava de acordo com alteração introduzida pelo Decreto-Lei n.º 136/2010, de 27 de dezembro, ao disposto no n.º 1 do art.º 6º do Decreto-Lei n.º 233/2005, de 29 de dezembro, quanto ao número de membros do referido órgão<sup>48</sup>. De referir, contudo, que nenhum dos conselhos de administração integra a figura de vogal não executivo<sup>49</sup>.

*A este respeito, o CHLN; EPE, alega, no âmbito do contraditório, "(...) a composição do conselho de administração foi alterada em 2011. O actual Conselho de Administração é composto pelo Presidente que acumula com o cargo de Director Clínico, pela Enfermeira-Directora e por três vogais."*

Por forma a simplificar os procedimentos administrativos e a agilizar a tomada de decisões, os conselhos de administração das respetivas unidades hospitalares auditadas, delegaram nos seus membros as competências que lhe estão atribuídas<sup>50</sup>.

Constatou-se, ainda, a existência de níveis intermédios de gestão e de responsabilidade, designadamente nos serviços de ação médica, mas com autonomia limitada.

Tendo em conta que as unidades hospitalares têm por missão a prestação de cuidados de saúde diferenciados a todos os cidadãos, o poder de direção nestas unidades tem de ser cada vez mais ágil na atribuição de tarefas e responsabilidades aos seus colaboradores, no atual contexto de elevada exigência quanto à rentabilização dos recursos utilizados. Não se afigura, assim, compatível com a dinâmica da gestão exigida às unidades hospitalares, como unidades complexas que dispõem de elevados recursos técnicos e tecnológicos e de avultados meios financeiros para a produção de serviços, a concentração do processo de tomada de decisão, do planeamento e do controlo de recursos no sistema organizacional.

<sup>47</sup> Em conformidade com o previsto no art.º 8º do Decreto-Lei n.º 233/2005, de 29 de dezembro, que remete para os Estatutos (art.º 5º) em anexo ao diploma.

<sup>48</sup> O conselho de administração é composto pelo presidente e por vogais executivos (no máximo de quatro, sendo um deles, obrigatoriamente, o diretor clínico e outro o enfermeiro diretor), nomeados por despacho conjunto dos Ministros das Finanças e Saúde.

<sup>49</sup> Cf. art.º 6º, n.º 3, dos Estatutos constantes do Anexo II, ao Decreto-Lei n.º 233/2005, de 29 de dezembro.

<sup>50</sup> Ao abrigo do disposto nos artigos 35º e 36º do Código do Procedimento Administrativo, e do n.º 3, do art.º 7º dos Estatutos, aplicáveis às unidades hospitalares do sector público empresarial, por força dos respetivos diplomas que as criaram.



No mesmo sentido, cite-se a recomendação formulada pelo Grupo Técnico para a Reforma Hospitalar, constante do seu Relatório Final: *“A criação de estruturas de gestão intermédia com conteúdo funcional e autonomia real, configurando uma intenção séria de descentralização efetiva, poderá contribuir decisivamente para colocar a responsabilidade nas áreas nevrálgicas do hospital, onde se processa e decide a qualidade dos cuidados prestados e onde, simultaneamente, se gera o essencial da despesa e do desperdício.”*

A falta de autonomia constitui ainda uma falta de incentivo para o aperfeiçoamento do controlo de custos e das ferramentas que lhe estão associadas, nomeadamente os sistemas de contabilidade analítica, desinteressando o conhecimento rigoroso e detalhado dos custos totais e unitários por doente / doença e a análise integrada com indicadores de resultados clínicos, de qualidade, segurança e económico-financeiros. Constitui, ainda, uma causa de potencial subaproveitamento dos recursos locais e, acima de tudo, compromete uma gestão profissional, responsável e motivadora.

Todas as unidades hospitalares auditadas dispõem de comissões técnicas especializadas<sup>51</sup>, como órgãos de apoio técnico, e, com exceção dos Hospitais da Universidade de Coimbra, EPE, de auditor interno<sup>52</sup>.

No exercício dos poderes de gestão<sup>53</sup>, os conselhos de administração elaboram anualmente os respetivos instrumentos de gestão previsional<sup>54</sup> – planos de ação/atividades, orçamentos e planos de desempenho. Para além destes instrumentos, são, ainda, elaborados os documentos de prestação de contas, o balanço social e o plano estratégico.

Nos anos de 2008 e 2009, a contratualização com as unidades hospitalares EPE, teve como suporte o Contrato-Programa 2007-2009, e os respetivos Acordos Modificativos e Planos de Desempenho anuais. Para o ano de 2010, a contratualização foi feita com base no modelo em vigor em 2009, quanto à metodologia e clausulado, tendo o Contrato-Programa 2007-2009 sido prorrogado, extraordinariamente, para 2010, através do Acordo Modificativo.

Nas unidades hospitalares selecionadas, o processo de contratualização interna, como processo negocial com o conselho de administração, tem, como objetivo principal, o de transpor para o interior da organização e, conseqüentemente, para os diferentes níveis de gestão do hospital, os compromissos assumidos com as entidades competentes do Ministério da Saúde. A contratualização assenta na definição de metas e objetivos em consonância com as prioridades do hospital e dos meios à sua disposição, que se concretiza através de planos de ação e, nalguns casos, de orçamentos anuais e planos de investimentos.

---

<sup>51</sup> Designadamente: Comissão de ética (em cumprimento do Decreto-Lei n.º 97/95, de 10 de maio); Comissão de controlo de infeção; Comissão de farmácia e terapêutica, entre outras.

<sup>52</sup> Nomeado pelo Conselho de Administração, nos termos do art.º 17º dos Estatutos dos hospitais EPE (constante do anexo ao Decreto-Lei n.º 233/2005, de 29 de dezembro), *“(…) a quem compete proceder ao controlo interno nos domínios contabilístico, financeiro, operacional, informático e de recursos humanos.”*

<sup>53</sup> Cfr. alínea a), do n.º 1, do art.º 7º dos Estatutos dos hospitais EPE, aprovados pelo Decreto-Lei n.º 233/2005, de 29 de dezembro.

<sup>54</sup> A aprovação destes instrumentos é da competência dos Ministros das Finanças e Saúde, nos termos da alínea a) do art.º 10º do Decreto-Lei n.º 233/2005, de 29 de dezembro.



Não existe, por assim dizer, uma bilateralidade neste procedimento, antes sim um contributo dos diferentes serviços para a elaboração dos documentos previsionais da unidade hospitalar.

## 7.4. MECANISMOS INSTITUÍDOS NO CONTROLO DA QUALIDADE

Quanto aos mecanismos instituídos no controlo da qualidade, verificou-se que as unidades hospitalares realizam, pontualmente, auditorias internas nas áreas clínicas, apesar de não se encontrar implementada uma estrutura orgânica para a governação clínica.

### 7.4.1. ACREDITAÇÃO E CERTIFICAÇÃO

O Centro Hospitalar Lisboa Central, EPE, é a única das 4 unidades que está acreditada<sup>55</sup>. O processo de acreditação, pelo Comparative Health Knowledge Systems - CHKS<sup>56</sup>, foi concluído em 2011, sendo a acreditação válida até 2013.

Todas as unidades hospitalares auditadas têm vários serviços certificados<sup>57</sup>, de acordo com a Norma Geral dos Sistemas de Qualidade - ISO 9001<sup>58</sup>, abrangendo as áreas de ação médica, de apoio à prestação de cuidados e de apoio geral, e outros serviços em processo de certificação, designadamente serviços médicos.

De entre os vários serviços que obtiveram Certificação, não se encontra, no entanto, incluídos os serviços de cirurgia cardiotorácica.

### 7.4.2. GABINETE DO UTENTE

Os conselhos de administração das unidades hospitalares dispõem de um gabinete técnico de consultoria e apoio, o Gabinete do Utente<sup>59</sup> (GU), como instrumento de gestão para a avaliação da qualidade dos serviços prestados.

Para aferir da satisfação dos utentes, as unidades hospitalares<sup>60</sup> realizam, através do gabinete do utente ou de outros serviços, questionários (com maior ou menor abrangência) dirigidos a todos aqueles que receberam cuidados de saúde

<sup>55</sup> A Acreditação é o reconhecimento internacional reservado às instituições de saúde que demonstram o seu compromisso com a prestação de serviços de qualidade a utentes, profissionais e organizações externas, através de evidênciação do cumprimento dos critérios de ponderação “A”, previstos no Manual Internacional de Acreditação de Hospitais.

<sup>56</sup> O Comparative Health Knowledge Systems (CHKS) é um modelo de gestão de qualidade que permite abranger a organização. Este modelo tem como principais objetivos: i) facilitar uma cultura de melhoria da qualidade; ii) promover o trabalho em equipa; iii) normalizar os procedimentos e iv) incentivar atitudes de planeamento e responsabilização. O programa de Acreditação do CHKS é baseado no facto de que uma boa qualidade no cuidado do paciente depende da monitorização regular e forte dos sistemas e processos de uma organização.

<sup>57</sup> A Certificação é o reconhecimento internacional reservado às instituições, ou partes da mesma, que demonstram a sua conformidade com todos os critérios classificados com “ISO”, no Manual Internacional de Acreditação de Hospitais.

<sup>58</sup> A ISO 9001 é um Sistema de Gestão de Qualidade (SGQ) *standard* que exige que determinada organização satisfaça as suas próprias exigências e as dos seus clientes e reguladores. Baseia-se numa metodologia *plan-do-check-act* (planear-fazer-verificar-agir), que ajuda as organizações a criar, implementar, monitorizar e medir os seus próprios processos de forma a obterem resultados que se enquadram no âmbito das exigências da organização e melhorem continuamente a performance, adotando a respetiva ação mais adequada.

<sup>59</sup> O Gabinete do Utente foi um serviço criado de acordo com o Despacho Ministerial n.º 26/86, de 24 de julho, publicado na IIª série do DR.

<sup>60</sup> No CHLN, EPE e no CHLC, EPE, esses questionários são desenvolvidos pelo Gabinete do Utente, como gabinete técnico de consultoria e apoio ao conselho de administração. No Hospital de São João, EPE, os questionários são elaborados pelo Serviço de Humanização. Já nos Hospitais da Universidade de Coimbra, EPE, os questionários existentes são realizados por alguns serviços médicos.



hospitalar. Em resultado desses inquéritos, são elaborados relatórios que traduzem a análise de satisfação dos utentes, com informação que permite:

- \* Caracterizar o acesso e a acessibilidade.
- \* Avaliar a satisfação face às instalações e equipamentos.
- \* Aferir sobre satisfação relativamente às diferentes equipas de profissionais.
- \* Implementar medidas corretivas em áreas chave e promover cuidados de excelência.
- \* Incrementar o nível de satisfação dos utentes

Neste âmbito, foram analisados os relatórios dos GU, do triénio de 2008-2010, onde estão tratadas as reclamações, sugestões e elogios, apresentadas pelos utentes, cujo registo é obrigatório, desde de 2008, no Sistema “SIM - Cidadão”<sup>61</sup>. A análise efetuada à evolução e tipologia de exposições<sup>62</sup> consta na íntegra do volume II, da qual se retira as seguintes conclusões:

- \* Em 2009, o número de reclamações registadas aumentou, face a 2008, no CHLC, EPE (3,35%), no CHLN, EPE (10,54%), nos HUC, EPE (0,15%), e no HSJ, EPE (32,15%). Em 2010, verificou-se uma diminuição, face a 2009, de 6,81%, no CHLC, de 8,29% no CHLN, de 7,17%, nos HUC, e de 9,43% no HSJ.
- \* O serviço de urgência é o que colhe maior número de reclamações, no CHLN, no CHLC e nos HUC, no período de 2008-2010, e no HSJ, em 2010.
- \* No serviço de internamento verifica-se um aumento de reclamações, em 2009, no HSJ, de 9,87%, face a 2008, e, em 2010, no CHLN e no CHLC, de 270,48% (449 reclamações adicionais), e de 65,25% (77 reclamações adicionais), respetivamente. Nos HUC, houve um decréscimo no período em análise de 16,28%.
- \* Na consulta externa, o número de reclamações apresentadas no CHLN, aumentou em 2009, em 6,99%, diminuindo, em 2010 (-29,47%). Igualmente no CHLC, nos HUC e no HSJ, as reclamações registaram, em 2009, um aumento, face a 2008, de 40% (150 reclamações adicionais), 22,70% e de 96,77% (30 reclamações adicionais), respetivamente.
- \* O grupo profissional mais visado nas reclamações é, no CHLC, nos HUC e no HSJ, o dos médicos, enquanto no CHLN é a classe dirigente a que colhe maior número de reclamações. Em 2009 e 2010, as reclamações apresentadas nos diferentes grupos profissionais, aumentaram no CHLC, em 6,41% e 14,43%, e no HSJ, em 82,69% e 26,32%. O CHLN apresenta um aumento de 9,84%, em 2009, face a 2008, e uma diminuição das reclamações, em 2010, na ordem dos 10,78%. Nos HUC, regista-se uma diminuição de 10,26%, em 2009, e de 2,54%, em 2010.
- \* O tempo de resposta apurado para as reclamações apresentadas pelos utentes tem vindo a melhorar ao longo do triénio. No entanto, a capacidade

<sup>61</sup> Da responsabilidade da Direção-Geral da Saúde, o sistema nacional de reclamações, sugestões e comentários dos utentes do SNS, designado SIM-Cidadão, criado pelo Despacho n.º 5081/2005, consiste numa rede que articula todas as entidades do SNS e visa obter indicadores de gestão relacionados com o grau de satisfação dos cidadãos e, consequentemente com o funcionamento dos serviços. O sistema abarca uma estrutura representativa do universo das entidades prestadoras do SNS consubstanciando-se num modelo de tratamento e análise das exposições e respetiva formalização do dever de resposta ao cidadão através de uma aplicação informática criada para o efeito – o Sistema de Gestão de Sugestões e Reclamações (SGSR).

<sup>62</sup> Inclui o número de reclamações efetuadas via gabinete do utente e no livro de reclamações.





# Tribunal de Contas

de resposta, até 30 dias, é superior no CHLN, quando comparado com o CHLC e com o HSJ, em que o tempo de resposta, para o maior número de reclamações, é superior a 90 dias.

## 8. EXECUÇÃO E FINANCIAMENTO DA ATIVIDADE DAS UNIDADES HOSPITALARES

Para possibilitar a apreciação global e evolutiva da atividade assistencial em perímetro comparável, foram selecionados indicadores que se reportam às áreas funcionais da consulta externa, internamento, atividade cirúrgica e urgência.

### 8.1. GRAU DE PROSSECUÇÃO DAS METAS FIXADAS

O acompanhamento da atividade, em termos de cumprimento dos objetivos fixados, é feito pelos serviços responsáveis, que elaboram mensalmente mapas de controlo de execução da produção (global e por serviço), reportando-os ao conselho de administração.

O desempenho das unidades hospitalares nas principais linhas de produção foi, no triénio 2008-2010, o que a seguir se apresenta.

#### 8.1.1. CONSULTA EXTERNA

Conforme se pode observar no quadro e gráfico seguintes, as unidades hospitalares registaram, em média, no triénio em análise, uma taxa de execução superior a 100%, na linha de produção das consultas externas. Apenas os HUC, EPE assinalam, em 2008, uma taxa de execução de 89,25%, ultrapassando, no entanto, os 100%, em 2009 e 2010.

Quadro 2 – Consulta externa

Unidade Hospitalar	2008			2009			2010		
	Previsto	Realizado	Taxa de execução	Previsto	Realizado	Taxa de execução	Previsto	Realizado	Taxa de execução
CHLN	600.322	758.793	126,40%	670.250	787.716	117,53%	742.855	734.237	98,84%
CHLC	556.934	555.374	99,72%	556.355	571.981	102,81%	551.316	574.483	104,20%
HUC	574.201	512.448	89,25%	433.000	529.429	122,27%	508.828	527.828	103,73%
HSJ	495.166	617.334	124,67%	505.783	668.901	132,25%	650.448	687.872	105,75%

Fonte: Unidades Hospitalares auditadas.

Das 4 unidades hospitalares, o CHLC, EPE, e o HSJ, EPE, foram as unidades que mantiveram entre 2008-2010, um crescimento continuado do número de consultas realizadas.

#### 8.1.2. INTERNAMENTO

Os resultados alcançados pelas unidades hospitalares, face ao contratualizado, foram, na linha de produção do internamento, superiores a 95%, sendo que o HSJ, EPE, ultrapassou, nos 3 anos consecutivos, os 100% de execução (cf. Quadro 3).



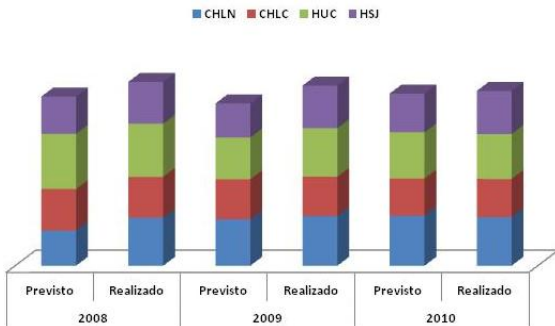
**Quadro 3 – Doentes saídos do Internamento**

Unidade Hospitalar	2008			2009			2010		
	Previsto	Realizado	Taxa de execução	Previsto	Realizado	Taxa de execução	Previsto	Realizado	Taxa de execução
CHLN	35.496	48.591	136,89%	46.809	50.128	107,09%	50.479	49.091	97,25%
CHLC	41.899	41.124	98,15%	40.425	39.728	98,28%	37.430	38.491	102,83%
HUC	55.688	53.494	96,06%	42.196	48.922	115,94%	46.675	45.331	97,12%
HSJ	37.536	42.356	112,84%	34.376	42.990	125,06%	39.145	43.523	111,18%

Nota: sem transferências internas

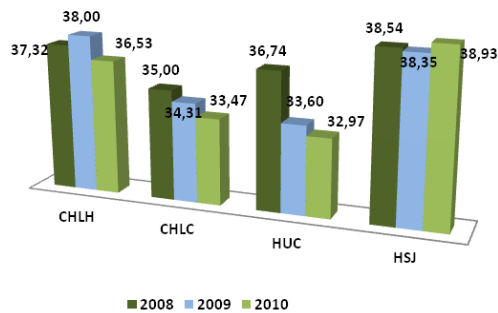
Fonte: Unidades Hospitalares auditadas.

**Gráfico 1 – Previsto vs. realizado no internamento**



A produção do CHLC, EPE, e dos HUC, EPE, apresenta um decréscimo anual, de 3,39% e 8,55%, em 2009, e de 3,11% e 8,55%, em 2010, respetivamente.

**Gráfico 2 – Doentes saídos p/ cama**

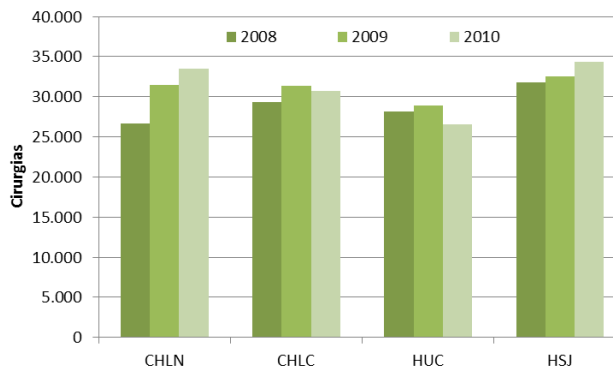


Ao considerarmos a produção realizada versus lotação praticada, verificamos que a unidade hospitalar com o maior número de doentes saídos por cama foi o HSJ, EPE, com uma média de 38,60 doentes, por ano.

### 8.1.3. ATIVIDADE CIRÚRGICA

Na atividade cirúrgica, verifica-se um acréscimo em 2009, face a 2008, nas 4 unidades hospitalares, com destaque para o CHLN, EPE, que aumentou a sua produção em 18,10%. Já em 2010, o CHLC, EPE, e os HUC, EPE, registam decréscimos, de 2,05% e 8,23%, respetivamente, face a 2009, tendo a atividade continuado a aumentar no CHLN, EPE, e no HSJ, EPE.

**Gráfico 3 – Evolução da atividade cirúrgica**





**Quadro 4 – Execução da atividade cirúrgica**

Unidade Hospitalar	2008			2009			2010		
	Previsto	Realizado	Taxa de execução	Previsto	Realizado	Taxa de execução	Previsto	Realizado	Taxa de execução
CHLN	23.049	26.673	115,72%	30.690	31.501	102,64%	36.700	33.508	91,30%
CHLC	29.669	29.299	98,75%	31.021	31.371	101,13%	32.173	30.728	95,51%
HUC <sup>(1)</sup>	43.435	40.611	93,50%	30.365	28.928	95,27%	30.570	26.548	86,84%
HSJ <sup>(2)</sup>	39.838	52.243	131,14%	47.423	54.433	114,78%	49.638	54.945	110,69%

<sup>(1)</sup> No ano de 2008, reflete o número de atos operatórios. Foram, nesse ano, realizadas 28.145 cirurgias.

<sup>(2)</sup> Atos operatórios. O número de cirurgias realizadas fixou-se em 31.757, 32.581 e 34.357, ao longo do triénio.

Fonte: Unidades Hospitalares auditadas.

Do conjunto das unidades hospitalares auditadas, o HSJ, EPE, foi a unidade com a taxa de execução mais elevada, de 131,14%, em 2008, 114,78%, em 2009, e 110,69%, em 2010, face ao previsto.

No âmbito do contraditório, o HSJ, EPE, salientou, quanto aos dados do relato, “(...) que os dados mencionados em termos de Realizado versus Previsto reflectem realidades distintas, pelo que não são directamente comparáveis.” Acrescenta que “O número apresentado em termos de Plano de Desempenho corresponde ao conceito (...) Intervenções (...) sendo que o Relatório e Contas relata o valor (...) Doentes (...)”, solicitando a retificação do quadro e respetiva conclusão.

Concorda-se com a necessidade de correção do quadro para refletir a nova informação prestada pelo HSJ, EPE, tendo o mesmo sido revisto. Cabe, no entanto, salientar, que o quadro supra tem subjacente o conceito de cirurgia/Intervenção cirúrgica/doente operado, que é o previsto nos Planos de Desempenho apresentados à ARS<sup>63</sup>, fonte da previsão de produção anual. Verifica-se que o HSJ, EPE, tem, aparentemente, vindo a preencher incorretamente este documento, utilizando um conceito diferente do definido nas correspondentes “Instruções de Preenchimento”, medindo a produção cirúrgica em número de atos operatórios e não em número de intervenções cirúrgicas, situação que deverá ser revista.

#### **8.1.4. URGÊNCIA**

Ao contrário das consultas externas, em que o aumento da atividade é potencialmente indicador de melhoria de eficiência, o aumento no serviço de urgência é, geralmente, reflexo de défices de funcionamento das estruturas de atendimento programado, bem como dos cuidados de saúde primários, uma vez que, perante a dificuldade no acesso, os utentes tendem a recorrer às urgências hospitalares.

Os resultados alcançados pelas unidades hospitalares, no serviço de urgência, nos anos de 2008 a 2010, foram os que se apresentam no quadro seguinte.

<sup>63</sup> “Intervenção cirúrgica: (...) um ou mais actos operatórios com o mesmo objectivo terapêutico e ou diagnóstico, realizado(s) por cirurgião(ões) em sala operatória, na mesma sessão, sob anestesia geral, locorregional ou local, com ou sem presença de anestesista.” Fonte: Planos de Desempenho 2008-2010.

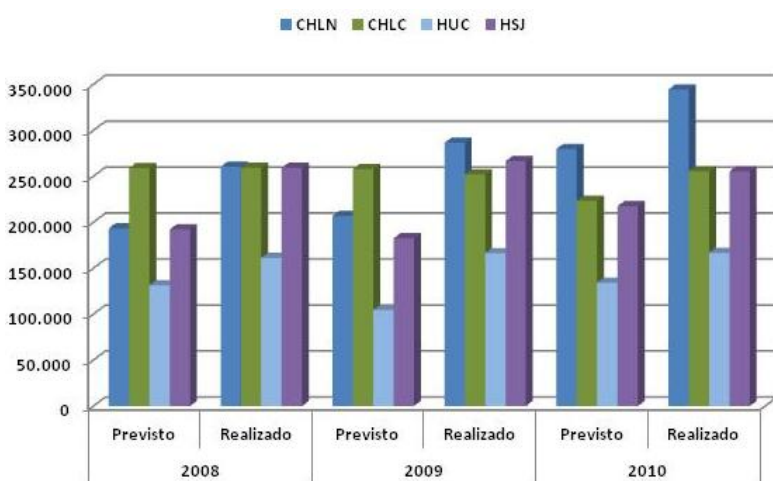


**Quadro 5 – Urgência**

Unidade Hospitalar	2008			2009			2010		
	Previsto	Realizado	Taxa de execução	Previsto	Realizado	Taxa de execução	Previsto	Realizado	Taxa de execução
CHLN	193.255	260.356	134,72%	206.756	286.429	138,53%	279.761	344.292	123,07%
CHLC	258.973	259.243	100,10%	257.917	251.906	97,67%	223.301	255.356	114,36%
HUC	131.287	161.160	122,75%	104.443	166.197	159,13%	133.881	166.739	124,54%
HSJ	192.222	259.221	134,86%	182.543	266.426	145,95%	217.475	255.360	117,42%

Fonte: Unidades Hospitalares auditadas.

**Gráfico 4 – Previsto vs. realizado na Urgência**



Todas as unidades hospitalares, com exceção, em 2009, do CHLC, EPE, atingiram, na linha de produção da urgência, taxas de execução superiores a 100%, face ao previsto.

O CHLN, EPE, foi a unidade que registou, em 2009 e 2010, o maior acréscimo do número de episódios de urgência, de 10,01% e 20,20%, respetivamente.

Face à taxa de execução verificada nas principais linhas de produção, podemos concluir que a metodologia utilizada (fixação de patamares) pelos departamentos de contratualização das ARS, na negociação dos planos de desempenho não reflete a real capacidade das unidades hospitalares. Isto porque, não se tendo verificado alterações significativas em alguns fatores que poderiam ter contribuído para o aumento de produção, designadamente, reorganização dos serviços e/ou melhor utilização dos meios disponíveis, a verdade, é que, com os meios existentes, as unidades hospitalares conseguem, na sua maioria, realizar mais do que o negociado.

### 8.1.5. FINANCIAMENTO

De acordo com o previsto nos contratos-programa e respetivos acordos modificativos, o financiamento das unidades hospitalares selecionadas foi, no triénio de 2008-2010, o que consta do quadro seguinte.



**Quadro 6 – Financiamento**

Contrato-programa	CHLN		CHLC		HUC		HSJ	
	€	%	€	%	€	%	€	%
<b>2008</b>								
Remuneração pela produção contratada	239.184.701	93,0%	218.882.735	78,4%	293.247.797	90,8%	240.126.862	97,9%
Valor de convergência	12.986.788	5,1%	55.731.225	20,0%	23.913.788	7,4%	0	0,0%
Valor dos incentivos institucionais	4.901.737	1,9%	4.679.857	1,7%	5.751.316	1,8%	5.176.186	2,1%
<b>Total anual*</b>	<b>257.073.226</b>		<b>279.293.817</b>		<b>322.912.901</b>		<b>245.303.048</b>	
<b>Valor dos adiantamentos</b>	<b>22.695.434</b>	<b>8,8%</b>	<b>20.596.047</b>	<b>7,4%</b>	<b>15.930.266</b>	<b>4,9%</b>	<b>16.008.457</b>	<b>6,5%</b>
<b>2009</b>								
Remuneração pela produção contratada	315.328.888	96,3%	238.090.506	82,9%	238.318.027	96,1%	256.404.076	96,2%
Valor de convergência	0	0,0%	39.735.342	13,8%	0	0,0%	0	0,0%
Valor dos incentivos institucionais	12.202.445	3,7%	9.419.155	3,3%	9.717.926	3,9%	10.215.360	3,8%
<b>Total anual*</b>	<b>327.531.332</b>		<b>287.245.003</b>		<b>248.035.953</b>		<b>266.619.436</b>	
<b>Valor dos adiantamentos</b>	<b>22.695.434</b>	<b>6,9%</b>	<b>18.521.723</b>	<b>6,4%</b>	<b>15.887.868</b>	<b>6,4%</b>	<b>17.093.605</b>	<b>6,4%</b>
<b>2010</b>								
Remuneração pela produção contratada	355.133.410	97,3%	258.018.141	84,0%	261.169.933	95,6%	287.575.561	95,9%
Valor de convergência	0	0,0%	6.908.411	2,2%	0	0,0%	0	0,0%
Valor dos incentivos institucionais	9.885.815	2,7%	42.350.732	13,8%	11.935.386	4,4%	12.216.328	4,1%
<b>Total anual*</b>	<b>365.019.226</b>		<b>307.277.284</b>		<b>273.105.319</b>		<b>299.791.889</b>	
<b>Valor dos adiantamentos</b>	<b>25.855.529</b>	<b>7,1%</b>	<b>22.789.732</b>	<b>7,4%</b>	<b>18.207.021</b>	<b>6,7%</b>	<b>20.485.779</b>	<b>6,8%</b>

\* Exclui os montantes correspondentes à actividade resultante de programas específicos

Fonte: Unidades Hospitalares auditadas.

Não obstante a atribuição do valor de convergência<sup>64</sup> às unidades hospitalares ter vindo a ser, desde 2005, progressivamente substituído por incentivos institucionais<sup>65</sup>, constata-se que apenas o CHLC, EPE, que recebeu, no triénio, cumulativamente valor de convergência e incentivos institucionais, contrariamente ao HSJ, EPE, que não recebeu qualquer valor de convergência, no triénio 2008-2010, mas apenas incentivos institucionais.

Em 2010, o valor dos incentivos institucionais atribuído a cada uma das unidades equivaleu a uma percentagem do valor dos contratos-programa de: 2,71% (€ 9.885.815,47), ao CHLN, EPE, de 13,78% (€ 42.350.731,54), ao CHLC, EPE, de 4,37% (€ 11.935.386,02), aos HUC, EPE, e de 4,07% (€ 12.216.328,09), ao HSJ, EPE.

## 9. MODELOS DE GESTÃO DOS SERVIÇOS DE CIRURGIA CARDIOTORÁCICA

As unidades hospitalares são organizações complexas, que envolvem um grande volume de recursos e que são fortemente influenciadas pela sua forma de organização. O modelo organizativo existente assenta, em termos genéricos, numa lógica de gestão em cascata, liderada por um conselho de administração. O nível de gestão intermédia é composto por diretores de serviços, nomeados pelo conselho de administração.

<sup>64</sup> Que tem como objetivo compensar as unidades hospitalares pelos desvios entre os custos operacionais e a valorização da produção contratada, de modo a viabilizar a sustentabilidade financeira e económica dos hospitais menos eficientes, e que não estando dependente de um melhor desempenho dos Hospitais, não induz eficiência. Cf. Relatório n.º Relatório n.º 11/2010 – 2ª S, de 18 de março - Auditoria orientada ao cálculo e atribuição do valor de convergência aos Hospitais EPE.

<sup>65</sup> Os contratos-programa passaram a incluir objetivos de qualidade e eficiência assistencial e económica, de cujo cumprimento fica dependente a atribuição de incentivos institucionais, numa lógica de “pay for performance”.



### 9.1. CENTROS DE RESPONSABILIDADE INTEGRADA

Os Centros de Responsabilidade Integrada (CRI) constituem estruturas orgânicas de gestão intermédia, agrupando serviços e/ou unidades funcionais homogêneos e ou afins. Os CRI podem coincidir com os departamentos, podendo excepcionalmente coincidir com os serviços quando a sua dimensão o justificar.

Um dos objetivos da criação de centros de responsabilidade integrada é o de conseguir obter uma maior eficiência e acessibilidade, mediante maior responsabilização dos profissionais pela gestão dos recursos.

O Decreto-Lei n.º 374/1999, de 18 de setembro, veio estabelecer o regime geral a que deveriam obedecer a criação dos centros de responsabilidade integrada, nas unidades hospitalares do Serviço Nacional de Saúde (SNS). Criados ao abrigo do referido diploma, os CRI tinham como objetivo primordial a obtenção de um elevado grau de eficiência, implicando a definição de novas regras de financiamento e de remunerações diretamente dependentes do volume da atividade realizada, dos níveis de produtividade e da qualidade dos resultados obtidos.

Com a entrada em vigor do novo regime jurídico da gestão hospitalar (Lei n.º 27/2002, de 8 de novembro) e, posteriormente, da publicação do Decreto-Lei n.º 188/2003, de 20 de agosto<sup>66</sup>, foi revogado (cf. n.º 1, alínea c) do art.º 42º) o diploma que criou os CRI. Contudo, ambos os diplomas<sup>67</sup> vieram introduzir uma maior descentralização na estrutura funcional dos modelos de organização dos hospitais do SNS, com vista a uma maior capacidade diretiva dos órgãos máximos e intermédios da gestão hospitalar, bem como uma identificação clara das suas responsabilidades. No mesmo sentido, o Decreto-Lei n.º 233/2005, de 29 de dezembro, determina que as unidades hospitalares devem desenvolver a sua ação por centros de responsabilidade que permitam a realização da atividade, internamente contratualizada com autonomia e responsabilidade.

Algumas unidades hospitalares têm procurado criar, em determinadas áreas médico-cirúrgicas, serviços ou departamentos de gestão dotados de objetivos específicos e de um conjunto de meios materiais e humanos, no âmbito do modelo de gestão participada, intermédia e operacional. Porém, a concretização deste modelo não tem sido promovido devido à falta de determinação do órgão decisor.

Verifica-se, assim, que não existe uma correspondência entre o estabelecido legalmente e as formas de organização instituídas nos serviços auditados, o que poderá diminuir o efeito da empresarialização, baseado na responsabilidade descentralizada por resultados económicos e níveis de serviço, atendendo aos princípios da economia, eficiência e eficácia, e bem assim, ao modelo autónomo de hospital empresa como instrumento de viabilização do Serviço Nacional de Saúde, constituído ao abrigo da Lei de Bases da Saúde na qual se prevê que *“a gestão das unidades de saúde deve obedecer, na medida do possível, a regras de gestão empresarial”*<sup>68</sup>.

<sup>66</sup> O presente diploma tem por âmbito de aplicação os hospitais do sector público administrativo (SPA).

<sup>67</sup> Cf. n.º 3, do art.º 11, da Lei n.º 27/2002, e art.º 3º do Decreto-Lei n.º 188/2003.

<sup>68</sup> Cf. Base XXXVI da Lei n.º 48/90, de 24 de agosto.



## 9.1.1. HOSPITAIS DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA<sup>69</sup>

Nos Hospitais da Universidade de Coimbra, EPE<sup>70</sup> (HUC, EPE), funciona o Centro de Responsabilidade Integrada de Cirurgia Cardiotorácica<sup>71</sup> (CRI-CCT), constituindo um nível intermédio de gestão com objetivos próprios e integrados na orgânica e na estratégia definidas para os HUC. De acordo com o Regulamento Interno<sup>72</sup>, são órgãos do CRI-CCT (cf. art.º 9º), o diretor e a comissão consultiva, tendo, ainda, como colaborador, um administrador, nomeado pelo conselho de administração de entre os profissionais da carreira de administração hospitalar (cf. n.º 2 do art.º 9º e art.º 12 do Regulamento Interno).

O CRI-CCT dos HUC, EPE, é a unidade de referência, da região de saúde do centro, para a prestação de cuidados médicos e cirúrgicos diferenciados em patologia cardíaca e pulmonar (adultos e pediátrica) e transplantes cardíacos. Não obstante essa referenciação, o CRI-CCT recebe doentes provenientes de todo o país.

Como estrutura intermédia de gestão, o CRI-CCT elabora, anualmente, um plano de ação e um orçamento<sup>73</sup> próprios (através de contrato-programa interno), decorrentes da sua produção nas diferentes linhas assistenciais, que contratualiza com o conselho de administração dos HUC, constituindo um instrumento de gestão. A proposta de contrato-programa interno contempla o número de recursos humanos, a produção, os MCDT, os custos, o equipamento e os prémios de desempenho<sup>74</sup>.

O acompanhamento da execução do contrato-programa é feito mensalmente, através dos indicadores de produção e de custos, controlando, desta forma, a evolução desses indicadores face ao contratualizado.

Os profissionais médicos que se encontram afetos ao CRI-CCT trabalham em regime dedicação exclusiva<sup>75</sup>, cumprindo uma média de 12 horas de trabalho

<sup>69</sup> Atualmente Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE, criado pelo Decreto-Lei n.º 30/2011, de 2 de março, por fusão dos Hospitais da Universidade de Coimbra, EPE, Centro Hospitalar de Coimbra, EPE e Centro Hospitalar Psiquiátrico de Coimbra.

<sup>70</sup> Existem 2 centros de responsabilidade integrada (CRI), o de cirurgia cardiotorácica e o de oftalmologia. Estes CRI são estruturas de gestão não integradas em Áreas de Gestão Integradas (AGI), de dimensão adequada, dotadas de objetivos específicos e de um conjunto de meios materiais e humanos.

<sup>71</sup> Inicialmente criado pelo Decreto-Lei n.º 374/99, de 18 de setembro e, posteriormente, em conformidade com o art.º 37º do Regulamento Interno dos HUC.

<sup>72</sup> Aprovado em reunião do Conselho de Administração em 8 de julho de 2010.

<sup>73</sup> O orçamento constitui uma peça económica base, com vista ao exercício económico do ano, traduzido na vertente dos proveitos pela receita originada com a produção de serviços e na vertente dos custos na despesa originada pela utilização dos meios de produção.

<sup>74</sup> No regulamento interno do CCT estipula-se que quando os proveitos ultrapassarem os custos “o resultado do exercício será afeto a (...) sistema de incentivos.” De acordo com a informação recolhida junto da Administradora da área, a aplicação do sistema de incentivos “é de carácter individual, mas pode também ter em conta a performance da equipa. Esta obedece a critérios aplicados igualmente a todos os grupos profissionais: assiduidade e pontualidade; capacidade técnica; disponibilidade e relações interpessoais. Assim, 30% do total do prémio é distribuído proporcionalmente pelos elementos do Serviço não excluídos, tendo como base os respetivos proveitos (salários, trabalho extraordinário, etc.). Os restantes 70% são distribuídos de acordo com a performance individual. A atribuição de incentivos depende do cumprimento dos objetivos definidos no contrato-programa e, por isso, também foram estabelecidos alguns critérios de exclusão total (ausência > 10 dias ou > 20 dias em caso de doença grave com necessidade de internamento) ou parcial, tendo em conta que a exclusão de alguns resulta no aumento do prémio dos restantes, que têm de assumir o cumprimento das tarefas dos ausentes, o que acaba por constituir um fator de justiça.”

<sup>75</sup> À exceção do Diretor do Serviço.



diário. Os internos e os assistentes da equipa cirúrgica cumprem ainda, de forma rotativa, períodos noturnos e fins-de-semana em presença física.

O controlo da qualidade dos serviços de saúde prestados é feito apenas através dos indicadores existentes para esta área, não existindo nenhum acompanhamento dos doentes após a alta.

Com vista a descentralização de competências, foi delegada no diretor do CRI-CCT, por deliberação do conselho de administração<sup>76</sup>, a competência para autorização da despesa, até € 100.000,00, nas áreas de recursos humanos e de aquisição de bens e serviços.

Apesar de não existir uma efetiva autonomia financeira, o CRI-CCT dos HUC, EPE, caracteriza-se por dispor de dotação orçamental e de mapa de pessoal próprio, assim como, de delegação de competências para a realização de despesas, nas áreas de recursos humanos e de aquisição de bens e serviços, o que agiliza o seu funcionamento.

### 9.1.2. CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA CENTRAL

Do conjunto das unidades hospitalares que constituem o Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE (CHLC, EPE), a especialidade de cirurgia cardiotorácica encontra-se localizada no Hospital de Santa Marta<sup>77</sup>. A área de referência desta unidade é a do distrito de Setúbal, de Portalegre, de Évora, de Beja, de Faro e, no distrito de Lisboa, algumas freguesias<sup>78</sup> que integram os agrupamentos de centros de saúde da grande Lisboa II e III - Lisboa Oriental e Central.

Não obstante ter sido criado o Centro de Responsabilidade de Cirurgia Cardiotorácica (CR-CCT), em conformidade com o Regulamento Interno do CHLC, EPE, (cf. art.º 25, n.º1), e de ter sido aprovado, pelo conselho de administração, o respetivo Regulamento e, posteriormente, homologado pela Tutela, a verdade é que nunca se concretizou a operacionalização deste centro de responsabilidade. Assim, não foi atingido o objetivo pretendido com a criação do CR-CCT, funcionando este sem qualquer autonomia.

De acordo com a orgânica do CHLC, EPE, o CR-CCT encontra-se, na estrutura clínica, integrado no Departamento do Coração. A atividade deste serviço<sup>79</sup> abrange a cirurgia cardíaca (pediátrica<sup>80</sup> e de adultos), a cirurgia torácica e a cirurgia de transplantação cardíaca e pulmonar.

<sup>76</sup> Cf. Acta n.º 8, de 21 de fevereiro de 2008.

<sup>77</sup> O serviço de cirurgia cardiotorácica iniciou a sua atividade no Hospital de Santa Marta em novembro de 1959. A Unidade de Cirurgia Cardíaca Pediátrica do Hospital de Santa Marta, é a única unidade portuguesa que regularmente reporta os seus resultados para a base de dados da *European Association for Cardio-Thoracic Surgery* (EACTS). Em 2012, 380 centros cirúrgicos de 69 países enviam regularmente dados sobre os seus resultados com a reparação de defeitos cardíacos congénitos para a base de dados da cirurgia de cardiopatias congénitas da EACTS.

<sup>78</sup> Freguesias dos centros de saúde da Graça, Lapa, Luz Soriano, São Mamede/Santa Isabel, Coração de Jesus, Penha de França, S. João, Olivais, Sete Rios e Sacavém.

<sup>79</sup> O CR-CCT integra cinco Unidades Funcionais, a saber: Unidade de Cirurgia Torácica; Unidade de Cuidados Intensivos e intermédios; Unidade de Cirurgia Cardíaca de Adultos; Unidade de Cirurgias das Cardiopatias Congénitas e Unidade de Transplantação.

<sup>80</sup> A Unidade de Cirurgia Cardíaca Pediátrica do Hospital de Santa Marta, é a única unidade portuguesa que regularmente reporta os seus resultados para a base de dados da *European Association for Cardiothoracic Surgery*, cujos resultados cirúrgicos foram auditados e certificados por esta entidade.





Em sede de contratualização interna, o CR-CCT, contribui, numa primeira fase, para a elaboração do Plano de Desempenho do CHLC, EPE, e, posteriormente, a contratualização formaliza-se através do plano de atividades e do plano de investimentos do serviço, que é submetido à aprovação do conselho de administração.

O acompanhamento da execução do plano de atividades é feito mensalmente pela administradora da área, que recorre a indicadores pré-definidos e outros que considera relevantes, monitorizando toda a atividade e a evolução dos custos com material de consumo clínico, medicamentos e pessoal. Os resultados da monitorização são apresentados, pela administradora, na reunião mensal que realiza com os profissionais médicos.

No que respeita à avaliação da qualidade clínica, a mesma é feita pelo diretor do serviço, em reuniões mensais com os profissionais médicos, onde são avaliados os casos e os resultados do *follow-up* dos doentes intervencionados, e, ainda, com base numa avaliação do desempenho do serviço, através dos indicadores de qualidade, como seja, a taxa de mortalidade. Os resultados individuais da performance de cada cirurgião, por tipologia de intervenção cirúrgica, são objeto de controlo pelo diretor do serviço, sendo um dos fatores considerados na distribuição de novos casos clínicos.

Para além disso, o CR-CCT, procede ao acompanhamento, durante um ano<sup>81</sup>, dos doentes que foram intervencionados e transplantados. O *follow-up* é feito através da uma consulta, após 30 dias da alta do internamento, e, ao fim de 60 e 90 dias, através de resposta a um questionário telefónico que é conduzido pelas enfermeiras. Este procedimento veio substituir o acompanhamento que era feito ao nível da consulta por mais de 30 dias, por razões de comodidade do doente e também de redução de custos.

Em 2010, foi reforçado o trabalho das enfermeiras da consulta de cirurgia cardíaca de forma a poder inquirir os doentes à distância (via telefónica). Esta avaliação reveste-se da maior importância para medir a qualidade dos serviços prestados. Em 2011, o CR-CCT dispõe de uma base de dados com cerca de 300 doentes. Esta iniciativa torna possível um estreito controlo da qualidade clínica à distância.

## 9.2. SERVIÇOS DE CIRURGIA CARDIOTORÁCICA

### 9.2.1. CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA NORTE

O Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE (CHLN,EPE), tem em funcionamento 2 serviços cirúrgicos com competências na área da cirurgia cardiotorácica: no Hospital de Santa Maria, funciona o serviço de cirurgia cardiotorácica e, no Hospital Pulido Valente, o serviço de cirurgia torácica, ambos inseridos no Departamento do Tórax. A responsabilidade pela gestão de cada um dos referidos serviços cabe a um diretor de serviço, que se reporta ao diretor do Departamento do Tórax. A área de intervenção do serviço de cirurgia cardiotorácica abrange

---

<sup>81</sup> Ao fim de um ano o doente tem alta da cirurgia cardiotorácica e passa para a ser seguido na consulta de cardiologia.



doentes do foro cardíaco e pulmonar, enquanto o serviço de cirurgia torácica abrange somente doentes do foro pulmonar<sup>82</sup>.

De acordo com a rede de referência hospitalar de intervenção cardiológica, o CHLN, EPE, é a unidade hospitalar de referência para o distrito de Santarém, concelhos de Santarém, Abrantes, Tomar e Torres Novas e distrito de Lisboa, as unidades hospitalares de Vila Franca de Xira e Torres Vedras, e algumas freguesias integradas nos agrupamentos de centros de saúde da grande Lisboa I, V e VI (Lisboa Norte, Odivelas e Loures).

Apesar de o Regulamento Interno do CHLN, EPE<sup>83</sup> prever a constituição de um centro de responsabilidade de cirurgia cardiotorácica, o mesmo nunca foi criado, mantendo-se os serviços de cirurgia cardiotorácica e torácica, na estrutura orgânica da unidade hospitalar, sem qualquer autonomia.

O processo de contratualização interna, traduz-se na negociação anual das metas de produção, entre o diretor do Departamento do Tórax e o conselho de administração, baseada numa proposta de plano de atividades, apresentada por serviço, com referência aos objetivos e linhas estratégicas, plano de produção e indicadores de desempenho, plano de recursos humanos e plano de investimentos.

Para efeitos de controlo de execução da atividade, os serviços de cirurgia cardiotorácica e torácica, fazem mensalmente a monitorização dos indicadores de produção, através da aplicação do Sistema de Informação à Contratualização e Acompanhamento-SICA.

No serviço de cirurgia cardiotorácica do Hospital de Santa Maria, não é efetuado nenhum acompanhamento sobre a qualidade de vida dos doentes intervencionados, para além da consulta pós-operatória, que é realizada 15 dias depois da intervenção. Após esta consulta, o doente passa a ser seguido pelo seu médico cardiologista.

Porém, no serviço de cirurgia torácica do Hospital Pulido Valente, é feito, na consulta externa, o *follow-up* dos doentes que foram intervencionados. No caso de lesões benignas, o *follow-up* tem a duração mínima de 3 anos (em casos excecionais, poderá este período ser encurtado, mas nunca para menos de 1 ano), com consultas ao mês, 3 meses, 6 meses e 1 ano, depois anual. Para as lesões malignas, o *follow-up* será no mínimo de 5 anos, com consultas ao mês, 3 meses, 6 meses, 9 meses, 1 ano, e depois de 6 em 6 meses. Na consulta de tumores do mediastino, os doentes operados a timomas continuam a ser observados, após os 5 anos, anualmente e no mínimo até aos 10 anos de pós-operatório, devido ao especial comportamento dessas lesões.

Apesar de não ser feito nenhum tratamento específico à informação recolhida no *follow-up*, ficam, no entanto, registados no processo do doente os dados das consultas de acompanhamento, permitindo, assim, calcular sobrevivências, períodos livres de doença, e ter conhecimento da qualidade de vida, o que é, sem dúvida, uma boa prática.

<sup>82</sup> Doentes portadores de doenças torácicas não cardíacas (patologia da parede torácica, do diafragma, pleural, pulmonar, traqueobrônquica, mediastínica e eventualmente esofágica).

<sup>83</sup> Cf. art.º 46º, n.º 3 do Regulamento Interno.



## 9.2.2. HOSPITAL DE SÃO JOÃO

Em maio de 1988 foi criado, no Hospital de São João, EPE (HSJ, EPE), através Portaria n.º 268/88, de 3 de maio, o Centro de Cirurgia Torácica (CCT), prevendo-se, à data, a sua integração no Serviço de Cirurgia Torácica e no Laboratório de Hemodinâmica, tendo, em outubro de 1988, sido aprovado o Regulamento Interno do CCT. Porém, o projeto de autonomia não foi concretizado, uma vez que o conselho de administração nunca lhe atribuiu mapa de pessoal e dotação orçamental própria, conforme previsto no n.º 6º, da Portaria n.º 268/88, e no n.º 1.3. do Regulamento Interno do CCT.

A partir de 2006, o HSJ, EPE desenvolveu um novo modelo de gestão de serviço público focado em novas técnicas cirúrgicas e na investigação clínica. Nesse sentido, foram definidas na nova estrutura orgânica do hospital, como níveis intermédios de gestão, as Unidades Autónomas de Gestão<sup>84</sup> (UAG), entre elas a Unidade Autónoma de Gestão de Cirurgia<sup>85</sup> (UAGC), que engloba doze serviços, dos quais o de cirurgia torácica, correspondendo a 425 camas, ou seja, cerca de 30% do total da capacidade do hospital.

O serviço de cirurgia torácica é dirigido por um diretor de serviços, a quem compete, entre outras, “...planear e dirigir o serviço em articulação com o conselho diretivo da UAG...”; “elaborar o plano de atividades e relatório de gestão e submetê-los à apreciação da respetiva UAG”; “analisar mensalmente os desvios verificados face à atividade esperada e às verbas orçamentadas...”; e “assegurar a gestão adequada e o controlo dos consumos dos produtos mais significativos, nomeadamente medicamentos e material clínico”, (cf. art.º 23º do Regulamento Interno do HSJ).

No âmbito das competências referidas, é disponibilizada, anualmente, pelo serviço de cirurgia torácica à UAGC, informação sobre a previsão da produção, dos recursos humanos, orçamento e investimentos, com vista à elaboração do plano de ação, de investimentos e orçamento (apenas de despesa), a submeter à apreciação do conselho de administração para integração no plano de atividades e orçamento do hospital.

A proposta apresentada pelo serviço de cirurgia torácica à UAGC resulta das metas do próprio serviço e não de uma contratualização individual com os profissionais. Não existe efetivamente um processo de contratualização/negociação interna, seja ao nível do serviço com a UAG, seja ao nível desta com o conselho de administração.

Os profissionais médicos afetos ao serviço de cirurgia torácica, com exceção de um médico-cirurgião, estão em dedicação exclusiva. Não existe, porém, um sistema de incentivos à produtividade nem prémios de desempenho individual ou coletivo.

No que respeita ao acompanhamento da atividade, o serviço de cirurgia torácica monitoriza, mensalmente, os indicadores de produção, os custos com material de consumo clínico e medicamentos, os custos com horas extraordinárias e de prevenção, analisando os desvios verificados.

<sup>84</sup> Cf. art.º 20º do Regulamento Interno do HSJ, EPE.

<sup>85</sup> Esta unidade tem como principal finalidade proporcionar aos utentes cirúrgicos que nela são assistidos, um conjunto de cuidados de saúde integrados, de elevada qualidade técnica, prestados por equipas multiprofissionais interativas.



O serviço de cirurgia torácica do HSJ, EPE, é referência para o distrito do Porto, concelhos de Matosinhos, Penafiel e Valongo, região do Porto Oriental e Ocidental, e para os concelhos da região norte, com exclusão da região de Trás-os-Montes, no que respeita à cirurgia cardíaca, pulmonar e transplantes cardíacos.

Os doentes atendidos para a realização de uma primeira consulta<sup>86</sup>, são provenientes da referenciação interna (especialidade de cardiologia e pneumologia) e dos centros de saúde, através do sistema de Consulta a Tempo e Horas<sup>87</sup> (CTH). Após a intervenção cirúrgica e respetiva alta do internamento, o doente faz duas consultas pós-operatórias com vista à realização de exames subsidiários. Depois dessas consultas, o doente é reencaminhado para a respetiva especialidade (cardiologia ou pneumologia).

Mensalmente, o diretor do serviço faz o controlo da lista dos doentes em espera para cirurgia. Em resultado da avaliação, procede ao agendamento das intervenções cirúrgicas. Com uma média de 200 doentes em lista de espera, o serviço de cirurgia torácica, realiza cirurgia adicional no âmbito do SIGIC, operando cerca de 200 doentes/ano, nesta modalidade. A realização das cirurgias é feita aos sábados, feriados e à 6<sup>a</sup> feira, da parte da tarde. O pagamento dos incentivos é distribuído por todos os profissionais que trabalham no serviço.

Quanto à transferência/reencaminhamento de doentes do foro cardiotorácico para outras unidades hospitalares, o HSJ, EPE, a partir de 2006, passou a reencaminhar os doentes pediátricos para o Centro Hospitalar Lisboa Central, EPE (Hospital de Santa Marta) e para o Centro Hospitalar Lisboa Ocidental (Hospital de Santa Cruz). Neste caso, são doentes com cardiopatias congénitas, em número reduzido (uma média de 4 crianças/ano), sendo aconselhável, em termos médicos, o envio para uma unidade com a experiência exigida para estas situações.

No que respeita ao controlo de qualidade dos doentes operados no serviço de cirurgia torácica, não existe uma avaliação padronizada, a avaliação feita é a da performance do serviço nas reuniões mensais, com toda a equipa médica, e vertida nos relatórios de acompanhamento.

Apesar de a UAGC, onde está integrado o serviço de cirurgia torácico, se encontrar estruturada orgânica e funcionalmente como um serviço dotado de autonomia e constar do seu regulamento interno a atribuição de um orçamento e mapa de pessoal próprio, a verdade é que, na prática, não existe essa autonomia, uma vez que não lhe foram atribuídos meios nem competências para a sua concretização.

Relativamente a este assunto, o HSJ, EPE, alegou, no âmbito do contraditório, que *“(…) a constituição das UAGs e respectivos Serviços associados não aconteceu de forma arbitrária, mas sim tendo em conta as características e particularidades de cada Serviço que a constitui, sendo que constituem pressuposto fundamental ao modelo empresarial adoptado, assegurando o adequado nível local de autoridade e responsabilidade.”*

<sup>86</sup> Fazem-se acompanhar de um relatório do médico da especialidade que referencia.

<sup>87</sup> Acontece, por vezes, que a referenciação feita através da CTH é incorreta, aumentando o número de doentes em espera, que não corresponde efetivamente ao verdadeiro número de doentes desta especialidade.



### 9.3. ANÁLISE COMPARATIVA DOS MODELOS DE GESTÃO

As unidades hospitalares têm por missão prosseguir objetivos que visem uma melhoria ao nível da qualidade, acessibilidade e eficiência dos cuidados prestados. Para isso, torna-se indispensável que exista uma estrutura interna coordenada e articulada entre os diferentes serviços, de forma a obter melhores níveis de efetividade e eficiência.

Da análise comparativa efetuada às diferentes estruturas orgânicas das unidades hospitalares selecionadas, conclui-se que somente nos HUC, EPE, o CRI-CCT funciona com autonomia, apesar de não constituir uma autonomia de plena decisão financeira, mas que constitui um modelo de gestão mais eficaz, permitindo otimizar os recursos existentes gerando, por esta via, poupanças e ganhos de eficiência, e agilizar os processos de tomada de decisão.

Não obstante os conselhos de administração negociarem internamente a produção com os diretores de serviços das respetivas unidades de cirurgia cardiotorácica, não podem, no entanto, ser avaliados e responsabilizados pelo respetivo conselho de administração pela sua gestão, por estarem inabilitados de prestar contas com quem contratualizaram.

Refira-se, porém, que, independentemente, do modelo organizativo existente nas restantes unidades hospitalares, apurou-se um bom desempenho destas unidades na prestação dos cuidados de saúde, no triénio 2008-2010, conforme consta do ponto 10 do presente relatório.

### 10. DESEMPENHO DOS SERVIÇOS DE CIRURGIA CARDIOTORÁCICA

De acordo com as características específicas da auditoria, foram selecionadas para a realização de trabalho de campo, 4<sup>88</sup> das 6 unidades hospitalares que dispõem da especialidade cardiotorácica. A área de influência e a cobertura populacional, de cada uma das unidades hospitalares selecionadas, é a seguinte:

---

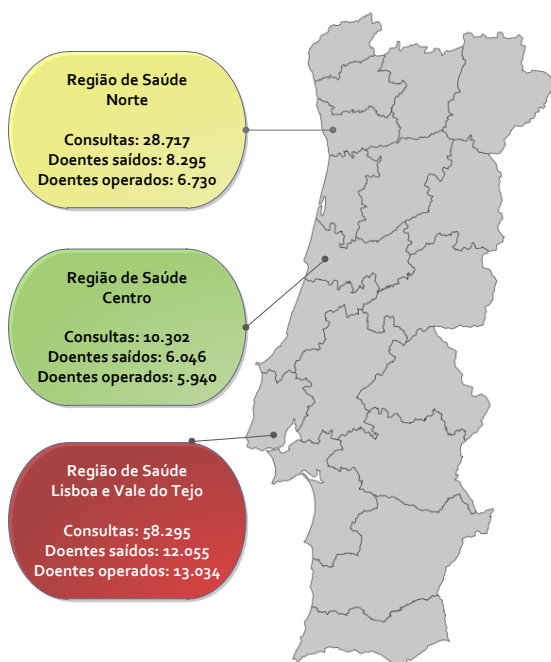
<sup>88</sup> Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE, Centro Hospitalar Lisboa Central, EPE, Hospitais da Universidade de Coimbra, EPE e Hospital de São João, EPE.

CHLN	CHLC	HUC	HSJ
<p>Distrito de Santarém - Concelhos de Santarém, Abrantes, Tomar e Torres Novas.</p> <p>Distrito de Leiria, mais especificamente o C. H. das Caldas da Rainha</p> <p>Distrito de Lisboa, unidades hospitalares de Vila Franca de Xira e Torres Vedras.</p> <p>Freguesias integradas nos agrupamentos de centros de saúde da grande Lisboa I, V e VI (Lisboa norte, Odivelas e Loures).</p>	<p>Distrito de Setúbal - concelhos do Barreiro, Almada, Santiago do Cacém e Setúbal.</p> <p>Distritos de Portalegre, Évora, Beja e Faro.</p> <p>Distrito de Lisboa, freguesias integradas nos agrupamentos de centros de saúde da grande Lisboa I e II (Lisboa Oriental e Central).</p>	<p>Distritos de Viseu, Guarda, Castelo Branco, Aveiro e Coimbra.</p> <p>No distrito de Coimbra, os concelhos de Aveiro, Águeda, Estarreja, Cantanhede e Figueira da Foz.</p> <p>E a região de Coimbra norte e Coimbra sul</p>	<p>Distrito de Bragança, Vila Real, Braga, Viana do Castelo e Porto.</p> <p>No Distrito do Porto: Concelhos de Matosinhos, Penafiel e Valongo e a região do Porto oriental e ocidental.</p>
<p>A área de cobertura populacional corresponde a cerca de 350.000 habitantes.</p> <p>No entanto, as suas características de centro de destino para a referência diferenciada alargam a sua influência aos níveis regional e nacional.</p>	<p>A área de cobertura populacional corresponde a cerca de 508.750 habitantes. Porém, dadas as características do CHLC como hospital de destino para referência diferenciada, o âmbito de influência é alargado para o nível regional e nacional, podendo a sua capacidade atrativa abranger cerca de 1,5 milhões de habitantes.</p>	<p>A área de cobertura populacional corresponde a cerca de 679.792 habitantes.</p>	<p>A área de cobertura populacional corresponde a cerca de 2.324.000 habitantes, correspondente à região norte.</p>

### 10.1. EFICIÊNCIA DA GESTÃO

A figura seguinte contempla a produção da especialidade de cirurgia cardiotorácica em unidades hospitalares do perímetro do SNS, por região de saúde, no triénio 2008-2010.

Figura 1 – Produção por região de saúde

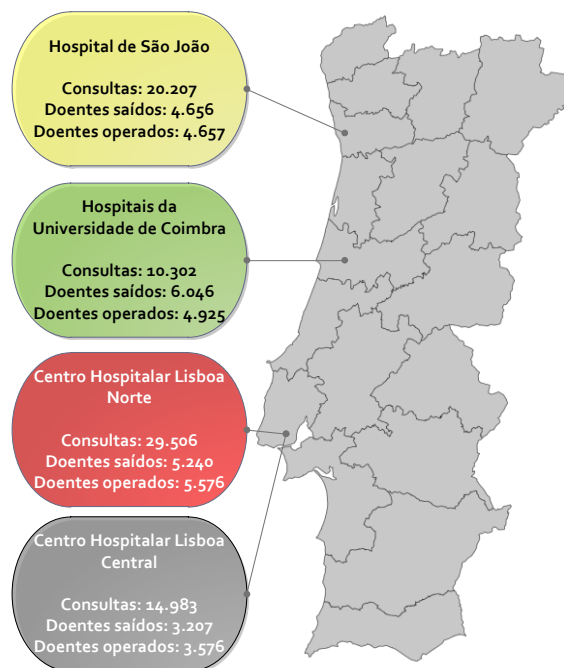


Na região de saúde de Lisboa e Vale do Tejo, é onde está concentrada, por efeito da existência dos 3 centros hospitalares (Norte, Central e Ocidental), a maior percentagem, em termos relativos, da atividade da especialidade de cirurgia cardiotorácica, representando cerca de 59,90%, das primeiras consultas, cerca de 45,67%, dos doentes saídos e cerca de 52,79% dos doentes operados, do total da produção do SNS.

A produção realizada pelos serviços de cirurgia cardiotorácica das 4 unidades hospitalares auditadas, as quais se encontram inseridas em áreas de influência com um peso bastante significativo de habitantes, correspondeu a 77,07% do total das consultas, a 72,55% dos doentes saídos, e a 75,88% dos doentes operados, face ao total da produção do SNS.

O Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE, contribuiu para a produção total das consultas, em 14,19%, dos doentes saídos, em 13,67%, e dos doentes operados, em 15,72%. Por sua vez, o Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho, EPE, produziu cerca de 8,74%, do total das consultas, 13,79% dos doentes saídos e 8,40% dos doentes operados.

**Figura 2 – Produção por unidade hospitalar auditada**



Não obstante todos os serviços de cirurgia cardiotorácica auditados desenvolverem a sua atividade nas áreas cardíaca e torácica, existem procedimentos cirúrgicos que são realizados apenas por alguns serviços.

Serviço	Cirurgias cardíacas		Cirurgias torácicas		Transplantes cardíacos		Transplantes pulmonares		ICM 2010
	Adultos	Pediátrica	Adultos	Pediátrica	Adultos	Pediátrica	Adultos	Pediátrica	
H Santa Maria	✓	✗	✓	✗	✗	✗	✗	✗	4,78
H Santa Marta	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	4,82
H Univ Coimbra	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✗	✗	3,95
H São João	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✗	✗	5,45

As equipas cirúrgicas são constituídas por 6 a 8 elementos, dos quais:

- ✗ 2 a 3 médicos cirurgiões (1 cirurgião principal, 1 a 2 cirurgiões ajudantes (no Hospital de São João e no Hospital de Santa Maria, dependendo da complexidade da cirurgia));
- ✗ 1 médico anestesista;
- ✗ 3 enfermeiros (anestesia, circulante e instrumentista);
- ✗ 1 técnico perfusionista, nas cirurgias cardíacas (nos Hospitais da Universidade de Coimbra, participa ainda 1 auxiliar de perfusão).

Participam ainda na atividade cirúrgica os médicos internos de cirurgia e/ou anestesia, bem como assistentes operacionais de apoio ao Bloco Operatório.

Nos pontos seguintes descreve-se a evolução dos principais indicadores relativos à atividade destas unidades hospitalares.



### 10.1.1. CONSULTA EXTERNA

Da análise comparativa dos indicadores de produção, de utilização dos recursos e taxa de acessibilidade, concluiu-se o seguinte:

**Quadro 7 – Indicadores da consulta externa de cirurgia cardiotorácica<sup>89</sup>**

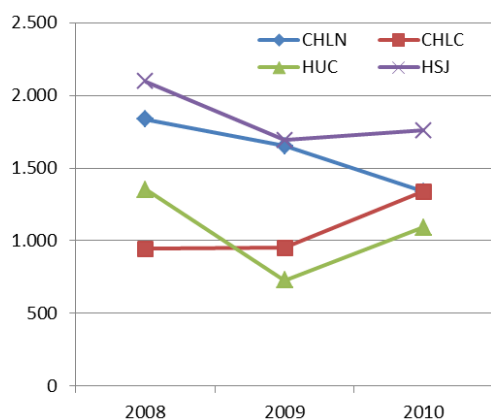
Consulta Externa	2008				2009				2010			
	CHLN Sta Maria	CHLC Sta Marta	Hosp Univ Coimbra	Hosp S. João	CHLN Sta Maria	CHLC Sta Marta	Hosp Univ Coimbra	Hosp S. João	CHLN Sta Maria	CHLC Sta Marta	Hosp Univ Coimbra	Hosp S. João
Total de consultas	8.165	4.587	3.027	6.607	6.842	5.058	3.408	6.654	5.214	5.338	3.867	6.946
1 <sup>as</sup> consultas	1.836	945	1.350	2.095	1.652	950	728	1.692	1.338	1.004	1.092	1.759
Consultas subsequentes	6.329	3.642	1.677	4.512	5.190	4.108	2.680	4.962	3.876	4.334	2.775	5.187
N.º de consultas/médico especialista	583	417	336	472	489	460	341	475	372	445	387	534
% 1 <sup>as</sup> consultas	22%	21%	45%	32%	24%	19%	21%	25%	26%	19%	28%	25%
% consultas subsequentes	78%	79%	55%	68%	76%	81%	79%	75%	74%	81%	72%	75%
N.º médicos especialistas	14	11	9	14	14	11	10	14	14	12	10	13
N.º médicos internos	2	2	5	1	2	2	4	4	3	2	6	6
N.º médicos especialistas ETC	1,86	1,40	0,90	2,11	1,86	1,40	1,30	2,11	1,12	1,40	1,30	1,89
N.º médicos internos ETC	-	0,20	-	0,11	-	0,20	-	0,34	-	0,20	-	0,51

Fonte: Unidades Hospitalares auditadas.

A produção de consultas externas cresceu, de 2008 para 2010, em 3 dos 4 serviços de cirurgia cardiotorácica auditados, tendo diminuído apenas no Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE (Hospital de Santa Maria).

Relativamente às primeiras consultas, regista-se um decréscimo, em 3 das 4 unidades hospitalares auditadas, face a 2008.

**Gráfico 5 – Evolução das primeiras consultas**



Em 2009, regista-se um decréscimo, face a 2008, na realização de primeiras consultas, devido à implementação e desenvolvimento do programa de consulta a tempo e horas<sup>90</sup>.

A taxa de acessibilidade é relativamente baixa, sendo o CHLC, EPE, o que, de entre as unidades hospitalares selecionadas, apresenta uma taxa de acessibilidade menor (na ordem dos 19%).

<sup>89</sup> Variações percentuais:

Consultas externas	CHLN		CHLC		HUC		HSJ	
	Δ % 08-09	Δ % 09-10	Δ % 08-09	Δ % 09-10	Δ % 08-09	Δ % 09-10	Δ % 08-09	Δ % 09-10
Total de consultas	-16,20%	-23,79%	10,27%	5,54%	12,59%	13,47%	0,71%	4,39%
1 <sup>as</sup> consultas	-10,02%	-19,01%	0,53%	5,68%	-46,07%	50,00%	-19,24%	3,96%
Consultas subsequentes	-18,00%	-25,32%	12,80%	5,50%	59,81%	3,54%	9,97%	4,53%
N.º de consultas/médico	-16,20%	-23,79%	10,27%	-3,26%	1,33%	13,47%	0,71%	12,42%

<sup>90</sup> De acordo com os esclarecimentos prestados pelos responsáveis da área, houve o reajustamento com a introdução do programa de consulta a tempo e horas, que não fazia o registo direto, por os doentes serem reencaminhados pela especialidade de cardiologia.





# Tribunal de Contas

---

- \* No CHLN, EPE, o número de primeiras consultas de cirurgia cardiotorácica realizadas diminuiu em 2 anos consecutivos (2009 e 2010), em 10,02% e 19,01%, respetivamente.
- \* A produção de primeiras consultas nos HUC, EPE, regista, em 2009, um decréscimo de 46,07%, face a 2008. Em 2010, houve uma recuperação, face a 2009, com um acréscimo de 50%.
- \* Também no HSJ, EPE, verifica-se, em 2009, uma diminuição no número de primeiras consultas, face a 2008, de 19,24%. Porém, em 2010, apesar da redução do número de médicos, o hospital aumentou a sua produção, em 3,96%.
- \* O CHLC, EPE, regista um crescimento no número de primeiras consultas de 0,53%, em 2009, face a 2008, e de 5,68%, em 2010, face a 2009.

A utilização do capital humano médico aumentou, no triénio 2008-2010, nos Hospitais da Universidade de Coimbra, EPE, no Hospital de São João, EPE, e no Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE, tendo-se verificado, nestas 3 unidades, um aumento da produção.

- \* Destes, o serviço de cirurgia cardiotorácica do Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE, foi aquele em que o aumento da utilização do capital humano médico menos acompanhou o aumento da produção, dado ter ocorrido um crescimento na oferta que não teve contrapartida no aumento da procura.
- \* No Hospital de São João, EPE, o aumento da utilização do capital humano médico no triénio resultou do aumento da produção associado à diminuição do número de médicos especialistas.
- \* No Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE, a utilização do capital humano médico diminuiu, nos anos de 2009 e 2010, 16,20% e 23,79%, respetivamente, reflexo da diminuição da procura.
- \* Note-se que não existiu, nesta unidade, lista de espera para a realização de primeiras consultas e que o número de consultas por médico decresceu, no triénio, na exata proporção da diminuição do número de consultas realizadas, o que sugere que existe margem para aumentar a utilização do capital humano médico deste serviço, na área da consulta externa, através da referenciação de mais doentes.

## **10.1.2. INTERNAMENTO**

A análise da linha de produção do internamento, ao longo do triénio, comprova a estabilidade desta atividade, com tendência de manutenção face aos anos anteriores, conforme se documenta no Quadro 8.



Quadro 8 – Indicadores do internamento de cirurgia cardiotorácica<sup>91</sup>

Internamento	2008				2009				2010			
	CHLN Sta Maria	CHLC Sta Marta	Hosp Univ Coimbra	Hosp S. João	CHLN Sta Maria	CHLC Sta Marta	Hosp Univ Coimbra	Hosp S. João	CHLN Sta Maria	CHLC Sta Marta	Hosp Univ Coimbra	Hosp S. João
Lotação praticada	31	49	62	52	32	49	62	52	32	48	59	52
Total de doentes saídos	1.120	1.095	1.946	1.526	1.208	1.051	2.012	1.545	1.149	1.061	2.088	1.585
Transferências Internas	137	0	37	93	159	0	42	137	164	0	32	90
Dias de internamento	10.151	11.596	13.687	16.024	10.914	11.020	13.437	16.357	10.912	10.915	13.854	16.458
Dias de internamento (Doentes saídos)	11.138	11.510	13.914	16.104	11.262	11.059	13.500	16.014	11.234	10.900	14.868	16.620
N.º doentes saídos p/ médico especialista	80	73	216	80	86	62	201	91	82	66	209	106
N.º doentes saídos p/ cama	36	22	31	29	38	21	32	30	36	22	35	30
Demora média	8	11	7	10	8	11	7	10	8	10	7	10
Taxa de ocupação	89%	65%	60%	84%	93%	62%	59%	86%	93%	62%	64%	87%
N.º médicos especialistas	14	15	9	19	14	17	10	17	14	16	10	15
N.º médicos internos	2	2	5	2	2	2	4	4	3	2	6	6
N.º médicos especialistas ETC	5,51	7,40	3,50	9,57	5,51	8,30	3,40	8,80	5,99	8,30	3,10	7,91
N.º médicos internos ETC	2,40	0,90	-	1,37	2,28	1,00	-	0,80	3,43	1,00	-	0,86
ICM	4,80	4,85	4,10	5,48	4,60	4,64	4,10	5,55	4,78	4,82	3,95	5,45

Fonte: Unidades Hospitalares auditadas.

No triénio 2008-2010, o serviço de cirurgia cardiotorácica do Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE, é o único que regista uma diminuição do número total de doentes saídos (-3%) bem como dos dias de internamento (-6%).

- \* Esta situação reflete-se na diminuição do indicador de utilização do capital humano médico e na diminuição da taxa de ocupação das camas do internamento, apesar da diminuição ocorrida na lotação praticada, que foi ajustada em função da diminuição da procura.
- \* Os HUC, EPE, são a única entidade hospitalar que, em 2009, regista um crescimento do número total de doentes saídos, de 3,39%, concomitantemente com uma diminuição dos dias de internamento (1,83%), uma taxa de mortalidade que se fixou em 0,52% e uma percentagem de readmissões de 1,5%. Em 2010, manteve o crescimento, em 3,78%, ano em que a lotação praticada sofreu uma redução de 4,84%.

A utilização do capital humano médico assinala um crescimento, no triénio, de 3% no Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE, e de 32% no Hospital de São João, EPE, e um decréscimo 9% e 3%, respetivamente, nos serviços de cirurgia cardiotorácica do Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE, e dos Hospitais da Universidade de Coimbra, EPE.

- \* No Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE, este aumento resultou de um ligeiro aumento da produção. No Hospital de São João resultou também do aumento

<sup>91</sup> Variações percentuais:

Internamento	CHLN		CHLC		HUC		HSJ	
	Δ % 08-09	Δ % 09-10	Δ % 08-09	Δ % 09-10	Δ % 08-09	Δ % 09-10	Δ % 08-09	Δ % 09-10
Lotação praticada	3,23%	0,00%	0,00%	-2,04%	0,00%	-4,84%	0,00%	0,00%
Total de doentes saídos	7,86%	-4,88%	-4,02%	0,95%	3,39%	3,78%	1,25%	2,59%
Dias de internamento	7,52%	-0,02%	-4,97%	-0,95%	-1,83%	3,10%	2,08%	0,62%
N.º doentes tratados p/ médico	7,86%	-4,88%	-15,31%	7,26%	-6,95%	3,78%	13,16%	16,27%
Demora média	-1,24%	4,14%	0,10%	-2,38%	-6,41%	6,70%	-4,32%	4,20%
Taxa de ocupação	4,44%	-0,02%	-4,71%	1,11%	-1,56%	8,35%	2,36%	0,62%
n.º médicos	0,00%	0,00%	13,33%	-5,88%	11,11%	0,00%	-10,53%	-11,76%



da produção mas, principalmente, da diminuição do número de médicos especialistas afetos ao internamento.

- \* Já o decréscimo da utilização deste recurso no Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE, resultou do aumento, em 7%, do número de médicos afetos ao internamento, conjuntamente com a diminuição da produção.

Uma produção de 1168 doentes saídos, em 2010 (aumento de 107 relativamente ao verificado) seria suficiente para manter os níveis de utilização do capital humano médico no nível verificado em 2008.

- \* Nos Hospitais da Universidade de Coimbra, apesar de o número de médicos ter aumentado em 11%, houve um aumento da atividade, pelo que a diminuição do indicador de utilização do capital humano médico não foi tão elevada.

Relativamente à utilização dos recursos físicos dos serviços, verifica-se que a demora média se situou entre os 7 dias, nos Hospitais da Universidade de Coimbra, EPE, e os 10 dias, no Centro Hospitalar Lisboa Central, EPE e no Hospital de São João, EPE.

O CHLC, EPE, alegou, no âmbito do contraditório, que *“A demora média tem a ver necessariamente com o ICM, pelo que não se estranha que a do CCT\_CHLC seja a mais elevada.”*, afirmação com a qual se concorda, reforçando a importância da consideração do ICM na interpretação dos resultados apresentados.

- \* O serviço de cirurgia cardiotorácica do Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE, é o único em que se verifica um agravamento deste indicador, no triénio, apesar de manter a segunda demora média mais baixa, a seguir ao serviço dos Hospitais da Universidade de Coimbra, EPE.

A taxa de ocupação apresenta valores próximos de uma plena adequação de utilização dos recursos disponíveis, no CHLN, EPE (HSMaria), e no HSJ, EPE, cifrando-se, em média, acima dos 90% e dos 85%, respetivamente. No CHLC, EPE (HSMarta), e nos Hospitais da Universidade de Coimbra, EPE, verificou-se uma taxa de ocupação na ordem dos 60%.

- \* A unidade em que este indicador é mais baixo, em 2010 (Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE), é também a única que apresenta uma evolução negativa do indicador ao longo do triénio, o que sugere a existência de capacidade instalada subutilizada no internamento, situação para a qual também contribui a redução da demora média dos doentes saídos.
- \* Nos Hospitais da Universidade de Coimbra, apesar da diminuição da lotação praticada no triénio e do crescimento produção, a taxa de ocupação manteve-se próxima dos 60%.

Relativamente à complexidade dos doentes tratados, é o HSJ, EPE, que apresenta o ICM mais elevado.

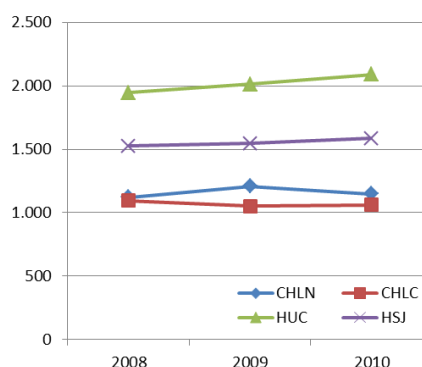
Relativamente a este assunto, o HSJ, EPE, alegou, no âmbito do contraditório, que *“o ICM (...) não foi ponderado quando é certo que a complexidade dos doentes é decisiva”*.

Salienta-se que o ICM dos vários serviços auditados é apresentado ao longo do relato, sendo salientada a sua importância para a interpretação dos resultados das análises. Não foi, de facto, utilizado diretamente como ponderador dos indicadores



de desempenho, dado que não se considera que o mesmo seja um índice adequado para este fim.

**Gráfico 6 – Total dos doentes saídos**



Numa apreciação global, é possível aferir que a unidade hospitalar com melhor desempenho no internamento são os HUC, EPE, que com um número de profissionais médicos inferior às restantes unidades, apresenta os melhores resultados na relação demora média vs. doentes saídos por médico.

Esta situação gera uma maior rotatividade na utilização das camas existentes e a inexistência de lista de espera. A conjugação destes indicadores demonstra uma adaptação da capacidade produtiva face às necessidades da população (procura) e, também, uma otimização dos recursos.

Por outro lado, no Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE, a redução da atividade verificada no triénio resultou no comportamento negativo dos indicadores de utilização do capital humano médico e de utilização das camas de internamento.

Assim, verifica-se a existência de capacidade instalada ao nível de recursos humanos médicos e das camas do internamento, para aumentar a produção.

Com base em levantamentos internos, os Conselhos de Administração e dos serviços de cirurgia cardiotorácica dos Centros Hospitalares de Lisboa Central e Norte assumiram poder aumentar a produção em 309 e 150 cirurgias, respetivamente, para colmatar o hiato entre a produção atual e a capacidade de produção efetiva e disponível<sup>92</sup>.

Caso a sua atividade de 2010 incluísse essa produção adicional, aproximando-se dos níveis estimados para o pleno emprego dos recursos disponíveis, os indicadores de utilização dos recursos analisados apresentariam um crescimento significativo.

**Quadro 9 – Indicadores da atividade cirúrgica cardiotorácica**

Internamento de cirurgia cardiotorácica 2010	CHLN Santa Maria				CHLC Santa Marta			
	Real	Estim.	Δ	Δ%	Real	Estim.	Δ	Δ%
Total de doentes saídos	1.149	1.299	+150	+13%	1.061	1.370	+309	+29%
Dias de internamento	10.912	12.159	+1.247	+11%	10.915	14.088	+3.173	+29%
N.º doentes saídos p/ médico especialista	82	93	+11	+13%	66	86	+19	+29%
Taxa de ocupação	93%	104%	+11 pp	+11%	62%	80%	+18 pp	+29%

Fonte: Elaboração própria com base na informação fornecida pelas entidades auditadas.

<sup>92</sup> Cf. ponto 10.1.6.1. A esta capacidade disponível acresce a apurada pelo Conselho de Administração e pelo serviço de cirurgia cardiotorácica do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE, cerca de 65 cirurgias / ano.



O total de doentes saídos aumentaria em 13% no Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE, e em 29% no Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE, com as correspondentes variações nos indicadores de utilização dos recursos.

### 10.1.3. ATIVIDADE CIRÚRGICA

Na atividade cirúrgica<sup>93</sup>, o desempenho das unidades hospitalares foi, no triénio em análise, o seguinte:

**Quadro 10 – Indicadores da atividade cirúrgica cardiotorácica<sup>94</sup>**

Atividade Cirúrgica	2008				2009				2010			
	CHLN Sta Maria	CHLC Sta Marta	Hosp Univ Coimbra	Hosp S. João	CHLN Sta Maria	CHLC Sta Marta	Hosp Univ Coimbra	Hosp S. João	CHLN Sta Maria	CHLC Sta Marta	Hosp Univ Coimbra	Hosp S. João
N.º salas de bloco	2	3	3	3	2	3	3	3	2	3	3	3
N.º de doentes operados	1.348	1.225	1.638	1.557	1.292	1.176	1.625	1.544	1.319	1.175	1.662	1.556
Cirurgias programadas	1.262	1.068	1.516	1.429	1.157	991	1.493	1.422	1.002	1.009	1.517	1.446
cirurgias urgentes	86	157	122	128	135	185	132	122	317	166	145	110
N.º doentes operados p/ médico especialista	96	111	234	130	92	107	203	110	94	98	208	120
% de utilização do bloco	76%	76%	92%	71%	87%	86%	92%	77%	83%	88%	92%	66%
N.º médicos especialistas	14	11	7	12	14	11	8	14	14	12	8	13
N.º médicos internos	2	2	5	1	2	2	4	4	3	2	6	6
N.º médicos especialistas ETC	8,54	7,50	5,70	6,34	8,49	7,40	6,60	6,94	8,43	6,90	7,00	6,60
N.º médicos internos ETC	-	0,80	-	0,86	-	0,80	-	3,43	-	0,90	-	5,14
% de doentes do SNS	86%	-	79%	-	87%	86%	77%	-	99%	98%	94%	-

Fonte: Unidades Hospitalares auditadas.

A atividade cirúrgica assinala, no triénio, um decréscimo em 3 das 4 unidades hospitalares auditadas, com maior expressão no Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE, (-2%) e no Centro Hospitalar Lisboa Central, EPE, (-4%).

- \* No CHLN, EPE, ocorreu um decréscimo em 2009 e um crescimento em 2010, motivado pelo aumento do número das cirurgias urgentes, tanto em 2009 (56,98%), como em 2010 (134,81%).
- \* O n.º de doentes operados apenas cresceu nos Hospitais da Universidade de Coimbra, EPE, em cerca de 1%.
- \* No CHLC, EPE, a atividade cirúrgica diminuiu entre 2008 e 2010, em 4,08%, com maior incidência no ano de 2009, tendo contribuído para essa diminuição o facto de terem sido realizados mais transplantes pulmonares, o que inviabilizou

<sup>93</sup> No âmbito da atividade cirúrgica cardiotorácica, foram realizados no Centro Hospitalar de Lisboa Central transplantes cardíacos e pulmonares. Nos Hospitais da Universidade de Coimbra e no Hospital de São João, foram realizados somente transplantes cardíacos. No triénio de 2008-2010, a percentagem dos transplantes face ao total das cirurgias realizadas foi inferior a 1%, no CHLC e no HSJ, e nos HUC esse peso correspondeu a 1,51%.

<sup>94</sup> Variações percentuais

Atividade Cirúrgica	CHLN		CHLC		HUC		HSJ	
	Δ % 08-09	Δ % 09-10	Δ % 08-09	Δ % 09-10	Δ % 08-09	Δ % 09-10	Δ % 08-09	Δ % 09-10
N.º salas de bloco	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
N.º de doentes operados	-4,15%	2,09%	-4,00%	-0,09%	-0,79%	2,28%	-0,83%	0,78%
Cirurgias programadas	-8,32%	-13,40%	-7,21%	1,82%	-1,52%	1,61%	-0,49%	1,69%
cirurgias urgentes	56,98%	134,81%	17,83%	-10,27%	8,20%	9,85%	-4,69%	-9,84%
N.º doentes operados p/ médico	-4,15%	2,09%	-4,00%	-8,41%	-13,19%	2,28%	-15,00%	8,53%
% de utilização do bloco	15,63%	-5,15%	13,23%	2,38%	0,00%	0,00%	7,84%	-14,58%
N.º de médicos	0,00%	0,00%	0,00%	9,09%	14,29%	0,00%	16,67%	-7,14%



a realização de mais cirurgias cardíacas por razões que se prendem com a ocupação das camas da UCI e com a afetação do número de enfermeiros/dia (3) aos doentes transplantados. A complexidade da tipologia das intervenções cirúrgicas teve como efeito direto o aumento da taxa de utilização dos tempos programados do bloco operatório<sup>95</sup>.

A utilização do capital humano médico a esta linha de produção registou, no triénio, um decréscimo nas 4 unidades hospitalares analisadas, mantendo os Hospitais da Universidade de Coimbra, EPE, ao longo do triénio, os melhores resultados no indicador, com uma média superior a 200 doentes operados por médico.

- \* No CHLN, EPE, a utilização do capital humano médico assinala um decréscimo no triénio, exclusivamente em resultado da diminuição da produção. Note-se que não existiu, nesta unidade, lista de espera cirúrgica, e que o número de cirurgias por médico decresceu, no triénio, na proporção da diminuição do número de cirurgias realizadas, o que sugere que existe margem para aumentar a utilização do capital humano médico deste serviço, na área do bloco operatório, através da referenciação de mais doentes.
- \* Por sua vez, no CHLC, EPE, a utilização do capital humano médico regista decréscimos de 4%, em 2009, e de 8,41%, em 2010, em resultado da diminuição da produção e do aumento do número de médicos, em 2010.
- \* Nos HUC, EPE, verifica-se uma ligeira diminuição da atividade cirúrgica em 2009, de 0,79%, face a 2008. Em 2010, esta unidade regista um crescimento de 2,28%, face a 2009. No que respeita à utilização do capital humano médico, é a unidade hospitalar que melhores resultados apresenta, com uma média superior a 200 doentes operados por médico.
- \* O HSJ, EPE, regista uma estagnação da atividade cirúrgica (crescimento de 0,83%, em 2009, e de 0,78%, em 2010). Conjuntamente com o aumento do número de profissionais médicos, de 16,67%, em 2009, esta situação reflete-se no decréscimo da sua utilização, em 15,00%. Já em 2010, a utilização destes recursos aumentou em 8,53%, pela redução do número de profissionais médicos.

No âmbito do contraditório, o HSJ, EPE, alegou, a este propósito, entender “(...) que o indicador utilizado para medir a “produtividade dos profissionais médicos” é relativamente limitativo (...)”, dado que “(...) a consideração da simples quantidade de médicos especialistas afectos à actividade cirúrgica como denominador da produtividade (...) não traduz de forma real a produtividade dos Serviços (...)”. Acrescenta que, “(...) se considerarmos o n.º de médicos especialistas ETC como denominador da produtividade, o indicador (...) torna-se mais abrangente (...)”. Salientou que, no caso do HSJ, EPE, a “(...) utilização do denominador n.º de médicos especialistas ETC induz uma variação negativa de cerca de 4% no indicador relativamente ao triénio 2008-2010”.

Embora se concorde que, em teoria, a utilização do número de médicos do serviço, convertidos num referencial equivalente a 35 horas semanais, possa permitir uma melhor análise da informação, na prática, para o objetivo principal da auditoria (a

<sup>95</sup> O horário de utilização diária das salas do bloco operatório é: BO1 das 8h às 19h; BO2 das 8h às 18h e BO3 das 8h às 15h (este último por insuficiência de recursos humanos, designadamente de pessoal de enfermagem).



comparação entre serviços), a utilização desta métrica incorpora um risco acrescido de introdução de distorções, dada a probabilidade da existência de estimativas diferentes, entre os serviços, de imputação das horas médicas às várias atividades, razão pela qual não foi utilizada.

Em termos da utilização da capacidade física instalada, a taxa de utilização dos tempos programados do bloco operatório situou-se, em 2010, acima dos 80% em 3 das 4 unidades, com destaque para os Hospitais da Universidade de Coimbra, EPE.

- \* No CHLN, EPE, a taxa de utilização<sup>96</sup> situou-se entre os 76% e 87%.
- \* No HSJ, EPE, a utilização<sup>97</sup> ficou-se entre os 76,75% (em 2009) e 65,56% (em 2010).
- \* Nos HUC, EPE a utilização<sup>98</sup>, ultrapassa, no período em análise, os 90%.
- \* No CHLC, EPE, a complexidade da tipologia das intervenções cirúrgicas teve como efeito direto o aumento da taxa de utilização, que variou entre 76% e 88%<sup>99</sup>.

Relativamente a este assunto, o HSJ, EPE, alegou, no âmbito do contraditório, que *“Sem prejuízo do método de cálculo utilizado pelos autores do Relatório, no item taxa de utilização do BO, o valor de 66% não corresponde, de todo, à verdade material dos factos. Admite-se em abono da verdade que esta taxa possa resultar do SONHO, porém, não deixa de ser menos verdade que o SAM fecha o tempo cirúrgico aquando do registo da intervenção, normalmente realizado pelo cirurgião principal, quando simultaneamente, na maioria das vezes, o doente ainda se encontra na sala a ser suturado pelo cirurgião ajudante, ou seja, em pleno acto cirúrgico.”*

Acrescenta ainda que *“(...) durante o ano de 2012 serão implementadas medidas de recolha de dados fiáveis e fidedignas e alterados procedimentos, que permitirão repor os verdadeiros valores de ocupação e utilização desta área cirúrgica.”*

Salienta-se que os dados utilizados foram os fornecidos pelo HSJ, baseados nos registos da atividade no SONHO, não sendo, no entanto exaustivos em termos de abrangência do período, constituindo portanto uma estimativa. Para a comparação de um indicador normalizado ao nível das 4 unidades hospitalares, foi realizada a seguinte análise adicional, já apresentada no relato.

A taxa de utilização do bloco, acima apresentada, baseia-se na relação entre os tempos cirúrgicos realizados e os tempos agendados, pelo que a capacidade produtiva utilizada no indicador não representa a capacidade instalada, mas sim uma capacidade que resulta da conjugação dos restantes recursos disponíveis em cada serviço, e da sua organização interna.

<sup>96</sup> No CHLN uma sala do bloco operatório funciona 13h/dia e outra 8h/dia.

<sup>97</sup> O horário de utilização das salas do bloco operatório é das 8h às 19h.

<sup>98</sup> O horário de utilização das salas do bloco operatório é das 7h30m às 16h30m.

<sup>99</sup> O horário de utilização diária das salas do bloco operatório é: BO1 das 8h às 19h; BO2 das 8h às 18h e BO3 das 8h às 15h (este último por insuficiência de recursos humanos, designadamente de pessoal de enfermagem).



Tendo em conta os tempos de ocupação efetiva do bloco, e um total teórico de tempos de bloco, com base em 12h / dia e 260 dias úteis / ano, podemos calcular a sua taxa de ocupação.

**Quadro 11 – Ocupação do Bloco Operatório**

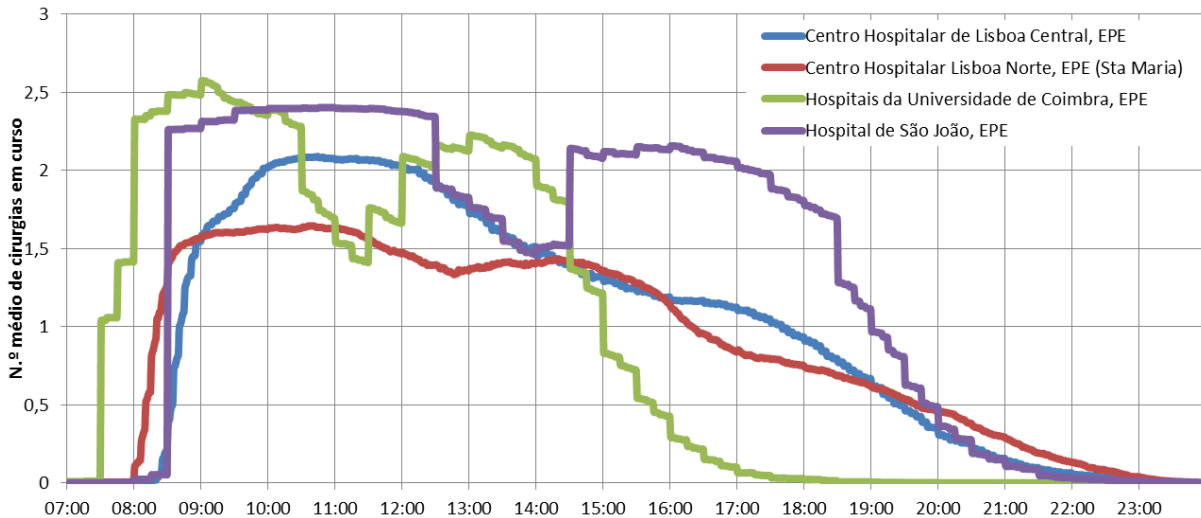
Ocupação Bloco Operatório	Tempos cirúrgicos utilizados (horas)			Horas bloco (capacidade física)	Utilização tempo normal	Utilização tempo TOTAL
	Normal	SIGIC	Total			
Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE	12899	273	13172	28080	46%	47%
Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE (Sta Maria)	11933	0	11933	18720	64%	64%
Hospitais da Universidade de Coimbra, EPE	12421	0	12421	28080	44%	44%
Hospital de São João, EPE	17620	2402	20022	28080	63%	71%

Fonte: Elaboração própria com base na informação do SIGLIC e em informação fornecida pelas entidades auditadas

As taxas de ocupação mais baixas, de 44 e 46%, ocorreram nos HUC, EPE, e no CHLC, EPE. As mais elevadas verificam-se no HSJ, EPE (63%) e no CHLN, EPE (64%).

Estes indicadores refletem a utilização dos tempos de bloco ao longo do dia, que pode ser observada no gráfico seguinte, que representa o triénio analisado.

**Gráfico 7 – Ocupação do Bloco Operatório - média de cirurgias em curso ao longo do dia**



Nota: Não inclui atividade adicional no âmbito do SIGIC.

Fonte: Elaboração própria com base na informação do SIGLIC e em informação fornecida pelas entidades auditadas.

Verifica-se que os HUC, EPE, concentram a maior parte da sua atividade no período da manhã, com uma descida acentuada das cirurgias em curso a partir das 14:30, o que explica a taxa de ocupação apurada.

A taxa de ocupação mais elevada no CHLN, EPE, reflete o facto ter apenas 2 salas de bloco operatório em funcionamento (são 3 nas restantes unidades). No caso HSJ, EPE, é reflexo da utilização de tempos de bloco ao longo de todo o dia, apenas ocorrendo uma diminuição acentuada do número de cirurgias em curso a partir das 18:30 hrs.

Face à avaliação global dos indicadores da atividade cirúrgica, fica evidenciado que os HUC, EPE, são os que apresentam uma melhor performance no triénio 2008-2010.





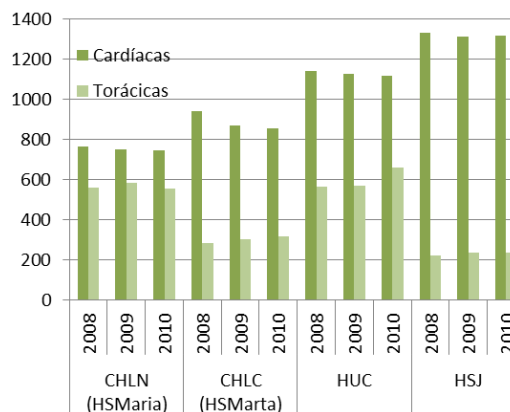
# Tribunal de Contas

Do total das cirurgias realizadas, podemos ver, no gráfico seguinte, o peso das cirurgias torácicas e cardíacas.

O CHLN, EPE, e os HUC, EPE, foram as unidades que realizaram, entre 2008 e 2010, uma maior número de cirurgias torácicas, comparativamente com as restantes unidades hospitalares. A produção cirúrgica cardíaca é, no entanto, superior à torácica na generalidade das entidades auditadas.

No HSJ, EPE, o número de cirurgias cardíacas representa mais de 85% da atividade.

**Gráfico 8 – Cirurgias cardíacas e torácicas**



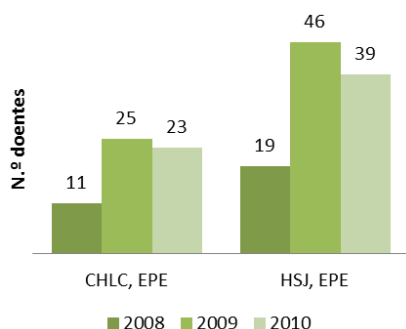
Fonte: Unidades hospitalares auditadas

No que respeita à referenciação, segundo a informação reportada pelas unidades hospitalares auditadas, nenhuma reencaminhou, neste triénio, doentes da especialidade de cirurgia cardiotorácica para qualquer entidade de saúde do setor social ou privado.

## 10.1.4. EVOLUÇÃO DA LISTA DE INSCRITOS PARA CONSULTA DA ESPECIALIDADE CARDIOTORÁCICA E TEMPOS DE ESPERA

O CHLN, EPE, e os HUC, EPE, não têm lista de espera para a marcação de primeiras consultas da especialidade de cirurgia cardiotorácica, uma vez que o tempo de resposta para a efetivação da consulta é, em média, de 2 dias. Nas restantes unidades hospitalares, o número de doentes em lista de espera e o tempo médio de espera para a realização de primeira consulta, consta dos gráficos que a seguir se apresentam.

**Gráfico 9 – Evolução da lista espera p/ consulta**



Fonte: Unidades hospitalares auditadas

Em 2009, o número de doentes em lista de espera, cresceu, face a 2008, verificando-se o maior acréscimo no HSJ, EPE (142%).

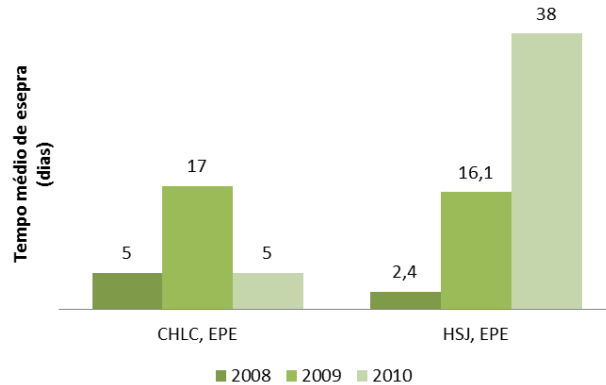
Em 2010, verifica-se uma diminuição do número de doentes em espera, nas duas unidades hospitalares nas quais existe lista de espera.

Esta diminuição foi acompanhada pela diminuição do tempo médio de espera no CHLC, EPE, conforme se observa no gráfico seguinte.



O HSJ, EPE, é a unidade hospitalar que regista um tempo médio de espera mais elevado, tendo aumentado progressivamente, ao longo do triénio em análise. No CHLC, EPE, o tempo médio de espera para consulta, em 2009, passou de 5 dias para 17 dias, o que correspondeu a um agravamento de 240%, face a 2008, tendo, em 2010, diminuído em 70,59%.

Gráfico 10 – Evolução do tempo médio espera p/ consulta



Fonte: Unidades hospitalares auditadas

De referir que os tempos médios de espera, para a realização de primeira consulta da especialidade cardiotorácica, são inferiores ao tempo máximo de resposta garantido (TMRG), constante dos pontos 2.1.2 e 2.1.3, da Portaria n.º 1529/2008, de 26 de dezembro, que fixa para as consultas prioritárias, 60 dias, e para as de prioridade normal, 150 dias.

#### 10.1.5. EVOLUÇÃO DA LISTA DE INSCRITOS PARA CIRURGIA DA ESPECIALIDADE CARDIOTORÁCICA E TEMPOS DE ESPERA

O controlo das inscrições para a realização de intervenções cirúrgicas é efetuado a nível nacional através do Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia (SIGIC). Através deste sistema é possível conhecer as listas de espera existentes em cada momento, os tempos de espera dos doentes em lista e analisar indicadores sobre a efetiva realização das intervenções cirúrgicas.

O quadro seguinte apresenta um resumo de indicadores sobre a resposta à procura de cuidados de cirurgia programada nos serviços de cirurgia cardiotorácica, no triénio 2008-2010.

Quadro 12 – Evolução das listas de espera cirúrgicas

Unidade Hospitalar	31-12-2007		Execução 2008 - 2010			31-12-2010		Variação Inscritos	Variação Mediana do TE
	Inscritos	Mediana do TE (dias)	Entradas	Cancelamentos	Cirurgias	Inscritos	Mediana do TE (dias)		
Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE	131	109	3403	260	3061	186	95	42%	-13%
Hospital de Santa Maria	8	4	3578	179	3409	3	34,5	-63%	763%
Hospitais da Universidade de Coimbra, EPE	10	9	4643	127	4523	2	57,5	-80%	539%
Hospital de São João, EPE	283	136	4442	226	4280	221	66	-22%	-51%

Fonte: Elaboração própria com base na informação do SIGLIC.

Verifica-se que houve, no triénio, uma redução do número de doentes que aguardavam a realização de uma cirurgia cardiotorácica em 3 das 4 unidades hospitalares analisadas, tendo este número aumentado apenas no CHLC. Este aumento é, no entanto, pouco relevante, uma vez que se verificou a redução da mediana do tempo de espera desses doentes.

Destacam-se os serviços de cirurgia cardiotorácica do CHLN e dos HUC, que praticamente não têm lista de espera cirúrgica (8 e 10 doentes, respetivamente, no



início do triénio; 3 e 2 doentes, respetivamente, no final). Os maiores números de utentes em espera verificam-se no CHLC e no HSJ, embora em ambos se tenha apurado uma redução no tempo de espera desses mesmos doentes comparando o final com o início do triénio.

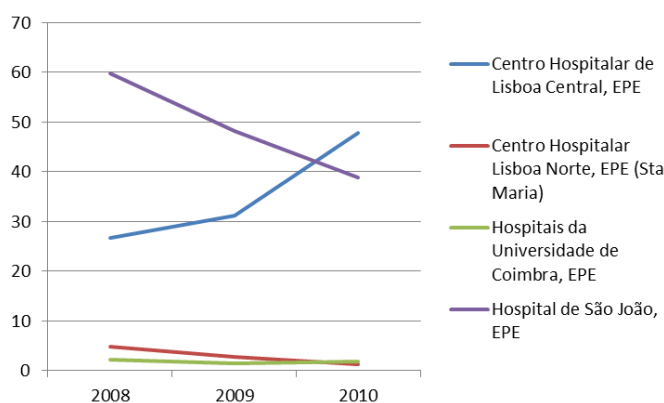
No âmbito do contraditório, o CHLC, EPE, alegou, sobre este assunto, que “(...) há que atender ao modo como a inscrição é feita, diverso nos 4 serviços, e, portanto, não comparável.”, salientando que “(...) uma LIC com 2 ou 3 doentes não é credível.”

Embora se concorde não ser de excluir a possível existência de diferentes práticas na inscrição de doentes, note-se que o SIGIC é um sistema com vários anos de funcionamento, plenamente implementado nas unidades hospitalares do SNS, com regras bem definidas para o seu funcionamento.

O gráfico seguinte apresenta a evolução da média dos tempos de espera efetivamente verificados entre a data em que é reconhecida a necessidade de uma intervenção cirúrgica e a data dessa intervenção.

Os tempos de espera para cirurgia cardiotorácica nos HUC e no CHLN mantiveram-se estáveis ao longo do triénio (2 dias e entre 11 e 15 dias, respetivamente). No CHLC houve uma subida de 27 dias, em 2008, para 48 dias, em 2010, e no HSJ uma descida de 60 para 39 dias, nos mesmos anos.

**Gráfico 11 – Tempo médio de espera das cirurgias realizadas**



Fonte: Elaboração própria com base na informação do SIGLIC

Os tempos de espera para cirurgia cardiotorácica não parecem, assim, constituir um problema no acesso aos cuidados cirúrgicos nas unidades hospitalares analisadas. Mesmo nos serviços em que estes valores são mais elevados, verifica-se que ficam ainda aquém dos tempos máximos de resposta definidos na referida Portaria n.º 1529/2008.

A análise detalhada destes tempos, por nível de prioridade, permite verificar o cumprimento dos Tempos Máximos de Resposta Garantidos (TMRG) estabelecidos pela Portaria n.º 1529/2008, de 26 de dezembro. O quadro seguinte distribui o número de cirurgias programadas realizadas no triénio pelas várias combinações de tempo de espera efetivo e nível de prioridade atribuído pelo médico especialista aquando da inscrição na lista de espera. Os valores sombreados representam as situações de incumprimento dos tempos máximos de resposta garantidos, para cada nível de prioridade.



**Quadro 13 – Cumprimento dos tempos máximos de resposta garantidos**

Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE							Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE (Sta Maria)						
Prioridade	Tempo de espera					Total	Prioridade	Tempo de espera					Total
	até 3 dias	4 a 15 dias	16 a 65*	36 a 285**	mais de 284 dias			até 3 dias	4 a 15 dias	16 a 65*	36 a 285**	mais de 284 dias	
Nível 1	718	1.111	740	453	36	3.058	Nível 1	2.633	309	104	6	1	3.053
Nível 2	0	0	0	0	0	0	Nível 2	33	16	10	0	0	59
Nível 3	1	1	0	0	0	2	Nível 3	178	12	2	0	0	192
Nível 4	0	0	0	0	0	0	Nível 4	105	0	1	0	0	106
<b>Subtotal</b>	<b>719</b>	<b>1.112</b>	<b>740</b>	<b>453</b>	<b>36</b>	<b>3.060</b>	<b>Subtotal</b>	<b>2.949</b>	<b>337</b>	<b>117</b>	<b>6</b>	<b>1</b>	<b>3.410</b>
Registos com alteração do nível de prioridade						1	Registos com alteração do nível de prioridade						0
<b>Total</b>						<b>3.061</b>	<b>Total</b>						<b>3.410</b>

Hospitais da Universidade de Coimbra, EPE							Hospital de São João, EPE						
Prioridade	Tempo de espera					Total	Prioridade	Tempo de espera					Total
	até 3 dias	4 a 15 dias	16 a 65*	36 a 285**	mais de 284 dias			até 3 dias	4 a 15 dias	16 a 65*	36 a 285**	mais de 284 dias	
Nível 1	4.421	95	6	1	0	4.523	Nível 1	2	26	119	877	74	1.098
Nível 2	0	0	0	0	0	0	Nível 2	1	41	318	34	0	394
Nível 3	0	0	0	0	0	0	Nível 3	182	352	2	0	0	536
Nível 4	0	0	0	0	0	0	Nível 4	1.363	27	0	0	0	1.390
<b>Subtotal</b>	<b>4.421</b>	<b>95</b>	<b>6</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>4.523</b>	<b>Subtotal</b>	<b>1.548</b>	<b>446</b>	<b>439</b>	<b>911</b>	<b>74</b>	<b>3.418</b>
Registos com alteração do nível de prioridade						0	Registos com alteração do nível de prioridade						862
<b>Total</b>						<b>4.523</b>	<b>Total</b>						<b>4.280</b>

\* 60 dias + 5 dias tolerância (cf. n.º 75 do Regulamento do SIGIC aprovado pela Portaria n.º 45/2008)

\*\* 270 dias + 15 dias tolerância (idem)

Nota: o número de cirurgias realizadas no triénio considera apenas as cirurgias programadas e apresenta ligeiras divergências relativamente às estatísticas das unidades hospitalares, não relevantes para a análise.

Fonte: Elaboração própria com base na informação do SIGLIC

Verifica-se que as taxas de cumprimento dos tempos máximos de resposta garantidos se aproximam dos 100% em todas as unidades hospitalares analisadas. Destaca-se o serviço de cirurgia cardiotorácica dos HUC que conseguiu cumprir estes tempos em todas as intervenções cirúrgicas realizadas. As taxas de cumprimento dos restantes serviços são, no entanto, também elevadas, atingindo os 99,9% no CHLN, os 98,8% no CHLC e os 96% no HSJ.

#### 10.1.6. SITUAÇÃO ATUAL E TENDÊNCIA DE EVOLUÇÃO DA CIRURGIA CARDIOTORÁCICA

Conforme referido nos pontos anteriores, a atividade cirúrgica da especialidade cardiotorácica tem apresentado uma tendência de estabilização em termos de doentes operados por ano, com tempos de espera que se têm mantido, em geral, abaixo dos limiares definidos como tempos máximos clinicamente aceitáveis.

A estabilização da atividade de cirurgia cardiotorácica resulta de diversos fatores, tais como:

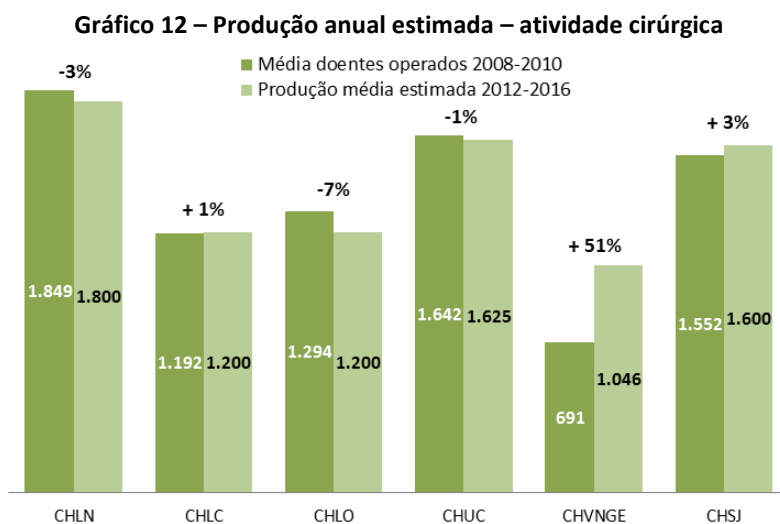


# Tribunal de Contas

- \* As linhas de referenciação estão definidas com cobertura de todos os distritos das regiões de saúde em termos de especialidades referentes – cardiologia, pneumologia e cardiologia pediátrica.
- \* O desenvolvimento de técnicas cardiovasculares e pneumológicas não cirúrgicas contrariam o crescimento do tratamento cirúrgico das patologias cardiovasculares e pulmonares.
- \* A baixa natalidade, a diminuição da imigração e a estagnação populacional<sup>100</sup>.

A procura e a produção anual estimadas de consultas e de doentes intervencionados da especialidade de cirurgia cardiorádica, para os próximos cinco anos, não irão apresentar variações significativas, de acordo com a informação obtida junto das unidades hospitalares que dispõem desta especialidade, caso não se registem alterações significativas à rede de referenciação.

A comparação da média dos doentes operados no triénio 2008-2010 e da produção anual estimada nas unidades hospitalares, para o período de 2012-2016, é a que consta do gráfico seguinte.



Verifica-se que, à exceção do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho, EPE, que apresenta uma previsão de crescimento da produção de cerca de 51,37%<sup>101</sup>, nenhuma das unidades hospitalares preveem variações significativas da sua atividade nos próximos cinco anos.

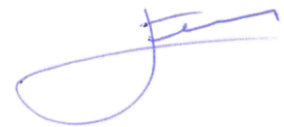
Fonte: Elaboração própria com base na informação fornecida pelas entidades auditadas

Das 6 unidades hospitalares existentes a nível nacional, 3 estimam uma redução da produção média anual (3% no Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE, 7% no Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE<sup>102</sup>, e 1% no Centro Hospitalar Universitário de Coimbra, EPE.

<sup>100</sup> Fonte: INE e PORDATA.

<sup>101</sup> Esta estimativa do acréscimo da capacidade efetiva é justificada pela remodelação do serviço de cirurgia cardiorádica, que tem permitido o aumento gradual da capacidade de resposta às necessidades da população servida de Entre Douro e Vouga (1.475.844), que permitiu o alargamento dos tempos do bloco operatório.

<sup>102</sup> No âmbito da audição em sede de contraditório, enquanto parte interessada, o Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE, referiu que “O CHLO teve uma pequena parte da cirurgia torácica (cerca de 10% da sua atividade) e deixou de ter a partir de 2011: presume-se que tenha sido este o fator que terá levado o Tribunal de Contas a considerar uma previsão de decréscimo de atividade no CHLO de 7%.”.



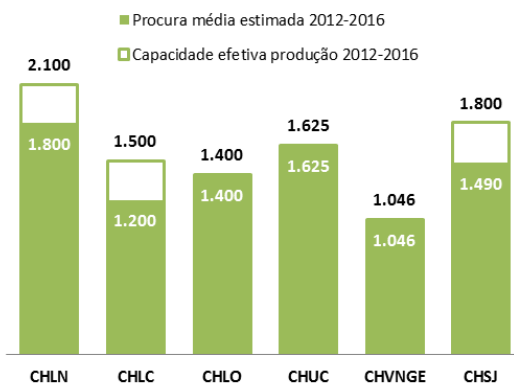
Relativamente a este assunto, o HSJ, EPE, referiu, no âmbito do contraditório, estar “de acordo com as conclusões formuladas no Relatório no que toca à potencial estagnação da procura em cirurgia cardiotorácica”.

A procura estimada pelas unidades hospitalares contactadas é coberta pela oferta estimada para os próximos cinco anos, excetuando o caso do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE. No entanto, 4 das 6 unidades hospitalares informaram poder aumentar a sua oferta até à sua capacidade efetiva, caso a procura o justificasse, sendo que em duas delas esse aumento seria comportado pelos recursos atualmente disponíveis<sup>103</sup>.

O gráfico seguinte apresenta a comparação entre a procura e a capacidade efetiva de produção estimadas pelas unidades hospitalares que desenvolvem atividade em cirurgia cardiotorácica.

**Gráfico 13 – Procura vs. produção anual estimada**

Ao compararmos a procura anual estimada para 2012-2016, com a capacidade efetiva de produção declarada, verificamos que os Centros Hospitalares de Lisboa Norte e Central, bem como o Centro Hospitalar de São João, EPE, assumem que a sua capacidade produtiva efetiva se encontra acima da procura potencial. Nas restantes unidades hospitalares, a capacidade efetiva de produção permite dar resposta à procura por parte dos utentes.



Fonte: Elaboração própria com base na informação fornecida pelas entidades auditadas

Salienta-se, a este respeito, que a previsão de produção de 1200 doentes operados / ano, que baseia o cálculo apresentado de redução de 7% na produção anual, foi a comunicada pelo CHLO, não tendo sido estimada por este Tribunal.

<sup>103</sup> Refira-se que, no caso do CHLO, EPE, a existência de uma lista de espera para cirurgia totalizando 200 doentes e a falta de rentabilização, na sua totalidade, da capacidade efetiva devido à não utilização de uma das salas de BO, condiciona as previsões do aumento da produção. Na opinião do CHLO, esta situação poderia ser ultrapassada (anulando a lista de espera pelo aumento das intervenções realizadas) mediante o aumento de recursos humanos, designadamente cirurgiões cardíacos e enfermagem. O CHLO acrescentou, no âmbito da audição em sede de contraditório, enquanto parte interessada, que esta necessidade de recursos humanos resulta da saída de “cinco cirurgiões do serviço, só tendo sido substituídos dois deles.”

No caso do Centro Hospitalar de São João, EPE, capacidade efetiva de produção declarada implicaria a utilização de mais recursos físicos e humanos. Sem esse investimento, a oferta (cerca de 1600-1630 doentes operados) será ainda claramente superior à procura estimada.

No âmbito do contraditório, o CHJS, EPE informa que “a actual capacidade operatória disponível do Serviço de Cirurgia Cardiotorácica permitiria elevar de 1.630 para 1.800 o total número de doentes a operar correspondendo a +10,4% (...) desde que assegurados 3 pressupostos a saber: (...) estrutura de recursos físicos e humanos indispensável a este aumento, (...) Manutenção do actual apoio da UCI pediátrico às crianças intervencionadas no Serviço (...), Estabilidade do ICM (...)”. Acrescentam que seriam necessárias alterações nos recursos logísticos, detalhadas na resposta constante do Anexo VI do Volume II do presente relatório, e que “(...) este aumento da produção envolveria um aumento em termos de custos assim distribuídos: +533.312,25€ em Produtos Farmacêuticos e Material de Consumo Clínico (+10,4% de 5.128.089,00 registados em 2011); + 42.880,36€ em custos com as 4 contratações de Assistentes Operacionais.”

Verifica-se assim, que, para o aumento da capacidade efetiva de 1630 para 1800 doentes operados / ano, os custos a suportar são estimados em € 576.192,61, correspondendo a um custo unitário de € 3.389,37.



Considerando os fatores de estabilização da procura de tratamentos cirúrgicos nesta especialidade, a nível nacional, conclui-se existir capacidade efetiva disponível (oferta) nas unidades hospitalares do perímetro do SNS.

A este respeito o CHLO, EPE, referiu, no âmbito da audição em sede de contraditório, enquanto parte interessada, que “*A análise (...) não considera o impacto da redução do movimento do Hospital da Cruz Vermelha em Lisboa*”, entidade que “*até 2011 (...) tinha acordos com o SNS e operava cerca de 400 a 600 doentes e mais de 100 crianças por ano*”. Salienta-se que os dados apresentados no Gráfico 13 correspondem à informação prestada pelas entidades auditadas, refletindo as suas perspetivas de variação da procura.

Alertou ainda que “*(...) não parece verosímil que um dos Centros públicos de Lisboa possa absorver um dos outros sem acréscimo de pessoal ou de estruturas físicas. Na verdade, está a propor-se uma redução de cinco para três Centros ou, pelas dificuldades agudas previsíveis, vão-se criar as condições para manter a cirurgia cardíaca pediátrica em hospital privado, paga pelo SNS.*”

A respeito desta matéria, cabe esclarecer que tal proposta de redução do número de centros de cirurgia cardiotorácica não decorre do texto do relato que foi submetido a contraditório, nem das recomendações constantes do presente Relatório, uma vez que o tema não se enquadra nos objetivos desta auditoria, que teve por objetivo geral realizar o *benchmarking* dos diferentes modelos de gestão existentes e dos resultados alcançados.

Já, no mesmo âmbito, o Colégio da Especialidade da Ordem dos Médicos, enquanto parte interessada respondeu que “*Do relatório resulta uma apreciação global positiva sobre os Serviços de Cirurgia Cardiotorácica do SNS e desta especialidade, que é, em nosso entender, uma das poucas, senão a única, que consegue dar resposta adequada e cabal às necessidades do cidadão. Independentemente das diferenças, naturais, entre os vários serviços, o tempo máximo de espera em lista, é razoável e bem dentro dos padrões de aceitabilidade definidos internacionalmente. Neste contexto, deve notar-se que a resposta para casos urgentes e emergentes está completamente acertada.*”

Acrescentou que “*Os números referentes a cada Centro, demonstram que o número de Centros actualmente existentes é suficiente e adequado para as necessidades do País. Aliás, tendo em conta que alguns indicadores internacionais referem uma proporção de 1 Centro por cada milhão e meio a dois milhões de habitantes, justifica-se exactamente a existência dos actuais 6 Centros em actividade no SNS.*”

Também, no âmbito da audição em sede de contraditório, enquanto parte interessada, a Sociedade Portuguesa de Cardiologia, sublinhou que “*(...) contrariamente às conclusões expressas no relatório do Tribunal de Contas, pode haver um crescimento da lista de espera se o CHVNGE não vier a utilizar plenamente as suas instalações e se a atividade do Hospital da Cruz Vermelha não for compensada pelos Hospitais de Lisboa integrados no SNS.*”

Sobre este assunto, refira-se que o acréscimo da capacidade efetiva para os próximos anos, estimado pelo CHVNGE, é justificado pela remodelação do serviço de cirurgia cardiotorácica, que, segundo informação prestada pelo respetivo Conselho de Administração, tem permitido o aumento gradual da capacidade de resposta às necessidades da população servida de Entre Douro e Vouga e o alargamento dos tempos do bloco operatório.



Acrescentou ainda, a Sociedade Portuguesa de Cardiologia, que “(...) os indicadores disponíveis sobre o nº de cirurgias cardíacas por milhão de habitantes ronda as 600-700 em Portugal, enquanto em países da União Europeia com esperança média de vida semelhante, esses números são em média mais de 30% superiores (Dinamarca 1100 por milhão e Reino Unido 950 por milhão), revelando-nos portanto no limite inferior dos valores apresentados por outros países europeus. Assim, embora de facto a tendência seja para a estagnação da procura em cirurgia cardiotorácica tal como expresso no relatório, é importante que esta tendência seja interpretada com prudência no caso de Portugal, já que os indicadores de atividade no nosso país são inferiores aos da maioria dos países europeus.”

#### **10.1.6.1. O CASO PARTICULAR DA REGIÃO DE LISBOA E VALE DO TEJO**

A existência de capacidade efetiva disponível nas unidades hospitalares do SNS, havia sido já referida em anteriores relatórios de auditoria do Tribunal de Contas<sup>104</sup>, que concluiu, de acordo com informação prestada pelas unidades hospitalares (Centros Hospitalares de Lisboa Central, Norte e Ocidental), que essa capacidade existia em 2007 e 2008.

Questionados relativamente aos anos de 2009 e 2010, estas unidades hospitalares voltaram a apurar e confirmar a existência de capacidade efetiva não utilizada, confirmando que a capacidade de produção efetiva se manteria nos níveis apurados para o ano de 2008<sup>105</sup>:

- ✦ cerca de 309 cirurgias cardiotorácicas no Hospital de Santa Marta;
- ✦ cerca de 150 cirurgias cardiotorácicas no Hospital de Santa Maria;
- ✦ entre 40 a 65 cirurgias cardiotorácicas no Hospital de Santa Cruz.

O gráfico seguinte apresenta indicadores de procura e oferta na especialidade de cirurgia cardiotorácica, na região de Lisboa e Vale do Tejo.

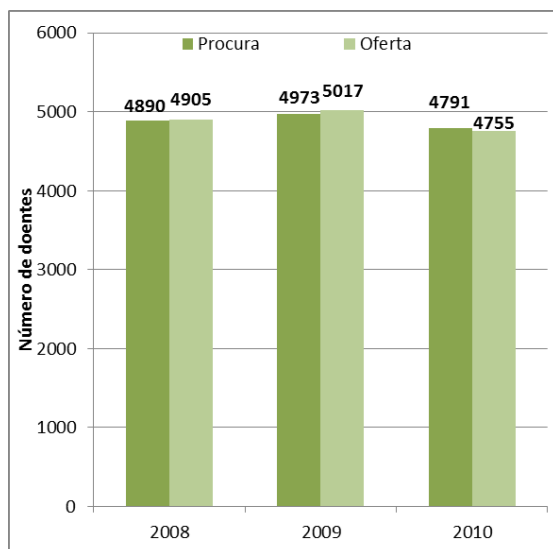
<sup>104</sup> Cf. Relatório de Auditoria n.º 8/09, aprovado em Subsecção da 2ª Secção do Tribunal de Contas, em 5 de março de 2009, e o Relatório de Auditoria n.º 11/2011, aprovado em Plenário da 2ª Secção do Tribunal de Contas, em 14 de abril de 2011.

<sup>105</sup> cf. Anexo IV do Volume II do presente Relatório.





**Gráfico 14 – Procura e oferta em cirurgia cardiotorácica – Lisboa e Vale do Tejo**



Fontes: Procura – SIGLIC e informação disponibilizada pelas entidades auditadas (inscrições na LIC - cancelamentos + doentes intervencionados de urgência)

Oferta – informação disponibilizada pelas entidades auditadas (produção + capacidade produtiva não utilizada)

Conforme se pode observar no gráfico ao lado, a procura de cuidados de saúde de cirurgia cardiotorácica está relativamente estabilizada, sendo até, em 2010, inferior à verificada em 2008.

A oferta pública apresenta comportamento semelhante, o que revela uma capacidade de acomodação às variações na procura.

Se a capacidade excedentária tivesse sido utilizada nestes anos, a oferta pública teria, na generalidade, sido suficiente para cobrir as necessidades reveladas pelas inscrições na lista de espera e pelas cirurgias urgentes.

Em 2008 a oferta pública representou 100,31% da procura, em 2009 cerca de 100,88% e, em 2010, 99,25%.

Existindo capacidade excedentária de produção, os custos adicionais de produzir mais uma unidade são iguais ao seu custo marginal, pelo que a opção de transferir doentes para fora do perímetro do SNS, sem a utilização desta capacidade efetiva, implicará custos superiores aos da opção contrária.

Adicionalmente, na área específica das cardiopatias congénitas, existem *guidelines* da *European Association for Cardio-Thoracic Surgery*<sup>106</sup> que recomendam que a casuística total ótima deve ascender a 250 doentes operados por ano, abrangendo uma área de aproximadamente entre 4 e 5 milhões de habitantes.

Sobre o mesmo assunto, e tendo por base estas linhas de orientação, o relatório da Administração Central do Sistema de Saúde, IP, acima referido, considera que “(...) deverão existir 3 Centros Médico-Cirúrgicos de Cardiologia Pediátrica médico-cirúrgica no País”, distribuídos “(...) da seguinte forma:

- Zona Norte – 1 (na cidade do Porto)
- Zona Centro – 1 (na cidade de Coimbra)
- Zona Sul – 1 (na cidade de Lisboa)”.

Reitera ainda que “Esta área tem os recursos humanos necessários existindo, nesta data, quatro serviços no País”.

As mesmas linhas de orientação levaram, aliás, a Direção-Geral da Saúde, numa recente análise ao serviço de cirurgia cardiotorácica do Hospital de Santa Marta<sup>107</sup>,

<sup>106</sup> *Optimal Structure of a Congenital Heart Surgery Department in Europe*, W. Daenen, F. Lacour-Gayet, B. Maruszewsky, L. Hamilton, S. Daebritz, H. Lindberg, R. di Donato, J. Comas, J. Monro e T- Aberg, EACTS Congenital Heart Surgery Committee.

<sup>107</sup> Cf. ponto seguinte.



a aconselhar que o Ministério da Saúde “*equacione a fusão de serviços de cirurgia cardíaca pediátrica, potenciando competências, casuística e economia de escala*”, dado o referido serviço ficar aquém daqueles mínimos de produção, e dada a existência de capacidade instalada neste hospital<sup>108</sup>.

Sobre este assunto, O CHLO, EPE, no âmbito da audição em sede de contraditório, acrescentou que “*Na verdade, o CHLO também tem capacidade instalada no Hospital de Santa Cruz.*” E além do mais “*(...) Há mesmo algumas patologias em que todos os doentes do país são referenciados para os centros hospitalares de Lisboa (não é uma referenciação regional), em resultado da diferenciação que estas unidades hospitalares [Hospital de Santa Cruz e Hospital de Santa Marta] (...) este é um problema nacional e a recomendação da ACSS de promover três centros distribuídos por áreas geográficas já foi questionada pela Comissão Nacional de Saúde Infantil, tendo considerado que se trata de um tema que merece discussão mais alargada*”.

O HSJ, EPE, alegou, no contraditório, que “*(...) no que diz respeito à cirurgia das cardiopatias congénitas deverá ser enfatizada a necessidade dos Serviços eleitos para essa actividade serem Serviços integrados no SNS com cultura, experiência acumulada e capacidade formativa*”.

Por sua vez, a ARSLVT, IP, no âmbito da audição em sede de contraditório, enquanto parte interessada, considerou que “*(...) carece de melhor esclarecimento a afirmação dos conselhos de administração poderem assumir um aumento de produção (...)*”, referindo-se à capacidade efetiva para o aumento de produção, manifestada pelos Conselhos de Administração dos Centros Hospitalares de Lisboa Central e Lisboa Norte. Sustenta a sua dúvida no fato de ter constatado, “*(...) da análise do Relato (...) que as unidades hospitalares supra indicadas, nestes três anos em análise, têm vindo sempre a diminuir a sua produção cirúrgica em 4% e 2%, respetivamente (...)*”.

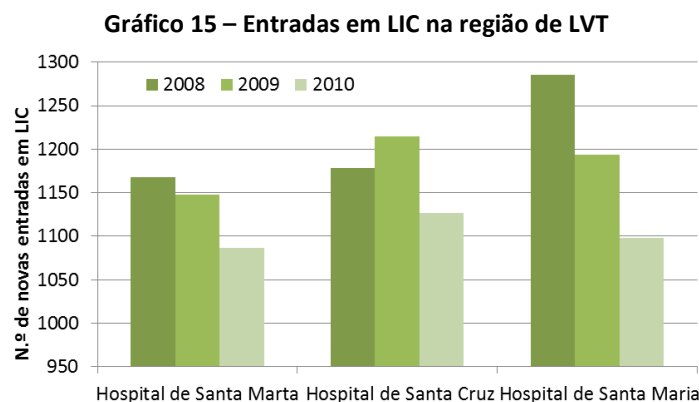
Cabe referir, neste âmbito, que, tendo em conta que a capacidade efetiva declarada pelos hospitais auditados só pode ser utilizada na exata medida do aumento do número de doentes referenciados. Sucede, porém, que a mencionada diminuição da produção traduz a diminuição da referenciação para os hospitais da Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, sendo precisamente por esse facto que estes hospitais registam uma capacidade efetiva (capital físico<sup>109</sup> e humano) cada vez mais subutilizada.

<sup>108</sup> A este respeito, salienta-se que tal proposta de redução do número de centros de cirurgia cardiotorácica não decorre do texto do relato que foi submetido a contraditório, nem das recomendações constantes do presente Relatório.

<sup>109</sup> Formação bruta de capital fixo.



De facto, a desagregação, por ano, da informação constante do Quadro 12, revela que houve uma diminuição de inscrições na lista de espera cirúrgica, ao longo do triénio, nas unidades hospitalares da Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, que manifestaram poder assumir aumento de produção até à sua capacidade efetiva.



Fonte: Elaboração própria com base na informação do SIGLIC

### 10.1.7. INDICADORES TÉCNICOS DE QUALIDADE

A avaliação da qualidade da atividade cirúrgica dos vários centros depende do tratamento das séries estatísticas dos resultados ao longo de vários períodos de tempo. O entendimento dos vários indicadores deverá ser ponderado com a diferenciação e o grau de complexidade, bem como com a quantidade de intervenções cirúrgicas realizadas.

**Quadro 14 – Indicadores técnicos de qualidade**

Qualidade	2008				2009				2010			
	CHLN Sta Maria	CHLC Sta Marta	Hosp Univ Coimbra	Hosp S. João	CHLN Sta Maria	CHLC Sta Marta	Hosp Univ Coimbra	Hosp S. João	CHLN Sta Maria	CHLC Sta Marta	Hosp Univ Coimbra	Hosp S. João
% Complicações relacionadas c/ procedimentos cirúrgicos <sup>(1)</sup>	16,39	8,68	1,03	n.d	15,76	8,43	1,04	n.d	14,10	9,65	n.d	n.d
% de readmissões	1,34	2,83	1,59	1,38	3,31	3,52	1,44	0,94	2,87	4,18	1,53	0,98
% de óbitos	3,82	3,20	0,57	3,34	3,44	4,00	0,50	3,03	3,50	3,77	0,62	3,16
% infeções nosocomiais <sup>(2)</sup>	4,38	n.d	n.d	7,83	5,13	n.d	n.d	5,80	5,48	n.d	n.d	6,75

Fonte: Unidades hospitalares auditadas

No entanto, não foram realizadas avaliações externas regulares e periódicas dos indicadores de qualidade e segurança dos vários serviços de cirurgia cardiotorácica, por parte de entidades de regulação ou controlo, designadamente pela Direção-Geral de Saúde, pela Inspeção-Geral das Atividades em Saúde, pela Ordem dos Médicos ou pela Entidade Reguladora da Saúde.

Pontualmente, já em 2012, a qualidade dos serviços de cirurgia cardíaca pediátrica prestados no Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE, foi objeto de inquéritos realizados pela Direção-Geral de Saúde, pela Inspeção-Geral das Atividades em Saúde e pelo Colégio da Especialidade de cirurgia cardiotorácica da Ordem dos Médicos, que concluíram pela inexistência de indícios da “(...) ocorrência de má prática médica ou de intercorrência cirúrgica anormal.” e a existência de “(...) mecanismos aptos a garantir o controlo de riscos clínicos.”. Na sequência dos relatórios produzidos o Secretário de Estado da Saúde considerou em despacho que “(...) O parecer é muito satisfatório e reforça, confirmando a qualidade reconhecida ao Serviço de Cirurgia Cardíaca do Hospital de Santa Marta (...)”<sup>110</sup>.

<sup>110</sup> cf. despacho final do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde, no Anexo III do Volume II do presente relatório.



Contudo, e uma vez que esta avaliação não abrangeu toda a atividade, nem estabeleceu termos de comparação com as outras unidades prestadoras de serviços de cirurgia cardiotorácica, não foi possível emitir uma opinião que comparasse os padrões de excelência nesta área.

Relativamente a este assunto, o CHLC, EPE, referiu, no âmbito do contraditório: *“Congratulamo-nos com a recomendação para que sejam avaliados, em todas as unidades cardiotorácicas, os indicadores de qualidade e segurança, à semelhança do que foi feito em tempo recorde no CCT\_CHLC, para maior transparência na comparação de resultados e para adopção de correcções eventuais.”*

O Colégio da especialidade da Ordem dos Médicos afirmou, no âmbito da audição em sede de contraditório, enquanto parte interessada, que *“Os resultados, no que diz respeito à mortalidade e morbilidade encontram-se também dentro dos parâmetros geralmente aceites a nível internacional. No entanto, há aqui algumas diferenças significativas entre os vários Centros, que é necessário analisar, de modo a avaliar se se devem a diferenças de patologia e sua gravidade, ou se se devem a outros factores passíveis de correcção.”*

#### 10.1.8. IDENTIFICAÇÃO DE BOAS PRÁTICAS

Da avaliação efetuada ao desempenho das unidades hospitalares selecionadas, destacam-se dois exemplos de boas práticas.

**Nos HUC, EPE**, a decisão do órgão de gestão dos Hospitais da Universidade de Coimbra, EPE, de criar um centro de responsabilidade integrada na especialidade de cirurgia cardiotorácica, com autonomia funcional, organizativa e de gestão, componentes imprescindíveis para alcançar os objetivos, mostrou-se uma boa opção, patente na dinâmica de funcionamento e organização e nos resultados atingidos.

**No CHLC, EPE**, o acompanhamento que é feito, durante um ano<sup>111</sup>, aos doentes que foram intervencionados e transplantados.

**O CHLC, EPE**, realiza ainda um controlo de qualidade dos seus resultados, sendo a única unidade que reporta os seus dados regular e periodicamente à Associação Europeia de Cirurgia Cardiotorácica, permitindo, a nível interno, o *benchmarking* de indicadores de produção e de qualidade, bem como, a nível global, a existência de estatísticas internacionais, úteis para investigação na área.

No âmbito do contraditório, o CHLN, EPE informou que *“(...) efectua o reporte regular e periódico de informação para efeitos de benchmarking de indicadores de produção e qualidade para uma empresa especializada, a nível Ibérico (IASist), comparando-se com os pares e com o grupo de hospitais com melhores indicadores”*, situação que configura uma boa prática.

---

A celeridade com que este processo decorreu (menos de 3 semanas entre o despacho do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde, que solicita os inquéritos, e a sua conclusão, tendo um deles sido entregue menos de uma semana depois do referido despacho), demonstra que seria possível estender este tipo de avaliações a outros serviços e a outras unidades hospitalares, no sentido de validar os indicadores de qualidade normalmente produzidos.

<sup>111</sup> Ao fim de um ano o doente tem alta da cirurgia cardiotorácica e passa para a ser seguido na consulta de cardiologia.



## 10.2. CUSTOS ASSOCIADOS À ESPECIALIDADE DE CIRURGIA CARDIOTORÁCICA

A cirurgia cardiotorácica é um procedimento de alta complexidade, necessitando, por isso, de uma equipa multidisciplinar treinada e com experiência, assim como de uma unidade hospitalar com instalações e equipamentos adequados.

As unidades hospitalares selecionadas não têm implementado um sistema de custeio que lhes permita conhecer detalhadamente os custos dos cuidados de saúde prestados na atividade cardiotorácica, ao nível do doente. Os Hospitais do SNS estão no entanto obrigados, pelo POCMS, à implementação de um sistema de contabilidade analítica, seguindo as normas definidas no Plano de Contabilidade Analítica dos Hospitais (PCAH), que se verificou estar em funcionamento nas várias unidades auditadas.

### 10.2.1. ORGANIZAÇÃO GERAL DA CONTABILIDADE ANALÍTICA

A contabilidade analítica dos hospitais é enquadrada pelo Plano de Contabilidade Analítica dos Hospitais, que teve a sua terceira e última edição em dezembro de 2004, e reflete um esforço no sentido de uniformizar critérios de imputação e formas de distribuição de custos com o objetivo de tornar possível a comparabilidade e realizar estudos entre os vários hospitais que integram o Serviço Nacional de Saúde.

A informação gerada por este sistema de contabilidade analítica centra-se no hospital e na sua divisão rígida por secções, numa perspetiva de imputação de custos *top-down*, não permitindo a obtenção de custos detalhados por doente.

Os custos diretos são imputados diretamente às várias secções, ao longo do exercício, através do recurso a informação extra-contabilística sobre a responsabilidade de cada secção por cada custo incorrido, sejam os consumos (aplicação de gestão do stocks, que regista a secção responsável pelos consumos) ou os custos com o pessoal (aplicação de gestão de recursos humanos, que regista os centros de custo aos quais cada profissional está afeto).

Os custos indiretos são apurados no final do ano, através da imputação dos custos das secções auxiliares às secções principais, tendo por base estatísticas de utilização dos serviços pelas secções principais.

No CHLC e no CHLC, a contabilidade analítica final é apurada no próprio sistema de informação contabilística. No entanto, nos HUC e no HSJ, o sistema de informação contabilístico não permite o cálculo da imputação dos custos indiretos, pelo que estas unidades hospitalares recorrem à ferramenta em Excel disponibilizada pela ACSS para o apuramento dos custos finais das secções. Como em 2010 a ACSS não disponibilizou o respetivo ficheiro, estas unidades não procederam ao apuramento dos custos totais, por secção, neste ano.

Embora, como se desenvolverá de seguida, a falta de imputação dos custos indiretos não prejudique a análise dos custos relativos à Cirurgia Cardiotorácica, esta tem impacto na análise dos custos de outros serviços que funcionam de forma menos autonomizada. Assim, o não apuramento dos custos totais de 2010 não deixa de revelar alguma secundarização, por parte da gestão destas unidades, da importância da contabilidade de custos como ferramenta de gestão.



### 10.2.2. FIABILIDADE E COMPARABILIDADE

A análise da fiabilidade e comparabilidade da informação apurada pelos sistemas de contabilidade analítica implementados nos hospitais do SNS, em anteriores relatórios, concluiu pela existência de diversas deficiências e limitações, especialmente no que respeita ao apuramento dos custos indiretos.

Por outro lado, a imputação dos custos diretos da secção auxiliar do bloco operatório, a principal componente dos custos indiretos dos serviços de cirurgia cardiotorácica, à respetiva secção principal (Internamento), é comprometida pelas limitações ferramenta em Excel fornecida pela ACSS para o apuramento dos custos finais, único instrumento utilizado por 2 das 4 unidades hospitalares analisadas. De facto, apesar de todas as unidades hospitalares analisadas apurarem direta e autonomamente os custos do bloco operatório da cirurgia cardiotorácica, a ferramenta da ACSS apenas considera o total dos custos com os vários blocos operatórios de cada hospital, que são posteriormente imputados a todos os serviços de internamento dos hospitais, pelo que se perde a informação específica, apurada ao nível da contabilidade de cada instituição, sobre os custos de blocos operatórios específicos, afetos a determinado serviço de internamento.

Tendo em conta estas limitações, optou-se por concentrar a análise e a comparação dos custos à sua componente direta, incluindo também como custos diretos os custos dos blocos operatórios dos serviços de cirurgia cardiotorácica.

### 10.2.3. CENTROS DE CUSTOS

Todas as unidades hospitalares analisadas constituíram o serviço de cirurgia cardiotorácica como um centro de custos. No entanto, existem diferentes níveis de desdobramento do centro de custos de internamento, conforme pode ser observado no quadro seguinte.

Quadro 15 – Centros de Custos

Designação	CHLC Sta Marta	CHLN Sta Maria	HUC	HSJ
<b>1. Internamento</b>	✓	✓	✓	✓
1.1. Geral-Enfermaria	✓	✓	✗	✗
1.2. Unidade de Cuidados Intensivos	✓	✓	✗	✗
1.2.1. Adultos	✓	✗	✗	✗
1.2.2. Crianças	✓	✗	✗	✗
1.2.3. Transplantes	✓	✗	✗	✗
1.3. Unidade de Cuidados Intermédios	✓	✓	✗	✗
<b>2. Consulta Externa</b>	✓	✓	✓	✓
<b>3. Bloco Operatório</b>	✓	✓	✓	✓

Fonte: Elaboração própria com base na informação fornecida pelas entidades auditadas

Dado que toda a atividade, quer seja de internamento ou ambulatório, se orienta para o mesmo fim, a realização de intervenções cirúrgicas no âmbito da cirurgia cardiotorácica, a comparação dos custos entre as várias unidades hospitalares será feita apenas quanto ao total dos custos incorridos. Esta abordagem permite ainda que possam ser desprezadas as diferenças entre os procedimentos instituídos pelas várias unidades hospitalares no que respeita à marcação e registo de consultas.



## 10.2.4. ESTRUTURA DOS CUSTOS

A estrutura dos custos dos serviços de cirurgia cardiotorácica nos hospitais analisados é semelhante e não apresenta variações de relevo ao longo do triênio 2008-2010, com os custos com o pessoal e com matérias de consumo a representarem, em média, cerca de 94% dos custos diretos totais (consumos, 39% e pessoal, 55%).

O quadro seguinte apresenta a estrutura dos custos diretos totais, por entidade, no triênio analisado.

**Quadro 16 – Estrutura global dos custos**

	CHLC (Sta Marta)						CHLN (Sta Maria)					
	2008		2009		2010		2008		2009		2010	
Matérias de Consumo	4.559.101	45%	4.330.229	42%	4.626.949	45%	3.268.808	43%	3.666.562	44%	3.996.952	45%
Fornecimentos e Serviços Externos	57.895	1%	185.352	2%	330.297	3%	242.949	3%	255.795	3%	442.418	5%
Custos com o Pessoal	5.150.801	51%	5.588.591	54%	5.196.819	50%	3.791.519	50%	4.197.635	51%	4.153.878	47%
Outros Custos e Perdas Operacionais	1.977	0%	283	0%	17	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Amortizações do Exercício	262.295	3%	232.531	2%	202.750	2%	106.375	1%	102.027	1%	100.077	1%
Custos e Perdas Extraordinárias	45.303	0%	4.197	0%	3.068	0%	136.153	2%	47.232	1%	97.687	1%
Custos e Perdas Financeiras	1	0%	53	0%	23	0%	43	0%	0	0%	0	0%
<b>Total</b>	<b>10.077.373</b>	<b>100%</b>	<b>10.341.236</b>	<b>100%</b>	<b>10.359.923</b>	<b>100%</b>	<b>7.545.847</b>	<b>100%</b>	<b>8.269.251</b>	<b>100%</b>	<b>8.791.012</b>	<b>100%</b>

	HUC						HSJ					
	2008		2009		2010		2008		2009		2010	
Matérias de Consumo	2.625.132	32%	2.689.500	32%	2.598.254	34%	4.509.772	37%	5.029.170	34%	4.863.004	36%
Fornecimentos e Serviços Externos	148.275	2%	134.171	2%	159.188	2%	366.165	3%	707.649	5%	555.316	4%
Custos com o Pessoal	5.400.208	66%	5.646.850	66%	4.902.426	64%	6.641.925	54%	8.486.934	57%	7.441.434	56%
Outros Custos e Perdas Operacionais	0	0%	0	0%	0	0%	151	0%	215	0%	1.580	0%
Amortizações do Exercício	10.615	0%	7.756	0%	9.778	0%	763.684	6%	730.424	5%	441.336	3%
Custos e Perdas Extraordinárias	32.481	0%	43.005	1%	32.969	0%	1.382	0%	33.145	0%	36.786	0%
Custos e Perdas Financeiras	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
<b>Total</b>	<b>8.216.711</b>	<b>100%</b>	<b>8.521.281</b>	<b>100%</b>	<b>7.702.615</b>	<b>100%</b>	<b>12.283.078</b>	<b>100%</b>	<b>14.987.537</b>	<b>100%</b>	<b>13.339.454</b>	<b>100%</b>

Fonte: Elaboração própria com base na informação fornecida pelas entidades auditadas

As únicas diferenças de relevo entre as estruturas de custos sob análise são:

- ✘ o maior peso relativo dos custos com o pessoal, nos serviços de cirurgia cardiotorácica dos HUC e do HSJ, quando comparados com o verificado CHLC e no CHLN; verifica-se o inverso no que respeita ao peso dos custos com matérias de consumo;
- ✘ as amortizações do exercício apresentaram algum peso no caso do HSJ (6%, 5% e 3%, ao longo do triênio) e do CHLC (3%, 2% e 2%), sendo menos relevantes nas outras duas unidades hospitalares, particularmente no caso dos HUC.

Dado que as despesas com matérias de consumo e com pessoal representaram a quase totalidade dos custos diretos suportados pelos serviços de cirurgia cardiotorácica no triênio em análise, procede-se, seguidamente, à sua análise detalhada.

### 10.2.4.1. CUSTOS COM MATÉRIAS DE CONSUMO

Os custos com matérias de consumo representaram, ao longo do triênio, entre 42 e 45% dos custos diretos suportados pelos serviços de cirurgia cardiotorácica do CHLC e do CHLN, e entre 32 e 37% nos HUC e no HSJ.

Analisando em maior detalhe estes custos, verifica-se que são quase na totalidade compostos por consumos de produtos farmacêuticos e de material de consumo clínico, com maior preponderância destes últimos, especialmente nos serviços de cirurgia cardiotorácica do CHLC e do HSJ, onde representaram mais de 70% dos custos.

**Quadro 17 – Decomposição dos custos com matérias de consumo**

	CHLC (Sta Marta)						CHLN (Sta Maria)					
	2008		2009		2010		2008		2009		2010	
Produtos Farmacêuticos	1.246.831	27%	1.100.205	25%	1.149.105	25%	1.370.512	42%	1.786.058	49%	1.843.890	46%
Material de Consumo Clínico	3.272.954	72%	3.161.184	73%	3.402.860	74%	1.875.496	57%	1.854.329	51%	2.127.522	53%
Outro Material de Consumo	39.316	1%	68.840	2%	74.984	2%	22.800	1%	26.175	1%	25.540	1%
<b>Total</b>	<b>4.559.101</b>	<b>100%</b>	<b>4.330.229</b>	<b>100%</b>	<b>4.626.949</b>	<b>100%</b>	<b>3.268.808</b>	<b>100%</b>	<b>3.666.562</b>	<b>100%</b>	<b>3.996.952</b>	<b>100%</b>

	HUC						HSJ					
	2008		2009		2010		2008		2009		2010	
Produtos Farmacêuticos	1.451.896	55%	1.575.934	59%	1.571.428	60%	1.077.841	24%	1.096.356	22%	963.118	20%
Material de Consumo Clínico	1.139.415	43%	1.080.576	40%	985.691	38%	3.286.022	73%	3.818.619	76%	3.797.892	78%
Outro Material de Consumo	33.821	1%	32.991	1%	41.134	2%	145.908	3%	114.195	2%	101.993	2%
<b>Total</b>	<b>2.625.132</b>	<b>100%</b>	<b>2.689.500</b>	<b>100%</b>	<b>2.598.254</b>	<b>100%</b>	<b>4.509.772</b>	<b>100%</b>	<b>5.029.170</b>	<b>100%</b>	<b>4.863.004</b>	<b>100%</b>

Fonte: Elaboração própria com base na informação fornecida pelas entidades auditadas

#### 10.2.4.2. CUSTOS COM O PESSOAL

Os custos com o pessoal representaram, no triénio em análise, entre 47 e 66% dos custos diretos suportados pelos vários serviços de cirurgia cardiotorácica analisados.

A decomposição destes custos mostra que as remunerações base são a principal componente dos custos com o pessoal, representando cerca de 50% dos mesmos em 3 das 4 unidades hospitalares analisadas, excetuando-se o serviço de cirurgia cardiotorácica do HSJ, onde as remunerações base representaram, ao longo do triénio, entre 34 e 42% do total.





**Quadro 18 – Decomposição dos custos com o pessoal**

	CHLC (Sta Marta)						CHLN (Sta Maria)					
	2008		2009		2010		2008		2009		2010	
Remunerações Base												
Pessoal Médico	689.364	13%	745.510	13%	696.936	13%	785.062	21%	844.848	20%	865.823	21%
Pessoal de Enfermagem	1.504.149	29%	1.490.655	27%	1.409.781	27%	876.498	23%	885.921	21%	998.862	24%
Remuneração Base Outro Pessoal	335.385	7%	375.115	7%	346.773	7%	169.713	4%	309.917	7%	178.106	4%
Suplementos de Remunerações												
Trabalho Extraordinário	945.795	18%	966.851	17%	859.172	17%	910.608	24%	955.443	23%	967.558	23%
Trabalho em Regime de Turnos	303.131	6%	292.662	5%	280.400	5%	192.811	5%	194.806	5%	199.652	5%
Subsídio de Refeição	0	0%	142.154	3%	134.947	3%	83.879	2%	92.572	2%	94.123	2%
Ajudas de Custo	0	0%	0	0%	158	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Outras Remun. Adic.e Suplementos	285.472	6%	378.590	7%	354.057	7%	1.040	0%	578	0%	1.346	0%
Prestações Sociais Diretas	0	0%	34.078	1%	17.195	0%	6.859	0%	18.177	0%	11.282	0%
Subsídios de Férias e de Natal	431.930	8%	462.076	8%	427.533	8%	336.141	9%	358.044	9%	330.436	8%
Encargos sobre Remunerações	655.575	13%	699.522	13%	649.015	12%	427.603	11%	488.304	12%	504.767	12%
Outros Custos com Pessoal	0	0%	1.378	0%	20.854	0%	1.305	0%	49.025	1%	1.923	0%
<b>Total</b>	<b>5.150.801</b>	<b>100%</b>	<b>5.588.591</b>	<b>100%</b>	<b>5.196.819</b>	<b>100%</b>	<b>3.791.519</b>	<b>100%</b>	<b>4.197.635</b>	<b>100%</b>	<b>4.153.878</b>	<b>100%</b>

	HUC						HSJ					
	2008		2009		2010		2008		2009		2010	
Remunerações Base												
Pessoal Médico	673.304	12%	700.894	12%	709.097	14%	750.376	11%	825.702	10%	840.961	11%
Pessoal de Enfermagem	1.422.346	26%	1.491.325	26%	1.369.496	28%	1.548.910	23%	1.616.770	19%	1.587.456	21%
Remuneração Base Outro Pessoal	261.033	5%	287.385	5%	275.790	6%	467.954	7%	477.623	6%	471.300	6%
Suplementos de Remunerações												
Trabalho Extraordinário	1.166.252	22%	1.187.785	21%	1.221.163	25%	1.323.005	20%	1.324.066	16%	1.236.999	17%
Trabalho em Regime de Turnos	261.997	5%	270.774	5%	276.391	6%	303.450	5%	324.192	4%	331.460	4%
Subsídio de Refeição	97.382	2%	106.539	2%	103.996	2%	157.723	2%	170.810	2%	169.550	2%
Ajudas de Custo	0	0%	188	0%	1.650	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Outras Remun. Adic.e Suplementos	635.821	12%	588.158	10%	1.263	0%	894.492	13%	2.436.680	29%	1.513.559	20%
Prestações Sociais Diretas	19.764	0%	21.615	0%	16.670	0%	26.132	0%	31.718	0%	31.121	0%
Subsídios de Férias e de Natal	400.879	7%	432.149	8%	406.082	8%	486.207	7%	487.675	6%	478.574	6%
Encargos sobre Remunerações	461.429	9%	560.037	10%	490.140	10%	665.684	10%	723.536	9%	722.115	10%
Outros Custos com Pessoal	0	0%	0	0%	30.687	1%	17.992	0%	68.163	1%	58.338	1%
<b>Total</b>	<b>5.400.208</b>	<b>100%</b>	<b>5.646.850</b>	<b>100%</b>	<b>4.902.426</b>	<b>100%</b>	<b>6.641.925</b>	<b>100%</b>	<b>8.486.934</b>	<b>100%</b>	<b>7.441.434</b>	<b>100%</b>

Fonte: Elaboração própria com base na informação fornecida pelas entidades auditadas

De facto, conforme veremos mais à frente, o serviço de cirurgia cardiotorácica do HSJ foi o que mais recorreu à atividade cirúrgica adicional, no âmbito do SIGIC, para dar resposta à afluência dos doentes à lista de espera para cirurgia, situação que se refletiu na estrutura de custos com o pessoal, ao aumentar o peso dos suplementos remuneratórios.

Da análise dos quadros supra salienta-se ainda que o serviço de cirurgia cardiotorácica do CHLN representa uma exceção no que respeita à relação entre as remunerações base do pessoal médico e do pessoal de enfermagem. Neste serviço, os custos as remunerações base do pessoal médico têm aproximadamente o mesmo peso que os respetivos custos com o pessoal de enfermagem, enquanto nos restantes serviços de cirurgia as remunerações base do pessoal de enfermagem atingem o dobro das remunerações base do pessoal médico.

O trabalho extraordinário representa, em média, cerca de 20% do total dos custos com o pessoal ao longo do triénio, com o os serviços de cirurgia cardiotorácica do CHLC e do HSJ a ficarem um pouco abaixo desta média, e os dos HUC e do CHLN, um pouco acima.

Relativamente aos outros suplementos remuneratórios, além da situação atrás descrita, relativa ao recurso à atividade adicional SIGIC, no HSJ, salienta-se ainda que estes suplementos representaram, no serviço de cirurgia cardiotorácica dos HUC, uma média de 11% dos custos com o pessoal nos anos de 2008 e 2009,



resultado do pagamento de incentivos aos profissionais. Estes incentivos não foram pagos em 2010, dadas as medidas de contenção de custos implementadas transversalmente ao hospital.

### 10.2.5. CUSTOS FIXOS E VARIÁVEIS

A decomposição dos custos em fixos e variáveis mostra uma preponderância da componente fixa, particularmente nos serviços de cirurgia cardiotorácica dos HUC e do HSJ, conforme pode ser observado no quadro seguinte.

**Quadro 19 – Decomposição dos custos em fixos e variáveis<sup>112</sup>**

	CHLC (Sta Marta)						CHLN (Sta Maria)					
	2008		2009		2010		2008		2009		2010	
Custos Fixos	5.413.096	54%	5.821.122	56%	5.399.569	52%	3.897.894	52%	4.299.662	52%	4.253.955	48%
Custos Variáveis	4.664.277	46%	4.520.114	44%	4.960.354	48%	3.647.953	48%	3.969.589	48%	4.537.057	52%
<b>Total</b>	<b>10.077.373</b>	<b>100%</b>	<b>10.341.236</b>	<b>100%</b>	<b>10.359.923</b>	<b>100%</b>	<b>7.545.847</b>	<b>100%</b>	<b>8.269.251</b>	<b>100%</b>	<b>8.791.012</b>	<b>100%</b>

	HUC			HSJ								
	2008	2009	2010	2008	2009	2010						
Custos Fixos	5.410.823	66%	5.654.605	66%	4.912.204	64%	7.405.609	60%	9.217.358	62%	7.882.770	59%
Custos Variáveis	2.805.888	34%	2.866.676	34%	2.790.410	36%	4.877.470	40%	5.770.179	38%	5.456.685	41%
<b>Total</b>	<b>8.216.711</b>	<b>100%</b>	<b>8.521.281</b>	<b>100%</b>	<b>7.702.615</b>	<b>100%</b>	<b>12.283.078</b>	<b>100%</b>	<b>14.987.537</b>	<b>100%</b>	<b>13.339.454</b>	<b>100%</b>

Fonte: Elaboração própria com base na informação fornecida pelas entidades auditadas

### 10.2.6. CUSTOS UNITÁRIOS

Para a análise comparativa dos custos unitários, foram identificados e analisados os principais componentes dos custos diretos, que se resumem no seguinte quadro.

**Quadro 20 – Identificação dos principais componentes dos custos diretos**

	CHLC (Sta Marta)						CHLN (Sta Maria)					
	2008		2009		2010		2008		2009		2010	
Produtos Farmacêuticos	1.246.831	12%	1.100.205	11%	1.149.105	11%	1.370.512	18%	1.786.058	22%	1.843.890	21%
Material de Consumo Clínico	3.272.954	32%	3.161.184	31%	3.402.860	33%	1.875.496	25%	1.854.329	22%	2.127.522	24%
Remun. Base Pessoal Médico	689.364	7%	745.510	7%	696.936	7%	785.062	10%	844.848	10%	865.823	10%
Remun. Base Pessoal Enfermagem	1.504.149	15%	1.490.655	14%	1.409.781	14%	876.498	12%	885.921	11%	998.862	11%
Trabalho Extraordinário	945.795	9%	966.851	9%	859.172	8%	910.608	12%	955.443	12%	967.558	11%
Outras Remun. Adic.e Suplementos	285.472	3%	378.590	4%	354.057	3%	1.040	0%	578	0%	1.346	0%
Outros	2.132.808	21%	2.498.241	24%	2.488.013	24%	1.726.631	23%	1.942.074	23%	1.986.011	23%
<b>Total</b>	<b>10.077.373</b>	<b>100%</b>	<b>10.341.236</b>	<b>100%</b>	<b>10.359.923</b>	<b>100%</b>	<b>7.545.847</b>	<b>100%</b>	<b>8.269.251</b>	<b>100%</b>	<b>8.791.012</b>	<b>100%</b>

	HUC			HSJ								
	2008	2009	2010	2008	2009	2010						
Produtos Farmacêuticos	1.451.896	18%	1.575.934	18%	1.571.428	20%	1.077.841	9%	1.096.356	7%	963.118	7%
Material de Consumo Clínico	1.139.415	14%	1.080.576	13%	985.691	13%	3.286.022	27%	3.818.619	25%	3.797.892	28%
Remun. Base Pessoal Médico	673.304	8%	700.894	8%	709.097	9%	750.376	6%	825.702	6%	840.961	6%
Remun. Base Pessoal Enfermagem	1.422.346	17%	1.491.325	18%	1.369.496	18%	1.548.910	13%	1.616.770	11%	1.587.456	12%
Trabalho Extraordinário	1.166.252	14%	1.187.785	14%	1.221.163	16%	1.323.005	11%	1.324.066	9%	1.236.999	9%
Outras Remun. Adic.e Suplementos	635.821	8%	588.158	7%	1.263	0%	894.492	7%	2.436.680	16%	1.513.559	11%
Outros	1.727.678	21%	1.896.610	22%	1.844.476	24%	3.402.431	28%	3.869.344	26%	3.399.468	25%
<b>Total</b>	<b>8.216.711</b>	<b>100%</b>	<b>8.521.281</b>	<b>100%</b>	<b>7.702.615</b>	<b>100%</b>	<b>12.283.078</b>	<b>100%</b>	<b>14.987.537</b>	<b>100%</b>	<b>13.339.454</b>	<b>100%</b>

Fonte: Elaboração própria com base na informação fornecida pelas entidades auditadas

<sup>112</sup> Custos fixos: custos com o pessoal e respetivos encargos, amortizações.

Custos variáveis: custo das matérias consumidas, fornecimentos e serviços externos, outros custos operacionais, custos e perdas financeiros e extraordinários.



Utilizando a informação relativa à atividade assistencial, obtêm-se os seguintes valores para os custos unitários por doente operado, ao longo do triénio.

**Quadro 21 – Custo unitário por doente operado**

	Custo unitário (euros)			Números Índice (min/ano = 1)		
	2008	2009	2010	2008	2009	2010
<b>CHLC (H. Santa Marta)</b>	8.226	8.794	8.817	1,64	1,68	1,90
<b>CHLN (H. Santa Maria)</b>	5.598	6.400	6.665	1,12	1,22	1,44
<b>HUC</b>	5.016	5.244	4.635	1,00	1,00	1,00
<b>HSJ</b>	7.889	9.707	8.573	1,57	1,85	1,85

Fonte: Elaboração própria com base na informação fornecida pelas entidades auditadas

Os custos unitários médios variaram entre os € 6.682 e os € 7.536 ao longo do triénio, verificando-se que existem diferenças significativas entre os custos unitários das várias unidades hospitalares, destacando-se o serviço de cirurgia cardiotorácica dos HUC como aquele em que os custos unitários são mais baixos. Os serviços de cirurgia cardiotorácica dos HUC e do CHLN apresentam custos unitários substancialmente inferiores aos verificados nos serviços do HSJ e do CHLC.

Os custos unitários acima apresentados não têm em conta eventuais diferenças na complexidade da atividade desenvolvida nas várias unidades hospitalares analisadas.

Para eliminar este efeito, foi utilizado o Índice de Case-Mix, que reflete a complexidade relativa da atividade desenvolvida em cada unidade hospitalar, em termos de consumo expeável de recursos.

O quadro seguinte apresenta os custos unitários ajustados pelo Índice de Case-Mix.

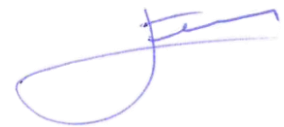
**Quadro 22 – Custo unitário por doente operado, ajustado pelo Índice de Case-Mix**

	Custo unitário (euros)			Números Índice (min/ano = 1)		
	2008	2009	2010	2008	2009	2010
<b>CHLC (H. Santa Marta)</b>	1.696	1.895	1.829	1,45	1,48	1,56
<b>CHLN (H. Santa Maria)</b>	1.166	1.391	1.394	1,00	1,09	1,19
<b>HUC</b>	1.223	1.279	1.173	1,05	1,00	1,00
<b>HSJ</b>	1.440	1.749	1.573	1,23	1,37	1,34

Fonte: Elaboração própria com base na informação fornecida pelas entidades auditadas

A leitura do quadro supra deve ser feita em termos relativos e não absolutos, servindo apenas como forma de comparação dos custos unitários entre as unidades hospitalares.

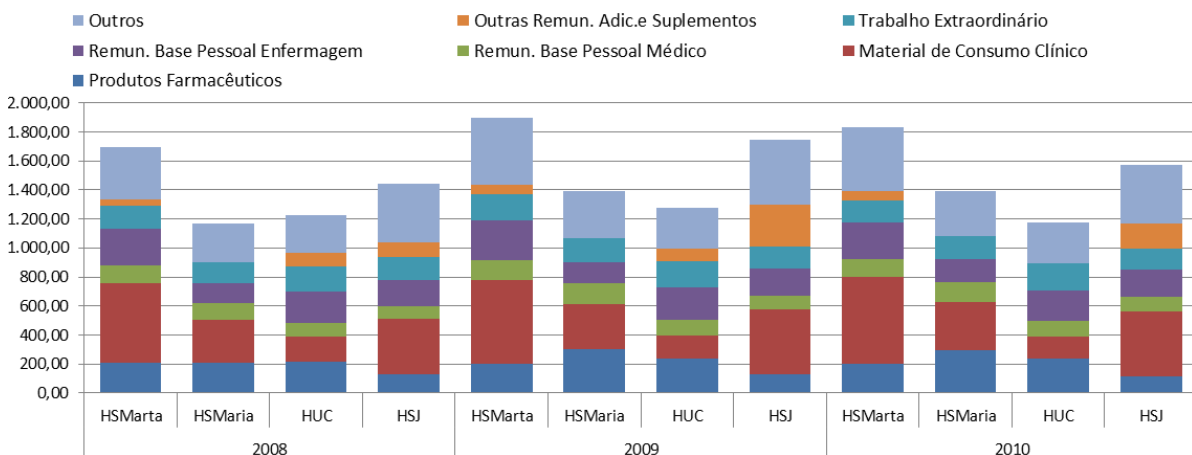
A incorporação do fator complexidade na análise comparativa dos custos unitários resulta num esbatimento das diferenças anteriormente identificadas, embora se mantenham as principais conclusões. De facto, o serviço de cirurgia cardiotorácica dos HUC continua a ser o mais eficiente, embora a diferença para o serviço do CHLN seja mais reduzida (note-se que, em 2008, até é esta última a unidade mais



eficiente). As diferenças entre estes serviços de cirurgia cardiotorácica e os do HSJ e do CHLC são também menos significativas quanto se tem em conta a complexidade da atividade desenvolvida, embora seja ainda relevante (os custos unitários do serviço de cirurgia cardiotorácica do CHLC foram, no triénio, superiores em 45%, 43% e 56%, respetivamente, aos custos do serviço mais eficiente; no caso do serviço do HSJ, estes valores foram de 35%, 37% e 34%).

A decomposição dos custos unitários ajustados pelo Índice de Case-Mix é apresentada do gráfico seguinte.

**Gráfico 16 – Decomposição do custo unitário por doente operado, ajustado pelo Índice de Case-Mix**



Fonte: Elaboração própria com base na informação fornecida pelas entidades auditadas

Verifica-se que são os custos com material de consumo clínico que se destacam como principal fator explicativo das diferenças de custos unitários.

Relativamente a este assunto, o CHLC, EPE, alegou, no âmbito do contraditório, que “(...) realiza 10/12 procedimentos endovasculares por ano, ao custo médio de 12.000€ por prótese implantada, que realiza assistências ventriculares (extremamente onerosas — dezenas de milhares de euros) e, em relação, por exemplo, ao serviço de Coimbra, não re-esteriliza material disposable.” e que “Se mudássemos o modelo de gestão e de prestação clínica e passássemos a reesterilizar material, poderíamos reduzir os gastos com material de consumo clínico, mas seria sempre difícil atingir a meta, ambiciosa, do serviço de Coimbra, dado que só o oxigenador e restante material de CEC, de uso imprescindível, custa 713.33€ por doente!”

Acrescentou ainda que “Os custos com pessoal de enfermagem são justificados pelo ICM, pela necessidade de cobertura à actividade de transplantação e pelo trabalho de follow-up, que não é só trabalho de registo de dados, mas principalmente de consulta e de aconselhamento aos doentes.”

Em termos de tendência evolutiva ao longo do triénio, verifica-se que também existem diferenças significativas entre as entidades auditadas, detalhadas no quadro seguinte.



**Quadro 23 – Evolução dos custos unitários ajustados pelo Índice de Case-Mix**

	CHLC (Sta Marta)						CHLN (Sta Maria)					
	2008	2009	2010	Δ%			2008	2009	2010	Δ%		
				08-09	09-10	08-10				08-09	09-10	08-10
Produtos Farmacêuticos	210	202	203	-4%	1%	-3%	212	301	292	42%	-3%	38%
Material de Consumo Clínico	551	579	601	5%	4%	9%	290	312	337	8%	8%	16%
Remun. Base Pessoal Médico	116	137	123	18%	-10%	6%	121	142	137	17%	-3%	13%
Remun. Base Pessoal Enfermagem	253	273	249	8%	-9%	-2%	135	149	158	10%	6%	17%
Trabalho Extraordinário	159	177	152	11%	-14%	-5%	141	161	153	14%	-5%	9%
Outras Remun. Adic.e Suplementos	48	69	63	44%	-10%	30%	0	0	0	-39%	120%	33%
Outros	359	458	439	28%	-4%	22%	267	327	315	22%	-4%	18%
<b>Total</b>	<b>1.696</b>	<b>1.895</b>	<b>1.829</b>	<b>12%</b>	<b>-3%</b>	<b>8%</b>	<b>1.166</b>	<b>1.391</b>	<b>1.394</b>	<b>19%</b>	<b>0%</b>	<b>20%</b>

	HUC						HSJ					
	2008	2009	2010	Δ%			2008	2009	2010	Δ%		
				08-09	09-10	08-10				08-09	09-10	08-10
Produtos Farmacêuticos	216	237	239	9%	1%	11%	126	128	114	1%	-11%	-10%
Material de Consumo Clínico	170	162	150	-4%	-7%	-12%	385	446	448	16%	1%	16%
Remun. Base Pessoal Médico	100	105	108	5%	3%	8%	88	96	99	10%	3%	13%
Remun. Base Pessoal Enfermagem	212	224	209	6%	-7%	-2%	182	189	187	4%	-1%	3%
Trabalho Extraordinário	174	178	186	3%	4%	7%	155	155	146	0%	-6%	-6%
Outras Remun. Adic.e Suplementos	95	88	0	-7%	-	-	105	284	178	171%	-37%	70%
Outros	257	285	281	11%	-1%	9%	399	452	401	13%	-11%	1%
<b>Total</b>	<b>1.223</b>	<b>1.279</b>	<b>1.173</b>	<b>5%</b>	<b>-8%</b>	<b>-4%</b>	<b>1.440</b>	<b>1.749</b>	<b>1.573</b>	<b>21%</b>	<b>-10%</b>	<b>9%</b>

Fonte: Elaboração própria com base na informação fornecida pelas entidades auditadas

Analisando os valores relativos ao triênio, verifica-se que apenas o serviço de cirurgia cardiotorácica dos HUC conseguiu uma diminuição dos custos unitários ajustados pelo ICM, tendo havido aumentos de 8 e 20% destes custos no CHLC e no CHLN, respetivamente. No HSJ o aumento ocorrido em 2009 foi compensado pela diminuição verificada em 2010.

A análise de cada um dos principais componentes dos custos diretos não permite identificar qualquer tendência comum às 4 unidades.

Relativamente a este assunto, o HSJ, EPE, alegou, no âmbito do contraditório, que “(...) tratar doentes mais complexos, isto é, com um ICM superior é sinónimo de custos mais elevados (...)” não sendo “(...) líquido (ainda que se admita por falta de outros critérios mais apurados) aceitar sem reservas e retirar daí conclusões seguras que os dois factores variam sempre na mesma proporção, isto é, numa relação directa.

Acrescentou que “(...) o Relatório não nos surpreende nos apuramentos dos custos imputados ao HSJ, porém, não podemos deixar de ficar indiferentes quando estes custos são comparados com os dos HUC apontado como o Serviço mais eficiente. Reiteramos que esta comparabilidade não nos parece ajustada quando é certo que o HUC têm um ICM muito mais baixo que o HSJ, pelo que invariavelmente terá que ter uma estrutura de custos mais baixa.”

Salienta-se que o objetivo do ICM é efetivamente o de refletir as diferenças existentes entre as atividades das várias unidades hospitalares, no que respeita ao consumo de recursos, não sendo diretamente uma medida da complexidade dos doentes, pelo que é, conseqüentemente, a métrica mais adequada à comparação dos custos unitários entre instituições.

A comparação de custos unitários entre instituições teve em conta o ICM das várias unidades, sendo que a maior eficiência do serviço de cirurgia cardiotorácica dos Hospitais de Universidade de Coimbra se mantém depois de descontado o efeito do ICM.

### 10.2.7. RESULTADOS

Os proveitos das unidades hospitalares analisadas provêm, na sua quase totalidade, do faturado no âmbito dos contratos programa assinados com a Administração Central do Sistema de Saúde, IP, que estabelecem um preço por doente equivalente saído do internamento. Assumindo que os doentes operados nos serviços de cirurgia cardiotorácica têm um tempo de internamento médio dentro dos limiares definidos para cada Grupo de Diagnóstico Homogêneo, podemos considerar que cada doente operado corresponde a um doente equivalente<sup>113</sup>.

Analisando a informação mais recente, relativa ao ano de 2010, os pressupostos relativos ao financiamento foram os que se apresentam no quadro seguinte.

Quadro 24 – Financiamento da atividade

2010	Internamento					Consulta Externa					
	Pressupostos Contrato Programa			Ajustamento à atividade do serviço		Primeiras Consultas			Consultas Subsequentes		
	Preço (1)	ICM Hospital (2)	Preço ajustado (3)=(1)x(2)	ICM Serviço (4)	Preço ajustado (5)=(1)x(4)	Preço	Produção	Valor	Preço	Produção	Valor
HSMarta	2.396,25	2,0572	4.929,57	4,82	11.549,93	121,55	1.004	122.036	110,50	4.334	478.907
HSMaria	2.396,25	1,9453	4.661,43	4,78	11.454,08	121,55	1.338	162.634	110,50	3.876	428.298
HUC	2.396,25	1,9611	4.699,29	3,95	9.465,19	121,55	1.092	132.733	110,50	2.775	306.638
HSJ	2.396,25	2,0911	5.010,80	5,45	13.059,56	121,55	1.759	213.806	110,50	5.187	573.164

Fonte: Elaboração própria com base na informação fornecida pelas entidades auditadas

O ajustamento do preço à atividade do serviço pretende representar a contribuição do serviço para o ICM geral do Hospital<sup>114</sup>. Serviços de uma complexidade elevada, como é o caso dos serviços de cirurgia cardiotorácica, aumentam o ICM do Hospital, levando a um aumento do preço médio por doente saído do internamento.

A valorização da consulta externa tem por base a atividade de 2010 e os preços fixados nos contratos programa.

Utilizando os pressupostos acima enunciados, é possível apurar os indicadores relativos aos resultados do exercício da atividade cirúrgica cardiotorácica que se apresentam no seguinte.

<sup>113</sup> Para mais informação sobre o sistema de pagamentos às unidades hospitalares do SNS, poderá ser consultado o Relatório n.º 30/2011 da 2ª Secção do Tribunal de Contas – Auditoria ao sistema de pagamentos e de formação dos preços pagos às unidades hospitalares do Serviço Nacional de Saúde.

<sup>114</sup> Este ICM difere do contratado anualmente com a Administração Central do Sistema de Saúde, EPE, que respeita à atividade de anos anteriores. A atividade de cada serviço contribui, assim, apenas para o cálculo do ICM dos contratos programa a celebrar, pelo Hospital, em anos subsequentes.



Quadro 25 – Demonstração dos resultados unitários

2010	HSMarta	HSMaria	HUC	HSJ
<b>Proveitos unitários (Prestações de serviço)</b>	<b>12.061</b>	<b>11.902</b>	<b>9.730</b>	<b>13.565</b>
- Custos Operacionais Variáveis Unitários	4.219	3.366	1.659	3.483
= Margem de Contribuição Unitária	7.842	8.536	8.070	10.082
(%)	<b>65%</b>	<b>72%</b>	<b>83%</b>	<b>74%</b>
- Custos Fixos Unitários (encargos de estrutura)	4.595	3.225	2.956	5.066
= Resultados Operacionais Unitários	3.247	5.311	5.115	5.016

Fonte: Elaboração própria com base na informação fornecida pelas entidades auditadas

Todas as unidades hospitalares auditadas apresentam resultados positivos da atividade desenvolvida pelos serviços de cirurgia cardiotorácica.

As margens de contribuição unitárias variaram entre os € 7.842 no Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE, e os € 10.082 no Hospital de São João, EPE. No Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE, atingiram os € 8.536 e nos Hospitais da Universidade de Coimbra, EPE, os € 8.070. No entanto, aquele que apresenta dos custos variáveis unitários mais baixos é o serviço de cirurgia cardiotorácica dos Hospitais da Universidade de Coimbra, EPE, no valor de € 1.659.

Face ao que precede, considerando a existência de capacidade de produção subutilizada nos Centros Hospitalares de Lisboa Central e Norte, conforme comunicado pelos respetivos conselhos de administração (cf. Ponto 10.1.6.1), estas margens de contribuição significam que os serviços de cirurgia poderiam contribuir **adicionalmente** com € 2.423.307 e € 1.280.457<sup>115</sup>, respetivamente, para a cobertura dos custos fixos (encargos de estrutura) dos 2 centros hospitalares<sup>116</sup>, caso os níveis de produção tivessem atingido aquelas capacidades efetivas<sup>117</sup>.

Assim, tendo em conta:

- i. a capacidade efetiva declarada;
- ii. que a atividade dos serviços de cirurgia cardiotorácica contribui positivamente para os resultados das unidades hospitalares auditadas;

é questionável a necessidade de prestação destes serviços aos utentes em regime de complementaridade, já que o aproveitamento a 100% da capacidade efetiva no SNS constitui uma oportunidade para reduzir os prejuízos operacionais e promover a sustentabilidade económico-financeira dos hospitais do SNS.

<sup>115</sup> No Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE: € 7842 x 309 = € 2.423.307.

No Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE: € 8.536 x 150 = € 1.280.457.

<sup>116</sup> Note-se que, no caso do Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE, estes não são cobertos pelos restantes serviços, uma vez que o hospital é deficitário.

<sup>117</sup> 309 cirurgias adicionais no Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE e 150 cirurgias adicionais no Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE.



## **11. IMPLEMENTAÇÃO DAS RECOMENDAÇÕES DO CONSELHO DE PREVENÇÃO DE CORRUPÇÃO**

No âmbito da atividade do Conselho de Prevenção da Corrupção (CPC)<sup>118</sup>, foram emitidas duas recomendações (n.º 1/2009 e n.º 1/2010), às entidades gestoras de dinheiros, valores ou património públicos, para que elaborassem planos de gestão de riscos de corrupção e infrações conexas e os publicassem no sítio da respetiva entidade na internet.

Em cumprimento da recomendação n.º 1/2009, as unidades hospitalares auditadas aprovaram o plano de gestão de riscos de corrupção e infrações conexas<sup>119</sup>, à exceção do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE. Porém, não elaboraram o relatório anual sobre a execução do plano, nos termos da alínea d) do ponto 1.1. da referida recomendação.

Considerando a indispensabilidade de avaliar os mecanismos de controlo instituídos, de forma a validar a sua adequação, designadamente, ao desencorajamento e minimização das atividades potenciadoras de fraude, devem os conselhos de administração das unidades hospitalares auditadas, proceder à elaboração do relatório de acompanhamento de execução do plano de gestão de riscos de corrupção e infrações conexas.

## **III - EMOLUMENTOS**

Nos termos dos artigos 1º, 2º, 10º e 11º, do Regime Jurídico dos Emolumentos do Tribunal de Contas, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 66/96, de 31 de maio, com as alterações introduzidas pelas Leis n.ºs 139/99, de 28 de agosto, e 3-B/2000, de 4 de abril, são devidos emolumentos, num total de € 17.164,00, suportados em partes pelo Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE (€ 4.291), Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE (€ 4.291), Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE (€ 4.291) e Centro Hospitalar de São João, EPE, (€ 4.291), cfr. Anexo V, Vol. II.

<sup>118</sup> Criado pela Lei n.º 54/2008, de 4 de setembro, o Conselho de Prevenção da Corrupção é uma entidade administrativa independente, que funciona junto do Tribunal de Contas e que tem como finalidade desenvolver uma atividade de âmbito nacional no domínio da prevenção da corrupção e infrações conexas.

<sup>119</sup> O CHLN, EPE (<http://www.hsm.min-saude.pt>), o CHLC, EPE (<http://www.chlc.min-saude.pt>), e o CHSJ, EPE (<http://www.hsjoao.min-saude.pt>) têm publicado nos seus sítios da internet os respetivos planos.





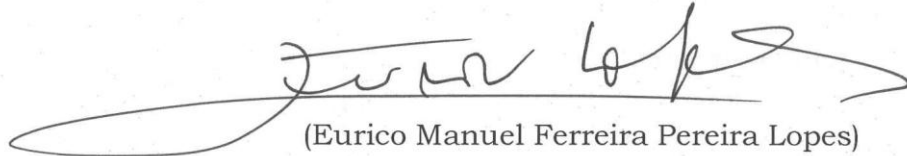
## III – DETERMINAÇÕES FINAIS

Os juízes do Tribunal de Contas deliberam, em subsecção da 2ª Secção, o seguinte:

1. Aprovar o presente Relatório, nos termos da al. a) do nº 2 do artigo 78º da Lei nº 98/97, de 26 de agosto.
2. Que o presente Relatório seja remetido, às seguintes entidades:
  - ✖ Ministro do Estado e das Finanças;
  - ✖ Ministro da Saúde;
  - ✖ Presidente do Conselho de Administração das Unidades Hospitalares auditadas:
    - Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE;
    - Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE;
    - Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE;
    - Centro Hospitalar de São João, EPE.
  - ✖ Conselho Diretivo da Administração Regional de Saúde do Centro, IP;
  - ✖ Conselho Diretivo da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, IP;
  - ✖ Conselho Diretivo da Administração Regional de Saúde do Norte, IP;
  - ✖ Presidente do Conselho de Administração do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE;
  - ✖ Presidente do Conselho de Administração do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia / Espinho, EPE;
  - ✖ Presidente da Direção do Colégio da Especialidade de Cirurgia Cardiotorácica da Ordem dos Médicos.
  - ✖ Presidente da Direção da Sociedade Portuguesa de Cardiologia.
3. Que, após a entrega do Relatório às entidades supra referidas, o mesmo, constituído pelos Volumes I e II, seja colocado à disposição dos órgãos de comunicação social e divulgado no sítio do Tribunal.
4. Expressar aos responsáveis, dirigentes e funcionários das entidades envolvidas e/ou auscultadas o apreço pela disponibilidade revelada e pela colaboração prestada no desenvolvimento desta ação.
5. Que as entidades destinatárias das recomendações comuniquem, no prazo de seis meses, após a receção deste Relatório, ao Tribunal de Contas, por escrito e com a inclusão dos respetivos documentos comprovativos, a sequência dada às recomendações formuladas.
6. Que um exemplar do presente Relatório seja remetido ao Ministério Público junto deste Tribunal, nos termos dos artigos 29º, nº 4, 55º nº 2, da Lei nº 98/97, de 26 de agosto, na redação dada pela Lei nº 48/2006, de 29 de agosto.

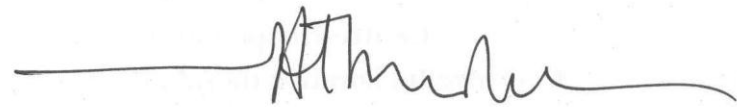
Tribunal de Contas, em 12 de julho de 2012

O Juiz Conselheiro Relator



(Eurico Manuel Ferreira Pereira Lopes)

Os Juízes Conselheiros Adjuntos



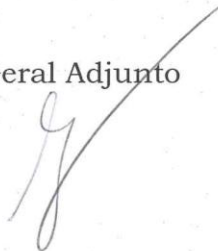
(António Augusto Pinto dos Santos Carvalho)



(João Manuel Macedo Ferreira Dias)

Fui presente,

O Procurador-Geral Adjunto



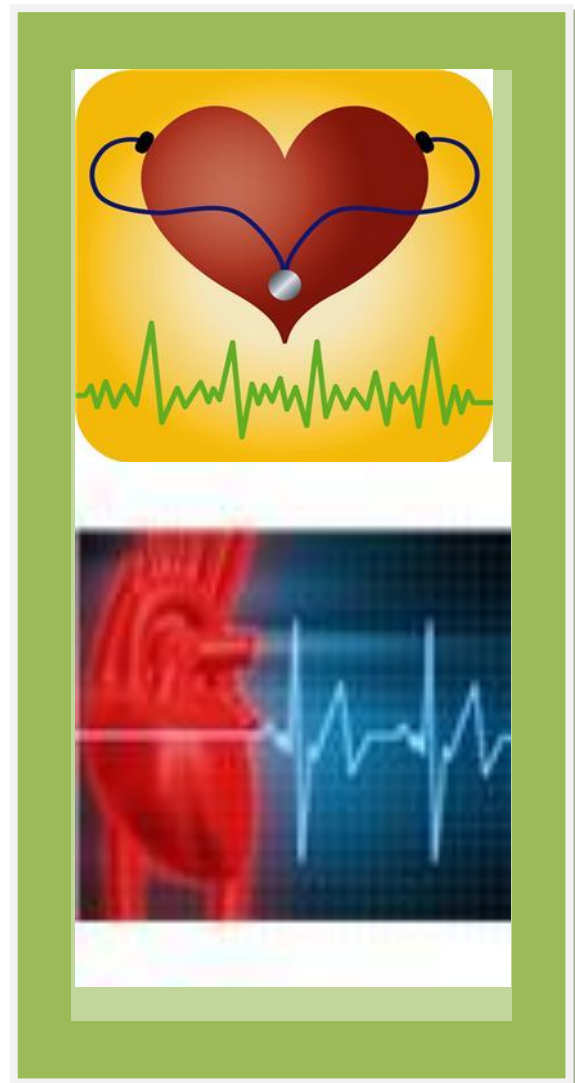
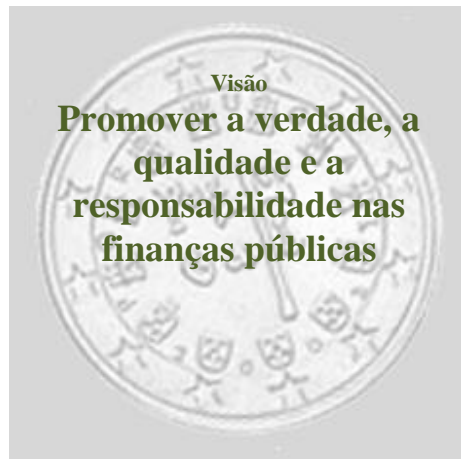
# Tribunal de Contas

## *Auditoria aos serviços de cirurgia cardiorrespiratória das unidades hospitalares do Serviço Nacional de Saúde*

ajudar o Estado e a sociedade  
a gastar melhor



Visão  
Promover a verdade, a  
qualidade e a  
responsabilidade nas  
finanças públicas



**Relatório n.º 26/2012 – 2ª Secção**

**Processo n.º 29 /2011 – AUDIT**

**Volume II**





## ÍNDICE

<b>ANEXO I – ESTRUTURA E PROCESSOS .....</b>	<b>5</b>
1- CARACTERIZAÇÃO GERAL .....	5
1.1 - Missão e objetivos estratégicos .....	5
1.2 - Regime jurídico.....	6
2 – PROCESSOS.....	7
2.1 – Modelos de organização interna.....	7
2.2 – Instrumentos de gestão.....	8
<b>ANEXO II – MECANISMOS INSTITUÍDOS NO CONTROLO DA QUALIDADE E SATISFAÇÃO DO UTENTE .....</b>	<b>11</b>
1 – MECANISMOS INSTITUÍDOS .....	11
1.1 - Acreditação e certificação .....	11
1.2 - Gabinete do Utente.....	11
<b>ANEXO III – DESPACHO RELATIVO AO SERVIÇO DE CIRURGIA CARDIOTORÁCICA DO CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA CENTRAL EPE.....</b>	<b>15</b>
<b>ANEXO IV – DOCUMENTAÇÃO RELATIVA À COMUNICAÇÃO DA CAPACIDADE EFETIVA DE PRODUÇÃO.....</b>	<b>19</b>
1- CHLN, EPE – 09/02/2012 .....	21
2- CHLC, EPE – 31/01/2012.....	23
3- CHLC, EPE – 17/02/2012.....	25
4- CHLC, EPE – 21/02/2012.....	27
5- CHLO, EPE – 06/02/2012.....	29
6- CHLO, EPE – 20/04/2012.....	31
7- CHSJ, EPE – 06/02/2012.....	35
8- CHUC, EPE – 06/02/2012 .....	39
9- CHVNGE, EPE – 06/02/2012 .....	41
<b>ANEXO V – EMOLUMENTOS E OUTROS ENCARGOS .....</b>	<b>45</b>
<b>ANEXO VI – ALEGAÇÕES E RESPOSTAS RECEBIDAS NO ÂMBITO DO CONTRADITÓRIO .....</b>	<b>55</b>
1. MINISTRO DE ESTADO E DAS FINANÇAS.....	57
2. MINISTRO DA SAÚDE.....	61
3. CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA CENTRAL, EPE.....	63
4. CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA NORTE, EPE.....	71
5. CENTRO HOSPITALAR DE SÃO JOÃO, EPE.....	73
6. CENTRO HOSPITALAR E UNIVERSITÁRIO DE COIMBRA, EPE.....	91
7. ADMINISTRAÇÃO REGIONAL DE SAÚDE DE LISBOA E VALE DO TEJO, IP .....	93
8. ADMINISTRAÇÃO REGIONAL DE SAÚDE DO CENTRO, IP .....	99
9. CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA OCIDENTAL, EPE.....	101
10. CENTRO HOSPITALAR DE VILA NOVA DE GAIA/ESPINHO, EPE .....	115
11. COLÉGIO DA ESPECIALIDADE DE CIRURGIA CARDIOTORÁCICA DA ORDEM DOS MÉDICOS.....	117
12. SOCIEDADE PORTUGUESA DE CARDIOLOGIA .....	121





## ANEXO I – ESTRUTURA E PROCESSOS

### 1- Caracterização geral

#### 1.1 - Missão e objetivos estratégicos

A caracterização geral das unidades hospitalares auditadas era, em 2010, a seguinte

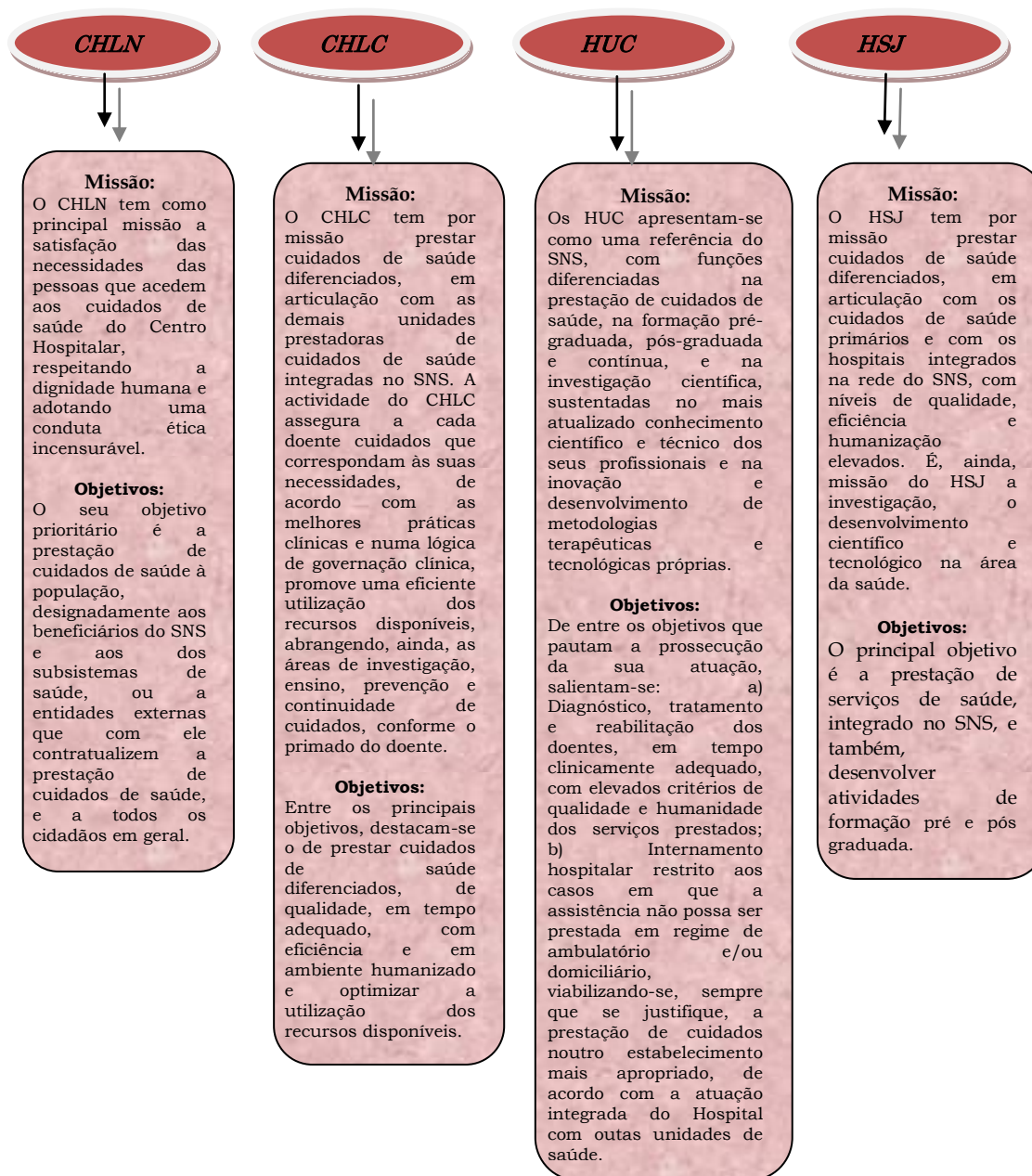
Caracterização geral	Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE
Capacidade instalada	O CHLN tinha, em 2010, uma capacidade de <b>1344</b> camas.
Volume assistencial	Em 2010, foram realizadas <b>734.237</b> consultas externas; foram assistidos no SU <b>344.293</b> utentes e realizaram <b>33.508</b> cirurgias.
Recursos humanos	De acordo com o Balanço Social o CHLN dispunha, em 2010, de <b>6.756</b> funcionários, distribuídos pelas seguintes categorias profissionais: médicos (1.353), enfermeiros (2.015), técnicos superiores (737), assistentes técnicos (736), assistentes operacionais (1.762) e outros (56).
Dados Financeiros	Nos termos do Acordo Modificativo do Contrato-Programa, a remuneração pela produção contratada, para 2010, foi de <b>€ 355.133.410,48</b> .
Princípios de Bom Governo	O CHLN rege-se pelo regime jurídico aplicável às entidades públicas empresariais, com as especificações constantes do Decreto-Lei n.º 233/2005, de 29 de Dezembro, pelas normas em vigor para o SNS e pelo Regulamento Interno, homologado pelo Ministério da Saúde. A aquisição de bens e serviços e a contratação de empreitadas seguem as normas de direito privado, sem prejuízo da aplicação do direito comunitário relativo à contratação pública. Em cumprimento do Decreto-Lei n.º 97/95, de 10 de Maio, o CHLN possui uma Comissão de Ética.

Caracterização geral	Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE
Capacidade instalada	O CHLC tinha, em 2010, uma capacidade de <b>1150</b> camas.
Volume assistencial	Em 2010, foram realizadas <b>574.483</b> consultas externas; foram assistidos no SU <b>255.356</b> utentes e realizaram <b>30.728</b> cirurgias
Recursos humanos	De acordo com o Balanço Social o CHLC dispunha, em 2010, de <b>6.007</b> funcionários, distribuídos pelas seguintes categorias profissionais: médicos (823), internos (326), enfermeiros (1.943), técnicos superiores (673), assistentes técnicos (628), assistentes operacionais (1.538) e outros (76).
Dados Financeiros	Nos termos do Acordo Modificativo do Contrato-Programa, a remuneração pela produção contratada, para 2010, foi de <b>€ 258.018.141,33</b> .
Princípios de Bom Governo	O CHLC rege-se pelo regime jurídico aplicável às entidades públicas empresariais, com as especificações constantes do Decreto-Lei n.º 233/2005, de 29 de Dezembro, pelas normas em vigor para o SNS e pelo Regulamento Interno, homologado pelo Ministério da Saúde. A aquisição de bens e serviços e a contratação de empreitadas seguem as normas de direito privado, sem prejuízo da aplicação do direito comunitário relativo à contratação pública. Em cumprimento do Decreto-Lei n.º 97/95, de 10 de Maio, o CHLC possui uma Comissão de Ética.

Caracterização geral	Hospitais da Universidade de Coimbra, EPE
Capacidade instalada	Os HUC tinha, em 2010, uma capacidade de <b>1.375</b> camas.
Volume assistencial	Em 2010, foram realizadas <b>527.828</b> consultas externas; foram assistidos no SU <b>166.739</b> utentes e realizaram <b>38.073</b> cirurgias
Recursos humanos	De acordo com o Balanço Social, os HUC dispunham, em 2010, de <b>4.561</b> funcionários, distribuídos pelas seguintes categorias profissionais: médicos (880), enfermeiros (1.678), técnicos superiores (429), assistentes técnicos (515) assistentes operacionais (1.015) e outros (44).
Dados Financeiros	Nos termos do Acordo Modificativo do Contrato-Programa, a remuneração pela produção contratada, para 2010, foi de <b>€ 228.785.191,73</b> .
Princípios de Bom Governo	Os HUC regem-se pelo regime jurídico aplicável às entidades públicas empresariais, com as especificações constantes do Decreto-Lei n.º 233/2005, de 29 de Dezembro, pelas normas em vigor para o SNS e pelo Regulamento Interno, homologado pelo Ministério da Saúde. A aquisição de bens e serviços e a contratação de empreitadas seguem as normas de direito privado, sem prejuízo da aplicação do direito comunitário relativo à contratação pública. Em cumprimento do Decreto-Lei n.º 97/95, de 10 de Maio, os HUC possuem uma Comissão de Ética.

Caracterização geral	Hospital de São João, EPE
Capacidade instalada	O HSJ tinha, em 2010, uma capacidade de <b>1.118</b> camas.
Volume assistencial	Em 2010, foram realizadas <b>687.872</b> consultas externas; foram assistidos no SU <b>255.360</b> utentes e realizaram <b>54.943</b> cirurgias
Recursos humanos	De acordo com o Balanço Social, o HSJ dispunha, em 2010, de <b>5.483</b> funcionários, distribuídos pelas seguintes categorias profissionais: médicos (785), enfermeiros (2.028), técnicos superiores (130), assistentes técnicos (428), assistentes operacionais (1.122) e outras (990).
Dados Financeiros	Nos termos do Acordo Modificativo do Contrato-Programa, a remuneração pela produção contratada, para 2010, foi de <b>€ 287.575.560,85</b> .
Princípios de Bom Governo	O HSJ rege-se pelo regime jurídico aplicável às entidades públicas empresariais, com as especificações constantes do Decreto-Lei n.º 233/2005, de 29 de Dezembro, pelas normas em vigor para o SNS e pelo Regulamento Interno, homologado pelo Ministério da Saúde. A aquisição de bens e serviços e a contratação de empreitadas seguem as normas de direito privado, sem prejuízo da aplicação do direito comunitário relativo à contratação pública. Em cumprimento do Decreto-Lei n.º 97/95, de 10 de Maio, o HSJ possui uma Comissão de Ética.

A missão e objetivos estratégicos das unidades hospitalares, que estão identificados na figura seguinte, encontram-se espelhados em diversos documentos, designadamente, nos respetivos regulamentos internos, planos estratégicos e planos anuais e relatórios de gestão.



## 1.2 - Regime jurídico

As unidades hospitalares selecionadas pertencem ao sector empresarial do Estado<sup>1</sup>, são pessoas coletivas de direito público, dotados de personalidade jurídica, autonomia administrativa, financeira e patrimonial e natureza empresarial, nos termos dos respectivos diplomas que os criaram<sup>2</sup>. Sendo financiadas pelo

<sup>1</sup> Cfr. art.º 5º, n.º 1, do DL n.º 233/2005, de 29 de dezembro, art.ºs 2º, n.º 1, al. b), e 18º do Regime Jurídico da Gestão Hospitalar (RJGH) aprovado pela Lei n.º 27/2002, de 8 de novembro, e art.ºs 2º, n.º 1, 3º, n.º 2, e 25º, n.º 1, do DL n.º 558/99, de 17 de dezembro.

<sup>2</sup> Decreto-Lei n.º 23/2008, de 8 de fevereiro (CHLN, EPE), Decreto-Lei n.º 50-A/2007, de 28 de fevereiro (CHLC, EPE), Decreto-Lei n.º 233/2005, de 29 de dezembro (HSJ, EPE), e Decreto-Lei n.º 180/2008, de 26 de agosto (HUC, EPE).





Orçamento do Estado (OE), através da execução dos contratos-programa<sup>3</sup> (CP) que estabelecem, designadamente, os objetivos, as metas qualitativas e quantitativas da actividade a produzir, os preços e os indicadores de avaliação de desempenho dos serviços e do nível de satisfação dos utentes e as demais obrigações assumidas pelas partes<sup>4</sup>.

Estão, ainda, sujeitas a poderes de superintendência do Ministro da Saúde, nomeadamente quanto à aprovação de objetivos e estratégias, à homologação do regulamento interno e à tutela conjunta dos Ministro das Finanças e da Saúde<sup>5</sup>. Seguem o Plano Oficial de Contabilidade do Ministério da Saúde (POCMS)<sup>6</sup>, com as adaptações estabelecidas no Despacho Conjunto n.º 17164/2006, de 7 de junho<sup>7</sup>, do Ministério das Finanças e da Saúde<sup>8</sup>.

Para além de estarem obrigadas ao envio dos documentos de prestação de contas à Inspeção-geral de Finanças e à Direcção-Geral do Tesouro e Finanças, estão, também, sujeitos à prestação de contas ao Tribunal de Contas<sup>9</sup>.

Quanto aos procedimentos respeitantes à aquisição de bens e serviços e à contratação de empreitadas, as unidades hospitalares do sector público empresarial aplicam as normas de direito privado, sem prejuízo da aplicação do direito comunitário relativo à contratação pública<sup>10</sup>.

## **2 – Processos**

### ***2.1 – Modelos de organização interna***

O modelo de governo e a estrutura de organização interna das unidades hospitalares seleccionadas, consta do regulamento interno, aprovado pelos respetivos conselhos de administração e homologados pela Tutela, acautelando, desta forma, a transparência, a certeza e segurança dos critérios de funcionamento do órgão de gestão.

<sup>3</sup> De acordo com a legislação orgânica em vigor, as entidades competentes para negociar, celebrar e acompanhar os contratos-programa são as Administrações Regionais de Saúde, IP (ARS, IP). A Administração Central do Sistema de Saúde, IP (ACSS, IP), é o organismo do Ministério da Saúde que, entre outras atribuições, estuda e propõe os modelos de financiamento do sistema de saúde e acompanha, avalia e controla o desempenho económico-financeiro das instituições e serviços do SNS (cfr. art.º 3º, n.º 2. alíneas d) e e), do DL n.º 219/2007, de 29 de maio, e art.º 3º, n.º 2, alíneas i) e o), do DL n.º 22/2012, de 30 de janeiro).

<sup>4</sup> Cfr. art.º 12º, n.os 1 e 2, do DL n.º 233/2005, e base XXXIII, n.º 1, da Lei n.º 48/90, de 24 de agosto (Lei de Bases da Saúde).

<sup>5</sup> No que concerne á seguintes matérias: i) Aprovação de planos de actividades, de orçamentos e de documentos de prestação de contas; ii) Autorização da aquisição ou oneração de bens imóveis e da realização de investimentos cujas verbas não estivessem previstas nos orçamentos aprovados e cujo valor seja superior a 2% do capital estatutário; iii) Determinação de aumentos e reduções do capital estatutário; iv) Autorização da contração de empréstimos de valor, individual ou acumulado, igual ou superior a 10% do capital estatutário; v) Autorização de cedências de exploração de serviços hospitalares, da constituição de associações com outras entidades públicas e da participação no capital social de sociedades comerciais (Cfr. art.ºs 3º, n.º 1, 6º, 10º, e 11º do DL n.º 233/2005).

<sup>6</sup> Cfr. art.º 24º dos Estatutos aprovados pelo DL n.º 233/2005.

<sup>7</sup> Publicado no DR 2ªS, n.º 164, de 25 de Agosto de 2006. Até à publicação deste despacho, o Centro Hospitalar utilizou o POC na preparação das suas contas.

<sup>8</sup> Que dispensou os hospitais, EPE, da utilização das contas de controlo orçamental e de ordem – classe 0, e da conta 25 – devedores e credores pela execução do orçamento e respectivas subcontas, sem prejuízo de os hospitais, EPE, deverem produzir documentos de prestação de contas contendo informação orçamental e financeira, de acordo com uma estrutura de mapas em anexo ao referido despacho.

<sup>9</sup> Cfr. art.º 51º, n.º 1, al. o), da Lei n.º 98/97, de 26 de agosto.

<sup>10</sup> Até ao início de vigência do Código dos Contratos Públicos, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 18/2008, de 29 de janeiro, ocorrida em 30 de julho de 2008, a aquisição de bens móveis e serviços e a contratação de empreitadas por parte dos institutos só estavam sujeitas, respectivamente, ao regime do Decreto-Lei n.º 197/99, de 8 de junho, e do Decreto-Lei n.º 59/99, de 2 de março, quando o valor estimado dos contratos excedesse os limiares comunitários.



De acordo com o regulamento interno<sup>11</sup>, são órgãos sociais das unidades hospitalares:

- a. O conselho de administração;
- b. O conselho consultivo;
- c. O fiscal único.

Com exceção do Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE, a composição dos conselhos de administração das restantes unidades hospitalares, estava de acordo com alteração introduzida, pelo Decreto-Lei n.º 136/2010, de 27 de dezembro, ao disposto no n.º 1 do art.º 6º do Decreto-Lei n.º 233/2005, de 29 de dezembro, quanto ao número de membros do referido órgão<sup>12</sup>. De referir, contudo, que nenhum dos conselhos de administração integra a figura de vogal não executivo<sup>13</sup>

*A este respeito, o CHLN; EPE, alega, no âmbito do contraditório, "(...) a composição do conselho de administração foi alterada em 2011. O actual Conselho de Administração é composto pelo Presidente que acumula com o cargo de Director Clínico, pela Enfermeira-Directora e por três vogais."*

Por forma a simplificar os procedimentos administrativos e a agilizar a tomada de decisões, os conselhos de administração das respetivas unidades hospitalares auditadas, delegaram nos seus membros as competências que lhe estão atribuídas<sup>14</sup>.

Constatou-se, ainda, a existência de níveis intermédios de gestão e responsabilidade, designadamente nos serviços de ação médica, mas sem existir uma verdadeira autonomia.

De referir que todas as unidades hospitalares auditadas dispõem de comissões técnicas especializadas<sup>15</sup>, como órgãos de apoio técnico, e, com exceção dos Hospitais da Universidade de Coimbra, EPE, de auditor interno<sup>16</sup>.

## **2.2 – Instrumentos de gestão**

No exercício dos poderes de gestão<sup>17</sup>, os conselhos de administração elaboram anualmente os respetivos instrumentos de gestão previsional<sup>18</sup> - planos de ação/atividades, orçamentos e planos de desempenho. Para além destes

<sup>11</sup> Em conformidade com o previsto no art.º 8º do Decreto-Lei n.º 233/2005, de 29 de dezembro, que remete para os Estatutos (art.º 5º) em anexo ao diploma.

<sup>12</sup> O conselho de administração é composto pelo presidente e por vogais executivos (no máximo de quatro, sendo um deles, obrigatoriamente, o diretor clínico e outro enfermeiro diretor), nomeados por despacho conjunto dos Ministros das Finanças e Saúde.

<sup>13</sup> Cfr. art.º 6º, n.º 3, dos Estatutos constantes do Anexo II, ao Decreto-Lei n.º 233/2005, de 29 de dezembro.

<sup>14</sup> Ao abrigo do disposto nos artigos 35º e 36º do Código do Procedimento Administrativo, e do n.º 3, do art.º 7º dos Estatutos<sup>14</sup>, aplicáveis às unidades hospitalares do sector público empresarial, por força dos respectivos diplomas que as criaram.

<sup>15</sup> Designadamente: Comissão de ética (em cumprimento do Decreto-Lei n.º 97/95, de 10 de maio); Comissão de controlo de infeção; Comissão de farmácia e terapêutica, entre outras.

<sup>16</sup> Nomeado pelo Conselho de Administração, nos termos do art.º 17º dos Estatutos dos hospitais EPE (constante do anexo ao Decreto-Lei n.º 233/2005, de 29 de dezembro), "(...) a quem compete proceder ao controlo interno nos domínios contabilístico, financeiro, operacional, informático e de recursos humanos."

<sup>17</sup> Cfr. alínea a), do n.º 1, do art.º 7º dos Estatutos dos hospitais EPE, aprovados pelo Decreto-Lei n.º 233/2005, de 29 de dezembro.

<sup>18</sup> A aprovação destes instrumentos é da competência dos Ministros das Finanças e Saúde, nos termos da alínea a) do art.º 10º do Decreto-Lei n.º 233/2005, de 29 de dezembro.



instrumentos, são, ainda, elaborados os documentos de prestação de contas, o balanço social e o plano estratégico.

Nos anos de 2008 e 2009, a contratualização com as unidades hospitalares EPE, teve como suporte o Contrato-Programa 2007-2009, e os respectivos Acordos Modificativos e Planos de Desempenho. Para o ano de 2010, a contratualização foi feita com base no modelo em vigor em 2009, quanto à metodologia e clausulado, tendo o Contrato-Programa 2007-2009 sido prorrogado, extraordinariamente, para 2010, através do Acordo Modificativo.

Nas unidades hospitalares selecionadas, o processo de contratualização interna, como processo negocial com o conselho de administração, tem, como objetivo principal, o de transpor os compromissos assumidos externamente para o interior da organização e, conseqüentemente, pelos diferentes níveis de gestão do hospital. A contratualização assenta na definição de metas e objetivos em consonância com as prioridades do hospital e dos meios à sua disposição, que se concretiza através de planos de ação e, nalguns casos, de orçamentos anuais e planos de investimentos.

Não existe, por assim dizer, uma bilateralidade neste procedimento, antes sim um contributo dos diferentes serviços para a elaboração dos documentos previsionais da unidade hospitalar.





## ANEXO II – MECANISMOS INSTITUÍDOS NO CONTROLO DA QUALIDADE E SATISFAÇÃO DO UTENTE

### 1 – Mecanismos instituídos

#### 1.1 - Acreditação e certificação

O Centro Hospitalar Lisboa Central, EPE, é a única das quatro unidades que está Acreditado<sup>19</sup>. O processo de acreditação, pelo Comparative Health Knowledge Systems - CHKS<sup>20</sup> (caso do modelo Joint Commission ou CHKS – anteriormente King's Found), foi concluído em 2011, sendo a acreditação válida até 2013.

Todas as unidades hospitalares auditadas têm vários serviços certificados<sup>21</sup>, de acordo com a Norma Geral dos Sistemas de Qualidade - ISO 9001<sup>22</sup>, abrangendo as áreas de ação médica, de apoio à prestação de cuidados e de apoio geral, e outros serviços em processo de certificação, designadamente serviços médicos.

De entre os vários serviços que obtiveram Certificação, não se encontra incluído o serviço de cirurgia cardiotorácica.

#### 1.2 - Gabinete do Utente

Como gabinete técnico de consultoria e apoio ao conselho de administração, o Gabinete do Utente (GU), é um instrumento importante de gestão, para a avaliação da qualidade dos serviços prestados.

Da análise efetuada à evolução e tipologia de reclamações<sup>23</sup> dos relatórios do Gabinete do Utente, no triénio 2008-2010, conclui-se o seguinte:

O número total de exposições, em 2009, registou um aumento face a 2008, em todas as unidades hospitalares (de 2,52%, no CHLC, de 8,50% no CHLN, de 10,21%, nos HUC, e de 36,42%, no HSJ). Em 2010, verifica-se uma diminuição face a 2009, em 14,64%, nos HUC, em 9,25%, no HSJ, em 6,01%, no CHLC, e em 6,82%, no CHLN.

Da tipologia de exposições, são as reclamações que apresentam o maior número, tendo aumento em 2009, em todas as unidades hospitalares, com destaque para o HSJ que regista a maior percentagem de aumento, 32,15%. Em 2010, as

<sup>19</sup> A Acreditação é o reconhecimento internacional reservado às instituições de saúde que demonstram o seu compromisso com a prestação de serviços de qualidade a utentes, profissionais e organizações externas, através de evidenciação do cumprimento dos critérios de ponderação “A”, previstos no Manual Internacional de Acreditação de Hospitais.

<sup>20</sup> O Comparative Health Knowledge Systems (CHKS) é um modelo de gestão de qualidade que permite abranger a organização. Este modelo tem como principais objetivos: i) facilitar uma cultura de melhoria da qualidade; ii) promover o trabalho em equipa; iii) normalizar os procedimentos e iv) incentivar atitudes de planeamento e responsabilização. O programa de Acreditação do CHKS é baseado no facto de que uma boa qualidade no cuidado do paciente depende da monitorização regular e forte dos sistemas e processos de uma organização.

<sup>21</sup> A Certificação é o reconhecimento internacional reservado às instituições, ou partes da mesma, que demonstram a sua conformidade com todos os critérios classificados com “ISO”, no Manual Internacional de Acreditação de Hospitais.

<sup>22</sup> A ISO 9001 é um Sistema de Gestão de Qualidade (SGQ) standard que exige que determinada organização satisfaça as suas próprias exigências e as dos seus clientes e reguladores. Baseia-se numa metodologia *plan-do-check-act* (planear-fazer-verificar-agir), que ajuda as organizações a criar, implementar, monitorizar e medir os seus próprios processos de forma a obterem resultados que se enquadram no âmbito das exigências da organização e melhorem continuamente a performance, adotando a respetiva ação mais adequada.

<sup>23</sup>Inclui o número de reclamações efetuadas via gabinete do utente e no livro de reclamações.



reclamações apresentadas sofreram uma diminuição em todas as unidades, entre os 6,81%, no CHLC e os 9,43%, no HSJ.

Tipo de exposições	CHLC				
	2008	2009	2010	Δ % 2009/2008	Δ % 2010/2009
Reclamação	1.521	1.572	1.465	3,35%	↑ -6,81%
Sugestões	12	9	16	-25,00%	↓ 77,78%
Elogios	172	167	162	-2,91%	↓ -2,99%
<b>Total</b>	<b>1.705</b>	<b>1.748</b>	<b>1.643</b>	<b>2,52%</b>	<b>↑ -6,01%</b>

Tipo de exposições	CHLN				
	2008	2009	2010	Δ % 2009/2008	Δ % 2010/2009
Reclamação	2.619	2.895	2.655	10,54%	↑ -8,29%
Sugestões	102	84	59	-17,65%	↓ -29,76%
Elogios	291	289	331	-0,69%	↓ 14,53%
<b>Total</b>	<b>3.012</b>	<b>3.268</b>	<b>3.045</b>	<b>8,50%</b>	<b>↑ -6,82%</b>

Tipo de exposições	HUC				
	2008	2009	2010	Δ % 2009/2008	Δ % 2010/2009
Reclamação	682	683	634	0,15%	↑ -7,17%
Sugestões	9	0	6	-100,00%	↓ 100,00%
Elogios	34	116	42	241,18%	↑ -63,79%
<b>Total</b>	<b>725</b>	<b>799</b>	<b>682</b>	<b>10,21%</b>	<b>↑ -14,64%</b>

Tipo de exposições	HSJ				
	2008	2009	2010	Δ % 2009/2008	Δ % 2010/2009
Reclamação	1.011	1.336	1.210	32,15%	↑ -9,43%
Sugestões	4	18	3	350,00%	↑ -83,33%
Elogios	31	73	82	135,48%	↑ 12,33%
<b>Total</b>	<b>1.046</b>	<b>1.427</b>	<b>1.295</b>	<b>36,42%</b>	<b>↑ -9,25%</b>

Quanto às áreas/serviços que são objeto de reclamações, o serviço de urgência é o que colhe maior número de reclamações, no período de 2008-2010, no CHLC, no CHLN e nos HUC.

No serviço de internamento, verifica-se uma diminuição do número das reclamações, em 2009, no CHLC, no CHLN e nos HUC, invertendo-se a situação, em 2010, dando lugar a um aumento de reclamações, face a 2009, no CHLC, de 65,25% (77 reclamações adicionais), e no CHLN, de 270,48% (449 reclamações adicionais). Nos HUC e no HSJ, esta linha de produção registou uma redução de 11,32% e de 63,88%, respetivamente.

Na consulta externa, o número de reclamações aumentou, em 2009, nas quatro unidades hospitalares auditadas, sendo esse aumento mais expressivo no CHLC, de 40% (150 reclamações adicionais), e no HSJ, de 96,77% (30 reclamações adicionais). Em 2010, com exceção do CHLC, que manteve a mesma tendência, as restantes unidades hospitalares registam diminuições (29,47%, no CHLN, 4,41%, nos HUC, e 32,79%, no HSJ).

Área/serviço	CHLC				
	2008	2009	2010	Δ % 2009/2008	Δ % 2010/2009
Urgência	785	787	829	0,25%	↑ 5,34%
Internamento	359	118	195	-67,13%	↓ 65,25%
Consulta Externa	375	525	694	40,00%	↑ 32,19%
Outros	248	229	138	-7,66%	↓ -39,74%
<b>Total</b>	<b>1.767</b>	<b>1.659</b>	<b>1.856</b>	<b>-6,11%</b>	<b>↑ 11,87%</b>

Área/serviço	CHLN				
	2008	2009	2010	Δ % 2009/2008	Δ % 2010/2009
Urgência	960	840	1.012	-12,50%	↓ 20,48%
Internamento	235	166	615	-29,36%	↓ 270,48%
Consulta Externa	815	872	615	6,99%	↑ -29,47%
Outros	732	1.045	901	42,76%	↑ -13,78%
<b>Total</b>	<b>2.742</b>	<b>2.923</b>	<b>3.143</b>	<b>6,60%</b>	<b>↑ 7,53%</b>



Área/serviço	HUC						
	2008	2009	2010	Δ % 2009/2008	Δ % 2010/2009		
Urgência	258	245	216	-5,04%	↓	-11,84%	↓
Internamento	125	106	94	-15,20%	↓	-11,32%	↓
Consulta Externa	185	227	217	22,70%	↑	-4,41%	↓
Outros	143	130	132	-9,09%	↓	1,54%	↑
<b>Total</b>	<b>711</b>	<b>708</b>	<b>659</b>	<b>-0,42%</b>	<b>↓</b>	<b>-6,92%</b>	<b>↓</b>

Área/serviço	HSJ						
	2008	2009	2010	Δ % 2009/2008	Δ % 2010/2009		
Urgência	316	368	276	16,46%	↑	-25,00%	↓
Internamento	446	490	177	9,87%	↑	-63,88%	↓
Consulta Externa	31	61	41	96,77%	↑	-32,79%	↓
Outros	214	171	799	-20,09%	↓	367,25%	↑
<b>Total</b>	<b>1.007</b>	<b>1.090</b>	<b>1.293</b>	<b>8,24%</b>	<b>↑</b>	<b>18,62%</b>	<b>↑</b>

No que respeita ao grupo profissional mais visado nas reclamações, no triénio em apreço, é o grupo profissional dos médicos que colhe maior número de reclamações, à exceção do CHLN, em que é a classe dirigente a mais visada. Do total das reclamações apresentadas entre 2008 e 2010, nos diferentes grupos profissionais, assinala-se um aumento no CHLC, de 6,41% e de 14,43%, e no HSJ, de 82,69% e de 26,32%, respetivamente.

Grupo Profissional	CHLN						
	2008	2009	2010	Δ % 2009/2008	Δ % 2010/2009		
Dirigente	1.586	1.773	1.628	11,79%	↑	-8,91%	↓
Médico	711	806	713	13,36%	↑	-13,04%	↓
Enfermeiro	137	158	139	15,33%	↑	-13,67%	↓
Outros	391	366	321	-6,39%	↓	-14,02%	↓
<b>Total</b>	<b>2.825</b>	<b>3.103</b>	<b>2.801</b>	<b>9,84%</b>	<b>↑</b>	<b>-10,78%</b>	<b>↓</b>

Grupo Profissional	CHLC						
	2008	2009	2010	Δ % 2009/2008	Δ % 2010/2009		
Dirigente	326	296	364	-9,20%	↓	22,97%	↑
Médico	942	1.007	1.169	6,90%	↑	16,09%	↑
Enfermeiro	115	148	174	28,70%	↑	17,57%	↑
Outros	317	358	363	12,93%	↑	1,40%	↑
<b>Total</b>	<b>1.700</b>	<b>1.809</b>	<b>2.070</b>	<b>6,41%</b>	<b>↑</b>	<b>14,43%</b>	<b>↑</b>

Grupo Profissional	HSJ						
	2008	2009	2010	Δ % 2009/2008	Δ % 2010/2009		
Dirigente	1	3	3	200,00%	↑	0,00%	↔
Médico	26	49	75	88,46%	↑	53,06%	↑
Enfermeiro	17	28	30	64,71%	↑	7,14%	↑
Outros	8	15	12	87,50%	↑	-20,00%	↓
<b>Total</b>	<b>52</b>	<b>95</b>	<b>120</b>	<b>82,69%</b>	<b>↑</b>	<b>26,32%</b>	<b>↑</b>

Grupo Profissional	HUC						
	2008	2009	2010	Δ % 2009/2008	Δ % 2010/2009		
Dirigente	199	146	183	-26,63%	↓	25,34%	↑
Médico	394	385	341	-2,28%	↓	-11,43%	↓
Enfermeiro	93	92	64	-1,08%	↓	-30,43%	↓
Outros	191	164	179	-14,14%	↓	9,15%	↑
<b>Total</b>	<b>877</b>	<b>787</b>	<b>767</b>	<b>-10,26%</b>	<b>↓</b>	<b>-2,54%</b>	<b>↑</b>

O tempo de resposta apurado para as reclamações apresentadas pelos utentes tem vindo a melhorar ao longo do triénio. A capacidade de resposta, até 30 dias, é superior no CHLN, quando comparado as restantes unidades hospitalares, em que o tempo de resposta, para o maior número de reclamações, é superior a 90 e 60 dias.



Tempo de resposta	CHLC					
	2008	2009	2010	Δ % 2009/2008	Δ % 2010/2009	
Até 30 dias	252	170	229	-32,54%	↓	34,71% ↑
De 31 a 60 dias	450	392	340	-12,89%	↓	-13,27% ↓
De 61 a 90 dias	227	242	214	6,61%	↑	-11,57% ↓
Mais de 90 dias	474	518	522	9,28%	↑	0,77% ↑

Tempo de resposta	CHLN					
	2008	2009	2010	Δ % 2009/2008	Δ % 2010/2009	
Até 30 dias	817	850	1.186	4,04%	↑	39,53% ↑
De 31 a 60 dias	684	728	478	6,43%	↑	-34,34% ↓
De 61 a 90 dias	297	627	265	111,11%	↑	-57,74% ↓
Mais de 90 dias	708	599	649	-15,40%	↓	8,35% ↑

Tempo de resposta	HUC					
	2008	2009	2010	Δ % 2009/2008	Δ % 2010/2009	
Até 30 dias	13	71	262	446,15%	↑	269,01% ↑
De 31 a 60 dias	164	210	137	28,05%	↑	-34,76% ↓
De 61 a 90 dias	78	89	16	14,10%	↑	-82,02% ↓
Mais de 90 dias	57	75	52	31,58%	↑	-30,67% ↓

Tempo de resposta	HSJ					
	2008	2009	2010	Δ % 2009/2008	Δ % 2010/2009	
Até 30 dias	171	413	242	141,52%	↑	-41,40% ↓
De 31 a 60 dias	187	383	102	104,81%	↑	-73,37% ↓
De 61 a 90 dias	55	162	103	194,55%	↑	-36,42% ↓
Mais de 90 dias	386	357	627	-7,51%	↓	75,63% ↑

O Gabinete do Utente do CHLN, EPE, realizou, no período de 2008-2010, questionários de satisfação dirigidos aos utentes, respeitantes a diversos serviços, designadamente, ambulatório, urgência, internamento e hospital de dia. Em resultado desses inquéritos, foram elaborados relatórios que traduzem a análise de satisfação dos utentes.

Desde 2003, que o GU utiliza uma base de dados interna, a qual se tem revelado mais completa e menos limitada no tratamento da informação estatística. Com o objetivo de apresentar indicadores fidedignos e responder atempadamente às solicitações, foram adicionados, em Julho de 2011, à referida base de dados, novos critérios que irão permitir monitorizar com maior rigor os *tempos de resposta aos exponents*, os *tempos de resposta dos Serviços visados* e o *número de pedidos de insistência para resposta aos Serviços com reclamações em atraso*.

No CHLC, EPE, o GU elaborou, em Dezembro de 2009, os primeiros questionários destinados ao levantamento do grau de satisfação dos utentes no serviço de internamento (medicina interna e cirurgia geral). O GU dos HUC, EPE, não efetuou quaisquer questionários de satisfação, durante o período em análise.

O GU do HSJ, EPE, que se encontra integrado, desde 2009, no Serviço de Humanização (que engloba também o serviço social), não elaborou diretamente questionários de satisfação, tendo esse procedimento sido efetuado pelo Serviço de Humanização. Contudo, no espaço onde funciona o GU existem questionários que podem ser preenchidos por qualquer utente.





# Tribunal de Contas

---

## **ANEXO III – DESPACHO RELATIVO AO SERVIÇO DE CIRURGIA CARDIOTORÁCICA DO CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA CENTRAL EPE**





# Tribunal de Contas

Ofício N.: 1207  
Data: 07-02-2012



GOVERNO DE  
PORTUGAL

SECRETÁRIO DE ESTADO ADJUNTO  
DO MINISTRO DA SAÚDE

Exmo. Senhor  
Dr. Francisco George  
Diretor-Geral da  
Direção-Geral da Saúde  
Alameda D. Afonso Henriques, 45  
1049-005 LISBOA

Sua referência

Sua comunicação

Nossa referência  
Entrada - 1551  
Processo - 53/2012

**ASSUNTO: Cirurgia Cardíaca Pediátrica no Hospital de Santa Marta**

Com referência ao vosso ofício nº 1435, de 31.01.2012, relativo ao assunto acima indicado, encarrega-me Sua Excelência o Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde de transmitir o seguinte despacho:

"O parecer é muito satisfatório e reforça, confirmando, a qualidade reconhecida ao Serviço de Cirurgia Cardíaca do Hospital de Santa Marta (CHLC). Não existem, portanto, quaisquer razões para as suspeitas levantadas por outro Hospital. Desta feita são notificados os interessados. Também se reconhece a celeridade com que este parecer foi elaborado o que deve ser louvado e transmitido aos autores, bem como agradecer a disponibilidade da Administração do CHLC e da Direção do Serviço no Hospital de Santa Marta. Dê-se conhecimento deste Despacho a todos os intervenientes na DGS e CHLC, e informando o H. Fernando da Fonseca que considero não haver fundamento para as suspeições levantadas sobre a qualidade das intervenções efectuadas no Hospital de Santa Marta.

3/2/2012

a) Fernando Leal da Costa  
Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde"

Com os melhores cumprimentos,

O Chefe do Gabinete

(João Nabais)

MS\*

Gabinete do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde  
Av. João Crisóstomo, 9 - 4º, 1049-062 Lisboa, PORTUGAL  
TEL + 351 21 330 50 00 FAX + 351 21 330 51 42 EMAIL ms@ms.gov.pt www.portugal.gov.pt





# Tribunal de Contas

---

## **ANEXO IV – DOCUMENTAÇÃO RELATIVA À COMUNICAÇÃO DA CAPACIDADE EFETIVA DE PRODUÇÃO**





# Tribunal de Contas

## 1- CHLN, EPE – 09/02/2012

**De:** Cristina Marques

**Enviada:** quinta-feira, 9 de Fevereiro de 2012 15:13

**Para:** Jose Carpinteiro

**Cc:** João Álvaro L Correia Cunha

**Assunto:** Auditoria de resultados aos centros de cirurgia cardiotoracica em unidades hospitalares do SNS

**Importância:** Alta

Exmo. Senhor

Dr. José António Carpinteiro

II. Auditor Coordenador do Tribunal de Contas

Por indicação do Senhor Presidente do Conselho de Administração do Centro Hospitalar Lisboa Norte, E.P.E., Prof. Dr. João Álvaro Correia da Cunha, envio a resposta ao solicitado pela Mensagem Fax nº 51/12 DAVI.1, no âmbito do Processo nº 29/2011 – Audit,

Com os melhores cumprimentos,

Cristina Marques

Lic. Assessoria de Direcção e Administração

Assistente do Presidente do Conselho de Administração  
do Centro Hospitalar Lisboa Norte, E.P.E.

Exmo Senhor

Dr. José António Carpinteiro

II. Auditor Coordenador do Tribunal de Contas

O Serviço de Cirurgia Cardiotorácica do Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE (CHLN), com idoneidade reconhecida para as Especialidades de Cirurgia Cardíaca e de Cirurgia Torácica, tem desenvolvido a seguinte actividade, ao longo dos anos mais recentes:

Linha de Actividade	2007	2008	2009	2010	2011
<b>Internamento</b>					
<b>Doentes Saídos</b>	1742	1679	1846	1715	1756
<b>Bloco Operatório</b>					
<b>Cirurgia Programada</b>	1590	1779	1718	1456	1529
<b>Cirurgia Urgente</b>	183	116	160	334	220
<b>Consulta Externa</b>					
Primeiras Consultas	3079	2696	2589	2156	2356
Subsequentes Consultas	7.951	8.609	7.475	5.981	6.165
<b>Total Consultas</b>	11.030	11.305	10.064	8.137	8.521

A manterem-se as actuais condições de referenciação, prevê-se que a procura para estas especialidades se cifre anualmente em cerca de 4300 doentes para consulta de cirurgia cardíaca e 4200 para consulta de cirurgia torácica, com tradução em cerca de 1000 intervenções de cirurgia cardíaca e 800 de cirurgia torácica.

Uma vez que no CHLN não existem listas de espera nestas áreas e perante uma eventual revisão da rede regional e nacional de Cirurgia Cardiotorácica, admitimos que a actividade enunciada para os próximos anos possa dar resposta a mais doentes, com o acréscimo anual de cerca de 400 primeiras consultas e de 300 intervenções cirúrgicas, no âmbito das duas especialidades.

Com os melhores cumprimentos

*Correia da Cunha*  
*Presidente do Conselho de Administração*  
*Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE*  
*e-mail: [correia.cunha@hsm.min-saude.pt](mailto:correia.cunha@hsm.min-saude.pt)*  
*Tel – 217805501*  
*Fax – 217805601*





# Tribunal de Contas

## 2- CHLC, EPE – 31/01/2012

CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA CENTRAL, EPE  
Conselho de Administração



HOSPITAL DE SÃO JOSÉ  
H. STO ANTÓNIO DOS CAPUCHOS  
HOSPITAL DE SANTA MARTA  
HOSPITAL D. ESTEFÂNIA

Exmo. Senhor  
Director Geral  
do Tribunal de Contas  
Av. Barbosa du Bocage, 61  
1069 - 045 Lisboa

V/Refª	Data	N./Refª	Data
29/2011 – Audit Fax. Nº 50/12 – DAVI.1	31.01.2012	30/CA	06-02-2012

**Assunto: Auditoria de resultados aos centros de cirurgia cardiotorácicos em unidades hospitalares do Serviço Nacional de Saúde.**

Na sequência da solicitação do Tribunal de Contas, através da correspondência acima referida, informamos que se não houver alteração dos pressupostos hoje existentes as estimativas são as seguintes:

- Estimativa da procura anual, para os próximos 5 anos – a procura do Serviço de Cirurgia Cardiotorácica é de 1200 doentes por ano;
- Capacidade produtiva anual, para os próximos 5 anos – a capacidade produtiva do Serviço de Cirurgia Cardiotorácica é de 1200 intervenções cirúrgicas/ano, podendo ir aos 1500 ← doentes/ano (capacidade máxima).
- Esta estimativa inclui cirurgias cardíacas e torácicas de adultos e pediátricas.

Com os melhores cumprimentos,

1" A Presidente do Conselho de Administração

TS/DA

Eduardo Gomes da Silva  
Director Clínico

DGTC 08 02'12 03053





# Tribunal de Contas

## 3- CHLC, EPE – 17/02/2012



17/02/2012 20:23 FAX 351218841023

C. HOSFAL LISBOA-CONS. ADM.

001/001

351218841023

**CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA CENTRAL, EPE**  
**Conselho de Administração**



HOSPITAL DE SÃO JOSÉ  
HOSPITAL DO ANTÓNIO DOS CARUCHOS  
HOSPITAL DE SANTA MARTA  
HOSPITAL D. ESTEFÂNIA

Exmo. Senhor  
Director Geral  
do Tribunal de Contas  
Av. Barbosa du Bocage, 61  
1069 - 045 Lisboa

V/Refº  
E-mail

Data  
17.02.2012

N./Refº  
047/CA

Data  
17-02-2012

**Assunto: Auditoria de resultados aos centros de cirurgia cardiotorácicos em unidades hospitalares do Serviço Nacional de Saúde.**

Em resposta ao e-mail de 17/02/12 relativo ao assunto supracitado, vimos informar Vs. Exas. que relativamente à questão formulada, informamos que o Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE tinha capacidade para dar resposta a um número superior de doentes com adequada referenciação à especialidade de CCT, nos anos de 2009 e 2010, já que a capacidade instalada tem permanecido estável.

Com os melhores cumprimentos,

A Presidente do Conselho de Administração

**Teresa Sustelo**  
Presidente do Conselho de Administração

TS/TW

DEC. 20-02-12 04056

Sede: Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE - Rua José António Serrano - 1150-189 - Lisboa - Tel: 21 884 10 00 Fax: 21 884 10 23  
Capital Estatutário: € 92.822.302,00 Contribuinte nº 51 8080142





# Tribunal de Contas

---

## 4- CHLC, EPE – 21/02/2012

**De:** Secretariado Conselho de Administração [sec.ca@chlc.min-saude.pt]  
**Enviado:** terça-feira, 21 de Fevereiro de 2012 16:38  
**Para:** Ana Campos  
**Assunto:** Auditoria de resultados aos centros de cirurgia cardiotorácicos em unidades hospitalares do SNS

Sra. Dra. Ana Campos

Claro que a margem que refere é seguramente aceitável e, seria desejável que a tivéssemos atingido, uma vez que, a nossa capacidade se tem mantido estável desde há vários anos. A referenciação de doentes do foro desta Especialidade, também não tem aumentado e, também por isso o nº de cirurgias tem estado estável.

A capacidade instalada é cerca de 1500/1520 /1530 doentes ano. A nossa capacidade, varia um pouco, sobretudo em função dos transplantes que fazemos. Estes têm aumentado significativamente: em 2011 realizámos com muito bons resultados, 18 transplantes de Pulmão. Este nº é igual aos que se fazem noutros Centros Europeus. Também fazemos transplantes de coração, embora este, seja muito menos exigente e temos uma enorme experiência acumulada.

Resumindo, a margem que refere no seu e-mail, é seguramente aceitável.  
Disponha sempre.

Com os melhores cumprimentos,

Teresa Sustelo

Presidente do Conselho de Administração







# Tribunal de Contas

## 5- CHLO, EPE – 06/02/2012

**De:** Mahomed Tayob

**Enviada:** segunda-feira, 6 de Fevereiro de 2012 17:32

**Para:** 'geral@tcontas.pt'

**Cc:** Maria Joao Pais

**Assunto:** Proc 29/2011-AUDIT Auditoria de resultados aos centros de cirurgia cardiotorácicos em unidades hospitalares do SNS

Exmos. Senhores

De acordo com o solicitado no V/ Fax nº 52/12, de 31/01/2012, remetemos em anexo mapa com a informação relativa à produção da Cirurgia Cardioracica.

Com os melhores cumprimentos.

M. A. Tayob  
Director do S. de Planeamento, Análise e Controlo de Gestão  
Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental

[mtayob@chlo.min-saude.pt](mailto:mtayob@chlo.min-saude.pt)  
Telefone 210431015-210431010  
Fax 213021166

Sede: Hospital de S. Francisco Xavier  
Estrada do Forte do Alto do Duque  
1449-005 LISBOA

Com os melhores cumprimentos.

M. A. Tayob  
Director do S. de Planeamento, Análise e Controlo de Gestão  
Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental

[mtayob@chlo.min-saude.pt](mailto:mtayob@chlo.min-saude.pt)  
Telefone 210431015-210431010  
Fax 213021166

Sede: Hospital de S. Francisco Xavier  
Estrada do Forte do Alto do Duque  
1449-005 LISBOA



**Cirurgia Cardiotóraca**

Capacidade Produtiva	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Consultas	4.763	4.522	4.298	4.298	4.500	4.500	4.500	4.500
Doentes intervencionados	1.389	1.253	1.146	1.132	1.200	1.200	1.200	1.200

Estimativa da Procura Anual	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Consultas	4.789	4.523	4.298	4.298	4.500	4.500	4.500	4.500
Doentes intervencionados	1.546	1.451	1.365	1.353	1.400	1.400	1.400	1.400

\* Não existe lista espera nas Consultas Externas

\* Lista espera de cirurgia: +/-200

**Observação:** Potencial aumento dos doentes intervencionados pela optimização da utilização da capacidade instalada. Não está totalmente rentabilizada a capacidade cirurgica do Bloco Operatório do Hospital de Santa Cruz, uma vez que uma das 5 salas não está em utilização. Mediante aumento de recursos humanos, em cirurgões cardíacos e enfermagem, poderia anular a lista de espera pelo aumento das intervenções realizadas.





## 6- CHLO, EPE – 20/04/2012



Exmo. Senhor  
Dr. José António Carpinteiro  
Auditor Coordenador  
da Direcção-Geral do Tribunal de  
Contas  
Departamento de Auditoria V11

S/ Referência  
Proc.  
29/2011/Audit.

S/ Fax  
404/12-DAVI.1

N/ Referência  
Fax CA 06/12

Data  
20-04-2012

Nº Páginas  
2

Nº Anexos  
2

### FAX

Assunto: **Auditoria de resultados aos centros de Cirurgia Cardiorácica em Unidades Hospitalares do Serviço Nacional de Saúde**

Relativamente ao assunto e em resposta ao solicitado, cumpre prestar os seguintes esclarecimentos às questões colocadas, respectivamente:

I) Os valores oportunamente apresentados são certamente preços referentes a GDH e referentes aos estabelecidos no Contrato programa do CHLO e portanto não são, de todo, quaisquer estimativas de custos.

A apresentação dos referidos valores justifica-se pela enorme dificuldade de apresentar uma estimativa sem qualquer referenciação a determinado procedimento cirúrgico específico.

Nestas circunstâncias, essa estimativa apresenta sempre com uma grande variação de custos de acordo com a complexidade da patologia do doente (criança, no caso) e consequentemente com a intervenção cirúrgica, determinantes para a duração dos dias de internamento na unidade de cuidados intensivos cirúrgicos.

Face ao exposto e atentos a essa ressalva apresenta-se no Anexo 1 e parte integrante do presente documento, uma estimativa custos "médios" marginais para uma cirurgia cardiorácica pediátrica no valor de 3.370 €.

II) Esclarece-se que a estimativa de capacidade instalada não utilizada em 2008 foi feita por outro diretor de serviço e outro conselho de administração no entanto parece ser aceitável para os anos seguintes referidos. A capacidade refere-se apenas a doentes cardíacos. A proporção de doentes urgentes depende apenas da procura sendo excepcional a incapacidade de responder a urgências. A proporção de doentes pediátricos tem vindo a



umentar ao longo do triénio referido (cerca de 9% para 14%, 151 casos em 2011) respondendo também a uma maior referenciação. A abertura de mais uma cama de cardiologia pediátrica na UCI em 2011 e uma redistribuição interna do movimento permitiria um aumento anual de mais de 20 cirurgias cardíacas pediátricas.

III) A composição típica da equipe cirúrgica cardiotorácica, por grupo profissional é a seguinte:

Equipe Cirurgia Cardiotorácica	N.º de Elementos
Cirurgião principal	1
Cirurgião ajudante	1
Interno em formação	1
Anestesista	1
TDT Perfusionista	1
Enfermeiro anestesia	1
Enfermeiro circulante	1
Enfermeiro apoio	1

IV) Informação sobre os preços reais pagos ao CHLO, pelo Contrato-Programa por doente cirúrgico saído (Anexo 2).

Ano	Preço do Contrato-Programa por doente cirúrgico saído
2008	€4.773,57
2009	€5.345,55
2010	€5.345,55
2011	€5.131,73
2012	€4.864,70

Com os melhores cumprimentos

A Presidente do Conselho de Administração

Maria João Pais



Ministério da Saúde



CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA OCIDENTAL, E.P.F.

## Anexo 1

### Estimativa de custos marginais de Cirurgia Cardiotorácica Pediátrica

De acordo com o solicitado apresenta-se uma estimativa dos principais custos directos em cirurgia cardiotorácica pediátrica, apenas atentos a custos com material de consumo clínico e produtos farmacêuticos (não estão contabilizados os custos directos de meios de diagnóstico, eventualmente, de intensificador de imagens também, por vezes, necessários nestas intervenções).

Foram considerados os custos em bloco operatório e em unidades de cuidados intensivos cirúrgicos, sem atender a custos de internamento que, no caso particular vertente, seria na unidade de internamento de Cardiologia Pediátrica.

Custos	Bloco Operatório	Unidade de Cuidados Intensivos de CCT
Material de consumo clínico	1.800,00 €	320,00 €
Produtos farmacêuticos	360,00 €	890,00 €
<b>Sub Total</b>	<b>2.160,00 €</b>	<b>1.210,00 €</b>
<b>Total</b>	<b>3.370,00 €</b>	

Os valores de materiais de consumo clínico e consumo farmacêutico apresentados, resultam do apuramento dos preços médios com IVA e referem-se ao ano de 2011.

Os primeiros custos directos, em bloco operatório, decorrem da valorização de kits individualizados e específicos das intervenções em causa e os restantes custos apresentados foram apurados de acordo com a média percentual ponderada de cada variável que integra a estrutura de custos do Serviço de Cirurgia Cardiotorácica.



PREÇOS CONTRATO PROGRAMA

Linhas de Produção	2008			2009			2010			2011			2012		
	Preço	ICM	Preço Final	Preço	ICM	Preço Final	Preço	ICM	Preço Final	Preço	ICM	Preço Final	Preço	ICM	Preço Final
Internamento (Doentes Saídos - equivalentes)	2.396,25 €	0,8395	2.011,65 €	2.396,25 €	0,8696	2.081,38 €	2.396,25 €	0,8696	2.081,38 €	2.300,40 €	0,8696	1.994,13 €	2.116,37 €	0,8959	1.856,06 €
GDH Médicos	2.396,25 €	1,9821	4.773,57 €	2.396,25 €	2,2308	5.345,55 €	2.396,25 €	2,2308	5.345,55 €	2.300,40 €	2,2308	5.131,73 €	2.116,37 €	2,2888	4.884,59 €
GDH Cirurgicos	2.396,25 €	1,9821	4.773,57 €	2.396,25 €	2,2308	5.345,55 €	2.396,25 €	2,2308	5.345,55 €	2.300,40 €	2,2308	5.131,73 €	2.116,37 €	2,2966	4.884,59 €
GDH Cirurgicos Urgentes															

Unidade = euros

Anexo 2



# Tribunal de Contas

## 7- CHSJ, EPE – 06/02/2012

**De:** Joao Logarinho Monteiro [jmonteiro@hsjoao.min-saude.pt]  
**Enviado:** segunda-feira, 6 de Fevereiro de 2012 18:09  
**Para:** GERAL  
**Cc:** Ana Campos; vitor.leite@hsjoao.min-saude.pt  
**Assunto:** Auditoria de resultados aos centros de cirurgia cardiotorácica em unidade hospitalares do SNS  
**Anexos:** Tribunal de contas (2).docx

Exmº Senhor  
Director Geral do Tribunal de Contas

De acordo com o pedido formulado por Vª Excia através do fax nº 54/12 – DAVI.1 sobre o assunto em epigrafe, tenho a honra de enviar em anexo, a resposta prestada por este Centro Hospitalar.

Disponível para qualquer outro esclarecimento que Vª Excia entenda por útil e necessário,

Apresento os meus melhores cumprimentos,

João Logarinho Monteiro  
Administrador Hospitalar da Unidade Autónoma de Gestão de Cirurgia

Exmo Senhor  
Dr. José António Carpinteiro  
Auditor Coordenador  
Tribunal de Contas

06 Fevereiro 2012

Assunto: Auditoria de resultados aos centros de cirurgia cardiotorácica em unidades hospitalares do SNS

Relativamente ao pedido de informação suscitado por esse Tribunal sobre o assunto em epígrafe, cumpre-me vir prestar os seguintes esclarecimentos:

a) **A procura anual de doentes** tem-se mantido estável, cerca de 500 doentes por milhão de habitantes, não sendo previsível que aumente nos próximos 5 anos pelas seguintes razões:

1. As grandes linhas de referenciação estão definidas e estabilizadas com uma cobertura de todos os distritos da Região Norte em termos de Especialidades referentes – Cardiologia, Pneumologia e Cardiologia Pediátrica.
2. O desenvolvimento de Técnicas Cardiovasculares e Pneumológicas não-cirúrgicas tem contrariado o crescimento do tratamento cirúrgico das patologias cardiovasculares e pulmonares apesar do número crescente de idosos com patologia cardiotorácica.
3. A baixa natalidade, a diminuição da imigração, a estagnação populacional são também factores estabilizadores da procura de tratamentos cirúrgicos na nossa área.

Refira-se que a rede de referenciação de Cirurgia Torácica definida pela ARSN em fins de 2010 atribui ao Serviço de Cirurgia Cardioarácica do CHSJ a responsabilidade pelo tratamento dos utentes da região norte, que de acordo com o censos de 2001 era de 2.324.227 cidadãos.

b) **A capacidade produtiva do serviço** sofreu um aumento muito significativo com a remodelação e ampliação das instalações realizada entre 2005/7. Deste modo com a actual capacidade instalada, (2 salas operatórias) foi possível em 2011 intervencionar 1.490 doentes sendo que



1.290 na produção base e 200 na produção adicional. Existe no entanto uma capacidade operatória instalada (BOs) que suportaria, se necessário, um aumento de actividade para 1800 doentes operados se acompanhada com um ligeiro aumento do número de camas de UCI (2-3) e de Enfermaria (3-5), o que seria difícil do ponto de vista financeiro e logístico.

Presentemente este serviço consegue responder às necessidades actuais e **não prevemos portanto um aumento da capacidade produtiva em termos significativos nos próximos 5 anos que vá para além dos 1600 doentes operados/ano, embora possa existir alguma mudança dos tipos de cirurgia**, e em que os doentes vão ser cada vez mais complexos e com cirurgias mais demoradas mas também onde as técnicas cirúrgicas pouco invasivas poderão otimizar em todos os sentidos as operações de maior risco.

Com os melhores cumprimentos.

Administrador da UAG de Cirurgia

(Dr. João Logarinho Monteiro)







# Tribunal de Contas

8- CHUC, EPE – 06/02/2012



02 2012 18:53 FAX 239822291

HUC-COAJ. ADMINISTRAÇÃO  
239822291

001 JA VE

## Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, E.P.E.

CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO

Exmo. Senhor  
Dr. José António Carpinteiro  
Auditor Coordenador  
Tribunal de Contas

S/Ref	S/Comunicação	N/Ref. – Ofício n.º	Data
		PC 204/12	6.02.2012



Em resposta ao solicitado no fax de V. Exa. nº 53/12, do passado dia 31 de Janeiro, referente ao assunto em epígrafe e no âmbito do processo 29/2011-Audit, envio informação recebida da Dra. Marta Bronze, Administradora do Centro de Responsabilidade Integrado de Cirurgia Cardioráquia dos HUC-CHUC.

Com os melhores cumprimentos,

O Presidente do Conselho de Administração

Dr. José Martins Nunes

JN/MB

Av. Bissaya Barreto / Pct.º Prof. Mota Pinto  
3000-075 Coimbra  
e-mail: casec@huc.min-saude.pt

Tel.: 239 400 407 / 607

Fax: 239 822 291

DGTC 07 02º12 03004

06/02 2012 18:53 FAX 239822291

HUC-COIMB. ADMINISTRAÇÃO

002

239822291

**CENTRO HOSPITALAR E UNIVERSITÁRIO DE COIMBRA, EPE**



**HOSPITAIS DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA  
CENTRO DE RESPONSABILIDADE INTEGRADO DE  
CIRURGIA CARDIOTORÁCICA**



Ministério da Saúde

Excelentíssimo Senhor  
Dr. José Martins Nunes  
Presidente do Conselho de Administração  
CHUC, EPE

2012-02-02

**ASSUNTO: Auditoria de resultados aos centros de cirurgia cardiotorácicos em unidades hospitalares do Serviço Nacional de Saúde**

Em resposta ao pedido da Direcção-Geral do Tribunal de Contas / Departamento de Auditoria VI,  
no âmbito do Processo 29/2011-Audit, informamos:

	REALIZADO ÚLTIMOS 5 ANOS						PREVISTO					
	2007	2008	2009	2010	2011	TOTAL	2012	2013	2014	2015	2016	TOTAL
PROCURA ANUAL DE UTENTES	1.618	1.638	1.625	1.662	1.638	8.181	entre 1.600 e 1.650 doentes / ano					entre 8000 e 8250 doentes/5 anos
PRODUÇÃO - DOENTES OPERADOS	1.618	1.638	1.625	1.662	1.638	8.181	entre 1.600 e 1.650 doentes / ano					entre 8000 e 8250 doentes/5 anos

Com os mais respeitosos cumprimentos, *peço*

A Administradora do CRI-CCT

*Marta Bronze*  
(Marta Bronze)

2  
CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO  
Reg. N.º 1061 PCA  
Origem  
3.2.2012



## 9- CHVNGE, EPE – 06/02/2012



CENTRO  
HOSPITALAR  
VILA NOVA DE GAIA/ESPINHO

001194 06-FEB '12

Exmo. Senhor  
Dr. José António Carpinteiro  
Auditor Coordenador do Tribunal de Contas  
Av. Barbosa du Bocage  
1069 – 045 Lisboa

S/ Ref.	Data	Proc. nº.	N/ Ref.	Data
Fax 49/12-DAVI.1	31. Jan. 2012	29/2011 - Audit	CA/	06.Fev.2012

**ASSUNTO: Auditoria de resultados aos centros de Cirurgia Cardiorácica em unidades hospitalares do Serviço Nacional de Saúde**

No âmbito da auditoria de resultados aos centros de Cirurgia Cardiorácica em unidades hospitalares do Serviço Nacional de Saúde (SNS) promovida pela Direcção-Geral do Tribunal de Contas / Departamento de Auditoria, informa-se o seguinte:

**1. ESTIMATIVA DA PROCURA ANUAL DE UTENTES NA ESPECIALIDADE DE CIRURGIA CARDIOTORÁCICA, PARA OS PRÓXIMOS 5 ANOS**

A estimativa da procura anual de utentes na especialidade de Cirurgia Cardiorácica tendo em conta a área de referência do serviço do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho, EPE (CHVNG) assenta nos seguintes pressupostos:

- Em Outubro de 2005, a ARS Norte deliberou que os serviços de Cirurgia Cardiorácica do Hospital de São João e do CHVNG concentrariam os recursos altamente qualificados nesta área na Região Norte;
- A remodelação do serviço de Cirurgia Cardiorácica deste Centro Hospitalar – projeto aprovado em Julho de 2006 com pareceres favoráveis da ARS Norte, Direcção-Geral da Saúde e Coordenador Nacional para as Doenças Cardiovasculares – assentou nesses pressupostos e a sua capacidade instalada está dimensionada para lhe dar resposta;
- O CHVNG serve em primeira linha as populações dos concelhos de Vila Nova de Gaia e Espinho e para as especialidades de elevada diferenciação – entre as quais a Cirurgia Cardiorácica – acolhe toda a população de Entre Douro e Vouga, estando contemplada a existência de uma terceira linha de referência para que seja dada resposta a 40% das necessidades do Norte do país nesta área.

Considerando as necessidades de 40% da população da Região Norte e as intervenções por milhão de habitantes nesta Região<sup>1</sup>, este Centro Hospitalar deverá servir uma população de 1.475.844 cidadãos<sup>2</sup>, apresentando os seguintes indicadores de atividade:

<sup>1</sup> Estudo de consultora internacional na área da saúde e Indicadores de Atividade do Alto Comissariado da Saúde, Julho de 2009



Quadro 1: Projeção da Atividade Cirúrgica

Tipo de Intervenção	Intervenções por Milhão de Habitantes (Norte)	Projeção Intervenções para 40% Necessidades (Norte)
Cirurgia Cardíaca	605,00	893
Cirurgia Não Cardíaca	103,80	153
Total	-	1.046

Pelo exposto, e considerando que a população da Região Norte apresenta apenas um crescimento de 2.316 cidadãos (mais 0,06%) entre os Censos de 2001 e os Resultados Provisórios dos Censos de 2011, admite-se que a estimativa de procura anual de utentes deverá apontar para os 1.046 doentes intervencionados sem que se registem alterações significativas nos próximos 5 anos.

Importará, porém, salientar que Portugal apresenta das mais baixas taxas de cirurgias cardíacas por milhão de habitantes da União Europeia (UE), cuja média se situa nas 1.000 intervenções por milhão de habitantes.

## 2. CAPACIDADE PRODUTIVA (DOENTES INTERVENCIDOS) ANUAL, PREVISTA PARA OS PRÓXIMOS 5 ANOS, RELATIVAMENTE À MESMA ESPECIALIDADE

A remodelação do serviço de Cirurgia Cardiotorácica deste Centro Hospitalar tem permitido o aumento gradual da capacidade de resposta às necessidades da população servida tendo em conta o plano de redimensionamento encetado com a ARS Norte no âmbito das negociações do Contrato-Programa nos últimos anos.

A partir de Março de 2011, o serviço de Cirurgia Cardiotorácica dispôs de mais 6 tempos de bloco, correspondentes a 24 horas semanais, o que permitiu um acréscimo de 33% da capacidade instalada face ao ano anterior pelo que se assinala o aumento de 201 doentes intervencionados (mais 31%) em atividade cirúrgica base.

Para o ano de 2012, o CHVNG encontra-se em negociações com a ARS Norte em sede de contratualização externa para que sejam abertos mais 18 horas de bloco semanais e possam ser intervencionados mais 126 doentes em atividade base (considerando 9 meses de trabalho com o acréscimo de tempos de bloco).

Assim, para o ano de 2012, o CHVNG propõe-se a assegurar intervenções cirúrgicas a 1.046 doentes considerando a atividade convencional programada base (740 doentes intervencionados), a atividade urgente (229 doentes intervencionados) e a atividade cirúrgica adicional (77 doentes intervencionados).

De salientar que com o acréscimo de tempos de bloco potenciará a substituição de atividade cirúrgica urgente por atividade programada, bem como a realização em atividade cirúrgica base da atividade cirúrgica adicional que complementa as necessidades de resposta à população servida.

Pelo exposto, ao longo dos próximos 5 anos será de negociar com a ARS Norte a abertura de mais 6 horas semanais fazendo com que o serviço de Cirurgia Cardiotorácica disponha de duas salas de bloco com atividade cirúrgica programada base entre as 8 horas e as 20 horas em todos os dias úteis.

<sup>2</sup> Considerando uma população residente na Região Norte de 3.689.609 cidadãos, de acordo com os Resultados Provisórios dos Censos de 2011 (informação disponível no site do Instituto Nacional de Estatística)



Assim, o serviço de Cirurgia Cardiorácica do CHVNG está dimensionado para que – com a abertura de tempos de bloco e redimensionamento da lotação das suas unidades de internamento – seja possível dar resposta a 40% das necessidades da Região Norte.

**3. MOTIVOS QUE SUPTARAM A DECISÃO DE PROCEDER AO REENCAMINHAMENTO DOS DOENTES DE CIRURGIA CARDIORÁCICA PARA HOSPITAIS DO SECTOR PRIVADO, E NÃO PARA AS UNIDADES HOSPITALARES DO PERÍMETRO DO SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE**

De acordo com o Manual do SIGIC, a transferência de utentes através da emissão de nota de transferência / vale cirurgia (NT/VC) para outras unidades hospitalares integradas no SNS ou unidades convencionadas é obrigatória sempre que o hospital de origem, com os seus recursos, não possa garantir a realização da cirurgia dentro dos TMRG estabelecidos por prioridade clínica, por patologia ou grupo de patologias, presumindo-se a falta de garantia quando a cirurgia não for agendada até ao limite do prazo estabelecido para cada nível de prioridade, a contar da data de inscrição na lista de espera cirúrgica.

De facto, o CHVNG – enquanto hospital de origem – não procede a qualquer reencaminhamento dos utentes para outras unidades hospitalares, integradas ou não no SNS, uma vez que o procedimento de transferência do utente para outra instituição hospitalar se inicia com a transferência do episódio para a UCGIC, passando pela emissão do NT/VC até à sua cativação no hospital de destino ou novo hospital de origem, escolhido pelo utente.

Com os melhores cumprimentos,

O Presidente do Conselho de Administração,

(Álvaro Monteiro)

DGTC 10 02\*12 03337

[www.chvng.min-saude.pt](http://www.chvng.min-saude.pt)





# Tribunal de Contas

---

## ANEXO V – EMOLUMENTOS E OUTROS ENCARGOS







# Tribunal de Contas

## Emolumentos e outros encargos (D.L. nº 66/96, de 31.5)

Departamento de Auditoria VI – UAT 1		Procº nº 29/11 – Audit	
		Relatório nº 26/12 – 2ª Secção	
Entidade fiscalizada:	Centro Hospitalar Lisboa Central, EPE		
Entidade devedora:	Centro Hospitalar Lisboa Central, EPE		
		Regime jurídico:	AA
			AAF X

Descrição	BASE DE CÁLCULO			Valor
	Custo Standard a)	Unidade Tempo	Receita Própria / Lucros	
- Acções fora da área da residência oficial .....	€ 119,99	0		€ 0,00
- Acções na área da residência oficial .....	€ 88,29	128		€ 11.301,12
- 1% s/ Receitas Próprias .....				
- 1% s/ Lucros .....				
<b>Emolumentos calculados</b>				<b>€ 11.301,12</b>
<b>Emolumentos Limite máximo (VR) .....</b>				<b>€ 17.164,00</b>
<b>Emolumentos a pagar .....</b>				<b>€ 4.291,00</b>

a) cf. Resolução nº 4/98 – 2ªS

O Coordenador da Equipa de Auditoria





# Tribunal de Contas

## Emolumentos e outros encargos (D.L. nº 66/96, de 31.5)

Departamento de Auditoria VI – UAT 1		Procº nº 29/11 – Audit	
		Relatório nº 26/12 – 2ª Secção	
Entidade fiscalizada:	Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE		
Entidade devedora:	Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE		
		Regime jurídico:	AA
			AAF X

Descrição	BASE DE CÁLCULO			Valor
	Custo Standard a)	Unidade Tempo	Receita Própria / Lucros	
- Acções fora da área da residência oficial .....	€ 119,99	0		€ 0,00
- Acções na área da residência oficial .....	€ 88,29	127		€ 11.212,83
- 1% s/ Receitas Próprias .....				
- 1% s/ Lucros .....				
<b>Emolumentos calculados</b>				<b>€ 11.212,83</b>
<b>Emolumentos Limite máximo (VR) .....</b>				<b>€ 17.164,00</b>
<b>Emolumentos a pagar .....</b>				<b>€ 4.291,00</b>

a) cf. Resolução nº 4/98 – 2ªS

O Coordenador da Equipa de Auditoria





# Tribunal de Contas

## Emolumentos e outros encargos (D.L. nº 66/96, de 31.5)

Departamento de Auditoria VI – UAT 1		Procº nº 29/11 – Audit	
		Relatório nº 26/12 – 2ª Secção	
Entidade fiscalizada:	Centro Hospitalar de São João, EPE		
Entidade devedora:	Centro Hospitalar de São João, EPE		
		Regime jurídico:	AA
			AAF X

Descrição	BASE DE CÁLCULO			Valor
	Custo Standard a)	Unidade Tempo	Receita Própria / Lucros	
- Acções fora da área da residência oficial .....	€ 119,99	16		€ 1.919,84
- Acções na área da residência oficial .....	€ 88,29	111		€ 9.800,19
- 1% s/ Receitas Próprias .....				
- 1% s/ Lucros .....				
<b>Emolumentos calculados</b>				<b>€ 11.720,03</b>
<b>Emolumentos Limite máximo (VR) .....</b>				<b>€ 17.164,00</b>
<b>Emolumentos a pagar .....</b>				<b>€ 4.291,00</b>

a) cf. Resolução nº 4/98 – 2ªS

O Coordenador da Equipa de Auditoria





# Tribunal de Contas

## Emolumentos e outros encargos (D.L. nº 66/96, de 31.5)

Departamento de Auditoria VI – UAT 1		Procº nº 29/11 – Audit	
		Relatório nº 26/12 – 2ª Secção	
Entidade fiscalizada:	Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE		
Entidade devedora:	Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE		
		Regime jurídico:	AA
			AAF X

Descrição	BASE DE CÁLCULO			Valor
	Custo Standard a)	Unidade Tempo	Receita Própria / Lucros	
- Acções fora da área da residência oficial .....	€ 119,99	16		€ 1.919,84
- Acções na área da residência oficial .....	€ 88,29	111		€ 9.800,19
- 1% s/ Receitas Próprias .....				
- 1% s/ Lucros .....				
<b>Emolumentos calculados</b>				<b>€ 11.720,03</b>
<b>Emolumentos Limite máximo (VR) .....</b>				<b>€ 17.164,00</b>
<b>Emolumentos a pagar .....</b>				<b>€ 4.291,00</b>

a) cf. Resolução nº 4/98 – 2ªS

O Coordenador da Equipa de Auditoria







# Tribunal de Contas

---

## ANEXO VI – ALEGAÇÕES E RESPOSTAS RECEBIDAS NO ÂMBITO DO CONTRADITÓRIO



# 1. Ministro de Estado e das Finanças

DA-VI



GOVERNO DE  
PORTUGAL

MINISTÉRIO DAS FINANÇAS

28 JUN 12 00676

Exmo. Senhor  
Diretor-Geral do Tribunal de Contas

SUA REFERÊNCIA	SUA COMUNICAÇÃO DE	NOSSA REFERÊNCIA	DATA
Of. 9862	30-05-2012	ENT.: 4811/2012 PROC. Nº: 02.01	

**Assunto:** Tribunal de Contas (processo n.º 29/2011 – Audit) – Auditoria aos serviços de cirurgia cardiotorácica das unidades hospitalares do Serviço Nacional de Saúde

Exmo. Senhor,

Em resposta ao ofício n.º 9862, de 30 de maio de 2012, encarrega-me S. E. o Ministro de Estado e das Finanças de enviar a V. Exa, fotocópia do ofício n.º 3414, de 22 de junho de 2012, do Gabinete de S. E. a Secretária de Estado do Tesouro e das Finanças e anexo, sobre o assunto mencionado em epígrafe.

Com os melhores cumprimentos,

O Chefe do Gabinete

Pedro Machado

C/C: Gab SETF

/CD

DTTC 29 06 12 13780

Gabinete do Ministro de Estado e das Finanças  
Av. Infante D. Henrique, 1, 1149-009 Lisboa, PORTUGAL  
TEL + 351 21 881 68 00 FAX + 351 21 881 68 62 EMAIL gab.mf@mf.gov.pt www.portugal.gov.pt





URGENTE

GABINETE DO MINISTRO DE ESTADO E DAS FINANÇAS	
Entrada nº	4811 de 26/6/2012
Procº	02.01 Dip. _____ / _____

Exmº Senhor  
Dr. Pedro Miguel da Silva Machado  
Chefe do Gabinete de Sua Exª o Ministro de  
Estado e das Finanças

(Neste Edifício)

SUA REFERÊNCIA	SUA COMUNICAÇÃO DE	NOSSA REFERÊNCIA	DATA
4170	30.05.2012	Nº: 3414/2012 ENT.: 3701 de 20.06.2012 PROC. Nº: 05.01.23/12	22-06-2012

ASSUNTO: Tribunal de Contas (Processo 29/2011 - Audit) - Auditoria aos serviços de cirurgia cardiotorácica das unidades hospitalares do Serviço Nacional de Saúde.

Em referência ao ofício mencionado em epígrafe, encarrega-me Sua Excelência a Secretária de Estado do Tesouro e das Finanças, de remeter a V. Exª fotocópia do ofício nº 3695, da Direção-Geral do Tesouro e Finanças, de 19.06.2012, e informar que este Gabinete nada mais tem a acrescentar.

*Ao TC, para cumprimento*  
*26-6-12*  
*RSP*

Com os melhores cumprimentos,

A Chefe do Gabinete,

*Raquel Sabino Pereira*  
*Adjunta do Gabinete*  
*do Ministro de Estado e das Finanças*

*M. Luísa Pacheco*

Maria Luísa Pacheco

CN.-

Ofício n.º 3695, de 19.Jun.2012



*S. Ex.ª Sra. Sofia Mateus*

*19/06/2012*

*MAB*

**Maria Luísa Pacheco**  
Chefe de Gabinete de S. Ex.ª a  
Secretária de Estado do Tesouro  
e das Finanças

Exma. Senhora  
Dra. Maria Luísa Pacheco  
Chefe do Gabinete da Secretária de Estado do  
Tesouro e das Finanças

Neste edifício

S/Ref. Saída GSETF n.º 3045  
Data: 4 de junho de 2012

N/Ref. DSPE  
Data: 19 de junho de 2012

Assunto: Tribunal de Contas (Processo 29/2011 – Audit) - Auditoria aos Serviços de Cirurgia Cardiorácica das Unidade Hospitalares do SNS

Exma. Senhora,

Em referência ao assunto em epígrafe e na sequência de notificação nos termos e para os efeitos do disposto nos artigos 13.º e 87.º, n.º 3, da Lei n.º 98/97, de 26 de agosto, com as alterações que lhe foram introduzidas pela Lei n.º 48/2006, de 29 de agosto, informa-se que, após análise do Relatório em apreço e no que se refere às Recomendações, esta Direção-Geral nada tem a referir, dado que as mesmas são dirigidas a sua Ex.ª o Ministro da Saúde e aos Conselhos de Administração das Unidades Hospitalares, objeto da respetiva auditoria.

Com os meus melhores cumprimentos,

*P.*  
A Diretora-Geral,

Elsa Roncon Santos

*M. João Araújo*

**Maria João Araújo**  
Subdirectora-Geral

SECRETARIA DE ESTADO DO TESOURO E DAS FINANÇAS		
Ent. <b>3701</b>	de <b>20.06.12</b>	
P.º: <b>05.01.23/12</b>		
DGTF <input type="checkbox"/>	ANCP <input type="checkbox"/>	SG <input type="checkbox"/>
PARP <input type="checkbox"/>	IGCP <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
IGF <input type="checkbox"/>	GPEAR <input type="checkbox"/>	ARQ <input type="checkbox"/>
Dist.: _____		
A Chefe de Gabinete		
(Maria Luísa Pacheco)		
Saída N.º _____		
de _____		

Solicita-se que na resposta seja indicada a referência deste documento e nº de processo



## 2. Ministro da Saúde

Ofício N.º 5923  
Data: 08-06-2012



GOVERNO DE  
PORTUGAL

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Exmo. Senhor  
Dr. José F.F. Tavares  
Diretor-Geral do Tribunal de Contas  
Av. Barbosa du Bocage, 61  
1069-045 Lisboa

Sua referência	Sua comunicação	Nossa referência
DAVI - UAT 1 - Proc. n.º 29/11 - Audit Ofício n.º 9863	30.05.2012	Entrada - 7360 Processo - 245/2012

**ASSUNTO: Auditoria aos serviços de cirurgia cardiotorácica das unidades hospitalares do Serviço Nacional de Saúde**

Relativamente ao assunto referido em epígrafe, encarrega-me Sua excelência o Ministro da Saúde de comunicar a V. Exa. que nada tem a opor às conclusões e recomendações ainda sob a forma de projeto.

Nomeadamente quanto às recomendações é intenção do Ministro da Saúde incumbir a Direção-Geral da Saúde e a Administração Central do Sistema de Saúde, I.P. de monitorizar tudo o que for necessário para o seu cumprimento.

Com os melhores cumprimentos,

Chefe do Gabinete

(Luís Vitório)

DGTC 08 06 12 12603

MS\*

Gabinete do Ministro da Saúde  
Av. João Crisóstomo, 9 - 6.º, 1049-062 Lisboa, PORTUGAL  
TEL + 351 21 330 50 00 FAX + 351 21 330 51 61 EMAIL gms@ms.gov.pt www.portugal.gov.pt





### 3. Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE

CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA CENTRAL, EPE  
Conselho de Administração



HOSPITAL DE SÃO JOSÉ  
H. STO ANTÓNIO DOS CAPUCHOS  
HOSPITAL DE SANTA MARTA  
HOSPITAL D. ESTEFÂNIA

Exmo. Senhor  
Director - Geral do  
Tribunal de Contas  
Av. Barbosa du Bocage, 61  
1069-045-LISBOA

V./Refª	Data	N./Refª	Data
DAVI-UAT 1 Proc. N.º 29/11 - Audit		175/CA	15.06.2012

**Assunto: Auditoria aos serviços de cirurgia cardiotorácica das unidades hospitalares do Serviço Nacional de Saúde**

Conforme solicitado no ofício acima referido, e após leitura atenta do Relato da Auditoria do Tribunal de Contas aos serviços de cirurgia cardiotorácica das unidades hospitalares do SNS, consideramos de nota:

- **Enquadramento**

- O **modelo de funcionamento** do Serviço de Cirurgia Cardiotorácica do CHLC, EPE (CCT\_CHLC) é tradicional, pelo que se torna difícil compará-lo com serviços que dispõem de Centro de Responsabilidade (CR) com maior autonomia, sendo certo que face ao actual enquadramento legal (contratação de pessoal, bens e serviços, Lei dos compromissos e grandes restrições ao investimento público) não será fácil.
- O **Índice de Case-Mix (ICM)** do CCT\_CHLC terá que ser forçosamente o mais alto de todos os serviços de cirurgia cardiotorácica do país, porque é o único centro do país que realiza transplante pulmonar (impõe-se a correcção das páginas 12 e 53), só este, com um peso relativo de 25,4346.

Para além das patologias/casuística dos serviços, o apuramento do ICM tem a ver com a exaustividade da codificação, só assim se explica que o CCT\_CHLC esteja em 2º lugar neste indicador de complexidade.



Sede: Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE – Rua José António Serrano – 1150-199 – Lisboa Telf. 21 854 10 00 – Fax 21 854 10 23  
Capital Estatutário : € 92.822.302,00 Contribuinte nº 508080142

- Aspectos de eficiência da gestão

- A **taxa de ocupação** na casa dos 60% pode significar margem de expansão, mas também pode indicar melhor *turn-over*, para decrescentes demoras médias. A taxa de ocupação não é um bom índice de eficiência.

No entanto, e se é que quer significar algo, em 2011, a taxa de ocupação do Serviço foi de 72,46%, para o mesmo número de camas e demora média.

- A **demora média** tem a ver necessariamente com o ICM, pelo que não se estranha que a do CCT\_CHLC seja a mais elevada.

- Sobre a **lista de inscritos** para cirurgia (LIC), há que atender ao modo como a inscrição é feita, diverso nos 4 serviços, e, portanto, não comparável.

No CCT\_CHLC o doente é inscrito na LIC no momento da consulta, mesmo que tenha que ainda que realizar algum exame pré-operatório ou ser otimizado do ponto de vista terapêutico.

Como se entende, uma LIC com 2 ou 3 doentes não é credível.

A procura pelo CCT\_CHLC tem aumentado no passado recente com alguma desproporção em relação à capacidade de resposta, isto porque recebemos doentes fora da nossa área de referência, dada a especificidade da patologia aqui tratada, pelo que, não surpreende que a lista vá crescendo.

Em breve iremos dar início a um programa de cirurgia adicional.

- Indicadores de qualidade clínica

- **% de Complicações** – não foi definido o critério de complicações a registar. Só isso explica a elevada diversidade de complicações referidas de 1% a 14%, sendo que a taxa média de complicações em cirurgia cardíaca está hoje entre 10% e 20% (Society of Thoracic Surgeons americana), pelo que valores inferiores são irrealistas e só se poderão dever a um a apuramento demasiado restrito.

- **% de Readmissões** – O CCT\_CHLC informou as readmissões a 30 dias, mas desconhece o intervalo informado pelas outras unidades auditadas. A taxa que apresenta é totalmente aceitável.

- **% de óbitos** – presume-se que se utilizou a taxa de mortalidade intra-hospitalar não indexada à complexidade, facto que torna a sua avaliação incerta e, logo, imprecisa.

43

Como se entende, a mortalidade e as complicações têm que estar indexadas à casuística, e também à estrutura.

No CCT\_CHLC a mortalidade esperada para a casuística, em 2010, era de 5,97%. A mortalidade observada foi 3,77%. Ou seja, a mortalidade foi cerca de 60% da esperada, facto que nos orgulha e deve ser realçado.

- Custos

- Sobre o custo por doente, o CCT\_CHLC, apesar da actividade de transplantação, gastou 978€/doente em medicamentos e 2.896€/doente em consumo clínico.  
Deve ser notado que o Serviço realiza 10/12 procedimentos endovasculares por ano, ao custo médio de 12.000€ por prótese implantada, que realiza assistências ventriculares (extremamente onerosas – dezenas de milhares de euros) e, em relação, por exemplo, ao serviço de Coimbra, não re-esteriliza material *disposable*.  
Se mudássemos o modelo de gestão e de prestação clínica e passássemos a re-esterilizar material, poderíamos reduzir os gastos com material de consumo clínico, mas seria sempre difícil atingir a meta, ambiciosa, do serviço de Coimbra, dado que só o oxigenador e restante material de CEC, de uso imprescindível, custa 713.33€ por doente !

MATERIAL CEC		PREÇO
238020699	KIT AUTOTRANSFUSAO	152,07 €
238020714	OXIGENADOR CEC MEMBRANA ADULTO	325,66 €
238020719	SISTEMA PRIMING CEC	7,38 €
238020720	SENSOR P/OXIGENADOR CEC	4,60 €
238020728	HEMOFILTRO C/ PRE-LAVAGEM E SETS P/ ULTRAFILTRACAO DE ADULTO	89,18 €
238020736	KIT DE CARDIOPLEGIA HEMATICA	116,85 €
238020738	SISTEMA DE Y C/CLAMPS E PONTA EM LUER	15,37 €
254060830	TUBOS ACT (&&)	2,22 €
TOTAL		713,33 €

- Os **custos com pessoal de enfermagem** são justificados pelo ICM, pela necessidade de cobertura à actividade de transplantação e pelo trabalho de follow-up, que não é só trabalho de registo de dados, mas principalmente de consulta e de aconselhamento aos doentes.
  
- **Boas práticas**
  - Deve ser notado que o **perfil de boas práticas** apontado ao CCT\_CHLC no que concerne à preocupação com o follow-up e ao benchmarking transparente de resultados, parece não acompanhar, na métrica utilizada, a componente da eficiência, facto que deve incentivar alguma reflexão.  
Uma via a considerar poderia ser a implementação efectiva do Centro de Responsabilidade, que constitui, aliás, a boa prática apontada a Coimbra e sugerida, transversalmente, como modelo, para todos os centros. No entanto, não podemos deixar de sublinhar que tal como já referimos atrás, este objectivo não será fácil.
  
- **Recomendações**
  - Congratulamo-nos com a recomendação para que sejam avaliados, em todas as unidades cardiorácicas, os **indicadores de qualidade e segurança**, à semelhança do que foi feito em tempo recorde no CCT\_CHLC, para maior transparência na comparação de resultados e para adopção de correcções eventuais.

Em conclusão, não temos dúvidas, o Serviço de CCT\_CHLC é o único serviço no País onde se realizam todas as valências da especialidade, terá porventura, e numa classificação rigorosa, o case-mix mais elevado de entre todos os congéneres, recebe doentes por referência de especificidade de tratamentos, de todo o País, e continua a ser um serviço onde se treinam futuros cirurgiões.

Dizemo-lo com orgulho, o CCT\_CHLC é hoje o Serviço mais auditado, dentro da especialidade e no conjunto de todas as outras especialidades no País.

Torna-se difícil realizar comparações com rigor, quando a métrica usada se baseia no reporte local por unidade, sem grande uniformidade de resposta, com uma ponderação da estrutura do modelo e

**CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA CENTRAL, EPE**  
**Conselho de Administração**

da complexidade inadequadas. Mesmo assim, estamos convencidos, em relação ao Serviço de CCT-CHLC, do seguinte:

Acreditamos haver margem para melhorar a eficiência, mantendo o nível elevado de eficácia e é o que tentaremos fazer.

Com os melhores cumprimentos

P) O CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO



**TERESA SUSTELO**  
Presidente do Conselho de  
Administração

06TC 18 06\*12 13045

CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA CENTRAL, EPE  
Conselho de Administração



HOSPITAL DE SÃO JOSÉ  
H. STO ANTÓNIO DOS CAPUCHOS  
HOSPITAL DE SANTA MARTA  
HOSPITAL D. ESTEFÂNIA

Exmo. Senhor  
Director - Geral do  
Tribunal de Contas  
Av. Barbosa do Bocage, 61  
1069-045-LISBOA

V./Refª	Data	N./Refª	Data
DAVI-UAT 1 Proc. N.º 29/11 - Audit		193/CA	22.06.2012

**Assunto: Auditoria aos serviços de cirurgia cardiotorácica das unidades hospitalares do  
Serviço Nacional de Saúde**

Em aditamento ao N/ofício n.º 175/CA de 15/06/12 relativo ao assunto supracitado, vimos enviar a Exa. as correcções que entendemos necessárias ao Relatório no que respeita ao Gabinete do Utente, sendo as seguintes:

**Aumento de 10,54% no nº reclamações no CHLC de 2008 para 2009 e uma diminuição de 6,81% de 2009 para 2010**

O aumento apresentado no relatório do tribunal de Contas para 2009 (10,54%) difere do que consta no relatório de actividades do GU (3,35%). A diminuição verificada em 2010 é verídica. Muito provavelmente poderá ter havido um engano na redacção do texto, pois esse é exactamente o valor apresentado para o CHLN.

**Aumento de 65,25% no nº reclamações no serviço de internamento do CHLC em 2010**

Existe efectivamente um aumento de 65,25% no nº de reclamações no serviço de internamento, mas que corresponde apenas a 77 novas reclamações, a percentagem apresentada sugere um aumento demasiado significativo, não traduzindo na nossa opinião o valor absoluto.

**Aumento de 153,62% no nº reclamações nas consultas externas do CHLC em 2009**

Existe um aumento de 46,24% no nº de reclamações nas consultas externas e não um aumento de 153,62% como referido no relatório do Tribunal de Contas não encontrando qualquer explicação para a disparidade dos valores em causa.



Classe profissional com maior número de reclamações

No relatório do tribunal de contas o CHLC é referido duas vezes no mesmo parágrafo, sendo que primeiro é a classe médica a mais visada com reclamações e logo a seguir é a classe dirigente. Parece-nos que provavelmente terá ocorrido um erro de redacção no relatório emitido pois segundo os relatórios estatísticos e no que se refere ao período em análise (2008 a 2010), é a classe médica a mais visada (942 em 2008, 1007 em 2009 e 1169 em 2010) e não a classe dirigente.

Com os melhores cumprimentos

O CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO

  
MANUEL BRITO  
Vogal Executivo

BGTC 27 06 12 13594





#### 4. Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE

Exmo. Senhor  
Dr. José António Carpinheiro  
Tribunal de Contas

No seguimento do e-mail enviado em 12 de Junho e por indicação do Senhor Presidente do Conselho de Administração do Centro Hospitalar Lisboa Norte, E.P.E., Prof. Dr. João Álvaro Correia da Cunha, informo que considerando o relatório de auditoria aos Serviços de Cirurgia Cardiorácica das unidades Hospitalares do Serviço Nacional de Saúde importa referir, na generalidade que:

- O Centro Hospitalar Lisboa Norte é composto por duas Unidades Hospitalares, o Hospital de Santa Maria e o Hospital Pulido Valente. A exclusão de uma destas Unidades da análise comparativa corresponde a uma opção de análise, naturalmente, válida mas, no nosso entendimento, carece de justificação suficientemente explícita no documento.

De facto, esta exclusão apenas é explicitada em nota de rodapé (p. 9). No entanto, apesar de excluída da análise comparativa, a Unidade de Cirurgia Torácica do Hospital Pulido Valente foi incluída na análise aos modelos de gestão efectuada aos Serviços de Cirurgia Cardiorácica (p.48), com algum destaque inclusive.

Carece, assim, explicitar/salientar, ao longo do texto, que a produção de Cirurgia Torácica do CHLN, em análise, apenas diz respeito ao Hospital de Santa Maria. Mais especificamente, como exemplo, refira-se o gráfico 8 (p. 62), onde apenas é referido CHLN, EPE (Centro Hospitalar que, organicamente, inclui o Hospital Pulido Valente), sendo a produção apresentada do Hospital de Santa Maria.

Importa ainda referir algumas questões de pormenor, assim como sugestões de aprofundamento de análise, cuja relevância é já relativa:

- Necessidade de correcção da nomenclatura relativa ao responsável pela gestão de serviço, ou seja a alteração do termo “chefe de serviços” para Director de Serviço, no caso do Serviço de Cirurgia Cardiorácica (p. 48; p. 51).
- Necessidade de referir o CHLN aquando do comentário às listas de espera cirúrgica (p. 64), dado que, tal como o HUC, não tem lista de espera.
- Necessidade de referir o distrito de Leiria, e mais especificamente o C. H. das Caldas da Rainha, como área de referência do CHLN (p. 52).
- Solicitar, caso seja possível, a alteração do nº de internos atribuídos às áreas da Consulta Externa e Bloco Operatório, dado que, por lapso nosso, apenas foram colocados no Internamento.
- **Sugestão** de análise mais detalhada, em próximas auditorias, às situações de incumprimento dos Tempos Máximos de Resposta Garantidos, dado que os quatro casos no triénio, do CHLN, poderão eventualmente corresponder a doentes provenientes de outras instituições (vale cirúrgico), cujo tempo de espera é incorporado.

- No mesmo sentido, seria também interessante uma análise descritiva aos GDHs mais relevantes, quer pela quantidade, quer pelo ICM, de cada um dos serviços auditados.
- Há ainda a acrescentar, aquando da referência a boas práticas, que o CHLN, EPE, efectua o reporte regular e periódico de informação para efeitos de *benchmarking* de indicadores de produção e qualidade para uma empresa especializada, a nível Ibérico (IASist), comparando-se com os pares e com o grupo de hospitais com melhores indicadores.
- Por último, há a referir que a composição do conselho de administração foi alterada em 2011. O actual Conselho de Administração é composto pelo Presidente que acumula com o cargo de Director Clínico, pela Enfermeira-Directora e por três vogais. Neste contexto, há a salientar o art.º 3º do Decreto-Lei nº136/2010, de 27 de dezembro, relativo à produção de “efeitos a partir de 1 de Janeiro de 2011, sem prejuízo da manutenção dos actuais conselhos de administração, até ao final dos respectivos mandatos”.

Com os melhores cumprimentos,

Cristina Marques  
Lic. Assessoria de Direcção e Administração  
Assistente do Presidente do Conselho de Administração  
do Centro Hospitalar Lisboa Norte, E.P.E.  
Telef: 21 780 55 01  
TLM: 99250  
TLM: 91 979 23 96

Alegações – Auditoria aos Serviços de  
Cirurgia Cardiotorácica das Unidades  
Hospitalares do Serviço Nacional de  
Saúde

---



SÃO JOÃO

Índice .....	2
1 – Introdução .....	3
2 – Conclusões.....	3
3 – Recomendações .....	10
4 – Aumento potencial da produtividade .....	14

## 1 – Introdução

Após análise ao teor da proposta de Relatório final elaborado pelo Tribunal de Contas sobre o desempenho dos Serviços de Cirurgia Cardiorádica, cumpre-nos tecer os seguintes comentários. Gostaríamos ainda de realçar a máxima atenção que este pedido nos merece, numa perspectiva de melhoria continua que se pretende atingir no Centro Hospitalar de São João, E.P.E. e para a qual se têm desenvolvido esforços permanentes.

## 2 – Conclusões

### 1.1. MODELO DE GESTÃO DOS SERVIÇOS DE CIRURGIA CARDIOTORÁCICA

- ✓ *“Também no Hospital de São João, EPE, a Unidade Autónoma de Gestão de Cirurgia, onde está integrado o serviço de cirurgia torádica, não viu alcançada a sua autonomia, apesar de se encontrar estruturada, orgânica e funcionalmente, como uma unidade dotado de autonomia e constar do seu regulamento interno, a atribuição de um orçamento e mapa de pessoal próprio.”*

Com a criação do Centro Hospitalar de São João e, para além do cumprimento do imperativo legal, a revisão do Regulamento Interno constituiu uma oportunidade para repensar estrategicamente o modelo de funcionamento em vigor desde Março de 2006.

As alterações que reflectem as orientações estratégicas do Conselho de Administração estão incorporadas no novo Regulamento Interno, remetido para aprovação à Tutela, cuja revisão obedeceu aos seguintes pressupostos fundamentais:

- A consolidação e o reforço do modelo de gestão intermédia desconcentrada como estratégia para maximizar a partilha de recursos e a criação de sinergias para atingir os mais elevados níveis de eficiência;
- O reforço do processo de contratualização interna como instrumento para garantir a melhor aplicação dos recursos financeiros disponíveis tendo em vista o equilíbrio económico e a sustentabilidade do Centro Hospitalar de São João.

Adicionalmente, a constituição das UAGs e respectivos Serviços associados não aconteceu de forma arbitrária, mas sim tendo em conta as características e particularidades de cada Serviço

que a constitui, sendo que constituem pressuposto fundamental ao modelo empresarial adoptado, assegurando o adequado nível local de autoridade e responsabilidade.

## 1.2 DESEMPENHO DOS SERVIÇOS DE CIRURGIA CARDIOTORÁCICA

### Internamento

- ✓ *“Relativamente à utilização dos recursos físicos dos serviços, verifica-se que a demora média se situou entre os 7 dias, nos Hospitais da Universidade de Coimbra, EPE, e os 10 dias, no Centro Hospitalar Lisboa Central, EPE e no Hospital de São João, EPE.”*
- ✓ *A taxa de ocupação das camas do internamento apresenta valores próximos de uma plena utilização dos recursos disponíveis no Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE, e no Hospital de São João, EPE, cifrando-se, em 2010, em cerca de 93% e 87%, respetivamente.”*

As conclusões retiradas no Relatório sobre a avaliação global dos indicadores de desempenho não entraram em linha de conta com outros indicadores fundamentais neste domínio como são: a relação entre o número de doentes saídos e o número de doentes operados, já que um Serviço com estas características será tanto mais eficaz quanto melhor for esta *ratio*; como o ICM também não foi ponderado quando é certo que a complexidade dos doentes é decisiva, por exemplo, na demora média e na mortalidade registada na linha de produção do internamento.

Por outro lado, apontar ausência de Lista de Espera como sinónimo de qualidade sem ponderá-la também e, obrigatoriamente, pela área de influência do hospital não parece ser correcto, já que é sabido que quanto maior for esta última, potencialmente maior será a primeira, sem que isso seja sinónimo automático de ineficiência.

Deste modo, as conclusões insertas neste Relatório nas páginas 15 e 16, a respeito do desempenho do internamento, seriam outras se fossem tomados em consideração os itens avaliativos acima referidos.

### Actividade cirúrgica

- ✓ *“No Hospital de São João, EPE, ocorreu uma diminuição da produtividade, no triénio, na ordem dos 8%, que resultou da estagnação da produção e do aumento do número de médicos afetos ao bloco operatório.”*

Não obstante a forma clara como foram apresentados os indicadores utilizados para avaliar o desempenho dos Serviços, entendemos que o indicador utilizado para medir a “produtividade dos profissionais médicos” é relativamente limitativo. De facto, a consideração da simples quantidade de médicos especialistas afectos à actividade cirúrgica como denominador da produtividade (N.º de doentes operados p/ médico especialista) não traduz de forma real a produtividade dos Serviços. Ao invés, se considerarmos o n.º de médicos especialistas ETC como denominador da produtividade, o indicador (N.º de doentes operados p/ médicos especialistas ETC) torna-se mais abrangente na medida em que se tem em conta não apenas o n.º de médicos mas sobretudo o n.º de horas efectivas de trabalho prestadas pelos médicos, permitindo inclusivamente efectuar uma análise comparativa entre os Serviços das Unidades Hospitalares auditadas.

Com o objectivo de demonstrar as diferenças acima referidas, evidenciamos em baixo os resultados obtidos para as 4 unidades hospitalares auditadas relativamente aos dados da actividade do ano de 2010:

Bloco Operatório	CHLN Santa Maria	CHLC Santa Marta	Hosp Univ Coimbra	H São João
N.º de doentes operados	1319	1175	1662	1556
N.º médicos especialistas	14	12	8	13
N.º médicos especialistas ETC	8,4	6,9	7,0	6,6
N.º de doentes operados p/ médico especialista	94	98	208	120
N.º de doentes operados p/ médicos especialistas ETC	157	170	237	236

Se analisarmos a evolução do indicador da produtividade ao longo do triénio 2008-2010 relativamente ao Hospital de São João, E.P.E. verificamos os seguintes resultados:

Bloco Operatório	H São João		
	2008	2010	Δ% 2008-2010
N.º de doentes operados	1557	1556	0%
N.º médicos especialistas	12	13	8%
N.º médicos especialistas ETC	6,3	6,6	4%
N.º de doentes operados p/ médico especialista	130	120	-8%
N.º de doentes operados p/ médicos especialistas ETC	246	236	-4%

Conforme verificamos no quadro acima, a utilização do denominador n.º de médicos especialistas ETC induz uma variação negativa de cerca de 4% no indicador relativamente ao triénio 2008-2010.

- ✓ *“Em termos da utilização da capacidade física instalada, a taxa de utilização do bloco operatório situou-se, em 2010, acima dos 80% em 3 das 4 unidades, com destaque para os Hospitais da Universidade de Coimbra, EPE, que ultrapassou os 90%. No Hospital de São João, EPE, foi de apenas 66%, resultado da diminuição no triénio.”*

Sem prejuízo do método de cálculo utilizado pelos autores do Relatório, no item taxa de utilização do BO, o valor de 66% não corresponde, de todo, à verdade material dos factos. Admite-se em abono da verdade que esta taxa possa resultar do SONHO, porém, não deixa de ser menos verdade que o SAM fecha o tempo cirúrgico aquando do registo da intervenção, normalmente realizado pelo cirurgião principal, quando simultaneamente, na maioria das vezes, o doente ainda se encontra na sala a ser suturado pelo cirurgião ajudante, ou seja, em pleno acto cirúrgico. De resto, era de todo inverosímil que, com esta baixíssima taxa de ocupação, o Serviço pudesse ter operado 1.556 doentes em 2011, mais que o HSM e do HS Marta, quando estes apresentam taxas de ocupação superiores ao HSJ. Como meio de ultrapassar este aparente subaproveitamento da capacidade instalada, durante o ano de 2012 serão implementadas medidas de recolha de dados fiáveis e fidedignas e alterados procedimentos, que permitirão repor os verdadeiros valores de ocupação e utilização desta área cirúrgica.

### Acesso à Consulta Externa e Cirurgia

- ✓ *“Nas restantes unidades hospitalares, o número de doentes em lista de espera para consulta da especialidade, em 2010, era de 23, no Centro Hospitalar Lisboa Central, EPE, e de 39, no Hospital de São João, EPE, o que correspondeu a um crescimento para mais do dobro, face ao verificado no início do triénio. O tempo médio de espera no Centro Hospitalar Lisboa Central, EPE é, no entanto, reduzido, tendo-se mantido estável. No Hospital de São João, EPE, é um pouco mais elevado, 38 dias, tendo subido claramente relativamente à situação no início de 2008.”*



- ✓ *“Os maiores números de utentes em espera verificam-se no Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE e no Hospital de São João, EPE, embora em ambos se tenha verificado uma redução no tempo de espera desses mesmos doentes comparando o final com o início do triénio.”*
- ✓ *“Os tempos de espera efetivos até à realização da cirurgia cardiotorácica (...) no Hospital de São João, EPE, uma descida de 60 para 39 dias, nos mesmos anos.”*

Como já tivemos oportunidade de referir anteriormente, não se pode isolar a análise, quer da LEC, quer da LIC, de outros factores que são determinantes na sua avaliação como em especial a área de referenciação dos doentes. Se o HSJ possui, tal como indicado no Relatório, uma área de referenciação que abrange 2.324.227 cidadãos e o HUC 679.792 (vide pág.52), não se pode penalizar o primeiro por ter uma lista maior que o segundo. Ela é naturalmente maior e, admitindo o próprio Relatório, o HSJ reduziu o tempo de espera para cirurgia no triénio em apreço, e que a taxa de cumprimentos dos tempos máximos de resposta se aproxima dos 96%, mais se reforça a conclusão de que o caminho traçado pelo Serviço de Cirurgia Cardiotorácica do HSJ demonstrou um claro sinal de eficiência neste domínio.

#### **Situação actual e tendência de evolução da Cirurgia Cardiotorácica**

- ✓ *“Relativamente à procura anual estimada para 2012-2016, verifica-se que esta se encontra abaixo da capacidade efetiva de produção declarada pelos Centros Hospitalares de Lisboa Norte e Central, bem como pelo Centro Hospitalar de São João, EPE. A capacidade efetiva de produção declarada implicaria a utilização de mais recursos físicos e humanos. Sem esse investimento, a oferta permite ainda responder à procura estimada.”*

Estamos de acordo com as conclusões formuladas no Relatório no que toca à potencial estagnação da procura em cirurgia cardiotorácica. No entanto, no que diz respeito à cirurgia das cardiopatias congénitas deverá ser enfatizada a necessidade dos Serviços eleitos para essa actividade serem Serviços integrados no SNS com cultura, experiência acumulada e capacidade formativa.

### Custos associados à especialidade de Cirurgia Cardiorácica

- ✓ *“Os custos diretos unitários médios por doente operado variaram entre os € 6.682 e os € 7.536, ao longo do triénio, verificando-se que existem diferenças significativas entre os custos unitários das várias unidades hospitalares. Destacam-se os serviços de cirurgia cardiorácica dos Hospitais da Universidade de Coimbra, EPE, e do Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE, ao apresentarem custos unitários substancialmente inferiores aos verificados nos serviços do Hospital de São João, EPE, e do Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE (os custos diretos unitários do serviço de cirurgia cardiorácica do Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE, foram, no triénio, superiores em 64%, 68% e 90%, respetivamente, aos custos do serviço mais eficiente, no caso do serviço do Hospital de São João, EPE, estes valores foram de 57%, 85% e 85%).”*

Tratar doentes mais complexos, isto é, com um ICM superior é sinónimo de custos mais elevados. Deste modo, sendo estas duas realidades indissociáveis, a sua análise e conclusão não pode ter outro significado que não o de apresentarem a mesma tendência. Porém, já não é líquido (ainda que se admita por falta de outros critérios mais apurados) aceitar sem reservas e retirar daí conclusões seguras que os dois factores variam sempre na mesma proporção, isto é, numa relação directa. Por isso, devemos ser cautelosos nas apreciações que com base unicamente nestas realidades são produzidas.

Ora tendo por base o postulado acima referido, o Relatório não nos surpreende nos apuramentos dos custos imputados ao HSJ, porém, não podemos deixar de ficar indiferentes quando estes custos são comparados com os dos HUC apontado como o Serviço mais eficiente. Reiteramos que esta comparabilidade não nos parece ajustada quando é certo que o HUC têm um ICM muito mais baixo que o HSJ, pelo que invariavelmente terá que ter uma estrutura de custos mais baixa.

Finalmente, julgamos relevante realçar que o HSJ apresenta resultados operacionais positivos, o que não se verifica em outras instituições de dimensão e estrutura semelhantes, o que traduz, em nosso entender, um elevado nível de eficiência económica da generalidade dos Serviços que integram a Instituição.

## 7. EXECUÇÃO E FINANCIAMENTO DA ATIVIDADE DAS UNIDADES HOSPITALARES

### 7.1.3. ATIVIDADE CIRÚRGICA

- ✓ *“Do conjunto das unidades hospitalares auditadas, os HUC, EPE, foram a unidade com a taxa de execução mais elevada, de 140,94% e 124,54%, em 2009 e 2010, respetivamente. O HSJ, EPE, foi o que registou um desempenho menos positivo, nesta linha de produção, ficando-se por uma taxa média de execução de 72,54%, no triénio.”*

No que respeita à taxa de execução apresentada, gostaríamos de salientar que os dados mencionados em termos de Realizado versus Previsto reflectem realidades distintas, pelo que não são directamente comparáveis. Este mesmo facto poderá ser constatado no mapa extraído do *SONHO* que segue em anexo (*Mapa 518 - Sonho*). O número apresentado em termos de Plano de Desempenho corresponde ao conceito explícito na 1.ª Tabela do mapa em anexo (denominada Intervenções), sendo que o Relatório e Contas relata o valor apresentado na 2.ª Tabela (denominada Doentes). Neste sentido, a taxa média de execução no triénio, cifrou-se em 119%, pelo que agradecemos a rectificação da respectiva conclusão.

HSJ	2008			2009			2010		
	Previsto	Realizado	Taxa de Execução	Previsto	Realizado	Taxa de Execução	Previsto	Realizado	Taxa de Execução
	39.838	52.243	131,14%	47.423	54.433	114,78%	49.638	54.945	110,69%

### 3 – Recomendações

1. *Ponderar a reorganização dos serviços de cirurgia cardiotorácica, otimizando os recursos existentes, em função de uma avaliação das estruturas, processos e resultados, que justifiquem a implementação de centros de responsabilidade.*
2. *A decisão de nomeação para o cargo de diretor de serviço deve ser tomada tendo em conta o perfil adequado do profissional às tarefas de gestão hospitalar, nas áreas de organização, de regulação, do controlo de gestão e de avaliação dos processos e resultados.*

Conforme já referido anteriormente, com a criação do Centro Hospitalar de São João e, para além do cumprimento do imperativo legal, a revisão do Regulamento Interno constituiu uma oportunidade para repensar estrategicamente o modelo de funcionamento em vigor desde Março de 2006.

As exigências e os desafios com que o Centro Hospitalar de São João hoje se confronta acarretam alterações a vários níveis e obrigam, inexoravelmente, ao ajustamento da actual estrutura orgânica de modo a garantir a optimização dos processos que se pretendem desenvolver e o cumprimento dos objectivos estabelecidos.

As alterações que reflectem as orientações estratégicas do Conselho de Administração estão incorporadas no novo Regulamento Interno, remetido para aprovação à Tutela, cuja revisão obedeceu aos seguintes pressupostos fundamentais:

- A consolidação e o reforço do modelo de gestão intermédia desconcentrada como estratégia para maximizar a partilha de recursos e a criação de sinergias para atingir os mais elevados níveis de eficiência;
- O reforço do processo de contratualização interna como instrumento para garantir a melhor aplicação dos recursos financeiros disponíveis tendo em vista o equilíbrio económico e a sustentabilidade do Centro Hospitalar de São João.

De acordo com os pressupostos enunciados, na área de produção clínica mantêm-se as unidades autónomas de gestão (UAG) de Medicina, de Cirurgia e da agora designada UAG da Urgência e Medicina Intensiva. Mantendo o modelo de gestão intermédia e de agregação de áreas afins, o Regulamento Interno do Centro Hospitalar de São João contempla a criação da Clínica da Mulher e do Hospital Pediátrico Integrado, autonomizando-se, assim, as áreas da mulher e da pediatria. Para além da UAG da Mulher e da Criança extinguem-se também a UAG

de Saúde Mental que passa a designar-se Clínica de Psiquiatria e Saúde Mental, e a UAG dos MCDT, constituindo-se, em sua substituição, os Centros Autónomos de Imagiologia e de Medicina Laboratorial.

Adicionalmente, a constituição das UAGs e respectivos Serviços associados não aconteceu de forma arbitrária, mas sim tendo em conta as características e particularidades de cada Serviço que a constitui, sendo que constituem pressuposto fundamental ao modelo empresarial adoptado, assegurando o adequado nível local de autoridade e responsabilidade.

- 3. Providenciar pela implementação de modelos de custeio que produzam informação fiável e atual e permitam a obtenção de custos reais detalhados da atividade, por doente, que possa ser utilizada como ferramenta de gestão, particularmente importante no âmbito de um processo de reforço da autonomia de gestão e correspondente responsabilização pelos resultados.*

A compreensão e apuramento do Custeio das principais actividades assistenciais do CHSJ e actos médicos relacionados é um dos objectivos estratégicos do actual CA, dado revestir-se de um carácter essencial no sentido de dotar o Hospital das ferramentas adequadas à quantificação real dos seus resultados. Assim, é objectivo do CHSJ a implementação de um Sistema de Custeio por Actividades, que permita nomeadamente a elaboração de uma conta de exploração por linha de actividade e Serviço, estando já a ser desenvolvido um projecto neste sentido.

A expectativa que existe é de que este projecto permita conhecer com um rigor e uma correcção muito significativos a informação do custeio por actividades do CHSJ.

- 4. Divulgar, no sítio da internet institucional, informação sobre o desempenho dos serviços cardiorácicos, especificando indicadores de estrutura, produtividade e resultados.*

Actualmente, são já disponibilizados na Intranet do CHSJ uma panóplia de indicadores de qualidade, eficiência e financeiros por Serviço, que estão acessíveis a toda a comunidade hospitalar.

Paralelamente, no Relatório e Contas Anual, acessível no sítio da internet institucional, é também disponibilizada uma série de indicadores por Serviço (Lotação, Doentes Saídos,

Demora Média, Taxa de Ocupação, Actividade Cirúrgica, Taxa de Acessibilidade, Lista de Inscritos para Cirurgia, Lista de Espera para Consulta), indo assim ao encontro do princípio de boa gestão pública, o que implica prestar toda a informação, nomeadamente de qualidade, à comunidade e aos utilizadores do CHSJ.

Adicionalmente, encontra-se em implementação o projecto de *Business Intelligence* que tem por objectivo a criação de uma plataforma de *Business Intelligence* que permitirá aos órgãos de gestão do Hospital estruturar e relacionar toda a Informação que a Instituição produz procurando ter uma visão mais clara e consistente do desempenho da organização, com vista a promover qualidade e a eficiência bem como controlar e reduzir os custos. Contudo, esta solução terá também uma forte aposta no sentido de auxiliar aqueles que mais precisam de informação no momento da prestação de cuidados de saúde, procurando funcionar como um sistema de apoio à decisão clínica.

5. *Promover a troca de informação e a comparação de indicadores de desempenho entre os vários serviços de cirurgia cardiotorácica, para desenvolver formas de colaboração entre os serviços e estabelecer o benchmarking regular do desempenho.*
6. *Promover os exemplo de boas práticas identificados no Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE, relativo ao acompanhamento dos doentes intervencionados e transplantados e ao reporte regular e periódico de informação estatística à Associação Europeia de Cirurgia Cardiotorácica, permitindo o benchmarking de indicadores de produção e de qualidade, aos níveis individual, serviço, nacional e internacional, bem como a existência de informação para a investigação nesta área.*

Para além de uma avaliação interna é também preocupação do CHSJ avaliar a sua posição relativa face aos hospitais equivalentes. Esta preocupação prende-se com a necessidade de identificar oportunidades de melhoria, isto é, o seu potencial de melhoria quer ao nível de eficiência quer ao nível da qualidade.

Neste sentido, o CHSJ contratou um Serviço de *benchmark* – Perfil de Direcção Clínica - à empresa *lasist*.

O Perfil de Direcção Clínica (PDC) é um sistema executivo de informação e de apoio à gestão que permite comparar o desempenho de um hospital e dos seus Serviços com padrões construídos a partir da informação de rotina de um conjunto de hospitais similares

criteriosamente seleccionados (utiliza bases de dados de carácter clínico, essencialmente, de Espanha). Esta ferramenta de *benchmarking* usa exclusivamente os dados existentes na base de dados dos GDH, para produzir indicadores de eficiência funcional e de qualidade assistencial – como é o caso da demora média, rácio de ambulatorização cirúrgica, taxas de mortalidade, de complicações e de readmissões - ajustados pela casuística ou pelo risco clínico dos doentes, para terem real significado económico e clínico.

Estes indicadores são desdobrados por Serviços Clínicos permitindo identificar objectivamente as áreas clínicas de excelência assim como áreas que exigem melhorias, e aprofundar a análise até ao nível individual do doente de forma a apurar a origem dos desvios.

Adicionalmente, apenas gostaríamos de salientar a este respeito que, a exemplo de outros países, a existência de um registo nacional obrigatório e auditado seria essencial para que no futuro, em trabalhos como este, se pudesse avaliar a performance cirúrgica ajustado ao risco esperado. Por outro lado, a adopção desta iniciativa seria um óptimo contributo para implementar e desenvolver boas práticas em cirurgia cardiorácica e patroginar *benchmarking* com diferentes Serviços.

No que ao CHSJ diz directamente respeito, podemos referir que nos encontramos bem posicionados, já que assumimos doentes de maior risco que todos os outros hospitais, com resultados não inferiores em termos de readmissões e taxas de mortalidade.

- 7. Considerando a indispensabilidade de avaliar os mecanismos de controlo instituídos, de forma a validar a sua adequação, designadamente, ao desencorajamento e minimização das actividades potenciadoras de fraude, devem os conselhos de administração das unidades hospitalares auditadas, proceder à elaboração do relatório de acompanhamento de execução do plano de gestão de riscos de corrupção e infrações conexas.*

Com a criação do novo Centro Hospitalar, e estando em fase de aprovação do novo Regulamento Interno, está prevista a criação do Gabinete de Auditoria Interna e Combate à Fraude e conseqüente reforço da sua importância no seio da Instituição.

O papel de incentivo à Auditoria Interna no apoio na prevenção, detecção e reporte das actividades potenciadoras de fraude é bem patente na nova denominação prevista em termos

do Regulamento Interno como Gabinete de Auditoria Interna e Combate à Fraude. Simultaneamente, é de realçar o papel da Auditoria Interna na elaboração e implementação do Plano de Gestão de Riscos de Corrupção e Infracções Conexas, cabendo-lhe um papel fundamental, quer na assessoria que presta ao Conselho de Administração nesta matéria e simultaneamente enquanto responsável pela organização, operacionalização e acompanhamento desse Plano, emitindo um Relatório anual da sua execução e propondo a sua revisão quando aplicável.

#### 4 – Aumento potencial da produtividade

- ✓ *“Solicita-se ainda que o Centro Hospitalar se pronuncie em particular e com maior detalhe sobre os recursos financeiros e logísticos necessários e sobre a viabilidade do eventual aumento de actividade do serviço de cirurgia cardiorácica para 1800 doentes operados/ano se necessário. No decurso da Auditoria, foi comunicado pelo Administrador da UAGC que “Existe no entanto uma capacidade operatória instalada (BOs) que suportaria, se necessário, um aumento de actividade para 1800 doentes operados se acompanhada com um ligeiro aumento do número de camas de UCI (2-3) e de Enfermaria (3-5), o que seria difícil do ponto de vista financeiro e logístico.”*

Na realidade, a actual capacidade operatória disponível do Serviço de Cirurgia Cardiorácica permitiria elevar de 1.630 para 1.800 o total número de doentes a operar correspondendo a +10,4%.

Esta intenção seria possível de concretizar desde que fossem assegurados 3 pressupostos a saber:

- Capacidade para assegurar a estrutura de recursos físicos e humanos indispensável a este aumento, o que significaria, conforme mais detalhe abaixo, um aumento dos custos operacionais globais do Serviço.
- Manutenção do actual apoio da UCI pediátrico às crianças intervencionadas no Serviço, permitindo assim dispor de camas livres na UCI da cardiorácica para fazer face ao aumento da produção.
- Estabilidade do ICM, dado que, se este subir é expectável que os doentes requeiram maior tempo operatório, utilizem mais dias de internamento aumentando a demora média, com repercussões na produção do Serviço que poderão inviabilizar o crescimento estimado.



O aumento estimado de doentes a operar seria então de +170 por ano, o que representaria aproximadamente +14,6 doentes por mês, +3,5 doentes por semana, ou seja +1 doente de 2 em 2 dias.

Os recursos logísticos entendidos como necessários a este crescimento passariam por:

- Aumento entre 2/3 camas de UCI, tendo em conta que as actuais 10 camas se encontram diariamente com uma lotação muito próxima de 100%, e o Serviço empreende um esforço notável de libertar todos os dias 6/7 camas de modo a não comprometer a actividade operatória.
- Aumento entre 3/5 camas de internamento, dado que sem esse reforço a taxa de ocupação passaria para 93,87%, podendo rapidamente subir para 97% ou 98% no caso da alteração do estado de saúde de alguns dos doentes que prolongassem a demora média no Serviço para além dos dias normais, situação limite de toda a evitar.
- Realocar a actual área de consulta externa noutra local com idênticas condições, de modo a libertar espaço para alargar a UCI bem com o internamento por via do aumento de lotação proposto.
- Assegurar mais tempo de Anestesiologia (+6horas/semana) permitindo utilizar em todas as semanas o turno da manhã da 3ª sala às sextas-feiras (hoje livre) por falta desse apoio, o que permitiria operar pelo menos 42 doentes dos 170 propostos.
- Ao nível de recursos humanos seria necessário contratar 4 assistentes operacionais, para reforço de +1 elemento no período da manhã e tarde no internamento e na UCI.
- Ao nível dos recursos financeiros este aumento da produção envolveria um aumento em termos de custos assim distribuídos:
  - +533.312,25€ em Produtos Farmacêuticos e Material de Consumo Clínico (+10.4% de 5.128.089,00 registados em 2011).
  - + 42.880,36€ em custos com as 4 contratações de Assistentes Operacionais.

**BLOCO OPERATORIO**  
**DISTRIBUICAO DE INTERVENCOES CIRURGICAS POR ESPECIALIDADE**  
**Urgentes/Programadas/Outras**

Secr. Internamento

Periodo de 01/01/2010 a 31/12/2010

Intervencoes

	URG.	PROG.	ADIC.	PEC.	PACO	OUTRA	TOTAL
ANESTESIA	0	35	0	0	0	0	35
BO RADIOL.INTERV.-ACESSOS VASO		30	12	0	0	0	42
C.GERAL-U.F. AMBULATORIO	0	861	0	0	0	2	863
C.GERAL-UF PAT VESICULA BILIAO		591	284	0	0	0	875
C.GERAL-U.F. PATOLOGIA TIROID1		626	100	0	0	2	729
C.GERAL-U.T.C.OBESIDADE	0	274	0	0	0	1	275
CIRURGIA CARDIOTORACICA	137	2217	530	0	0	8	2892
CIRURGIA GERAL	1098	3362	213	0	0	85	4758
CIRURGIA PLASTICA	672	3110	1236	0	0	1	5019
CIRURGIA VASCULAR	264	1156	1464	0	0	1	2885
DERMATOLOGIA	0	1542	0	0	0	0	1542
ESTOMATOLOGIA	3	1579	0	0	0	0	1582
GINECOLOGIA	95	2191	347	0	0	0	2633
NEFROLOGIA	1	150	0	0	0	0	151
NEUROCIRURGIA	497	660	313	0	0	1	1471
OBSTETRICIA	799	240	0	0	0	2	1041
OFTALMOLOGIA	165	2217	11	0	0	0	2393
OFT-UF CORNEA, OCULO-PLT, ORBIT6		705	428	0	0	0	1139
OFT-UF ESTRABISMO E OFT PEDIAO		227	0	0	0	0	227
OFT-U.F. GLAUCOMA	0	221	0	0	0	0	221
OFT-U.F. IMPLANTO-REFRACTIVA	0	5579	2	0	0	0	5581
OFT-U.F. VITREO RETINA	1	1961	579	0	0	0	2541
ORTOPEDIA	1495	2128	465	0	0	4	4092
ORT-UF D PAT DEG COL VERTEBRA2		400	23	0	0	0	425
OTORRINOLARINGOLOGIA	193	2757	435	0	0	1	3386
PEDIATRIA CIRURGICA	1098	1466	650	0	0	0	3214
TRANSP RENAIS	2	0	0	0	0	0	2
U.C.I.NEUROCRITICOS	2	0	0	0	0	0	2
U.C.I.P.-URGENCIA	1	0	0	0	0	0	1
U.F. "PAVIMENTO PELVICO"	0	363	225	0	0	2	590
UROLOGIA	1727	2017	594	0	0	0	4338
<b>TOTAIS GERAIS</b>	<b>8259</b>	<b>38665</b>	<b>7911</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>110</b>	<b>54945</b>

(Mapa n. 518)

**BLOCO OPERATORIO**  
**DISTRIBUICAO DE INTERVENCOES CIRURGICAS POR ESPECIALIDADE**  
**Urgentes/Programadas/Outras**

Secr. Internamento

Periodo de 01/01/2010 a 31/12/2010

	Doentes						TOTAL
	URG.	PROG.	ADIC.	PACO	PEC.	OUTRA	
ANESTESIA	0	35	0	0	0	0	35
BO RADIOL. INTERV. -ACESSOS VASC	0	30	12	0	0	0	42
C.GERAL-U.F. AMBULATORIO	0	672	0	0	0	1	673
C.GERAL-UF PAT VESICULA BILIAR	0	416	239	0	0	0	655
C.GERAL-U.F. PATOLOGIA TIROIDE	1	459	86	0	0	2	548
C.GERAL-U.T.C.OBESIDADE	0	257	0	0	0	1	258
CIRURGIA CARDIOTORACICA	110	1246	200	0	0	7	1563
CIRURGIA GERAL	768	2219	173	0	0	45	3205
CIRURGIA PLASTICA	265	1687	399	0	0	1	2352
CIRURGIA VASCULAR	218	904	813	0	0	1	1936
DERMATOLOGIA	0	1432	0	0	0	0	1432
ESTOMATOLOGIA	3	907	0	0	0	0	910
GINECOLOGIA	64	810	164	0	0	0	1038
NEFROLOGIA	1	150	0	0	0	0	151
NEUROCIRURGIA	435	541	200	0	0	1	1177
OBSTETRICIA	750	221	0	0	0	2	973
OFTALMOLOGIA	116	2079	4	0	0	0	2199
OFT-UF CORNEA, OCULO-PLT, ORBITA	3	565	217	0	0	0	785
OFT-UF ESTRABISMO E OFT PEDIAT	0	183	0	0	0	0	183
OFT-U.F. GLAUCOMA	0	204	0	0	0	0	204
OFT-U.F. IMPLANTO-REFRACTIVA	0	2826	1	0	0	0	2827
OFT-U.F. VITREO RETINA	1	718	164	0	0	0	883
ORTOPEDIA	1205	1613	440	0	0	4	3262
ORT-UF D PAT DEG COL VERTEBRAL	1	196	11	0	0	0	208
OTORRINOLARINGOLOGIA	172	1261	150	0	0	1	1584
PEDIATRIA CIRURGICA	915	1067	479	0	0	0	2461
TRANSP RENAIIS	2	0	0	0	0	0	2
U.C.I. NEUROCITICOS	2	0	0	0	0	0	2
U.C.I.P. -URGENCIA	1	0	0	0	0	0	1
U.F. "PAVIMENTO PELVICO"	0	196	176	0	0	2	374

(Mapa n. 518)

BLOCO OPERATORIO  
DISTRIBUICAO DE INTERVENCOES CIRURGICAS POR ESPECIALIDADE  
Urgentes/Programadas/Outras

Secr. Internamento

Periodo de 01/01/2010 a 31/12/2010

UROLOGIA	783	1151	501	0	0	0	2435
-----							
TOTAIS GERAIS	5816	24045	4429	0	0	68	34358

(Mapa n. 518)

## 6. Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE

2012-Jun-15 05:10 PM CHUC - CA 239822291  
239822291

1/1 DA-VI

### Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, E.P.E.

CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO

PARA/TO:	Exmo. Senhor Director –Geral do Tribunal de Contas	FAX Nº 21 7936033
DE/FROM:	Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, E.P.E. Conselho de Administração	Fax n.º 239 822291
Total de páginas incluindo esta: 1		

*Agradecemos o contacto caso não seja recebida a totalidade das páginas*

S/Ref.

S/Comun.

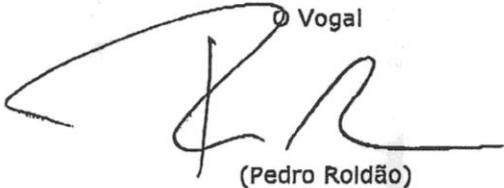
N/Ref. Of. nº  
808

Data  
15.06.2012

**Assunto:** Auditoria aos Serviços de Cirurgia Cardiorácica das unidades hospitalares do Serviço Nacional de Saúde – processo n.º 29/11-AudIt

Da análise do processo de auditoria supra referenciada, aprez-nos registar que o relatório expressa de uma forma fidedigna a actividade asslstencial do Centro de Responsabilidade de Cirurgia Cardiorácica do actual Centro Hospitalar e Unversitário de Coimbra, EPE.

Atenciosamente e com os melhores cumprimentos.

  
O Vogal  
(Pedro Roldão)

[proldao@huc.min-saude.pt](mailto:proldao@huc.min-saude.pt)

BGTC 18 06'12 13012

PR/PO

Av. Bissaya Barreto / Pet.ª Prof. Mota Pinto  
3000-075 Coimbra  
e-mail: [casec@huc.min-saude.pt](mailto:casec@huc.min-saude.pt)

Tel.: 239 400 407 / 607

Fax: 239 822 291



## 7. Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, IP

'-06-12;19:27 ;

;218499723

# 1/



Exmo. Senhor  
Auditor-Coordenador do  
Tribunal de Contas  
Dr. José António Carpinteiro  
Av. Barbosa du Bocage, 61  
1069-045 Lisboa

Sua Referência	Sua Comunicação de	Nossa Referência	Data
OF. 9867/12	30-05-2012	Of. 12774/12/SD Proc. 1123/12/SD CD	

**Assunto:** Auditoria aos serviços de cirurgia cardiotorácica das unidades hospitalares do Serviço Nacional de Saúde  
- DA VI-ÚAT 1 - Proc.29/11-Audit.

O Presidente do Conselho Diretivo da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, I.P. (doravante designada por "ARSLVT, IP,") foi notificado do "Relato de Auditoria" (doravante designado por "Relato") desse Tribunal, no âmbito do Processo acima referenciado, para efeitos de contraditório, nos termos do artigo 13º e 87º, nº 3 da Lei nº 98/97, de 26 de agosto, com as alterações que lhe foram introduzidas pela Lei nº 48/2006, de 29 de agosto.

Após solicitado pela ARSLVT, IP, esse Tribunal deferiu a prorrogação do prazo para emissão de pronúncia até ao dia 27/06/2012, conforme fax de 19/06/2012.

Neste contexto serão adiante aduzidos, numa perspetiva construtiva, os esclarecimentos que se consideram pertinentes para contribuir para a aprovação da versão definitiva do Relato.

1 – No Projeto de Recomendações do Relato em análise formula-se recomendação dirigida aos Conselhos de Administração das unidades hospitalares, de promoção dos exemplos de boas práticas identificados no Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE (doravante CHLC, EPE), «...

Av. Estados Unidos da América nº75-77, 1749-096 Lisboa  
Tel. +351 218 424 800 | Fax. +351 218 499 723  
geral@arslvt.min-saude.pt | www.arslvt.min-saude.pt

*relativo ao acompanhamento de doentes intervencionados e transplantados e ao reporte regular e periódico de informação estatística à Associação Europeia de Cirurgia Cardiorácica, permitindo o benchmarking de indicadores de produção e de qualidade, aos níveis individual, serviço, nacional e internacional, bem como a existência de informação para a investigação nesta área».*

2 – O acompanhamento de doentes intervencionados e transplantados no CHLC, EPE a que o Relato alude e elege como boa prática a adotar nas restantes unidades hospitalares é realizado da seguinte forma:

- Realização de uma consulta após 30 dias da alta de internamento;
- Realização de inquérito telefónico, através da resposta a um questionário que é conduzido pelo pessoal de enfermagem, ao fim de 60 e 90 dias após a alta de internamento;
- Decorrido 1 ano o doente tem alta da cirurgia cardiorácica e passa a ser seguido na consulta de cardiologia;
- Referindo-se no Relato que *«Este procedimento veio substituir o acompanhamento que era feito ao nível da consulta por mais de 30 dias, por razões de comodidade do doente e também de redução de custos.»*

É ainda que proporciona as seguintes mais-valias: i) maior responsabilização do doente sobre a sua saúde, ii) melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem; iii) fonte de informação importante para estudos; iv) deteção precoce de complicações e encaminhamento; v) uniformização e melhoria do ensino para a alta; vi) relação de confiança e proximidade entre o utente/família e o serviço de cirurgia cardiorácica; vii) diminuição do período de internamento; e viii) existência de uma linha direta de atendimentos e apoio de enfermagem para os utentes.

3 – Este procedimento diverge das práticas seguidas nas outras unidades hospitalares visadas no Relato, nas quais o *follow-up* dos doentes intervencionados no serviço de cirurgia cardiorácica se realiza através de uma consulta pós-operatória, após o que o doente é de imediato transferido para a consulta de cardiologia continuando a ser acompanhado nessa consulta durante cerca de 3, 5 ou mesmo 10 anos, sendo que, todas elas, apesar de não realizarem um tratamento específico da informação recolhida no follow-up, registam no processo do doente os dados das consultas de acompanhamento.

4 – Ora, sem prejuízo da importância que deverá ser atribuída aos sistemas internos de registo, armazenamento e reporte da informação clínica em referência, para efeitos quer estatísticos quer de investigação científica, **entende esta ARSLVT, IP que, os juízos de apreciação contidos na recomendação em referência se imiscuem em matérias do foro clínico, para o qual estão vocacionados e tecnicamente melhor preparados elementos dos corpos médicos e científicos, pelo que se nos afigura que, e salvo o devido respeito, o exame e a conclusão sobre as**



melhores práticas clínicas de *follow-up* na sequência de intervenção de cirurgia cardiotorácica deverão ser conduzidos por pessoas tecnicamente preparadas nestas matérias, não integrando o âmbito de competências e poderes de controlo financeiro do TC, melhor descritos no art. 5.º da Lei n.º 98/97, de 26/08, na redação vigente.<sup>1</sup>

5 – Com efeito, a análise contida no Relato não se restringiu a análise da eficácia da gestão e da qualidade da informação a armazenar e a reportar tendo alargado essa análise às próprias práticas clínicas de acompanhamento do doente no período pós-cirurgia, sendo que, e reitera-se, entendemos que, neste domínio particular, e atentos os valores em causa, da saúde, do doente, e até a humanização dos cuidados médicos, deverão prevalecer as diretrizes de vozes de direção clínica.

6 - Na verdade, do ponto de vista clínico, será recomendável uma observação médica, regular e *in loco* do paciente durante o primeiro ano, ainda que tal acompanhamento seja feito na consulta de cardiologia, com o que se garantirá melhor qualidade e humanização dos serviços de saúde, vigilância e análise constante dos resultados dos procedimentos cirúrgicos, deteção precoce de complicações e acompanhamento, relação de confiança entre o médico e o utente/família, ao mesmo tempo que se garante a medição da qualidade dos serviços prestados e o armazenamento de informação relevante para estudos, com a consequente possibilidade do respetivo reporte.

7 - De resto, não foram obtidas evidências competentes e relevantes de que das práticas seguidas no CHLC,EPE resultem as mais-valias indicadas no Relatório, desde logo, a desejada otimização dos recursos disponíveis por via da referida redução de custos, com o que comprometido ficou o princípio de exatidão a que deve obedecer o Relato de Auditoria em crise.<sup>2</sup>

8 - Na verdade, não é possível concluir com segurança que das práticas adotadas pelo CHLC, EPE resultem ganhos provenientes de redução de custos, pois, um *follow-up* que suprime a humanização do cuidado em prol de um inquérito telefónico, conduzido por pessoal de enfermagem, e não do corpo médico, caracterizado pela ausência de observação médica *in loco*, poderá eventualmente originar menores ganhos em saúde, e até, maiores custos, derivados de

<sup>1</sup> E desde logo, a competência profissional dos auditores a qual, de acordo com o Manual de Auditoria e Procedimentos do Tribunal de Contas, Volume I, se afere através dos seguintes meios: i) Domínio das matérias relevantes ao exercício do controlo financeiro; ii) Domínio dos métodos e técnicas de auditoria do Tribunal e outros Geralmente utilizados; iii) Conhecimento da legislação financeira aplicável aos serviços, programas, projetos e contratos abrangidos pelo âmbito de poderes de jurisdição e controlo financeiro do TC; iv) Conhecimento dos regulamentos, resoluções e despachos e instruções do Tribunal incidentes sobre matérias relacionadas com o domínio das auditorias.

<sup>2</sup> Conforme consta do Manual de Auditoria e Procedimentos do Tribunal de Contas, Volume I, consultado em <http://www.tcontas.pt/pt/actos/manual.shtm> o relato deve ser exato e, para tal, a informação apresentada deve ser fidedigna. Nesta conformidade, as constatações e conclusões devem estar apoiadas em evidências competentes e relevantes, devidamente documentadas.

maiores cuidados médicos a prestar, resultantes de insuficiente avaliação clínica do doente no pós-operatório.

9 – Acresce que, e conforme resulta do teor do próprio Relato a recomendação em apreço resulta de um confronto das práticas seguidas nas quatro unidades visadas, pecando, desde logo, por apresentar uma amostra que não é coerente porque o Hospital de Santa Maria, atualmente integrado no Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE, (doravante designado CHLN) não realiza cirurgias torácicas pediátricas, nem cirurgias cardíacas pediátricas, nem transplantes cardíacos nem pulmonares. Deste modo, estamos a comparar serviços que do ponto de vista técnico não são totalmente comparáveis.

10 – Quanto à produtividade em internamento verifica-se que para a Região de Lisboa e Vale do Tejo (RLVT) os indicadores apresentados pelo Hospital de Santa Maria são bastante satisfatórios pois denotam uma taxa de crescimento, ao contrário do Hospital de Santa Marta, cujos indicadores demonstram uma diminuição, culminando com uma taxa de ocupação de 62% das camas disponíveis, bem como um decréscimo da produtividade de 9%, quando aumentou em 7% o número de médicos afetos ao internamento.

11 - A acessibilidade dos cidadãos às consultas de especialidade efetua-se através das Consultas Externas das diversas unidades de saúde do SNS e, no caso em apreço, verifica-se uma diminuição de 27% nas 1<sup>as</sup> consultas ao CHLN e um crescimento de 9% no CHLC.

De qualquer modo, apesar da referida diminuição das 1<sup>as</sup> consultas no CHLN, verifica-se um crescimento na percentagem das mesmas de 26% relativamente ao ano anterior e de 14% quanto a 2008.

No tocante ao CHLC apesar do referido crescimento das 1<sup>as</sup> consultas, verifica-se uma diminuição na percentagem das mesmas de 19% relativamente ao ano anterior e de 9% quanto a 2008.

A consulta de cardiorádica não é uma consulta de referenciação direta para os utentes do SNS pois estes são direcionados para a consulta de Cardiologia que posteriormente os reencaminha para esta especialidade. Esta é uma consulta intra-hospitalar e inter-hospitalar.

Seria de toda a conveniência analisar as implicações que a consulta de cardiologia poderá estar a ter na produção/acessibilidade a estas consultas.

12 – Em termos de atividade cirúrgica na RLVT verificou-se uma diminuição de 2% no CHLN e de 4% no CHLC.

Refere-se no Relato que “*relativamente ao CHLC, para o decréscimo da atividade contribuiu o fato de terem sido realizadas mais transplantes pulmonares, o que inviabilizou a realização de mais cirurgias cardíacas por razões que se prendem com a ocupação das camas da Unidade de*

*Cuidados Intensivos (UCI) e com a afetação do número de enfermeiros/dia (3) aos doentes transplantados. A complexidade da tipologia das intervenções cirúrgicas teve como efeito direto o aumento da taxa de utilização do bloco”.*

Deste modo, qualquer crescimento da atividade cirúrgica será sempre prejudicado pelo estrangulamento provocado pela UCI e, eventualmente, também pela falta de mais elementos de enfermagem. O número de médicos parece ser suficiente pois nos Hospitais da Universidade de Coimbra, EPE (HUC) e no Hospital de S. João (HSJ) <sup>3</sup> o número de doentes operados por médico especialista é de 208 e 120, respetivamente, sendo bastante superior aos indicadores do CHLN e CHLC, 94 e 98 doentes operados por médico.

Constata-se que no Relato, que no quadro da página 17 se refere como % de utilização do Bloco Operatório de 88% e no quadro da página 61 refere-se que o mesmo só teve uma Utilização de Tempo Total de 47%.

O Relato refere que *“com base em levantamentos internos, os Conselhos de Administração e dos serviços de cirurgia cardiotorácica dos Centros Hospitalares de Lisboa Central e Norte assumiram poder aumentar a produção em 309 e 150 cirurgias, respetivamente, para colmatar o hiato entre a produção atual e a capacidade de produção efetiva e disponível”.*

O que se constata da análise do Relato é que as unidades hospitalares supra indicadas, nestes três anos em análise, têm vindo sempre a diminuir a sua produção cirúrgica em 4% e 2%, respetivamente, pelo que carece de melhor esclarecimento a afirmação dos conselhos de administração poderem assumir um aumento de produção.

Ainda no Relato se refere que *“houve, no triénio 2008-2012, uma redução do número de doentes que aguardavam a realização de uma cirurgia cardiotorácica em 3 das 4 unidades hospitalares analisadas, tendo este número aumentado apenas no CHLC. Este aumento é, no entanto, pouco relevante, uma vez que foi acompanhado da redução da mediana do tempo de espera desses doentes, de 109 para 95 dias”.* Isto significa que entraram novos doentes em lista de espera, mas como a média do tempo de espera (TE) subiu 76% significa que os doentes mais antigos permaneceram na lista de espera.

Ora, constata-se, que em números absolutos, teve um aumento de 42% no número de doentes em lista de espera (186).

13 – Refere-se ainda no Relato que *“no que respeita à referenciação (2008-2010), nenhuma das unidades hospitalares auditadas reencaminhou doentes com necessidade de intervenção em cirurgia cardiotorácica para qualquer entidade de saúde do setor social ou privado”.*

De notar que em anterior auditoria realizada pelo Tribunal de Contas à execução do Acordo de Cooperação celebrado entre a ARSLVT, IP e a CVP – SGH, SA – Processo nº 01/09-Audit, se

<sup>3</sup> Esta unidade hospitalar possui um ICM superior às outras entidades (5.45).

constatou que "foram referenciados pelo Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE, Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE, Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE, Hospital de Garcia de Orta, EPE, utentes para a especialidade cardiorácica do Hospital da Cruz Vermelha (cardiologia pediátrica e cirurgia cardíaca a adultos), por não terem capacidade de resposta, em tempo útil, para realizarem essas cirurgia e por considerarem que algumas eram de elevado risco clínico, sem prévia avaliação da capacidade de resposta dos restantes hospitais da Rede de Referência da Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo", abrangendo parte do período agora em análise 2008/2010.

"A referência de utentes para o Hospital da Cruz Vermelha Portuguesa, na especialidade de cirurgia cardiorácica, efetuada pelos Centros Hospitalares de Lisboa Central e Norte, não se coaduna com a informação anteriormente remetida à Direção-Geral do Tribunal de Contas por estes centros hospitalares, no âmbito da Auditoria Financeira ao Hospital de Curry Cabral (Relatório nº08/2009-2ª Secção), por terem declarado que possuíam capacidade instalada em 2007 e 2008, para a realização de mais 390 cirurgias cardiorácicas/ano".

Compulsadas as bases de dados da Cruz Vermelha nos anos de 2008, 2009, 2010, verifica-se que foram referenciados alguns doentes para consulta no Hospital da Cruz Vermelha pelo CHLN e pelo CHLC.

Com os melhores cumprimentos,



O Presidente do Conselho Diretivo



LUÍS CUNHA RIBEIRO  
Presidente do Conselho Directivo  
ARSLVT, I.P.

Of.668.12

6/6

## **8. Administração Regional de Saúde do Centro, IP**

Exmo. Senhor  
Dr. José António Carpinteiro  
Auditor-Coordenador do Tribunal de Contas

Em referência ao processo em epígrafe, de que esta Administração Regional de Saúde recebeu cópia do respetivo relato de auditoria, informamos que não desejamos, nesta fase, acrescentar nenhum facto relevante sobre as matérias nele constantes, designadamente no que respeita às respetivas conclusões e recomendações.

Agradecendo o envio do referido documento, subscrevemo-nos com a maior consideração,

Maurício Alexandre  
Director do Departamento de Contratualização



ARS Centro, I.P. – DC  
Av. Bissaya Barreto, nº 52  
3000-075 Coimbra  
Telef. 239 487 673  
Fax 239 487 713



## 9. Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE



Sua Excelência  
Senhor Conselheiro da Área  
Eurico Manuel Ferreira Pereira Lopes  
CC. Exmo. Auditor Coordenador  
José António Carpinteiro  
Av. Barbosa *du* Bocage, 61  
1069-045 Lisboa

S/ Referência	S/ Comunicação	N/ Referência	Data
V/ Of. 9871	30.05.2012	DE/210	15-06-2012

**ASSUNTO: Pronúncia do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, E.P.E. ao Relato de Auditoria aos serviços de cirurgia cardiotorácica das unidades hospitalares do Serviço Nacional de Saúde – Processo n.º 29 /2011 – AUDIT.**

Exmo. Senhor Conselheiro da Área Eurico Manuel Ferreira Pereira Lopes,

A signatária, Dra. Maria João Reis Silva Soares Pais, tendo sido notificada, na qualidade de Presidente do Conselho de Administração do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, E.P.E. (de ora em diante, CHLO), do Relato da Auditoria do Tribunal de Contas “aos serviços de cirurgia cardiotorácica das unidades hospitalares do Serviço Nacional de Saúde” melhor identificada em epígrafe (de ora em diante, Relato de Auditoria), vem por este meio apresentar a respetiva pronúncia, nos termos e com os fundamentos seguintes:

### I – CONSIDERAÇÕES GERAIS

1. Antes de se detalhar a presente resposta impõe-se, porém, tecer algumas considerações iniciais.

O CHLO gostaria de começar por salientar que, uma vez que a presente auditoria não teve como objeto o CHLO, mas sim outras instituições, é entender deste Centro Hospitalar que algumas premissas constantes do Relato relativas ao CHLO não têm total correspondência com a realidade.

Acresce que o fato de o CHLO não ter sido auditado no âmbito dos presentes autos determinou que só tenha sido notificado de parte do Relato, pelo que ficou prejudicado o seu



conhecimento das asserções feitas pelo douto Tribunal de Contas na sua análise à globalidade das instituições auditadas e às demais notificadas para se pronunciarem sobre o Relato.

É, pois, neste contexto, que se fazem os seguintes comentários ao excerto do Relato notificado ao CHLO.

2. Entende-se ser relevante começar por notar que quase todos os doentes congénitos são estudados e seguidos pela especialidade de cardiologia pediátrica, a qual referencia grande percentagem dos seus doentes à cirurgia e executa vários procedimentos percutâneos e híbridos em estreita colaboração com a cirurgia. Alguns destes serviços têm um número de intervenções percutâneas e de doentes tratados semelhantes aos doentes operados pela cirurgia (CHLO 2011: 199 doentes congénitos tratados por cateterismo e 151 operados).

Numa palavra: em Portugal não há serviços de cardiologia pediátrica que não estejam ligados a serviços de cirurgia cardiotorácica.

Em conformidade com a asserção precedente, entende-se que o encerramento de um centro de cirurgia cardíaca pediátrica (recomendado no Relato) implicará a extinção do serviço de cardiologia pediátrica à ele adstrito, consideração esta válida para qualquer um dos Centros Hospitalares em causa.

Na verdade, um serviço de cirurgia cardiotorácica “sobrevive” sem cirurgia cardíaca pediátrica mas, pelo contrário, um serviço de cardiologia pediátrica não pode “sobreviver” sem cirurgia.

Face à delicadeza desta matéria e à gravidade das consequências que daí podem advir, entende o CHLO que também devia ser dada oportunidade aos demais serviços de cardiologia pediátrica do país, ao colégio da especialidade da Ordem dos Médicos, à Sociedade Portuguesa de Cardiologia Pediátrica e à secção da Sociedade Portuguesa de Pediatria para darem as suas importantes contribuições para uma correta, esclarecida e completa análise desta questão.

3. Entende-se ser também relevante sublinhar que a cirurgia cardiotorácica foi recentemente dividida em cirurgia cardíaca e cirurgia torácica pelo Ministério de Saúde, com base numa proposta da Ordem dos Médicos, ainda que, na prática, já houvesse cirurgias dedicadas a uma ou a outra valência.

O CHLO teve uma pequena parte da cirurgia torácica (cerca de 10% da sua atividade) e deixou de ter a partir de 2011: presume-se que tenha sido este o fator que terá levado o Tribunal de Contas a considerar uma previsão de decréscimo de atividade no CHLO de 7%.

A cirurgia torácica tem de um modo geral um grau de complexidade mais baixo e uma menor exigência de recursos físicos e de pessoal. O serviço de cirurgia cardíaca do CHLO, exclusivamente dedicado à cirurgia cardíaca, tem um dos índices de complexidade média mais elevados do país (Anexo B).



Portanto, os *Centros Hospitalares com grandes números globais não são necessariamente os mais especializados em cirurgia cardíaca e em cirurgia cardíaca pediátrica*, facto que parece não ter sido suficientemente considerado na formulação de algumas das recomendações contidas no Relato.

4. Importa igualmente notar que não consta do excerto do Relato notificado ao CHLO qualquer informação sobre a atividade de cirurgia cardíaca pediátrica de cada Centro Hospitalar, nem sobre os respetivos resultados.

Mesmo na cirurgia cardíaca pediátrica há que distinguir um grupo de patologias extremamente complexo e de cirurgia neonatal em que há poucos cirurgiões aptos a executá-la (normalmente há um cirurgião experiente e por vezes um cirurgião em treino em cada Centro). Há mesmo algumas patologias em que todos os doentes do país são referenciados para os Centros Hospitalares de Lisboa (não é uma referência regional), em resultado da diferenciação que estas unidades hospitalares apresentam, e seria profícuo, em nosso entender, aferir as proveniências e as referências dos doentes em cada Centro Hospitalar, em especial na cirurgia cardíaca pediátrica e na cardiologia pediátrica.

Repare-se que os serviços de cirurgia cardiotorácica não controlam a referência e esta depende, entre outros fatores, da experiência e da qualidade de cada Centro em determinadas patologias e dos critérios de aceitação praticados.

5. Acresce, por um lado, que o serviço de cardiologia pediátrica e o serviço de cirurgia cardíaca do CHLO têm desenvolvido desde sempre uma atuação na ótica de um verdadeiro centro médico-cirúrgico, com atividade assistencial significativa e que tem aumentado nos últimos anos, em particular após a não renovação do contrato do Serviço Nacional de Saúde com o Hospital da Cruz Vermelha.

Esta atividade tem sido reforçada pelo aumento da referência a partir dos Hospitais Distritais do Sul do País, da Madeira e dos Açores, e para este ano prevê-se um aumento de 10% a 20% no número de cirurgias de congénitos. Também os casos mais complexos neonatais do norte do país e alguns casos complexos do centro têm sido referenciados para o CHLO. Cerca de 25% dos doentes cirúrgicos no nosso centro são recém-nascidos e mais de 50% têm idade inferior a 1 ano, proporcionando uma prática clínica com doentes muito complexos e permitindo volume de trabalho e exposição clínica adequados.

Apesar de abordado como o caso particular da região de Lisboa e Vale do Tejo no ponto 9.1.6.1, este é um problema nacional e a recomendação da ACSS de promover três centros distribuídos por áreas geográficas já foi questionada pela Comissão Nacional de Saúde Infantil, tendo considerado que se trata de um tema que merece uma discussão mais alargada.

Os dois centros mais diferenciados do País estão em Lisboa, realizando cirurgia complexa e cardiologia de intervenção diferenciada.

6. Por outro lado, entende-se ser relevante alertar que o fato de o excerto do Relato notificado ao CHLO mencionar que o Centro Hospitalar Lisboa Norte, E.P.E. (Hospital de Santa Marta) tem capacidade instalada e não mencionar nessa passagem o CHLO, não poderá ser entendido no sentido de que este não tem tal capacidade.

Na verdade, o CHLO também tem capacidade instalada no Hospital de Santa Cruz.

7. Do referido excerto do Relato notificado ao CHLO também não constam os números de congénitos, pelo que se presume que os mesmos não terão sido objeto da auditoria em qualquer dos Centros Hospitalares em causa.

Ora, entende o CHLO que se trata de uma análise que não pode, de todo, ser omitida antes de ser feita uma recomendação de encerramento por fusão ou deslocação de serviços de uma instituição para outra. Na verdade, o movimento global, o peso relativo, a eficiência, a capacidade de resposta e a qualidade dos vários prestadores, dados essenciais para a tomada de uma decisão de tal amplitude, são aparentemente ainda desconhecidos.

Com o devido respeito, sem a consideração referida informação a análise será sempre parcelar e incompleta, não sendo possível sustentar de forma esclarecida a recomendação efetuada.

Quanto a essa matéria, nota-se que os resultados em congénitos do Hospital de Santa Cruz com utilização mínima de recursos são muito satisfatórios, como poderá o Tribunal de Contas constatar caso venha a efetuar uma auditoria completa e detalhada ao CHLO.

A análise macro ao Relato até aqui efetuada teve sobretudo o propósito de enquadrar o objeto da auditoria, com especial destaque para um significativo elenco de questões-chave que carecem de ser mais amplamente objeto de estudo antes de serem implementadas quaisquer recomendações.

A exposição adiante efetuada irá versar sobre aspetos mais concretos mencionados no Relato

## **II – CONSIDERAÇÕES ESPECÍFICAS**

Feitos estes comentários iniciais, e gerais, vejamos em concreto algumas considerações pontuais ao conteúdo do Relato.

### ***Ponto 1.2. DESEMPENHO DOS SERVIÇOS DE CIRURGIA CARDIOTORÁCICA (Cf. Ponto 9)***

8. Os números apresentados neste ponto do Relato permitem calcular e estimar valores anuais (ver anexo A).

A análise desses números permite considerar que os mesmos são suscetíveis de revelar uma discrepância em face dos números reais. Por exemplo: estamos em crer que o CHVNG é o que faz menos cirurgias cardíacas, ao passo que o CHLO aparece como o centro com menor movimento, mas, se analisarmos apenas a cirurgia cardíaca e a cirurgia pediátrica, o CHLO tem respetivamente o 2º lugar e eventualmente o 1º lugar.

#### **7º§ p. 20 - Situação atual e tendência de evolução da cirurgia cardiotorácica**

9. Estamos em crer que o Relato não traduz fielmente a realidade, especialmente no que concerne à cirurgia cardíaca pediátrica. As referências são na quase totalidade feitas pela cardiologia pediátrica ao centro cirúrgico. Os Centros não contabilizam os doentes recusados para cirurgia ou os doentes que nem sequer lhe são referenciados.

Na verdade, é do conhecimento público que muitos doentes do norte e centro do país foram e são ainda referenciados para Centros de Lisboa, em resultado da especial diferenciação técnica dos mesmos. No último triénio muitas crianças foram referenciadas e operadas no Hospital da Cruz Vermelha que não pertence ao SNS

Parte da atividade cirúrgica dos Centros do norte é conseguida através do recurso à produção adicional do SIGIC.

#### **9º§ pp. 20 e ss. - Situação atual e tendência de evolução da cirurgia cardiotorácica**

10. A análise vertida no ponto do Relato mencionado em epígrafe não considera o impacto da redução do movimento do Hospital da Cruz Vermelha em Lisboa.

Com efeito, até 2011 o Hospital da Cruz Vermelha tinha acordos com o SNS e operava cerca de 400 a 600 doentes e mais de 100 crianças por ano. A redução na quase totalidade do número de cirurgias cardíacas do adulto e da criança suportadas pelo SNS e efetuadas no HCV, veio trazer desde 2011 uma sobrecarga de movimento nos hospitais públicos em relação aos apresentados para o triénio de 2008-2010. O acréscimo de produção espetável apresentado para cada Centro público refere-se a este período. Desde então que o movimento da cirurgia cardíaca pediátrica e da cardiologia pediátrica bem como as listas de espera da cirurgia cardíaca do adulto tem vindo a aumentar e não parece verosímil que um dos Centros públicos de Lisboa possa absorver um dos outros sem acréscimo de pessoal ou de estruturas físicas. Na verdade, está a propor-se uma redução de cinco para três Centros ou, pelas dificuldades agudas previsíveis, vão-se criar as condições para manter a cirurgia cardíaca pediátrica em hospital privado, paga pelo SNS.

**Nota n.º 11 da p. 20. - Situação atual e tendência de evolução da cirurgia cardiotorácica**

11. A referência à necessidade de mais recursos humanos para otimizar os recursos físicos existentes no CHLO desconsidera que em 2011 saíram cinco cirurgiões do serviço, só tendo sido substituídos dois deles.

Cumpra-se notar que a reposição de um quadro de pessoal é diferente da necessidade de mais investimento. A redução dos cirurgiões a sete levou ao encerramento da atividade de cirurgia torácica e a uma limitação da oferta de cirurgia cardíaca (ver anexo D). Assim, em rigor, os recursos físicos existentes são excedentários e podem ser otimizados se se admitirem dois novos médicos.

Aliás, o Relato não menciona a eficácia e a eficiência dos serviços. Os quadros médicos deveriam ser comparados não só em número mas também em grau de diferenciação e idade.

**Gráfico 12 da p. 67. - Situação atual e tendência de evolução da cirurgia cardiotorácica**

12. Relativamente à previsão de decréscimo de atividade no CHLO de 7%, remete-se para o que se deixou exposto anteriormente (cfr. 3. de l. *supra*).

Mais se refira que, ao contrário dos centros do Norte, no CHLO não está autorizado a produção adicional.

**Gráfico 13 da p. 68. - Situação atual e tendência de evolução da cirurgia cardiotorácica**

13. A capacidade de produção pode ser adequada à procura e não se prever um aumento, mas a oferta ainda assim pode ser excessiva e mal aproveitada quer por condições físicas do serviço quer por número de pessoal.

No caso do CHLO a oferta está dependente da reposição de pessoal médico pois temos número de camas e capacidade de bloco operatório excessivas. Sendo assim, o gráfico não está de acordo com a nota de rodapé 100 da mesma página do Relato.

**Ponto 9.1.6.1., p. 68 - O caso particular da Região de Lisboa e Vale do Tejo**

14. Sublinha-se, mais uma vez, que a manutenção da atividade cirúrgica do CHLO no serviço de cirurgia cardiotorácica se refere apenas à manutenção do número de horas de trabalho médico existente e não ao aumento de recursos humanos: trata-se do ajustamento da redução da carga horária médica à saída de cinco elementos, sendo que apenas se manteria a necessidade de dois cirurgiões na medida em que os outros cirurgiões se dedicavam exclusivamente à valência de cirurgia torácica, como anteriormente notado.

#### **Ponto 9.1.6.1., 1.º §, p. 69 - O caso particular da Região de Lisboa e Vale do Tejo**

15. O cálculo da capacidade efetiva não utilizada pode ser aumentado no CHLO com a reposição de pessoal.

Em nenhum caso se pode extrapolar que os números apresentados podem ser atribuídos a uma qualquer subespecialidade, em especial à cirurgia cardíaca pediátrica que está dependente da cardiologia pediátrica e que exige muito mais recursos.

#### **Ponto 9.1.6.1., Gráfico 14, p. 69 - O caso particular da Região de Lisboa e Vale do Tejo**

16. É imperioso notar que qualquer recomendação de encerramento de um centro em Lisboa carece de um estudo técnico profundo e detalhado de âmbito nacional, onde se afira, designadamente:

- 1) A sustentabilidade a médio e longo prazo dos diferentes centros de cirurgia cardíaca pediátrica, nomeadamente no que respeita a cirurgias cardíacas com esta diferenciação;
- 2) A capacidade técnica dos vários centros para tratar casos complexos, aliada em função de índices de complexidade e resultados cirúrgicos, para o que é imprescindível uma auditoria clínica aos resultados médico-cirúrgicos de todos os centros; e,
- 3) O grau de satisfação dos hospitais e clínicos referenciadores.

Embora apontando um número de 250 cirurgias como valor ótimo para um centro médico-cirúrgico, o trabalho citado pelo Tribunal de Contas menciona claramente que as unidades devem ser consideradas a nível supra regional, (e não regional como sugerido no Relato) e também que *"... units of suboptimal size may produce brilliant results as a result of individual devotion and organizational and surgical skills. A cautious health service would not interfere with such units"*.

Portanto, releva saber quais são a nível nacional as unidades de excelência e não prejudicar a sua atividade. O próprio documento menciona no Relato expressamente refere que *"the aim of a medical activity is not size but quality"* e que um número de 250 casos deve ser interpretado como uma recomendação e não como uma verdade absoluta (*"There are no data in the scientific literature of an exact cut-off point between what is a too small, adequate or optimal case load"*).

Por outro lado, os cirurgões cardíacos pediátricos no nosso país não se dedicam exclusivamente à cirurgia de congénitos e assim têm uma experiência total que ultrapassa em muito os 150 casos / cirurgião / ano, recomendado por aquele artigo.

Em face do exposto, afigura-se desaconselhável e pouco consubstanciado o desinvestimento em centros diferenciados e com excelentes resultados, exclusivamente pela sua localização geográfica regional.

A não inclusão do CHLO no rol de entidades auditadas não permite ter em consideração os excelentes resultados deste Centro, mas também que o mesmo tem capacidade para aumentar o seu movimento em cardiopatias congénitas e sobretudo para manter uma qualidade extremamente elevada, com índices de mortalidade combinadas de intervenção e cirurgia inferiores a 2%.

Adicionalmente, refira-se que o recentemente divulgado Estudo para a Carta Hospitalar sustenta que nos CHLN (Hospital de Santa Marta) e CHLO (Hospital de Santa Cruz) não se justifica existir cardiologia pediátrica dado que não há serviços de pediatria, mas a cardiologia pediátrica teve sempre uma relação preferencial com a cirurgia cardíaca pelo que a deslocalização da cardiologia pediátrica para hospitais com serviços de pediatria mas sem cirurgia cardíaca pediátrica não se afigura como uma opção válida e coerente.

Em resumo:

- (i) Reiteramos que decisões sobre fusão ou deslocalização de serviços de cardiologia pediátrica e cirurgia cardíaca pediátrica não podem ser tomadas sem uma avaliação detalhada das capacidades instaladas, dos resultados clínicos, eficiência de cada serviço e impacto da mudança, que deve ser realizada por um grupo de trabalho profundamente conhecedor desta área;
- (ii) Ao contrário do que é sugerido pelo Relato, este tema não diz respeito a um problema da região de Lisboa, sendo merecedor de uma análise mais profunda e integrada no contexto nacional.

Por isso, recomendamos que o Relato seja sujeito à apreciação dos demais serviços de cardiologia pediátrica do país, ao colégio da especialidade da Ordem dos Médicos, da Sociedade Portuguesa de Cardiologia Pediátrica e à secção da Sociedade Portuguesa de Pediatria para darem as suas importantes contribuições para uma correta, esclarecida e completa análise.

#### **Ponto 9.1.6.1., §3.º, p. 70 - O caso particular da Região de Lisboa e Vale do Tejo**

17. Reitera-se a este propósito que o critério de fusão de dois centros deve ter em conta a casuística, as cirurgias e os seus resultados, o seu quadro médico atual e em formação. Se assim não for poderemos estar a beneficiar um serviço que tem vagas porque não lhe são referenciados doentes, isto é, um serviço que tem oferta excessiva porque não tem procura.

Também se afigura de relevo diminuto a questão da distribuição regional dos Centros, uma vez que a patologia é habitualmente muito complexa, a frequência dos casos não é grande e as distâncias em Portugal são pequenas.



No anexo D apresenta-se um resumo da atividade da cirurgia cardíaca pediátrica no CHLO nos últimos dois anos.

Ao dispor para quaisquer esclarecimentos adicionais.

Com os melhores cumprimentos,

A Presidente do Conselho de Administração do  
Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, E.P.E.,

Maria João Pais

**ANEXOS:** A, B, C e D.

## Anexo A

Dados fornecidos na auditoria

Triênio 2008-2010	HSJ	CHVNG	HUC	CHLN	CHLC	CHLO	Total centros auditados	Total SNS triênio
Consultas	20207	8505	10302	29506	14983	13809	74998	97312
Doentes saídos	4976	3613	6046	5240	3207	6250	19469	29303
Doentes operados	4657	5134	4925	5576	3576	3882	18734	27750

Percentagens	HSJ	CHVNG	HUC	CHLN	CHLC	CHLO	% centros auditados
Consultas	20,77%	8,74%	10,59%	30,32%	15,40%	14,19%	77,07%
Dóentes saídos	16,98%	12,33%	20,63%	17,88%	10,94%	21,33%	66,44%
Doentes operados	16,78%	18,50%	17,75%	20,09%	12,89%	13,99%	67,51%

Média anual estimada	HSJ	CHVNG	HUC	CHLN	CHLC	CHLO
Consultas	6736	2835	3434	9835	4994	4603
Doentes saídos	1659	1204	2015	1747	1069	2083
Doentes operados	1552	1711	1642	1859	1192	1294

Os números em itálico são calculados pelos números e percentagens indicadas na parte do Relato remetida ao CHLO.

Dados estimados com informação incompleta para o ano de 2010

Doentes operados	HSJ <sup>1</sup>	CHVNG <sup>2</sup>	HUC <sup>1</sup>	CHLN <sup>3</sup>	CHLC <sup>4</sup>	CHLO <sup>5</sup>
Cardíacos	<b>1313</b>	<b>613</b>	<b>1023</b>	<b>959</b>	<b>892</b>	<b>1149</b>
Torácicos	239	145	619	900	300	145
Congénitos e pediátricos	136	0	99	0	?	146



**Anexo B**

Serviço de Cirurgia Cardiorácica - CHLO				
Índice de Complexidade Médio	2008	2009	2010	2011
Internamento	5,16	5,02	5,19	5,02

- 1 Dados estimados com base em relatórios anuais dos respetivos serviços
- 2 Dados fornecidos pelo diretor do serviço de cirurgia cardiotorácica do CHVNG
- 3 Dados estimados com base nos números aproximados de cirurgia torácica do H. Santa Maria e do H. Pulido Valente
- 4 Dados estimados com base nos números aproximados de cirurgia torácica do H. Santa Marta
- 5 Dados do CHLO

## Anexo C

## CCT HSC - CHLO

## Comparação a 31.12.08/09/10 e 2011

Grupo Prof.	Num Mec	Nome	Categoria Exercício	Vinculo	Centro Custo (Principal)	Carga Horária 2008	Carga Horária 2009	Carga Horária 2010	Carga Horária 2011
Pessoal Médico		JOAO QUEIRO'S E MELO	Chief Servico hosp	Contrato por Tempo Indeterminado (Aposentado)	311204 - Cirurgia cardio-torácica	35	35	0	0
Pessoal Médico	50384	MANUEL JOAO GASP PAR MORADAS FERREIRA	Assist Graduado hosp	Contrato por Tempo Indeterminado	311204 - Cirurgia cardio-torácica	36	36	36	36
Pessoal Médico	50502	JOSE PEDRO MARQUES SANTOS NEVES	Chief Servico hosp	Contrato por Tempo Indeterminado	311204 - Cirurgia cardio-torácica	42	42	42	42
Pessoal Médico	50750	JOSE MANUEL PERICAO CALQUINHA	Assist Graduado hosp	Contrato por Tempo Indeterminado	311204 - Cirurgia cardio-torácica	42	42	42	42
Pessoal Médico	50809	LUIS MIGUEL ESTRADA ABECASSIS	Assist Graduado hosp	Contrato por Tempo Indeterminado	311204 - Cirurgia cardio-torácica	35	35	35	35
Pessoal Médico	50810	LUIS MANUEL B. ORNELAS BRUGES	Assist Graduado hosp	Contrato por Tempo Indeterminado	311204 - Cirurgia cardio-torácica	42	42	42	42
Pessoal Médico	51288	RUI ALEXANDRE NOBRE RODRIGUES	Assist Eventual hosp	Contrato Individual Trabalho Lei 7/2009, S/Termo (Rescisão)	311204 - Cirurgia cardio-torácica	40	40	40	0
Pessoal Médico	52056	MARTA SUSANA C. A. P. MARQUES	Assistente hosp	Contrato Individual Trabalho Lei 7/2009, S/Termo	311204 - Cirurgia cardio-torácica	40	40	40	40
Pessoal Médico	52426	VALDEBAN DANTAS DA SILVA	Assist Eventual hosp	Contrato Individual Trabalho Lei 7/2009, S/Termo (Rescisão)	311204 - Cirurgia cardio-torácica	40	40	40	0
Pessoal Médico	71647	GIOVANNA KOUKOU LIS	Assist Eventual hosp	Contrato Individual Trabalho Lei 7/2009, S/Termo	311204 - Cirurgia cardio-torácica	40	40	40	40
Pessoal Médico		JOSE ANTÓNIO MARQUES DE SENA LINO	Assist Graduado hosp	PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS (Aposentado)		20	20	20	0
Pessoal Médico		RAMON MATILLA / JORGE CRUZ	Assist Eventual hosp	PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS (Rescisão)			10	10	0
Pessoal Médico		PEDRO BATISTA	Assistente hosp	PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS (Rescisão)		20	10	0	0
		Carga Horária Semanal				432	432	387	277
		ETC (35 H)				12,3	12,3	11,1	7,9

CHLO - 202

NIPC (Número de Identificação de Pessoa Colectiva): 507 618 319

**Anexo D**

CHLO - HSC	2010		2011	
Cirurgia cardíaca congénita e pediátrica	N	%	N	%
Doentes operados no HSC - CHLO	125		136	
Operados noutros hospitais por equipa do HSC	6		5	
<b>Total de Doentes</b>	<b>131</b>		<b>141</b>	
Operações com CEC	101	73	108	72
Operações fechadas	37	27	43	28
<b>Total Cirurgias</b>	<b>138</b>		<b>151</b>	
<b>Cirurgiões</b>	N	%	N	%
Miguel Abecassis	69	50	93	62
José Neves	38	28	35	23
Marta Marques	5	4	13	9
Outros	26	19	10	7
<b>Idade</b>	N	%	N	%
Adultos (>18 anos)	9	7	15	10
Crianças (1-18 anos)	28	20	54	36
Lactentes (1 mês a 1 ano)	64	46	44	29
<b>RN (&lt; 1 mês)</b>	<b>36</b>	<b>26</b>	<b>37</b>	<b>25</b>
<b>Todas as crianças</b>	<b>128</b>	<b>93</b>	<b>136</b>	<b>90</b>
Todos os Lactentes (< 1 ano)	100	72	81	54
<b>Mediana (anos)</b>	<b>1,37</b>		<b>0,62</b>	

## 10. Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho, EPE



**CENTRO  
HOSPITALAR**  
VILA NOVA DE GAIA/ESPINHO

Exm. Senhor  
Diretor – Geral do Tribunal de Contas  
Avenida Barbosa du Bocage, 61  
1069-045 Lisboa

007024 15-JUN '12

SI/ Ref.	Data	Proc. nº.	N/ Ref.	Data
			CA/	14.Junho.2012

**Assunto: Auditoria aos serviços de cirurgia Cardiorácica das unidades hospitalares do Serviço Nacional de Saúde**

O Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho, E.P.E (CHVNG), notificado sobre o conteúdo do excerto do relato de auditoria supra referenciada, para, querendo, se pronunciar, nos termos e para os efeitos do disposto nos artigos 13.º e 87.º, n.º3 da Lei n.º98/97, de 26 de Agosto, com as alterações que lhe foram introduzidas pela Lei n.º48/2006, de 29 de Agosto, vem, ao abrigo da faculdade que lhe é conferida, apresentar

### PRONÚNCIA,

O que faz nos termos e com os fundamentos seguintes:

Compulsado o teor do excerto do Relato da Auditoria, no que concerne às conclusões, recomendações e observações relativas à atividade global de cirurgia cardiorácica no Serviço Nacional de Saúde, sua tendência de evolução e capacidade instalada, e, cotejadas as conclusões constantes dos pontos 9.1 e 9.1.6 do relato, considera-se oportuno referir:

#### 1. Quanto à capacidade instalada Serviço Nacional de Saúde:

Num contexto em que a atividade cirúrgica de Cirurgia Cardiorácica é assegurada a nível nacional com recurso a produção base e a produção adicional (com custos inerentes a equipas cirúrgicas e tempos de bloco acrescidos aos horários normais de funcionamento dos serviços que a mesma representa) e, verificando-se ainda, a transferência de utentes através da emissão de nota de transferência / vale cirurgia (NTVC) para outras unidades hospitalares integradas no SNS ou unidades convencionadas nos termos do Manual do SIGIC, a capacidade instalada do SNS deverá ser alvo de reajustamento, de modo a que as unidades hospitalares assegurem o seu normal funcionamento com recurso exclusivo às suas dotações de recursos humanos, minimizando o pagamento de horas extraordinárias e com instalações dimensionadas à respetiva rede de referênciação.

Centro Hospitalar de  
Vila Nova de Gaia / Espinho, E.P.E.  
Rua Conceição Fernandes s/n  
4434-502 Vila Nova de Gaia

www.chvng.min-saude.pt  
Tel. + 351 22 786 51 00  
Fax + 351 22 7830209  
eMail geral@chvng.min-saude.pt

NIPC 508 142 156  
Capital Estatutário 47.082.000,00 Euros  
Registo Comercial nº 508 142 156





Em termos de recursos humanos, salienta-se que, pelo seu impacto no serviço noturno e nas equipas de urgência, deverá ser ainda levado em consideração o grupo etário dos médicos atualmente em funções e o necessário equilíbrio com o número de internos a formar.

## **2. No que respeita à rede de referênciação do CHVNG**

O aumento da atividade assistencial do CHVNG para dar resposta integral à sua rede de referênciação, resultará necessariamente numa redução da atividade realizada noutras unidades hospitalares que atualmente asseguram a resposta a esses doentes.

## **3. Estabilização da procura**

Embora se constate que a população da Região Norte apresenta apenas um crescimento de 2.316 cidadãos (mais 0,06%) entre os Censos de 2001 e os Resultados Provisórios dos Censos de 2011, admitindo-se que não se registem alterações significativas nos próximos 5 anos, constata-se que Portugal apresenta das mais baixas taxas de cirurgias cardíacas por milhão de habitantes da União Europeia (UE), cuja média se situa nas 1.000 intervenções por milhão de habitantes.

Assim, poder-se-á observar um aumento da procura se a média de intervenções de cirurgia cardíaca por milhão de habitantes se aproximar da média verificada na UE.

Acresce que a melhoria da acessibilidade às consultas externas de Cirurgia Geral e de Cardiologia tem contribuído para o aumento do número de doentes referenciados aos serviços de Cirurgia Cardiorábrica e que outrora eram tratados conservadoramente.

**É esta a pronúncia que nos apraz efetuar sobre o excerto do projeto de relatório apresentado, solicitando-se que as considerações ora tecidas possam ser levadas em consideração em sede de Relatório Final.**

O Presidente do Conselho de Administração,

(Dr. Álvaro Monteiro)

CM/

DGTC 19 06'12 13147

[www.chvng.min-saude.pt](http://www.chvng.min-saude.pt)

## **11. Colégio da Especialidade de Cirurgia Cardiotorácica da Ordem dos Médicos**

Exmo Sr  
Dr José Antonio Carpinteiro  
Auditor-Coordenador  
Tribunal de Contas

Em anexo, envio o comentário que, como Presidente do CE de Cirurgia Cardiotorácica, se me oferece fazer ao relatório sobre a auditoria aos serviços de cirurgia cardiotorácica dos SNS. O relatório so me chegou às maos há poucos dias, provavelmente por demora interna na OM, pelo que me nao foi possível cumprir o prazo estipulado.

Com os meus melhores cumprimentos

Prof Doutor Manuel J Antunes  
Presidente do CE de Cirurgia Cardiotorácica  
Ordem dos Medicos

## **Comentário ao Relatório da Auditoria do Tribunal de Contas aos Serviços de Cirurgia Cardiorácica do SNS**

Este relatório, que só nos chegou há apenas 3 dias atrás, é extremamente extenso pelo que é impossível, no prazo estipulado, fazer uma análise completa. No entanto, uma leitura atenta do sumário das conclusões, que inicia o documento, permite retirar algumas conclusões:

1. Do relatório resulta uma apreciação global positiva sobre os Serviços de Cirurgia Cardiorácica do SNS e desta especialidade, que é, em nosso entender, uma das poucas, senão a única, que consegue dar resposta adequada e cabal às necessidades do cidadão. Independentemente das diferenças, naturais, entre os vários serviços, o tempo máximo de espera em lista, é razoável e bem dentro dos padrões de aceitabilidade definidos internacionalmente. Neste contexto, deve notar-se que a resposta para casos urgentes e emergentes está completamente acertada.
2. Os números referentes a cada Centro, demonstram que o número de Centros actualmente existentes é suficiente e adequado para as necessidades do País. Aliás, tendo em conta que alguns indicadores internacionais referem uma proporção de 1 Centro por cada milhão e meio a dois milhões de habitantes, justifica-se exactamente a existência dos actuais 6 Centros em actividade no SNS. Exclui-se aqui a actividade realizada no Funchal, região autónoma da Madeira, que se justifica pela situação geográfica.
3. Os resultados, no que diz respeito à mortalidade e morbilidade encontram-se também dentro dos parâmetros geralmente aceites a nível internacional. No entanto, há aqui algumas diferenças significativas entre os vários Centros, que é necessário analisar, de modo a avaliar se se devem a diferenças de patologia e sua gravidade, ou se se devem a outros factores passíveis de correcção.
4. Podem ser observadas diferenças significativas no que diz respeito aos custos unitários. O Tribunal de Contas infere que a diferença poderá estar, pelo menos parcialmente, relacionada com a estrutura de gestão dos vários Serviços. Salientando, no que diz respeito à produtividade e custos, a posição de destaque do Centro de Responsabilidade Integrada de Cirurgia Cardiorácica do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, o Tribunal de Contas parece sugerir que o modelo organizacional de CRI deveria ser expandido a outros Centros. Sugere



ainda que a sua amplitude, no que diz respeito à autonomia e competências, se deva expandir no Centro actualmente existente.

5. O Tribunal de Contas faz uma referência especial à cirurgia cardíaca pediátrica, dedicando-lhe um capítulo, considerando os números de cirurgias e baseando-se em relatórios de outras entidades para aconselhar a existência de 3 Centros (actualmente há 4), localizados respectivamente no Norte, Centro e Sul (Porto, Coimbra e Lisboa), especialmente por se tratar de centros onde estão localizados hospitais pediátricos e unidades de cardiologia pediátrica. Salienta-se aqui que, ao contrário do que se vê por vezes afirmado, a cirurgia cardíaca pediátrica não requer condições extraordinárias e fica geralmente bem enquadrada dentro de equipas de cirurgia cardíaca de adultos com actividade significativa. Como a actividade global é relativamente limitada, em cada centro a maior parte dos casos complexos é realizada por um cirurgião específico, não significando isso, contudo, que em cada Centro não haja, e de facto há, alternativa. Nalguns casos de patologia mais complexa e de grande raridade, já existe, neste momento, uma actividade de referência para Centros com maior experiência.
6. No que se refere ao número de cirurgiões cardiotorácicos, o Tribunal de Contas, concluiu, a nosso ver correctamente, que o número de cirurgiões existentes é suficiente para responder às necessidades e à actividade dos Centros actualmente existentes. Acrescentamos que sendo suficiente o número não é excessivo e o treino de novos cirurgiões tem seguido linhas que garantam a estabilidade destes números, tendo em conta as previsíveis saídas de elementos mais velhos.
7. Embora as diferenças possam não ser relevantes, alguns números correspondentes à actividade dos vários Centros constantes do Relatório, não correspondem aos números obtidos pelo Colégio da Especialidade directamente junto dos Centros Cirúrgicos. Temos conhecimento de que há discrepâncias, dentro dos próprios Serviços hospitalares, entre a actividade registada nos blocos operatórios e a que consta nos números oficiais, pelo que há que procurar e corrigir as causas destas discrepâncias. Um desses números é do índice de case mix (ICM), com diferenças marcadas entre os vários Centros. Pela análise dos relatórios fornecidos pelos vários Serviços, não se vêem diferenças significativas no tipo de patologia, que possam justificar tal discrepância. Provavelmente haverá diferenças de classificação que é importante corrigir.

Em conclusão, a análise do relatório do Tribunal de Contas, é reveladora de uma actividade e qualidade de cirurgia cardíaca globalmente positivas, com algumas

diferenças, geralmente de relativamente pouca relevância, entre os vários Serviços que, certamente, aproveitarão este relatório para proceder aos ajustamentos que se considerem importantes. O Colégio revê-se os progressos que têm sido registados, para o qual julga ter contribuído com a criação de normas e de critérios mínimos de qualidade, especialmente no que se relaciona com a capacidade e qualidade formativa dos Serviços.

Coimbra, 18 de Junho de 2012

Prof. Doutor Manuel J Antunes  
Presidente da Direcção  
Colégio de Especialidade de Cirurgia Cardiorácica  
Ordem dos Médicos

## 12. Sociedade Portuguesa de Cardiologia



Sociedade Portuguesa de  
**CARDIOLOGIA**  
Instituição de Utilidade Pública

### **Presidentes Honorários**

João Porto  
Arsénio Cordeiro  
J. Moniz Bettencourt  
Alfredo Franco  
Fernando de Pádua  
Carlos Ribeiro  
M. Ramos Lopes  
M. Cerqueira Gomes  
S. Sequerra Amram  
M. Machado Macedo  
A. Falcão de Freitas  
A. Sales Luís  
Luís A. Providência  
Rafael Ferreira  
Pedro van Zeller  
J. Martins Correia  
R. Seabra-Gomes  
Mário Freitas  
Cassiano Abreu-Lima  
Hugo Madeira

### **Direcção**

#### **Presidente**

Mário G. Lopes

#### **Vice-Presidentes**

Severo Torres  
Lino Gonçalves  
Carlos Aguiar

#### **Secretário-Geral**

Armando Pereirinha

#### **Tesoureira**

Eugénia C. Dias

#### **Secretários-Adjuntos**

José Pedro Braga  
João Luís Pipa  
José Ferreira Santos

#### **Presidente Eleito**

Silva Cardoso

#### **Presidente Cessante**

Manuel Antunes

#### **Delegado na Madeira**

Décio Pereira

#### **Delegado nos Açores**

Dinis Martins

Exmo. Senhor  
**Dr. José António Carpinteiro**  
Auditor – Coordenador  
Tribunal de Contas  
Direcção-Geral  
Av. Barbosa do Bocage, 61  
1069-045 Lisboa

Lisboa, 15 de Junho de 2012

**Assunto:** Auditoria aos Serviços de Cirurgia Cardiorácica das Unidades Hospitalares do SNS – Proc. Nº 29/11

Exmo. Sr. Dr. José António Carpinteiro,

A Sociedade Portuguesa de Cardiologia, enquanto principal Sociedade Científica na área da Medicina Cardiovascular, tem, entre outras missões na sociedade portuguesa, a actividade de consultoria a todas as entidades oficiais que considerem útil uma opinião independente e cientificamente alicerçada em problemas no âmbito da sua área. Foi, por isso, com prazer, que recebemos da parte do Tribunal de Contas, o gentil convite para darmos opinião sobre o recentemente preparado relatório de "Auditoria aos serviços de cirurgia cardiorácica das unidades hospitalares do Serviço Nacional de Saúde".

Tendo em conta o assunto (Cirurgia Cardiorácica), enviámos o mesmo ao cuidado do nosso Grupo de Estudos de Cirurgia Cardíaca, presidido pelo Prof Adelino Leite-Moreira, que, com os seus colegas do Grupo de Estudos preparou o curto relatório que aqui vos enviamos.

Permitimo-nos salientar a importância da existência de registos nacionais, nesta e noutras áreas da Medicina, para facilitar a análise da experiência anterior e programação das actividades futuras, lembrando que a Sociedade Portuguesa de Cardiologia dispõe de um Centro de Investigação – o CNCDC (Centro Nacional de Colecção de Dados em Cardiologia) – criado com este objectivo – registos nacionais – que tem já dados referentes a mais de 100.000 doentes e que colocamos à disposição das entidades oficiais para o apoio que entendam conveniente.

Ficamos ao dispor de V. Exa. para qualquer esclarecimento adicional que tenha por conveniente, estendendo esta disponibilidade a qualquer assunto, na nossa área de intervenção, em que V. Exa. ou a Instituição que representa nos considere parceiros de eventual utilidade

Com os nossos melhores cumprimentos.

**Prof. Doutor Armando Pereirinha**  
Secretário-Geral da  
Sociedade Portuguesa de Cardiologia

**Prof. Doutor Mário G. Lopes**  
Presidente da  
Sociedade Portuguesa de Cardiologia

DETC 15 06 12 12977

Campo Grande, 28 - 13º 1700-093 Lisboa • E-mail: [secretariado@mail.spc.pt](mailto:secretariado@mail.spc.pt) • Tel.: 217 970 685 • Fax: 217 931 095

**AUDITORIA AOS SERVIÇOS DE CIRURGIA CARDIOTORÁCICA DAS UNIDADES  
HOSPITALARES DO SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE**

**Comentários do Grupo de Estudos de Cirurgia Cardíaca  
da Sociedade Portuguesa de Cardiologia**

Gostaríamos de começar por saudar o trabalho do Tribunal de Contas, que ao auditar os Serviços de Cirurgia Cardiotorácica do Serviço Nacional de Saúde fornece uma ferramenta de indiscutível valor para a avaliação dos Serviço auditados e para o apoio à tomada de decisões com eles relacionadas.

Lamenta-se, no entanto, desde já que este trabalho não tenha abrangido todos os Serviços de Cirurgia Cardiotorácica do Serviço Nacional de Saúde, uma vez que a visão assim obtida será sempre obrigatoriamente parcelar e incompleta.

Saudamos ainda a iniciativa de enviar os resultados da referida auditoria a uma sociedade científica como a Sociedade Portuguesa de Cardiologia, que em nosso entender pode fornecer uma perspetiva complementar dos outros organismos que foram chamados a pronunciar-se sobre os mesmos.

Em nosso entender o trabalho é exaustivo, analisa e debruça-se sobre parâmetros relevantes, com quantificação precisa de alguns deles. Em relação a estes não pode a Sociedade Portuguesa de Cardiologia obviamente pronunciar-se por não ter acesso aos mesmos. A análise feita, a sua interpretação, as conclusões e recomendações merecem-nos, no entanto, alguns comentários e sugestões que poderão ajudar a clarificar ou realçar alguns aspetos que nos parecem menos conseguidos no relatório:

1. O índice de Case-Mix é fundamental para comparar Serviços, permitindo ajustar os custos e resultados ao risco relativo dos doentes e complexidade das intervenções efetuadas. Embora claramente abordado no relatório do Tribunal de Contas, a sua utilização foi centrada na comparação dos custos entre serviços. Seria importante em nosso entender ter este índice também em consideração na comparação dos resultados clínicos, nomeadamente em termos de tempos de internamento e morbimortalidade. Mesmo no que respeita aos custos, temos dúvidas que para os valores mais elevados de índice de Case-Mix o seu reflexo nos custos seja apenas linear. São provavelmente exponenciais, o que significa que no relatório do Tribunal de Contas o seu contributo para os custos dos Serviços com valores mais elevados deste índice poderá estar subestimado. Ainda em relação a este índice seria importante tentar esclarecer a razão para as disparidades entre serviços no que respeita ao seu valor, o que é de algum modo inesperado tendo em conta a relativa homogeneidade da população portuguesa. Neste contexto é também surpreendente o facto de serviços diferentes que devendo servir populações idênticas apresentam diferenças significativas entre si no que respeita à média de idade dos doentes tratados. Esta área de avaliação ficará sempre muito incompleta se as comparações não entrarem em linha de conta com um índice de risco clínico como o EUROSCORE. Só o seu cálculo permitirá um emparelhamento dos casos comparados, a percepção do risco e complexidade dos procedimentos efetuados, bem assim como, a distinção clínica do tipo de doentes tratados em cada Serviço e os seus resultados, permitindo conclusões sem o enorme viés que resulta de uma análise sem esta ponderação.

2. A área de referência de cada serviço, o número de cirurgias por milhão de habitantes nessa área e o grau de seleção dos doentes, são importantes determinantes da lista de espera para cirurgia, que não pode por isso ser interpretada apenas como um índice de performance logística do serviço, embora seja obviamente um importante indicador dessa performance, já que em Portugal e contrariando a tendência de toda a Europa, a

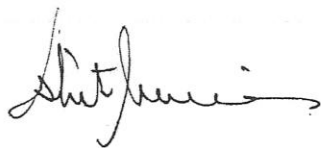
referenciação é um processo essencialmente administrativo e não baseado em escolhas de relevância clínica como sejam os resultados da morbilidade e mortalidade de cada Serviço ou Centro.

3. Não é claro se na avaliação da taxa de ocupação foram tidas em consideração as diminuições de lotação que se verificam nalguns serviços durante alguns períodos do Verão devido às férias do pessoal.

4. No que respeita à situação atual e tendência da evolução da cirurgia cardiotorácica, é importante sublinhar que, contrariamente às conclusões expressas no relatório do Tribunal de Contas, pode haver um crescimento da lista de espera se o CHVNGE não vier a utilizar plenamente as suas instalações e se a atividade do Hospital da Cruz Vermelha não for compensada pelos Hospitais de Lisboa integrados no SNS. Acresce que os indicadores disponíveis sobre o nº de cirurgias cardíacas por milhão de habitantes ronda as 600-700 em Portugal, enquanto em países da União Europeia com esperança média de vida semelhante, esses números são em média mais de 30% superiores (Dinamarca 1100 por milhão e Reino Unido 950 por milhão), revelando-nos portanto no limite inferior dos valores apresentados por outros países europeus. Assim, embora de facto a tendência seja para a estagnação da procura em cirurgia cardiotorácica tal como expresso no relatório, é importante que esta tendência seja interpretada com prudência no caso de Portugal, já que os indicadores de atividade no nosso país são inferiores aos da maioria dos países europeus, por motivos que seria importante apurar (denegação de tratamento?; constrangimento no acesso?).

5. Para terminar, a recomendação mais importante da Sociedade Portuguesa de Cardiologia vai no sentido de que o Tribunal de Contas proponha a existência de um Registo Nacional obrigatório e auditado que produza dados da performance cirúrgica ajustados ao risco esperado (semelhante aos já existentes na maioria dos países da União Europeia) e ainda a iniciativa de uma auditoria internacional semelhante à efetuada às instituições universitárias e centros de investigação públicos. Relativamente ao Registo é fundamental que este inclua para cada serviço não só os doentes tratados (mortalidade e morbilidade aos trinta dias com uniformização dos diagnósticos), mas também os doentes não tratados (motivo de recusa e análise dos resultados dos mesmos doentes tratados noutras instituições). A adoção desta medida constituiria um contributo decisivo para a implementação e desenvolvimento das boas práticas em cirurgia cardiotorácica e para a comparação com o fim da melhoria dos diferentes Serviços.

14 de junho de 2012



Adelino Leite Moreira (Coordenador)

Manuel Pedro Magalhães (Vogal)

Miguel Abecasis (Vogal)