



*Auditoria ao sistema de pagamentos e de  
formação dos preços pagos às unidades  
hospitalares do Serviço Nacional de  
Saúde*



**Processo n.º 42/2010 - Audit**

**Relatório n.º 30/2011 - 2ª Secção**

**Volume I**

Visão

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





*Auditoria ao sistema de  
pagamentos e de formação dos  
preços pagos às unidades  
hospitales do Serviço Nacional  
de Saúde*

**FICHA TÉCNICA**

**COORDENAÇÃO GERAL / SUPERVISÃO**

**Auditor-Coordenador**

José António Carpinteiro <sup>(a)</sup>

(Licenciado em Direito)

**Auditora-Chefe**

Maria Isabel Viegas

(Licenciada em Organização e Gestão de Empresas)

**EQUIPA DE AUDITORIA**

Maria João Morgado (Licenciada em Direito)

Pedro Fonseca (Licenciado em Economia)

**CONSULTORES EXTERNOS**

Exigo Consultores, Lda

<sup>(a)</sup> A partir de 01.01.2011.







## ÍNDICE

### VOLUME I

<b>I – SUMÁRIO EXECUTIVO .....</b>	<b>11</b>
<b>1. CONCLUSÕES .....</b>	<b>11</b>
<b>2. RECOMENDAÇÕES .....</b>	<b>17</b>
2.1. AO MINISTRO DA SAÚDE .....	17
2.2. AO PRESIDENTE DO CONSELHO DIRECTIVO DA ACSS.....	18
<b>II – INTRODUÇÃO .....</b>	<b>20</b>
<b>3. OBJECTIVOS E ÂMBITO DA AUDITORIA .....</b>	<b>20</b>
<b>4. METODOLOGIA E PROCEDIMENTOS.....</b>	<b>20</b>
<b>5. CONDICIONANTES E LIMITAÇÕES.....</b>	<b>21</b>
<b>6. AUDIÇÃO DOS RESPONSÁVEIS EM CUMPRIMENTO DO PRINCÍPIO DO CONTRADITÓRIO.....</b>	<b>21</b>
<b>III – DESENVOLVIMENTO DA AUDITORIA .....</b>	<b>24</b>
<b>7. O SISTEMA DE FINANCIAMENTO HOSPITALAR EM PORTUGAL.....</b>	<b>24</b>
<b>8. O AGRUPAMENTO DA ACTIVIDADE HOSPITALAR DE INTERNAMENTO E AMBULATÓRIO CIRÚRGICO EM GRUPOS DE DIAGNÓSTICOS HOMOGÉNEOS .....</b>	<b>25</b>
<b>9. OS CONTRATOS-PROGRAMA .....</b>	<b>26</b>
9.1. LINHAS DE PRODUÇÃO.....	27
9.2. VALORIZAÇÃO DA PRODUÇÃO CONTRATADA .....	29
9.3. MECANISMOS DE GARANTIA DE SUSTENTABILIDADE DAS UNIDADES MENOS EFICIENTES.....	31
9.4. MECANISMOS DE AJUSTAMENTO ÀS ESPECIFICIDADES DE DIFERENTES UNIDADES HOSPITALARES .....	32
9.5. DESVIOS EM RELAÇÃO AO CONTRATADO.....	33
9.6. ACTIVIDADES NÃO FINANCIADAS.....	34
<b>10. FORMAÇÃO DAS CONDIÇÕES CONTRATUAIS: QUANTIDADE E PREÇO .....</b>	<b>36</b>
10.1. FIXAÇÃO DAS QUANTIDADES A PRODUZIR .....	36
10.1.1. <i>Limitação da produção pelas quantidades contratadas.....</i>	<i>37</i>
10.2. DEFINIÇÃO DOS LIMIARES DE DEMORA MÉDIA DOS GDH .....	38
10.3. FIXAÇÃO DOS PREÇOS.....	40
10.4. FONTES DE INFORMAÇÃO.....	43
10.4.1. <i>A Contabilidade Analítica.....</i>	<i>43</i>
10.4.1.1. <i>Fiabilidade das metodologias de custeio utilizadas .....</i>	<i>44</i>
10.4.1.2. <i>Comparabilidade das metodologias de custeio utilizadas .....</i>	<i>45</i>
10.4.2. <i>O Sistema de Custeio da Actividade Hospitalar .....</i>	<i>46</i>
<b>11. COMPARAÇÃO DOS PREÇOS COM OS CUSTOS VERIFICADOS EM UNIDADES DO SNS.....</b>	<b>48</b>
11.1. ESTUDOS DESENVOLVIDOS PELAS UNIDADES HOSPITALARES DO SNS.....	48
11.2. COMPARAÇÃO ENTRE OS PREÇOS ADMINISTRATIVAMENTE FIXADOS E OS CUSTOS VERIFICADOS .....	49
11.2.1. <i>Comparação por rubrica de financiamento .....</i>	<i>50</i>
11.2.2. <i>Comparação por GDH de Internamento .....</i>	<i>51</i>
11.2.3. <i>Comparação para os 25 GDH de financiamento com custo total mais elevado.....</i>	<i>51</i>
11.2.4. <i>O caso particular da Radioterapia .....</i>	<i>52</i>
<b>12. EFICIÊNCIA GLOBAL DA ACTIVIDADE HOSPITALAR NO SNS .....</b>	<b>53</b>

---

12.1. RESULTADOS – AMOSTRA GLOBAL .....	55
12.1.1. Internamento .....	55
12.1.2. Ambulatório .....	57
12.1.3. Análise conjunta do Internamento e do Ambulatório.....	59
12.2. RESULTADOS – AMOSTRA RESTRITA .....	60
<b>13. FINANCIAMENTO, CUSTOS E INEFICIÊNCIA .....</b>	<b>61</b>
<b>IV – EMOLUMENTOS .....</b>	<b>64</b>
<b>V – DETERMINAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>65</b>

## ÍNDICE DE QUADROS

QUADRO 1 – PRINCIPAIS RUBRICAS FINANCIADAS ATRAVÉS DO CONTRATO-PROGRAMA (2005-2009).....	28
QUADRO 2 – PREÇOS UNITÁRIOS DO INTERNAMENTO (2009) .....	29
QUADRO 3 – ACTIVIDADES SEM FINANCIAMENTO REPORTADAS PELOS HOSPITAIS DO SNS .....	35
QUADRO 4 – EXECUÇÃO DOS CONTRATOS-PROGRAMA DO TRIÉNIO 2007-2009 – PRINCIPAIS LINHAS DE ACTIVIDADE .....	37
QUADRO 5 – CUSTOS NÃO IMPUTÁVEIS .....	45
QUADRO 6 – COMPARAÇÃO ENTRE CUSTOS UNITÁRIOS E OS PREÇOS FIXADOS NO CONTRATO-PROGRAMA. ANO DE 2006 .....	50
QUADRO 7 – COMPARAÇÃO ENTRE CUSTOS UNITÁRIOS E OS PREÇOS FIXADOS NO CONTRATO-PROGRAMA. ANO DE 2007 .....	50
QUADRO 8 – PREÇOS DE FINANCIAMENTO E CUSTOS UNITÁRIOS DAS SESSÕES DE RADIOTERAPIA DE AMBULATÓRIO REALIZADAS NO SECTOR PÚBLICO E PRIVADO - 2009 .....	52
QUADRO 9 – RESUMO DAS INEFICIÊNCIAS AO NÍVEL NACIONAL PARA O INTERNAMENTO.....	55
QUADRO 10 – RESUMO DAS INEFICIÊNCIAS AO NÍVEL NACIONAL PARA O AMBULATÓRIO .....	57

## ÍNDICE DE FIGURAS

FIGURA 1 – EXECUÇÃO DOS CONTRATOS-PROGRAMA 2009 – PRINCIPAIS LINHAS DE ACTIVIDADE .....	38
FIGURA 2 – DISPERSÃO DO ÍNDICE DE FIABILIDADE SOBRE A INFORMAÇÃO PRODUZIDA PELA CONTABILIDADE ANALÍTICA DOS HOSPITAIS DO SNS.....	44
FIGURA 3 – HOSPITAIS SELECIONADOS .....	49
FIGURA 4 – COMPARAÇÃO ENTRE HOSPITAIS DA RELAÇÃO CUSTO/PREÇO DOS 25 GDH COM CUSTO TOTAL MAIS ELEVADO.....	51
FIGURA 5 – DECOMPOSIÇÃO DO CUSTO TOTAL VERIFICADO NO INTERNAMENTO, IDENTIFICANDO PERDAS DEVIDO A INEFICIÊNCIAS (VALORES ABSOLUTOS).....	56
FIGURA 6 – DECOMPOSIÇÃO DO CUSTO TOTAL VERIFICADO NO INTERNAMENTO, IDENTIFICANDO PERDAS DEVIDO A INEFICIÊNCIAS (VALORES RELATIVOS) .....	57
FIGURA 7 – DECOMPOSIÇÃO DO CUSTO TOTAL VERIFICADO NO AMBULATÓRIO, IDENTIFICANDO PERDAS DEVIDO A INEFICIÊNCIAS (VALORES ABSOLUTOS).....	58
FIGURA 8 – DECOMPOSIÇÃO DO CUSTO TOTAL VERIFICADO NO AMBULATÓRIO, IDENTIFICANDO PERDAS DEVIDO A INEFICIÊNCIAS (VALORES RELATIVOS) .....	58
FIGURA 9 – DECOMPOSIÇÃO DO CUSTO TOTAL (VALORES ABSOLUTOS): AMBULATÓRIO VS. INTERNAMENTO .....	59
FIGURA 10 – DECOMPOSIÇÃO DO CUSTO TOTAL (VALORES RELATIVOS): AMBULATÓRIO VS. INTERNAMENTO.....	60
FIGURA 11 – ÍNDICE DE EFICIÊNCIA ECONÓMICA: AMOSTRA GLOBAL VS AMOSTRA RESTRITA .....	61

## VOLUME II – RELATÓRIO DO CONSULTOR EXTERNO E ANÁLISE DAS ALEGAÇÕES

## VOLUME III – ALEGAÇÕES E NOTAS DE EMOLUMENTOS



## SIGLAS

ACSS	Administração Central do sistema de Saúde, IP
ADSE	Assistência na Doença aos Servidores Civis do Estado
AP-DRG 21	All Patient - Diagnosis Related Groups – versão 21
ARS	Administração Regional de Saúde, IP
ASF	Actividades sem Financiamento
BCE	Banco Central Europeu
BDEA	Base de Dados dos Elementos Analíticos
CA	Conselho de Administração
CBA	Custeio Baseado em Actividades
CD	Conselho Directivo
CE	Comissão Europeia
CH	Centro Hospitalar
CP	Contrato-Programa
DE	Doente Equivalente
DL	Decreto-Lei
EPE	Entidade Pública Empresarial
EUA	Estados Unidos da América
FMI	Fundo Monetário Internacional
GDH	Grupos de Diagnósticos Homogéneos
ICM	Índice de Case-Mix
INTOSAI	International Organization of Supreme Audit Institutions
IP	Instituto Público
IPO	Instituto Português de Oncologia
MS	Ministério da Saúde
PA	Programa de Auditoria
PGA	Plano Global de Auditoria
SEE	Sector Empresarial do Estado
SNS	Serviço Nacional de Saúde
SPA	Sector Público Administrativo
TC	Tribunal de Contas
UCI	Unidade de Cuidados Intensivos

## GLOSSÁRIO

### Doentes equivalentes

Número total de episódios de internamento que se obtém após a transformação dos dias de internamento dos episódios excepcionais e dos doentes transferidos de cada Grupo de Diagnóstico Homogéneo (GDH), em conjuntos "equivalentes" ao tempo médio de internamento dos episódios "normais" do respectivo GDH. Fonte: <http://portalcodgdh.min-saude.pt>

### Eficiência técnica/de preço/na afectação

Consultar o Ponto 8.2 do relatório dos consultores, em anexo

### Episódio

Episódio de Consulta: Atendimento de um utente no Serviço de consulta externa de um Estabelecimento de saúde, incluindo ou não a realização de exames laboratoriais e Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica (MCDT).

Episódio de urgência: Atendimento de um utente no Serviço de Urgência de um Estabelecimento de saúde, incluindo ou não a realização de exames laboratoriais e Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica (MCDT), e a eventual estadia no Serviço de Observações (S.O.).

Fonte: <http://portalcodgdh.min-saude.pt>

### Grupo de Financiamento

Agrupamento dos hospitais para efeito de definição dos preços unitários das suas actividades. No presente os hospitais do SNS estão classificados em 5 grupos de financiamento. Fonte: Relatório dos consultores em anexo.

### Grupos de Diagnósticos Homogéneos

Sistema de classificação de doentes internados em hospitais de agudos, em classes clinicamente coerentes e homogéneas, do ponto de vista do consumo de recursos. Fonte: <http://portalcodgdh.min-saude.pt>

### Índice de Case-Mix

Coeficiente global de ponderação da produção dum hospital, reflectindo a sua relatividade face aos outros, em termos da sua maior ou menor proporção de doentes com patologias complexas e, conseqüentemente, mais consumidoras de recursos. Fonte: <http://portalcodgdh.min-saude.pt>

### Limiares de excepção

Valores que definem, para cada GDH, o "intervalo de normalidade" em termos de tempo de internamento e calculam-se de acordo com os intervalos interquartis das respectivas distribuições. Estes valores são cruciais para determinar o número de doentes equivalentes associados à produção de um hospital. Fonte: Relatório dos consultores em anexo.

### Matriz de Maryland

Tabela de custos unitários, desenvolvidos no Estado de Maryland (EUA), para todos os GDH  $i$  do agrupador AP-DRG 21 e para um conjunto predefinido de rubricas  $X$ : OR, DRUG, RAD, LAB, SUP, MISC, OTH, ICU, HOTEL. Os custos unitários, constantes da matriz, podem ser considerados como sendo os custos unitários, por doente equivalente saído ou por dia de internamento (rubrica HOTEL), de um hospital típico/médio no Estado de Maryland. Fonte: Relatório dos consultores em anexo.



## Peso relativo de um GDH

Coefficiente de ponderação que reflecte o custo esperado de tratar um doente típico desse GDH, expressado em termos relativos face ao custo médio do doente nacional, que tem, por definição, um coeficiente de ponderação igual à unidade. Fonte: <http://portalcodgdh.min-saude.pt>

## Preço unitário

Valor monetário definido para cada linha de produção de actividades. Este valor varia em função do grupo de financiamento. Fonte: Relatório dos consultores em anexo.





## I – SUMÁRIO EXECUTIVO

Em cumprimento dos Programas de Fiscalização aprovados pelo Tribunal de Contas (TC) para 2010 e 2011, nas sessões do Plenário da 2.<sup>a</sup> Secção, através das Resoluções n.º 06/09, de 3 de Dezembro, e 08/10, de 2 de Dezembro, respectivamente, realizou-se uma auditoria de *Value for Money* ao sistema de pagamentos e de formação dos preços pagos às unidades hospitalares do Serviço Nacional de Saúde.

Em Plenário da 2.<sup>a</sup> Secção de 4 de Março de 2010, foi aprovada a contratação de serviços de consultadoria. Por deliberação do Conselho Administrativo da Direcção-Geral do Tribunal de Contas, de 29 de Julho de 2010, foi adjudicado à EXIGO Consultores, Lda, no quadro de um procedimento concursal.

O modelo de financiamento dos cuidados de saúde prestados pelas unidades hospitalares do Serviço Nacional de Saúde (SPA e SEE) assenta fundamentalmente em contratos-programa, celebrados anualmente com o financiador público, que definem os preços, as quantidades a produzir e as regras do sistema de financiamento dos serviços prestados aos utentes do SNS.

O crescimento acentuado da despesa pública com a função saúde<sup>1</sup> aumenta a necessidade da contenção de custos pela obtenção de ganhos de eficiência e pela eliminação de desperdícios. Contribuem para este crescimento, entre outros: a evolução dos preços na área da saúde, as pressões demográficas, em especial com o envelhecimento da população, a melhoria do acesso aos cuidados de saúde e o constante e acelerado desenvolvimento de novas tecnologias de diagnóstico e terapêutica.

O presente relatório abrange fundamentalmente o triénio 2007-2009, incluindo ainda o ano de 2006 quanto à comparação entre preços e custos da actividade hospitalar. O âmbito temporal detalhado de cada análise é referido no respectivo ponto do relatório.

### 1. CONCLUSÕES

O sistema de pagamentos às unidades hospitalares do SNS assume um papel fundamental na prossecução dos objectivos de contenção orçamental, ao influenciar os comportamentos dos agentes prestadores de cuidados de saúde.

Globalmente, considera-se que o actual sistema de pagamento da actividade das unidades hospitalares do SNS, apesar da evolução do modelo de financiamento por via da contratualização, apresenta deficiências na sua concepção, bem como na sua operacionalização, que limitam a indução da eficiência económica.

A indução de eficiência nas unidades hospitalares é limitada pela desadequação das metodologias de formação de preços e pela ausência de informação completa e fidedigna sobre os custos efectivamente associados às várias actividades das unidades hospitalares, e a sua prospectividade é

<sup>1</sup> Cf. OECD. (2010). *Health at a Glance: Europe 2010*. OECD Publishing.

prejudicada pela existência dos valores de convergência<sup>2</sup> e pela falta de um levantamento, exaustivo e transparente, das necessidades de saúde da população.

### **Contratos-Programa (cf. Pontos 9 e 10)**

Apesar de os Contratos-Programa incluírem um cada vez maior número de **linhas de financiamento específico**, o que contribui para a maior adequação do financiamento atribuído aos custos verificados nas várias unidades hospitalares, os **mecanismos de ajustamento dos preços dos Contratos-Programa à diferenciação das várias unidades hospitalares** são insuficientes e não têm sido devidamente ajustados ao longo do tempo para que reflectam, em cada momento, as reais diferenças de estrutura e actividade entre hospitais.

Por um lado, a utilização de **ICM históricos**, que não reflectem a actividade efectivamente realizada em cada ano, poderá comprometer o objectivo de ajustamento do preço à casuística de cada instituição.

Por outro, as sucessivas **alterações sofridas pelo universo de hospitais que constitui o SNS, desde a implementação do sistema de financiamento em 2003**, quer pela crescente empresarialização das unidades hospitalares, quer pela integração de vários hospitais em Centros Hospitalares, não têm, segundo informação prestada pela ACSS, originado a revisão dos grupos de financiamento criados originalmente, através da reanálise dos factores estatísticos que suportaram a sua criação, **tendo as novas unidades hospitalares sido, à partida, adicionadas administrativamente aos grupos existentes, com eventual aumento da heterogeneidade de cada grupo.**

A maioria das unidades hospitalares do SNS (dois terços) identificou **actividades para as quais não tem fonte própria de financiamento**, das quais se destacam a cedência de alguns tipos de medicamentos em ambulatório (reportado por 22,6% dos inquiridos) e as consultas não médicas (17,3%). Contudo, tal não justifica a necessidade de criação de novas linhas de financiamento específicas, uma vez que a incorporação desses custos poderá ser assimilada pela reengenharia dos processos de produção interna.

### **Metodologia de fixação de preços (cf. Ponto 10.3)**

A **informação de base para a fixação dos preços** é a produzida anualmente pela contabilidade analítica das unidades hospitalares do SNS que não é, no entanto, suficiente para o apuramento de custos por GDH.

A alternativa seguida pela ACSS para o apuramento destes custos baseia-se na transposição para a realidade Portuguesa da relação de custos de produção dos GDH no estado de Maryland (EUA), que

---

<sup>2</sup> *“Pagamento extraordinário, temporário, destinado a compensar os hospitais EPE das obrigações no contexto do Serviço Público de Saúde, tendo em conta o desvio entre custos unitários e os preços fixados por linha de produção”.- Cfr. (Fonte: Anexo aos Contratos Programa 2008); “(...)o modelo de financiamento prospectivo evoluiu positivamente, uma vez que os montantes de convergência contratados que tinham evidenciado uma tendência crescente no período de 2005-2007, desceram cerca de 38%, em 2008. Essa diminuição foi acompanhada pelo aumento consecutivo dos montantes de produção contratada (+ 27%) e que, de 2007 para 2008, se verificou uma redução do número de hospitais que beneficiou de valor de convergência fixa (de 30 para 21 hospitais). Ainda assim, em 2008, 51% do universo dos hospitais, EPE, ainda recebeu valor de convergência.” – Relatório N.º 11/10 – 2.ª S – “Auditoria Orientada à atribuição do Valor de Convergência aos Hospitais EPE”, pp. 5; 7.*





consubstanciam a denominada “**Matriz de Maryland**”, através de uma metodologia cuja documentação de suporte é insuficiente e frequentemente pouco clara. Embora a metodologia em causa se considere aceitável, apresenta **deficiências na sua implementação que poderão introduzir distorções na distribuição dos custos hospitalares por GDH e, conseqüentemente, na adequação dos preços unitários fixados.**

Além disso, esta metodologia não tem sido revista e actualizada, nem tem sido aplicada anualmente<sup>3</sup>, pelo que a **evolução dos preços** unitários tem sido, erradamente, mais condicionada pelas restrições orçamentais anuais, exógenas ao modelo de financiamento e determinadas pela tutela, que forçam a eficiência a nível global, face à impossibilidade do conhecimento detalhado dos custos efectivos de cada uma das prestações de serviços de saúde contratadas (cf. Ponto 10.3). Sem preços de eficiência, devidamente apurados, não existe empresarialização da gestão da saúde (ou de qualquer outra actividade).

#### **Informação de suporte: a Contabilidade Analítica (cf. Ponto 10.4.1)**

Além das deficiências metodológicas de apuramento de custos por GDH, a própria informação de base, a contabilidade analítica das unidades hospitalares do SNS, apresenta **problemas de fiabilidade e de comparabilidade, além de não ser apresentada em tempo oportuno.**

Por um lado, entre as várias unidades hospitalares, existe uma discordância global elevada nos procedimentos contabilísticos utilizados e na imputação dos custos.

Por outro lado, a contabilidade analítica ao centrar-se no hospital e na sua divisão rígida por secções, numa perspectiva de imputação de custos *top-down*, não permite a obtenção de custos detalhados por doente, prejudicando a comparabilidade com a fórmula de financiamento do SNS e dificultando a avaliação dos custos de programas verticais ou do tratamento integrado de determinadas doenças que envolvem parte substancial da estrutura hospitalar.

A **contabilidade analítica** não tem sido utilizada pela **ACSS** como ferramenta para melhorar a eficiência na gestão dos recursos, e os dados, desfasados no tempo e não auditados, não são comparáveis com os preços definidos para as rubricas do Contrato-Programa e não têm sido utilizados para acompanhar e monitorizar as diversas administrações hospitalares quanto à boa gestão dos recursos ao seu dispor.

Ao nível de cada **unidade hospitalar**, a contabilidade analítica **não é utilizada como instrumento de gestão, quer no planeamento, quer com vista a melhorar índices de eficiência, de produtividade**, ou, ainda a avaliação do desempenho e os seus controlos, sendo elaborada mais por um imperativo legal do que por um imperativo da gestão, em resultado de uma cultura empresarial.

A **implementação do projecto-piloto do Sistema de Custeio da Actividade Hospitalar** apresentou alguns constrangimentos no que respeita à selecção das unidades hospitalares, à comparabilidade dos dados e ao extenso trabalho de implementação que, em grande parte, tem que ser replicado em anos subsequentes, para a manter o referido sistema de custeio em funcionamento, não tendo sido continuado pela ACSS.

<sup>3</sup> As revisões dos preços por GDH, desde a portaria de 2006, não têm sido baseadas em cálculos de custos, mas sim em meros aumentos com base na taxa de inflação.

### Comparação de preços e custos unitários (cf. Ponto 11)

**A grande maioria das unidades hospitalares do SNS não desenvolveram estudos que lhes permitissem conhecer os custos associados à sua produção em GDH e, conseqüentemente, compará-los com os respectivos proveitos.**

Os estudos existentes resultam na sua quase totalidade da iniciativa da ACSS de desenvolver o projecto-piloto de custeio por actividades, atrás referido, que assenta, à semelhança da contabilidade analítica tradicional, numa perspectiva *top-down* de divisão, *a posteriori*, dos custos gerais da instituição, registados contabilisticamente, pelos vários objectos de custeio.

A **comparação dos preços e dos custos unitários por rubrica** de financiamento é **limitada** pelos constrangimentos descritos quanto à **qualidade, comparabilidade** da informação disponível sobre os **custos da actividade hospitalar**, pelas limitações do próprio sistema de custeio por actividades, bem como pelos **elevados níveis de ineficiência** ao nível da organização e da actividade hospitalar, identificados e quantificados no ponto 12, pelo que se admite a possibilidade de existência de **sobrecustos**, não auditados.

Ainda assim, a análise revela que os casos em que os custos ultrapassam o financiamento são os mais recorrentes, embora também existam situações em que o valor do financiamento é superior aos custos verificados, em algumas rubricas e unidades. A Urgência e o Internamento Médico apresentam custos superiores aos preços em todos os hospitais analisados, verificando-se o inverso nos GDH médicos de ambulatório. Analisando, em particular, cada GDH, conclui-se igualmente que, em todos os hospitais analisados, a maioria apresenta custos superiores ao financiamento que lhes é atribuído.

A maioria dos hospitais que integraram a amostra de respondentes reporta custos unitários de produção ou subcontratação (sector privado) da actividade de **radioterapia**, em 2009, inferiores ao valor unitário do financiamento, o que sugere um sobrefinanciamento desta actividade.

A comparação do financiamento e dos custos da actividade hospitalar do SNS **não pode, no entanto, ser avaliada sem analisar as eventuais ineficiências** existentes ao nível da organização e da actividade hospitalar que possam estar na base das diferenças encontradas entre os custos e os proveitos.

### Eficiência global da actividade hospitalar no SNS (cf. Ponto 12)

A análise da eficiência relativa das unidades hospitalares do SNS, que abrangeu os serviços clínicos de Internamento e Ambulatório e se baseou na Análise Envoltória de Dados (DEA: Data Envelopment Analysis)<sup>4</sup>, utilizando informação relativa à actividade, aos recursos, e aos custos suportados pelas unidades hospitalares do SNS em 2008<sup>5</sup>, permite concluir que o total das perdas para o **Internamento**, devido a **ineficiências** nas unidades hospitalares analisadas, ronda os € 242 milhões, o que representa 27% do total de cerca de € 901 milhões de custos considerados, e que, no caso da actividade de **Ambulatório**, as **ineficiências** apuradas rondam os € 503 milhões, cerca de 41% do total de cerca de € 1.220 milhões de custos considerados.

---

<sup>4</sup> A Análise Envoltória de Dados é “uma metodologia não paramétrica de programação linear que utiliza múltiplas variáveis de input e de output para avaliar e comparar a eficiência de unidades organizacionais” – cf. Neves, João Carvalho das (2011). *Avaliação e Gestão da Performance Estratégica da Empresa*. Texto Editora.

<sup>5</sup> Para maior desenvolvimento sobre a metodologia, os conceitos de eficiência, e as fontes de informação utilizadas, consultar o relatório dos consultores externos, em Anexo.



No caso do **Internamento**, nos hospitais com uma eficiência total de custo relativamente elevada (acima de 0,75, ou seja, com ineficiências relativas inferiores a 25%), a ineficiência deve-se principalmente a **ineficiências de afectação** dos recursos. Por sua vez, nos hospitais com uma eficiência total relativamente baixa, predominam as **ineficiências técnicas** e as **ineficiências no preço**.

No que respeita ao **Ambulatório**, nas unidades com uma eficiência total de custo relativamente elevada, a ineficiência deve-se principalmente à **afectação ineficiente** dos custos com os recursos. Por sua vez, os hospitais com uma eficiência relativamente baixa, devem este facto principalmente a **ineficiências técnicas**. Na globalidade, há pouca evidência de **ineficiências nos preços**.

Quer no Internamento, quer no Ambulatório, as **ineficiências nos preços**, ao contrário do que aparenta, não são as mais relevantes. Logo, o foco da atenção da tutela deverá, eventualmente, priorizar o combate às ineficiências técnica e de afectação.

### *Financiamento, Custos e Ineficiência (cf. Ponto 13)*

As limitações encontradas no actual sistema de financiamento, bem como a inexistência de uma efectiva indução da eficiência, pela fixação de preços administrativos não correspondentes aos preços de eficiência económica, sugerem a necessidade da sua revisão, aliás já assumida pela ACSS ao propor um novo modelo de financiamento para 2010, cuja entrada em vigor foi, entretanto, suspensa pela tutela<sup>6</sup>.

A comparação entre os preços fixados e os custos verificados, através do sistema de custeio por actividade (2006-2007), revela a **existência de custos superiores aos preços fixados**, para a maioria das linhas de produção, no grupo restrito de hospitais analisados (sendo que os elementos da contabilidade analítica, do ano de 2008, confirmam que os custos totais superam o valor total do financiamento, na esmagadora maioria dos hospitais do SNS). Adicionalmente, a análise relativa à desagregação da eficiência económica nas suas componentes principais, através da Análise Envoltória de Dados, demonstrou **ineficiências importantes nos custos** incorridos pelas unidades hospitalares do SNS.

Considerando que, segundo a referida Análise Envoltória de Dados, parte substancial das ineficiências encontradas são relativas a **excesso de utilização de recursos (ineficiência técnica)**, **então com ganhos de eficiência técnica será eventualmente possível diminuir o custo total nos hospitais mais ineficientes**, com redução da diferença verificada entre financiamento e custos.

De facto, apurou-se que as ineficiências resultantes do excesso de utilização de recursos humanos, de medicamentos e de Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica, parte substancial dos custos operacionais das unidades hospitalares, com destaque para os recursos humanos, representam cerca de 67% das ineficiências apuradas na actividade de Internamento e cerca de 72% das ineficiências identificadas nas actividades de Ambulatório.

<sup>6</sup> Cfr. **Despacho do Secretário de Estado da Saúde, de 10 de Fevereiro de 2010**. O teor do Despacho refere que "(...) a implementação imediata do modelo revisto implicaria o reforço do financiamento de alguns hospitais e a redução do financiamento de outros." Considerando o "(...) constrangimento orçamental que caracteriza o OE 2010 (...) e a dificuldade acrescida decorrente da necessidade de adaptação a um novo modelo (...) com um crescimento do orçamento da saúde em 0,62% torna-se efectivamente dilemático aplicar na íntegra, já em 2010, o novo modelo de financiamento, que obriga à realização de ajustes pontuais."

A existência de ineficiências é, aliás, **reconhecida pela própria Tutela**, tendo em conta que foi determinada a elaboração, por parte das unidades hospitalares do Sector Empresarial do Estado, de planos de redução da despesa para o ano de 2010.

Adicionalmente, o recente “*Memorando de entendimento sobre condicionantes específicas da política económica*”, acordado, pelo Governo Português, com representantes da Comissão Europeia (CE), do Banco Central Europeu (BCE) e do Fundo Monetário Internacional (FMI)<sup>7</sup>, prevê cortes substanciais nos custos operacionais dos hospitais públicos.

Tendo em conta a previsível necessidade de redução das transferências orçamentais para o SNS no curto prazo, em virtude da situação económico-financeira em que o país se encontra e dos compromissos internacionais assumidos, a aproximação entre o financiamento e os custos verificados deverá, primeiramente, ser assegurada pela redução dos custos operacionais, através da identificação e eliminação de desperdícios na utilização dos factores de produção.

Assim, impõe-se a obtenção de custos reais detalhados da actividade das unidades hospitalares do SNS, que permitam a adequada e rigorosa aferição entre os preços fixados e os custos verificados, que suportem adequados planos de redução da despesa e, fundamentalmente, que sustentem, no futuro, a fixação de preços de eficiência económica no âmbito do sistema de financiamento do SNS, promotores da racional afectação/utilização de recursos.

---

<sup>7</sup> Cfr. medida 3.72. : redução de custos operacionais, no total de € 200 milhões, repartidos em € 100 milhões em cada ano de 2011 e 2012.



## 2. RECOMENDAÇÕES

### 2.1. AO MINISTRO DA SAÚDE

- Mandar diligenciar pela **obtenção de preços de eficiência económica** a adoptar na valoração da produção do SNS, por forma a promover a eficiente afectação dos recursos nas unidades hospitalares do SNS.
- Tomar as iniciativas necessárias no sentido de ser garantida a **implementação de modelos de custeio** que produzam informação actual, fiável e comparável entre as várias unidades hospitalares do SNS, e que a mesma seja utilizada pelos respectivos Conselhos de Administração vinculando-os, por definição, nos Contratos de Gestão e, eventualmente, nos Contratos-Programa<sup>8</sup>.
- Promover a **elaboração de um ranking de eficiência económica dos hospitais do SNS**, na óptica do utente/contribuinte. Este índice deve compreender todas as dimensões da eficiência económica: recursos, preços e custos, submetendo-o a divulgação pública.

A este propósito, cita-se o recente memorando de entendimento do Governo com o FMI/CE/BCE, com meta de cumprimento para o primeiro trimestre de 2012:

*“3.75. Criar um sistema que permita a comparação do desempenho hospitalar (benchmarking) com base num conjunto abrangente de indicadores e elaborar relatórios anuais regulares, sendo o primeiro publicado no final de 2012 [T1-2012]”*
- Mandar elaborar, com urgência, planos com vista a incrementar a eficiência técnica e de afectação<sup>9</sup>, sem os quais toda a redução de despesa poderá, eventualmente, traduzir-se em redução de qualidade e quantidade dos serviços de saúde prestados aos utentes o que é de todo indesejável.
- Promover as iniciativas necessárias no sentido de que os **planos de redução de custos** que venham a resultar das necessárias medidas de contenção orçamental, resultantes de compromissos internacionais, **não se limitem à imposição de metas de redução de rubricas da**

<sup>8</sup> Deverão criar-se estímulos para as boas práticas e penalizar os piores exemplos, no que respeita à qualidade da informação da contabilidade analítica. Tendo-se verificado, sem prejuízo da existência de informação produzida pela Contabilidade Analítica, que os Conselhos de Administração não levam em consideração essa informação na tomada de decisão.

<sup>9</sup> A **eficiência técnica** avalia-se tendo em conta a produção realizada (por exemplo, doentes saídos do internamento), e a quantidade dos recursos utilizados (por exemplo, médicos e enfermeiros), sendo que um hospital é eficiente se obtém o mesmo nível de produção de outros hospitais, mas com, proporcionalmente, menor utilização de recursos.

A **eficiência de preço** avalia os preços unitários dos recursos utilizados na produção (por exemplo, custos com médicos e enfermeiros), depois de ter sido apurada, no passo anterior, a produção de eficiência associada à quantidade de recursos utilizada. Um hospital é eficiente no preço se não tiver possibilidade de reduzir os custos unitários dos recursos, tendo em conta os verificados noutras instituições.

A **eficiência na afectação** mede até que ponto determinado hospital (eficiente no preço) fica aquém de atingir um custo mínimo devido à incapacidade de fazer a “reafectação” dos seus custos entre os vários recursos disponíveis para a produção (por exemplo, diminuindo os custos com médicos e aumentando os custos com enfermeiros, em menor proporção, para a mesma produção).

Para maior desenvolvimento sobre a metodologia e as fontes de informação utilizadas, consultar o relatório dos consultores externos, em Anexo.

**despesa**, com base no preço, mas enfatizem a redução dos custos por forma a incrementar a eficiência técnica e de afectação, de modo a minimizar os eventuais efeitos na qualidade dos serviços prestados no âmbito do SNS<sup>10</sup>.

## 2.2. AO PRESIDENTE DO CONSELHO DIRECTIVO DA ACSS

### *Quanto à metodologia de apuramento de custos por GDH*

- Assegurar a elaboração de **informação detalhada que fundamente a actual metodologia de apuramento dos custos por GDH<sup>11</sup>**, por forma a torná-lo claro e transparente.
- Promover a realização de um **estudo que avalie a adequação dos pressupostos e das metodologias utilizadas no apuramento de custos por GDH**, dados os constrangimentos e as incorrecções identificadas.

### *Quanto à metodologia de determinação dos limiares de demora média do internamento<sup>12</sup>*

- Providenciar pela **revisão da metodologia utilizada no cálculo dos limiares de excepção dos tempos de internamento**, no sentido da sua revisão e/ou sustentação em fundamentos estatísticos.
- Desenvolver um **estudo mais aprofundado sobre o tipo de mistura de distribuições a utilizar para representar os tempos de internamento**, que leve em conta os tempos de internamento mais elevados, dada a inadequabilidade da distribuição lognormal actualmente adoptada.
- Para os GDH de baixo volume de produção, a definição dos limiares de excepção do tempo de internamento deve ter por **base estatística descritiva ou a utilização de um painel de peritos, evitando recorrer à simples utilização dos limiares dos EUA**.

### *Quanto à Contabilidade Analítica*

- Incentivar os hospitais empresa a criarem uma **cultura empresarial sustentada na medição de custos e de resultados<sup>13</sup>**.
- Providenciar pela **implementação de modelos de custeio<sup>14</sup> que produzam informação fiável e actual**, e que a mesma seja utilizada obrigatoriamente pelos Conselhos de Administração de todas as unidades hospitalares do SNS.

---

<sup>10</sup> Note-se que, quer a eficiência técnica, quer a de afectação, não exigem a redução dos recursos em quantidade. Exigem, sim, a utilização “inteligente”/eficiente dos recursos disponíveis.

<sup>11</sup> Esta recomendação estende-se à elaboração totalmente detalhada sobre as rotinas do programa informático de cálculo de custos, bem como à necessidade de existir informação detalhada sobre a Matriz de Maryland, com a correspondência exacta dos custos desta com os custos da contabilidade analítica dos hospitais do SNS. Só deste modo poderá ser garantida a homogeneidade de procedimentos entre os diferentes analistas da ACSS responsáveis pelos cálculos, bem como garantir a continuidade dessa homogeneidade, ao longo do tempo.

<sup>12</sup> cf. Ponto 10.2 do presente relatório e Ponto 4 do relatório dos consultores externos, em Anexo.

<sup>13</sup> A exigência dos dados financeiros a cada entidade, a procura de competitividade entre os vários hospitais empresa deverá existir, tanto a nível qualitativo de serviços prestados como de eficiência económica.



## Quanto ao sistema de financiamento

- **Determinar os preços de eficiência económica a adoptar na valoração da produção do SNS**, por forma a promover a utilização eficiente dos recursos nas unidades hospitalares do SNS<sup>15</sup>.
- Ponderar a possibilidade de **utilização do Índice de Case-Mix efectivamente verificado, em cada ano**, como mecanismo de ajustamento dos preços do Contrato-Programa à actividade desenvolvida em cada instituição, nesse ano, garantindo uma maior aproximação à realidade.
- Diligenciar pela **revisão e ajustamento permanente do agrupamento das unidades hospitalares, para efeitos de financiamento** para que os grupos definidos reflectam, em cada momento, as diferenças de estrutura<sup>16</sup> entre os hospitais.
- Ponderar a **revisão do modelo de financiamento dos medicamentos de cedência hospitalar em ambulatório e dos medicamentos incluídos nos GDH de ambulatório**.

<sup>14</sup> Seja através do aperfeiçoamento e desenvolvimento do actual Plano de Contabilidade Analítica dos Hospitais, seja através da introdução de sistemas alternativos de custeio como o que foi desenvolvido como projecto-piloto, a obtenção dos dados de base do sistema de custeio deverá privilegiar o recurso a sistemas de informação de registo da actividade e, preferencialmente, permitir o custeio por doente. A implementação de modelos de custeio deverá permitir a obtenção de custos reais detalhados da actividade das unidades hospitalares, garantindo a comparabilidade entre o financiamento e os custos, e que sejam mais direccionados à gestão e ao processo decisional.

<sup>15</sup> Sem preços de eficiência devidamente apurados, não existe empresarialização da gestão da saúde (ou de qualquer outra actividade).

<sup>16</sup> Na documentação de suporte ao actual modelo de financiamento, são apontados como factores estruturais, que podem explicar diferenças nos custos, o “*grau de ‘intensidade tecnológica’/diferenciação técnica de um hospital*”, analisados através de indicadores relacionados com a “*escala / leque de valências*”, “*complexidade não ajustada pelo case-mix*”, e nível de cuidados “*básico vs intermédio*”. (cf. McKinsey & Company. (2002). *Apoiar o Ministério da Saúde na definição de um modelo de tabela de preços para o Sistema Nacional de Saúde*. Ministério da Saúde)



## II – INTRODUÇÃO

---

### 3. OBJECTIVOS E ÂMBITO DA AUDITORIA

A auditoria teve como objectivo geral avaliar se o sistema de pagamento às unidades hospitalares do SNS é gerador de eficiência económica, nomeadamente quanto aos preços fixados e às regras de financiamento estabelecidas, tendo sido definidos os seguintes objectivos específicos:

1. Avaliar se os preços fixados para remunerar a actividade das unidades hospitalares são preços de eficiência económica;
  - 1.1. Avaliar a metodologia subjacente à fixação dos preços, nomeadamente a sua sustentação em princípios de eficiência económica;
  - 1.2. Analisar os dados subjacentes à metodologia utilizada, avaliando se estes são representativos dos custos associados à produção de cuidados hospitalares;
  - 1.3. Analisar e avaliar a informação que suportou a escolha do agrupador utilizado em Portugal;
  - 1.4. Comparar os preços fixados com os custos verificados nos hospitais seleccionados.
2. Aferição dos preços praticados com os preços de eficiência económica (*shadow prices*) calculados de forma a garantir a afectação tão eficiente quanto possível de recursos face à inexistência de mercado.
3. Avaliar se o sistema de pagamento da actividade do SNS é eficiente e se cobre adequadamente a actividade desenvolvida;
  - 3.1. Avaliar se os valores pagos às unidades hospitalares, no âmbito do contrato-programa, abrangem toda a actividade.
4. Analisar se os contratos-programa são limitadores da produção anual das unidades hospitalares.

Em termos de âmbito temporal, o presente relatório abrange fundamentalmente o triénio 2007-2009, incluindo ainda o ano de 2006 quanto à comparação entre preços e custos da actividade hospitalar. O âmbito temporal detalhado de cada análise é referido no respectivo ponto do relatório.

O âmbito da auditoria não abrange o financiamento das Unidades Locais de Saúde, que segue um modelo de captação, com base na população residente abrangida.

### 4. METODOLOGIA E PROCEDIMENTOS

A auditoria foi realizada em conformidade com as normas, procedimentos e metodologias adoptadas pelo Tribunal de Contas e acolhidos no seu “Manual de Auditoria e de Procedimentos”, tendo-se tido igualmente em conta as normas de auditoria geralmente aceites pelas organizações internacionais, como é o caso da INTOSAI, de que o Tribunal de Contas é membro. Foram ainda seguidos os objectivos, procedimentos e metodologias constantes do Plano/Programa de Auditoria superiormente aprovado.

Das metodologias utilizadas salientam-se:

- a) Recolha, análise e sistematização de informação relativa a modelos de financiamento de sistemas de saúde públicos;
- b) Recolha, análise e sistematização de informação relativa à evolução dos modelos de financiamento do SNS utilizados em Portugal;





- c) Recolha de informação relativa às entidades intervenientes no sistema de formação de preços e no processo de contratualização, no âmbito do SNS;
- d) Realização de entrevistas nas entidades seleccionadas, abrangendo os vários intervenientes nos sistemas e processos acima referidos;
- e) Elaboração de questionários para recolha e sistematização da informação junto das entidades do universo em análise;
- f) Análise estatística e econométrica da informação recolhida.

## 5. CONDICIONANTES E LIMITAÇÕES

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

Verificaram-se algumas limitações em termos da informação disponível e da sua qualidade, principalmente no que respeita aos custos da actividade hospitalar, detalhados ao longo do relatório.

## 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, n.º3, da Lei n.º98/97, de 26 de Agosto, com as alterações que lhe foram introduzidas pela Lei n.º 48/2006, de 29 de Agosto, o relato, ou extrato do mesmo, foi enviado às seguintes entidades:

- Ministra da Saúde;
- Ministro de Estado e das Finanças;
- Administração Central do Sistema de Saúde, IP;
- Administração Regional de Saúde do Norte, IP;
- Administração Regional de Saúde do Centro, IP;
- Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, IP;
- Administração Regional de Saúde do Alentejo, IP;
- Administração Regional de Saúde do Algarve, IP;
- Centro de Medicina de Reabilitação da Região Centro - Rovisco Pais;
- Centro Hospitalar Barreiro Montijo, EPE;
- Centro Hospitalar da Cova da Beira, EPE;
- Centro Hospitalar de Entre o Douro e Vouga, EPE;
- Centro Hospitalar de Leiria -Pombal, EPE;
- Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE;
- Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE;
- Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE;
- Centro Hospitalar de São João, EPE;
- Centro Hospitalar de Setúbal, EPE;
- Centro Hospitalar de Torres Vedras;
- Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE;
- Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho, EPE;
- Centro Hospitalar do Alto Ave, EPE;

- Centro Hospitalar do Baixo Vouga, EPE;
- Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio, EPE;
- Centro Hospitalar do Médio Ave, EPE;
- Centro Hospitalar do Médio Tejo, EPE;
- Centro Hospitalar do Oeste Norte;
- Centro Hospitalar do Porto, EPE;
- Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, EPE;
- Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE;
- Centro Hospitalar Póvoa de Varzim/Vila do Conde, EPE;
- Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa;
- Centro Hospitalar Tondela -Viseu, EPE;
- Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca, EPE;
- Hospital de Curry Cabral, EPE;
- Hospital de Faro, EPE;
- Hospital de Magalhães Lemos, EPE;
- Hospital de Reynaldo dos Santos;
- Hospital de São Marcos – Braga;
- Hospital Distrital da Figueira da Foz, EPE;
- Hospital Distrital de Santarém, EPE;
- Hospital do Arcebispo João Crisóstomo – Cantanhede;
- Hospital do Espírito Santo de Évora, EPE;
- Hospital do Litoral Alentejano, EPE;
- Hospital Dr. Francisco Zagalo – Ovar;
- Hospital Garcia de Orta, EPE;
- Hospital José Luciano de Castro – Anadia;
- Hospital Santa Maria Maior, EPE;
- Instituto de Oftalmologia Dr. Gama Pinto – Lisboa;
- Instituto Português de Oncologia de Coimbra Francisco Gentil, EPE;
- Instituto Português de Oncologia de Lisboa Francisco Gentil, EPE;
- Instituto Português de Oncologia do Porto Francisco Gentil, EPE;
- Maternidade do Dr. Alfredo da Costa – Lisboa;
- Unidade Local de Saúde da Guarda, EPE;
- Unidade Local de Saúde de Castelo Branco, EPE;
- Unidade Local de Saúde de Matosinhos, EPE;
- Unidade Local de Saúde do Alto Minho, EPE;
- Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, EPE;
- Unidade Local de Saúde do Nordeste, EPE;
- Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano, EPE.

Foram recebidas respostas de 41 (68%) destas 60 entidades, sendo que as alegações/ respostas apresentadas constam, na íntegra, do Volume III do presente Relatório, nos termos dos artigos 13º, n.º 4, da Lei n.º 98/97, e 60º, n.º 3, do Regulamento da 2.ª Secção, do Tribunal de Contas aprovado pela Resolução n.º 3/98-2.ª Secção, de 19 de Junho, com as alterações introduzidas pela Resolução n.º 2/2002-2.ª Secção, de 17 de Janeiro, e pela Resolução n.º 3/2002-2.ª Secção, de 23 de Maio, e, em síntese, nas partes tidas como relevantes, nos pontos do Relatório a que respeitam.



Considerando que as respostas não contradizem a avaliação efectuada na auditoria, mantêm-se conclusões e recomendações inicialmente formuladas, sem prejuízo de pontos específicos do relatório terem sido objecto de alguns ajustamentos em função das alegações apresentadas.

Tendo todas as respostas carácter institucional, as mesmas são referenciadas pela designação das instituições.

Pelo seu carácter transversal, analisam-se, de seguida, algumas das alegações apresentadas.

Como comentário global a ACSS refere que o relatório preliminar parece “(...) *defender o facto de o modelo de financiamento e as tabelas de preços deverem apontar para a cobertura dos custos totais das instituições (...), mesmo que estas trabalhem com conhecidos níveis de ineficiência*”.

Tal perspectiva não é defendida ao longo do relatório, merecendo aliás, o devido destaque, no ponto 13, a necessidade de redução dos custos operacionais das unidades hospitalares, sendo apontada a existência de excesso de utilização de recursos como principal factor dos níveis de ineficiência encontrados

No entanto, **algumas das conclusões parcelares, lidas fora do contexto global, nomeadamente as relativas à comparação entre preços e custos unitários, poderiam induzir o leitor a retirar esse entendimento, pelo que se aceita a crítica apontada pela ACSS, tendo-se procedido a ajustamentos ao texto do relatório.**

Considera ainda a ACSS que “*o relatório não tem claramente presente a perspectiva da tutela acionista e do controlo orçamental*”, “*facto (...) particularmente evidente na afirmação que ‘o cada vez maior número de linhas de financiamento específico’ contribuem para a maior adequação do financiamento*”. Afirma que “*o ‘não pagamento’ autonomizado de toda actividade hospitalar (...) não é uma inferioridade conceptual do modelo de pagamento, mas antes uma opção alicerçada em teoria conhecida da economia e gestão da saúde*”, carecendo de “*justificação o objectivo da auditoria ‘avaliar se os valores pagos às unidades hospitalares, no âmbito do contrato-programa, abrangem toda a actividade’*”, dado que, no seu “*entender, o actual modelo de financiamento enferma precisamente do facto de terem sido introduzidas linhas autónomas de financiamento, sem reavaliação dos custos e preços das já existentes.*”

Quando o Tribunal se refere à “*maior adequação do financiamento atribuído aos custos verificados*”, está meramente a constatar um facto, dado que essa maior adequação é resultado directo da criação de novas linhas de financiamento. A afirmação transcrita não pretende ser uma avaliação da adequação do próprio sistema de financiamento em termos de promoção da eficiência da actividade hospitalar. O Tribunal entende ser evidente que o preço não pode e não deve financiar os sobrecustos. No entanto, o sistema de financiamento deve valorizar toda a actividade.

A ACSS mencionou ainda que “*(...) os recursos humanos de que este Instituto dispõe são reconhecidamente insuficientes para levar a cabo todas as atribuições indicadas na Lei Orgânica da ACSS, particularmente, neste caso, a Unidade Operacional de Financiamento e Contratualização(...)*”, referindo que “*O facto de o relatório preliminar em apreço não ter em conta nenhum destes constrangimentos de contexto (...) causa alguma estranheza*”.

O relatório de auditoria pretende avaliar o sistema de financiamento em vigor, não abrangendo, no seu âmbito e objectivos a análise dos recursos humanos disponíveis na ACSS, para o cumprimento das suas atribuições legais.

### III – DESENVOLVIMENTO DA AUDITORIA

---

#### 7. O SISTEMA DE FINANCIAMENTO HOSPITALAR EM PORTUGAL

Os sistemas de saúde públicos, nos quais o Estado se assume como financiador, reservam para este o papel fundamental de influenciar o comportamento das unidades produtoras de cuidados de saúde, públicas ou privadas, através da definição de um sistema de financiamento público que minimize os custos envolvidos sem deixar de garantir o cumprimento dos objectivos delineados para a política de saúde, ou seja, que maximize a eficiência e economia.

O financiamento da actividade hospitalar, em Portugal, assenta globalmente, desde 2003<sup>17</sup>, num modelo tendencialmente prospectivo, operacionalizado através da contratualização anual, entre o financiador e os prestadores públicos, da actividade a realizar e da correspondente remuneração, fixando objectivos por linha de produção mas pagando a actividade efectivamente realizada pelas unidades hospitalares, transferindo para o prestador o risco associado à prestação de cuidados de saúde<sup>18</sup>. Ao estabelecer, à partida, as contrapartidas da produção realizada, o sistema poderá induzir a eficiência das unidades hospitalares, uma vez que quaisquer ganhos conseguidos por processos de optimização da gestão da unidade revertem para a própria instituição. A indução da eficiência está, no entanto, fortemente dependente da adequação das regras estabelecidas e dos preços fixados, com a necessidade de informação completa e fidedigna que tal acarreta. Conforme analisado nos pontos seguintes, existem vários constrangimentos a esta indução da eficiência.

Adicionalmente, a prospectividade do sistema é prejudicada pela falta de um levantamento, exaustivo e transparente, das necessidades de saúde da população. (Cf. Ponto 10.1), bem como pela persistência do denominado “valor de convergência”, teoricamente de carácter excepcional e temporário (Cf. Ponto 9.3).

Um conjunto limitado de unidades hospitalares<sup>19</sup> do SNS é financiado, alternativamente, por um modelo de capitação, com base na população residente abrangida, não analisado no presente relatório.

---

<sup>17</sup> Até à introdução do financiamento de parte da actividade hospitalar tendo por base os Grupos de Diagnósticos Homogéneos, na década de 1990 (cf. Ponto 8), a afectação de recursos às unidades hospitalares tinha como referência o orçamento histórico, sendo em cada ano mantido ou actualizado percentualmente o orçamento do ano anterior.

A partir de 1997, o orçamento de cada unidade hospitalar passou a estar directamente ligado à casuística da produção verificada nessa unidade, embora ainda se baseasse, em percentagens decrescentes (de 90% em 1997 para 50% em 2002), no orçamento histórico.

Cf. Mateus, C. (s.d.). *O financiamento hospitalar com grupos de diagnósticos homogéneos: resultados para Portugal entre 1995 e 2001*, obtido de [http://www.fgcasal.org/aes/docs/ceu\\_mateus.pdf](http://www.fgcasal.org/aes/docs/ceu_mateus.pdf); e Harfouche, A. P. (2008). *Hospitais Transformados em Empresas - Análise do Impacto na Eficiência: Estudo Comparativo*. Lisboa: Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas - Universidade Técnica de Lisboa).

<sup>18</sup> É paga a actividade efectivamente realizada, limitada por um sistema de pagamento de actividade marginal.

<sup>19</sup> Unidades Locais de Saúde, EPE, da Guarda, de Castelo Branco, de Matosinhos, do Alto Minho, do Baixo Alentejo, do Nordeste e do Norte Alentejano.



## 8. O AGRUPAMENTO DA ACTIVIDADE HOSPITALAR DE INTERNAMENTO E AMBULATÓRIO CIRÚRGICO EM GRUPOS DE DIAGNÓSTICOS HOMOGÉNEOS

Os Grupos de Diagnósticos Homogéneos (GDH) surgem como meio de definir e medir a produção hospitalar e constituem um sistema de classificação de doentes internados em hospitais de agudos<sup>20</sup>, 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 actos médicos relevantes<sup>21</sup>. Estes últimos, associados à estadia no hospital, são classificados através de códigos pertencentes ao sistema de Classificação Internacional de Doenças<sup>22</sup> e, posteriormente, agrupados em GDH<sup>23</sup>.

A utilização dos GDH como unidades de pagamento<sup>24</sup> tem origem no projecto desenvolvido pela Universidade de Yale, nos Estados Unidos da América (EUA), introduzido em 1983 como forma de reembolso dos prestadores de serviços médicos no âmbito do sistema de seguro de saúde público Medicare. Foi a base do desenvolvimento de outros sistemas de classificação de doentes nos Estados Unidos, nomeadamente no Estado de Nova Iorque, e foi adoptado por vários países desenvolvidos, tendo-se tornado a principal forma de reembolso dos prestadores neste grupo de países<sup>25</sup>.

A implementação dos Grupos de Diagnósticos Homogéneos em Portugal teve o seu início em 1984, e foi a partir de 1990 que o financiamento do Internamento hospitalar passou a ser, em parte, calculado tendo por base a produção específica de cada hospital, traduzida em GDH<sup>26</sup>.

Apesar de Portugal ter sido dos primeiros países europeus a implementar a codificação por GDH e a associar os GDH ao financiamento hospitalar, o agrupamento da produção hospitalar em GDH é realizado em vários países europeus. Existiram, no entanto, diferentes opções quanto à sua

<sup>20</sup> A designação do conceito assenta na classificação dos hospitais quanto à situação na doença (aguda/crónica) – Fonte: Direcção-Geral de Saúde.

<sup>21</sup> Cf. Relatório n.º 20/06 da 2ª Secção do Tribunal de Contas — Relatório Global de Avaliação do Modelo de Gestão dos Hospitais do SEE

<sup>22</sup> ICD-9-CM – International Classification of Diseases, 9th Revision, Clinical Modification – Conjunto de códigos de diagnósticos e procedimentos, desenvolvido por várias entidades dos Estados Unidos da América, tendo por base o ICD-9, 9ª revisão do sistema de classificação de doenças da Organização Mundial de Saúde, ao qual acrescenta subclassificações.

<sup>23</sup> Agrupador de GDH: All Patients DRG, versão 21.0, desenvolvido nos EUA, cuja versão correspondente da CID 9 MC é a do ano 2004.

<sup>24</sup> Scheller-Kreinsen, D., Geissler, A., & Busse, R. (2009). The ABC of DRGs. *Euro Observer, Volume 11, Number 4*, pp. 1-5.

<sup>25</sup> O agrupamento da actividade hospitalar através de sistemas de classificação de doentes tem, no entanto, outros objectivos que ultrapassam o de unidade de pagamento: (i) aumento da transparência ao permitir a realização de análises comparativas de custos, eficiência e qualidade, não realizáveis sem a agregação da informação em grupos homogéneos; (ii) indução da eficiência como mecanismo de pagamento e de afectação dos recursos financeiros às unidades prestadoras de cuidados de saúde; suporte da gestão hospitalar, ao facilitar a monitorização e o controlo dos serviços clínicos – cf. Busse, R., Schreyögg, J., & Smith, P. (9 de 2006). Hospital case payment systems in Europe. *Health Care Management Science*, pp. 211-213.

<sup>26</sup> Urbano, J., & Bentes, M. (1990). Definição da produção hospitalar: os grupos de diagnósticos homogéneos. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 8 (Texto actualizado em Setembro de 1994 e disponível em <http://portalcodgdh.min-saude.pt>), 49-60.

implementação, nomeadamente optando pela adopção directa dos modelos desenvolvidos nos EUA ou pelo desenvolvimento de modelos próprios adaptados à realidade de cada país/grupo de países. Países como Portugal, Irlanda e Espanha optaram pela adopção ou adaptação mínima do agrupador norte-americano, enquanto países como a França e a Alemanha optaram pelo desenvolvimento de sistemas próprios<sup>27</sup>.

Diferentes opções foram também tomadas quanto aos pesos relativos do consumo de recursos de cada GDH, nomeadamente pela utilização dos pesos calculados no país de origem do agrupador, pela determinação de novos pesos baseados no custeio dos hospitais do país, ou pela solução intermédia de adaptação/correção dos pesos importados<sup>28</sup>, a seguida por Portugal. Assim, foram importados os pesos relativos originais (Cf. Ponto 10.3), tendo vindo a ser efectuadas diversas correções pontuais, recorrendo a estudos específicos e a grupos de peritos, mediante alertas das unidades hospitalares quanto a eventuais desajustes dos preços praticados em determinado GDH. Conforme consta do ponto 10.4.2, têm sido desenvolvidos esforços para a obtenção de custos reais associados à produção de cada GDH em unidades hospitalares do SNS seleccionadas, embora ainda sem resultados práticos em termos de financiamento.

## 9. OS CONTRATOS-PROGRAMA

O Estado, ao assumir o papel de financiador do SNS, estabelece com as entidades prestadoras públicas contratos-programa, nos quais fixa as quantidades e os preços da produção contratada e define regras do sistema de financiamento dos serviços prestados aos utentes do SNS, pagando a actividade efectivamente realizada, classificada em actos, técnicas e serviços de saúde<sup>29</sup>, segundo regras preestabelecidas e uma tabela de preços administrativos. A unidade de pagamento é o episódio, acarretando os riscos de incentivar a multiplicação de prestações de cuidados hospitalares e de desincentivar a obtenção de melhores resultados em saúde.

De acordo com a legislação que suporta o processo de contratualização, os contratos-programa celebrados entre a tutela e os hospitais contemplam, além do atrás referido, outros aspectos tais como: as prioridades e modalidades da prestação de cuidados de saúde, os padrões de qualidade, os níveis de serviço, o sistema de monitorização e avaliação de resultados<sup>30</sup>.

No modelo actual de contratação com os hospitais, os Contratos-Programa são celebrados, com os Hospitais do Sector Empresarial do Estado (SEE), de acordo com o disposto no n.º 2 do artigo 12.º do Decreto-Lei nº 233/2005, de 29 de Dezembro, e, com os Hospitais do Sector Público Administrativo (SPA), de acordo com a alínea b) do nº 1 do artigo 10º da Lei nº 27/2002, de 8 de Novembro.

---

<sup>27</sup> Busse, R. (2010). *ABC of DRGs – the European Experience*. Obtido de <http://www.eurodrgeu/>.

<sup>28</sup> HOPE. (2006). *DRGs as a financing tool*. Brussels: HOPE - European Hospital and Healthcare Federation.

<sup>29</sup> *Vd. N.º 1, da Base XXXIII, da Lei n.º 27/2002, de 8 de Novembro, que aprova o novo regime jurídico da gestão hospitalar e procede à primeira alteração à Lei n.º 48/90, de 24 de Agosto.*

<sup>30</sup> *Vd. Art.º 31.º do Dec.-Lei n.º 188/2003, de 20 de Agosto, que versa sobre o regime jurídico da gestão hospitalar.*



De acordo com informação prestada por parte das entidades auditadas, intervenientes no processo de contratação, o modelo de financiamento dos hospitais, no que concerne a alguns dos aspectos acima enunciados, **não terá atingido os seus objectivos**:

- Por um lado, as linhas de produção e as quantidades contratadas estão aquém da cobertura total da actividade das unidades hospitalares (cf., respectivamente, os pontos 9.6 e 10.1).
- Por outro lado, a revisão dos preços não tem cumprido o indicado na legislação em vigor<sup>31</sup>, não tendo sido efectuada de modo transparente à luz dos preços praticados no mercado (cf. pontos 9.2 e 10.3).

## 9.1. LINHAS DE PRODUÇÃO

Em termos de quantidades a produzir, são elencadas como linhas de produção o Internamento (dividido em GDH médicos e cirúrgicos) e o Ambulatório (dividido entre o ambulatório codificável em GDH médicos ou cirúrgicos, e a restante actividade de ambulatório: Consulta Externa, Urgência, Hospital de Dia e Serviço Domiciliário). São ainda financiamentos da actividade os relativos a produção no âmbito do Plano Nacional de Saúde como o diagnóstico pré-natal, os novos doentes VIH/Sida e os Cuidados Continuados Integrados, e a produção em áreas específicas como a Diálise e a interrupção da gravidez.

São ainda previstos financiamentos para programas específicos/verticais, nomeadamente as ajudas técnicas, a assistência médica no estrangeiro, o diagnóstico da retinopatia diabética, entre outros, bem como para outras actividades não ligadas à produção de cuidados assistenciais, destacando-se, pelo volume financeiro envolvido, a formação de internos e os medicamentos de cedência hospitalar obrigatória em ambulatório, da responsabilidade financeira destas unidades.

O quadro seguinte apresenta resumidamente as principais linhas de produção previstas nos Contratos-Programa desde 2005 a 2009.

<sup>31</sup> Vd. Art.º 12.º/2, sobre o financiamento, do Dec.-Lei n.º 233/2005, de 29 de Dezembro de 2005, que aprova os estatutos das entidades públicas empresariais.



**Quadro 1 – Principais rubricas financiadas através do Contrato-Programa (2005-2009)**

	2005	2006	2007	2008	2009
Consultas Externas	X	X	X*	X*	X*
Internamento Agudo	X	X	X	X	X
Internamento Crónico	X	X	X	X	X
GDH Cirúrgicos Ambulatório	X	X	X	X	X
GDH Médicos Ambulatório			X	X	X
Urgências	X	X	X	X	X
Hospital de Dia	X	X	X	X	X
Diálise				X	X
Interrupção da gravidez até 10 semanas				X	X
Plano de Saúde – VIH/SIDA			X	X	X
Plano de Saúde – Diagnóstico Pré-Natal			X	X	X
Serviços Domiciliários	X	X	X	X	X
Dias de Estadia em Lar (IPO)	X	X	X	X	X
Produção Adicional SIGIC		X	X	X	X
Doenças Lisossomais de Sobrecarga			X	X	X
Radioterapia		X			
Registo Oncológico		X	X	X	X
Cuidado Continuados Integrados			X	X	X
Ajudas Técnicas			X	X	X
Assistência Médica Estrangeiro			X	X	X
Assist. Saúde mental prestada por Ordens religiosas			X	X	X
Convenções internacionais			X	X	X
Retinopatia diabética			X	X	X
Transplantes			X	X	X
Medicam. de cedência hospitalar em ambulatório				X	X
Sistema de Custeio por Actividades				X	X
Internos				X	X
Procriação Medicamente Assistida					X
Gripe A					X
Tratamento Cirúrgico da Obesidade					X

\* Primeiras e subsequentes

Fonte: Elaboração própria com base em informação disponibilizada pela ACSS.

Verifica-se que os Contratos-Programa têm vindo a incluir um cada vez maior número de linhas de financiamento específico, salientando-se, pela sua importância em termos financeiros, o financiamento do Internamento crónico (a partir de 2005), o financiamento dos doentes VIH/SIDA e da formação de internos, ambos a partir de 2007 e o financiamento dos doentes de diálise e dos medicamentos de cedência hospitalar obrigatória em ambulatório, ambos a partir de 2008.

O aumento do número das linhas de financiamento autónomas representa algum afastamento do objectivo inicial de pagamento por grandes linhas de actividade pelo que, mantendo esse objectivo, a diferenciação da produção de cada entidade deve passar pela revisão dos grupos de financiamento.

A própria ACSS refere, no âmbito do exercício do contraditório, a este propósito, que “...o actual modelo de financiamento enferma precisamente do facto de terem sido introduzidas linhas autónomas de financiamento, sem reavaliação dos custos e preços das já existentes”, tendo sido essa “uma das razões que levou a ACSS a efectuar a revisão do modelo em 2009 e 2010”.

De facto, embora a documentação de suporte ao modelo de financiamento em vigor já previsse “mecanismos especiais” para o pagamento de “produção a contratar à margem da tabela”, reflexo da necessidade de adequação do financiamento aos custos de diferentes actividades, pela sua “frequência reduzida e/ou variabilidade elevada” ou por se tratar de “actividades específicas”, o mesmo sempre assentou no pagamento por grandes linhas de actividade.





No entanto, a falta de actualização do modelo de financiamento ao longo dos anos, situação em que se destaca o cada vez menor suporte estatístico dos grupos de financiamento em que as unidades hospitalares são divididas, dada a alocação meramente administrativa, a determinado grupo, das novas unidades hospitalares empresarializadas ou agrupadas em centros hospitalares, nos últimos anos (cf. Ponto 9.4), terá levado à criação de um cada vez maior número de linhas de financiamento autónomas, numa tentativa de adequar o financiamento à actividade de cada instituição.

## 9.2. VALORIZAÇÃO DA PRODUÇÃO CONTRATADA

Numa perspectiva económica o financiamento público dos hospitais do SNS pode ser entendido em função das quantidades e dos preços definidos no Contrato-Programa. Existe, no entanto, uma diferença na obtenção dos valores de remuneração, quer se trate de actividades classificadas em grupos de diagnóstico homogéneos (GDH), ou não. Nas actividades com GDH o valor de remuneração resulta do produto do nº de doentes equivalentes, pelo preço unitário ajustado ao índice de case-mix (ICM), específico para o hospital e para a linha de actividade. Nas actividades sem GDH definido o valor da remuneração resulta do produto entre a produção acordada entre as partes e o preço unitário definido pelo Ministério da Saúde. Todos os preços unitários são ajustados por grupos de financiamento, que pretendem traduzir diferenças de estrutura entre as unidades hospitalares (cf. Ponto 9.4).

No que respeita às linhas de produção caracterizadas por GDH<sup>32</sup>, o financiamento ( $F$ ) do montante contratado calcula-se através da equação:  $F = ICM \times N \times P$  por linha de produção e hospital, onde  $ICM$  representa o índice de case-mix,  $N$  representa a produção contratada (nº de doentes equivalentes para o Internamento e nº de doentes saídos para o Ambulatório), e  $P$  representa o preço unitário.

Enquanto o índice de case-mix e a produção contratada variam de hospital para hospital e de linha de produção para linha de produção, o preço unitário só depende do grupo de financiamento em que o hospital foi incluído. Para os Contratos-Programa de 2009, por exemplo, praticaram-se os preços unitários para os GDH de internamento e ambulatório (médicos e cirúrgicos) que se apresentam no Quadro 2.

**Quadro 2 – Preços unitários do Internamento (2009)**

Grupo de Financiamento	Preço Unitário
1	€ 2.396
2	€ 2.396
3	€ 1.842
4	€ 1.937

Fonte: Relatório dos consultores externos.

Relacionado com o cálculo do financiamento destas linhas de produção, está a tabela de preços a praticar pelo Serviço Nacional de Saúde<sup>33</sup>. No que respeita aos GDH, e em circunstâncias de actualização anual, esta tabela de preços reflecte basicamente os custos médios nacionais dos GDH, actualizados com a taxa de inflação esperada do ano em consideração. Estes custos unitários são reportados utilizando pesos relativos  $w$ <sup>34</sup> que, depois de multiplicados pelo custo unitário global  $C$

<sup>32</sup> Abrange o Internamento Médico e Cirúrgico, a Cirurgia de Ambulatório e as sessões de Hospital de Dia codificáveis em GDH médicos de ambulatório.

<sup>33</sup> Os serviços prestados a utentes beneficiários de subsistemas de saúde, de seguradoras, ou transferidos de outros Hospitais, são facturados pelos preços estabelecidos na Portaria n.º 132/2009, de 30 de Janeiro, alterada pela Portaria 839-A/2009, de 31 de Julho, que aprova as tabelas de preços a praticar pelo Serviço Nacional de Saúde, bem como o respectivo Regulamento, ou por outros preços fixados em protocolos.

<sup>34</sup> Cfr. Ponto 10.3.

da tabela de preços do SNS, dão origem ao preço unitário  $w \times C$  de cada GDH. A referida tabela inclui ainda os limiares de duração do internamento de cada GDH de internamento.

Os preços estabelecidos nos Contratos-Programa celebrados com as unidades hospitalares do SNS têm vindo progressivamente a aproximar-se dos preços estabelecidos na Portaria que estabelece os preços a praticar pelo Serviço Nacional de Saúde<sup>35</sup>.

Dado que os preços dos primeiros dois grupos de financiamento correspondem ao custo unitário global da tabela de preços dos GDH, os hospitais dos grupos 1 e 2 são financiados, em princípio, de acordo com o valor médio nacional. Os hospitais dos grupos 3 e 4, que têm um preço contratado abaixo do custo unitário global da tabela de preços, são financiados abaixo da média nacional.

Considerando que o preço médio nos Contratos-Programa é inferior ao custo médio nacional apurado na tabela de preços dos GDH, e mesmo admitindo um pagamento pela produção total do hospital, as regras aplicadas no financiamento implicam, por definição, que os preços fixados sejam inferiores aos custos verificados em cada GDH. Esta constatação é agravada pelo facto da produção contratada dos hospitais, muitas das vezes ser abaixo da produção realizada, excesso pelo qual os hospitais nem sempre recebem financiamento (cf. Ponto 10.1).

Importa salientar que o pressuposto da tabela de preços dos GDH efectivamente reflectir os custos médios nacionais dos GDH, depende de muitos factores, alguns dos quais analisados ao longo dos próximos pontos do presente relatório. Um desses factores é a actualização anual dos valores das Portarias dos preços do SNS. Dado que as actualizações realizadas desde a portaria de 2006, não têm sido baseadas em cálculos de custos, mas sim em meras actualizações com base na taxa de inflação, dificilmente estas actualizações reflectem a evolução dos custos suportados pelos hospitais. Poderão existir GDH cujos custos tendam a ultrapassar os preços fixados, pelo advento de novas tecnologias mais onerosas, como também é de admitir que outros poderão apresentar a tendência contrária se algum avanço tecnológico ou ganho de eficiência permitiu economias de escala e/ou de custos.

Os preços unitários actualmente em vigor para o Internamento e Ambulatório (GDH médicos e cirúrgicos) resultam de um estudo realizado em 2005 pela Administração Central do Sistema de Saúde, IP (ACSS), com base nos custos totais por doente equivalente, apurados a partir da contabilidade analítica dos hospitais em 2004, tendo sido aumentados de acordo com a taxa de inflação dos anos de 2007 e 2008. Desde então, que estes preços unitários não sofrem ajustamentos. A última revisão dos valores do ICM dos Contratos-Programa é de 2007 (cf. ponto 9.4).

Os preços unitários em vigor para as consultas externas correspondem aos preços praticados em 2005, aumentados em 2006, 2007 e 2008. O aumento de 2006 foi de 15%, para incentivar a actividade programada em ambulatório. O aumento de 2007 foi referenciado à taxa de inflação de 2005, enquanto o aumento de 2008 baseou-se na taxa de inflação prevista para 2008. Importa referir que desde 2007, também há uma diferenciação nos preços para primeiras consultas e subsequentes.

Para a Urgência, houve um crescimento marginal dos preços em 2,5% no ano 2006. Desde então, este valor foi revisto apenas em 2007, com base na taxa de inflação de 2005.

---

<sup>35</sup> O custo unitário global da tabela de preços praticada em 2009 foi de € 2.396, o preço do Internamento definido nos Contratos Programa dos hospitais dos grupos de financiamento 1 e 2.



Esta mesma revisão ocorreu para os preços unitários do Hospital de Dia de 2007 e os Cuidados Domiciliários.

Os preços base de 2006, para a radioterapia e a quimioterapia, resultaram do trabalho efectuado com um painel de peritos escolhidos pela ACSS (então IGIF) e correspondem aos preços constantes da tabela de preços do SNS<sup>36</sup>. Para a hematologia e a imunoterapia, foi considerado um aumento de 20% face ao preço de 2005, para as restantes linhas de produção do Hospital de Dia considerou-se um aumento de 10%.

A evolução dos preços, aliada ao facto de a necessidade de “contenção” ser repetidamente referida nos documentos de suporte da metodologia do Contrato-Programa, ao longo dos anos<sup>37</sup>, sugere que os mesmos têm sido, erradamente, mais condicionados pelas restrições impostas pelos montantes disponíveis anualmente para a contratualização de cuidados de saúde no âmbito do SNS, do que pelo objectivo de indução de melhorias ao nível da eficiência que devia resultar do conhecimento detalhado dos custos efectivos de cada uma das prestações de serviços de saúde contratadas (sobre a informação disponível relativa a custos, ver o ponto 10.4). Sem preços de eficiência devidamente apurados, não existe empresarialização da gestão da saúde (ou de qualquer outra actividade).

### 9.3. MECANISMOS DE GARANTIA DE SUSTENTABILIDADE DAS UNIDADES MENOS EFICIENTES

Adicionalmente ao pagamento da produção realizada e, conceptualmente<sup>38</sup>, por um período limitado, as unidades hospitalares passaram a receber um montante para cobrir as diferenças entre os valores pagos e os custos verificados (valor de convergência), de modo a viabilizar a continuidade da actividade dos hospitais do SNS menos eficientes, até que se verificasse um alinhamento dos níveis de eficiência verificados nas diferentes unidades hospitalares.

No sentido de forçar o equilíbrio económico-financeiro dos hospitais, EPE, em função de ganhos de eficiência na gestão verificou-se uma tendência, a partir de 2006, para condicionar a atribuição do valor de convergência a uma componente dependente do cumprimento de objectivos de eficiência e de qualidade, definidos a nível nacional (Ministério da Saúde/Administração Central do Sistema de Saúde, IP) e regional (Departamentos de Contratualização das Administrações Regionais de Saúde, IP), que passaram a ser incluídos nos contratos-programa<sup>39</sup>.

<sup>36</sup> Este é um caso em que os preços obtidos escapam à racionalidade económica, como se veio a verificar (cf. Ponto 11.2.4).

<sup>37</sup> Veja-se, a este respeito, a documentação de suporte da metodologia para a definição de preços e fixação de objectivos dos contratos-programa de 2007, 2008 e 2009. Relativamente a 2007, é referido que aquele será “...um ano de fortes restrições orçamentais...” e que os preços “...têm que dar um sinal de contenção, pelo que não poderão ter acréscimos significativos, nem acompanhar a tendência verificada nos custos unitários em alguns dos últimos anos...”. Nos anos de 2008 e 2009, a mesma contenção orçamental é apresentada como o motivo para não existir qualquer actualização dos preços, com a excepção das consultas externas, em 2008, cujo preço foi actualizado pela inflação.

<sup>38</sup> Apenas conceptualmente, uma vez que o denominado Valor de Convergência, embora tenha sofrido alterações relativamente às condições de atribuição, continua a ser pago actualmente aos hospitais do SNS.

<sup>39</sup> Cf. Relatório do Tribunal de Contas n.º 11/2010 – 2.ª S – Auditoria Orientada à Atribuição do Valor de Convergência aos Hospitais, EPE.

A partir de 2008, a componente variável da convergência passou a constituir uma nova componente designada de Incentivos Institucionais, que continua associada ao cumprimento de objectivos de qualidade, acessibilidade, desempenho assistencial e económico/financeiro.

A existência do valor de convergência continua, no entanto, a limitar a prospectividade do sistema de financiamento, uma vez que acaba por corresponder a uma reposição do nível histórico de custos de cada instituição, conferindo-lhe um carácter retrospectivo<sup>40</sup>.

#### 9.4. MECANISMOS DE AJUSTAMENTO ÀS ESPECIFICIDADES DE DIFERENTES UNIDADES HOSPITALARES

O actual sistema de financiamento prevê, como mecanismos de ajustamentos às especificidades de diferentes hospitais:

- o Índice de **Case-Mix** (ICM) da produção do internamento e da actividade de ambulatório codificável em GDH (cirurgia de ambulatório e Sessões de Hospital de Dia codificáveis em GDH médicos de ambulatório);
- o **agrupamento de hospitais** em grupos de financiamento, tendo em conta factores estruturais.

O ICM pretende reflectir a complexidade da actividade clínica realizada em termos de consumo de recursos. O seu papel no sistema de financiamento actual apresenta, no entanto, algumas fragilidades.

Por um lado, a sua aplicação é, conforme referido, limitada à actividade codificável em GDH, não abrangendo áreas relevantes da actividade hospitalar como a Consulta Externa, a Urgência e parte do Hospital de Dia, cujos preços são apenas ajustados pelos grupos de financiamento.

Por outro lado, a sua implementação prática no sistema de contratualização anual poderá não reflectir adequadamente a actividade desenvolvida pelas unidades hospitalares, uma vez que o ICM incluído no contrato de cada ano  $n$  é calculado com base na actividade desenvolvida no ano  $n-2$ <sup>41</sup>. Além do desajustamento que é, desde logo, expectável, num desfasamento de 2 anos, o recurso crescente à actividade cirúrgica em ambulatório em detrimento do internamento, com a consequente alteração da actividade realizada, acentua a possibilidade de a actividade contratada para cada ano não reflectir, em termos de valor, a efectivamente realizada.

No mesmo sentido, o Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia – Espinho, EPE, refere, no âmbito do contraditório, que *“A definição de um tecto para o orçamento de cada linha de produção classificável em GDH não é incompatível com a aplicação do ICM correspondente à casuística do exercício em curso, garantindo-se, assim, que a cada momento o financiamento corresponde ao perfil produtivo da Instituição”*.

O segundo dos mecanismos enunciados pretende, ao agrupar as unidades hospitalares em grupos de estrutura correspondentes a diferentes grupos de financiamento, traduzir as diferenças existentes entre as várias unidades hospitalares, não totalmente reflectidas no ICM,

---

<sup>40</sup> Para maiores desenvolvimentos sobre o valor de convergência e os seus resultados em termos de promoção da eficiência, pode ser consultado o Relatório do Tribunal de Contas n.º 11/2010 – 2.ª S – Auditoria Orientada à Atribuição do Valor de Convergência aos Hospitais, EPE.

<sup>41</sup> Adicionalmente, nos anos de 2010 e 2011, o ICM não foi actualizado, reflectindo a actividade desenvolvida pelas unidades hospitalares em 2007.



nomeadamente no que se refere a factores como o grau de “intensidade tecnológica”/diferenciação técnica de cada unidade<sup>42</sup>, traduzindo-as em preços unitários distintos.

Verifica-se, no entanto, que o universo de hospitais que constitui o SNS tem sofrido sucessivas alterações desde a implementação do sistema de financiamento em 2003, quer pela crescente empresarialização das unidades hospitalares, quer pela integração de vários hospitais em Centros Hospitalares. Estas alterações não têm, segundo informação prestada pela ACSS, originado a revisão dos grupos de financiamento criados originalmente, através da eventual reanálise dos factores estatísticos que suportaram a sua criação, tendo as novas unidades hospitalares sido adicionadas administrativamente aos grupos existentes, com eventual aumento da heterogeneidade de cada grupo.

Ambos os problemas são apontados no estudo<sup>43</sup> realizado pela Arthur D. Little para a ACSS, em Dezembro de 2009, para suportar o novo modelo de financiamento, proposto para 2010<sup>44</sup>. Neste estudo, refere-se que a criação original dos grupos não recorre a técnicas puramente estatísticas, apresentando “elevado grau de subjectividade” e que “as alterações introduzidas no SNS não foram reflectidas de forma consistente no modelo de financiamento”.

Os novos grupos de financiamento propostos apresentariam, segundo o mesmo estudo, uma menor heterogeneidade dos custos unitários das principais linhas de produção, com uma redução global do desvio padrão em 15%.

**Do exposto, conclui-se que os mecanismos de ajustamento às especificidades das várias unidades hospitalares são insuficientes**, por não abrangerem toda a actividade, e que não têm sido devidamente ajustados ao longo do tempo para que reflectam, em cada momento, as reais diferenças de estrutura e actividade entre hospitais, não só pelo recurso crescente à actividade cirúrgica em ambulatório em detrimento do internamento como pelas constantes alterações ocorridas ao nível da estrutura orgânica das várias unidades hospitalares (empresarialização e agregação de unidades).

## 9.5. DESVIOS EM RELAÇÃO AO CONTRATADO

O estabelecimento de metas de produção anuais responsabiliza as duas partes contratantes e permite o estabelecimento de limites à despesa anual. No entanto, dada a incerteza associada ao processo de previsão da produção anual, o Contrato-Programa incorpora um mecanismo de pagamento de produção que excede o contratado (produção marginal) e penalizações no caso de produção ser significativamente inferior ao previsto, no sentido de operacionalizar a partilha do risco associado à produção inferior ou superior ao contratado.

<sup>42</sup> Mckinsey & Company. (2002). *Apoiar o Ministério da Saúde na definição de um modelo de tabela de preços para o Sistema Nacional de Saúde*. Ministério da Saúde.

<sup>43</sup> Arthur D. Little. (2009). *Modelo de financiamento dos hospitais: Apresentação ao Secretário de Estado e da Saúde*. Administração Central do Sistema de Saúde, IP.

<sup>44</sup> A entrada em funcionamento do novo modelo de financiamento proposto acabou por ser suspensa pela tutela, opção justificada pelo “constrangimento orçamental que caracteriza o OE 2010” e pela “dificuldade acrescida decorrente da necessidade de adaptação a um novo modelo”, tendo sido mantido, para 2010 e 2011, o modelo de financiamento desenvolvido em 2003.

A produção marginal é paga a um preço inferior ao da produção normal até um limite de 10% da produção contratada. A partir desse limite não é paga. Exceptuam-se os episódios programados de internamento e de ambulatório, classificados em GDH cirúrgicos, pagos no âmbito do Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia (SIGIC)<sup>45</sup>.

As regras de pagamento de produção inferior ao previsto estabelecem o não pagamento de qualquer valor, sempre que seja produzido menos de 50% do contratado, e o financiamento de 50% dos custos fixos da Urgência, através do pagamento das unidades não produzidas a um preço que representa 27,5% do estabelecido no Contrato-Programa<sup>46</sup>.

As regras definidas relativas à produção marginal **têm contribuído, na prática, para a diminuição dos preços médios pagos em algumas actividades e a alguns hospitais**, dada a definição de metas de produção que têm, em alguns casos, ficado aquém da produção efectivamente realizada (conforme se verá mais à frente - Cf. ponto 10.1.1).

Sobre este assunto a ACSS defende, no âmbito do contraditório, que a diminuição dos preços médios pagos “é uma consequência intencional, inevitável e evidente do facto de os preços da produção marginal serem inferiores aos da restante produção.”

Concorda-se com a afirmação da ACSS, mas salienta-se que a observação constante do relatório não se refere às regras, em si, mas à sua relação com o processo de fixação das quantidades previstas no Contrato-Programa, conforme referido no ponto 10.1.1.

## 9.6. ACTIVIDADES NÃO FINANCIADAS

Embora, em tese, toda a actividade inserida no âmbito da missão dos hospitais se encontre coberta financeiramente através das principais linhas de produção<sup>47</sup>, **a maioria dos hospitais do Serviço Nacional de Saúde (dois terços) reportou realizar actividades para as quais não tem fonte própria de financiamento.**

---

<sup>45</sup> Para maiores desenvolvimentos sobre o funcionamento e avaliação deste sistema, pode ser consultado o Relatório do Tribunal de Contas n.º 25/2007 – 2.ª S – Auditoria ao Acesso aos Cuidados de Saúde do SNS – Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia – SIGIC.

<sup>46</sup> Os primeiros anos de implementação deste modelo de financiamento (2003 a 2005) previam o pagamento de custos fixos nas principais linhas de produção e não apenas na Urgência. A partir de 2006 os Contratos-Programa passaram a incluir uma maior transferência, para os prestadores, do risco associado à não realização da produção contratada, partilhando apenas o risco associado à produção do Serviço de Urgência, dadas as obrigações de manutenção de uma estrutura mínima em funcionamento, independente da actividade, assumidas pelos prestadores no âmbito do SNS.

<sup>47</sup> A título de exemplo, as consultas não médicas e os Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica, por se tratar de actividade complementar, não têm um financiamento autónomo, sendo que os custos que lhes estão associados são cobertos pelos preços médios pagos pelas actividades principais (Consultas Externas, Internamento, etc).





O Quadro 3 apresenta as actividades sem financiamento (ASF) reportadas pelos hospitais do SNS.

A cedência de alguns medicamentos em ambulatório (23,9%), as consultas não médicas (17,6% – por exemplo consultas de psicologia, de nutrição ou de enfermagem) e outras actividades várias que, apesar de possuírem financiamento próprio pelo SNS, foram consideradas subfinanciadas por alguns hospitais, foram as ASF mais frequentes no conjunto dos hospitais analisados.

Estas três actividades em conjunto representaram mais de 50% das ASF identificadas.

**Quadro 3 – Actividades sem financiamento reportadas pelos hospitais do SNS**

Actividades	n	%
Medicamentos em Ambulatório	34	23,9
Consultas não Médicas	25	17,6
Subfinanciamento	14	9,9
Fisiatria	10	7,0
INEM/VMER	8	5,6
Ensino	6	4,2
Inovação/Investigação	5	3,5
Produção Marginal	5	3,5
Transporte de Doentes	7	4,9
Actividades fora da rede pública	4	2,8
Falta de Identificação do Financiador	3	2,1
Hospital de Dia - Outros	4	2,8
Pensões	3	2,1
Consultas Simultâneas	2	1,4
VIH	2	1,4
Outros	10	7,0
<b>Total</b>	<b>142</b>	<b>100</b>

Fonte: Relatório dos consultores externos.

As actividades de investigação nas unidades hospitalares são fundamentais para a actualização do conhecimento dos profissionais de saúde e para a melhoria dos cuidados de saúde por eles prestados. Apesar de na actualidade estas actividades estarem contempladas no Contrato-Programa, são consideradas pelos hospitais como actividades sem financiamento adequado. Este facto pode condicionar a evolução e a excelência a vários níveis da actividade hospitalar.

A maioria dos hospitais identifica com clareza as suas actividades sem financiamento mas reporta dificuldades na mensuração do seu valor económico. No entanto, conseguiram-se apurar alguns valores relativos às principais actividades sem financiamento.

Em média, os medicamentos de cedência hospitalar em ambulatório sem financiamento representaram um encargo de € 2.177.015 (com um desvio padrão de € 1.895.223)<sup>48</sup>. Por exemplo, o Centro Hospitalar de Coimbra, EPE, reportou encargos de € 5.514.406 com os medicamentos de cedência obrigatória pela farmácia hospitalar mas não abrangidos pelas circulares normativas.

No ano de 2009 foram realizadas, em média, 11.427 (mínimo: 923 – máximo: 49.735) consultas não médicas por hospital<sup>49</sup>. O encargo médio reportado foi de aproximadamente € 206.532, o que corresponde a um custo unitário médio de € 18,74 por consulta<sup>50</sup>.

Salienta-se, no entanto, que a existência de actividades não explicitamente consideradas nos contratos-programa poderá não justificar, necessariamente, a criação de novas linhas de financiamento específicas, uma vez que a incorporação desses custos poderá ser assimilada pela reengenharia dos processos de produção interna.

<sup>48</sup> Amostra de 17 unidades hospitalares com resposta ao questionário.

<sup>49</sup> Amostra de 10 unidades com resposta ao questionário.

<sup>50</sup> Amostra de 8 unidades com resposta ao questionário.

## **10. FORMAÇÃO DAS CONDIÇÕES CONTRATUAIS: QUANTIDADE E PREÇO**

Os *Inputs* essenciais para o estabelecimento das condições contratuais a fixar nos Contratos-Programa são o tecto financeiro disponível para as transferências para o SNS (exógeno ao modelo de financiamento, definido anualmente pela tutela), as quantidades a contratar por linha de produção, negociadas entre os Departamentos de Contratualização das ARS e as unidades hospitalares no processo de elaboração dos planos de desempenho, e os preços fixados para cada uma das linhas de produção.

Os preços são fixados pela ACSS tendo em conta as restrições orçamentais determinadas pela tutela, a informação disponível sobre a actividade das unidades do SNS, e informação pontual disponível sobre custos de determinadas actividades.

As quantidades são fixadas por negociação entre as Administrações Regionais de Saúde e as unidades hospitalares, tendo em conta as restrições orçamentais fixadas a cada uma das cinco ARS, bem como o histórico de produção e financiamento.

Analisam-se de seguida, em maior detalhe, os processos de estabelecimento destas condições contratuais.

### **10.1. FIXAÇÃO DAS QUANTIDADES A PRODUZIR**

O processo de fixação das quantidades a contratar assenta na negociação entre os Departamentos de Contratualização das ARS e as unidades hospitalares, tendo por base a verba disponível anualmente para o SNS.

As ARS procedem à afectação da verba que a cada uma é atribuída, às unidades hospitalares de cada região, segundo um modelo de diferenciação de cada hospital, tendo em conta o histórico de produção e os Planos de Desempenho apresentados pelos hospitais, através dos quais é feita uma primeira proposta de produção e de orçamento económico-financeiro a contratar.

As linhas orientadoras definidas pela ACSS e ARS nesta negociação contemplam, não só a fixação de metas de crescimento para as principais rubricas de custos mas, também, a necessidade de as unidades hospitalares apresentarem uma proposta assistencial centrada na resposta às necessidades em saúde das populações da respectiva área de influência, em especial no que respeita às primeiras consultas de especialidade e à redução das listas espera para cirurgia, para além do seguimento de estratégias nacionais como a promoção do desenvolvimento da cirurgia de ambulatório.

O histórico da produção realizada pelos hospitais serve como principal referência à fixação da actividade a contratar. A nível das regiões, é feita anualmente uma avaliação da produção esperada face à produção realizada no ano anterior, processo este que precede a fase da negociação da produção para o ano seguinte entre a ARS e os hospitais. De igual forma, são tidos em conta o aumento ou a diminuição da capacidade instalada em determinadas áreas de actividade, bem como as necessidades em saúde que vão sendo expressas por parte da população<sup>51</sup>. Todavia, tendo em conta o anteriormente referido relativamente à limitação da verba orçamental atribuída ao SNS,

---

<sup>51</sup> A principal fonte de informação quanto a esta matéria provém das listas de espera para primeiras consultas hospitalares e para cuidados cirúrgicos programados, esta última extraída, essencialmente, da base de dados do SIGIC.





existem constrangimentos quanto à disponibilidade financeira que condicionam as quantidades fixadas em cada uma das unidades hospitalares de cada região de saúde.

Sobre o assunto supra abordado, a ARS do Alentejo, IP, acrescenta, no âmbito do contraditório, que "(...) além da fonte de informação ter origem nas listas de espera (...), a ARS Alentejo definiu o perfil de saúde da população da Região Alentejo, que se encontra disponível no site institucional e cujo contributo ao nível do planeamento em saúde se espera que venha a repercutir numa alocação mais eficiente e com mais qualidade de recursos."

Os valores a incluir no Contrato-Programa respeitantes aos medicamentos de cedência hospitalar em ambulatório são determinados com base na relação de medicamentos que as unidades hospitalares apresentam inscrita no respectivo Plano de Desempenho, de acordo com os doentes seguidos nas patologias objecto de financiamento, informação sujeita a validação por parte da ARS com base no movimento de doentes e respectivo custo médio, bem como na facturação apresentada à ACSS. Os valores a contratar têm, portanto, por base, o histórico, reflectindo ainda as expectativas de procura e a disponibilidade financeira.

### 10.1.1. LIMITAÇÃO DA PRODUÇÃO PELAS QUANTIDADES CONTRATADAS

Os dados relativos à execução dos Contratos-Programa de 2007 a 2009 não revelam qualquer tendência de aproximação das quantidades produzidas às quantidades contratadas, ou seja, a produção parece não ter sido limitada pelas metas quantitativas estabelecidas.

De facto, o crescimento da produção foi superior ao crescimento das quantidades contratadas em todas as linhas de produção, com excepção do Hospital de Dia. As quantidades contratadas em 2007 para esta actividade ficaram muito aquém da produção efectivamente realizada (a produção ultrapassou o contratado em 29,4%), o que explica que nos anos seguintes tenham sido contratadas quantidades significativamente superiores.

Todas as linhas de actividade apresentam crescimentos de produção, apesar da diminuição dos valores contratados nas áreas de Internamento, Urgência e GDH médicos de Ambulatório.

Em 2007, todas as linhas de produção, exceptuando o Hospital de Dia, ficaram aquém do contratado, mas nos dois anos seguintes a produção excedeu, regra geral, a actividade contratada, com a excepção do Internamento, reflexo da crescente importância da cirurgia de ambulatório. Verifica-se que a produção realizada ultrapassou largamente a produção contratada no Hospital de Dia (+9,8% em 2008 e +22,4% em 2009) e na cirurgia de ambulatório (+12,1% em 2008 e +9,6% em 2009). Salientam-se ainda as diferenças verificadas entre o realizado e o contratado, em 2008, na produção de GDH médicos de ambulatório (+12,5%), e, em 2008 e 2009, nas consultas médicas (+3,9% e +3,4%, respectivamente).

**Quadro 4 – Execução dos Contratos-Programa do triénio 2007-2009 – Principais linhas de actividade**

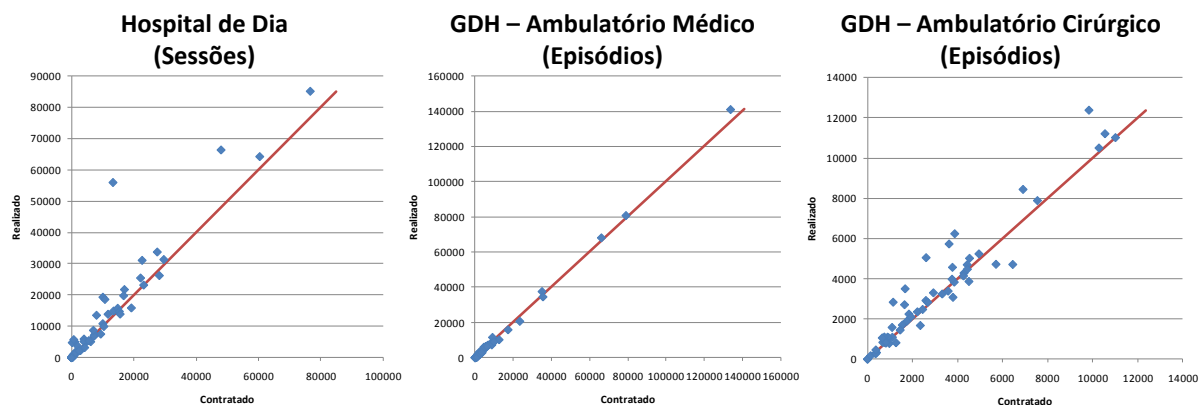
	2007				2008				2009				Var% 07-09	
	Contratado (1)	Realizado (2)	Desvio (2)-(1)	Desvio %	Contratado (3)	Realizado (4)	Desvio (4)-(3)	Desvio %	Contratado (5)	Realizado (6)	Desvio (6)-(5)	Desvio %	Contratado	Realizado
Internamento (Doentes Equivalentes)	782.508	677.350	-105.158	-13,44%	739.758	729.454	-10.304	-1,39%	779.734	772.318	-7.416	-0,95%	-0,35%	14,02%
Consultas Médicas (n.º)	7.425.839	7.113.710	-312.129	-4,20%	7.543.402	7.839.697	296.295	3,93%	8.552.355	8.838.769	286.414	3,35%	15,17%	24,25%
Hospital de Dia (Sessões)	511.362	661.743	150.381	29,41%	626.049	687.499	61.450	9,82%	609.787	746.245	136.458	22,38%	19,25%	12,77%
Urgência (Total Atendimentos)	5.151.407	4.981.586	-169.821	-3,30%	4.976.084	4.929.430	-46.654	-0,94%	5.007.733	5.103.898	96.165	1,92%	-2,79%	2,46%
GDHs Médicos Ambulatório (episódios)	561.808	477.385	-84.423	-15,03%	464.484	522.397	57.913	12,47%	541.281	551.758	10.477	1,94%	-3,65%	15,58%
GDHs Cirúrgicos Ambulatório (episódios)	104.802	94.379	-10.423	-9,95%	122.300	137.145	14.845	12,14%	171.868	188.417	16.549	9,63%	63,99%	99,64%

Fonte: Elaboração própria com base em informação fornecida pela ACSS, IP.

A análise da variabilidade da relação entre quantidades contratadas e realizadas, para todas as unidades hospitalares do SNS, em 2009, permite concluir que existem diferenças significativas entre os índices de execução das várias unidades hospitalares não reflectidas no quadro anterior, salientando-se a variabilidade verificada no Hospital de Dia, nos GDH médicos de ambulatório e nos GDH cirúrgicos de ambulatório, com coeficientes de variação dos índices de execução<sup>52</sup> de 1,68, 1,4, e 0,3, respectivamente.

A figura seguinte apresenta a distribuição das quantidades contratadas e realizadas nas três linhas de actividade atrás identificadas. A linha a vermelho denota as combinações em que existe igualdade entre o contratado e o realizado, pelo que hospitais à esquerda/acima da linha ultrapassaram o contratualizado e hospitais à direita/abaixo da linha não conseguiram atingir a produção contratada.

Figura 1 – Execução dos Contratos-Programa 2009 – Principais linhas de actividade



Fonte: Elaboração própria com base em informação fornecida pela ACSS, IP.

**Embora as quantidades contratadas não pareçam restringir a produção desenvolvida pelas unidades hospitalares, aquelas têm uma influência indirecta no preço recebido pelas unidades produzidas, uma vez que as regras previstas para a remuneração da produção acima do contratado resultam na diminuição do preço médio efectivo recebido pela totalidade da produção (cf. Ponto 9.5).**

## 10.2. DEFINIÇÃO DOS LIMIARES DE DEMORA MÉDIA DOS GDH

Os limiares de excepção do tempo de internamento são importantes para o cálculo do número de doentes equivalentes, que é encarado como uma medida da produção do hospital para um determinado GDH. O conceito de doente equivalente assenta na classificação do tempo de internamento em três regimes:

1. tempo de internamento de curta duração – definido num intervalo (0,a)
2. tempo de internamento “normal” – definido num intervalo (a,b)
3. tempo de internamento de duração prolongada – definido num intervalo [b,∞)

Um doente com tempo de internamento “normal” ou “prolongado” é contabilizado como uma unidade para a respectiva produção. Um doente com tempo de internamento de curta duração é

<sup>52</sup>  $CV = \frac{\text{Desvio Padrão} \left( \frac{\text{Realizado}}{\text{Contratado}} \right)}{\text{Média} \left( \frac{\text{Realizado}}{\text{Contratado}} \right)}$



contabilizado com um valor inferior a uma unidade, dependendo da fracção do tempo de internamento. Desta forma, os limiares de excepção são cruciais para determinar o número de doentes equivalentes associados à produção de um hospital.

Para avaliar a adequação dos pressupostos utilizados na fixação dos limiares de excepção do tempo de internamento, foi utilizada como base a documentação recolhida junto da ACSS, apesar de não ser exaustiva.

**Na globalidade a metodologia utilizada na fixação dos limiares de excepção do tempo de internamento está insuficientemente fundamentada e enviesa a verdadeira distribuição da duração do internamento.**

**A metodologia utilizada pela ACSS assenta inicialmente na eliminação de eventuais observações erróneas ou aberrantes (*outliers*) da base de dados por substituição de valores (truncatura).** Esses *outliers* estão usualmente associados a tempos de internamento longo, mas não só. Na “limpeza” dos dados, valores abaixo do limiar inferior inicial, calculados na primeira etapa, são substituídos pelo valor do limiar inferior inicial.

A truncatura dos dados à esquerda e à direita, independentemente dos critérios utilizados, altera a distribuição verdadeira dos dados, podendo enviesar os resultados do cálculo dos limites, devido ao estreitamento dos intervalos. Expurgar os tempos de internamento excessivamente longos, implica admitir-se, tacitamente, que a distribuição do tempo de internamento não pode ter caudas pesadas. Contudo, estes tempos de internamento são sistematicamente observados ao longo de vários anos, indicando que os mesmos devem ser encarados, não como observações aberrantes, mas sim como realizações aleatórias efectivas de distribuições de caudas pesadas. A presença de tempos de internamento excessivamente longos pode ainda indiciar que a distribuição probabilística subjacente aos dados deriva de várias populações latentes, dando assim origem a modelos de mistura. Não considerar a ocorrência de internamentos de duração mais elevada pode resultar num financiamento inadequado para este tipo de internamentos.

De acordo com o referido pela ACSS, o método do intervalo de Richard Averill (RAQ) foi o utilizado aquando da implementação da metodologia GDH em Portugal “por ter sido o que apresentou melhores resultados”. **Na documentação disponibilizada pela ACSS não é referido o método utilizado para efeitos de comparação das alternativas acima identificadas.**

Adicionalmente, não é apresentado qualquer fundamento estatístico para as parametrizações utilizadas na aplicação do referido método.

A análise de alguns GDH com preço para ambulatório sugere a presença de heterogeneidade dentro do GDH, sendo estes GDH melhor representados por duas subpopulações, uma de curta duração e outra de episódios mais prolongados, pelo que, sendo assim, **um limiar inferior igual a 1 para todos os GDH com preço para ambulatório acaba por não reflectir a verdadeira produção.**

As alterações introduzidas na Portaria nº 110-A/2007, de 23 de Janeiro, fundamentam-se na base de dados do GDH de 2003, que se considera desactualizada para o contexto actual. Outro aspecto refere-se à regra adoptada nessa portaria: sempre que o número de episódios classificados num GDH era inferior a 100 (GDH de baixo volume), ou os limiares se afastavam muito da distribuição verificada no histograma de frequências, foram adoptados os limiares dos EUA para o AP 21. **A utilização dos limiares americanos para os GDH com baixa frequência pressupõe realidades da prática clínica semelhantes entre Portugal e EUA, não sendo mencionada nenhuma avaliação dessa situação.**

A metodologia utilizada pela ACSS tem ainda subjacente o pressuposto da lognormalidade dos dados relativos às durações do internamento. Verifica-se, no entanto, que a maioria das distribuições de tempos de internamento não se ajusta a distribuição lognormal (esta não abrange os valores observados nas duas caudas das distribuições de tempos de internamento – internamentos curtos e internamentos muito longos).

O pressuposto sobre o tipo de distribuição utilizado pela ACSS no cálculo dos limiares de excepção resulta numa alteração artificial do nº de doentes equivalentes. Todavia, não é possível antecipar a influência no financiamento face à duração real do internamento.

Relativamente a este assunto, o Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia – Espinho, EPE, refere, no âmbito do contraditório que *“O cálculo de doentes equivalentes (...) deverá atentar na problemática da introdução de técnicas inovadoras que permitem diminuir os tempos de internamentos para níveis abaixo dos limiares inferiores estabelecidos, prática que surge indevidamente penalizada.”*, **afirmação com a qual se concorda, e que reforça a importância da revisão atempada e regular da adequação dos limiares mínimos e máximos de tempo de internamento fixados para cada GDH.**

### 10.3. FIXAÇÃO DOS PREÇOS

**A informação de base para a fixação dos preços é a produzida anualmente pela contabilidade analítica<sup>53</sup> das unidades hospitalares do SNS.**

Relativamente ao apuramento dos custos das várias linhas de produção das unidades hospitalares do SNS, refira-se que os custos da produção de consultas externas e urgências são directamente apurados pela contabilidade analítica, dado estas linhas de produção constituírem centros de custo autónomos. A unidade de obra para o centro de custo é o episódio de consulta ou de urgência, que é também a unidade utilizada para a contratação de determinada quantidade no Contrato-Programa, com um preço unitário associado.

Existem, no entanto, limitações quanto à comparabilidade desta informação com as várias rubricas de financiamento previstas nos Contratos-Programa, uma vez que parte da actividade realizada em GDH médicos de ambulatório, por exemplo, está, entre outros, afecta às consultas externas, apesar de constituir uma linha de financiamento autónoma.

Os custos do Internamento também não são directamente comparáveis com o preço estabelecido no Contrato-Programa, que engloba duas componentes: um preço único para o internamento, e o Índice de case-mix (ICM) da unidade hospitalar.

Por um lado, a contabilidade analítica produzida pelas unidades hospitalares do SNS permite apurar os custos do Internamento por especialidade, cada uma constituindo um centro de custo. Por outro lado, o preço definido no Contrato-Programa, para cada doente equivalente saído do Internamento, é um preço único, que é multiplicado pelo índice de case-mix da unidade hospitalar<sup>54</sup>.

---

<sup>53</sup> Cf. ponto 10.4.1.

<sup>54</sup> Cf. ponto 9.2.



A definição dos preços por GDH, pela ACSS, dada a inexistência de custos por GDH apurados nos hospitais, implica a distribuição dos custos de cada especialidade de internamento pelos GDH produzidos.

Grande parte da metodologia que actualmente está a ser utilizada pela ACSS para o apuramento dos custos por GDH diz respeito à aplicação da chamada “Matriz de Maryland” aos custos do serviço clínico de Internamento dos hospitais, o número de doentes equivalentes tratados e os respectivos tempos de internamento.

É este processo, de seguida analisado, que permite, por um lado, a fixação dos pesos relativos e dos preços unitários de cada GDH, constantes da Tabela Nacional dos Grupos de Diagnósticos Homogéneos e dos quais resultam os índices de case-mix representativos da complexidade da actividade de cada hospital.

Como fonte de informação relativa aos custos hospitalares é utilizada, conforme anteriormente referido, a Contabilidade Analítica produzida anualmente pelas unidades hospitalares<sup>55</sup>. A informação relativa aos registos dos episódios de internamento e ambulatorio de todos os doentes das unidades hospitalares do SNS consta da Base de Dados Nacional de GDH<sup>56</sup>.

**Na impossibilidade da maioria dos hospitais conseguir gerar um custo por GDH e dado que o sistema de custeio por actividade<sup>57</sup> ainda não se encontra implementado nos hospitais, a utilização da metodologia aplicada poderá ser uma alternativa aceitável no apuramento dos custos por GDH. No entanto, existem problemas na sua utilização, do qual o principal é a transposição dos custos unitários na Matriz de Maryland na mesma razão e proporção para Portugal (cf. Ponto 8).**

A Matriz de Maryland consiste numa tabela de custos unitários  $m_i^{X,u}$ , desenvolvidos no Estado de Maryland (EUA), para todos os GDH  $i$  do agrupador AP-DRG 21 e para um conjunto predefinido de rubricas  $X$ : OR, DRUG, RAD, LAB, SUP, MISC, OTH, ICU, HOTEL.

Os custos unitários  $m_i^{X,u}$ , constantes da matriz, podem ser considerados como sendo os custos unitários, por doente equivalente saído ou por dia de internamento (rubrica HOTEL), de um hospital típico/médio no Estado de Maryland<sup>58</sup>. A matriz referente ao ano 2004 e utilizada para a Portaria

<sup>55</sup> Cf. Ponto 10.4.1.

<sup>56</sup> A Base de Dados Nacional de GDH inclui informação, entre outros, sobre a instituição hospitalar, o doente (área de residência, idade, etc.), as datas de entrada e saída, o serviço afecto, diagnósticos feitos, procedimentos aplicados e o destino após a alta. Os episódios de internamento e ambulatorio são codificados inicialmente segundo o sistema de codificação CID-9-MC e agrupados depois em GDH segundo o agrupador AP-DRG 21.

<sup>57</sup> Sistema de custeio de objectos finais da produção, entre eles os GDH, implementado num conjunto limitado de hospitais por iniciativa da ACSS, através de um projecto-piloto ainda não concluído. Para maiores desenvolvimentos, cf. ponto 10.4.2.

<sup>58</sup> Estrutura da Matriz de Maryland (custos unitários)

GDH	OR	DRUG	RAD	LAB	SUP	MISC	OTH	ICU	HOTEL
1	$m_1^{OR,u}$	$m_1^{DRUG,u}$	$m_1^{RAD,u}$	$m_1^{LAB,u}$	$m_1^{SUP,u}$	$m_1^{MISC,u}$	$m_1^{OTH,u}$	$m_1^{ICU,u}$	$m_1^{HOT,u}$
...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
$i$	$m_i^{OR,u}$	$m_i^{DRUG,u}$	$m_i^{RAD,u}$	$m_i^{LAB,u}$	$m_i^{SUP,u}$	$m_i^{MISC,u}$	$m_i^{OTH,u}$	$m_i^{ICU,u}$	$m_i^{HOT,u}$
...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
876	$m_{876}^{OR,u}$	$m_{876}^{DRUG,u}$	$m_{876}^{RAD,u}$	$m_{876}^{LAB,u}$	$m_{876}^{SUP,u}$	$m_{876}^{MISC,u}$	$m_{876}^{OTH,u}$	$m_{876}^{ICU,u}$	$m_{876}^{HOT,u}$

Fonte: Relatório dos consultores externos.

567/2006 de 12 de Junho encontra-se no Anexo I do relatório dos consultores externos, em anexo. As Portarias subsequentes podem ser consideradas apenas actualizações da Portaria 567/2006 de 12 de Junho.

Globalmente, verifica-se que **a insuficiência e a falta de clareza da documentação disponibilizada pela ACSS, bem como a incapacidade, por esta assumida, de esclarecimento de várias dúvidas suscitadas, dado já não estarem no serviço os elementos responsáveis pela implementação dos procedimentos de cálculo, tornam difícil uma interpretação e avaliação correcta da correspondência entre as rubricas da Matriz de Maryland e as da Contabilidade Analítica.**

Esta falta de clareza não garante a inexistência de arbitrariedade e de erros de interpretação entre os diferentes utilizadores do programa de apuramento dos custos por GDH, utilizado pela ACSS para publicar as tabelas de preços do SNS. Estas tabelas são utilizadas para definir o nível de financiamento dos hospitais do SNS.

A metodologia de apuramento do custo por GDH de internamento dos hospitais é composta por cinco passos principais:

1. Agrupamento dos custos do serviço clínico de Internamento, constantes da Base de Dados dos Elementos Analíticos (BDEA)<sup>59</sup>, num conjunto de rubricas comparáveis com as rubricas da Matriz de Maryland;
2. Conversão dos episódios de Internamento, constantes da Base de Dados de GDH, em números de doentes equivalentes, dias de internamento prolongado e dias de internamento puro, por GDH;
3. Separação dos custos de internamento prolongado dos custos de internamento puro, por rubrica;
4. Cálculo dos custos esperados de internamento puro, segundo os custos unitários da Matriz de Maryland, por rubrica e por GDH;
5. Relacionamento da informação dos três passos anteriores no cálculo do custo médio por doente equivalente e por GDH.

Relativamente ao primeiro passo da metodologia, verifica-se que **poderá existir falta de correspondência entre os custos relativos a algumas rubricas da designada Matriz de Maryland e a fonte de informação utilizada pela ACSS** para calcular os custos por GDH, nomeadamente no que respeita às rubricas designadas por MISC, OTH e HOTEL.

Quanto ao segundo passo, **o facto do custo total do internamento prolongado de cada hospital ser calculado a partir da diária de hotelaria implica que se assume que o custo incorrido pelo hospital, nos dias de internamento prolongado, é altamente relacionado com custos de hotelaria** (enfermagem, alimentação, lavandaria, etc.), mais do que com custos de, por exemplo, bloco operatório, UCI ou radiologia. No entanto, com a redistribuição proporcional descrita, não é improvável que a maior parte do custo de internamento prolongado seja retirado dos custos auxiliares<sup>60</sup>, e não dos custos diários. **Este procedimento pode implicar uma diminuição artificial dos custos auxiliares de internamento puro, em favor de um aumento dos custos diários.**

---

<sup>59</sup> Base de dados resultante da agregação dos dados anuais da Contabilidade Analítica produzida pelas unidades hospitalares do SNS.

<sup>60</sup> Referidos na documentação de suporte fornecida pela ACSS como custos "ancilares".





Na actual fórmula de cálculo aplicada no quinto e último passo verifica-se **que a determinação do custo médio por doente equivalente considera um valor 1,5 a 2 vezes superior para rubrica dos custos com médicos face ao valor original. Este facto tem como consequência um aumento artificial do custo médio por GDH.** Dado que os preços unitários das tabelas de preços do SNS dependem do apuramento do custo por GDH, antevê-se que os preços tabelados podem ser inadequados. A influência no financiamento dos hospitais desta inconsistência na metodologia é difícil de antever.

Sobre este tema, a ACSS refere, no âmbito do contraditório, que “(...)reconhece a importância de se rever e documentar convenientemente as metodologias criadas e que se encontram a ser utilizadas” e que se encontra a “(...) aguardar autorização por parte do Ministério das Finanças para a adjudicação de serviços de consultadoria duma empresa especializada, com exercício e conhecimento profundo do sistema de classificação de doentes em GDH e da matriz de Maryland, respectivo cálculo de pesos relativos e limiares de excepção e com a colaboração dos peritos que, na década de 80, colaboraram com o Ministério da Saúde na implementação dos GDH em Portugal.”

## 10.4. FONTES DE INFORMAÇÃO

### 10.4.1. A CONTABILIDADE ANALÍTICA

A análise do sistema e das metodologias de custeio utilizadas pelos hospitais do SNS teve como objectivo avaliar se os custos associados à produção de cuidados hospitalares (Internamento, Ambulatório, Consulta Externa, Urgência e Hospital de Dia), decorrentes da contabilidade dos hospitais, são fiáveis, comparáveis entre as diferentes unidades hospitalares e, por fim, se são suficientes para o apuramento dos custos por GDH.

A contabilidade analítica dos hospitais que é enquadrada pelo Plano de Contabilidade Analítica dos Hospitais (PCAH) que teve a sua terceira e última edição em Dezembro de 2004<sup>61</sup> reflecte um esforço no sentido de uniformizar critérios de imputação e formas de distribuição de custos/proveitos com o objectivo de tornar possível a comparabilidade e realizar estudos entre os vários hospitais que integram o Serviço Nacional de Saúde.

Os dados disponíveis da contabilidade analítica, na data de elaboração deste relatório<sup>62</sup>, respeitam ao ano de 2008. **Os dados relativos a 2009, passados que estão mais de um ano, ainda não foram trabalhados e disponibilizados pela ACSS.**

**Este atraso na disponibilização da informação evidencia, desde logo, por parte da ACSS, uma desvalorização da sua utilização,** que também se constata pela inexistência de comparações entre hospitais nas diversas componentes/centros de custo, de um espírito crítico sobre os custos da organização ou de uma análise crítica dos resultados.

De facto, **a contabilidade analítica não tem servido para melhorar a eficiência na gestão dos recursos e os dados disponibilizados não são utilizados para acompanhar e monitorizar as diversas administrações hospitalares relativamente à boa gestão dos recursos envolvidos,** ou seja, não existe uma ligação, por parte da Administração Central, da contabilidade com o cumprimento de objectivos, nomeadamente quanto à eficiência da utilização dos recursos materiais e humanos.

<sup>61</sup> Republicada em Janeiro de 2007. A primeira versão foi editada em 1995 e a segunda em 2000.

<sup>62</sup> Segundo trimestre de 2011.

Ao nível de cada **unidade hospitalar**, a **contabilidade analítica não é utilizada como instrumento de gestão**, quer no planeamento, quer com vista a melhorar índices de eficiência, produtividade, a avaliação do desempenho e os seus controlos, sendo elaborada mais por um imperativo legal do que por um imperativo da gestão, em resultado de uma cultura empresarial.

Verifica-se ainda que **os outputs gerados na contabilidade analítica não permitem uma ligação com a fórmula de financiamento do SNS** porque, por um lado, não há apuramento do custo por doente/episódio e, por outro, a forma de financiamento contempla um conjunto de situações que na contabilidade analítica actual não são possíveis de separar e mensurar.

A contabilidade analítica, ao centrar-se no hospital e na sua divisão rígida por secções, numa perspectiva de imputação de custos *top-down*, não permite a obtenção de custos detalhados por doente, o que também dificulta a avaliação dos custos de programas verticais ou do tratamento integrado de determinadas doenças que envolvem parte substancial da estrutura hospitalar.

A análise agregada da informação disponível centralmente permite ainda concluir pela **existência de várias incorrecções<sup>63</sup> nos dados registados, também revelador da pouca atenção dispensada à Contabilidade Analítica**, quer a nível central (por não ser exigida a sua correcção), quer a nível de cada unidade hospitalar.

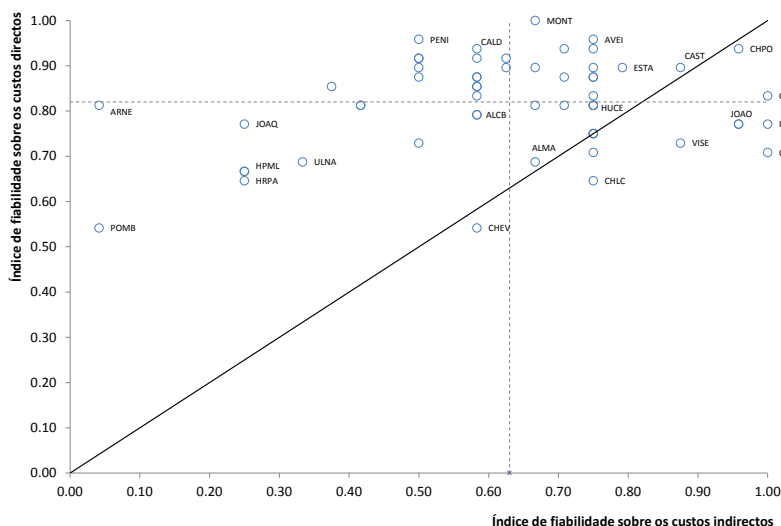
#### 10.4.1.1. FIABILIDADE DAS METODOLOGIAS DE CUSTEIO UTILIZADAS

Nenhum hospital, no ano de 2008, teve a contabilidade analítica com informação fiável<sup>64</sup> na componente do custo total.

Apenas 2 hospitais registam valores fiáveis no 1º nível de imputação (apenas custos directos) e apenas 3 hospitais registam valores fiáveis quando analisados os critérios de imputação indirecta (2º ao 4º nível).

**A informação gerada pela contabilidade analítica não é globalmente fiável.**

Figura 2 – Dispersão do índice de fiabilidade sobre a informação produzida pela contabilidade analítica dos hospitais do SNS



Fonte: Relatório dos consultores externos.

<sup>63</sup> Campos não preenchidos, troca de valores entre campos, etc. Alguns dos erros detectados são mencionados no ponto 12 do relatório e no relatório dos consultores, em anexo.

<sup>64</sup> Considerando que os procedimentos de contabilidade analítica nos hospitais garantem a fiabilidade se forem realizados de acordo com o PCAH, para valores menores que a unidade assiste-se a uma redução da fiabilidade da informação da contabilidade analítica, e valores superiores à unidade indicam que o hospital utiliza alguns procedimentos de contabilidade analítica considerados mais fiáveis (interpretação subjectiva dos consultores da auditoria) que aqueles recomendados pelo PCAH.





Os valores de fiabilidade são em geral bastante superiores na imputação do 1º nível de imputação (custos directos), registando um valor médio de 0,82. Nas fases seguintes (imputação via indirecta dos custos) foi observado um valor médio de 0,63.

A fiabilidade diminui acentuadamente na imputação dos custos indirectos (2ª ao 4ª nível do PCAH - quando os centros de custo são depois redistribuídos às actividades auxiliares e principais).

A análise aos relatórios dos revisores oficiais de contas e auditores dos hospitais relativos aos dois últimos anos (2008 e 2009) revelou a detecção de vários erros e omissões nas contas – falta de fiabilidade da contabilidade geral - dos quais se destacam as seguintes, repetidos em vários hospitais:

- não contabilização das responsabilidades com as pensões;
- não alteração do valor do capital social (actual capital estatutário) em função de uma avaliação realizada aos bens imóveis;
- desadequados controlos internos na gestão de existências, que redundaram em limitações de âmbito;
- em alguns hospitais, a continuidade de prejuízos avultados tem levado à perda de metade do capital social, o que coloca a continuidade das operações sob uma acentuada dependência do accionista Estado.

A menor fiabilidade nas contas dos hospitais empresa detectada pelos fiscais únicos das respectivas sociedades apenas vem corroborar e ampliar as conclusões anteriores.

Da análise dos dados constantes da Base de Dados dos Elementos Analíticos, constata-se ainda que a rubrica de “custos não imputáveis” representa, em média, cerca de 5% do total dos custos das 65 unidades hospitalares representadas, com a distribuição apresentada no quadro ao lado, que evidencia alguma variabilidade, diminuindo a fiabilidade global da contabilidade analítica, bem como a sua comparabilidade.

**Quadro 5 – Custos não imputáveis**

Percentagem de custos não imputáveis	Unidades hospitalares	
	(n.º)	(%)
0% - 1%	16	24,6%
2% - 5%	28	43,1%
6% - 10%	16	24,6%
Mais de 10%	5	7,7%
<b>Total</b>	<b>65</b>	<b>100%</b>

Fonte: Elaboração própria com base na BDEA.

#### **10.4.1.2. COMPARABILIDADE DAS METODOLOGIAS DE CUSTEIO UTILIZADAS**

**O exame da comparabilidade entre as metodologias de custeio utilizadas pelas diferentes unidades hospitalares sugere uma discordância global elevada nos procedimentos contabilísticos dos diferentes hospitais do SNS.**

Apesar de o sistema de custeio ser único, verifica-se que as respostas obtidas são em muitos casos divergentes de hospital para hospital, ou seja, não há uma uniformização de critérios nem um respeito do estabelecido no PCAH, com a utilização de unidades de custeio inconsistentes entre os hospitais.

Verifica-se maior cumprimento do PCAH nas unidades de custeio relativas às consultas externas, amortizações e depreciações, custos com lavandaria e bloco operatório. Destacam-se pelo contrário incumprimentos na aplicação ao PCAH quanto aos critérios de imputação dos custos de Patologia Clínica, Imagiologia e Imuno-hemoterapia (MCDT).

O valor da consistência das respostas às questões relacionadas com os custos indirectos foi superior ao das respostas relacionadas com os custos directos, mas a menor fiabilidade nas imputações dos custos indirectos, referida anteriormente, leva a que não exista, necessariamente, melhor comparabilidade.

**Assim, as inconsistências verificadas na aplicação de critérios da contabilidade analítica limitam a possibilidade comparativa de custos unitários (indicador principal para comparar resultados de eficiência entre hospitais).**

Por outro lado, a metodologia de custeio preconizada pelo PCAH excepciona poucos custos na imputação. Dado que os hospitais têm custos diferenciados uns dos outros, a leitura deixa de ser comparável, pois para os custos das actividades principais acabam por concorrer todos os custos, alguns dos quais só algumas entidades têm e outras em proporções diferentes (custos de estrutura, custos com pensões e rendas de instalações são alguns exemplos). De facto, verifica-se que o peso dos custos não imputáveis, no total, varia, entre as várias unidades hospitalares entre os 0% e os 33%, de acordo com a distribuição apresentada no ponto anterior.

#### **10.4.2. O SISTEMA DE CUSTEIO DA ACTIVIDADE HOSPITALAR**

A ACSS desenvolveu um projecto-piloto de implementação de um sistema de custeio ABC (*Activity Based Costing*) junto de unidades hospitalares seleccionadas, denominado **Sistema de Custeio da Actividade Hospitalar (SCAH)**, que decorreu sobretudo da **necessidade de:**

- **Suportar o modelo de financiamento dos hospitais do SNS**, tendo elementos de custo para cada GDH;
- **Aproximar a linguagem contabilística à realidade física**, nomeadamente apurando o custo real da actividade e dos serviços prestados;
- **Comparar custos de produção entre Hospitais.**

O SCAH foi desenvolvido com recurso a consultores externos e foi adoptado como um projecto-piloto, no qual apenas participaram alguns hospitais, que na altura da sua implementação (2006-2007) estariam em melhor situação para poder executar o projecto. Numa primeira fase, abrangeu 5 hospitais, um de cada ARS, com características diferentes (dimensão, especialização, grupo de financiamento, etc.) tendo em 2008 sido envolvidos outros 5 hospitais<sup>65</sup>.

Apesar da heterogeneidade do grupo de unidades seleccionadas, não se pode considerar que constituam uma amostra representativa do universo de unidades hospitalares do SNS. Além disso, a heterogeneidade acabou por limitar a comparabilidade dos custos apurados, prejudicada ainda pelos anos de análise não serem comuns.

A abordagem do SCAH exigiu uma intervenção de toda a organização de cada unidade hospitalar, o que implicou um esforço motivacional e físico elevado, donde sobressaem os estudos específicos que tiveram como objectivo distinguir, por acto ou actividade, todos os custos e unidades consumidas, quer estas sejam horas de pessoal, quer sejam, por exemplo, unidades consumidas de bens.

---

<sup>65</sup> Por iniciativa própria, o Hospital de São João, EPE, optou pela implementação do SCAH, suportando os respectivos custos.



Este foi, até ao momento, o único esforço feito no sentido de apurar de forma mais fidedigna os custos por GDH e consequentemente de poder comparar os valores do financiamento com os custos tidos nessas produções.

A análise dos resultados da aplicação do método de custeio baseado nas actividades não foi ainda concluída por parte da ACSS, apesar de se ter iniciado já em 2007, tendo por base a contabilidade analítica de 2006 e 2007. Além disso, das 10 unidades hospitalares envolvidas, apenas foi possível, à data de elaboração deste relatório, obter dados finais de 7, o que evidencia a falta de capacidade de realização de projectos.

No âmbito do trabalho de campo realizado, foi possível auscultar a sensibilidade das unidades hospitalares visitadas relativamente ao SCAH, as quais importa referir de forma sucinta:

- Em alguns casos houve um empenhamento muito significativo na obtenção dos tempos por registo e também na reorganização dos valores da contabilidade analítica;
- Noutros casos o empenhamento não foi tão evidente, registando-se logo à partida falta de credibilidade na informação obtida;
- Foram detectados erros evidentes na Contabilidade Analítica que serviu de base ao projecto, sem que necessariamente tenham sido corrigidos;
- Verificou-se ter existido alguma heterogeneidade no acompanhamento dos projectos-piloto por parte dos consultores externos ao projecto. Nalguns hospitais esse apoio foi evidente, noutros a implementação do SCAH decorreu com lacunas evidentes a este nível, facto que pode ter resultado em arbitrariedade na interpretação dos procedimentos e na sua implementação;
- O SCAH tem por base estudos específicos inerentes aos gastos quer estes sejam de pessoal, quer sejam de outros recursos que deverão ser medidos e afectados a cada tipo de actividade. Logo, mudanças ao nível da composição das equipas de trabalho ou das metodologias de trabalho podem alterar os valores imputados, pelo que não é possível adoptar a metodologia de anos anteriores, sem reanalisar todos os tempos de trabalho;
- Como os estudos específicos se referem aos anos de implementação do sistema e os dados de base trabalhados se referem aos anos n-1 ou n-2, o problema referido no ponto anterior coloca-se igualmente quando aos dados finais apurados.

Em suma, **a obtenção de custos reais detalhados da actividade das unidades hospitalares do SNS é fundamental para sustentar um modelo de financiamento baseado na fixação de preços unitários, que se pretendem indutores de eficiência económica.** Além disso, é importante que as metodologias de custeio da actividade hospitalar permitam a comparabilidade entre o financiamento e os custos, tornando-os mais direccionados à gestão e ao processo decisional.

**O SCAH seria uma ferramenta orientada para esses objectivos.** No entanto, a sua forma de implementação apresentou alguns constrangimentos no que respeita à selecção das unidades hospitalares, à comparabilidade dos dados e ao extenso trabalho de implementação que, em grande parte, exige a sua replicação em anos subsequentes, para a manter o referido sistema de custeio em funcionamento.

## 11. COMPARAÇÃO DOS PREÇOS COM OS CUSTOS VERIFICADOS EM UNIDADES DO SNS

### 11.1. ESTUDOS DESENVOLVIDOS PELAS UNIDADES HOSPITALARES DO SNS

Uma alternativa à realização de estudos pelo Estado, enquanto financiador, sobre os custos da actividade hospitalar, seria o desenvolvimento de estudos pelos vários Conselhos de Administração das unidades hospitalares, enquanto ferramenta de gestão e de sustentação da negociação do financiamento.

**Verificou-se, no entanto, que a grande maioria das unidades hospitalares do SNS não desenvolveram estudos que lhes permitissem conhecer os custos associados à sua produção em GDH e, conseqüentemente, compará-los com os respectivos proveitos.**

Verificou-se ainda que os estudos existentes resultam na sua quase totalidade da iniciativa da ACSS de desenvolver um projecto-piloto de custeio por actividades, iniciado em 2007 (cf. Ponto anterior).

A justificação apresentada pelos Conselhos de Administração para a inexistência daqueles estudos assenta fundamentalmente em 5 pontos:

- a suficiência dos dados sobre custos actualmente disponíveis;
- a complexidade associada a um sistema de custeio baseado nos GDH, dado o seu número (669);
- a necessidade de utilização de novas ferramentas informáticas que permitam o apuramento do custo por doente;
- o facto de o hospital não poder seleccionar os doentes a tratar, dependendo do GDH previsto;
- o facto de o financiamento de cerca de 90% da actividade codificável em GDH ser da responsabilidade do SNS (facturado à ACSS), e conseqüentemente financiado através do número de doentes saídos do Internamento, independentemente do GDH associado.

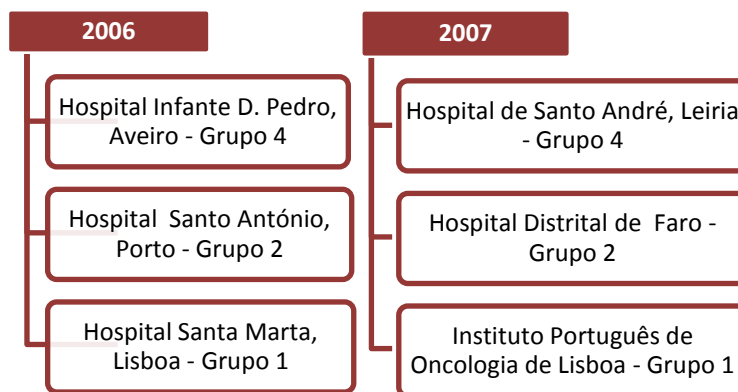
**Considera-se, no entanto, que o conhecimento dos custos dos produtos da actividade hospitalar é essencial para a actuação dos Conselhos de Administração na negociação das condições do Contrato-Programa com a ACSS, por forma a sustentar as suas reivindicações e a informar a entidade financiadora dos eventuais desajustamentos nos preços fixados.**



## 11.2. COMPARAÇÃO ENTRE OS PREÇOS ADMINISTRATIVAMENTE FIXADOS E OS CUSTOS VERIFICADOS

A comparação entre os preços fixados e os custos verificados por GDH está limitada aos hospitais com contabilidade por Sistema de Custeio por Actividade Hospitalar (SCAH). Os dados disponíveis a partir do SCAH dizem respeito aos anos de 2006 e 2007. O grupo de hospitais com dados finais do SCAH é reduzido (n=6)<sup>66</sup> e não representativo do universo dos hospitais do SNS. A denominação e o respectivo grupo de financiamento estão descritos na figura seguinte.

Figura 3 – Hospitais seleccionados



Fonte: Relatório dos consultores externos.

A análise constante deste ponto deve ser avaliada tendo presentes os constrangimentos apontados ao longo do relatório quanto à informação disponível sobre os **custos da actividade hospitalar**, as limitações do próprio sistema de custeio por actividades, bem como as ineficiências ao nível da organização e da actividade hospitalar identificadas e quantificadas no ponto 12, pelo que se admite a possibilidade de existência de **sobrecustos**, não auditados.

Sobre a análise deste ponto, a ACSS refere, no âmbito do contraditório, que considera que "(...) qualquer metodologia de custeio adoptada, numa óptica de contenção orçamental e de prática de um modelo de financiamento que procure incentivar a eficiência, não poderá ter a pretensão de igualar os preços aos custos efectivos. Por esta razão, e por os preços por GDH serem um preço médio nacional, não podemos deixar de discordar do tipo de análise comparativa (...) constante do relato. (...) Além de nos parecer que este tipo de análise está à partida comprometida pela fragilidade dos resultados do estudo do SCAH (que revelou várias limitações metodológicas e condicionantes tão complexas na sua implementação que levaram ao abandono do projecto por parte do Ministério da Saúde) teria sido mais interessante, apesar de a amostra não ser representativa, efectuar-se o cálculo do custo médio apurado no SCAH por DGH para o total das instituições em estudo (...) ressaltando-se sempre que, numa perspectiva de contenção orçamental e indução da eficiência, os preços não devem igualar os custos (tónica que, no entanto, nunca é dada ao longo do relatório). Ainda que se concluisse que a maioria dos GDH apresentava custos unitários superiores aos preços fixados (...), haveria que estimar que margem se deveria a ineficiências dos hospitais, e, dependendo disso, definir preços que fossem incentivadores da redução dos custos unitários, de forma a aproximá-los do valor dos preços e não preços que iguallassem esses custos, o que enferma de um erro conceptual de base.

**Concorda-se com as afirmações da ACSS, que salientam que a comparação de preços e custos não podem deixar de ter em conta a necessidade de promoção de eficiência.** No entanto, o Tribunal considera que a relação entre os preços, os custos, e os incentivos que o desequilíbrio nessa relação possam pretender criar não impedem, nem desaconselham, a realização de comparações entre financiamento e custos.

<sup>66</sup> Uma das unidades hospitalares para a qual existiam dados finais não foi considerada na análise (Hospital Magalhães Lemos), dado que a sua especificidade limita a comparabilidade com as restantes unidades.

### 11.2.1. COMPARAÇÃO POR RUBRICA DE FINANCIAMENTO

A comparação dos preços e dos custos unitários por rubrica de financiamento permite concluir que **os casos em que os custos excedem os preços são os mais recorrentes**, embora também existam situações de custos inferiores aos preços em algumas rubricas e unidades. A Urgência e o Internamento Médico apresentam custos superiores aos preços em todos os hospitais analisados, verificando-se o inverso nos GDH médicos de ambulatório.

Os quadros seguintes apresentam a comparação, por Hospital e linha de produção, entre os custos de produção e o valor da facturação. Todos os valores monetários apresentados nestes quadros estão em euros.

**Quadro 6 – Comparação entre custos unitários e os preços fixados no Contrato-Programa. Ano de 2006**

	H. Avilro (2006)			H. Sta. Marta (2006)			H. Sto António (2006)		
	Custo Unitário (SCAH)	Preço unitário (CP)	Diferença (P.unit.-C.Uint)	Custo Unitário (SCAH)	Preço unitário (CP)	Diferença (P.unit.-C.Uint)	Custo Unitário (SCAH)	Preço unitário (CP)	Diferença (P.unit.-C.Uint)
Consultas Externas	77,31	85,17	7,86	123,09	70,68	-52,41	145,85	88,83	-57,02
Primeiras	79,19	-	-	192,68	-	-	123,19	-	-
Subsequentes	76,56	-	-	106,05	-	-	151,56	-	-
Hospital de Dia	194,18	180,74	-13,95	255,19	58,45	-196,74	521,99	247,39	-274,60
Urgência	-115,98	67,56	-48,42	163,91	-	-163,91	153,08	134,82	-18,26
Serviço Domiciliário	267,62	40,60	-227,02	0,00	40,60	-	0,00	40,60	-
Ambulatório (doentes saídos)	-	-	-	4.053,44	-	-	276,74	-	-
GDH Médico	-	-	-	-	-	-	340,65	1.678,55	1.337,90
GDH Cirúrgico	1.054,14	1.357,73	303,59	2.300,84	1.897,33	-403,52	-	-	-
Internamento (doentes equivalentes)	-	-	-	-	-	-	-	-	-
GDH Médico	1.974,16	1.429,87	-544,30	5.241,13	2.544,29	-2.696,84	3.294,66	2.128,75	-1.165,90
GDH Cirúrgico	2.396,04	2.591,63	195,59	8.388,60	6.884,72	-1.503,88	5.823,27	5.569,95	-253,32

Fonte: Relatório dos consultores externos.

**Quadro 7 – Comparação entre custos unitários e os preços fixados no Contrato-Programa. Ano de 2007**

	H. Faro (2007)			H. Leiria (2007)			IPO Lisboa (2007)		
	Custo Unitário (SCAH)	Preço unitário (CP)	Diferença (P.unit.-C.Uint)	Custo Unitário (SCAH)	Preço unitário (CP)	Diferença (P.unit.-C.Uint)	Custo Unitário (SCAH)	Preço unitário (CP)	Diferença (P.unit.-C.Uint)
Consultas Externas	99,34	110,81	11,47	72,59	70,84	-1,75	201,93	124,30	-77,63
Primeiras	122,39	119,05	-3,34	71,47	75,42	3,95	167,47	134,27	-33,20
Subsequentes	91,69	108,23	16,54	73,14	68,56	-4,58	209,91	122,06	-87,85
Hospital de Dia	458,14	162,52	-295,62	212,64	213,37	0,73	255,07	197,12	-57,96
Urgência	153,55	137,92	-15,63	89,10	69,11	-19,99	453,47	0,00	-453,47
Serviço Domiciliário	14,05	41,53	27,48	20,73	41,53	20,80	113,10	41,53	-71,57
Ambulatório (doentes saídos)	-	-	-	-	-	-	-	-	-
GDH Médico	355,79	500,10	144,30	180,94	297,90	116,95	217,17	320,86	103,69
GDH Cirúrgico	1.631,65	1.361,79	-269,86	395,70	1.124,18	728,48	684,07	1.293,02	608,95
Internamento (doentes equivalentes)	-	-	-	-	-	-	-	-	-
GDH Médico	2.123,35	1.686,72	-436,63	-	1.640,71	-	-	3.198,75	-
GDH Cirúrgico	3.632,46	3.325,04	-307,43	-	3.050,67	-	-	4.850,25	-

Fonte: Relatório dos consultores externos.

Verificou-se que à excepção do Hospital de Santa Marta, os GDH de ambulatório são a única linha de produção com custos de produção inferiores ao valor total facturado nos 6 hospitais seleccionados. O Hospital de Faro foi o único dos hospitais seleccionados que para além dos GDH de ambulatório apresenta uma diferença positiva entre o valor facturado e o custo de produção para as linhas de produção Consulta Externa e Visitas Domiciliárias.





## 11.2.2. COMPARAÇÃO POR GDH DE INTERNAMENTO

Foram igualmente analisados os 224 GDH comuns às unidades e períodos anteriormente identificados, analisando o seu peso relativo (indicador do custo do GDH: menor peso, menor custo, maior peso, maior custo) e a diferença relativa entre preço e custo ( $1 - \text{Custo/Preço}$ ), tendo em conta o número de doentes equivalentes (dando uma noção da frequência de episódios por GDH).

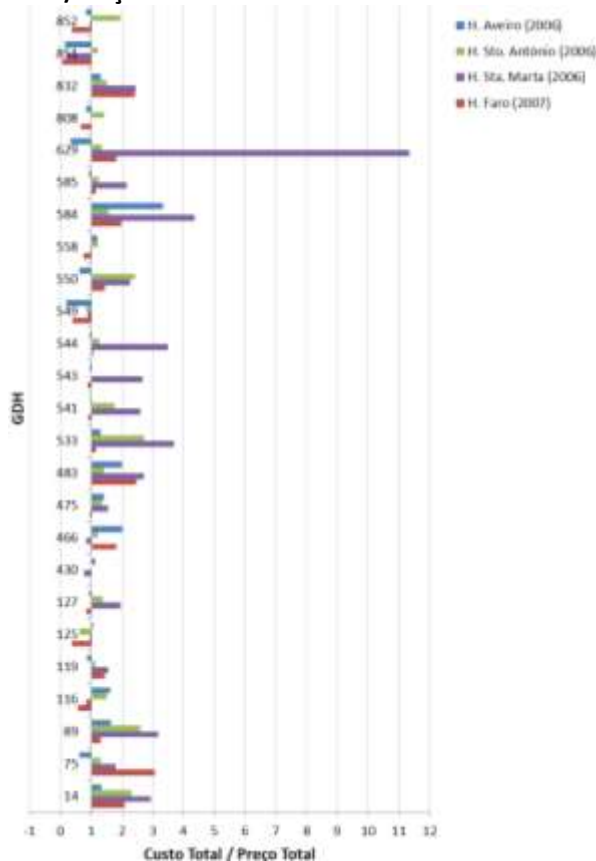
A representação gráfica desta relação e o seu estudo pormenorizado, desenvolvidos no relatório dos consultores, em anexo, evidencia que, para todos os hospitais analisados, a maioria dos GDH apresenta custos unitários superiores aos preços fixados. Nos hospitais de Aveiro e Faro esta percentagem de GDH varia entre os 65% e os 70% e nos hospitais de Santo António e Santa Marta é superior a 85%, N=224 GDH.

Nos Hospitais de Aveiro e Faro os GDH com maiores diferenças entre os custos e os preços fixados são os de menor peso relativo (menor preço fixado). Nos hospitais de Santo António e Santa Marta verifica-se a existência de um maior número de GDH em que os custos ultrapassam o preço fixado incluindo também aqueles de maior peso relativo (maior preço fixado).

## 11.2.3. COMPARAÇÃO PARA OS 25 GDH DE FINANCIAMENTO COM CUSTO TOTAL MAIS ELEVADO

A figura seguinte apresenta a comparação, entre hospitais, dos custos observados versus preços fixados para os 25 GDH de internamento, de entre os 224 comuns, com custo total mais elevado.

**Figura 4 – Comparação entre Hospitais da relação Custo/Preço dos 25 GDH com custo total mais elevado**



Fonte: Relatório dos consultores externos.

Os GDH cujos custos unitários ultrapassam os preços são os GDH cuja relação Custo total/Preço total é superior a 1. Caso contrário, Custos total/ Preço Total inferior a 1, implica que os custos unitários estão abaixo dos preços fixados para o GDH.

**Para maioria dos GDH a relação custo vs. preço não é consensual**, existindo custos superiores aos preços nuns hospitais e verificando-se preços superiores aos custos noutras unidades hospitalares.

No entanto, **dos 25 GDH analisados, verificou-se que 6 apresentam custos superiores aos preços fixados, em todos os Hospitais em estudo.**

**Dos 25 GDH em estudo, apenas o GDH 549 – Procedimentos cardiovasculares major, com CC major, apresentava custos inferiores aos preços, nestes 4 hospitais.**

#### 11.2.4. O CASO PARTICULAR DA RADIOTERAPIA

No âmbito dos questionários remetidos aos Conselhos de Administração das unidades hospitalares do SNS, foi solicitado aos hospitais que identificassem a percentagem de sessões de radioterapia do ambulatório produzidas no próprio hospital e as subcontratadas as outras entidades públicas ou privadas, bem como os respectivos custos unitários. Responderam a esta questão os 12 hospitais (21%) identificados no quadro seguinte. O CH de Trás-os-Montes e Alto Douro é a única unidade que realiza a totalidade das sessões de radioterapia nas suas instalações. 6 hospitais desta amostra subcontratam a totalidade das sessões de radioterapia ao sector privado. No ano de 2009 os IPO e os Hospitais da Universidade de Coimbra utilizaram maioritariamente a radioterapia com produção própria e quantidades variáveis de subcontratação ao sector privado, mais expressiva no caso do IPO de Lisboa, EPE (23%). No hospital do Espírito Santo, EPE, em Évora, a subcontratação de radioterapia ao sector privado (56,4%) superou a produção própria (43,6%).

**Quadro 8 – Preços de financiamento e custos unitários das sessões de radioterapia de ambulatório realizadas no sector público e privado - 2009**

Designação do hospital	Preço	Realização no hospital		Realização no sector privado	
		(%)	Custo Unitário	(%)	Custo Unitário
Hospital do Espírito Santo de Évora, EPE	256,40 €	43,6	264,75 €	56,4	264,75 €
Centro Hospitalar do Médio Ave, EPE - Santo Tirso	207,25 €			100,0	337,15 €
CH de Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE - Vila Real	256,40 €	100,0	102,81 €		- -
Hospital Distrital de Faro, EPE	256,40 €			100,0	147,18 €
Hospital de São Sebastião, EPE - Sta Maria da Feira	207,25 €			100,0	92,54 €
Hospitais da Universidade de Coimbra, EPE	256,40 €	99,2	111,61 €	0,8	1 405,60 €
Instituto Port. de Oncologia F. Gentil, EPE - Coimbra	256,40 €	93,4	126,93 €	6,6	110,24 €
Instituto Port. de Oncologia F. Gentil, EPE - Lisboa	256,40 €	77,0	112,34 €	23,0	203,18 €
Instituto Port. de Oncologia F. Gentil, EPE - Porto	256,40 €	84,7	103,73 €	15,3	110,94 €
Maternidade Dr. Alfredo da Costa - Lisboa	256,40 €			100,0	90,83 €
Hospital do Barlavento Algarvio, EPE	207,25 €			100,0	129,51 €
Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, EPE	207,25 €			100,0	118,65 €

Fonte: Relatório dos consultores externos.

**A maioria dos hospitais da amostra de respondentes reporta custos unitários de produção ou subcontratação (sector privado) inferiores ao valor unitário do financiamento. Exceptuam-se o hospital do Espírito Santo, EPE, em Évora, e o Centro Hospitalar do Médio Ave, EPE, em Santo Tirso.** Segundo os Hospitais da Universidade de Coimbra as sessões de radioterapia realizadas no sector privado dizem respeito a procedimentos específicos que não são realizados na unidade por falta de equipamento adequado, e não são comparáveis com as sessões de radioterapia de produção interna.

No CH de Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE, e no IPO do Porto o valor do financiamento supera em cerca de 2,5 vezes o valor do custo médio da produção, por sessão de radioterapia produzida nas unidades.





**Conclui-se que, na generalidade, este conjunto de hospitais estava sobrefinanciado para a realização de radioterapia no ano de 2009<sup>67</sup>.** O valor global do sobrefinanciamento é difícil de apurar dado que não é conhecida a produção contratada para esta actividade em particular, nem a produção marginal realizada pelos hospitais em 2009.

Sobre o sobrefinanciamento da radioterapia, a ACSS refere, no âmbito do contraditório, que se trata de uma situação que é *“reconhecida pela ACSS e por isso se encontra a ser reavaliado no âmbito do apuramento de custos junto das principais instituições.”*

O Hospital do Espírito Santo de Évora, EPE, informa que *“a Unidade de Radioterapia do HESE iniciou a sua actividade em Setembro de 2009”,* sendo que *“a actividade de radioterapia de 2009 apenas se dividiu entre produção interna e externa em resultado do início da unidade interna”.* Acrescenta que, *“Até essa data, toda a produção relativa à valência de radioterapia era subcontratada. Após o arranque da Unidade de Radioterapia do Alentejo, em virtude da sua diferenciação técnica, toda a produção é assegurada internamente.”* Finalmente, esclarece que *“os custos unitários identificados têm por base a contabilidade analítica celebrada anualmente”* e que dizem *“respeito ao custo médio anual, não tendo existido diferenciação relativamente à actividade subcontratada e produção interna.”*

Relativamente a este último ponto, sublinha-se que o procedimento seguido, ao não apurar separadamente os custos envolvidos na produção interna e externa de sessões de radioterapia, revela a falta de proficiência quantitativa e uma não utilização dos instrumentos de gestão empresarial disponíveis, para o qual o Tribunal chama a atenção em recomendações de relatórios anteriores.

## 12. EFICIÊNCIA GLOBAL DA ACTIVIDADE HOSPITALAR NO SNS

Conforme anteriormente referido, a comparação do financiamento e dos custos da actividade hospitalar do SNS não pode, no entanto, ser avaliada sem analisar as eventuais ineficiências ao nível da organização e da actividade hospitalar, que possam estar na base das diferenças encontradas entre os custos e os proveitos.

Assim, procedeu-se a uma análise da eficiência relativa das unidades hospitalares do SNS, que abrangeu os serviços clínicos de Internamento e Ambulatório e se baseou na Análise Envoltória de Dados (DEA: Data Envelopment Analysis)<sup>68</sup>, tendo sido seguida a metodologia de divisão da eficiência económica em eficiência técnica, eficiência de preço e eficiência na afectação<sup>69</sup>.

<sup>67</sup> No mesmo sentido, o Relatório n.º 12/2011, da 2ª Secção do Tribunal de Contas – Auditoria orientada às aquisições de bens e serviços do Instituto Português de Oncologia de Lisboa, Francisco Gentil, EPE, refere que o *“...valor do GDH pago pelo Ministério da Saúde (€ 256,49) [é] totalmente incompreensível, uma vez que é superior ao valor negociado [pelo IPO] com os prestadores privados, sendo assim indutor de irracionalidade na gestão hospitalar...”*.

<sup>68</sup> A Análise Envoltória de Dados é *“uma metodologia não paramétrica de programação linear que utiliza múltiplas variáveis de input e de output para avaliar e comparar a eficiência de unidades organizacionais”* – cf. Neves, João Carvalho das (2011). *Avaliação e Gestão da Performance Estratégica da Empresa*. Texto Editora.

A DEA compara cada unidade de produção com os melhores exemplos de entre as restantes, que constituem uma fronteira de eficiência, assumindo que, se um determinado output é atingível, por uma determinada combinação de inputs, por uma das unidades de produção, então será também atingível pelas restantes, desde que operem ao mesmo nível de eficiência.

Foi ainda realizada uma análise com uma amostra restrita de 35 unidades com centro de custo “Oncologia Médica”, para tentar tornar a amostra eventualmente mais comparável com unidades muito específicas como os Institutos Portugueses de Oncologia.

Destacam-se como principais fontes de informação a Base de Dados dos Elementos Analíticos (custos hospitalares), a base de dados nacional dos GDH (produção) e os questionários, elaborados no âmbito da auditoria e preenchidos pelas unidades hospitalares (horas trabalhadas pelos recursos humanos).

Os dados reportam-se ao ano de 2008 que era, à data de elaboração do relatório, o último para o qual a informação agregada da contabilidade analítica estava disponível – cf. Ponto 10.4.1.

Como limitação, verificou-se elevada heterogeneidade nos dados e indicadores de resultados, de produção, de recursos e de custos, dos serviços clínicos de Internamento e Ambulatório dos hospitais. A comparação com outras fontes de informação do Ministério da Saúde (por exemplo: Centros de Saúde e Unidades Hospitalares - Recursos e Produção do SNS - 2008) revelou discrepâncias nos elementos estatísticos de alguns hospitais. Estas limitações devem ser consideradas na interpretação dos resultados na análise de eficiência, dado que a metodologia utilizada se baseia na comparação relativa entre os indicadores de eficiência dos diferentes hospitais.

Em termos de interpretação da informação resultante da análise, um hospital é considerado tecnicamente ineficiente quando obtém o mesmo nível de produção que outros hospitais, mas utilizando proporcionalmente mais recursos. Considerando um hospital tecnicamente eficiente, a ineficiência de preço diz respeito à possibilidade de reduzir o custo dos recursos através de uma redução proporcional dos preços unitários dos mesmos. A eficiência na afectação é uma medida

---

A formulação matemática genérica da DEA pode ser descrita como:

$$\text{Max } P_0 = \frac{\sum_{r=1}^s u_r Y_{r0}}{\sum_{i=1}^m v_i X_{i0}}$$

$$\text{sujeito a } P_0 = \frac{\sum_{r=1}^s u_r Y_{rj}}{\sum_{i=1}^m v_i X_{ij}} \leq 1$$

$$u_r, v_i > 0$$

em que:  $P_0$  é a medida de eficiência da Unid. 0  
 $Y$  a variável dos diversos *outputs* da Unid. 0  
 $X$  a variável dos diversos *inputs* da Unid. 0  
 $s$  o número de *outputs*  
 $m$  o número de *inputs*  
 $Y_{r0}$  o output  $r$  da Unid. 0  
 $X_{i0}$  o input  $i$  da Unid. 0

$u_r$  o ponderador usado na variável  $Y_r$  para determinar a eficiência relativa das diversas unidades  
 $v_i$  o ponderador usado na variável  $X_i$  para determinar a eficiência relativa das diversas unidades.

cf. Neves, João Carvalho das (2011). *Avaliação e Gestão da Performance Estratégica da Empresa*. Texto Editora.

**69** A **eficiência técnica** avalia-se tendo em conta a produção realizada (por exemplo, doentes saídos do internamento), e a quantidade dos recursos utilizados (por exemplo, médicos e enfermeiros), sendo que um hospital é eficiente se obtém o mesmo nível de produção de outros hospitais, mas com, proporcionalmente, menor utilização de recursos.

A **eficiência de preço** avalia os preços unitários dos recursos utilizados na produção (por exemplo, custos com médicos e enfermeiros), depois de ter sido apurada, no passo anterior, a produção de eficiência associada à quantidade de recursos utilizada. Um hospital é eficiente no preço se não tiver possibilidade de reduzir os custos unitários dos recursos, tendo em conta os verificados noutras instituições.

A **eficiência na afectação** mede até que ponto determinado hospital (eficiente no preço) fica aquém de atingir um custo mínimo devido à incapacidade de fazer a “reafectação” dos seus custos entre os vários recursos disponíveis para a produção (por exemplo, diminuindo os custos com médicos e aumentando os custos com enfermeiros, em menor proporção, para a mesma produção).

Para maior desenvolvimento sobre a metodologia e as fontes de informação utilizadas, consultar o relatório dos consultores externos, em Anexo.



através da qual se considera até que ponto um hospital eficiente no preço fica aquém de atingir um custo mínimo devido à incapacidade de fazer a reafecção de custos dos recursos.

No âmbito do exercício do contraditório, a ACSS e algumas unidades hospitalares tecem um conjunto de considerações sobre os dados e a metodologia utilizados neste ponto que, pela sua extensão e detalhe, são analisados e comentados no relatório dos consultores externos, em Anexo, não tendo motivado, no entanto, qualquer alteração dos dados ou da metodologia utilizada, pelo que se mantêm as conclusões inicialmente formuladas.

## 12.1. RESULTADOS – AMOSTRA GLOBAL

A análise global foi efectuada tendo por base 49 unidades hospitalares, no caso do Internamento, e 47 unidades, no que respeita à actividade de ambulatório. Dos 63 questionários recebidos<sup>70</sup>, referentes ao ano de 2008, preenchidos pelas instituições hospitalares, foram excluídos, à partida, 2 hospitais, pelo facto de não apresentarem dados dos recursos humanos necessários para o apuramento do número de pessoal na base hora-equivalente. Das restantes 61 unidades hospitalares, foram omitidas mais 11 por falta de dados cruciais, seja relativos a algumas rubricas de custos com pessoal, seja quanto ao número de horas trabalhadas. No que respeita à análise do serviço clínico de ambulatório, foram excluídas ainda mais duas instituições, por não terem apresentado horas normais de trabalho com médicos. Finalmente, já na fase de estimativa da eficiência pelo método de DEA, foi excluída uma unidade hospitalar, por se ter apresentado como um “outlier” perturbante da DEA.

A análise da amostra restrita abrangeu apenas as unidades hospitalares com o centro de custo “Oncologia Médica”, num total de 35 unidades.

### 12.1.1. INTERNAMENTO

O total das perdas para o Internamento, devido a ineficiências nas unidades hospitalares analisadas, ronda os € 242 milhões, o que representa 27% do total de cerca de € 901 milhões de custos considerados.

Quadro 9 – Resumo das ineficiências ao nível nacional para o Internamento

Custo Total Verificado	Perda Ineficiência				% Inef. no Custo Total	Custo Mínimo
	Técnica	Preço	Afectação	Total		
€ 900.629.404	€ 161.387.629	€ 41.567.808	€ 38.958.265	€ 241.913.703	27%	€ 658.715.701
	67%	17%	16%	100%		

Fonte: Adaptado do relatório dos consultores externos.

As figuras seguintes apresentam o resultado final da análise, em valores absolutos e relativos, para o Internamento e por unidade hospitalar. Os hospitais<sup>71</sup> foram ordenados por ordem decrescente

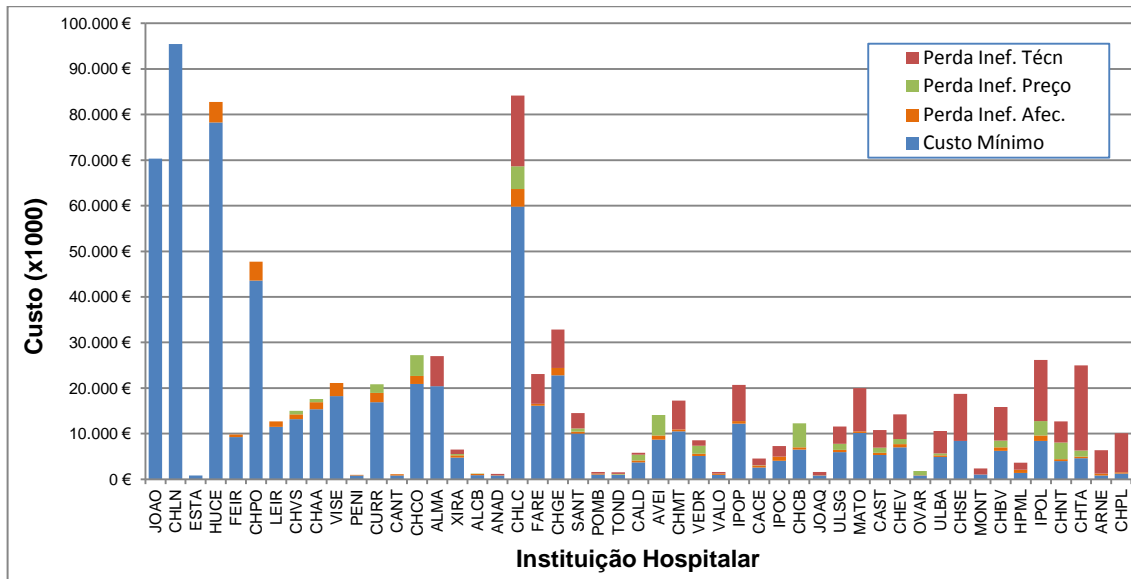
<sup>70</sup> Foram, no total, consultadas 60 unidades hospitalares do SNS, sendo que alguns Centros Hospitalares oficiais não haviam, em 2008, ainda sido constituídos, pelo que foram recebidos questionários relativos às unidades hospitalares que os viriam a constituir. Não foi possível obter os dados relativos ao Hospital de São Marcos, Braga.

<sup>71</sup> Siglas utilizadas nas figuras relativas à avaliação da eficiência.

<b>ALCB</b>	H DE BERNARDINO LOPES OLIVEIRA - ALCOBAÇA	<b>FEIR</b>	H DE SÃO SEBASTIÃO, EPE-STA MARIA DA FEIRA
<b>ALMA</b>	H DE GARCIA DE ORTA, EPE - ALMADA	<b>GAMA</b>	INST. DE OFTALM. DR. GAMA PINTO - LISBOA
<b>ANAD</b>	H DE JOSÉ LUCIANO DE CASTRO - ANADIA	<b>HPML</b>	H DE MAGALHÃES LEMOS - PORTO
<b>AVEI</b>	H INFANTE D. PEDRO, EPE - AVEIRO	<b>HUCE</b>	HOSPITAIS DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA, EPE

da eficiência de custo total e, na Figura 6, os valores a azul correspondem aos valores dos índices de eficiência de custo total.

**Figura 5 – Decomposição do custo total verificado no Internamento, identificando perdas devido a ineficiências (valores absolutos)**



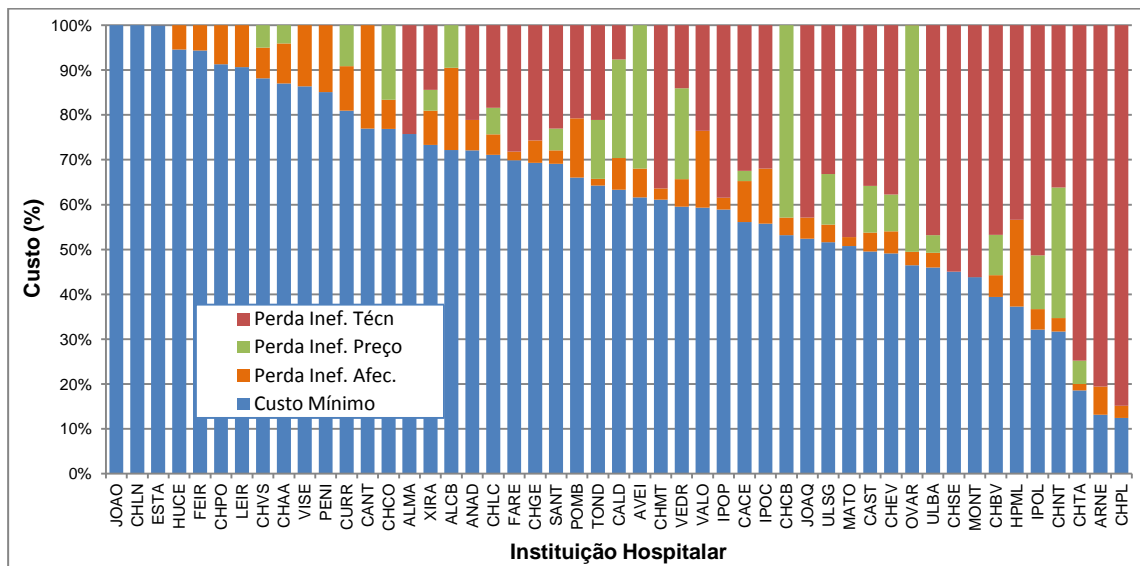
Fonte: Relatório dos consultores externos.

Há apenas 2 hospitais que não demonstram ineficiências relativas, o Hospital de São João (JOAO) e o Centro Hospitalar Lisboa Norte (CHLN). O Hospital do Visconde de Salreu de Estarreja (ESTA) demonstra, por seu turno, reduzida ineficiência de afectação.

<b>CACE</b>	H LITORAL ALENTEJANO-SANTIAGO DO CACÉM	<b>IPOC</b>	IPO COIMBRA FRANCISCO GENTIL, EPE
<b>CALD</b>	CH DE CALDAS DA RAINHA	<b>IPOL</b>	IPO LISBOA FRANCISCO GENTIL, EPE
<b>CANT</b>	H ARCEBISPO JOÃO CRISÓSTOMO-CANTANHEDE	<b>IPOP</b>	IPO PORTO FRANCISCO GENTIL, EPE
<b>CAST</b>	H DE AMATO LUSITANO - CASTELO BRANCO	<b>JOAO</b>	H DE SÃO JOÃO, EPE - PORTO
<b>CHAA</b>	CH DO ALTO AVE, EPE - GUIMARÃES	<b>JOAQ</b>	H DE JOAQUIM URBANO - PORTO
<b>CHBV</b>	CH DO BARLAVENTO ALGARVIO, EPE-PORTIMÃO	<b>LEIR</b>	H DE SANTO ANDRÉ, EPE - LEIRIA
<b>CHCB</b>	CH DA COVA DA BEIRA, EPE - COVILHÃ	<b>MATO</b>	ULS DE MATOSINHOS, EPE (H. PEDRO HISPANO)
<b>CHCO</b>	CH DE COIMBRA, EPE	<b>MONT</b>	H DISTRITAL DO MONTIJO
<b>CHEV</b>	H DO ESPÍRITO SANTO DE ÉVORA, EPE	<b>OVAR</b>	H DR. FRANCISCO ZAGALO - OVAR
<b>CHGE</b>	CH DE VILA NOVA DE GAIA - ESPINHO, EPE	<b>PENI</b>	H DE SÃO PEDRO GONÇALVES TELMO - PENICHE
<b>CHLC</b>	CH DE LISBOA CENTRAL, EPE	<b>POMB</b>	H DISTRITAL DE POMBAL
<b>CHLN</b>	CH DE LISBOA NORTE, EPE	<b>SANT</b>	H DISTRITAL DE SANTARÉM, EPE
<b>CHMT</b>	CH DO MÉDIO TEJO, EPE - TOMAR	<b>TOND</b>	H DE CÂNDIDO DE FIGUEIREDO - TONDELA
<b>CHNT</b>	CH DO NORDESTE, EPE - BRAGANÇA	<b>ULBA</b>	ULS DO BAIXO ALENTEJO
<b>CHPO</b>	CH DO PORTO, EPE	<b>ULSG</b>	ULS DA GUARDA, EPE
<b>CHSE</b>	CH DE SETÚBAL, EPE	<b>VALO</b>	H DE NOSSA SRA DA CONCEIÇÃO - VALONGO
<b>CHTA</b>	CH TRÁS-OS-MONTES ALTO DOURO, EPE-V.REAL	<b>VEDR</b>	CH DE TORRES VEDRAS
<b>CHVS</b>	CH DO TÂMEGA E SOUSA, EPE - PENAFIEL	<b>WISE</b>	H DE SÃO TEOTÓNIO, EPE - VISEU
<b>CURR</b>	H DE CURRY CABRAL - LISBOA	<b>XIRA</b>	H DE REYNALDO DOS SANTOS – V. F. DE XIRA
<b>ESTA</b>	H DO VISCONDE DE SALREU - ESTARREJA	<b>ARNE</b>	CH PSIQUIÁTRICO DE COIMBRA
<b>FARE</b>	H DISTRITAL DE FARO, EPE	<b>CHPL</b>	CH PSIQUIÁTRICO DE LISBOA



Figura 6 – Decomposição do custo total verificado no Internamento, identificando perdas devido a ineficiências (valores relativos)



Fonte: Relatório dos consultores externos.

Nos 14 hospitais mais à esquerda (Figura 6), há pouca evidência de ineficiência de preços e nenhuma de ineficiência técnica. Existe, no entanto, alguma evidência de ineficiência na afectação. Por outro lado, os restantes hospitais apresentam, de uma forma crescente, ineficiências técnica e de preços e, de uma forma decrescente, ineficiências na afectação.

Estas evidências sugerem que, para os hospitais com uma eficiência total de custo relativamente elevada (acima de 0,75, ou seja, com ineficiências relativas inferiores a 25%), a ineficiência se deve principalmente a ineficiências na afectação dos diferentes tipos de recursos. Por sua vez, os hospitais com uma eficiência relativamente baixa, devem este facto principalmente a ineficiência técnica e ineficiência no preço.

### 12.1.2. AMBULATÓRIO

O total das perdas para o Ambulatório, devido a ineficiências nas unidades hospitalares analisadas, ronda os € 503 milhões, o que representa 41% do total de cerca de € 1.220 milhões de custos considerados.

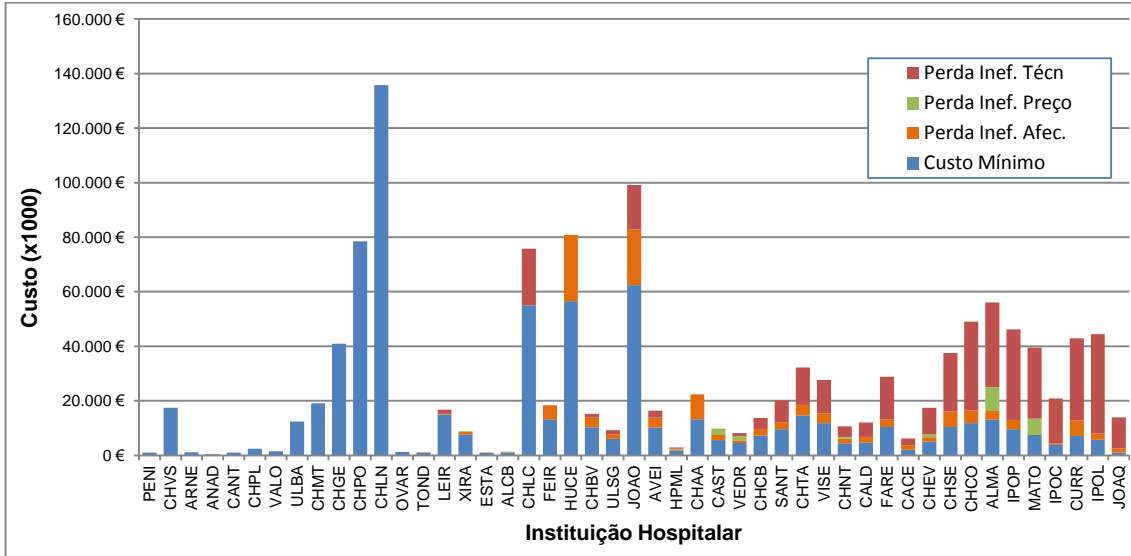
Quadro 10 – Resumo das ineficiências ao nível nacional para o Ambulatório

Custo Total Verificado	Perda Ineficiência				% Inef. no Custo Total	Custo Mínimo
	Técnica	Preço	Afectação	Total		
€ 1.219.777.391	€ 359.338.707	€ 21.162.474	€ 122.057.096	€ 502.558.276	41%	€ 717.219.115
	72%	4%	24%	100%		

Fonte: Adaptado do relatório dos consultores externos.

As figuras seguintes apresentam o resultado final da análise, em valores absolutos e relativos, para o Ambulatório e por unidade hospitalar. As unidades foram ordenadas por ordem decrescente da eficiência de custo total. A ordenação resultante é ligeiramente diferente daquela apresentada na secção anterior.

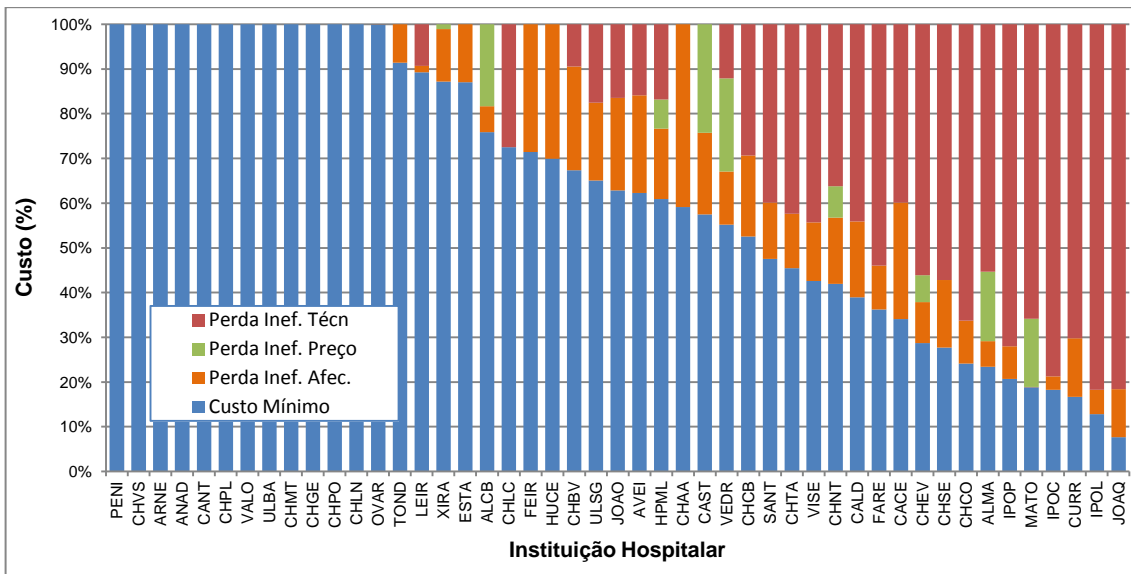
**Figura 7 – Decomposição do custo total verificado no Ambulatório, identificando perdas devido a ineficiências (valores absolutos)**



Fonte: Relatório dos consultores externos.

Há 13 hospitais que não demonstram ineficiências relativas. O mesmo tipo de conclusão para o Ambulatório pode ser retirado relativamente às estimativas de eficiência no Internamento, apesar de menos evidente visualmente. **Para as unidades com uma eficiência total de custo relativamente elevada, a ineficiência deve-se principalmente à afectação ineficiente dos custos com os recursos. Por sua vez, os hospitais com uma eficiência relativamente baixa, devem este facto principalmente a ineficiência técnica. Na globalidade, há pouca evidência de ineficiência nos preços.**

**Figura 8 – Decomposição do custo total verificado no Ambulatório, identificando perdas devido a ineficiências (valores relativos)**



Fonte: Relatório dos consultores externos.



### 12.1.3. ANÁLISE CONJUNTA DO INTERNAMENTO E DO AMBULATÓRIO

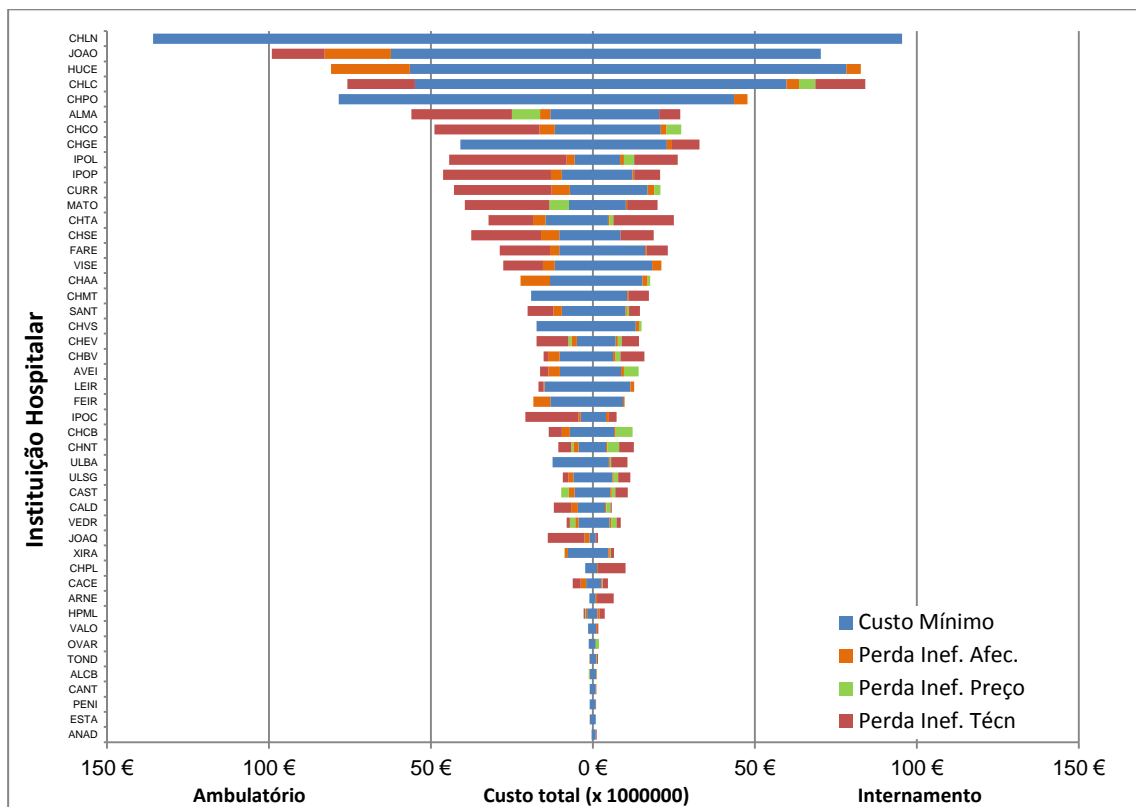
As estimativas apresentadas nas figuras seguintes resumem a análise de eficiência no Ambulatório e Internamento dos hospitais do SNS. Na Figura 9, os valores correspondentes a cada barra horizontal identificam o custo total actual de cada unidade e as diferentes tonalidades a perda por tipo de ineficiência: técnica (laranja); preço dos recursos (verde); afectação (vermelho). As unidades foram ordenadas por ordem decrescente do custo total considerado.

De entre os hospitais analisados o Centro Hospitalar Lisboa Norte revelou ser o mais eficiente. Na globalidade parece evidente que os hospitais com maiores custos totais, tal como o Hospital de S. João, os Hospitais da Universidade de Coimbra e o Centro Hospitalar do Porto, são aqueles com menores ineficiências.

Hospitais de dimensão (custo total) inferior aos anteriores exibem ineficiências mais volumosas e mais evidentes no Ambulatório, em particular ineficiências técnicas (excesso de utilização de recursos), como por exemplo o Hospital de Garcia de Orta (ALMA) ou o Centro Hospitalar de Coimbra (CHCO).

Conseguem-se identificar também um conjunto relativamente homogéneo de hospitais de média dimensão com níveis de ineficiência baixos, como por exemplo o Centro Hospitalar Médio Tejo (CHMT), o Hospital de S. Sebastião (FEIR), o Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa (CHVS), o Hospital de S. André (LEIR) ou o Hospital Infante D. Pedro (AVEI).

Figura 9 – Decomposição do custo total (valores absolutos): Ambulatório vs. Internamento

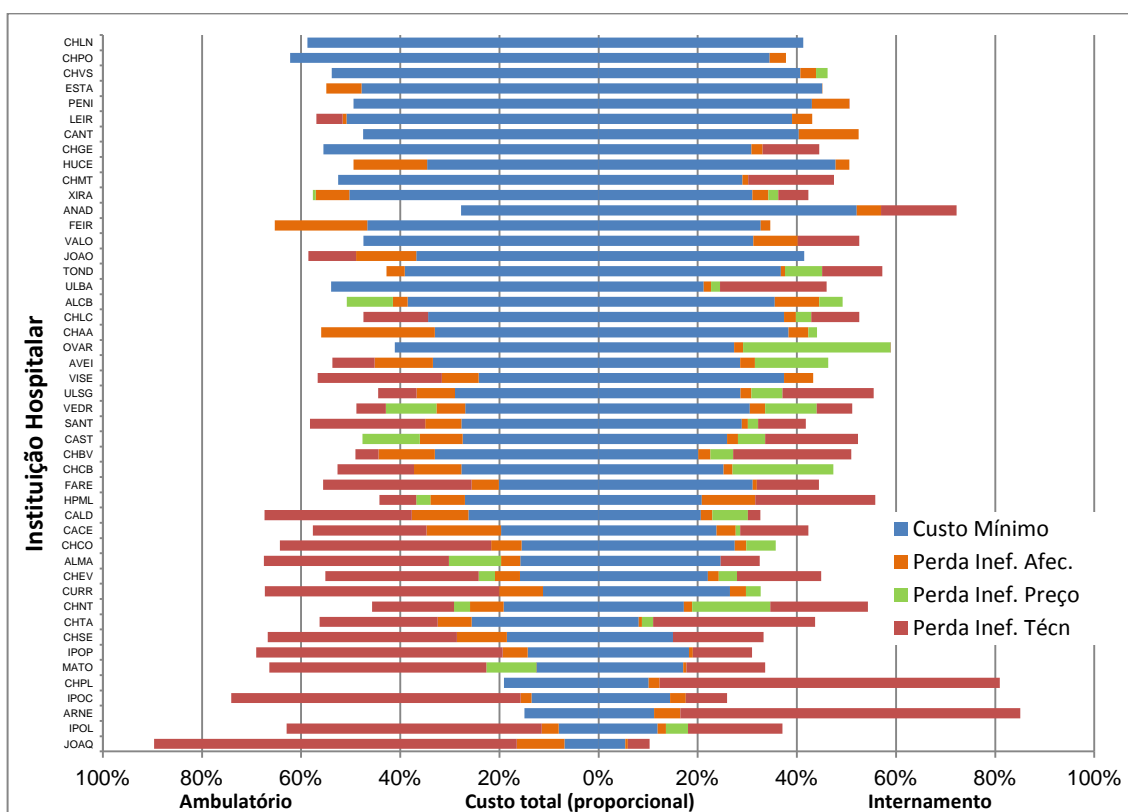


Fonte: Relatório dos consultores externos.

A Figura 10 revela igualmente um conjunto de hospitais de reduzida dimensão e elevados níveis de eficiência, tal como o Hospital José Luciano de Castro (ANAD), o Hospital de S. Pedro Gonçalves Telmo (PENI) ou o Hospital Arcebispo João Crisóstomo (CANT). A desagregação da eficiência de todos os hospitais pode ser consultada com maior detalhe no anexo VII do relatório dos consultores externos, em anexo.

Na Figura 10, os valores correspondentes a cada barra horizontal somam 100% e permitem evidenciar o peso do Internamento e do Ambulatório no custo total considerado, tal como permitem identificar o peso das perdas devido a ineficiências. As unidades foram ordenadas por ordem decrescente da eficiência global (parte azul).

Figura 10 – Decomposição do custo total (valores relativos): Ambulatório vs. Internamento



Fonte: Relatório dos consultores externos.

## 12.2. RESULTADOS – AMOSTRA RESTRITA

A análise da amostra restrita revelou resultados muito semelhantes aos obtidos na análise da amostra global de unidades hospitalares: sugerem que, para as unidades com uma eficiência total relativamente elevada, a ineficiência se deve principalmente a ineficiências na afectação, enquanto as unidades com uma eficiência relativamente baixa, devem este facto principalmente a ineficiências técnicas e ineficiências no preço.

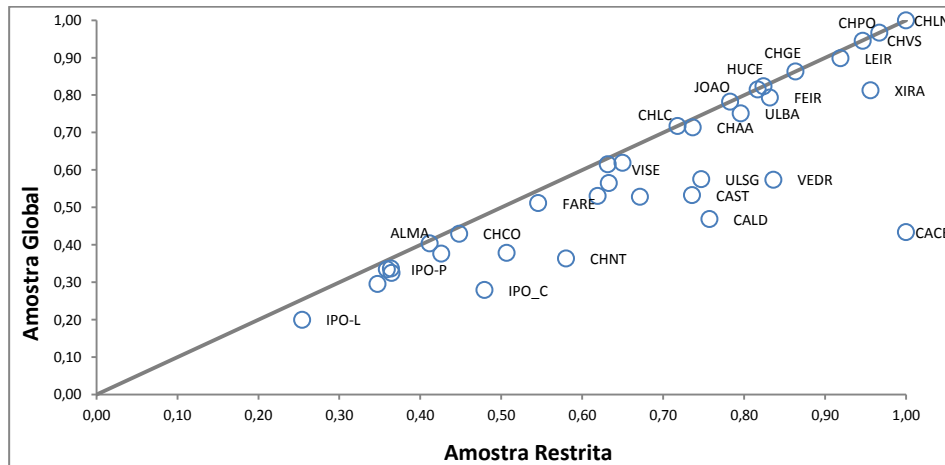
O valor do índice de eficiência (Internamento e Ambulatório) de acordo com o tipo de amostra pode ser consultado na figura seguinte, que permite perceber a influência da exclusão de alguns hospitais que não têm centro de custo “oncologia médica”. Verifica-se que, na amostra restrita, os IPO





continuam com níveis de eficiência baixos, logo a explicação para este facto não reside na sua comparação contra outros hospitais eventualmente menos comparáveis.

**Figura 11 – Índice de eficiência económica: amostra global vs amostra restrita**



Fonte: Relatório dos consultores externos.

Globalmente, na amostra global, verifica-se que ao nível do Internamento, 15 das 49 unidades hospitalares analisadas (31%) apresentam um índice de eficiência económica global superior a 75%. Ao nível do Ambulatório, dos 47 hospitais analisados, 18 (38%) foram classificados com um índice de eficiência económica global superior a 75%. Numa amostra restrita, incluindo só unidades com centro de custo “oncologia médica”, estes números traduzem-se em 15 unidades num total de 35 para o Internamento, e 16 unidades num total de 35 para o Ambulatório.

Verifica-se, ainda, que há mais unidades consideradas eficientes no Ambulatório do que no Internamento, embora as ineficiências no Ambulatório sejam mais expressivas. Para as unidades com um índice de eficiência económica global relativamente elevado, verifica-se essencialmente ineficiência na afectação. Para as outras unidades, a maior parte da ineficiência corresponde a ineficiência técnica, ou seja, excesso de utilização de recursos, quer humanos, quer tecnológicos. A ineficiência ao nível do preço unitário dos recursos não apresenta um padrão definido, no entanto nos hospitais em que está mais presente a ineficiência ao nível do preço unitário substitui-se à ineficiência técnica.

### 13. FINANCIAMENTO, CUSTOS E INEFICIÊNCIA

As limitações encontradas no actual sistema de financiamento, bem como a inexistência de uma efectiva indução da eficiência, pela fixação de preços administrativos não correspondentes aos preços de eficiência económica, sugerem a necessidade da sua revisão, aliás, já assumida pela ACSS ao propor um novo modelo de financiamento para 2010, cuja entrada em vigor foi, no entanto, suspensa pela tutela, opção justificada pelo “constrangimento orçamental que caracteriza o OE 2010” e pela “dificuldade acrescida decorrente da necessidade de adaptação a um novo modelo”.

A comparação entre os preços fixados e os custos verificados, através do sistema de custeio por actividade (cf. Ponto 11.2) revela a **existência de custos superiores aos preços fixados**, para a maioria das linhas de produção, no grupo restrito de hospitais analisados (sendo que os elementos da contabilidade analítica, do ano de 2008, confirmam que os custos totais superam o valor total do financiamento, na esmagadora maioria dos hospitais do SNS)

Adicionalmente, a análise relativa à desagregação da eficiência económica nas suas componentes principais, atrás apresentada, demonstra ineficiências importantes nos custos incorridos pelas unidades hospitalares do SNS.

Considerando que parte substancial das ineficiências encontradas são relativas a excesso de utilização de recursos (ineficiência técnica), então com ganhos de eficiência técnica será eventualmente possível diminuir o custo total nos hospitais mais ineficientes, com redução da diferença verificada entre financiamento e custos.

De facto, apurou-se que as ineficiências resultantes do excesso de utilização de recursos humanos, de medicamentos e de MCDT, parte substancial dos custos operacionais das unidades hospitalares, com destaque para os primeiros, representam cerca de 67% das ineficiências apuradas na actividade de Internamento e cerca de 72% das ineficiências identificadas nas actividades de Ambulatório.

A existência de ineficiências é, aliás, reconhecida pela própria Tutela, tendo em conta que foi determinada a elaboração, por parte das unidades hospitalares do Sector Empresarial do Estado, de planos de redução da despesa para o ano de 2010<sup>72</sup>.

Adicionalmente, o recente “Memorando de entendimento sobre condicionantes específicas da política económica” prevê cortes substanciais nos custos operacionais dos hospitais públicos (ver caixa).

Algumas das medidas de redução de custos operacionais nas unidades hospitalares do SNS previstas no memorando acordado entre o Governo e o FMI/CE/BCE:

“3.72. Apresentar uma descrição detalhada das medidas para alcançar uma redução de 200 milhões euros nos custos operacionais dos hospitais, em 2012 (100 milhões de euros em 2012, que acrescem a poupanças superiores a 100 milhões de euros já em 2011), incluindo a redução de cargos dirigentes, em resultado da concentração e da racionalização nos hospitais públicos e nos centros de saúde. [T3-2011]

3.77. Prosseguir com a reorganização e a racionalização da rede hospitalar através da especialização e da concentração de serviços hospitalares e de urgência e da gestão conjunta dos hospitais (de acordo com o Decreto-Lei n.º 30/2011, de 2 de Março) e do funcionamento conjunto dos hospitais. Estas melhorias deverão permitir reduções adicionais nos custos operacionais em, pelo menos, 5% em 2013. Um plano de acção detalhado será publicado em 30 de Novembro de 2012 e a sua implementação será finalizada no primeiro trimestre de 2013. [T2-2012]

3.78. Transferir alguns serviços hospitalares em ambulatório para Unidades de Saúde Familiares (USF). [T2-2012]

3.81. Introduzir regras para aumentar a mobilidade dos profissionais de saúde (incluindo médicos) dentro e entre as várias Administrações Regionais de Saúde. Adotar para todo o pessoal (incluindo médicos) horários flexíveis, de modo a reduzir em pelo menos 10% as despesas com horas extraordinárias em 2012 e 10% adicionais em 2013. Implementar um controlo mais rigoroso das horas de trabalho e das actividades dos profissionais nos hospitais. [T1-2012]

<sup>72</sup> Na sequência do Despacho de 24 de Maio de 2010 da Ministra da Saúde, posteriormente reiterado pelas linhas de orientação estratégica emanadas em Despacho Conjunto n.º 10760/2010 do Ministro de Estado e das Finanças e da Ministra da Saúde, de 22 de Junho, publicado no DR, II Série, n.º 124, de 22 de Junho.

Despacho do Secretário Estado da Saúde de 26 Outubro e com o Despacho conjunto do senhor Secretário de Estado do Tesouro e Finanças e senhor Secretário de Estado da Saúde de 30 de Novembro de 2010 : **Custos com Pessoal** (Meta - 5%); **Consumos** (Meta +1,5%); **Fornecimentos e Serviços** (Meta 0%).

Circular Normativa n.º 17/2011 de 21 de Julho, para efeitos do ponto 3.83 MoU (*Memorandum of Understanding*): **Custos com transporte de doentes não urgentes** (Meta -33,3%);

Despacho n.º 10429/2011 do Secretário Estado da Saúde de 1 de Agosto e publicado a 18 de Agosto: **Custos com trabalho extraordinário** (Meta -10%).



De facto, as medidas propostas visam, sobretudo, redução de ineficiências, nomeadamente no que respeita a:

- diminuição dos custos com pessoal através da redução do pessoal de gestão e dos custos com horas extraordinárias<sup>73</sup>;
- racionalização e concentração de unidades hospitalares e de unidades de cuidados de saúde primários.

Tendo em conta a previsível necessidade de redução das transferências orçamentais para o SNS no curto prazo, em virtude da situação económico-financeira em que o país se encontra e dos compromissos internacionais assumidos, a aproximação entre o financiamento e os custos verificados deverá, primeiramente, ser assegurada pela redução dos custos operacionais, através da identificação e eliminação de desperdícios na utilização dos factores de produção.

Adicionalmente, impõe-se a obtenção de custos reais detalhados da actividade das unidades hospitalares do SNS, que permitam a adequada e rigorosa aferição entre os preços fixados e os custos verificados, que suportem adequados planos de redução da despesa e, fundamentalmente, que sustentem, no futuro, a fixação de preços de eficiência económica no âmbito do sistema de financiamento do SNS, promotores da racional afectação/utilização de recursos.

---

<sup>73</sup> Salienta-se que, a este propósito, foi já emitida pelo Presidente da ACSS uma circular informativa (n.º 21/AIERH/2011), relativa à “Organização do tempo de trabalho médico hospitalar”, que refere, entre outras determinações, que “Só é admissível a prestação de trabalho extraordinário, nos limites do legalmente previsto, nos casos em que os efectivos de pessoal médico sejam insuficientes para assegurar o funcionamento dos serviços, atentas as dotações estabelecidas e esgotadas que estejam todas as possibilidades gestionárias emergentes da partilha de recursos entre unidades assistenciais.”.

Auditoria ao sistema de pagamentos e de formação dos preços pagos às unidades hospitalares do Serviço Nacional de Saúde

## IV – 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<sup>74</sup>, e em conformidade com as Notas de Emolumentos apresentadas no Volume III, são devidos emolumentos, num total de € 17.164, a repartir pelas entidades auditadas, de acordo a duração e com os meios envolvidos na acção.

O pagamento devido ao Consultor Externo, no valor de € 47.133,63, é suportado pelas entidades auditadas, de acordo com o artigo 56º, n.º 4, da Lei n.º 98/97, de 26 de Agosto, repartido na mesma proporção dos emolumentos.

A repartição destes encargos pelas entidades auditadas apresenta-se no quadro seguinte.

Entidade	Emol.	Consultor	Total	Entidade	Emol.	Consultor	Total
Administração Central do Sistema de Saúde, IP	(a) 438,64	(b) 1204,68	1.643,32	Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa	285,11	782,93	1.068,04
Admin. Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, IP	328,97	903,38	1.232,35	Centro Hospitalar Tondela -Viseu, EPE	285,11	782,93	1.068,04
Admin. Regional de Saúde do Alentejo, IP	241,25	662,48	903,73	Hospital de Curry Cabral, EPE	285,11	782,93	1.068,04
Admin. Regional de Saúde do Algarve IP	241,25	662,48	903,73	Hospital de Faro, EPE	404,33	1.110,33	1.514,66
Admin. Regional de Saúde do Centro, IP	241,25	662,48	903,73	Hospital de Magalhães Lemos, EPE	285,11	782,93	1.068,04
Admin. Regional de Saúde do Norte, IP	241,25	662,48	903,73	Hospital de Reynaldo dos Santos	285,11	782,93	1.068,04
Centro de Med de Reab da Região Centro - Rovisco Pais	285,11	782,93	1.068,04	Hospital Distrital da Figueira da Foz, EPE	404,33	1.110,33	1.514,66
Centro Hospitalar Barreiro Montijo, EPE	404,33	1.110,33	1.514,66	Hospital Distrital de Santarém, EPE	285,11	782,93	1.068,04
Centro Hospitalar da Cova da Beira, EPE	285,11	782,93	1.068,04	Hospital do Arcebispo João Crisóstomo – Cantanhede	285,11	782,93	1.068,04
Centro Hospitalar de Entre o Douro e Vouga, EPE	285,11	782,93	1.068,04	Hospital do Espírito Santo de Évora, EPE	285,11	782,93	1.068,04
Centro Hospitalar de Leiria -Pombal, EPE	404,33	1.110,33	1.514,66	Hospital do Litoral Alentejano, EPE	285,11	782,93	1.068,04
Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE	372,84	1.023,84	1.396,68	Hospital Dr. Francisco Zagalo – Ovar	285,11	782,93	1.068,04
Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE	285,11	782,93	1.068,04	Hospital Garcia de Orta, EPE	285,11	782,93	1.068,04
Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE	285,11	782,93	1.068,04	Hospital José Luciano de Castro – Anadia	285,11	782,93	1.068,04
Centro Hospitalar de São João, EPE	285,11	782,93	1.068,04	Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca, EPE	285,11	782,93	1.068,04
Centro Hospitalar de Setúbal, EPE	285,11	782,93	1.068,04	Hospital Santa Maria Maior, EPE	285,11	782,93	1.068,04
Centro Hospitalar de Torres Vedras	285,11	782,93	1.068,04	Instituto de Oftalmologia Dr. Gama Pinto – Lisboa	285,11	782,93	1.068,04
Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE	285,11	782,93	1.068,04	Instituto de Oncologia de Coimbra Francisco Gentil, EPE	285,11	782,93	1.068,04
Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho, EPE	285,11	782,93	1.068,04	Inst. Port. Oncologia de Lisboa Francisco Gentil, EPE	372,84	1.023,84	1.396,68
Centro Hospitalar do Alto Ave, EPE	285,11	782,93	1.068,04	Inst. Port. Oncologia do Porto Francisco Gentil, EPE	285,11	782,93	1.068,04
Centro Hospitalar do Baixo Vouga, EPE	404,33	1.110,33	1.514,66	Maternidade do Dr. Alfredo da Costa – Lisboa	285,11	782,93	1.068,04
Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio, EPE	285,11	782,93	1.068,04	Unidade Local de Saúde da Guarda, EPE	285,11	782,93	1.068,04
Centro Hospitalar do Médio Ave, EPE	285,11	782,93	1.068,04	Unidade Local de Saúde de Castelo Branco, EPE	285,11	782,93	1.068,04
Centro Hospitalar do Médio Tejo, EPE	285,11	782,93	1.068,04	Unidade Local de Saúde de Matosinhos, EPE	285,11	782,93	1.068,04
Centro Hospitalar do Oeste Norte	285,11	782,93	1.068,04	Unidade Local de Saúde do Alto Minho, EPE	285,11	782,93	1.068,04
Centro Hospitalar do Porto, EPE	404,33	1.110,33	1.514,66	Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, EPE	285,11	782,93	1.068,04
Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, EPE	285,11	782,93	1.068,04	Unidade Local de Saúde do Nordeste, EPE	285,11	782,93	1.068,04
Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE	285,11	782,93	1.068,04	Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano, EPE	285,11	782,93	1.068,04
Centro Hospitalar Póvoa de Varzim/Vila do Conde, EPE	285,11	782,93	1.068,04				
Subtotal	8.854,75	24.315,88	33.170,63	Subtotal	8.309,25	22.817,75	31.127,00
				TOTAL	17.164,00	47.133,63	64.297,63

(a) Acerto de € +0,01 por motivo de arredondamentos.

(b) Acerto de € +0,17 por motivo de arredondamentos.

<sup>74</sup> Alterado pela Lei n.º139/99, de 28 de Agosto, e pela Lei n.º 3-B/2000, de 4 de Abril.



## V – DETERMINAÇÕES FINAIS

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

1. Aprovar o presente Relatório, nos termos da al. a) do n.º 2 do artigo 78º da Lei n.º 98/97, de 26 de Agosto.
2. Que o presente relatório seja remetido às seguintes entidades:
  - Ministro de Estado e das Finanças;
  - Ministro da Saúde;
  - Administração Central do Sistema de Saúde, IP;
  - Administrações Regionais de Saúde;
  - Presidentes dos Conselhos de Administração das 51 unidades de saúde auditadas.
3. Que, após a entrega do Relatório às entidades supra-referidas, o mesmo, seja colocado à disposição dos órgãos de comunicação social e divulgado no sítio do Tribunal.
4. Expressar aos responsáveis, dirigentes e funcionários das entidades auditadas o apreço pela disponibilidade revelada e pela colaboração prestada no desenvolvimento desta acção.
5. Que as entidades destinatárias das recomendações comuniquem, no prazo de seis meses, após a recepção deste Relatório, ao Tribunal de Contas, por escrito e com a inclusão dos respectivos 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, n.º 4, 55º, n.º 2, da Lei n.º 98/97, de 26 de Agosto, na redacção dada pela Lei n.º 48/2006, de 29 de Agosto.

Lisboa, 10 de Novembro de 2011

O Juiz Conselheiro Relator

  
(Eurico Manuel Ferreira Pereira Lopes)

Os Juízes Conselheiros Adjuntos

  
(José de Castro de Mira Mendes)

  
(João Manuel Macedo Ferreira Dias)

Fui presente,

  
O Procurador-Geral Adjunto



*Auditoria ao sistema de pagamentos e de  
formação dos preços pagos às unidades  
hospitalares do Serviço Nacional de  
Saúde*



**Processo n.º 42/2010 - Audit**

**Relatório n.º 30/2011 - 2ª Secção**

**Volume II**

Visão

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



Aprovo  
10/11/2011  
*[Handwritten signature]*

## Relatório

Análise e Avaliação do Sistema de Pagamentos e de Formação de Preços Pagos aos Hospitais do Serviço Nacional de Saúde

EXIGO



FACULDADE  
DE CIÊNCIAS  
UNIVERSIDADE DE LISBOA

24 de Outubro de 2011



### **Condições de acesso ao documento**

O presente documento reporta os resultados da auditoria orientada à análise e avaliação do sistema de pagamentos e de formação de preços pagos aos hospitais do Serviço Nacional de Saúde.

Este documento foi desenvolvido de modo independente sem qualquer imposição ou condicionalismo sobre o seu desenho ou métodos. As opiniões expressas são fruto da análise e interpretação da Exigo e dos investigadores da FCUL e não reflectem necessariamente outros pontos de vista.

O direito à divulgação do conteúdo deste documento é matéria que diz respeito à Direcção-Geral do Tribunal de Contas, enquanto entidade financiadora.

## Índice

1	Sumário Executivo.....	12
2	Introdução.....	20
3	Metodologia de Apuramento dos Custos por GDH .....	25
3.1	Análise Descritiva .....	26
3.1.1	Matriz de Maryland.....	26
3.1.2	Base de Dados de Elementos Analíticos.....	27
3.1.3	Base de Dados Nacional de GDH.....	27
3.1.4	Apuramento de Custos por GDH.....	28
3.2	Análise Quantitativa.....	42
3.2.1	Metodologia .....	42
3.3	Conclusões e Recomendações .....	43
4	Limiars de Excepção dos Tempos de Internamento .....	47
4.1	Introdução.....	47
4.2	Análise estatística.....	52
4.2.1	Seleção dos GDH mais representativos.....	52
4.3	Análise exploratória .....	55
4.4	Modelos de mistura finita de distribuições.....	82
4.5	Definição dos limites de excepção .....	94
4.6	Comentários finais e conclusões .....	99
4.7	Referências.....	100
5	A Contabilidade dos Hospitais.....	101
5.1	Introdução.....	102
5.2	A contabilidade analítica nos hospitais do SNS.....	103
5.2.1	Breve descrição do plano de Contabilidade Analítica dos Hospitais (PCAH) ....	103
5.2.2	Informação da contabilidade analítica dos hospitais – A adopção prática do PCAH	104
5.2.3	Sistema de Custeio por Actividade dos Hospitais (SCAH) .....	106
5.3	Análise sobre se as metodologias de custeio utilizadas pelos hospitais garantem a fiabilidade da informação produzida pela contabilidade analítica .....	107
5.4	Análise sobre se as metodologias de custeio utilizadas pelos hospitais são comparáveis entre diferentes unidades hospitalares.....	112

5.4.1	Avaliação sobre se as metodologias de custeio utilizadas pelos hospitais são suficientes para determinar o custo por GDH .....	118
5.5	Limitações encontradas pelas Administrações Hospitalares quanto ao sistema de custeio	121
5.6	Alguns dados da contabilidade analítica dos hospitais (referentes ao ano 2008)....	123
6	Preços Fixados vs. Custos Verificados .....	127
6.1	Análise Quantitativa .....	127
6.1.1	Metodologia .....	129
6.1.2	Resultados .....	130
7	Agrupador AP-DRG 21.0 – análise e avaliação da informação que suportou a escolha do agrupador .....	149
7.1	Introdução .....	149
7.2	Descrição e análise crítica .....	151
7.2.1	Base de trabalho.....	151
7.2.2	Metodologia .....	151
7.2.3	Impacto no financiamento .....	163
7.3	Conclusões e recomendações .....	165
8	Eficiência dos Hospitais .....	168
8.1	Introdução .....	169
8.2	Análise Envoltória de Dados.....	169
8.2.1	Eficiência Técnica .....	170
8.2.2	Eficiência de Preço .....	173
8.2.3	Eficiência na Afectação.....	175
8.2.4	Decomposição do Custo.....	177
8.3	Análise Quantitativa .....	177
8.3.1	Produção .....	177
8.3.2	Recursos .....	178
8.3.3	Amostra de Hospitais .....	179
8.3.4	Eficiência Técnica – Amostra Global .....	180
8.3.5	Eficiência de Preço – Amostra Global .....	188
8.3.6	Eficiência de Custo – Amostra Global .....	193
8.3.7	Decomposição do Custo Total Actual – Amostra Global.....	198
8.3.8	Decomposição do Custo Total Actual – Amostra Restrita .....	204
9	Actividades sem financiamento .....	212

9.1	Análise Descritiva .....	212
9.1.1	Base de trabalho.....	212
9.1.2	Metodologia .....	213
9.1.3	Resultados .....	215
10	Avaliação global.....	220
	Anexo I – Matriz de Maryland .....	223
	Anexo II – Base de Dados de Elementos Analíticos (BDEA) .....	235
	Anexo III – Rubricas do Internamento .....	238
	Anexo IV – Eficiência Técnica (VRS) – Amostra Global.....	241
	Anexo V – Eficiência de Preço (VRS) – Amostra Global.....	249
	Anexo VI – Eficiência de Custo (VRS) – Amostra Global.....	256
	Anexo VII – Decomposição Custo – Amostra Global.....	263
	Anexo VIII – Eficiência Técnica (VRS) – Amostra Restrita.....	268
	Anexo IX – Eficiência de Preço (VRS) – Amostra Restrita.....	276
	Anexo X – Eficiência de Custo (VRS) – Amostra Restrita.....	283
	Anexo XI – Decomposição Custo – Amostra Restrita .....	290
	Anexo XII – Lista dos Hospitais .....	294
	Anexo XIII – 224 GDH comuns nos Hospitais de Aveiro, Santa Marta, Santo António e Faro ..	296
	Anexo XIV – Questionário sobre a contabilidade analítica dos hospitais do SNS.....	302
	Anexo XV – Actividades hospitalares sem financiamento .....	310
	Anexo XVI – Exercício de Contraditório: ARS e HOSPITAIS .....	312
XVI.1	Hospital Distrital da Figueira da Foz.....	314
XVI.2	Centro Hospitalar Lisboa Norte.....	315
XVI.3	Centro Hospitalar de Setúbal .....	316
XVI.4	Centro Hospitalar de Torres Vedras.....	317
XVI.5	Hospital Distrital de Anadia.....	318
XVI.6	Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa .....	319
XVI.7	Instituto de Oftalmologia Dr. Gama Pinto.....	321
XVI.8	Centro Hospitalar Baixo Vouga .....	322
XVI.9	Hospital de Cantanhede .....	323
XVI.10	Centro Hospitalar de Leiria-Pombal .....	324
XVI.11	Centro Hospitalar Nordeste .....	325
XVI.12	Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio.....	327
XVI.13	Hospital de Santarém .....	328

Análise e Avaliação do Sistema de Pagamentos e de Formação dos Preços Pagos aos  
Hospitais do Serviço Nacional de Saúde

---

XVI.14	Hospital do Espírito Santo - Évora.....	329
XVI.15	Hospital do Litoral Alentejano.....	331
XVI.16	Centro Hospitalar da Póvoa do Varzim / Vila do Conde.....	332
XVI.17	Administração Regional de Saúde do Alentejo .....	333
XVI.18	IPO Porto .....	334
XVI.19	Hospital de Faro .....	335
XVI.20	Unidade Local de Saúde da Guarda .....	336
XVI.21	Hospital Curry Cabral.....	337
XVI.22	Centro Hospitalar Cova da Beira .....	338
XVI.23	Centro Hospitalar do Médio Tejo.....	339
XVI.24	Centro hospitalar Entre Douro e Vouga .....	340
XVI.25	Centro hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho .....	341
XVI.26	Instituto Português de Oncologia de Lisboa .....	343
XVI.27	Centro hospitalar do Alto Ave .....	346
XVI.28	Hospital de Magalhães Lemos.....	347
XVI.29	Centro hospitalar do Tâmega e Sousa.....	349
XVI.30	Unidade Local de Saúde de Castelo Branco .....	350
XVI.31	Maternidade Alfredo da Costa .....	351
XVI.32	Centro hospitalar Trás-os-Montes e Alto Douro .....	352
XVI.33	Unidade Local de saúde do Norte Alentejano .....	353
XVI.34	Centro hospitalar de Lisboa Central.....	354
	Anexo XVII – Exercício de Contraditório: ACSS .....	357
	Anexo XVIII – Equipa de Consultores .....	369

## Índice de tabelas

Tabela 3.1. Estrutura da Matriz de Maryland (custos unitários) .....	27
Tabela 3.2. Correspondência das rubricas em Portugal e no Estado de Maryland .....	28
Tabela 3.3. Custos totais <b>ChX</b> de internamento, por rubrica <b>X</b> , do hospital <b>h</b> .....	30
Tabela 3.4. Estrutura resumida da BDEA e a agregação dos custos por rubrica .....	30
Tabela 3.5. Custos totais <b>ChX, Pur</b> do internamento puro, por rubrica <b>X</b> , do hospital <b>h</b> .....	33
Tabela 3.6. Custos esperados para a rubrica OR, do hospital <b>h</b> , no Estado de Maryland .....	34
Tabela 3.7. Tabela Custos esperados para a rubrica HOTEL, do hospital <b>h</b> , no Estado de Maryland .....	35
Tabela 3.8. Custos esperados Matriz de Maryland vs. Custos .....	36
Tabela 3.9. Custos esperados Matriz de Maryland vs. Custos .....	37
Tabela 3.10. Custos esperados Matriz de Maryland vs. Custos .....	38
Tabela 3.11. Custos esperados Matriz de Maryland vs. Custos .....	41
Tabela 3.12. Custos esperados Matriz de Maryland vs. Custos .....	41
Tabela 4.1. Listagem dos 25 GDH mais representativos em termos de facturação .....	54
Tabela 4.2. Alguns quantis empíricos dos 25 GDH mais representativos .....	55
Tabela 4.3. Parâmetros das distribuições lognormais ajustadas aos dados dos 25 GDH .....	70
Tabela 4.4.. Limiares de excepção calculados pelo método do RAQ baseados na produção de 2009 .....	96
Tabela 4.5. Resultados dos modelos de mistura. Limites de excepção de 99% (DR = Diário da República: Portaria 839-A/2009).....	97
Tabela 4.6. Resultados dos modelos de mistura. Limites de excepção de 95%. (DR = Diário da República: Portaria 839-A/2009).....	98
Tabela 4.7. Alteração do número de doentes equivalentes de acordo com os limites de 99% e 95% dos modelos de mistura e do método RAQ para a produção de 2009 .....	98
Tabela 5.1. Objectivos, procedimentos e fontes de informação utilizados na análise da fiabilidade da informação produzida, comparabilidade entre diferentes unidades hospitalares e suficiência para o apuramento dos custos por GDH .....	103
Tabela 5.2. Índice de fiabilidade sobre a informação produzida pela contabilidade analítica dos hospitais do SNS .....	108
Tabela 5.3. Fiabilidade da informação produzida pela contabilidade analítica por linha de produção. ...	111
Tabela 5.4. Interpretação do grau de concordância medido pelo coeficiente Kappa .....	112
Tabela 5.5. Resposta ao questionário sobre a contabilidade analítica dos hospitais do SNS .....	114
Tabela 5.6. Consistência nas diversas formas de resposta ao questionário sobre a contabilidade analítica dos hospitais do SNS: custos directos .....	115
Tabela 5.7. Consistência nas diversas formas de resposta ao questionário sobre a contabilidade analítica dos hospitais do SNS: custos indirectos .....	116
Tabela 5.8. Concordância na resposta ao questionário sobre a contabilidade analítica dos hospitais do SNS.....	116
Tabela 5.9. Respostas dos hospitais sobre se as metodologias de custeio são suficientes para apurarem o custo por GDH .....	120
Tabela 5.10. Justificações das respostas positivas dos hospitais sobre se as metodologias de custeio são suficientes para apurarem o custo por GDH .....	120
Tabela 5.11. Dados da contabilidade analítica dos hospitais referentes ao ano de 2008.....	123
Tabela 5.12. Dados da contabilidade analítica dos hospitais, custos directos referentes ao ano de 2008 .....	123
Tabela 5.13. Hospitais que apresentam um valor de custos directos acima da média, no custo em euros por doente atendido na urgência, no ano de 2008 .....	124
Tabela 5.14. Hospitais que apresentam um valor de custos directos acima da média, no custo em euros por intervenção cirúrgica, no ano de 2008 .....	125

## Análise e Avaliação do Sistema de Pagamentos e de Formação dos Preços Pagos aos Hospitais do Serviço Nacional de Saúde

---

Tabela 6.1. Comparação entre custos unitários (SCAH) e os preços fixados no contrato programa. Ano de 2006.....	132
Tabela 6.2. Comparação entre custos unitários (SCAH) e os preços fixados no contrato programa. Ano de 2007.....	132
Tabela 6.3. Quantidades e valores contratados, produzidos e facturados, por linha de produção, no Hospital de Aveiro em 2006 .....	134
Tabela 6.4. Quantidades e valores contratados, produzidos e facturados, por linha de produção, no Hospital de Santo António em 2006.....	134
Tabela 6.5. Quantidades e valores contratados, produzidos e facturados, por linha de produção, no Hospital de Santa Marta em 2006.....	135
Tabela 6.6. Quantidades e valores contratados, produzidos e facturados, por linha de produção, no Hospital de Faro em 2007 .....	135
Tabela 6.7. Quantidades e valores contratados, produzidos e facturados, por linha de produção, no Hospital de Leiria em 2007 .....	136
Tabela 6.8. Quantidades e valores contratados, produzidos e facturados, por linha de produção, no IPO de Lisboa em 2007.....	136
Tabela 6.9. GDH com custos superiores ao financiamento nos 4 hospitais em estudo .....	147
Tabela 6.10. Preços de financiamento e custos unitários das sessões de radioterapia de ambulatório, realizadas no sector público e privado (2009).....	148
Tabela 7.1. Características dos agrupadores HCFA 16.0, AP-DRG 18.0 e AP-DRG 21.0.....	150
Tabela 8.1. Instituições hospitalares sem questionário preenchido .....	179
Tabela 8.2. Sumário dos recursos e a produção do internamento .....	180
Tabela 8.3. Sumário dos recursos do ambulatório .....	180
Tabela 8.4. Sumário da produção do ambulatório .....	181
Tabela 8.5. Sumário dos índices de eficiência técnica do internamento .....	181
Tabela 8.6. Instituições mais eficientes e a respectiva frequência de referência para instituições ineficientes .....	182
Tabela 8.7. Sumário dos dados do CHLC (internamento).....	184
Tabela 8.8. Sumário dos dados da projecção do CHLC (internamento) .....	186
Tabela 8.9. Sumário dos dados do CHLC' (internamento).....	186
Tabela 8.10. Sumário dos índices de eficiência técnica do ambulatório .....	187
Tabela 8.11. Hospitais eficientes e a respectiva frequência de referência para hospitais ineficientes ...	188
Tabela 8.12. Sumário do custo dos recursos do internamento.....	188
Tabela 8.13. Sumário do custo dos recursos do ambulatório .....	189
Tabela 8.14. Sumário dos índices de eficiência de preço do internamento.....	189
Tabela 8.15. Os 5 hospitais eficientes (mais frequentes) e a respectiva frequência de referência .....	190
Tabela 8.16. Sumário dos dados do CHLC' (internamento).....	191
Tabela 8.17. Sumário dos dados da projecção do CHLC' (internamento) .....	191
Tabela 8.18. Sumário dos dados do CHLC'' (internamento).....	191
Tabela 8.19. Sumário dos índices de eficiência de preço do ambulatório .....	192
Tabela 8.20. Hospitais eficientes e a respectiva frequência de referência para hospitais ineficientes ..	193
Tabela 8.21. Sumário dos índices de eficiência de custo do internamento .....	194
Tabela 8.22. Sumário dos hospitais eficientes e a respectiva frequência de referência .....	194
Tabela 8.23. Sumário dos dados do CHLC' (internamento).....	195
Tabela 8.24. Sumário dos dados da projecção do CHLC' .....	196
Tabela 8.25. Sumário dos dados do CHLC''' .....	196
Tabela 8.26. Sumário dos índices de eficiência de custo do ambulatório.....	196
Tabela 8.27. Hospitais eficientes e a respectiva frequência de referência .....	197
Tabela 8.28. Resumo das ineficiências ao nível nacional para o internamento .....	198



## Análise e Avaliação do Sistema de Pagamentos e de Formação dos Preços Pagos aos Hospitais do Serviço Nacional de Saúde

---

Tabela 8.29. Decomposição do custo total actual do CHLC (internamento).....	200
Tabela 8.30. Resumo das ineficiências ao nível nacional para o ambulatório .....	202
Tabela 8.31. Resumo das ineficiências ao nível nacional para o internamento .....	204
Tabela 8.32. Resumo das ineficiências ao nível nacional para o ambulatório .....	207
Tabela 8.33. Correlação de Spearman (valor-p) com o índice de eficiência .....	210
Tabela 9.1. Agrupamento de actividades sem financiamento nos hospitais do SNS .....	214
Tabela 9.2. Descrição das actividades sem financiamento nos hospitais do SNS .....	215
Tabela 9.3. Valorização das actividades sem financiamento nos hospitais do SNS .....	216
Tabela 9.4. Custos totais e com produtos farmacêuticos segundo a Base de Dados de Elementos Analíticos (2008).....	218

## Índice de figuras

Figura 4.1. Histogramas e estimativas da fdp para uma amostra gerada segundo uma $N(0,1)$ e $\text{lognormal}(0,1)$ .....	49
Figura 4.2. Número de episódios com tempo de internamento maior ou igual que o limiar máximo publicado na Portaria 839-A/2009 de 31 de Julho de 2009 para a base de 2009 e na Portaria 110-A/2007 de 23 de Janeiro para os anos anteriores.....	51
Figura 4.3. Número de episódios com tempo de internamento menor ou igual que o limiar inferior publicado na Portaria 839-A/2009 de 31 de Julho de 2009 para a base de 2009 e na Portaria 110-A/2007 de 23 de Janeiro para os anos anteriores.....	52
Figura 4.4. Tempo de internamento e estimativa da densidade usando um kernel Gaussiano para os GDH 818 (linha superior) e 541 (linha inferior). A legenda apresenta os limites encontrados na Portaria 839-A/2009.....	57
Figura 4.5. Tempo de internamento e estimativa da densidade usando um kernel Gaussiano para os GDH 209 (linha superior) e 127 (linha inferior). A legenda apresenta os limites encontrados na Portaria 839-A/2009.....	58
Figura 4.6. Tempo de internamento e estimativa da densidade usando um kernel Gaussiano para os GDH 483 (linha superior) e 430 (linha inferior) . A legenda apresenta os limites encontrados na Portaria 839-A/2009.....	59
Figura 4.7. Tempo de internamento e estimativa da densidade usando um kernel Gaussiano para os GDH 373 (linha superior) e 585 (linha inferior). A legenda apresenta os limites encontrados na Portaria 839-A/2009.....	60
Figura 4.8. Tempo de internamento e estimativa da densidade usando um kernel Gaussiano para os GDH 557 (linha superior) e 371 (linha inferior). A legenda apresenta os limites encontrados na Portaria 839-A/2009.....	61
Figura 4.9. Tempo de internamento e estimativa da densidade usando um kernel Gaussiano para os GDH 14 (linha superior) e 457 (linha inferior) . A legenda apresenta os limites encontrados na Portaria 839-A/2009.....	62
Figura 4.10. Tempo de internamento e estimativa da densidade usando um kernel Gaussiano para os GDH 89 (linha superior) e 558 (linha inferior). A legenda apresenta os limites encontrados na Portaria 839-A/2009.....	63
Figura 4.11. Tempo de internamento e estimativa da densidade usando um kernel Gaussiano para os GDH 372 (linha superior) e 211 (linha inferior). A legenda apresenta os limites encontrados na Portaria 839-A/2009.....	64
Figura 4.12. Tempo de internamento e estimativa da densidade usando um kernel Gaussiano para os GDH 544 (linha superior) e 105 (linha inferior). A legenda apresenta os limites encontrados na Portaria 839-A/2009.....	65
Figura 4.13. Tempo de internamento e estimativa da densidade usando um kernel Gaussiano para os GDH 219 (linha superior) e 576 (linha inferior) . A legenda apresenta os limites encontrados na Portaria 839-A/2009.....	66
Figura 4.14. Tempo de internamento e estimativa da densidade usando um kernel Gaussiano para os GDH 480 (linha superior) e 359 (linha inferior). A legenda apresenta os limites encontrados na Portaria 839-A/2009.....	67
Figura 4.15. Tempo de internamento e estimativa da densidade usando um kernel Gaussiano para os GDH 116 (linha superior) e 549 (linha inferior) . A legenda apresenta os limites encontrados na Portaria 839-A/2009.....	68
Figura 4.16. Tempo de internamento e estimativa da densidade usando um kernel Gaussiano para os GDH 851. A legenda apresenta os limites encontrados na Portaria 839-A/2009.....	69

Figura 4.17. Histograma e ajustamento dos dados relativos aos GDH 818 e 541 à distribuição lognormal .....	71
Figura 4.18. Histograma e ajustamento dos dados relativos aos GDH 209 e 127 à distribuição lognormal .....	71
Figura 4.19. Histograma e ajustamento dos dados relativos aos GDH 483 e 430 à distribuição lognormal .....	72
Figura 4.20. Histograma e ajustamento dos dados relativos aos GDH 373 e 585 à distribuição lognormal .....	72
Figura 4.21. Histograma e ajustamento dos dados relativos aos GDH 557 e 371 à distribuição lognormal .....	73
Figura 4.22. Histograma e ajustamento dos dados relativos aos GDH 14 e 475 à distribuição lognormal .....	73
Figura 4.23. Histograma e ajustamento dos dados relativos aos GDH 89 e 558 à distribuição lognormal .....	74
Figura 4.24. Histograma e ajustamento dos dados relativos aos GDH 372 e 211 à distribuição lognormal .....	74
Figura 4.25. Histograma e ajustamento dos dados relativos aos GDH 544 e 105 à distribuição lognormal .....	75
Figura 4.26. Histograma e ajustamento dos dados relativos aos GDH 219 e 576 à distribuição lognormal .....	75
Figura 4.27. Histograma e ajustamento dos dados relativos aos GDH 480 e 359 à distribuição lognormal .....	76
Figura 4.28. Histograma e ajustamento dos dados relativos aos GDH 116 e 549 à distribuição lognormal .....	76
Figura 4.29. Histograma e ajustamento dos dados relativos ao GDH 851 à distribuição lognormal .....	77
Figura 4.30. QQ-plot do ajustamento dos dados relativos ao GDH 818 e 541 à distribuição lognormal ...	77
Figura 4.31. QQ-plot do ajustamento dos dados relativos ao GDH 209 e 127 à distribuição lognormal ...	78
Figura 4.32. QQ-plot do ajustamento dos dados relativos ao GDH 483 e 430 à distribuição lognormal ...	78
Figura 4.33. QQ-plot do ajustamento dos dados relativos ao GDH 373 e 585 à distribuição lognormal ...	78
Figura 4.34. QQ-plot do ajustamento dos dados relativos ao GDH 557 e 371 à distribuição lognormal ...	79
Figura 4.35. QQ-plot do ajustamento dos dados relativos ao GDH 14 e 475 à distribuição lognormal .....	79
Figura 4.36. QQ-plot do ajustamento dos dados relativos ao GDH 89 e 558 à distribuição lognormal .....	79
Figura 4.37. QQ-plot do ajustamento dos dados relativos ao GDH 372 e 211 à distribuição lognormal ...	80
Figura 4.38. QQ-plot do ajustamento dos dados relativos ao GDH 544 e 105 à distribuição lognormal ...	80
Figura 4.39. QQ-plot do ajustamento dos dados relativos ao GDH 219 e 576 à distribuição lognormal ...	80
Figura 4.40. QQ-plot do ajustamento dos dados relativos ao GDH 480 e 359 à distribuição lognormal ...	81
Figura 4.41. QQ-plot do ajustamento dos dados relativos ao GDH 116 e 549 à distribuição lognormal ...	81
Figura 4.42. QQ-plot do ajustamento dos dados relativos ao GDH 851 à distribuição lognormal .....	81
Figura 4.43. Histograma e ajustamento dos dados relativos ao GDH 851 a um modelo de mistura lognormal .....	83
Figura 4.44. Histograma e ajustamento dos dados relativos ao GDH 541 a um modelo de mistura lognormal .....	83
Figura 4.45. Histograma e ajustamento dos dados relativos ao GDH 209 a um modelo de mistura lognormal .....	84
Figura 4.46. Histograma e ajustamento dos dados relativos ao GDH 127 a um modelo de mistura lognormal .....	84
Figura 4.47. Histograma e ajustamento dos dados relativos ao GDH 483 a um modelo de mistura lognormal .....	85
Figura 4.48. Histograma e ajustamento dos dados relativos ao GDH 430 a um modelo de mistura lognormal .....	85

Figura 4.49. Histograma e ajustamento dos dados relativos ao GDH 585 a um modelo de mistura lognormal .....	86
Figura 4.50. Histograma e ajustamento dos dados relativos ao GDH 557 a um modelo de mistura lognormal .....	86
Figura 4.51. Histograma e ajustamento dos dados relativos ao GDH 371 a um modelo de mistura lognormal .....	87
Figura 4.52. Histograma e ajustamento dos dados relativos ao GDH 14 a um modelo de mistura lognormal .....	87
Figura 4.53. Histograma e ajustamento dos dados relativos ao GDH 475 a um modelo de mistura lognormal .....	88
Figura 4.54. Histograma e ajustamento dos dados relativos ao GDH 89 a um modelo de mistura lognormal .....	88
Figura 4.55. Histograma e ajustamento dos dados relativos ao GDH 558 a um modelo de mistura lognormal .....	89
Figura 4.56. Histograma e ajustamento dos dados relativos ao GDH 372 a um modelo de mistura lognormal .....	89
Figura 4.57. Histograma e ajustamento dos dados relativos ao GDH 211 a um modelo de mistura lognormal .....	90
Figura 4.58. Histograma e ajustamento dos dados relativos ao GDH 544 a um modelo de mistura lognormal .....	90
Figura 4.59. Histograma e ajustamento dos dados relativos ao GDH 105 a um modelo de mistura lognormal .....	91
Figura 4.60. Histograma e ajustamento dos dados relativos ao GDH 219 a um modelo de mistura lognormal .....	91
Figura 4.61. Histograma e ajustamento dos dados relativos ao GDH 576 a um modelo de mistura lognormal .....	92
Figura 4.62. Histograma e ajustamento dos dados relativos ao GDH 480 a um modelo de mistura lognormal .....	92
Figura 4.63. Histograma e ajustamento dos dados relativos ao GDH 116 a um modelo de mistura lognormal .....	93
Figura 4.64. Histograma e ajustamento dos dados relativos ao GDH 549 a um modelo de mistura lognormal .....	93
Figura 5.1. Dispersão do índice de fiabilidade sobre a informação produzida pela contabilidade analítica dos hospitais do SNS.....	110
Figura 6.1. Hospitais seleccionados para comparação preços fixados com custos verificados .....	128
Figura 6.2. Peso relativo GDH vs. Diferença relativa por GDH de internamento no Hospital de Aveiro, por número de doentes equivalentes.....	138
Figura 6.3. Relação do custo verificado versus o preço fixado para os GDH observados por quadrante e por número de doentes equivalentes. Episódios de internamento do Hospital de Aveiro .....	139
Figura 6.4. Peso relativo vs. Diferença relativa por GDH de internamento no Hospital de Faro, por número de doentes equivalentes.....	140
Figura 6.5. Relação do custo verificado versus o preço fixado para os GDH observados por quadrante e por número de doentes equivalentes. Episódios de internamento do Hospital de Faro .....	141
Figura 6.6. Peso relativo vs. Diferença relativa por GDH de internamento no Hospital de Sto. António, por número de doentes equivalentes .....	142
Figura 6.7. Relação do custo verificado versus o preço fixado para os GDH observados por quadrante e por número de doentes equivalentes. Episódios de internamento do Hospital de Sto. António.....	143
Figura 6.8. Peso relativo vs. Diferença relativa por GDH de internamento no Hospital de Sta. Marta, por número de doentes equivalentes.....	144

Figura 6.9. Relação do custo verificado versus o preço fixado para os GDH observados por quadrante e por número de doentes equivalentes. Episódios de internamento do Hospital de Sta. Marta.....	145
Figura 6.10. Comparação entre Hospitais da relação Custo/Preço dos 25 GDH com custo total mais elevado .....	146
Figura 7.1. Histogramas da duração dos internamentos antes e depois da eliminação dos <i>outliers</i> através do Método do Inter-Quartil.....	155
Figura 7.2. Representação dos pares de valores de $R^2$ obtidos segundo os dois agrupadores para as 25 GCD.....	160
Figura 7.3. <i>Boxplot</i> dos valores de $R^2$ obtidos para as 25 GCD considerando-se os agrupadores HCFA 16.0 e AP-DRG 18.0 .....	161
Figura 7.4. <i>Boxplot</i> das diferenças dos valores de $R^2$ obtidos para as 25 GCD considerando-se os agrupadores HCFA 16.0 e AP-DRG 18.0.....	162
Figura 7.5. Gráficos Q-Q para os valores de $R^2$ e segundo cada agrupador e para as diferenças dos valores de $R^2$ .....	162
Figura 8.1. Exemplo: Eficiência técnica de hospitais – Fronteira de eficiência técnica .....	170
Figura 8.2. Exemplo: Eficiência técnica de hospitais – Projecções iniciais .....	171
Figura 8.3. Exemplo: Eficiência técnica de hospitais – Retirar <i>slacks</i> .....	172
Figura 8.4. Exemplo: Eficiência de preço de hospitais – Fronteira de eficiência de preço .....	174
Figura 8.5. Exemplo: Eficiência de preço de hospitais - Projecções .....	175
Figura 8.6. Exemplo: Eficiência de custo de hospitais – Isocustos .....	176
Figura 8.7. Índices de eficiência técnica (CRS) do internamento por instituição hospitalar .....	184
Figura 8.8. Índices de eficiência técnica (VRS) do internamento por instituição hospitalar .....	185
Figura 8.9. Índices de eficiência técnica (VRS) do ambulatório por instituição hospitalar.....	187
Figura 8.10. Índices de eficiência de preço (VRS) do internamento por instituição hospitalar.....	190
Figura 8.11. Índices de eficiência de preço (VRS) do ambulatório por instituição hospitalar .....	193
Figura 8.12. Índices de eficiência de custo (VRS) do internamento por instituição hospitalar .....	195
Figura 8.13. Índices de eficiência de custo (VRS) do ambulatório por instituição hospitalar .....	198
Figura 8.14. Decomposição do custo do internamento, identificando perdas devido a ineficiências (valores absolutos) .....	199
Figura 8.15. Decomposição do custo do internamento, identificando perdas devido a ineficiências (valores relativos) .....	200
Figura 8.16. Decomposição do custo do ambulatório, identificando perdas devido a ineficiências (valores absolutos) .....	201
Figura 8.17. Decomposição do custo do ambulatório, identificando perdas devido a ineficiências (valores relativos).....	202
Figura 8.18. Decomposição do custo total (valores absolutos): ambulatório vs. Internamento .....	203
Figura 8.19. Decomposição do custo total (valores relativos): ambulatório vs. internamento .....	204
Figura 8.20. Decomposição do custo do internamento, identificando perdas devido a ineficiências (valores absolutos) .....	205
Figura 8.21. Decomposição do custo do internamento, identificando perdas devido a ineficiências (valores relativos) .....	206
Figura 8.22. Decomposição do custo total actual do ambulatório, identificando perdas devido a ineficiências (valores absolutos).....	207
Figura 8.23. Decomposição do custo do ambulatório, identificando perdas devido a ineficiências (valores relativos).....	208
Figura 8.24. Decomposição do custo total (valores absolutos): ambulatório vs. internamento .....	209
Figura 8.25. Decomposição do custo total (valores relativos): ambulatório vs. internamento .....	209
Figura 8.26. Índice de eficiência económica: amostra global vs amostra restrita.....	211

Análise e Avaliação do Sistema de Pagamentos e de Formação dos Preços Pagos aos Hospitais do Serviço Nacional de Saúde

Sigla/ Abreviatura	Descrição
ABC	<i>Activity Based Costing</i>
ACSS	Administração Central do Sistema de Saúde
AIC	Critério de informação de Akaike
ASF	Actividades sem financiamento
BD	Base de dados
BDEA	Base de Dados de Elementos Analíticos
C.C.	Centro de Custo
CC	com complicações
CD	Custos Directos
CI	Custos Indirectos
CID-9-MC	Classificação Internacional de Doenças, 9ª Revisão, Modificação Clínica
CP	Contrato-Programa
CRS	Retornos constantes de escala
CT	Custo total
DE	Doentes equivalentes
DEA	<i>Data Envelopment Analysis (Análise Envolvória de Dados)</i>
DP	Desvio padrão
DR	Diário da República
ELA	Esclerose lateral amiotrófica
EM	Algoritmo <i>Expectation Maximization</i>
EPE	Entidade Pública Empresarial
EUA	Estados Unidos da América
fdp	Função de densidade de probabilidade
GCD	Grande Categoria de Diagnóstico
GDH	Grupos de diagnóstico Homogéneo
HD	Hospital de Dia
HSCRC	The <u>H</u> ea <u>l</u> th <u>S</u> er <u>v</u> ic <u>e</u> s <u>C</u> o <u>s</u> t <u>R</u> e <u>v</u> ie <u>w</u> <u>C</u> o <u>m</u> mi <u>s</u> s <u>i</u> o <u>n</u>
ICM	Índice de Case-Mix
INEM	Serviço do Instituto Nacional de Emergência Médica
INQ	Método do intervalo interquartil
IPO	Instituto Português de Oncologia
LCD	Limiar de curta duração
LI	Limiar inferior
LLD	Limiar de longa duração
LS	Limiar superior
MCDT	Meios Complementares de Diagnóstico e Tratamento
MEE	Método de Eliminação de Extremos
MIQ	Método do Interquartil
OTH	“Occupational Therapy” (terapia ocupacional)
PCAH	Plano de Contabilidade Analítica dos Hospitais
PR	Peso relativo de um GDH
PU	Preços unitários

Análise e Avaliação do Sistema de Pagamentos e de Formação dos Preços Pagos aos Hospitais do Serviço Nacional de Saúde

---

<b>Sigla/ Abreviatura</b>	<b>Descrição</b>
RAQ	Método do intervalo de Richard Averill
SCAH	Sistema de Custeio por Actividade Hospitalar
SNS	Serviço Nacional de Saúde
STD	Método do desvio padrão
TC	Tribunal de Contas
ULS	Unidade Local de Saúde
VMER	Viatura Médica de Emergência e Reanimação
VRS	Retornos variáveis de escala



## Preambulo

O presente relatório diz respeito à consultoria externa contratada pelo Tribunal de Contas (TC) para, de forma independente, assessorar a equipa de auditores do TC na “**Análise e Avaliação do Sistema de Pagamentos e de Formação de Preços Pagos aos Hospitais do Serviço Nacional de Saúde**”. Os objectivos definidos pelo TC enquadram-se nas seguintes rubricas:

1. Avaliar a metodologia subjacente à fixação dos preços, nomeadamente a sua sustentação em princípios de eficiência económica:
  - 1.1. Avaliar a adequação dos pesos de cada componente de custos;
  - 1.2. Analisar a adequação dos pressupostos utilizados na fixação dos limiares de demora média de cada GDH;
2. Analisar os dados subjacentes à metodologia utilizada, avaliando se estes são representativos dos custos associados à produção de cuidados hospitalares (Internamento, Ambulatório, Consultas, Urgência e Hospital de Dia):
  - 2.1. Analisar se as metodologias de custeio utilizadas garantem a fiabilidade da informação produzida pela Contabilidade Analítica
  - 2.2. Avaliar se os sistemas de custeio utilizados são comparáveis entre diferentes unidades hospitalares
  - 2.3. Avaliar se as metodologias de custeio utilizadas são suficientes para o apuramento dos custos por GDH
3. Comparar os preços fixados com os custos verificados nos hospitais seleccionados.
4. Analisar e avaliar a informação que suportou a escolha do agrupador utilizado em Portugal.
5. Aferição dos preços praticados com os preços de eficiência económica (*shadow prices*) calculados de forma a garantir a afectação tão eficiente quanto possível de recursos face à inexistência de mercado.
6. Avaliar se os valores pagos às unidades hospitalares, no âmbito do contrato-programa, abrangem toda a actividade:
  - 6.1. Averiguar da existência de actividades hospitalares não financiadas;
  - 6.2. Em caso afirmativo, análise dos pressupostos que justificam o seu não financiamento.

Os capítulos temáticos do presente relatório correspondem em número e qualidade aos objectivos do TC. A informação reportada em cada capítulo engloba um quadro resumo com as principais conclusões e recomendações da equipa de consultores externos. São descritas as metodologias empregues e identificadas as fontes de informação que serviram de base à análise quantitativa. Os resultados e sua interpretação, bem como considerações de ordem vária, conclusões e sugestões são apresentados individualmente e por objectivo.

Este projecto de auditoria iniciou-se com um conjunto de deslocações às seguintes entidades: Unidade Operacional de Financiamento e Contratualização (ACSS), Unidade Operacional de Gestão Financeira (ACSS), Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo. Posteriormente foram realizadas visitas de trabalho a 8 hospitais previamente seleccionados pelo TC: Centro Hospitalar Lisboa Central, EPE; Centro Hospitalar do Porto, EPE; Hospital Infante D. Pedro, EPE (Aveiro); Hospital de Santo André, EPE (Leiria); Centro Hospitalar do Barreiro/Montijo, EPE; Hospital de Faro, EPE; IPO de Lisboa, EPE; Hospital Distrital da Figueira

da Foz, EPE. As informações recolhidas até então orientaram a realização de um inquérito a todos os hospitais do SNS, para recolha de informação complementar e imprescindível ao cumprimento de alguns dos objectivos da auditoria.

A equipa de consultores externos gostaria de manifestar o seu agradecimento aos elementos de todas as instituições visitadas, pela cordialidade e empenho manifestados no esclarecimento das questões e duvidas suscitadas, bem como pela cedência da informação necessária ao desenvolvimento do plano analítico da auditoria.

## 1 Sumário Executivo

O presente capítulo sintetiza as principais evidências, interpretações, conclusões e recomendações decorrentes dos trabalhos de consultoria externa sobre a “Análise e Avaliação do Sistema de Pagamentos e de Formação de Preços Pagos aos Hospitais do Serviço Nacional de Saúde” dos consultores externos. A leitura do sumário executivo não dispensa a consulta das diversas análises e dos resultados detalhados que a sustentam, sob pena de representar uma visão menos abrangente e aprofundada das diversas áreas focadas no presente relatório.

A informação proveniente da contabilidade analítica dos hospitais (BDEA) assume-se como uma das fontes de informação mais importantes na determinação dos preços unitários do contrato programa, incluindo a classificação dos hospitais em grupos de financiamento, e das tabelas de preços do SNS, as últimas fundamentais na determinação do índice de case-mix. Face a esta importância é indispensável indagar sobre a fiabilidade da informação produzida pela BDEA, a comparabilidade entre diferentes unidades hospitalares e a suficiência da BDEA para o apuramento dos custos por GDH. Considerando que os procedimentos de contabilidade analítica nos hospitais garantem a fiabilidade da informação, se forem realizados de acordo com o Plano de Contabilidade Analítica dos Hospitais (PCAH), e que se afastam dessa fiabilidade se os procedimentos alternativos forem menos robustos que os do PCAH, então é possível demonstrar, através da análise das respostas dos hospitais a um conjunto de questões relacionadas com a imputação de custos directos e indirectos, que a informação gerada pela contabilidade analítica não é globalmente fiável, sendo seu índice de fiabilidade global 0,76 [min=0; max=1]. Note-se que nenhum dos hospitais participantes no inquérito (n=59) declarou adoptar integralmente o PCAH do Ministério da Saúde. A verificação da comparabilidade através da análise do coeficiente de concordância nas respostas inter-hospital (Kappa) e o coeficiente consistência sobre essas respostas (alfa de Cronbach) revelou que a heterogeneidade descrita na aplicação de critérios da contabilidade analítica compromete a comparabilidade entre unidades hospitalares e limita a comparação de resultados de eficiência.

Evidencia-se também que a informação produzida pela contabilidade analítica da grande maioria dos hospitais do SNS (>80%) não é suficiente para apurar os custos por GDH, porque não está organizada para o efeito, nem permite a imputação de custos ao acto clínico ou ao doente em particular. Este é o principal factor que condiciona a metodologia de apuramento de custos por GDH, utilizada pela ACSS para elaborar as tabelas de preços do SNS. Esta metodologia incluiu a transposição para a realidade Portuguesa da relação de custos de produção dos GDH no estado de Maryland (EUA). A análise detalhada da documentação que suporta a metodologia de apuramento dos custos por GDH revelou ser esta insuficiente e frequentemente pouco clara, podendo resultar em arbitrariedade e erros de interpretação, entre os diferentes utilizadores do programa/software usado pela ACSS, sem garantias de homogeneidade de procedimentos, ao longo do tempo, independentemente dos analistas responsáveis pelos cálculos. A análise pormenorizada das diferentes rubricas que compõem os custos nos dois países revelou que poderá existir falta de correspondência entre os custos relativos a algumas rubricas da designada Matriz de Maryland e a fonte de informação utilizada pela ACSS para calcular os preços unitários das tabelas de preços do SNS.

Por exemplo, o pagamento aos médicos nos EUA está separado do custo das restantes actividades hospitalares. Como em Portugal o custo com médicos está incluído no valor global dos cuidados de saúde, o modo de cálculo do custo médio por doente equivalente difere para Portugal. Na actual fórmula de cálculo utilizada pela ACSS, a determinação do custo médio por doente equivalente considera um valor 1,5 a 2 vezes superior para rubrica dos custos com médicos face ao valor original. Este facto tem como consequência um aumento artificial do custo médio por GDH.

Os limiares de excepção para o tempo de internamento são determinantes para determinar o número de doentes equivalentes associados à produção de um hospital. Como o número de doentes equivalentes influencia o valor do ICM e por conseguinte, também influencia por esta via, o valor do financiamento das actividades com GDH. Na globalidade, os pressupostos utilizados na fixação dos limiares de excepção do tempo de internamento estão mal fundamentados e enviesam a verdadeira distribuição da duração real do internamento. Os pressupostos sobre o tipo de distribuição utilizados pela ACSS no cálculo dos limiares de excepção têm uma influência imprevisível no nº de doentes equivalentes, não sendo possível antever o seu efeito no financiamento. A possibilidade de ajustamento de mistura de distribuições para a maioria dos 25 GDH mais representativos do financiamento hospitalar revela a existência de subpopulações, logo heterogeneidade excessiva na duração do internamento destes GDH. Estes factos sugerem a necessidade de alteração do método de cálculo dos limiares de excepção, em simultâneo com a alteração da lógica do financiamento homogéneo em GDH com duração de internamento heterogénea.

No que diz respeito à avaliação da eficiência económica dos hospitais verificou-se elevada heterogeneidade nos dados e indicadores de resultados, de produção, de recursos e de custos. A comparação com outras fontes de informação do Ministério da Saúde revelou discrepâncias nos elementos estatísticos de alguns hospitais. Estas limitações devem ser consideradas na interpretação dos resultados na análise de eficiência, dado que a metodologia utilizada se baseia na comparação relativa entre os indicadores de eficiência dos diferentes hospitais.

Globalmente, há mais instituições consideradas eficientes no ambulatório do que no internamento. Contudo, as ineficiências no ambulatório são mais expressivas do que no internamento. Para as instituições com um índice de eficiência económica global relativamente elevado, verifica-se essencialmente ineficiência na afectação. Para as outras instituições, a maior parte da ineficiência corresponde a ineficiência técnica, ou seja, excesso de utilização de recursos, quer humanos, quer tecnológicos. A ineficiência ao nível do preço unitário dos recursos não apresenta um padrão definido, no entanto nos hospitais em que está mais presente a ineficiência ao nível do preço unitário substitui-se à ineficiência técnica.

A comparação entre os preços fixados e os Custos verificados por GDH está limitada aos hospitais com contabilidade por Sistema de Custeio por Actividade Hospitalar (SCAH). Os dados disponíveis a partir do SCAH dizem respeito aos anos de 2006 e 2007. O grupo de hospitais com SACH é reduzido e não representativo do universo dos hospitais do SNS.

Na comparação, por Hospital e linha de produção, dos custos de produção e o valor da facturação, verificou-se que à excepção do Hospital de Santa Marta, os GDH de ambulatório

são a única linha de produção com custos de produção inferiores ao valor total facturado nos 6 hospitais seleccionados. O Hospital de Faro foi único dos hospitais seleccionados que para além dos GDH de ambulatório apresenta uma diferença positiva entre o valor facturado e o custo de produção para as linhas de produção consulta externa e visitas domiciliárias.

Na comparação entre preços e custos, por GDH de internamento, verificou-se que, nos hospitais seleccionados, a maioria dos GDH apresentava custos excessivos face aos preços pagos. Nos hospitais de Aveiro e Faro esta percentagem de GDH varia entre os 65% e os 70% e nos hospitais de Santo António e Santa Marta é superior a 85%.

Nos Hospitais de Aveiro e Faro os GDH com sobrecusto são os de menor peso relativo (menor preço fixado). Nos hospitais de Santo António e Santa Marta o excesso de custos para além de abranger um número maior de GDH incluiu também aqueles de maior peso relativo (maior preço fixado).

Os resultados da avaliação à eficiência económica global dos hospitais do SNS e a comparação entre os preços fixados e os custos verificados, em hospitais seleccionados, conduzem a conclusões aparentemente divergentes. Por um lado, a comparação entre os preços fixados e os custos verificados, através do sistema de custeio por actividade (2006-2007), revela que os custos são superiores ao valor do financiamento para a maioria das linhas de produção, neste grupo restrito de hospitais. Os elementos da contabilidade analítica do ano de 2008 confirmam que os custos totais superam o valor total do financiamento, na esmagadora maioria dos hospitais do SNS. Por outro lado, a análise relativa à desagregação da eficiência económica nas suas componentes principais, demonstrou ineficiências importantes nos custos incorridos pelos hospitais, quer na actividade do ambulatório quer na do internamento. Considerando que parte substancial das ineficiências encontradas são relativas a excesso de utilização de recursos (ineficiência técnica), então com ganhos de eficiência técnica seria eventualmente possível diminuir o custo total nos hospitais mais ineficientes.

A maioria dos hospitais do Serviço Nacional de Saúde (dois terços) revelou realizar actividades para as quais não tem fonte própria de financiamento. A maioria dos hospitais identifica com clareza as suas actividades sem financiamento, contudo reporta dificuldades na mensuração do seu valor económico. Os medicamentos de cedência hospitalar em ambulatório, as consultas não médicas (por exemplo consultas de psicologia, de nutrição ou de enfermagem), o funcionamento das viaturas médicas de emergência e reanimação e a fisioterapia estão entre as actividades sem financiamento mais realizadas pelos hospitais. Com o modelo actual apenas os medicamentos de cedência hospitalar em ambulatório e a terapêutica anti-retroviral cedida aos novos doentes VIH/SIDA têm fonte de financiamento própria. Estes medicamentos representam cerca de 9,5% dos custos totais com medicamentos nos hospitais do SNS. Os restantes medicamentos utilizados nos hospitais são financiados através das linhas de produção relacionadas com a actividade do internamento ou do ambulatório. Segundo os dados da BDEA é evidente que os custos com produtos farmacêuticos estão muito concentrados nas actividades do hospital de dia (265 325 288€, 77,9%) e consulta externa (267 802 804€, 46,2%). Em conjunto estas duas rubricas abrangem 69,9% dos custos com produtos farmacêuticos (2008). Considerando que os elementos sobre o hospital de dia da BDEA incluem os custos dos GDH médicos de ambulatório, então os medicamentos utilizados nestas

três rubricas estão no presente a ser financiados pela actividade (produção) e não especificamente pelos custos envolvidos, quer na utilização quer na aquisição dos medicamentos. Adicionalmente, o preço fixado para o financiamento dos GDH médicos de ambulatório é maioritariamente baseado nos preços dos GDH de internamentos, nos quais o peso dos medicamentos é muito inferior.

Este modo de financiar os medicamentos das actividades de ambulatório é contraproducente uma vez que obriga à facturação de actividades potencialmente irrelevantes, apenas para garantir o financiamento da maior componente do custo, os medicamentos. Assim, as estatísticas da actividade das consultas externas, GDH médicos de ambulatório e sessões de hospital de dia podem estar fortemente enviesadas por este mecanismo. Os incentivos à ineficiência parecem óbvios e particularmente preocupantes pela desmultiplicação de consultas e sessões de tratamentos, prejudicando as opções terapêuticas mais eficientes na gestão dos recursos não farmacológicos. Senão, atente-se ao seguinte exemplo paradigmático. A substituição de um medicamento de administração endovenosa por um medicamento de toma oral consubstancia, na esmagadora maioria dos casos, uma perda de financiamento para o hospital, porque implica uma diminuição das actividades financiadas (por exemplo sessões de hospital de dia), quando na realidade seria desejável que o volume destas actividades diminuísse. Outro facto preocupante é o de que na impossibilidade de aumento da produção nestas linhas se gere um incentivo para a contenção de custos com os medicamentos, independentemente da sua mais valia terapêutica ou eficiência económica.

Assim sendo, o modelo de financiamento dos medicamentos de cedência hospitalar em ambulatório e dos medicamentos incluídos nos GDH de ambulatório carece de uma revisão, por forma a encontrar financiamento mais adequado, sem prejuízo do acesso à terapêutica farmacológica mais adequada.

Quadro resumo das principais conclusões e recomendações do estudo sobre a análise e Avaliação do sistema de pagamentos e de formação de preços pagos aos hospitais do Serviço Nacional de Saúde.

Objectivos específicos	Conclusões	Recomendações
Metodologia de apuramento dos custos por GDH para efeito da elaboração das tabelas de preços do SNS	Na impossibilidade da maioria dos hospitais conseguir gerar um custo por GDH e dado que o sistema de custeio por actividade ainda não se encontra implementado nos hospitais, a utilização da metodologia descrita poderá ser uma alternativa aceitável no apuramento dos custos por GDH. No entanto, existem problemas na sua utilização, do qual o principal é a transposição dos custos unitários na Matriz de Maryland na mesma razão e proporção para Portugal.	O Ministério da Saúde deve investir na criação de um sistema que permita o apuramento dos custos por GDH em todos os hospitais do SNS. Idealmente este sistema deve ser baseado no apuramento dos custos por doente.
	A documentação que suporta a metodologia de apuramento dos custos por GDH é insuficiente e frequentemente pouco clara, podendo resultar em arbitrariedade e erros de interpretação, entre os diferentes utilizadores do programa informático que implementa a metodologia utilizada pela ACSS.	Recomenda-se a elaboração de documentação de suporte mais completa relativa à metodologia de apuramento dos custos por GDH. Só deste modo poderá ser garantida a homogeneidade de procedimentos, bem como a continuidade dessa homogeneidade, ao longo do tempo, independentemente dos analistas responsáveis pelos cálculos.
	Poderá existir falta de correspondência entre os custos relativos a algumas rubricas da designada Matriz de Maryland e a fonte de informação utilizada pela ACSS para calcular os preços unitários das tabelas de preços do SNS.	Deve ser realizada uma avaliação sobre se os procedimentos/custos reais associados aos episódios de internamento prolongado se distribuem, efectivamente, de acordo com a forma proporcional utilizada no cálculo. No caso de tal acontecer, deverá ser encontrada uma forma mais equilibrada de calcular o custo total do internamento.
	Na actual fórmula de cálculo, a determinação do custo médio por doente equivalente considera um valor 1,5 a 2 vezes superior para rubrica dos custos com médicos face ao valor original. Este facto tem como consequência um aumento artificial do custo médio por GDH.	Recomenda-se a introdução de coeficientes de ponderação entre custos ancilares e custos diários, no cálculo do custo médio por GDH com a rubrica médicos, de forma a evitar a duplicação dos custos reais de esta rubrica.
Pressupostos utilizados na fixação dos limiares de demora média de cada GDH	Na globalidade, a metodologia utilizada na fixação dos limiares de excepção do tempo de internamento está insuficientemente fundamentada e enviesa a verdadeira distribuição da duração do internamento.	A truncatura dos dados à esquerda e à direita deve ser evitada porque enviesa os resultados do cálculo dos limites.
	Não considerar a ocorrência de internamentos de duração mais elevada pode resultar num financiamento inadequado por defeito para este tipo de internamentos.	O método desenvolvido por Richard Averil e utilizado pela ACSS no cálculo dos limiares de excepção do internamento não apresenta nenhum fundamento estatístico pelo que deve ser evitado.
	A possibilidade de ajustamento de mistura de distribuições para a maioria dos 25 GDH mais representativos revela eventual necessidade de alteração da classificação actual destes GDH.	O ministério da Saúde deve estudar e decidir sobre as seguintes alternativas de melhor corresponder o financiamento aos tempos e custos do internamento: Mistura finitas de distribuições para fixação dos limiares de excepção; aplicar gradientes de complexidade ou gravidade intra GDH; aumentar o nº de GDH existentes na actualidade.
A Contabilidade dos Hospitais: fiabilidade da informação produzida; comparabilidade entre diferentes	A informação gerada pela contabilidade analítica não é globalmente fiável. Nenhum hospital declarou adoptar integralmente o PCAH do Ministério da Saúde.	Considerando que a contabilidade analítica dos hospitais é a fonte de informação para o seu financiamento, deverão ser implementados sistemas que permitam conhecer o custo individual de cada doente, e o custo de produção por GDH.



<p>unidades hospitalares; suficiência para o apuramento dos custos por GDH.</p>	<p>A heterogeneidade verificada na aplicação de critérios da contabilidade analítica compromete a comparabilidade entre unidades hospitalares e limita a comparação de resultados de eficiência.</p> <p>A informação produzida pela contabilidade analítica da grande maioria dos hospitais do SNS (&gt;80%) não é suficiente para apurar os custos por GDH.</p>	<p>Para melhorar a fiabilidade e comparabilidade dos elementos da contabilidade analítica actual, deve ser garantido o cumprimento do PCAH.</p> <p>A criação de um sistema que permita o apuramento dos custos por GDH em todos os hospitais do SNS deverá inter-relacionar-se com as metodologias de apuramento de custos da contabilidade analítica.</p>
<p>Comparar os preços fixados com os custos verificados nos hospitais seleccionados</p>	<p>A comparação entre os preços fixados e os Custos verificados por GDH está limitada aos hospitais com contabilidade por Sistema de Custeio por Actividade Hospitalar (SCAH). Os dados disponíveis a partir do SCAH dizem respeito aos anos de 2006 e 2007. O grupo de hospitais com SACH é reduzido (n=6) e não representativo do universo dos hospitais do SNS.</p> <p>Na comparação, por Hospital e linha de produção, dos custos de produção e o valor da facturação, verificou-se que à excepção do Hospital de Santa Marta, os GDH de ambulatório são a única linha de produção com custos de produção inferiores ao valor total facturado nos 6 hospitais seleccionados. O Hospital de Faro foi único dos hospitais seleccionados que para além dos GDH de ambulatório apresenta uma diferença positiva entre o valor facturado e o custo de produção para as linhas de produção consulta externa e visitas domiciliárias.</p> <p>Na comparação entre preços e custos, por GDH de internamento, verificou-se que, nos hospitais seleccionados, a maioria dos GDH apresenta excesso de custos face ao valor de financiamento. Nos hospitais de Aveiro e Faro esta percentagem de GDH varia entre os 65% e os 70% e nos hospitais de Santo António e Santa Marta é superior a 85%.</p>	<p>Implementação do SCAH em todos os Hospitais do SNS para possibilitar a comparação da eficiência económica com um nível de desagregação mais adequado.</p> <p>Uma vez que implementação do SCAH em todos os Hospitais será demorada seria importante que houvesse uma alternativa, a curto prazo, a este sistema que permitisse a comparação dos custos verificados com os preços fixados tal como apresentados no Contrato-Programa. Uma alternativa de curto prazo seria através da Contabilidade Analítica conseguindo diferenciar na rubrica “Outros serviços clínicos” os custos dos GDH de Ambulatório, que à data estão distribuídos pelas restantes actividades desta rubrica.</p> <p>Apesar de não ser possível extrapolar esta evidência para o universo dos hospitais do SNS, antevê-se problemas de financiamento geral. O Ministério da Saúde deve encontrar formas de financiar adequadamente a actividade hospitalar inadequadamente financiada, sob pena de colapso e compromisso da prestação de cuidados de saúde secundários adequados em Portugal.</p>
<p>Analisar e avaliar a informação que suportou a escolha do agrupador utilizado em Portugal</p>	<p>A mudança do agrupador HCFA 16.0 para o agrupador AP-DRG 21.0 foi suportada por um estudo em que foi estimado o impacto decorrente de uma eventual mudança do agrupador HCFA 16.0 para o agrupador AP-DRG 18.0. O estudo assentou numa amostra de dimensão muito significativa e abrangente, que permitiu conferir confiança e robustez aos resultados. De uma forma geral, os procedimentos adoptados foram os adequados.</p> <p>Considera-se, no entanto, que os resultados daí decorrentes foram subaproveitados e insuficientemente analisados na maioria dos casos. As conclusões apresentadas assentaram meramente na observação dos valores, sem suporte gráfico nem realização de inferências estatísticas sobre os resultados, prática que se entende necessária para suportar as afirmações e conclusões, nomeadamente a significância das diferenças encontradas ao se considerarem os dois agrupadores.</p> <p>A semelhança entre os agrupadores AP-DRG 18.0 e 21.0 terá estado na base da decisão de apoiar a escolha do agrupador AP-DRG 21.0 em substituição do agrupador HCFA 16.0 sem, aparentemente, ter sido realizado um estudo comparativo destes últimos.</p>	<p>Recomendam-se o uso das representações gráficas e das estatísticas apresentadas no presente relatório, incluindo a realização de testes estatísticos para validar as hipóteses de que, por exemplo, a redução na variabilidade dos tempos de internamento por GDH decorrente da adopção do novo agrupador é significativa, ou, ao nível dos hospitais, existe uma diferença significativa no montante esperado de financiamento.</p>

<p>Eficiência económica dos hospitais do SNS</p>	<p>Verificou-se elevada heterogeneidade nos dados e indicadores de resultados, de produção, de recursos e de custos. A comparação com outras fontes alternativas de informação do Ministério da Saúde revelou discrepâncias nos elementos estatísticos de alguns hospitais. Estas limitações devem ser consideradas na interpretação dos resultados na análise de eficiência, dado que a metodologia utilizada se baseia na comparação relativa entre os indicadores de eficiência dos diferentes hospitais.</p> <p>Globalmente, há mais instituições consideradas eficientes no ambulatório do que no internamento. Contudo, as ineficiências no ambulatório são mais expressivas do que no internamento. Para as instituições com um índice de eficiência económica global relativamente elevado, verifica-se essencialmente ineficiência na afectação. Para as outras instituições, a maior parte da ineficiência corresponde a ineficiência técnica, ou seja, excesso de utilização de recursos, quer humanos, quer tecnológicos. A ineficiência ao nível do preço unitário dos recursos não apresenta um padrão definido, no entanto nos hospitais em que está mais presente a ineficiência ao nível do preço unitário substitui-se à ineficiência técnica.</p> <p>Estima-se que os potenciais ganhos de eficiência económica ao nível do internamento hospitalar sejam cerca de 242 milhões de Euros e cerca de 503 milhões de Euros no ambulatório (estimativas baseadas na amostra global).</p>	<p>O Ministério da Saúde deve investir na criação de uma ferramenta que permita gerar dados mais fidedignos sobre a actividade e os custos dos cuidados hospitalares, e que permita gerar informação auditável em tempo útil, facto que não acontece na actualidade.</p> <p>O Ministério da Saúde deve promover a elaboração de um índice de eficiência económica dos hospitais do SNS, que sirva de referência à gestão hospitalar em Portugal. Este índice deve compreender todas as dimensões da eficiência económica: recursos, preços e custos.</p> <p>Os hospitais abrangidos por esta avaliação poderão analisar criticamente o seu desempenho económico relativo e adoptar medidas para a sua melhoria, a qual passará na maior parte dos casos pela diminuição das ineficiências técnicas, ou seja conter o excesso de utilização de recursos (racionalização).</p>
<p>Actividades hospitalares não financiadas</p>	<p>A maioria dos hospitais do Serviço Nacional de Saúde (dois terços) revelou realizar actividades para as quais não tem fonte própria de financiamento. A maioria dos hospitais identifica com clareza as suas actividades sem financiamento, contudo reporta dificuldades na mensuração do seu valor económico.</p> <p>Os medicamentos de cedência hospitalar em ambulatório, as consultas não médicas (por exemplo consultas de psicologia, de nutrição ou de enfermagem), o funcionamento das viaturas médicas de emergência e reanimação e a fisioterapia estão entre as actividades sem financiamento mais realizadas pelos hospitais.</p> <p>O modelo actual de financiamento dos medicamentos hospitalares dispensados aos utentes em regime de ambulatório, ou no hospital de dia, gera incentivos de ineficiência, particularmente preocupantes pela desmultiplicação de consultas e sessões de tratamentos em hospital de dia como modo de garantir o financiamento, prejudicando as opções terapêuticas mais eficientes na gestão dos recursos não farmacológicos, ou na impossibilidade de aumento da produção nestas linhas gerando um incentivo para a contenção de custos com os medicamentos, independentemente da sua mais valia terapêutica ou eficiência económica.</p>	<p>Face às dificuldades na mensuração do valor económico das actividades sem financiamento reveladas por alguns hospitais, recomenda-se que o Ministério da Saúde promova um levantamento exaustivo das mesmas com base em critérios homogêneos de recolha da informação. Após este levantamento deve ser definido com clareza a quem a responsabilidade quer a origem do financiamento (público/privado) sobre a prestação destes cuidados de saúde.</p> <p>Deve ser definida a responsabilidade de financiamento para estas actividades. Se a opção do Ministério da Saúde recair sobre os hospitais então deve criar as condições de financiamento adequadas. Face à avultada dimensão do nº de utentes sem identificação da fonte de financiamento, devem ser criadas orientações de codificação e enquadramento adequado do financiamento dos cuidados prestados a estes doentes.</p> <p>O modelo de financiamento dos medicamentos de cedência hospitalar em ambulatório e dos medicamentos incluídos nos GDH de ambulatório deve ser revisto, por forma a encontrar um financiamento mais adequado, sem prejuízo do acesso à terapêutica farmacológica mais adequada.</p> <p>O financiamento dos hospitais do SNS deve criar um sistema de incentivos à investigação clínica, epidemiológica e económica com o objectivo de melhor suportar o processo quotidiano de decisão intra e inter hospitalar.</p>



## 2 Introdução

O financiamento público da actividade dos hospitais do Serviço Nacional de Saúde (SNS) assenta num modelo de contratualização entre as estruturas centrais do Ministério da Saúde e as Administrações dos hospitais que integram a rede do SNS. O Contrato-Programa celebrado entre as partes estabelece os objectivos em função da produção. As principais linhas de produção contratadas incluem: internamento de doentes agudos e de doentes crónicos; ambulatório médico e cirúrgico; consultas externas (primeiras e subsequentes); atendimentos urgentes; sessões de hospital de dia; serviço domiciliário. A remuneração inclui também áreas específicas no âmbito da aplicação do Plano Nacional de Saúde, tais como, hemodiálise e diálise peritoneal, diagnóstico pré-natal, novos doentes de VIH/Sida e registo oncológico, bem como financiamento para programas específicos: cuidados continuados integrados; ajudas técnicas; assistência médica no estrangeiro; ordens religiosas, convenções internacionais, doenças lisossomais de sobrecarga, incentivos aos transplantes, sistema de custeio por actividades; formação e investigação.

Nestes contratos estão ainda contemplados valores de convergência e incentivos institucionais. Os primeiros correspondem ao reconhecimento da inadequação do financiamento ao nível de eficiência do hospital. Os últimos estão associados ao cumprimento de objectivos de qualidade, acessibilidade e desempenho, podendo ser encarados como um incentivo ao bom desempenho global do hospital. A produção marginal até 10% da actividade contratada é abrangida pelo contrato programa, nas diferentes linhas de produção, à excepção do ambulatório e internamento cirúrgico programado, para os quais não existe limite. O contrato-programa considera o pagamento de 50% dos custos fixos na eventualidade de ocorrer produção contratada não realizada na urgência.

Numa perspectiva económica o financiamento público dos hospitais do SNS pode ser entendido em função das quantidades e dos preços definidos no contrato programa. Existe no entanto uma diferença na obtenção dos valores de remuneração, quer se trate de actividades classificadas em grupos de diagnóstico homogéneos (GDH), ou não. Nas actividades com GDH o valor de remuneração resulta do produto do nº de doentes equivalentes, pelo preço unitário ajustado ao índice de case-mix, específico para o hospital e para a linha de actividade. Nas actividades sem GDH definido o valor da remuneração resulta do produto entre a produção acordada entre as partes e o preço unitário definido pelo Ministério da Saúde.

Assim sendo, os conceitos relevantes na definição do financiamento público dos hospitais do SNS são os seguintes.

**Grupos de Diagnósticos Homogéneos** – Sistema de classificação de doentes que permite definirem, operacionalmente, os produtos de um hospital. Estes grupos são coerentes do ponto de vista clínico e semelhantes em termos de consumo de recursos. O agrupador actualmente em vigor em Portugal é o AP-DRG 21.0.<sup>1</sup>

**Doentes Equivalentes (DE)** - Número total de episódios de internamento que se obtém após a transformação dos dias de internamento dos episódios excepcionais e dos doentes

---

<sup>1</sup> Uma definição mais exaustiva pode ser encontrada em <http://portalcodgdh.min-saude.pt>

transferidos de cada (GDH), em conjuntos "equivalentes" ao tempo médio de internamento dos episódios "normais" do respectivo GDH. O conceito de doente equivalente assenta na classificação do tempo de internamento de acordo com limiares de excepção em três regimes: curta duração; duração "normal"; duração prolongada.

**Limiares de excepção** – Valores que definem, para cada GDH, o "intervalo de normalidade" em termos de tempo de internamento e calculam-se de acordo com os intervalos interquartis das respectivas distribuições. Estes valores são cruciais para determinar o número de doentes equivalentes associados à produção de um hospital.

**Índice de Case-Mix (ICM)** - Coeficiente de ponderação da produção dum hospital, reflectindo a sua relatividade face aos outros, em termos da sua maior ou menor proporção de doentes com patologias complexas e, conseqüentemente, mais consumidoras de recursos. O ICM determina-se calculando a razão entre o número de doentes equivalentes ponderados pelos pesos relativos dos respectivos GDH e o número total de doentes equivalentes.

**Peso relativo de um GDH (PR)** – Coeficiente de ponderação que reflecte o custo esperado de tratar de um doente típico desse GDH, expressado em termos relativos face ao custo médio do doente nacional, que tem, por definição, um coeficiente de ponderação igual à unidade.

**Grupos de Financiamento** – Agrupamento dos hospitais para efeito de definição dos preços unitários das suas actividades. No presente os hospitais do SNS estão classificados em 5 grupos de financiamento.

**Preços unitários (PU)** – Valor monetário definido para cada linha de produção de actividades. Este valor varia em função do grupo de financiamento.

No que diz respeito às linhas de produção caracterizadas por GDH (internamento ou ambulatório e médico ou cirúrgico), o financiamento do montante contratado calcula-se através da equação seguinte:

$$F = ICM \times N \times P.$$

Por linha de produção e hospital, *ICM* representa o índice de case-mix, *N* representa a produção contratada (nº de doentes equivalentes para o internamento e nº de doentes saídos para o ambulatório), e *P* representa o preço unitário.

Enquanto o índice de case-mix e a produção contratada variam de hospital para hospital e de linha de produção para linha de produção, o preço unitário só depende do grupo de financiamento afectado ao hospital. Para os contratos programa de 2009, por exemplo, praticaram-se os seguintes preços unitários para os GDH de internamento e ambulatório (médicos e cirúrgicos):

Financiamento	
1	2.396€
2	2.396€
3	1.842€
4	1.937€

Relacionado com o cálculo do financiamento destas linhas de produção, está a tabela de preços dos GDH (preços do SNS). Em circunstâncias de actualização anual, esta tabela de preços reflecte basicamente os custos médios nacionais dos GDH, actualizados com a taxa de inflação esperada do ano em consideração. Estes custos unitários são reportados utilizando pesos relativos  $w$  que, depois de multiplicados pelo custo unitário global  $C$  da tabela de preços do SNS, dão origem ao preço unitário  $w \times C$  de cada GDH.

O custo unitário global da tabela de preços praticada em 2009 foi de 2396€. Por exemplo, considerando o peso relativo do ambulatório de 1,1746 para o GDH 225, e multiplicando este peso pelo custo unitário global obtém-se o preço unitário de 2814€. Este preço deve ser interpretado como o custo médio, actualizado com a taxa de inflação, de todos doentes saídos do GDH 225, ao nível nacional. A multiplicação deste custo médio pelo número total de doentes saídos do GDH 225 corresponde ao custo total com o mesmo ao nível nacional. O mesmo raciocínio é válido para todos os outros GDH.

Decompondo a definição do índice de case-mix, nos seus componentes relacionados com os GDH, consegue-se identificar o financiamento médio  $w \times P$  do montante contratado por GDH, no contrato-programa. Aqui,  $w$  representa os pesos relativos da tabela de preços dos GDH, e  $P$  o preço unitário do grupo de financiamento considerado. Dado que os preços unitários variam de grupo de financiamento para grupo de financiamento, obtém-se então a seguinte tabela de preços contratados para o GDH 225:

Grupo de Financiamento	Preço Unitário
1	2.814 €
2	2.814 €
3	2.164 €
4	2.275 €

Dado que os preços dos primeiros dois grupos de financiamento correspondem ao custo unitário global da tabela de preços dos GDH, os hospitais dos grupos 1 e 2 são financiados, em princípio, de acordo com o valor médio nacional. Os hospitais dos grupos 3 e 4, que têm um preço contratado abaixo do custo unitário global da tabela de preços, são financiados abaixo da média nacional.

Considerando que o preço médio nos contratos programa é inferior ao custo médio nacional apurado na tabela de preços dos GDH, e mesmo admitindo um pagamento pela produção total do hospital, as regras aplicadas no financiamento implicam, por definição, que os preços fixados sejam inferiores aos custos verificados em cada GDH. Esta constatação é agravada pelo

facto da produção contratada dos hospitais, muitas das vezes ser abaixo da produção realizada, excesso pelo qual os hospitais nem sempre recebem financiamento.

Contudo, importa salientar que o pressuposto da tabela de preços dos GDH efectivamente reflectir os custos médios nacionais dos GDH, depende de muitos factores, alguns dos quais analisados ao longo dos próximos capítulos do presente relatório. Um desses factores é a actualização anual dos valores das Portarias dos preços do SNS. Dado que as actualizações realizadas desde a portaria de 2006, não têm sido baseadas em cálculos de custos, mas sim em meras actualizações com base na taxa de inflação, dificilmente estas actualizações reflectem a evolução dos custos sentidos pelos hospitais. Poderão existir GDH sub-financiados pelo advento de novas tecnologias mais onerosas, como também é de admitir que outros poderão estar sobre financiados se algum avanço tecnológico ou ganho de eficiência permitiu economias de escala e/ou de custos.

As fontes de informação utilizadas pela Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS) para calcular as componentes do financiamento são: A base de dados dos GDH; a base de dados dos elementos analíticos (BDEA) e a metodologia de apuramento de custos por GDH (incluindo informação dos GDH do estado de Maryland - EUA).

Os preços unitários actualmente em vigor para o internamento e ambulatório (GDH médicos e cirúrgicos) resultam de um estudo realizado em 2005 pela ACSS, com base nos custos totais por doente equivalente, apurados a partir da contabilidade analítica dos hospitais em 2004, sendo actualizados de acordo com o valor global da inflação nos anos de 2007 e 2008. Desde então, que estes preços unitário não sofrem alterações. A última actualização dos valores do ICM dos contratos de programa é de 2007.

Os preços unitários em vigor para as consultas externas correspondem aos preços praticados em 2005, actualizados em 2006, 2007 e 2008. A actualização de 2006 foi de 15%, para incentivar a actividade programada em ambulatório. A actualização de 2007 foi referenciada ao valor global da inflação de 2005, enquanto a actualização de 2008, baseou-se no valor da inflação prevista para 2008. Importa referir que desde 2007, também há uma diferenciação nos preços para primeiras consultas e subsequentes.

Para a urgência, houve um crescimento marginal dos preços em 2,5% no ano 2006. Desde então este valor foi actualizado apenas em 2007, com base no valor global da inflação de 2005.

Esta mesma actualização ocorreu para os preços unitários do hospital de dia de 2007 e os cuidados domiciliários.

Os preços base de 2006, para a radioterapia e a quimioterapia, eram resultado do trabalho efectuado com um painel de peritos da especialidade, e correspondem aos preços constantes da tabela de preços do SNS. Para a hematologia e a imunoterapia, considerou-se um crescimento de 20% face ao preço de 2005, para as restantes linhas de produção do hospital de dia considerou-se um crescimento de 10%.

O presente estudo, realizado de forma independente por uma equipa de investigadores da Exigo Consultores e da Faculdade de Ciências da Universidade de Lisboa, foi desenhado com o



objectivo de assessorar a equipa de auditores do Tribunal de Contas na “Análise e Avaliação do Sistema de Pagamentos e de Formação de Preços Pagos aos Hospitais do Serviço Nacional de Saúde”. Globalmente, pretendeu-se avaliar “se o sistema de pagamento das actividades do SNS é eficiente e se cobre adequadamente a actividade desenvolvida pelos hospitais”. Para tal foi definido um conjunto de objectivos específicos, os quais correspondem aos capítulos do presente relatório.

### 3 Metodologia de Apuramento dos Custos por GDH

#### Metodologia de Apuramento dos Custos por GDH

Conclusões	<p>Na impossibilidade da maioria dos hospitais conseguir gerar um custo por GDH e dado que o sistema de custeio por actividade ainda não se encontra implementado nos hospitais, a utilização da metodologia descrita poderá ser uma alternativa aceitável no apuramento dos custos por GDH. No entanto, existem problemas na sua utilização, do qual o principal é a transposição dos custos unitários na Matriz de Maryland na mesma razão e proporção para Portugal.</p>
	<p>A documentação que suporta a metodologia de apuramento dos custos por GDH é insuficiente e frequentemente pouco clara. Esta falta de clareza pode resultar em arbitrariedade e erros de interpretação, entre os diferentes utilizadores do programa de apuramento dos custos por GDH, utilizado pela ACSS para publicar as tabelas de preços do SNS. Estas tabelas são utilizadas para definir o nível de financiamento dos hospitais do SNS.</p>
	<p>Poderá existir falta de correspondência entre os custos relativos a algumas rubricas da designada Matriz de Maryland e a fonte de informação utilizada pela ACSS para calcular os custos por GDH. As dúvidas sobre a falta de concordância entre as rubricas da Matriz de Maryland e a rubricas da metodologia de apuramento de custos por GDH decorrem do facto de a ACSS não ter esclarecido inequivocamente a composição exacta dos custos incluídos nas duas fontes de informação supracitadas.</p>
	<p>O facto do custo total do internamento prolongado ser calculado a partir da diária de hotelaria, denota que este está mais relacionado com custos de hotelaria (enfermagem, alimentação, lavandaria, etc.), do que com custos de bloco operatório, UCI ou radiologia. No entanto, com a redistribuição proporcional deste custo pelas rubricas já mencionadas, não se pode excluir a hipótese de que este procedimento implique uma diminuição artificial dos custos ancilares de internamento puro, em favor de um aumento dos custos diários.</p>
	<p>Na actual fórmula de cálculo, a determinação do custo médio por doente equivalente considera um valor 1,5 a 2 vezes superior para rubrica dos custos com médicos face ao valor original. Este facto tem como consequência um aumento artificial do custo médio por GDH. Dado que os preços unitários das tabelas de preços do SNS dependem do apuramento do custo por GDH, antevê-se que os preços tabelados podem ser inadequados. A influência no financiamento dos hospitais desta inconsistência na metodologia é difícil de antever.</p>
Recomendações	<p>O Ministério da Saúde deve investir na criação de um sistema de apuramento dos custos por GDH.</p>
	<p>Recomenda-se a elaboração de documentação de suporte mais completa relativa à metodologia de apuramento dos custos por GDH. Esta recomendação estende-se à elaboração totalmente detalhada sobre as rotinas do programa informático de cálculo de custos, bem como à necessidade de existir informação detalhada sobre a Matriz de Maryland, com a correspondência exacta dos custos desta com os custos da contabilidade analítica dos hospitais do SNS. Só deste modo poderá ser garantida a homogeneidade de procedimentos entre os diferentes analistas da ACSS responsáveis pelos cálculos, bem como garantir a continuidade dessa homogeneidade, ao longo do tempo, independentemente dos analistas responsáveis pelos cálculos.</p>

Deve ser realizada uma avaliação sobre se os procedimentos/custos reais associados aos episódios de internamento prolongado se distribuem, efectivamente, de acordo com a forma proporcional utilizada no cálculo. No caso de tal acontecer, deverá ser encontrada uma forma mais equilibrada de calcular o custo total do internamento puro.

Recomenda-se a introdução de coeficientes de ponderação entre custos ancilares e custos diários, no cálculo do custo médio por GDH com a rubrica médicos, de forma a evitar a duplicação dos custos reais de esta rubrica.

### 3.1 Análise Descritiva

Grande parte da metodologia que actualmente está a ser utilizada pela ACSS para o apuramento dos custos por GDH diz respeito à aplicação da chamada “Matriz de Maryland” aos custos do serviço clínico de internamento dos hospitais, o número de doentes equivalentes tratados e os respectivos tempos de internamento.

Nas secções a seguir, encontra-se uma descrição da metodologia para o apuramento do custo por GDH de internamento dos hospitais, apresentada nos documentos<sup>1</sup> fornecidos pela Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS), bem como a identificação de potenciais problemas decorrentes da adaptação da Matriz de Maryland ao caso português. Não existe um documento contendo a explicação detalhada da metodologia, mas apenas alguns documentos de natureza descritiva relativos às rotinas informáticas onde estão presentes as fórmulas de cálculo e as variáveis utilizadas na rotina informática, reconhecidas por siglas e/ou códigos, cuja identificação é por vezes inexistente. Sobre estes aspectos foi requerido esclarecimento à ACSS, ao que foi respondido [...] *não dispomos de todas as explicações sobre todos os passos da metodologia adoptada, atendendo ao tempo decorrido e ao facto de a equipa inicial, associada à implementação do modelo dos GDH em Portugal, já não trabalhar na ACSS [...]*. Por esta razão, algumas explanações resultam da interpretação da equipa de consultores e foram inferidas a partir da documentação existente, por serem consistentes com as ideias e conceitos base.

#### 3.1.1 Matriz de Maryland

A Matriz de Maryland consiste numa tabela de custos unitários  $m_i^{X,u}$ , desenvolvidos no Estado de Maryland (EUA), para todos os GDH  $i$  do agrupador AP-DRG 21 e para um conjunto predefinido de rubricas  $X$ : OR, DRUG, RAD, LAB, SUP, MISC, OTH, ICU, HOTEL.

Os custos unitários  $m_i^{X,u}$ , constantes da matriz, podem ser considerados como sendo os custos unitários, por doente equivalente saído ou por dia de internamento (rubrica HOTEL), de um hospital típico/médio no Estado de Maryland. A matriz referente ao ano 2004 e utilizada para a Portaria 567/2006 de 12 de Junho encontra-se no Anexo I. As Portarias subsequentes podem ser consideradas apenas actualizações da Portaria 567/2006 de 12 de Junho.

---

<sup>1</sup> Fonte: Unidade Operacional de Financiamento e Contratualização da ACSS.

Tabela 3.1. Estrutura da Matriz de Maryland (custos unitários)

GDH	OR	DRUG	RAD	LAB	SUP	MISC	OTH	ICU	HOTEL
1	$m_1^{OR,u}$	$m_1^{DRUG,u}$	$m_1^{RAD,u}$	$m_1^{LAB,u}$	$m_1^{SUP,u}$	$m_1^{MISC,u}$	$m_1^{OTH,u}$	$m_1^{ICU,u}$	$m_1^{HOT,u}$
...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
$i$	$m_i^{OR,u}$	$m_i^{DRUG,u}$	$m_i^{RAD,u}$	$m_i^{LAB,u}$	$m_i^{SUP,u}$	$m_i^{MISC,u}$	$m_i^{OTH,u}$	$m_i^{ICU,u}$	$m_i^{HOT,u}$
...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
876	$m_{876}^{OR,u}$	$m_{876}^{DRUG,u}$	$m_{876}^{RAD,u}$	$m_{876}^{LAB,u}$	$m_{876}^{SUP,u}$	$m_{876}^{MISC,u}$	$m_{876}^{OTH,u}$	$m_{876}^{ICU,u}$	$m_{876}^{HOT,u}$

Utilizando os dados do Anexo I, uma produção de 25 doentes equivalentes para o GDH 1, por exemplo, implicaria um custo total de  $25 \times 3.813\$ = 95.325\$$  para a rubrica OR, e um custo total de  $25 \times 1.576\$ = 39.400\$$  para a rubrica DRUG, num hospital típico do Estado de Maryland (EUA). Se o número de doentes equivalentes estivesse relacionado com um número total de 375 dias de internamento, então o custo total para a rubrica HOTEL seria de  $375 \times 4420\$ = 1.657.500\$$  neste hospital típico.

### 3.1.2 Base de Dados de Elementos Analíticos

No âmbito do Plano de Contabilidade Analítica dos Hospitais (PCAH), a Base de Dados de Elementos Analíticos (BDEA) reúne, desde o ano 2002, os elementos analíticos – custos directos, custos indirectos e unidades de obra – de todas as instituições hospitalares do Serviço Nacional de Saúde (SNS).

Além do ano e do nome do hospital a que respeitam os custos analíticos, a BDEA costuma incluir os seguintes campos: (veja-se Anexo II para uma lista exaustiva)

- Um primeiro nível de agregação como, por exemplo, “Serviços clínicos de internamento”, “Outros serviços clínicos”, “Secções auxiliares de apoio clínico”, etc;
- Um segundo nível de agregação como, por exemplo, “Especialidades médicas”, “Especialidades cirúrgicas”, “Unidades de cuidados intensivos”, “Hospital de dia”, “Urgência”, “MCDT”, “Anestesiologia”, “Bloco Operatório”, etc.;
- O código e a designação do centro de custos;
- Um conjunto de custos directos (classe 96 - contabilidade geral), como por exemplo “Custos das mercadorias vendidas e das matérias consumidas” (conta 961), “Custos com o pessoal” (conta 964), etc.;
- Um conjunto de custos indirectos, como por exemplo “Anestesiologia” (conta C240), “Bloco Operatório” (conta C250), etc.

### 3.1.3 Base de Dados Nacional de GDH

A Base de Dados Nacional de GDH contém os registos dos episódios de internamento e ambulatorio de todos os doentes das instituições hospitalares do SNS, codificados inicialmente segundo o sistema de codificação CID-9-MC e agrupados depois em GDH segundo o agrupador AP-DRG 21.

Incluindo informação, entre outros, sobre a instituição hospitalar, o doente (área de residência, idade, etc.), as datas de entrada e saída, o serviço afecto, diagnósticos feitos, procedimentos aplicados e o destino após a alta, a base de dados dos GDH permite não só analisar a produção hospitalar e a complexidade clínica da mesma, mas também pode ser considerada uma excelente fonte para estudos epidemiológicos.

### 3.1.4 Apuramento de Custos por GDH

Identificadas as principais fontes de informação, a metodologia de apuramento do custo por GDH de internamento dos hospitais é composta por cinco passos principais:

1. Agrupamento dos custos do serviço clínico de internamento, constantes da BDEA, num conjunto de rubricas comparáveis com as rubricas da Matriz de Maryland;
2. Conversão dos episódios de internamento, constantes da Base de Dados de GDH, em números de doentes equivalentes, dias de internamento prolongado e dias de internamento puro, por GDH;
3. Separação dos custos de internamento prolongado dos custos de internamento puro, por rubrica;
4. Cálculo dos custos esperados de internamento puro, segundo os custos unitários da Matriz de Maryland, por rubrica e por GDH;
5. Relacionamento da informação dos três passos anteriores no cálculo do custo médio por doente equivalente e por GDH.

No caso de apuramento dos preços unitários por doente equivalente e por GDH, adiciona-se um passo extra, em que se actualizam os custos por rubrica (passo 1) de acordo com a inflação esperada para o ano a seguir ao ano em estudo.

#### 3.1.4.1 Passo 1 - Agrupamento dos custos do serviço clínico de internamento

Para ter uma certa base de comparação entre os custos do serviço clínico de internamento, ao nível nacional, e os custos do Estado de Maryland (EUA), é realizado o agrupamento dos custos directos e indirectos, constantes na BDEA, num conjunto de rubricas com a seguinte correspondência com as rubricas da Matriz de Maryland:

Tabela 3.2. Correspondência das rubricas em Portugal e no Estado de Maryland

Portugal	Estado de Maryland (EUA)
Bloco	OR
Medicamentos	DRUG
Radiologia	RAD
Laboratório	LAB
Material de Consumo Clínico	SUP
UCI	ICU
Outros	OTH
Hotelaria	HOTEL
Médicos	-
Administrativos	-
-	MISC

Importa salientar que as rubricas Médicos e Administrativos, utilizadas em Portugal, não têm correspondência no Estado de Maryland (EUA), isto, por exemplo, porque no Estado de

Maryland (EUA), o pessoal médico é pago à parte e, assim sendo, o seu custo, na óptica do financiamento, não é considerado como fazendo parte do custo de um GDH. Devido a esta limitação, os custos com o pessoal médico e administrativo são apurados de uma maneira não relacionada directamente, ou exclusivamente, com a Matriz de Maryland.

Por sua vez, também a rubrica MISC, utilizada no Estado de Maryland (EUA), não tem correspondência em Portugal. A apresentação da metodologia a seguir evidencia que esta rubrica não está a ser utilizada no apuramento do custo por GDH realizado pela ACSS e, assim sendo, à primeira vista, não tem grande importância. Parece, no entanto, relevante saber quais são os custos do serviço clínico de internamento agrupados nesta rubrica. Se são custos, que em Portugal são pagos fora do âmbito do financiamento por GDH, como os custos com o pessoal médico no Estado de Maryland (EUA), então não há problema.

Se são custos que têm correspondência nas rubricas utilizadas em Portugal, a não utilização desta rubrica pode ter um impacto no apuramento do custo por GDH. Assumindo que a rubrica MISC se refere a custos de natureza variada (miscelânea), poder-se-ia pensar que a rubrica tem ligação com a rubrica Outros, utilizada em Portugal, o que, por sua vez, iria provocar um problema com a interpretação da rubrica OTH, utilizada no Estado de Maryland. Efectivamente, o ficheiro com “*Center Code Descriptions*” no sítio da comissão HSCRC<sup>1</sup> de Maryland refere-se ao código de centre OTH como sendo “Occupational Therapy” (terapia ocupacional).

O mesmo tipo de problema coloca-se na interpretação das rubricas referentes aos custos de hotelaria. Segundo a interpretação da ACSS, a versão portuguesa desta rubrica inclui, além de, por exemplo, custos com alimentação e lavandaria, custos com pessoal de enfermagem e pessoal auxiliar. Importa então saber se a mesma situação desta rubrica se coloca na versão do Estado de Maryland. Podia-se imaginar que, tal como foi o caso com os custos com o pessoal médico, também os custos com o pessoal de enfermagem são pagos à parte.

Questionada sobre os custos do serviço clínico de internamento agrupados nas rubricas MISC, OTH e HOTEL, utilizadas no Estado de Maryland (EUA), a ACSS afirmou que não é possível responder à questão, o que torna difícil uma interpretação e avaliação correcta da correspondência entre os dois conjuntos de rubricas. Da mesma maneira, não foi possível responder à questão da não utilização da rubrica MISC, no apuramento do custo por GDH.

O agrupamento final dos custos do serviço clínico de internamento, nas rubricas utilizadas em Portugal, faz-se com base na tabela do Anexo III, que define quais são os custos directos e indirectos da BDEA que devem ser contemplados em cada rubrica, e tem por fim uma tabela com a seguinte informação:

---

<sup>1</sup> The H e a l t h S e r v i c e s C o s t R e v i e w C o m m i s s i o n h e r e s p o n s á v e l e m e n t e l a M a t r i z e M a r y l a n d (veja Anexo I) ([http://www.hscrc.state.md.us/hsp\\_Rates2.cfm](http://www.hscrc.state.md.us/hsp_Rates2.cfm))

Tabela 3.3. Custos totais  $C_h^X$  de internamento, por rubrica X, do hospital h

Custos Ancilares							Custos Diários		
Blo	Med	Rad	Lab	MCC	UCI	Out	Hot	Méd	Adm
$C_h^{Blo}$	$C_h^{Med}$	$C_h^{Rad}$	$C_h^{Lab}$	$C_h^{MCC}$	$C_h^{UCI}$	$C_h^{Out}$	$C_h^{Hot}$	$C_h^{Méd}$	$C_h^{Adm}$

Definem-se como “Custos Ancilares” os custos que são relativamente independentes do tempo de internamento (Blo, Med, Rad, Lab, MCC, UCI e Out), e como “Custos Diários” os custos que são altamente relacionados com o tempo de internamento (Hot, Méd e Adm).

A tabela do Anexo III é referente ao ano 2003 e é a que foi utilizada para a Portaria 567/2006 de 12 de Junho. A rubrica Bloco, por exemplo, é composta só por custos indirectos (Anestesiologia, Bloco Operatório e Esterilização), enquanto a rubrica Medicamentos é composta por custos directos (Produtos Farmacêuticos) e custos indirectos (Serviços Farmacêuticos).

A aplicação da tabela de agregação dos custos por rubrica tem duas particularidades. A primeira é na repartição dos custos directos dos “Suplementos de Remunerações” e “Subsídios de Férias e de Natal” pelas rubricas Outros, Hotelaria, Médicos e Administrativos. A repartição destes custos é feita tendo em consideração o peso de cada grupo profissional afecto, no total dos encargos com suplementos de remunerações e subsídios de férias e de natal, informação habitualmente fornecida pelo departamento de recursos humanos do Ministério da Saúde.

A segunda particularidade encontra-se na afectação dos custos da rubrica UCI, que inclui não as contas 96 e/ou C habituais, mas sim a referência ao centro de custos “Unidades de Cuidados Intensivos” da BDEA. Os custos directos e indirectos contidos neste centro de custos sobrepõem-se com os custos das outras rubricas. Segundo a informação da ACSS, para determinar o custo total da rubrica Radiologia, por exemplo, consideram-se todos os custos da conta C2030000 (Imagiologia), correspondentes aos serviços clínicos de internamento, excepto os da UCI e dos quartos privados. Veja-se a tabela 3.4 para uma demonstração visual.

Tabela 3.4. Estrutura resumida da BDEA e a agregação dos custos por rubrica

Nível 1	Nível 2	Contas 96 e C2								
		Blo	Med	Rad	Lab	MCC	Out	Hot	Méd	Adm
Serviços Clínicos de Internamento	Especialidades Médicas									
	Especialidades Cirúrgicas									
	...									
	...									
	...									
	Quartos Particulares									
	UCI									

Este procedimento leva a que a rubrica UCI seja composta por parte dos custos directos e indirectos que à primeira vista pertencem às outras rubricas. Ou seja, apesar da rubrica Radiologia supostamente incluir todos os custos dos serviços clínicos de internamento correspondentes à Imagiologia, parte destes custos, na realidade, está afectada à rubrica UCI. Da mesma maneira, apesar de, supostamente, todos os custos com o pessoal de enfermagem estarem incluídos na rubrica Hotelaria, porventura, parte destes custos está afectada à rubrica UCI. Importa então saber se a mesma sobreposição acontece nas rubricas utilizadas no Estado de Maryland, o que não se conseguiu apurar

### 3.1.4.2 Passo 2 – Conversão dos episódios de internamento

Da Base de Dados dos GDH, é necessário apurar a seguinte informação, por GDH de internamento:

1. O número total de doentes equivalentes;
2. O número total de dias de internamento prolongado;
3. O número total de dias de internamento puro.

O número de dias de internamento prolongado de um episódio, cujo tempo de internamento é igual ou superior ao limiar máximo<sup>1</sup> do GDH em que foi agrupado, define-se como o número de dias de internamento entre o limiar máximo e o total de dias de internamento. Em termos matemáticos: o número total  $D_{h,i}^{Pro}$  de dias de internamento prolongado do GDH  $i$  no hospital  $h$ , obtém-se como

$$D_{h,i}^{Pro} = \sum_{j=1}^{N_{h,i}^E} \max(0; D_{h,i,j}^{Tot} - L_i^{Max} + 1),$$

onde  $N_{h,i}^E$  é o número de episódios do GDH  $i$  no hospital  $h$ ,  $D_{h,i,j}^{Tot}$  é o número total de dias de internamento do episódio  $j$  do GDH  $i$  no hospital  $h$ , e  $L_i^{Max}$  é o limiar máximo do GDH  $i$ .

O número de dias de internamento puro, de um episódio, define-se como o número de dias de internamento antes do limiar máximo do GDH em que o episódio foi agrupado, sendo a diferença entre o total de dias de internamento e os dias de internamento prolongado. Em termos matemáticos: o número total  $D_{h,i}^{Pur}$  de dias de internamento prolongado do GDH  $i$  no hospital  $h$ , calcula-se como

$$D_{h,i}^{Pur} = \sum_{j=1}^{N_{h,i}^E} \min(L_i^{Max} - 1; D_{h,i,j}^{Tot}).$$

Os dias de internamento prolongado são os dias relativamente aos quais as instituições hospitalares são financiadas com base num valor de diária de hotelaria, enquanto os dias de internamento puro são os dias para os quais as instituições hospitalares são financiadas em função do número de doentes equivalentes. Estas regras aplicam-se quando o financiamento dos hospitais ocorre pela tabela de preços a praticar pelo SNS, particularmente aos subsistemas de saúde, bem como a quaisquer entidades, públicas ou privadas cujos beneficiários recorram às instituições de prestação de cuidados integradas no SNS.

---

<sup>1</sup> Mais informação sobre a definição dos limiares de excepção dos tempos de internamento encontra-se no Capítulo 3.



Um episódio de internamento típico é aquele que apresenta um tempo total de internamento entre o limiar inferior e o limiar máximo do GDH em que foi agrupado. Um doente saído de um episódio típico corresponde a um doente equivalente. Um doente saído de um episódio de internamento prolongado, corresponde também a um doente equivalente por definição da ACSS.

Para um doente excepcional de curta duração, cujo tempo de internamento é inferior ou igual ao limiar inferior do GDH em que foi agrupado, aplicam-se as seguintes fórmulas de cálculo:

- Quando se trata de um GDH (médico ou cirúrgico) com preço para o ambulatório, cada doente saído de um episódio  $j$  de curta duração, corresponde a

$$\frac{P_i^{Amb}}{P_i^{Int}} + \left(1 - \frac{P_i^{Amb}}{P_i^{Int}}\right) * \frac{D_{h,i,j}^{Tot}}{L_i^{Inf} + 1}$$

doentes equivalentes, onde  $P_i^{Amb}$  é o preço em ambulatório<sup>1</sup> do GDH  $i$ ,  $P_i^{Int}$  é o preço do internamento<sup>2</sup> do GDH  $i$ , e  $L_i^{Inf}$  é o limiar inferior do GDH  $i$ . Isto implica um pagamento do episódio, pelo preço em ambulatório, acrescido, por dia de internamento, de uma diária de curta duração.

- No caso de um GDH médico sem preço para o ambulatório, cada doente saído de um episódio de curta duração, corresponde a

$$\frac{D_{h,i,j}^{Tot}}{L_i^{Inf} + 1}$$

doentes equivalentes, resultando num pagamento do episódio, por dia de internamento, de uma diária de curta duração.

- Para um GDH cirúrgico sem preço para o ambulatório cada doente saído de um episódio de curta duração, corresponde a

$$\frac{P_i^{1^{\circ}Dia}}{P_i^{Int}} + \left(1 - \frac{P_i^{1^{\circ}Dia}}{P_i^{Int}}\right) * \frac{D_{h,i,j}^{Tot} - 1}{L_i^{Inf}}$$

doentes equivalentes, com  $P_i^{1^{\circ}Dia}$  o preço do primeiro dia de internamento<sup>3</sup> do GDH  $i$ , implicando um pagamento do episódio, pelo preço do primeiro dia de internamento, acrescido, por dia de internamento adicional, de uma diária de curta duração.

Os doentes saídos de episódios de curta duração, que são transferidos para outras instituições hospitalares do SNS, são convertidos em doentes equivalentes de acordo com as regras acima descritas, excepto para os doentes transferidos por inexistência de recursos, que não podem corresponder a mais de 0,5 doentes equivalentes.

<sup>1</sup> Coluna G da Tabela Nacional dos GDH, Portaria 567/2006 de 12 de Junho.

<sup>2</sup> Coluna E da Tabela Nacional dos GDH, Portaria 567/2006 de 12 de Junho.

<sup>3</sup> Coluna I da Tabela Nacional dos GDH, Portaria 567/2006 de 12 de Junho.

### 3.1.4.3 Passo 3 – Apuramento dos custos do internamento puro

Como referido na Tabela 3.3,  $C_h^X$  representa o custo total do internamento, da rubrica  $X$ , para o hospital  $h$ , apurado a partir da BDEA, e inclui os custos de todos os dias de internamento dos doentes saídos. Dado que as instituições hospitalares são pagas por doente equivalente, e a metodologia pretende apurar o custo médio de um doente equivalente, é preciso eliminar, dos custos  $C_h^X$ , a parte que diz respeito aos dias de internamento prolongado.

Numa primeira instância, é calculado o custo total  $C_h^{Pro}$  do internamento prolongado do hospital  $h$ , multiplicando o número total  $D_h^{Pro}$  de dias de internamento prolongado pelo custo  $C_{Dia}^{Hot}$  da diária de hotelaria<sup>1</sup>, i.e.:

$$C_h^{Pro} = D_h^{Pro} * C_{Dia}^{Hot},$$

onde o número total  $D_h^{Pro}$  de dias de internamento prolongado do hospital  $h$  é definido como  $D_h^{Pro} = \sum_{i \in S_h} D_{h,i}^{Pro}$ , sendo  $S_h$  o conjunto de GDH do hospital  $h$ , que não inclui, necessariamente, todos os GDH do agrupador AP-DRG 21. Assume-se que, ao retirar o custo  $C_h^{Pro}$  do custo total do internamento, se obtém o custo pelo qual o hospital deveria receber financiamento em termos de doentes equivalentes, sendo um custo total do internamento puro.

Para fazer esta correcção ao nível das rubricas de internamento, faz-se a redistribuição do custo total  $C_h^{Pro}$  de internamento prolongado, pelas diferentes rubricas, proporcionalmente ao peso de cada rubrica no custo total do internamento, i.e.: o custo total  $C_h^{X,Pro}$  do internamento prolongado, para a rubrica  $X$ , do hospital  $h$ , calcula-se como

$$C_h^{X,Pro} = \frac{C_h^X}{C_h} * C_h^{Pro},$$

onde  $C_h$  é o custo total do internamento, dado por  $C_h = \sum_X C_h^X$ , o somatório dos custos constantes da Tabela 3.3. O custo total do internamento puro, para a rubrica  $X$ , do hospital  $h$ , finalmente, define-se como

$$C_h^{X,Pur} = C_h^X - C_h^{X,Pro},$$

sendo a diferença entre o custo total de internamento e o custo total de internamento prolongado, da rubrica  $X$ , do hospital  $h$ . Depois de retirados os custos de internamento prolongado, obtém-se uma tabela com a seguinte informação:

**Tabela 3.5. Custos totais  $C_h^{X,Pur}$  do internamento puro, por rubrica  $X$ , do hospital  $h$**

Custos Ancilares							Custos Diários		
Blo	Med	Rad	Lab	MCC	UCI	Out	Hot	Méd	Adm
$C_h^{Blo,Pur}$	$C_h^{Med,Pur}$	$C_h^{Rad,Pur}$	$C_h^{Lab,Pur}$	$C_h^{MCC,Pur}$	$C_h^{UCI,Pur}$	$C_h^{Out,Pur}$	$C_h^{Hot,Pur}$	$C_h^{Méd,Pur}$	$C_h^{Adm,Pur}$

<sup>1</sup> A diária de hotelaria referida na Portaria 567/2006 de 12 de Junho, é de €83,30.

Da mesma maneira, mas agora ao nível das rubricas, assume-se que o custo total  $C_h^{X,Pur}$  do internamento puro representa o custo pelo qual o hospital deveria receber financiamento em termos de doentes equivalentes.

O facto do custo total  $C_h^{Pro}$  do internamento prolongado do hospital  $h$  ser calculado a partir da diária de hotelaria, implica que se assume que o custo incorrido pelo hospital, nos dias de internamento prolongado, é altamente relacionado com custos de hotelaria (enfermagem, alimentação, lavandaria, etc.), mais do que com custos de, por exemplo, bloco operatório, UCI ou radiologia. No entanto, com a redistribuição proporcional acima descrita, não é improvável que a maior parte do custo  $C_h^{Pro}$  de internamento prolongado seja retirado dos custos ancilares, e não dos custos diários. Isto podia implicar uma diminuição artificial dos custos ancilares de internamento puro, em favor de um aumento dos custos diários.

#### 3.1.4.4 Passo 4 – Cálculo dos custos esperados segundo a Matriz de Maryland

Antes do apuramento do custo por GDH, são calculados os custos esperados do internamento puro, segundo os custos unitários da Matriz de Maryland, por rubrica e por GDH. Este cálculo realiza-se cruzando o número de doentes equivalentes pelos custos unitários das rubricas ancilares da Matriz de Maryland, e os dias de internamento pelo custo unitário da rubrica HOTEL da Matriz de Maryland.

#### Custos Esperados das Rubricas Ancilares

Para uma rubrica ancilar  $X \in \{OR, DRUG, RAD, LAB, SUP, ICU, OTH\}$ , calcula-se o custo total  $M_h^{X,Pur}$  do internamento puro, da produção do hospital  $h$ , segundo os custos unitários na Matriz de Maryland, como

$$M_h^{X,Pur} = \sum_{i \in S_h} m_i^{X,u} * N_{h,i}^{DE} = \sum_{i \in S_h} M_{h,i}^{X,Pur},$$

em que  $N_{h,i}^{DE}$  é o número de doentes equivalentes dos episódios do GDH  $i$ , do hospital  $h$  (como apurado no passo 2 da metodologia) e  $M_{h,i}^{X,Pur} = m_i^{X,u} * N_{h,i}^{DE}$  representa o custo total do internamento puro, da produção do GDH  $i$ , do hospital  $h$ , para a rubrica  $X$ , segundo os custos unitários na Matriz de Maryland. Por exemplo, para a rubrica OR, obtém-se a informação na Tabela 3.6.

Tabela 3.6. Custos esperados para a rubrica OR, do hospital  $h$ , no Estado de Maryland

GDH	OR
1	$m_1^{OR,u} * N_{h,1}^{DE}$
...	
$i$	$m_i^{OR,u} * N_{h,i}^{DE}$
...	
876	$m_{876}^{OR,u} * N_{h,876}^{DE}$
<b>Total</b>	$M_h^{OR,Pur}$

**Custo esperado da Rubrica HOTEL**

No que diz respeito à rubrica HOTEL, apura-se o custo total  $M_h^{HOTEL,Pur}$  do internamento puro, da produção do hospital  $h$ , segundo os custos unitários na Matriz de Maryland, como

$$M_h^{HOTEL,Pur} = \sum_{i \in S_h} m_i^{HOTEL,u} * D_{h,i}^{Pur} = \sum_{i \in S_h} M_{h,i}^{HOTEL,Pur},$$

em que  $D_{h,i}^{Pur}$  é o número de dias de internamento puro dos episódios do GDH  $i$ , do hospital  $h$  (passo 2 da metodologia) e  $M_{h,i}^{HOTEL,Pur} = m_i^{HOTEL,u} * D_{h,i}^{Pur}$  representa o custo total do internamento puro, da produção do GDH  $i$ , do hospital  $h$ , para a rubrica HOTEL, segundo os custos unitários na Matriz de Maryland. Obtém-se a informação na Tabela 3.7.

**Tabela 3.7. Tabela Custos esperados para a rubrica HOTEL, do hospital  $h$ , no Estado de Maryland**

GDH	HOTEL
1	$m_1^{HOTEL,u} * D_{h,1}^{Pur}$
...	
$i$	$m_i^{HOTEL,u} * D_{h,i}^{Pur}$
...	
876	$m_{876}^{HOTEL,u} * D_{h,876}^{Pur}$
<b>Total</b>	$M_h^{HOTEL,Pur}$

**3.1.4.5 Passo 5 – Determinação do custo médio por doente equivalente**

O apuramento final dos custos médios por doente equivalente dos GDH realiza-se da mesma maneira em duas etapas: para as rubricas ancilares e para as rubricas diários.

**Rubricas Ancilares**

Pretende-se, para uma rubrica ancilar  $X \in \{OR, DRUG, RAD, LAB, SUP, ICU, OTH\}$ , determinar custos médios/unitários  $c_{h,i}^{X,u}$  por doente equivalente, de todos os GDH  $i$  de um hospital  $h$ , de maneira que o somatório de todos estes custos, multiplicados pelo número de doentes equivalentes correspondentes, iguala o custo total  $C_h^{X,Pur}$  do internamento puro da rubrica:

$$C_h^{X,Pur} = \sum_{i \in S_h} c_{h,i}^{X,u} * N_{h,i}^{DE}.$$

Comparando graficamente o cálculo dos custos esperados das rubricas ancilares, segundo os custos unitários na Matriz de Maryland, com o problema acima posto, faz-se primeiro a redistribuição do custo total  $C_h^{X,Pur}$  do internamento puro da rubrica  $X$ , pelos diferentes GDH, proporcionalmente ao peso de cada GDH no custo total esperado  $M_h^{X,Pur}$  do internamento

puro da rubrica, segundo os custos unitários na Matriz de Maryland, para depois dividir os custos obtidos pelo número de doentes equivalentes correspondentes.

**Tabela 3.8. Custos esperados Matriz de Maryland vs. Custos**

GDH	X	GDH	X
1	$m_1^{X,u} * N_{h,1}^{DE}$	1	$c_{h,1}^{X,u} * N_{h,1}^{DE}$
...		...	
i	$m_i^{X,u} * N_{h,i}^{DE}$	i	$c_{h,i}^{X,u} * N_{h,i}^{DE}$
...		...	
876	$m_{876}^{X,u} * N_{h,876}^{DE}$	876	$c_{h,876}^{X,u} * N_{h,876}^{DE}$
<b>Total</b>	$M_h^{X,Pur}$	<b>Total</b>	$C_h^{X,Pur}$

Em termos matemáticos: apura-se o custo médio/unitário  $c_{h,i}^{X,u}$  por doente equivalente, para a rubrica X, do GDH i de um hospital h, como

$$c_{h,i}^{X,u} = \frac{m_i^{X,u} * N_{h,i}^{DE}}{M_h^{X,Pur}} * C_h^{X,Pur} = \frac{C_h^{X,Pur}}{M_h^{X,Pur}} * m_i^{X,u}.$$

36

Colocado diferentemente, multiplica-se o custo unitário  $m_i^{X,u}$  da Matriz de Maryland, pelo rácio do custo total  $C_h^{X,Pur}$  e o custo total esperado  $M_h^{X,Pur}$ , do internamento puro da rubrica.

#### Rubricas Diários - Hotelaria

Para a rubrica Hotelaria calculam-se os custos médios/unitários  $c_{h,i}^{Hot,u}$  por doente equivalente, de todos os GDH i de um hospital h, similarmemente, i.e. de maneira que o somatório de todos os custos médios, multiplicados pelos números de doentes equivalentes correspondentes, iguala o custo total  $C_h^{Hot,Pur}$  do internamento puro da rubrica:

$$C_h^{Hot,Pur} = \sum_{i \in S_h} c_{h,i}^{Hot,u} * N_{h,i}^{DE}.$$

Comparando o cálculo dos custos esperados da rubrica HOTEL, segundo os custos unitários na Matriz de Maryland, com o problema acima posto, faz-se também aqui primeiro a redistribuição do custo total  $C_h^{Hot,Pur}$  do internamento puro da rubrica Hot, pelos diferentes GDH, proporcionalmente ao peso de cada GDH no custo total esperado  $M_h^{HOTEL,Pur}$  do internamento puro da rubrica, segundo os custos unitários na Matriz de Maryland, para depois dividir os custos obtidos pelo número de doentes equivalentes correspondentes.

Tabela 3.9. Custos esperados Matriz de Maryland vs. Custos

GDH	HOTEL	GDH	Hot
1	$m_1^{HOTEL,u} * D_{h,1}^{Pur}$	1	$C_{h,1}^{Hot,u} * N_{h,1}^{DE}$
...		...	
$i$	$m_i^{HOTEL,u} * D_{h,i}^{Pur}$	$i$	$C_{h,i}^{Hot,u} * N_{h,i}^{DE}$
...		...	
876	$m_{876}^{HOTEL,u} * D_{h,876}^{Pur}$	876	$C_{h,876}^{Hot,u} * N_{h,876}^{DE}$
<b>Total</b>	$M_h^{HOTEL,Pur}$	<b>Total</b>	$C_h^{Hot,Pur}$

Em termos matemáticos: apura-se o custo médio/unitário  $c_{h,i}^{Hot,u}$  por doente equivalente, para a rubrica Hot, do GDH  $i$  de um hospital  $h$ , como

$$c_{h,i}^{Hot,u} = \frac{\frac{m_i^{HOTEL,u} * D_{h,i}^{Pur}}{M_h^{HOTEL,Pur}} * C_h^{Hot,Pur}}{N_{h,i}^{DE}} = \frac{D_{h,i}^{Pur}}{N_{h,i}^{DE}} * \frac{C_h^{Hot,Pur}}{M_h^{HOTEL,Pur}} * m_i^{HOTEL,u}.$$

Colocado doutra forma, multiplica-se o custo unitário  $m_i^{HOTEL,u}$  da Matriz de Maryland, pelo rácio do custo total  $C_h^{Hot,Pur}$  pelo custo total esperado  $M_h^{HOTEL,Pur}$ , do internamento puro da rubrica, e pelo rácio do número  $D_{h,i}^{Pur}$  de dias de internamento puro pelo número  $N_{h,i}^{DE}$  de doentes equivalentes, dos episódios do GDH  $i$ , do hospital  $h$ .

#### Rubricas Diários - Administrativos

Dado que a rubrica Adm não tem equivalente nas rubricas da Matriz de Maryland, recorre-se, para esta rubrica a uma metodologia alternativa, assumindo que o custo com os serviços administrativos está exclusivamente relacionado com o tempo de internamento puro dos doentes.

Realiza-se primeiro a redistribuição do custo total  $C_h^{Adm,Pur}$  do internamento puro da rubrica Adm, pelos diferentes GDH, proporcionalmente ao peso de cada GDH no número total  $D_h^{Pur}$  de dias de internamento puro do hospital  $h$ , definido como  $D_h^{Pur} = \sum_{i \in S_h} D_{h,i}^{Pur}$ , para depois dividir os custos obtidos pelo número de doentes equivalentes correspondentes.

Tabela 3.10. Custos esperados Matriz de Maryland vs. Custos

GDH	Adm	GDH	Adm
1	$D_{h,1}^{Pur}$	1	$c_{h,1}^{Adm,u} * N_{h,1}^{DE}$
...		...	
$i$	$D_{h,i}^{Pur}$	$i$	$c_{h,i}^{Adm,u} * N_{h,i}^{DE}$
...		...	
876	$D_{h,876}^{Pur}$	876	$c_{h,876}^{Adm,u} * N_{h,876}^{DE}$
<b>Total</b>	$D_h^{Pur}$	<b>Total</b>	$C_h^{Adm,Pur}$

Em termos matemáticos: apura-se o custo médio/unitário  $c_{h,i}^{Adm,u}$  por doente equivalente, para a rubrica Adm, do GDH  $i$  de um hospital  $h$ , como

$$c_{h,i}^{Adm,u} = \frac{D_{h,i}^{Pur}}{D_h^{Pur}} * C_h^{Adm,Pur} = \frac{D_{h,i}^{Pur}}{N_{h,i}^{DE}} * \frac{C_h^{Adm,Pur}}{D_h^{Pur}},$$

sendo a multiplicação do custo por dia dos serviços administrativos, pelo rácio do número  $D_{h,i}^{Pur}$  de dias de internamento puro pelo número  $N_{h,i}^{DE}$  de doentes equivalentes, dos episódios do GDH  $i$ , do hospital  $h$ .

### Rubricas Diárias – Médicos

Pela documentação enviada pela ACSS, entende-se que o custo médio/unitário  $c_{h,i}^{Méd,u}$  por doente equivalente, para a rubrica Médicos, do GDH  $i$  de um hospital  $h$ , é calculado como

$$c_{h,i}^{Méd,u} = \frac{C_h^{Méd,Pur}}{V_h^{Pur}} * \frac{D_{h,i}^{Pur}}{N_{h,i}^{DE}} + \frac{C_h^{Méd,Pur}}{M_h^{Anc,Pur}} * (m_i^{OR,u} + m_i^{RAD,u} + m_i^{LAB,u} + m_i^{ICU,u}),$$

onde  $V_h^{Pur}$  representa basicamente uma estimativa do número total de visitas médicas recebidas pelos doentes durante o internamento no hospital  $h$ , e  $M_h^{Anc,Pur}$  é o custo total do internamento puro, da produção do hospital  $h$ , segundo os custos unitários na Matriz de Maryland, para as rubricas OR, RAD, LAB e ICU), ie.:

$$M_h^{Anc,Pur} = M_h^{OR,Pur} + M_h^{RAD,Pur} + M_h^{LAB,Pur} + M_h^{ICU,Pur},$$

representando, assim, parte substancial dos custos ancilares.

No que diz respeito à estimativa  $V_h^{Pur}$  do número total de visitas médicas recebidas pelos doentes durante o internamento no hospital  $h$ , há quatro possibilidades: Os doentes recebem

1. uma visita médica por dia, ou
2. duas visitas médicas por dia, só no primeiro dia de internamento, ou
3. duas visitas médicas por dia, só nos primeiros dois dias de internamento, ou

4. duas visitas médicas por dia, só nos primeiros três dias de internamento.

Imaginando que os doentes recebem só uma visita médica por dia de internamento, então o número total  $V_h^{Pur}$  de visitas médicas recebidas iguala o número total  $D_h^{Pur}$  de dias de internamento puro do hospital  $h$ , ie.:

$$V_h^{Pur} = D_h^{Pur}$$

No caso de os doentes receberem duas visitas só no primeiro dia de internamento, o número total  $V_h^{Pur}$  de visitas médicas recebidas tem de ser, obrigatoriamente, maior do que o número total  $D_h^{Pur}$  de dias de internamento puro, mas com um máximo de duas vezes este número (situação em que todos os doentes tem só um dia de internamento), ie.:

$$D_h^{Pur} < V_h^{Pur} \leq 2 * D_h^{Pur}$$

O mesmo raciocínio é válido para as situações em que os doentes recebem duas visitas só nos primeiros dois e três dias de internamento.

O custo médio/unitário  $c_{h,i}^{Méd,u}$  por doente equivalente, para a rubrica Médicos, do GDH  $i$  de um hospital  $h$ , tem de ser apurado de maneira que o somatório de todos os custos médios, multiplicados pelos números de doentes equivalentes correspondentes, iguala o custo total  $C_h^{Méd,Pur}$  do internamento puro da rubrica Médicos. Para a situação em que não há visitas médicas a duplicar, verifica-se que

$$\begin{aligned} & \sum_{i \in S_h} c_{h,i}^{Méd,u} * N_{h,i}^{DE} \\ &= \sum_{i \in S_h} \left( \frac{C_h^{Méd,Pur}}{V_h^{Pur}} * \frac{D_{h,i}^{Pur}}{N_{h,i}^{DE}} \right) * N_{h,i}^{DE} + \sum_{i \in S_h} \left( \frac{C_h^{Méd,Pur}}{M_h^{Anc,Pur}} * m_i^{Anc,u} \right) * N_{h,i}^{DE} \\ &= \frac{C_h^{Méd,Pur}}{V_h^{Pur}} * \sum_{i \in S_h} \left( \frac{D_{h,i}^{Pur}}{N_{h,i}^{DE}} * N_{h,i}^{DE} \right) + \frac{C_h^{Méd,Pur}}{M_h^{Anc,Pur}} * \sum_{i \in S_h} (m_i^{Anc,u} * N_{h,i}^{DE}) \\ &= \frac{C_h^{Méd,Pur}}{V_h^{Pur}} * \sum_{i \in S_h} D_{h,i}^{Pur} + \frac{C_h^{Méd,Pur}}{M_h^{Anc,Pur}} * M_h^{Anc,Pur} \\ &= \frac{C_h^{Méd,Pur}}{V_h^{Pur}} * D_h^{Pur} + C_h^{Méd,Pur} \\ &= 2 * C_h^{Méd,Pur}, \quad (V_h^{Pur} = D_h^{Pur}) \end{aligned}$$

onde  $m_i^{Anc,u} = m_i^{OR,u} + m_i^{RAD,u} + m_i^{LAB,u} + m_i^{ICU,u}$ . Para as situações em que há visitas médicas a duplicar, temos igualmente que

$$\sum_{i \in S_h} c_{h,i}^{Méd,u} * N_{h,i}^{DE} = \frac{C_h^{Méd,Pur}}{V_h^{Pur}} * D_h^{Pur} + C_h^{Méd,Pur}.$$



Pelas desigualdades  $D_h^{Pur} < V_h^{Pur} \leq 2 * D_h^{Pur}$ , sabemos que

$$\frac{1}{2} \leq \frac{D_h^{Pur}}{V_h^{Pur}} < 1,$$

o que leva a que

$$1.5 * C_h^{Méd,Pur} \leq \sum_{i \in S_h} c_{h,i}^{Méd,u} * N_{h,i}^{DE} < 2 * C_h^{Méd,Pur}.$$

Resumindo as duas situações, o somatório dos custos médios/unitários  $c_{h,i}^{Méd,u}$ , acima definidos, multiplicados pelo número de doentes equivalentes correspondentes, nunca pode igualar o custo total  $C_h^{Méd,Pur}$  do internamento puro da rubrica Médicos, mas sim um valor entre 1,5 e 2 vezes este custo total. Isto leva a que o custo médio do GDH está a ser aumentado artificialmente, pela duplicação (no pior caso) de custo total  $C_h^{Méd,Pur}$  do internamento puro da rubrica Médicos.

Para perceber melhor a definição do custo médio/unitário  $c_{h,i}^{Méd,u}$ , para a rubrica Médicos, assuma-se que o custo dos médicos é composto por uma componente de custos diários e uma componente de custos ancilares. É verdade que o pessoal de enfermagem habitualmente está destacado a centros de custos fixos: enfermeiros que trabalham no bloco operatório, não costumam passar muito tempo no serviço clínico de ortopedia, da mesma maneira que enfermeiros que trabalham no serviço clínico de ortopedia, não costumam passar muito tempo no bloco operatório. Com o pessoal médico, a situação já é diferente.

Um médico cirurgião que solicita análises laboratoriais e análises clínicas de radiologia, faz cirurgias no bloco operatório e monitoriza os doentes na unidade de cuidados intensivos, costuma depois visitar os doentes regularmente nos seus quartos do serviço principal onde foram admitidos. Sendo assim, justifica dividir o custo médio/unitário  $c_{h,i}^{Méd,u}$ , para a rubrica Médicos, numa parte diária e uma parte ancilar.

Para apurar a parte ancilar do custo médio, é necessário primeiro determinar qual a parte do custo total  $C_h^{Méd,Pur}$  do internamento puro, da rubrica Médicos, pertencente aos custos ancilares. A mesma situação coloca-se, para a parte diária do custo médio. Imaginemos que  $P_h^a$  por cento do custo total  $C_h^{Méd,Pur}$  pertence a custos ancilares, e  $1 - P_h^a$  por cento do custo pertence a custos diários.

No que diz respeito à parte diária do custo, procede-se de modo idêntico à rubrica dos serviços administrativos, mas em vez de considerar um custo médio por dia de internamento puro, considera-se um custo médio por visita médica recebida. Faz-se então a redistribuição do custo diário total,  $(1 - P_h^a) * C_h^{Adm,Pur}$ , pelos diferentes GDH, proporcionalmente ao peso de cada GDH no número total  $V_h^{Pur}$  de visitas médicas recebidas pelos doentes durante o internamento no hospital  $h$ , definido como  $D_h^{Pur} = \sum_{i \in S_h} D_{h,i}^{Pur}$ , para depois dividir os custos obtidos pelo número de doentes equivalentes correspondentes.

Tabela 3.11. Custos esperados Matriz de Maryland vs. Custos

GDH	Méd - Diários	GDH	Méd - Diários
1	$V_{h,1}^{Pur}$	1	$C_{h,1}^{Méd,Dia,u} * N_{h,1}^{DE}$
...		...	
$i$	$V_{h,i}^{Pur}$	$i$	$C_{h,i}^{Méd,Dia,u} * N_{h,i}^{DE}$
...		...	
876	$V_{h,876}^{Pur}$	876	$C_{h,876}^{Méd,Dia,u} * N_{h,876}^{DE}$
<b>Total</b>	$V_h^{Pur}$	<b>Total</b>	$(1 - P_h^a) * C_h^{Méd,Pur}$

Sendo  $V_{h,i}^{Pur}$  o número total de visitas médicas recebidas pelos doentes do GDH  $i$  e  $V_h^{Pur} = \sum_{i \in S_h} V_{h,i}^{Pur}$ .

Em termos matemáticos: apura-se o custo médio/unitário  $C_{h,i}^{Méd,Dia,u}$  por doente equivalente, para a rubrica Méd, do GDH  $i$  de um hospital  $h$ , como

$$C_{h,i}^{Méd,Dia,u} = \frac{\frac{V_{h,i}^{Pur}}{V_h^{Pur}} * (1 - P_h^a) * C_h^{Méd,Pur}}{N_{h,i}^{DE}} = \frac{(1 - P_h^a) * C_h^{Méd,Pur}}{V_h^{Pur}} * \frac{V_{h,i}^{Pur}}{N_{h,i}^{DE}},$$

sendo a multiplicação do custo por visita médica, pelo rácio do número  $V_{h,i}^{Pur}$  de visitas médicas pelo número  $N_{h,i}^{DE}$  de doentes equivalentes, dos episódios do GDH  $i$ , do hospital  $h$ . O custo médio apurado é na realidade um custo médio por visita médica, transformado num custo médio por doente equivalente.

No que diz respeito à parte ancilar do custo, procede-se numa maneira parecida às rubricas ancilares, mas em vez de considerar só uma rubrica ancilar, considera-se o conjunto das rubricas ancilares OR, RAD, LAB e ICU.

Tabela 3.12. Custos esperados Matriz de Maryland vs. Custos

GDH	Ancilares	GDH	Méd - Ancilares
1	$m_1^{Anc,u} * N_{h,1}^{DE}$	1	$C_{h,1}^{Méd,Anc,u} * N_{h,1}^{DE}$
...		...	
$i$	$m_i^{Anc,u} * N_{h,i}^{DE}$	$i$	$C_{h,i}^{Méd,Anc,u} * N_{h,i}^{DE}$
...		...	
876	$m_{876}^{Anc,u} * N_{h,876}^{DE}$	876	$C_{h,876}^{Méd,Anc,u} * N_{h,876}^{DE}$
<b>Total</b>	$M_h^{Anc,Pur}$	<b>Total</b>	$P_h^a * C_h^{Méd,Pur}$

Faz-se primeiro a redistribuição do custo ancilar total  $P_h^a * C_h^{Méd,Pur}$ , pelas diferentes GDH, proporcionalmente ao peso de cada GDH no custo total esperado  $M_h^{Anc,Pur}$  do internamento puro das rubricas ancilares consideradas, segundo os custos unitários na Matriz de Maryland, para depois dividir os custos obtidos pelo número de doentes equivalentes correspondentes.

Em termos matemáticos: apura-se o custo médio/unitário  $c_{h,i}^{Méd,Anc,u}$  por doente equivalente, para a rubrica  $X$ , do GDH  $i$  de um hospital  $h$ , como

$$c_{h,i}^{Méd,Anc,u} = \frac{\frac{m_i^{Anc,u} * N_{h,i}^{DE}}{M_h^{Anc,Pur}} * P_h^a * C_h^{Méd,Pur}}{N_{h,i}^{DE}} = \frac{P_h^a * C_h^{Méd,Pur}}{M_h^{Anc,Pur}} * m_i^{Anc,u}.$$

Multiplica-se, então, o custo unitário  $m_i^{Anc,u}$  da Matriz de Maryland, pelo rácio do custo ancilar total  $P_h^a * C_h^{Méd,Pur}$  e do custo total esperado  $M_h^{Anc,Pur}$ , do internamento puro das rubricas ancilares consideradas. Pela chave de repartição do custo total  $P_h^a * C_h^{Méd,Pur}$  utilizada, percebe-se que o custo médio apurado é efectivamente um custo médio por doente equivalente.

Juntando os dois custos médios assim apurados, leva a que o custo médio/unitário  $\tilde{c}_{h,i}^{Méd,u}$  por doente equivalente, para a rubrica Médicos, do GDH  $i$  de um hospital  $h$ , pode ser calculado como

42

$$\tilde{c}_{h,i}^{Méd,u} = \frac{(1 - P_h^a) * C_h^{Méd,Pur}}{V_h^{Pur}} * \frac{V_{h,i}^{Pur}}{N_{h,i}^{DE}} + \frac{P_h^a * C_h^{Méd,Pur}}{M_h^{Anc,Pur}} * m_i^{Anc,u}.$$

Comparando este custo médio  $\tilde{c}_{h,i}^{Méd,u}$ , com o custo médio  $c_{h,i}^{Méd,u}$  apresentado na documentação da ACSS,

$$c_{h,i}^{Méd,u} = \frac{C_h^{Méd,Pur}}{V_h^{Pur}} * \frac{D_{h,i}^{Pur}}{N_{h,i}^{DE}} + \frac{C_h^{Méd,Pur}}{M_h^{Anc,Pur}} * m_i^{Anc,u},$$

é possível compreender quais as limitações encerradas no último.

## 3.2 Análise Quantitativa

### 3.2.1 Metodologia

A metodologia inicialmente pensada para analisar a adequação da Matriz de Maryland ao contexto Português baseava-se em metodologias de análise gráfica e em inferência estatística sobre a comparação entre o custo por GDH, apurado a partir do sistema de custeio por actividade, e o custo por GDH, apurado a partir da metodologia acima descrita. Diferenças significativas poderiam sugerir inadequação dos custos unitários da Matriz de Maryland ao contexto Português.

No entanto, um conjunto de limitações (como referido na apresentação intercalar realizada em reunião no Tribunal de Contas) impossibilitou a concretização deste objectivo.

De seguida enumeram-se os elementos em falta para a concretização do objectivo:

- Anexo III à documentação da metodologia do apuramento de custo por GDH, actualizado para os anos em estudo, dado que há várias contas C22 e C23 que constam da BDEA, mas não se encontram nas rubricas do Anexo III.
- Chave de repartição das contas 96422 e 96424 pelas rubricas afectas, não realizadas nos exercícios nos anos em estudo.
- Uma descrição de parte da metodologia, nomeadamente dos passos 7 a 10.

### 3.3 Conclusões e Recomendações

Grande parte da metodologia que actualmente está a ser utilizada pela ACSS para o apuramento dos custos por GDH diz respeito à aplicação da chamada “Matriz de Maryland” aos custos do serviço clínico de internamento dos hospitais, o número de doentes equivalentes tratados e os respectivos tempos de internamento.

Na impossibilidade da maioria dos hospitais conseguir gerar um custo por GDH e dado que o sistema de custeio por actividade ainda não se encontra implementado nos hospitais, a utilização desta metodologia poderá ser uma alternativa aceitável. No entanto, existem problemas na sua utilização, do qual o principal é a transposição dos custos unitários na mesma razão e proporção para Portugal.

O facto da maioria dos hospitais não conseguir gerar um custo por GDH e por rubrica, não é possível fazer uma avaliação da adequação dos custos da Matriz de Maryland ao contexto português

No presente capítulo foi realizada uma descrição da metodologia para o apuramento do custo por GDH de internamento dos hospitais, disponível nos documentos<sup>1</sup> fornecidos pela Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS), bem como a identificação de potenciais problemas decorrentes da adaptação da Matriz de Maryland ao caso português. A escassez de informação clara e detalhada e a dificuldade/impossibilidade de esclarecimento de dúvidas por parte da ACSS causou limitações na análise e levou a que certas interpretações fossem inferidas.

A falta de elementos limitou ainda a realização de parte das análises programadas. Nomeadamente, não foi possível realizar a análise quantitativa que permitiria aferir sobre a adequabilidade da aplicação dos custos unitários da Matriz de Maryland ao sistema português.

Encontra-se abaixo um quadro onde se descrevem, para os pontos analisados, sempre que encontrados, os pontos fracos da metodologia ou observações que foram consideradas mais pertinentes. A estes, juntaram-se algumas recomendações no sentido de contribuir para o desenvolvimento de uma solução mais adequada.

---

<sup>1</sup> Fonte: Unidade Operacional de Financiamento e Contratualização da ACSS.

Análise e Avaliação do Sistema de Pagamentos e de Formação dos Preços Pagos aos Hospitais do Serviço Nacional de Saúde

Observações/Pontos fracos	Recomendações
<b>Aspectos gerais</b>	
<p>A documentação fornecida foi insuficiente e, muitas vezes pouco clara. Houve, por parte da ACSS incapacidade para responder a diversas questões colocadas. Estas limitações deveram-se, em parte, ao facto de já não estarem presentes no serviço os elementos responsáveis pela implementação dos procedimentos de cálculo, bem como à inexistência de documentação, muito particularmente, de um manual explicativo do procedimento implementado para o cálculo de custos (a documentação existente resumiu-se a uma listagem de variáveis identificadas por siglas frequentemente não inteligíveis e à indicação de parte dos cálculos).</p> <p>Considera-se ainda insuficiente a informação existente sobre as rubricas da Matriz de Maryland.</p>	<p>Recomenda-se a obtenção de documentação mais completa relativa ao programa informático de cálculo de custos, bem como de informação detalhada sobre a Matriz de Maryland.</p>
<b>Apuramento dos custos do serviço clínico de internamento</b>	
<p>A rubrica MISC, utilizada no Estado de Maryland (EUA), não tem correspondência em Portugal.</p> <p>O mesmo tipo de problema coloca-se na interpretação das rubricas referentes aos custos de hotelaria. Segundo a interpretação da ACSS, a versão portuguesa desta rubrica</p>	<p>Interessa saber quais são os custos do serviço clínico de internamento agrupados nesta rubrica, bem como saber se em Portugal são ou não pagos fora do âmbito do financiamento por GDH. Se são custos que têm correspondência nas rubricas utilizadas em Portugal, a não utilização desta rubrica pode ter um impacto no apuramento do custo por GDH. Assumindo que a rubrica MISC se refere a custos de natureza variada (miscelânea), poder-se-ia pensar que a rubrica tem ligação com a rubrica Outros, utilizada em Portugal, o que, por sua vez, iria provocar um problema com a interpretação da rubrica OTH, utilizada no Estado de Maryland. Efectivamente o ficheiro com "<i>Center Code Descriptions</i>" no sítio da comissão HSCRC<sup>1</sup> da Maryland, refere ao código de centre OTH como sendo "<i>Occupational Therapy</i>" (terapia ocupacional).</p> <p>Importa saber se a mesma situação se coloca na versão do Estado de Maryland desta rubrica. Questiona-se se, tal como foi o caso</p>

<sup>1</sup> The Health Services Cost Review Commission, presumivelmente responsável pela Matriz de Maryland (veja Anexo I) ([http://www.hscrc.state.md.us/hsp\\_Rates2.cfm](http://www.hscrc.state.md.us/hsp_Rates2.cfm))

<p>inclui, além de, por exemplo, custos com alimentação e lavanderia, custos com pessoal de enfermagem e pessoal auxiliar.</p> <p>Questionada sobre os custos do serviço clínico de internamento agrupados nas rubricas MISC, OTH e HOTEL, utilizadas no Estado de Maryland (EUA), a ACSS afirmou que não é possível responder à questão, o que torna uma interpretação e avaliação correcta da correspondência entre os dois conjuntos de rubricas difícil. Da mesma maneira, não foi possível responder à questão da não utilização da rubrica MISC, no apuramento do custo por GDH.</p> <p>A afectação dos custos da rubrica UCI, inclui não as contas 96 e/ou C habituais, mas sim a referência ao centro de custos “Unidades de Cuidados Intensivos” da BDEA. Os custos directos e indirectos contidos neste centro de custos sobrepõem-se aos custos das outras rubricas. Segundo a informação da ACSS, para determinar o custo total da rubrica Radiologia, por exemplo, consideram-se todos os custos da conta C2030000 (Imagiologia), correspondentes aos serviços clínicos de internamento, excepto os da UCI e dos quartos privados. Este procedimento leva a que a rubrica UCI seja composta por parte dos custos directos e indirectos que, aparentemente, pertencem às outras rubricas. Ou seja, apesar da rubrica Radiologia supostamente incluir todos os custos dos serviços clínicos de internamento correspondentes à Imagiologia, parte destes custos, na realidade, está afectada à rubrica UCI. Da mesma maneira, apesar de, supostamente, todos os custos com o pessoal de enfermagem estarem incluídos na rubrica Hotelaria, afinal, parte destes custos está afectada à rubrica UCI.</p>	<p>com os custos com o pessoal médico, também os custos com o pessoal de enfermagem são pagos à parte.</p> <p>Importa saber se a mesma sobreposição acontece nas rubricas utilizadas no Estado de Maryland (EUA).</p>
<p>Conversão dos episódios de internamento</p>	
<p>Apuramento dos custos de internamento puro</p>	
<p>O facto do custo total <math>C_h^{Pro}</math> do internamento</p>	<p>Deve ser realizada uma avaliação sobre se os</p>

<p>prolongado do hospital <math>h</math> ser calculado a partir da diária de hotelaria, implica que se assume que o custo incorrido pelo hospital, nos dias de internamento prolongado, é altamente relacionado com custos de hotelaria (enfermagem, alimentação, lavandaria, etc.), mais do que com custos de, por exemplo, bloco operatório, UCI ou radiologia. No entanto, com a redistribuição proporcional descrita, não é improvável que a maior parte do custo <math>C_h^{Pro}</math> de internamento prolongado seja retirado dos custos ancilares, e não dos custos diários. Este procedimento pode implicar uma diminuição artificial dos custos ancilares de internamento puro, em favor de um aumento dos custos diários.</p>	<p>procedimentos/custos reais associados aos episódios de internamento prolongado se distribuem, efectivamente, de acordo com a forma proporcional utilizada no cálculo. No caso de tal não acontecer, deverá ser encontrada uma forma mais justa de calcular o custo total do internamento prolongado, nomeadamente dos custos de hotelaria. Sugere-se que esta distribuição seja repensada.</p>
<p><b>Cálculo dos custos esperados segundo a Matriz de Maryland</b></p>	
<p><b>Determinação do custo médio por doente equivalente</b></p>	
<p>Rubricas Diários – Médicos: A análise da documentação levou à conclusão que o somatório dos custos médios/unitários <math>C_{h,i}^{Méd,u}</math>, multiplicados pelo número de doentes equivalentes correspondentes, nunca pode igualar o custo total <math>C_h^{Méd,Pur}</math> do internamento puro da rubrica Médicos, mas sim um valor entre 1,5 e 2 vezes este custo total. Isto leva a que o custo médio do GDH está a ser aumentado artificialmente, pela duplicação (no pior caso) de custo total <math>C_h^{Méd,Pur}</math> do internamento puro da rubrica Médicos. Vejam-se os cálculos no parágrafo “Rubricas diários – Médicos” da secção 2.1.4.5.</p>	<p>Recomenda-se a introdução de coeficientes de ponderação no cálculo dos referidos custos. Veja-se a parte final do parágrafo “Rubricas diários – Médicos” da secção 2.1.4.5. para detalhes sobre a proposta.</p>

## 4 Limiares de Excepção dos Tempos de Internamento

### Limiares de excepção dos tempos de internamento

Conclusões	Na globalidade, a metodologia utilizada na fixação dos limiares de excepção do tempo de internamento está insuficientemente fundamentada e envia a verdadeira distribuição da duração do internamento.
	A maioria das distribuições de tempos de internamento não se ajusta a distribuição lognormal. Ou equivalentemente, os logaritmos do tempo de internamento não seguem uma distribuição normal.
	Não considerar a ocorrência de internamentos de duração mais elevada pode resultar num financiamento inadequado para este tipo de internamentos.
	O pressuposto sobre o tipo de distribuição utilizado pela ACSS no cálculo dos limiares de excepção resulta numa alteração artificial do nº de doentes equivalentes. Todavia, não é possível antecipar a influência no financiamento face à duração real do internamento.
	A possibilidade de ajustamento de mistura de distribuições para a maioria dos 25 GDH mais representativos revela eventual necessidade de alteração da classificação actual destes GDH.
Recomendações	Analisar os dados sem limpeza (cauda direita).
	O modelo de mistura finita de distribuições revelou a inadequabilidade da distribuição lognormal para representar os tempos de internamento. Recomenda-se a realização de um estudo mais aprofundado sobre o tipo de mistura de distribuições a utilizar e que leve em conta os tempos de internamento mais elevados.
	O método desenvolvido por Richard Averil e utilizado pela ACSS no cálculo dos limiares de excepção dos tempos de internamento não apresenta justificação aparente pelo que deve ser revisto.

### 4.1 Introdução

Os limiares de excepção do tempo de internamento são importantes para o cálculo do número de doentes equivalentes, que é encarado como uma medida da produção do hospital para um determinado GDH. O conceito de doente equivalente assenta na classificação do tempo de internamento em três regimes:

1. tempo de internamento de curta duração – definido num intervalo  $(0,a]$
2. tempo de internamento “normal” – definido num intervalo  $(a,b)$
3. tempo de internamento de duração prolongada – definido num intervalo  $[b,\infty)$

Um doente com tempo de internamento “normal” ou “prolongado” é contabilizado como uma unidade para a respectiva produção. Um doente com tempo de internamento de curta duração é contabilizado com um valor inferior a uma unidade, dependendo da fracção do tempo de internamento. Desta forma, os limiares de excepção são cruciais para determinar o número de doentes equivalentes associados à produção de um hospital.



O objectivo deste capítulo é avaliar a adequação dos pressupostos utilizados na fixação dos limiares de excepção do tempo de internamento.

O conteúdo da documentação recolhida junto da ACSS sobre a definição dos limiares de excepção, apesar de não ser exaustivo, foi utilizado como base para a avaliação supracitada. De acordo com informação nos ficheiros *Metodologia\_Calculo\_Limiares\_GDH\_Nov 2010\_Vfinal.doc* e *calculolimiares.pdf*, existem três métodos possíveis para o cálculo dos limiares de excepção:

- Método do intervalo interquartil (INQ)
- Método do intervalo de Richard Averill (RAQ)
- Método do desvio padrão (STD)

De acordo com o referido pela ACSS, o método do intervalo de Richard Averill (RAQ) foi o utilizado aquando da implementação da metodologia GDH em Portugal “por ter sido o que apresentou melhores resultados”. Na documentação disponibilizada pela ACSS não é referido o método utilizado para efeitos de comparação das alternativas acima identificadas.

O método do intervalo RAQ baseia-se na distribuição lognormal. A distribuição lognormal tem função de densidade de probabilidade (fdp) dada por:

$$f(x) = \frac{1}{x\sigma\sqrt{2\pi}} \exp\left(-\frac{(\ln x - \mu)^2}{2\sigma^2}\right), \quad x > 0$$

48

sendo  $\mu$  (real) e  $\sigma$  ( $\sigma > 0$ ) os parâmetros de localização e de escala, respectivamente. Esta distribuição é frequentemente utilizada para representar fenómenos que podem originar valores grandes, tendo uma cauda muito mais pesada do que a cauda de uma distribuição normal. De modo a visualizar melhor a diferença entre as distribuições normal e lognormal, apresentam-se na Figura 4.1 o histograma de uma amostra de dimensão  $n = 500$  gerada a partir de uma distribuição normal  $N(\mu=0, \sigma^2=1)$ , assim como o da correspondente lognormal. As linhas a vermelho que constam de ambos os gráficos correspondem as estimativas da densidade.

É importante referir que se  $X$  for uma  $N(0,1)$  então  $Y = \exp(X)$  tem distribuição Lognormal(0,1).

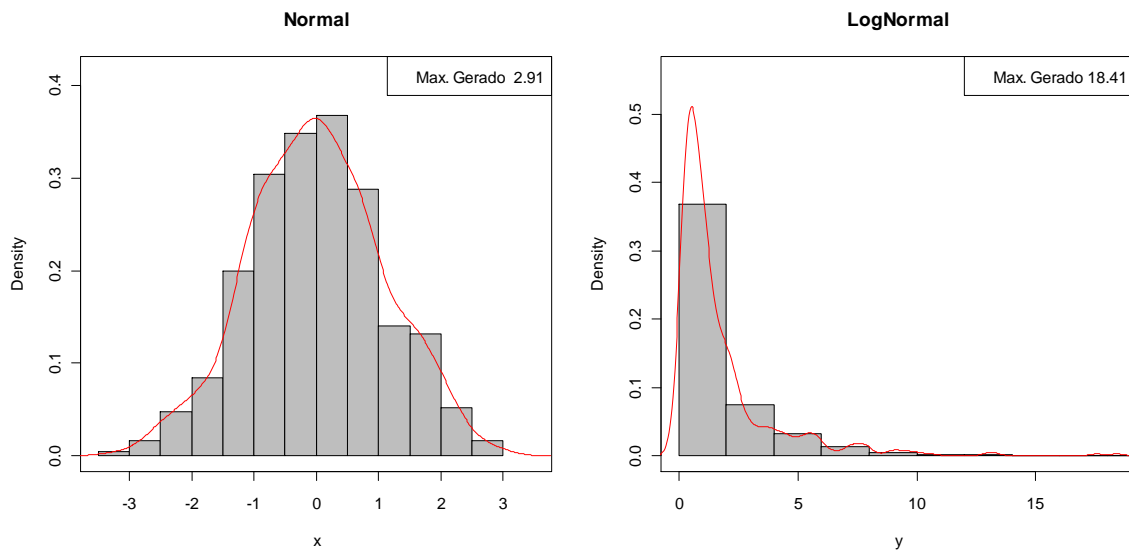


Figura 4.1. Histogramas e estimativas da fdp para uma amostra gerada segundo uma  $N(0,1)$  e  $\text{lognormal}(0,1)$

O método do intervalo de Richard Averill é composto por três etapas:

#### 1ª Etapa:

Assume-se que a distribuição do tempo de internamento segue uma distribuição lognormal e, em seguida, calculam-se os limiares iniciais ( $LI$ =limiar inferior e  $LS$ =limiar superior) da seguinte forma:

$$LI = \exp(\mu - 3\sigma)$$

$$LS = \exp(\mu + 3\sigma)$$

sendo  $\mu$  e  $\sigma$  o valor médio e o desvio padrão do logaritmo natural do tempo de internamento, respectivamente. Para que o resultado seja um valor inteiro, é feito um arredondamento do valor resultante das equações anteriores, que não está especificado na documentação enviada pela ACSS. Tal como referido anteriormente, a distribuição lognormal é uma distribuição que unicamente assume valores positivos, é contínua e assimétrica à direita. Sendo assim, todos os episódios de internamento com menos de 24 horas são substituídos pelo valor um para que se possa proceder tal aproximação da variável discreta tempo de internamento.

#### 2ª Etapa:

“Limpeza” dos dados de acordo com os limiares iniciais calculados na etapa anterior. Essa etapa basicamente consiste em:

- Converter os internamentos de zero dias em um dia
- Igualar ao limiar inferior inicial os internamentos que se encontram abaixo deste
- Igualar ao limiar superior inicial os internamentos que se encontram acima deste

### 3ª Etapa:

Definição dos novos limiares baseado nos quartis. O limiar inferior ( $LI$ ) é calculado através da seguinte fórmula:

$$LI = dispersão + deslocamento$$

em que  $dispersão = (Q2 - Q1)/2$  e  $deslocamento = (Q1 - dispersão)/4$ , sendo  $Q1$  e  $Q2$  o primeiro e o segundo quartil da distribuição do tempo de internamento.

Neste passo é novamente aplicado um tipo de arredondamento não explicitado na documentação. Também são aplicadas algumas restrições:

- Se  $LI \geq Q1$  então  $LI = LI - 1$
- Se  $LI \leq 0$  então  $LI = 0$

O limiar superior é igual ao limite superior do intervalo interquartil:

$$LS = Q3 + 2 * (Q3 - Q1)$$

em que  $Q1$  e  $Q3$  são o primeiro e o terceiro quartis da distribuição do tempo de internamento.

Mais uma vez, aplica-se um arredondamento não explicitado na documentação, e impõem-se também algumas restrições:

- Se  $LS \geq$  demora média sem transferidos + n.º de dias escolhido pelo utilizador para ser utilizado para o ajustamento desse limiar (usualmente = 30 dias) então  $LS =$  valor indicado.
- Se  $LS < 3$  então  $LS = 3$

Para determinar os limiares de excepção para cada GDH são utilizados os limiares inferior e máximo:

$$\text{Limiar inferior de excepção} = LI$$

$$\text{Limiar máximo de excepção} = LS + (LS - LI)/2$$

em que  $LI$ =limite inferior e  $LS$ =limite superior calculado na 3ª etapa do método do intervalo RAQ.

Como descrito acima, a metodologia utilizada pela ACSS para a determinação dos respectivos limiares de excepção para o tempo de internamento, assenta inicialmente na eliminação de eventuais observações erróneas ou aberrantes (*outliers*) da base de dados por substituição de valores (truncatura). Esses *outliers* estão usualmente associados a tempos de internamento longo, mas não só. Na “limpeza” dos dados, valores abaixo do limiar inferior inicial, calculados na primeira etapa, são substituídos pelo valor do limiar inferior inicial.

O acto de eliminação de *outliers* encerra em si duas constatações. Uma primeira de cariz prático consiste em gerar um incentivo para que os hospitais reduzam o tempo de internamento dos doentes. Uma segunda, com um carácter mais técnico, está relacionada com tipo de caudas apresentado pela distribuição probabilística subjacente ao tempo de

internamento. Ora, expurgar os tempos de internamento excessivamente longos, implica admitir-se, tacitamente, que a distribuição do tempo de internamento não pode ter caudas pesadas. Contudo, como pode ser observar no gráfico da Figura 4.2, estes tempos de internamento são sistematicamente observados ao longo de vários anos, indicando que os mesmos devem ser encarados, não como observações aberrantes, mas sim como realizações aleatórias efectivas de distribuições de caudas pesadas. Deste ponto de vista, a prática de eliminar *outliers* não é recomendável, pois tais observações fazem parte da variabilidade natural do fenómeno em estudo. Na Figura 4.3 também pode ser verificado a evolução do número de episódios de curta duração por GDH.

A presença de tempos de internamento excessivamente longos pode ainda indiciar que a distribuição probabilística subjacente aos dados deriva de várias populações latentes, dando assim origem a modelos de mistura, que já foram propostos na literatura por vários autores (Xiao et al, 1999; Singh and Ladusingh, 2010; Yau et al., 2003). Assim, interessa verificar se os dados podem ser descritos não só por distribuições de caudas pesadas como por distribuições resultantes de misturas probabilísticas.

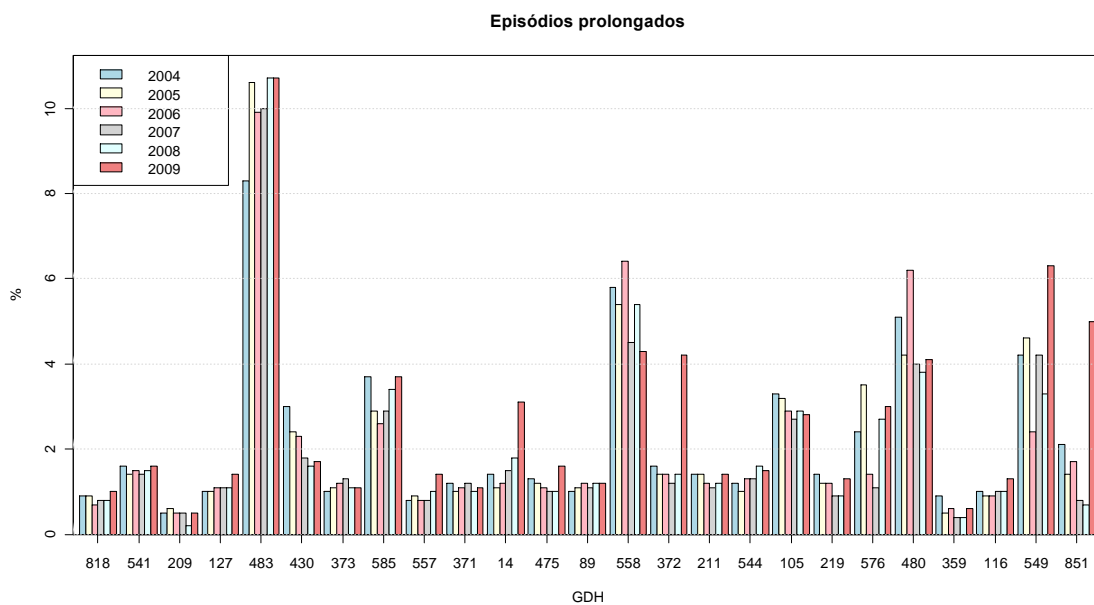
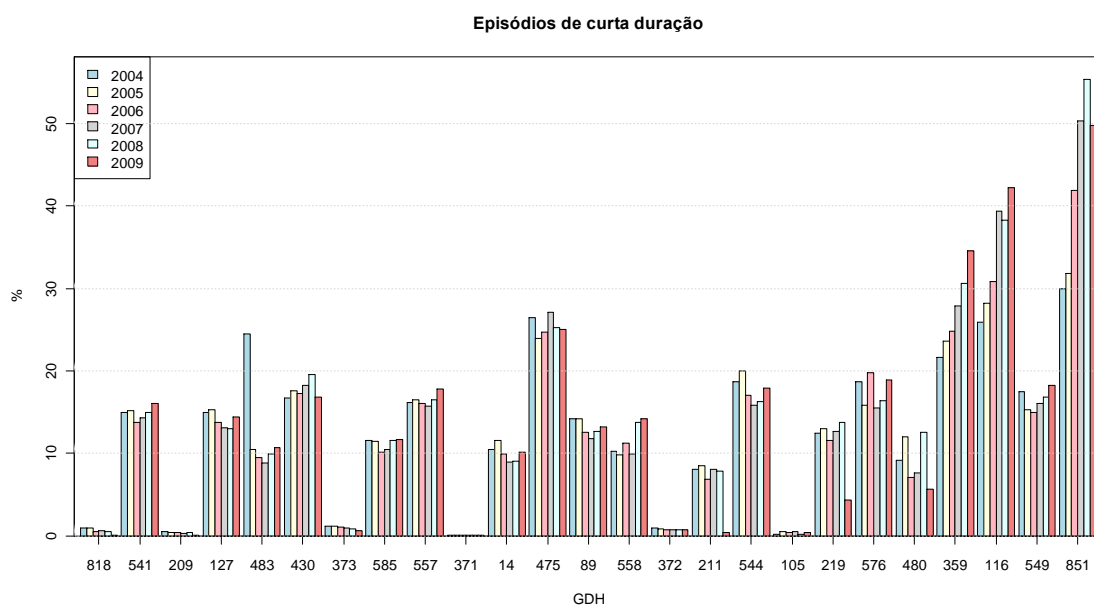


Figura 4.2. Número de episódios com tempo de internamento maior ou igual que o limiar máximo publicado na Portaria 839-A/2009 de 31 de Julho de 2009 para a base de 2009 e na Portaria 110-A/2007 de 23 de Janeiro para os anos anteriores



**Figura 4.3.** Número de episódios com tempo de internamento menor ou igual que o limiar inferior publicado na Portaria 839-A/2009 de 31 de Julho de 2009 para a base de 2009 e na Portaria 110-A/2007 de 23 de Janeiro para os anos anteriores

Adicionalmente à truncatura das observações, existem as restrições utilizadas pelo método, para as quais também não se apresenta nenhuma justificação para sua utilização. Por exemplo, na terceira etapa do método, quando o limiar superior é maior ou igual a demora média sem transferidos somado um número de dias escolhido pelo utilizador, para o ajustamento desse limiar, substitui-se o limiar superior para o valor indicado. Menciona-se que usualmente o número de dias escolhido pelo utilizador é de 30 dias, mas novamente não há menção sobre o porquê desse número, presumivelmente subjectivo.

Sumariamente, ressalta-se que os pressupostos assumidos pela ACSS na utilização do método RAQ não foram mencionados em nenhuma documentação facultada e nem tão pouco nos contactos via *e-mail* ou presenciais (reuniões). Contudo, o método adoptado pela ACSS será analisado do ponto de vista estatístico.

## 4.2 Análise estatística

### 4.2.1 Selecção dos GDH mais representativos

A avaliação do método utilizado pela ACSS para o cálculo dos limiares de excepção na duração do internamento foi conduzida para os 25 GDH mais representativos (Tabela 4.1) em termos de facturação para o ano de 2009. A selecção desses GDH consistiu nos seguintes procedimentos:

#### 1º Passo

Cálculo dos custos para cada episódio de internamento incluídos na base de dados GDH 2009 com base na metodologia descrita pelos diagramas apresentados nos Quadros 1 e 2 (disponibilizado pela ACSS). Os preços utilizados para calcular os

custos dos GDH foram os publicados no Anexo II da Portaria 839-A/2009 de 31 de Julho de 2009.

2º Passo

Pré-selecção dos episódios com tempos de internamento superior a 24 horas e que estão incluídos no grupo “factura internamento pelo GDH respectivo”.

3º Passo

Cálculo dos custos por GDH considerando os episódios seleccionados no passo anterior.

4º Passo

Ordenação e selecção dos 25 GDH com mais custos de internamento.



Quadro 4.1. Metodologia para o cálculo do custo dos episódios de internamento



Quadro 4.2. Metodologia para o cálculo do custo dos episódios de internamento (cont.)

54

A justificativa para serem somente considerados os episódios de internamento com mais de 24 horas na escolha dos 25 GDH mais representativos, em termos da facturação, apoia-se no facto de que a partir de 2007 as bases de dados dos GDH passaram a incluir todos os episódios de hospital dia, como por exemplo os episódios de quimioterapia e de radioterapia que possuem uma duração menor que 24 horas.

Feita a escolha dos 25 GDH mais representativos de acordo com os passos acima descritos, foram seleccionados da base original enviada pela ACSS, todos os episódios de internamentos dos 25 GDH escolhidos para efeito da análise do tempo de internamento.

Os 25 GDH mais representativos são então apresentados na Tabela 4.1 em ordem decrescente de custo total:

Tabela 4.1. Listagem dos 25 GDH mais representativos em termos de facturação

GDH	Designação	Número de episódios em 2009
818	Substituição da anca, excepto por complicações	7335
541	Perturbações respiratórias, excepto infecções, bronquite ou asma, com CC major	17765
209	Procedimentos major nas articulações e/ou reimplante de membro inferior, excepto anca, excepto por complicação	5826
127	Insuficiência cardíaca e/ou choque	12368
483	Oxigenação por membrana extracorporeal, traqueostomia com ventilação mecânica >96h ou traqueostomia com outro diagnóstico principal, excepto da face, boca ou do pescoço	1089

## Análise e Avaliação do Sistema de Pagamentos e de Formação dos Preços Pagos aos Hospitais do Serviço Nacional de Saúde

430	Psicoses	9533
373	Parto vaginal, sem diagnósticos de complicação	34636
585	Procedimentos major no estômago, esófago, duodeno, intestino delgado e/ou intestino grosso, com CC major	2658
557	Perturbações hepatobiliares e/ou pancreáticas, com CC major	3998
371	Cesariana, sem CC	19854
14	Acidente vascular cerebral com enfarte	14692
475	Diagnósticos do aparelho respiratório com suporte ventilatório	1931
89	Pneumonia e/ou pleurisia simples, idade > 17 anos, com CC	14218
558	Procedimentos major no aparelho osteomuscular, excepto procedimentos major bilaterais ou múltiplos nas articulações, com CC major	1749
372	Parto vaginal, com diagnósticos de complicação	14560
211	Procedimentos na anca e/ou no fémur, excepto procedimentos articulares major, idade >17 anos, sem CC	5600
544	Insuficiência cardíaca congestiva e/ou arritmia cardíaca, com CC major	4930
105	Procedimentos nas válvulas cardíacas e/ou outros procedimentos cardiorácicos major, sem cateterismo cardíaco	1457
219	Procedimentos no membro inferior e/ou no úmero, excepto na anca, pé ou fémur, idade >17 anos, sem CC	5658
576	Leucemia aguda, com CC major	460
480	Transplante hepático	196
359	Procedimentos no útero e/ou seus anexos, por carcinoma in situ e/ou doença não maligna, sem CC	16230
116	Outras implantações de pacemaker cardíaco permanente	5218
549	Procedimentos cardiovasculares major, com CC major	883
851	Implantação de desfibrilhador cardíaco, sem cateterismo cardíaco	582

A seguir serão apresentadas a análise do tempo de internamento dos 25 GDH indicados na Tabela anterior.

### 4.3 Análise exploratória

A análise exploratória do tempo de internamento foi realizada através do cálculo de medidas sumárias e procedendo a análise gráfica dos dados. Com o intuito de analisar as características da cauda à direita são apresentados na Tabela 4.2 os quantis de probabilidades 0,95, 0,99, 0,995 e 0,9995. Por exemplo, para o GDH 818, o quantil de probabilidade 0,995 tem a seguinte interpretação: apenas 0,5% dos episódios de internamento classificados nesse GDH têm tempo de permanência superior a 50 dias. Determinados GDH apresentam quantis extremos muito elevados, tais como os GDH 483 e 430.

**Tabela 4.2. Alguns quantis empíricos dos 25 GDH mais representativos**

GDH	95%	99%	99.5%	99.95%
<b>818</b>	23.000	39.000	50.000	91.651
<b>541</b>	32.000	56.000	72.000	141.236
<b>209</b>	17.000	25.000	31.000	61.438
<b>127</b>	21.000	37.000	43.000	73.633
<b>483</b>	187.800	335.960	420.720	2068.152
<b>430</b>	52.000	96.000	129.340	1595.228



373	4.000	7.000	8.000	16.000
585	72.000	132.860	175.860	402.909
557	39.000	64.030	76.000	94.005
371	6.000	13.000	19.000	47.000
14	27.000	52.090	67.000	139.927
475	44.000	80.700	96.000	157.960
89	24.000	41.000	51.000	94.566
558	81.600	175.400	234.260	374.260
372	6.000	12.000	18.000	43.000
211	28.000	49.000	59.000	106.201
544	32.000	53.000	71.355	139.891
105	23.000	41.760	47.000	58.360
219	18.000	33.000	39.000	72.172
576	67.050	101.640	108.525	220.018
480	61.250	135.700	226.225	269.223
359	7.000	11.000	14.000	22.886
116	12.000	22.000	27.000	42.915
549	91.900	146.140	194.590	260.304
851	15.000	28.190	37.095	40.419

Os gráficos apresentados na Figura 4.4 correspondem à função massa de probabilidade empírica e à estimação dessa função de densidade para os dados dos GDH 818 (linha superior) e 541 (linha inferior), recorrendo a métodos não paramétricos. Nas duas figuras da direita apresentam-se a ampliação dos gráficos da esquerda, na zona onde a maior massa se situa. A estimação de densidades por métodos não paramétricos é sobejamente abordada, e.g., no clássico livro de Silverman (1986). Basicamente, a estimativa kernel da densidade  $f$  é dada pela seguinte expressão:

$$\hat{f}(x) = \frac{1}{nh} \sum_{i=1}^n K\left(\frac{x - X_i}{h}\right)$$

sendo a quantidade  $h$  habitualmente designada por amplitude da janela e  $x_1, x_2, \dots, x_n$  um conjunto de  $n$  pontos no suporte de  $f$ . O kernel  $K$  escolhido foi, para todos os GDH, o Gaussiano. Os gráficos claramente mostram que a distribuição do tempo de internamento é francamente assimétrica para a direita. De facto, a maior parte da massa da distribuição concentra-se à esquerda (tempos de internamento reduzidos), havendo porém alguns indivíduos que permanecem internados um número muito superior de dias. Tal já era esperado se considerarmos os dados que constam da Tabela 4.2 Para o GDH 818, 99% das observações não excedem os 39 dias. De referir que os limites inferior e máximo indicados, para o GDH 818 na Portaria 839-A/2009, são 1 dia e 41 dias, respectivamente. Esses valores são graficamente apresentados por círculos vermelhos. A mesma notação é usada nas figuras seguintes.

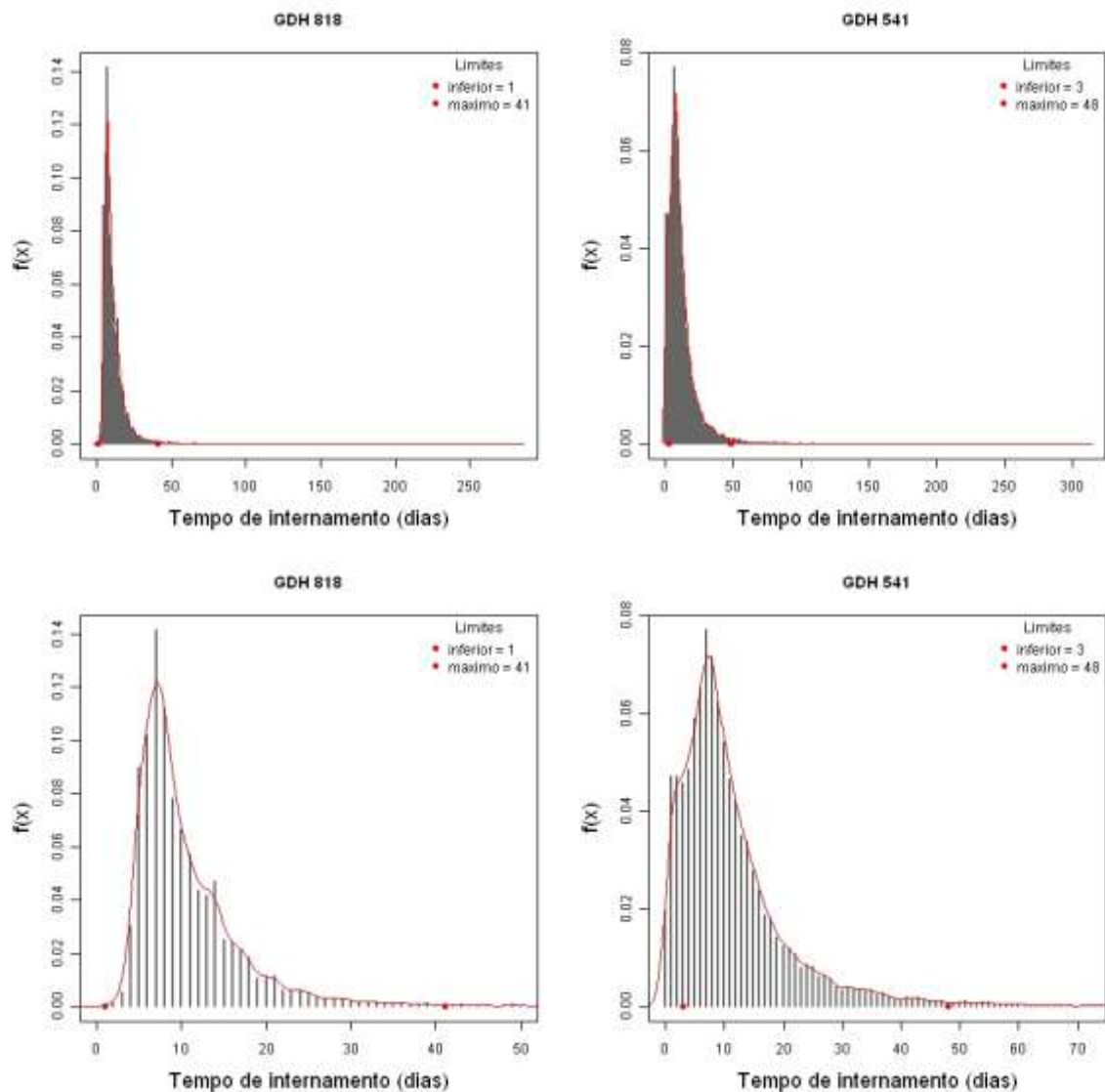


Figura 4.4. Tempo de internamento e estimativa da densidade usando um kernel Gaussiano para os GDH 818 (linha superior) e 541 (linha inferior). A legenda apresenta os limites encontrados na Portaria 839-A/2009

Os gráficos que se obtêm para os restantes 23 GDH são muito semelhantes aos anteriores. Todos eles revelam que a distribuição probabilística subjacente aos dados tem uma cauda pesada. Esses gráficos são apresentados seguidamente.

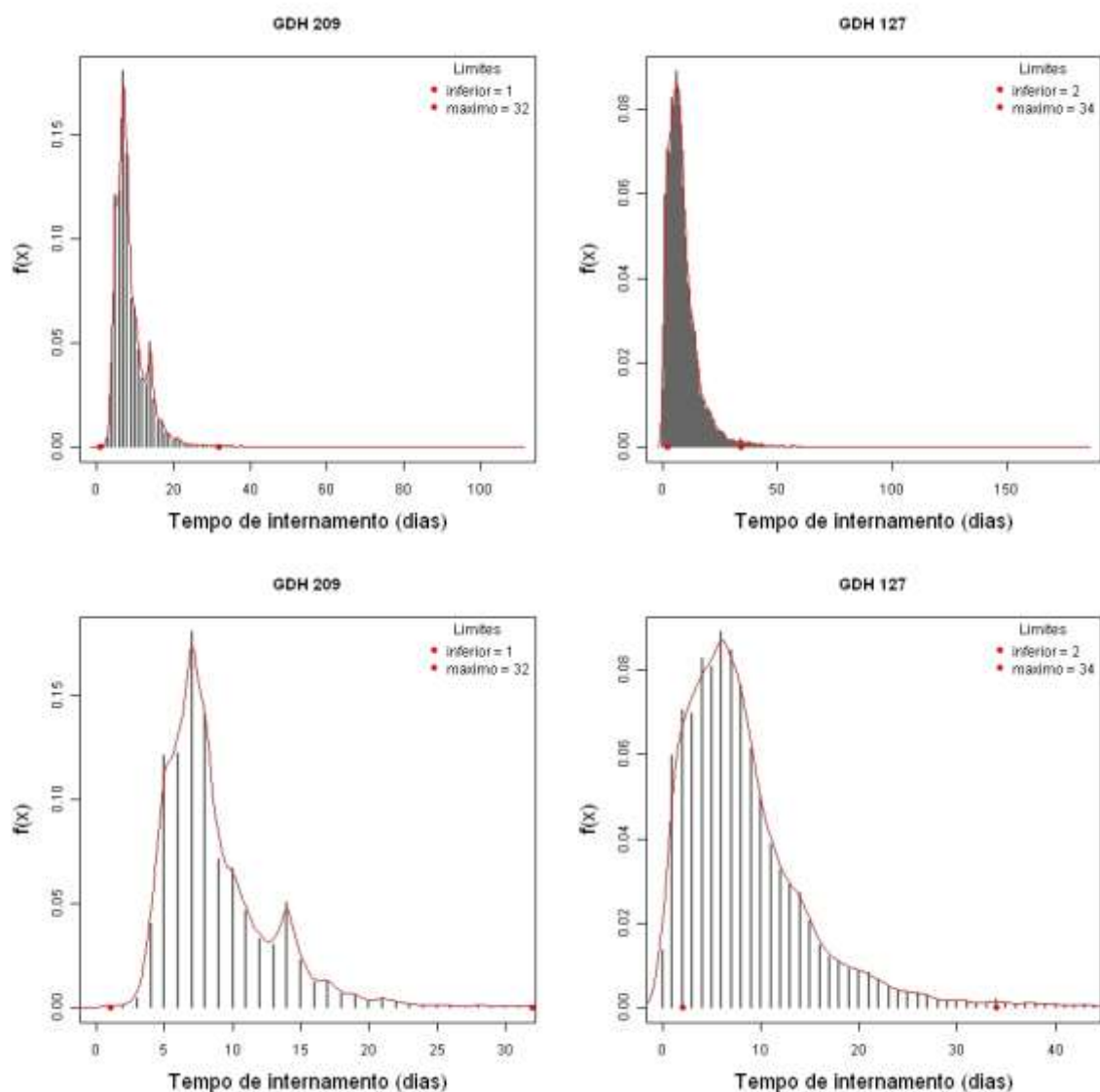


Figura 4.5. Tempo de internamento e estimativa da densidade usando um kernel Gaussiano para os GDH 209 (linha superior) e 127 (linha inferior). A legenda apresenta os limites encontrados na Portaria 839-A/2009

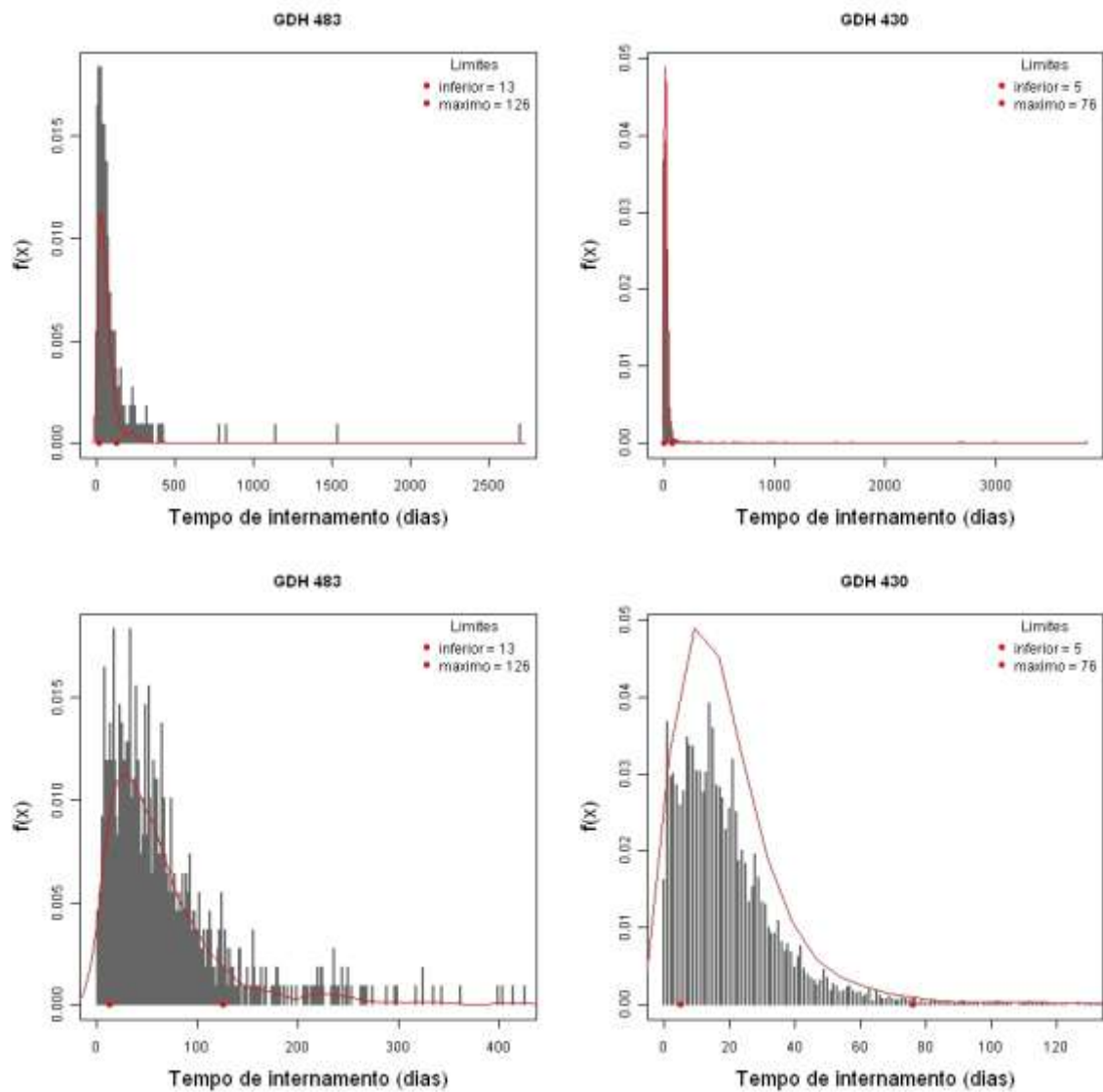


Figura 4.6. Tempo de internamento e estimativa da densidade usando um kernel Gaussiano para os GDH 483 (linha superior) e 430 (linha inferior) . A legenda apresenta os limites encontrados na Portaria 839-A/2009

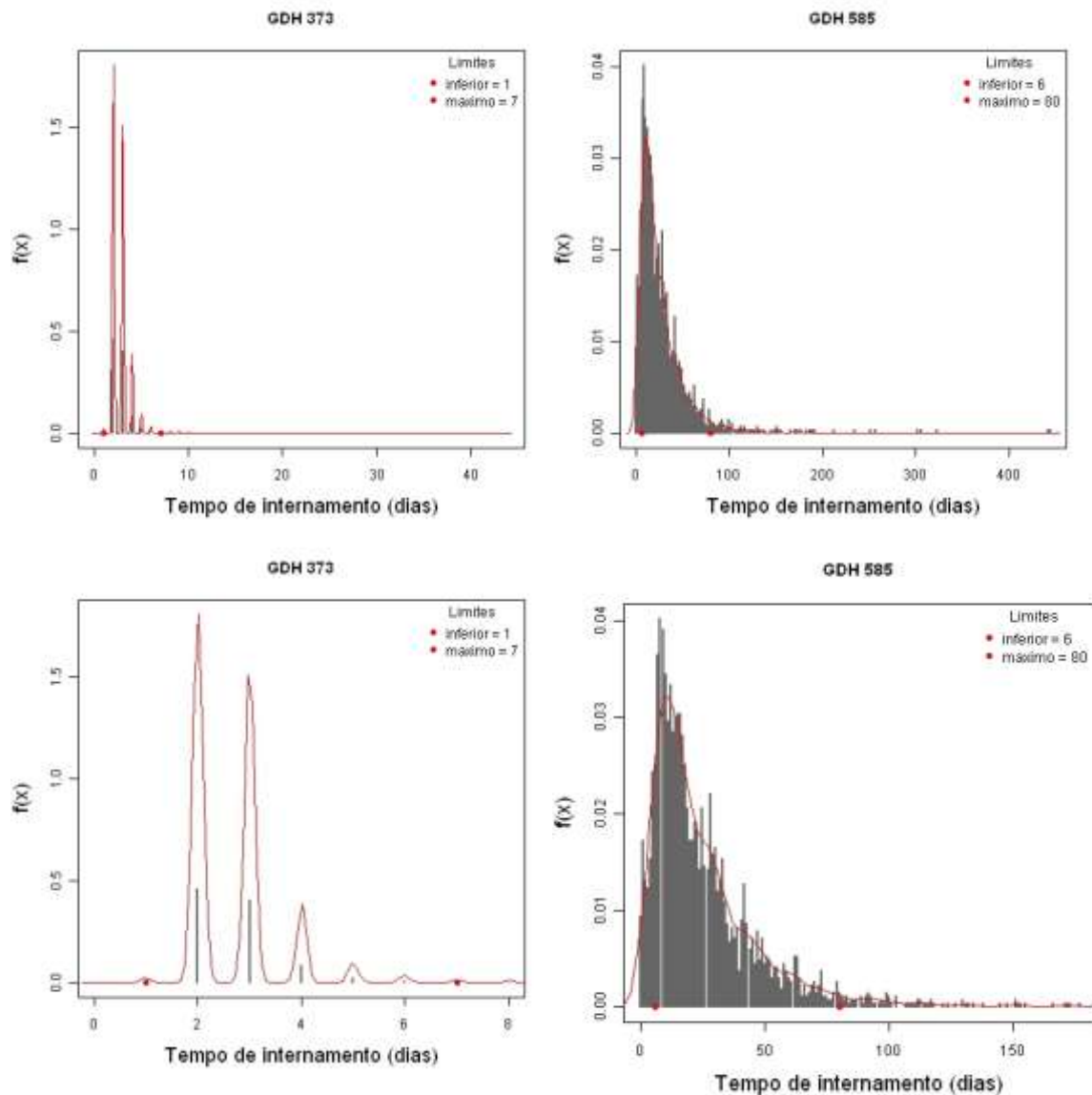


Figura 4.7. Tempo de internamento e estimativa da densidade usando um kernel Gaussiano para os GDH 373 (linha superior) e 585 (linha inferior). A legenda apresenta os limites encontrados na Portaria 839-A/2009

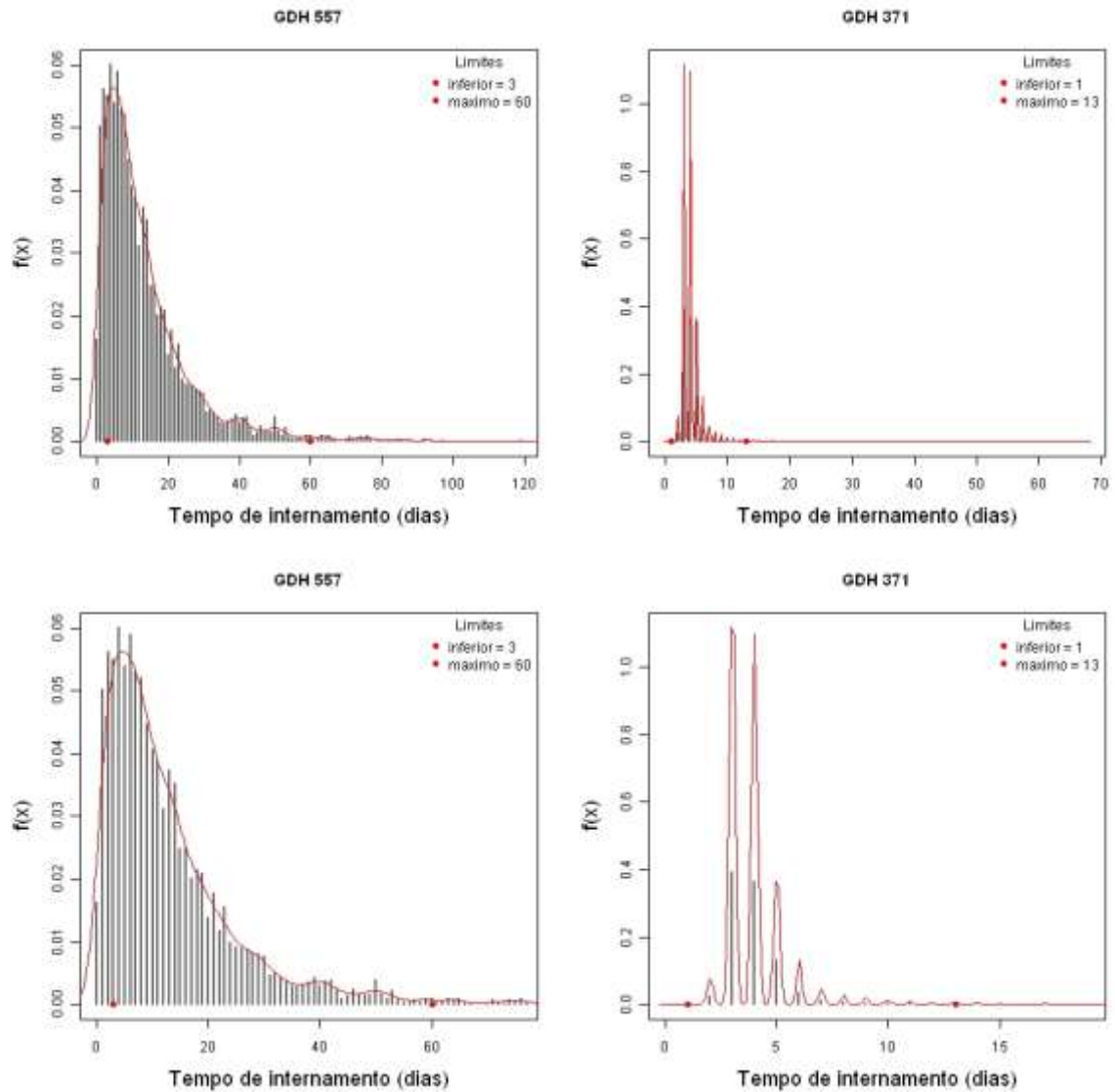


Figura 4.8. Tempo de internamento e estimativa da densidade usando um kernel Gaussiano para os GDH 557 (linha superior) e 371 (linha inferior). A legenda apresenta os limites encontrados na Portaria 839-A/2009

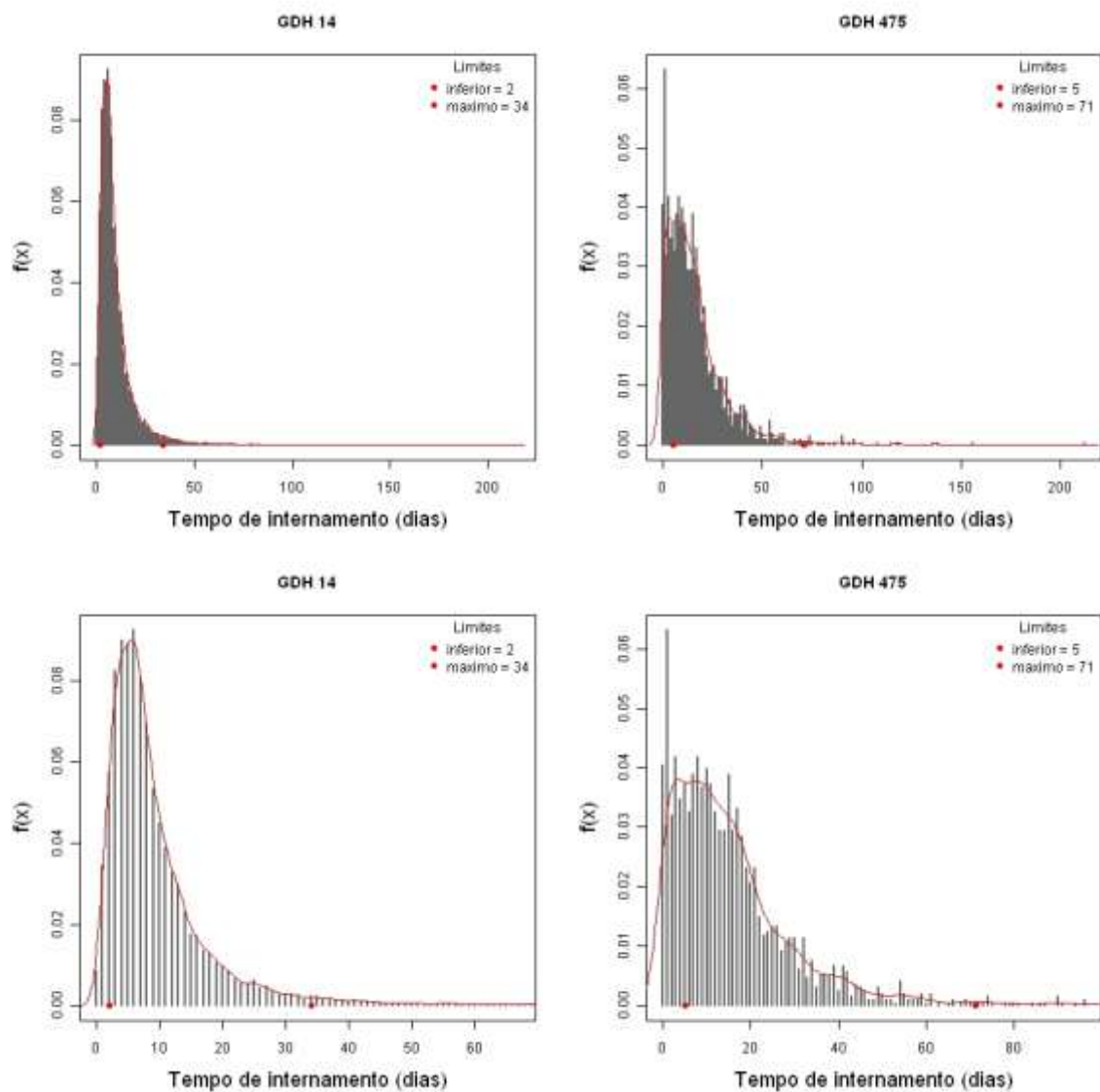


Figura 4.9. Tempo de internamento e estimativa da densidade usando um kernel Gaussiano para os GDH 14 (linha superior) e 475 (linha inferior). A legenda apresenta os limites encontrados na Portaria 839-A/2009

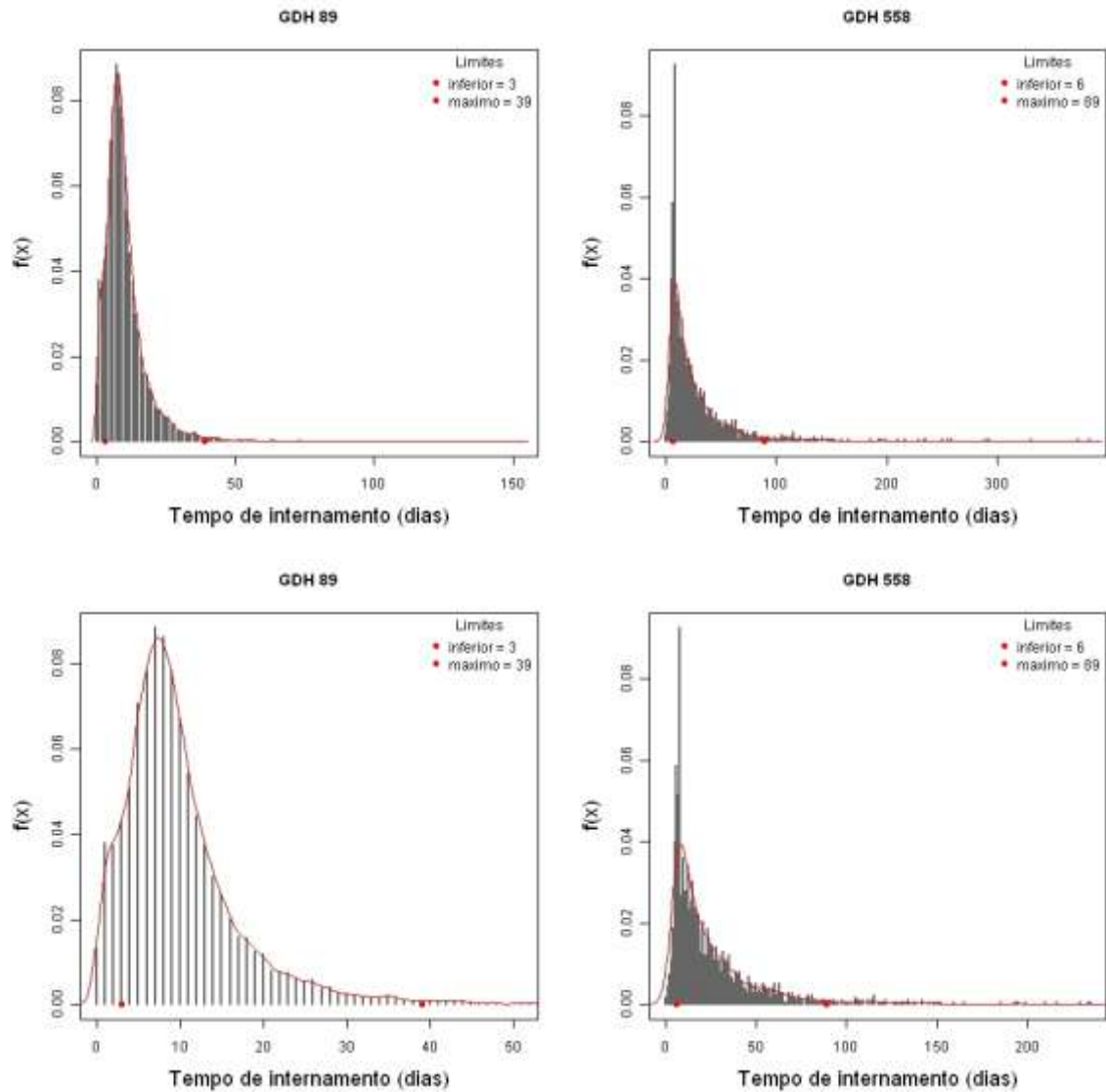


Figura 4.10. Tempo de internamento e estimativa da densidade usando um kernel Gaussiano para os GDH 89 (linha superior) e 558 (linha inferior). A legenda apresenta os limites encontrados na Portaria 839-A/2009



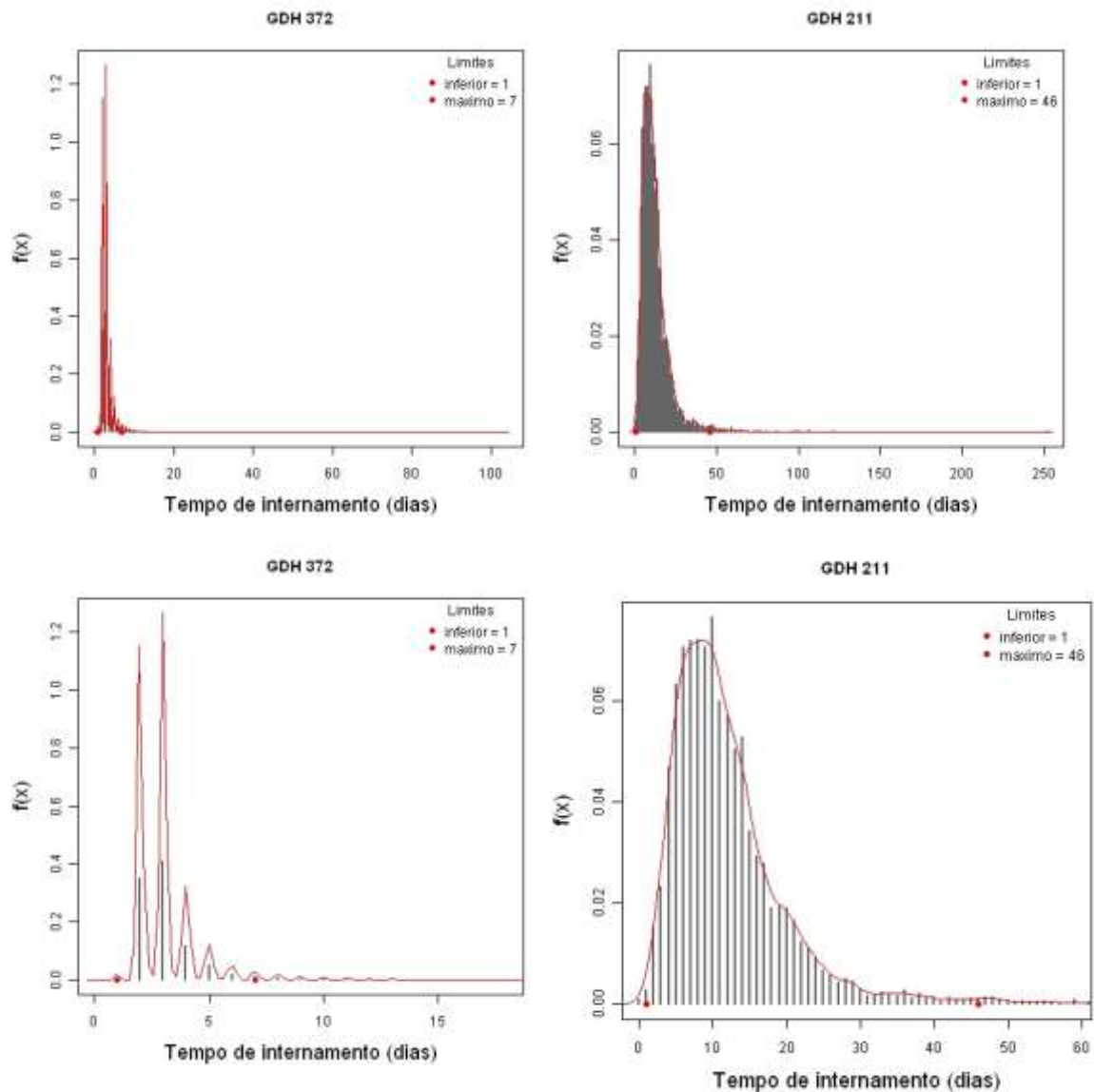


Figura 4.11. Tempo de internamento e estimativa da densidade usando um kernel Gaussiano para os GDH 372 (linha superior) e 211 (linha inferior). A legenda apresenta os limites encontrados na Portaria 839-A/2009

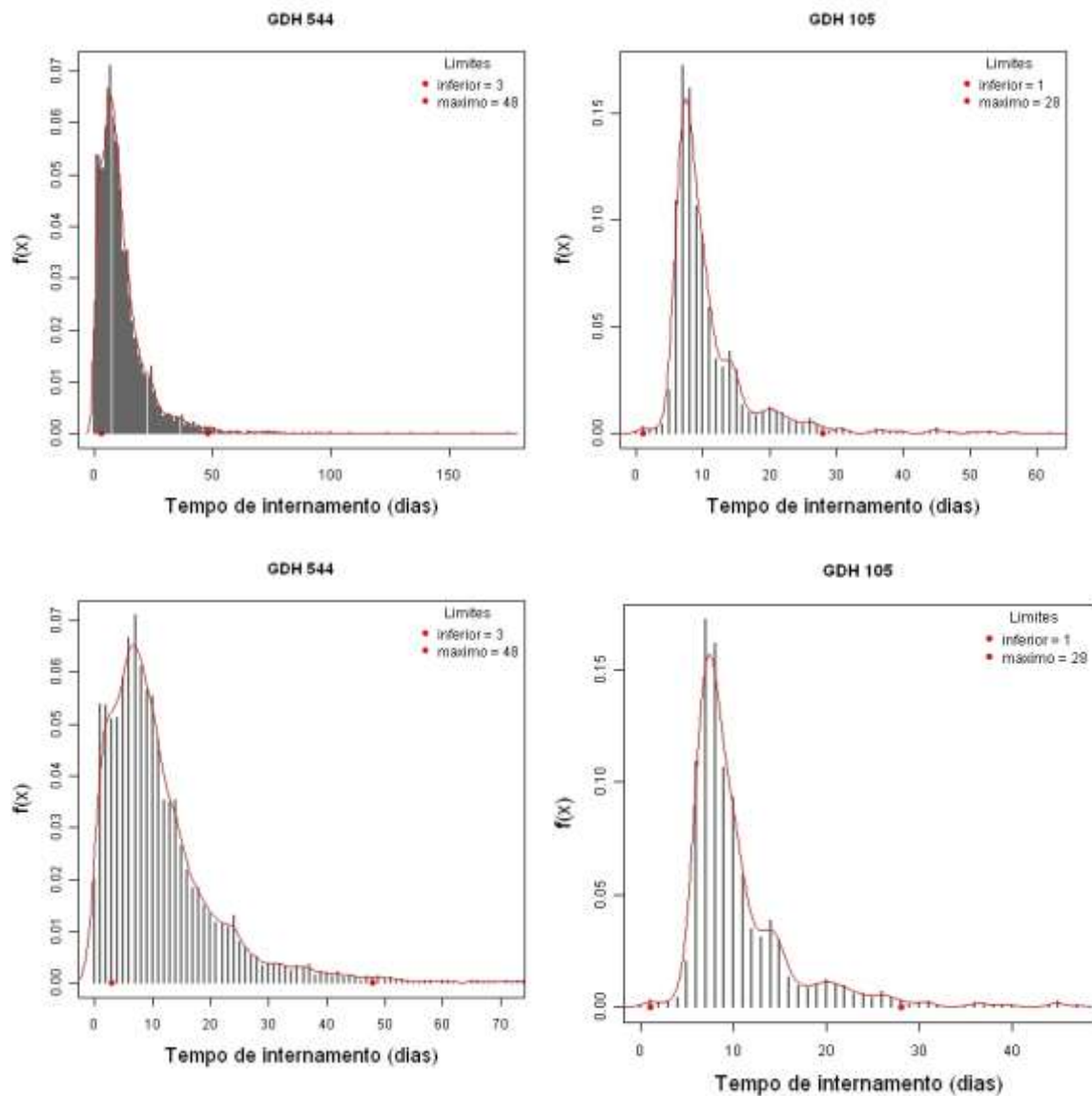


Figura 4.12. Tempo de internamento e estimativa da densidade usando um kernel Gaussiano para os GDH 544 (linha superior) e 105 (linha inferior). A legenda apresenta os limites encontrados na Portaria 839-A/2009

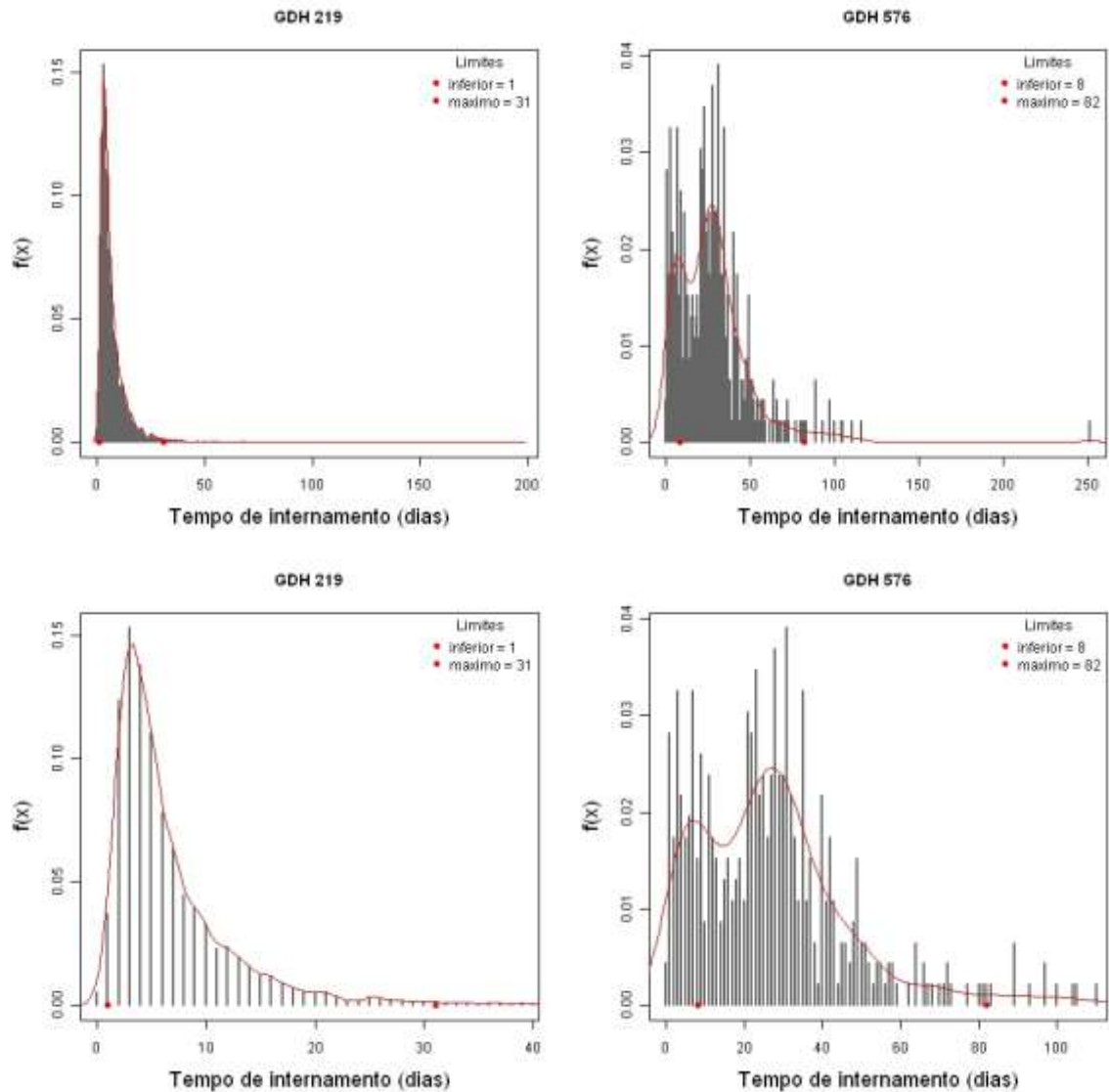


Figura 4.13. Tempo de internamento e estimativa da densidade usando um kernel Gaussiano para os GDH 219 (linha superior) e 576 (linha inferior) . A legenda apresenta os limites encontrados na Portaria 839-A/2009

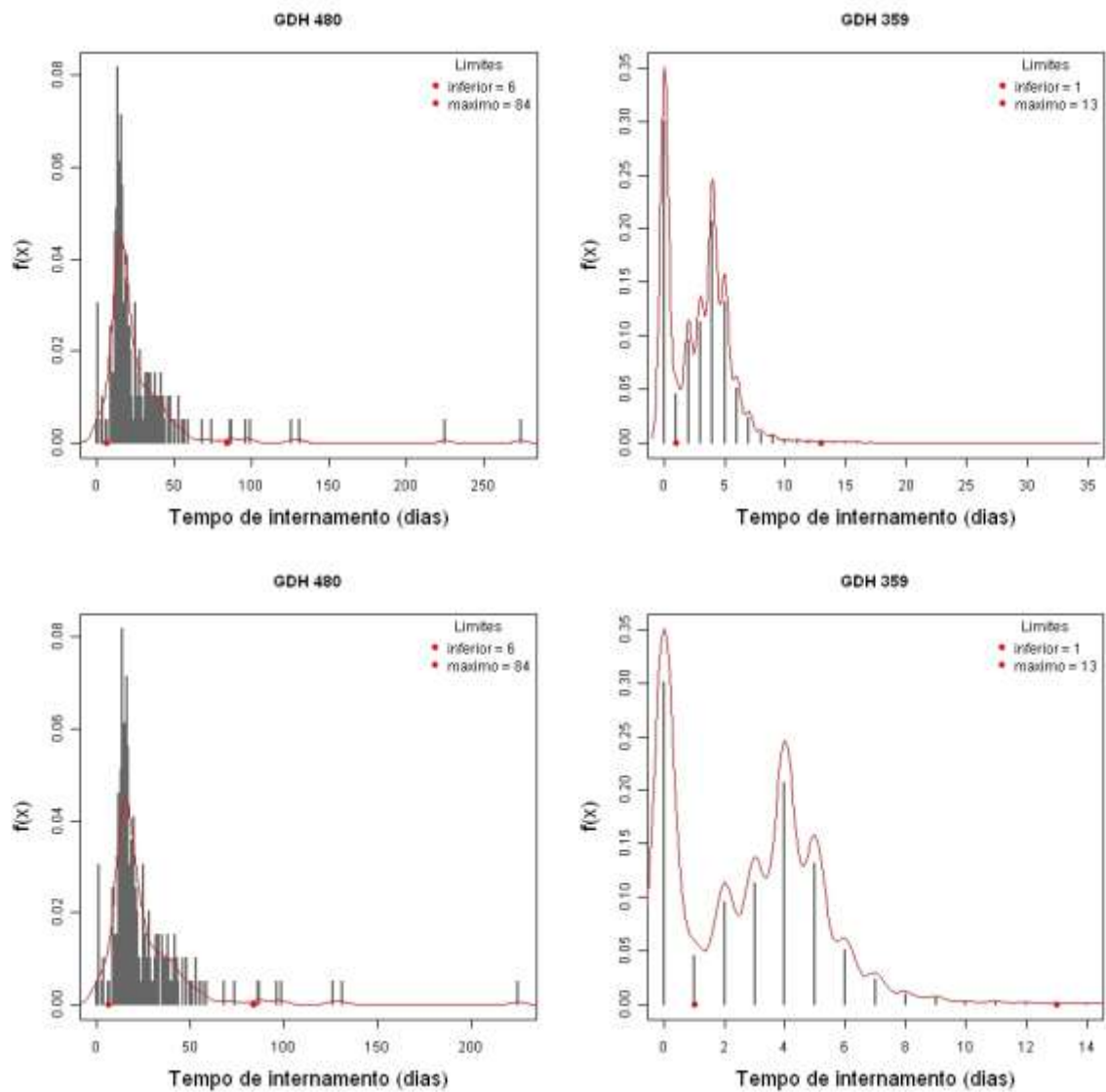


Figura 4.14. Tempo de internamento e estimativa da densidade usando um kernel Gaussiano para os GDH 480 (linha superior) e 359 (linha inferior). A legenda apresenta os limites encontrados na Portaria 839-A/2009

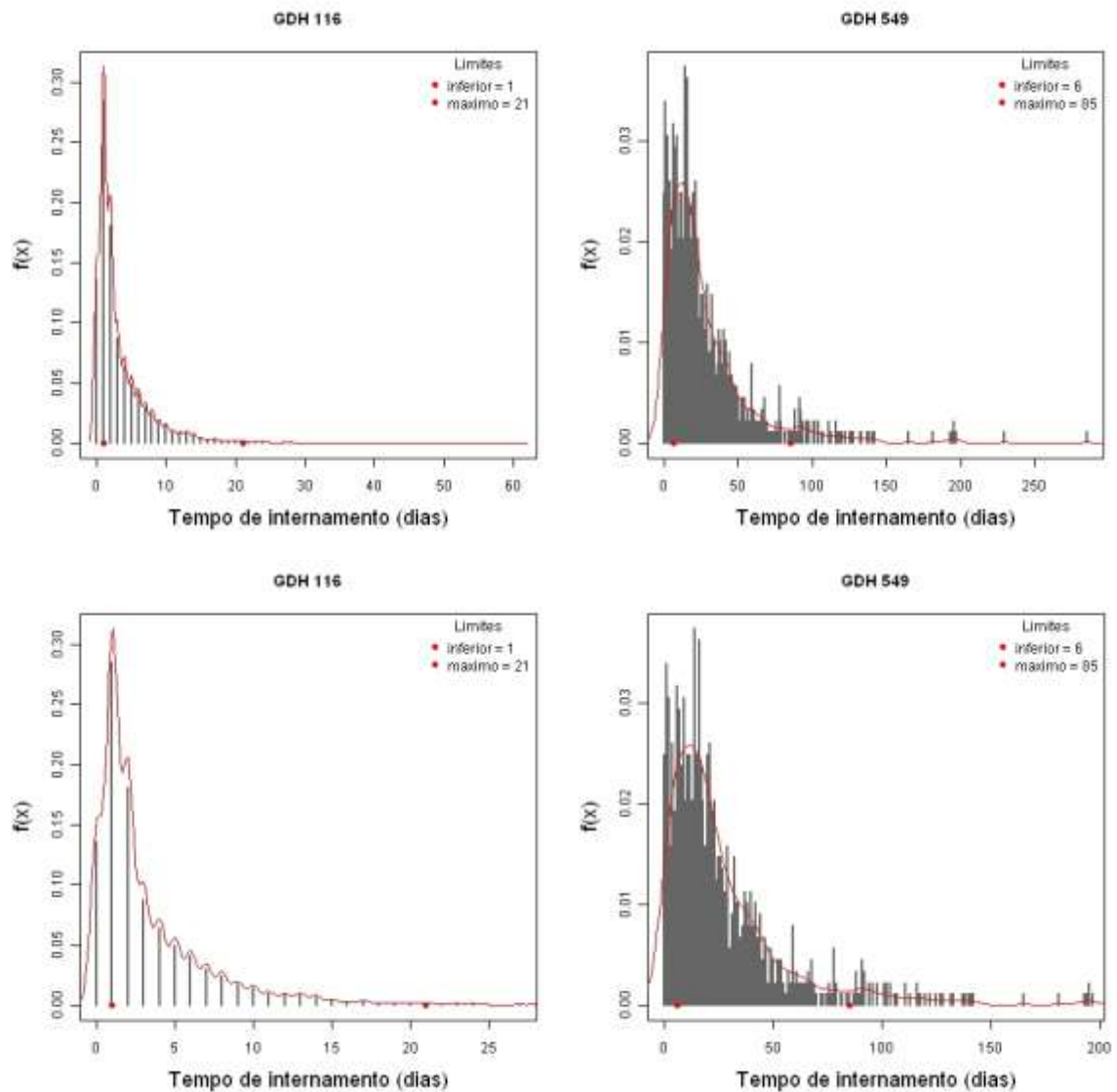


Figura 4.15. Tempo de internamento e estimativa da densidade usando um kernel Gaussiano para os GDH 116 (linha superior) e 549 (linha inferior) . A legenda apresenta os limites encontrados na Portaria 839-A/2009

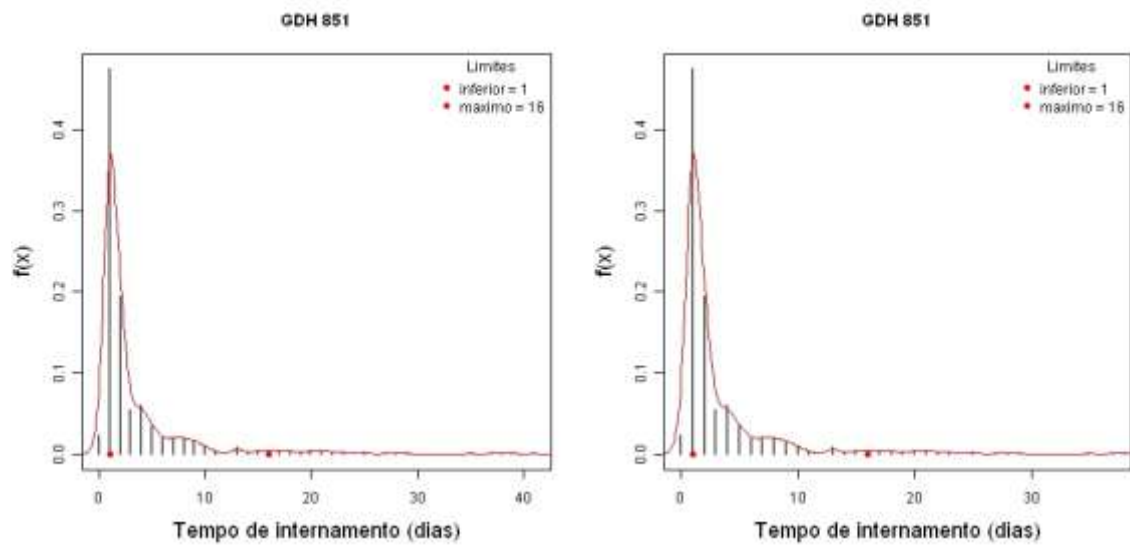


Figura 4.16. Tempo de internamento e estimativa da densidade usando um kernel Gaussiano para os GDH 851. A legenda apresenta os limites encontrados na Portaria 839-A/2009

O passo seguinte na análise dos dados foi avaliar a possibilidade de que uma distribuição lognormal se possa ajustar aos dados de cada um dos 25 GDH. A Tabela 4.3 apresenta as estimativas de máxima verosimilhança dos parâmetros da distribuição lognormal.

Tabela 4.3. Parâmetros das distribuições lognormais ajustadas aos dados dos 25 GDH

GDH	Estimativa de $\mu$	Erro padrão de $\mu$	Estimativa de $\sigma$	Erro padrão de $\sigma$
818	2.354	0.0054	0.463	0.0038
541	2.239	0.0060	0.794	0.0042
209	2.219	0.0049	0.375	0.0035
127	2.016	0.0063	0.701	0.0045
483	3.833	0.0275	0.908	0.0195
430	2.699	0.0095	0.925	0.0067
373	1.293	0.0012	0.231	0.0009
585	2.948	0.0172	0.885	0.0121
557	2.306	0.0137	0.866	0.0097
371	1.582	0.0019	0.272	0.0014
14	2.109	0.0059	0.716	0.0042
475	2.425	0.0226	0.991	0.0160
89	2.197	0.0057	0.678	0.0040
558	2.906	0.0208	0.872	0.0147
372	1.382	0.0027	0.326	0.0019
211	2.431	0.0076	0.565	0.0053
544	2.217	0.0116	0.814	0.0082
105	2.368	0.0111	0.425	0.0079
219	1.840	0.0084	0.635	0.0060
576	3.038	0.0420	0.900	0.0297
480	3.027	0.0549	0.768	0.0388
359	1.088	0.0061	0.783	0.0043
116	1.172	0.0107	0.771	0.0075
549	2.887	0.0360	1.069	0.0254
851	1.177	0.0294	0.709	0.0208

Os ajustamentos à distribuição lognormal são apresentados na Figura 4.17 e na Figura 4.29. De uma forma geral, pode observar-se que a distribuição lognormal, apesar de ser, tal como referido anteriormente, de cauda pesada, não parece ajustar-se aos valores observados na cauda direita. De igual modo, o ajustamento da distribuição para os tempos de internamento menores não parece ser adequado.

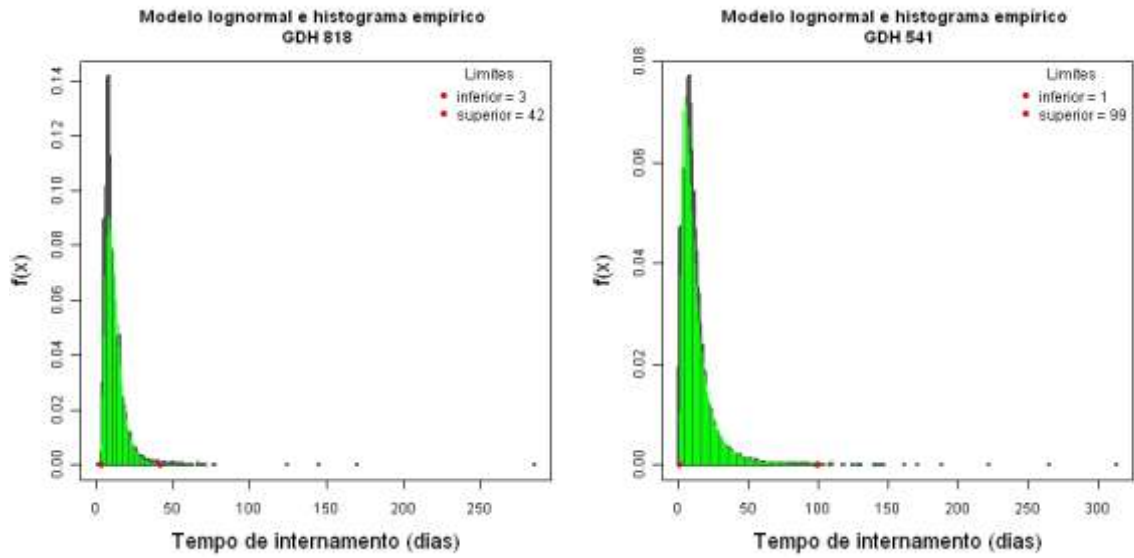


Figura 4.17. Histograma e ajustamento dos dados relativos aos GDH 818 e 541 à distribuição lognormal

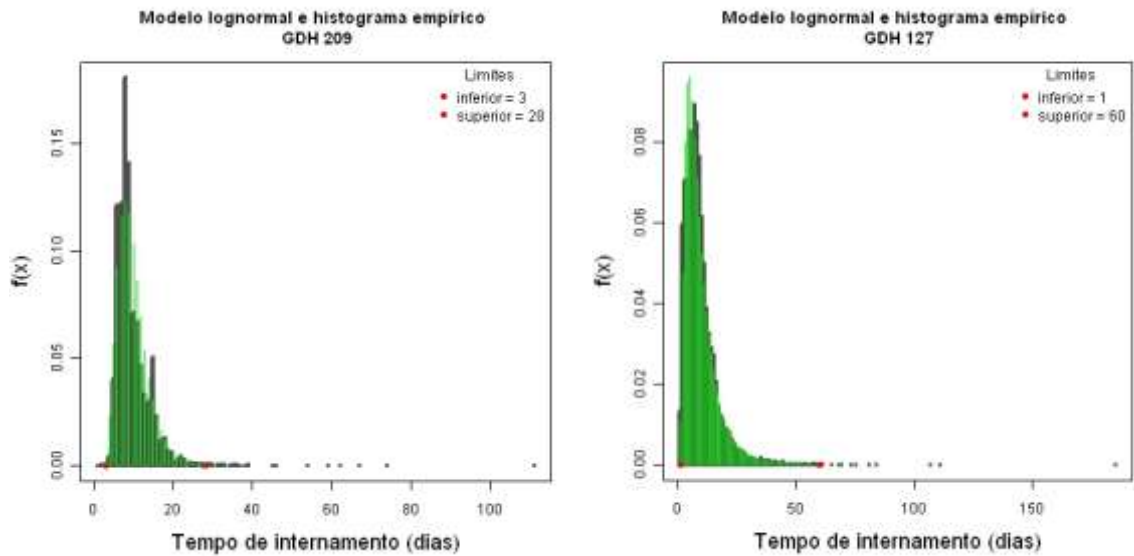


Figura 4.18. Histograma e ajustamento dos dados relativos aos GDH 209 e 127 à distribuição lognormal



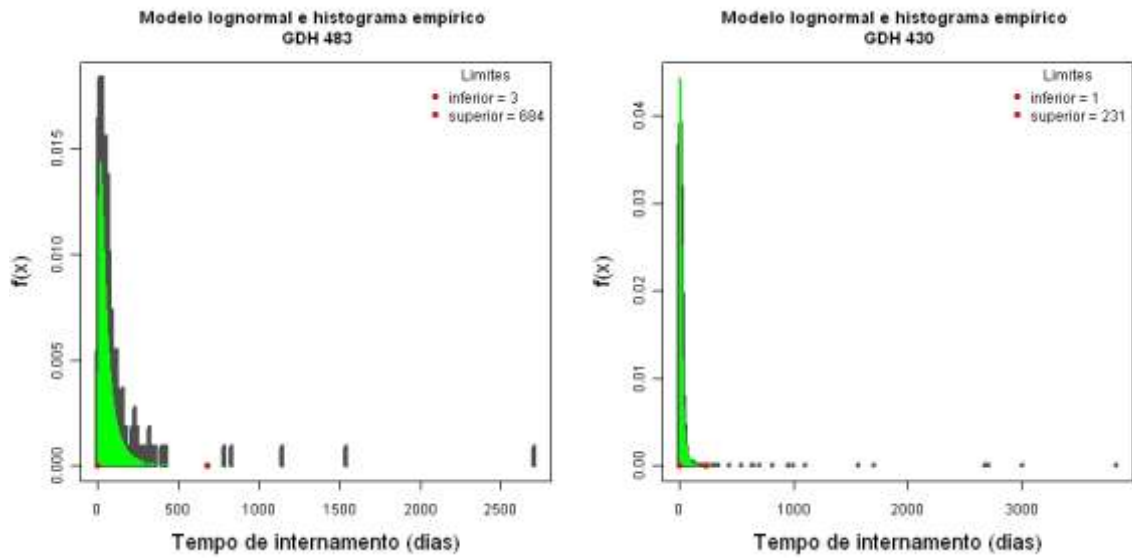


Figura 4.19. Histograma e ajustamento dos dados relativos aos GDH 483 e 430 à distribuição lognormal

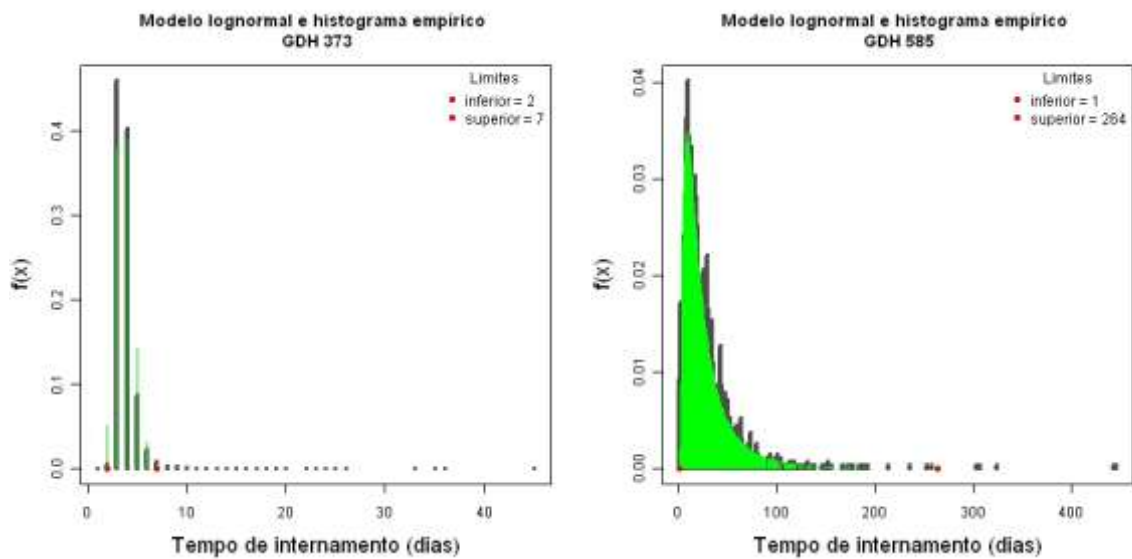


Figura 4.20. Histograma e ajustamento dos dados relativos aos GDH 373 e 585 à distribuição lognormal

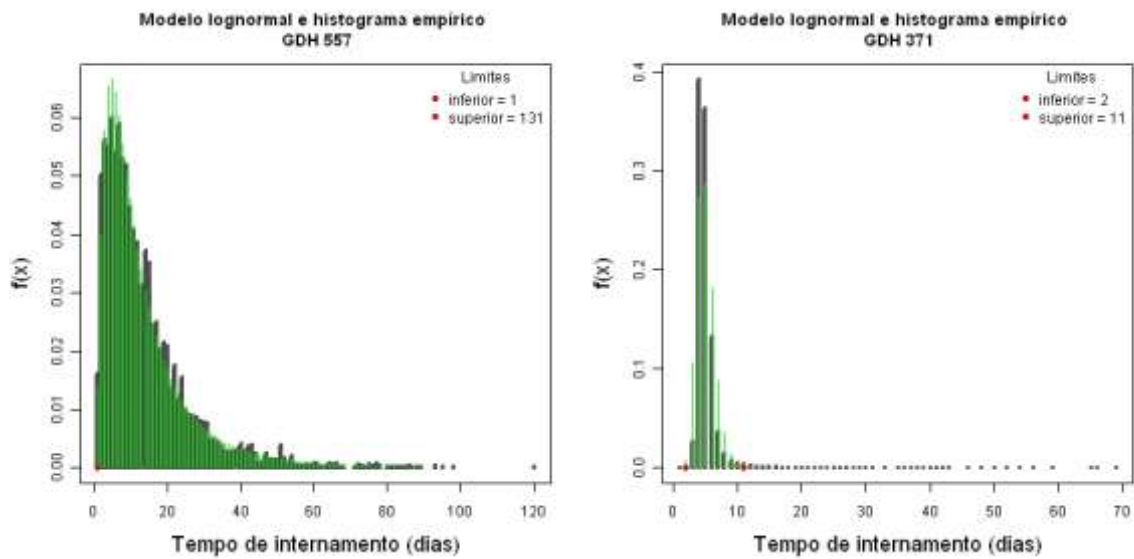


Figura 4.21. Histograma e ajustamento dos dados relativos aos GDH 557 e 371 à distribuição lognormal

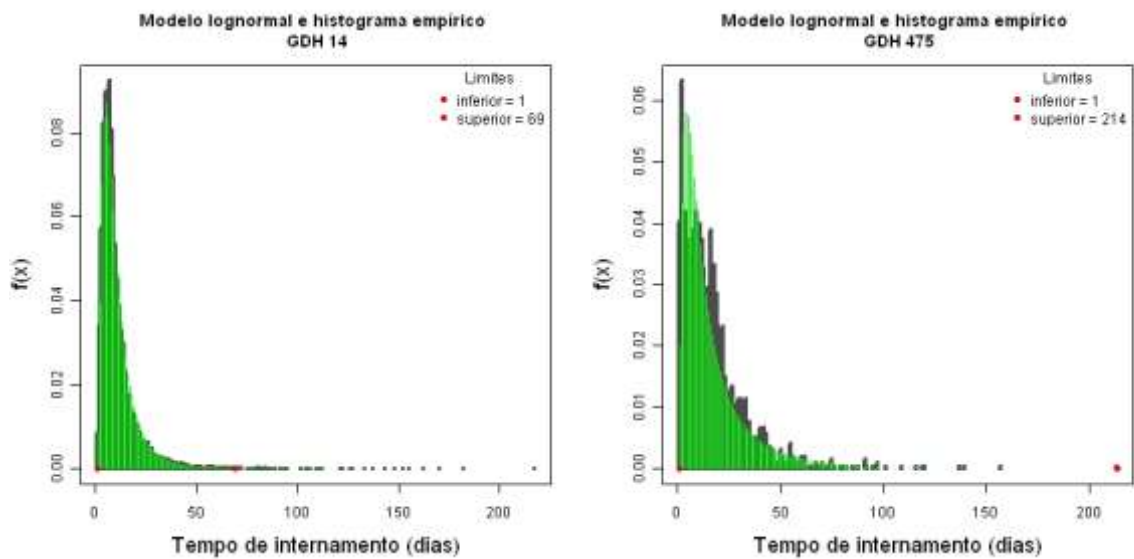


Figura 4.22. Histograma e ajustamento dos dados relativos aos GDH 14 e 475 à distribuição lognormal

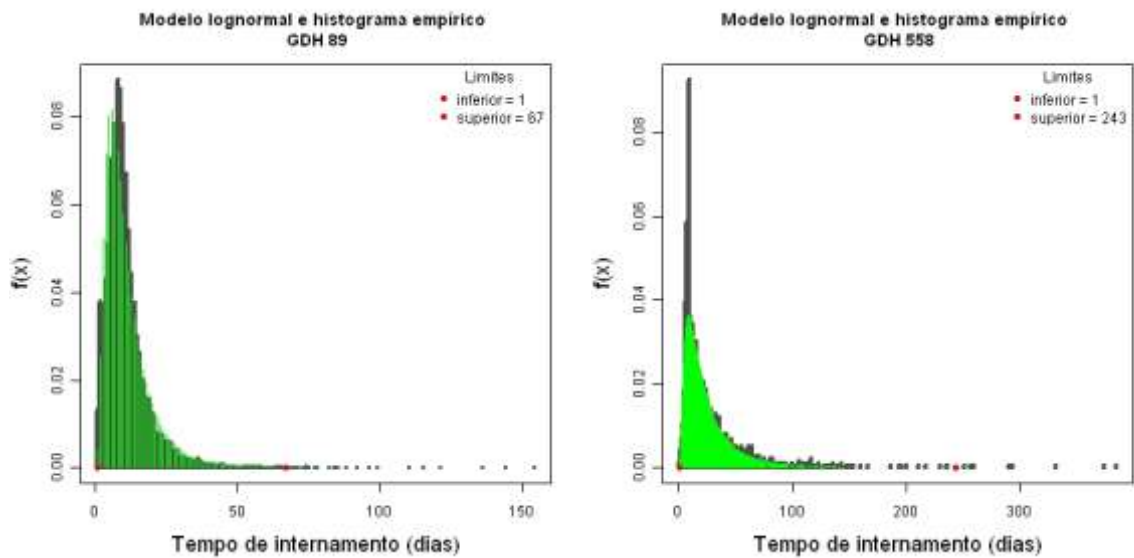


Figura 4.23. Histograma e ajustamento dos dados relativos aos GDH 89 e 558 à distribuição lognormal

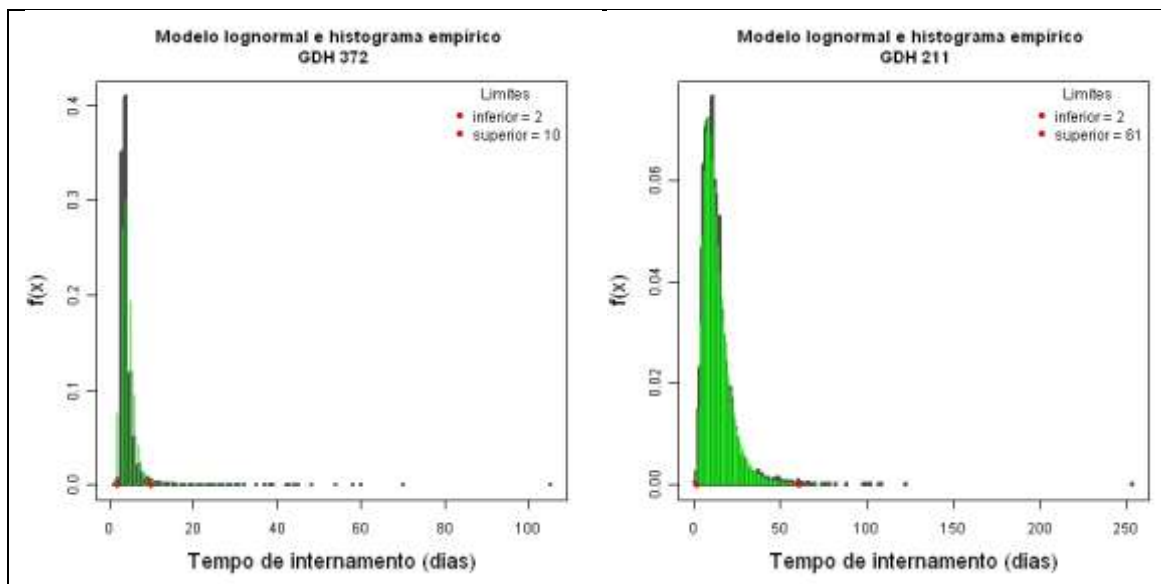


Figura 4.24. Histograma e ajustamento dos dados relativos aos GDH 372 e 211 à distribuição lognormal

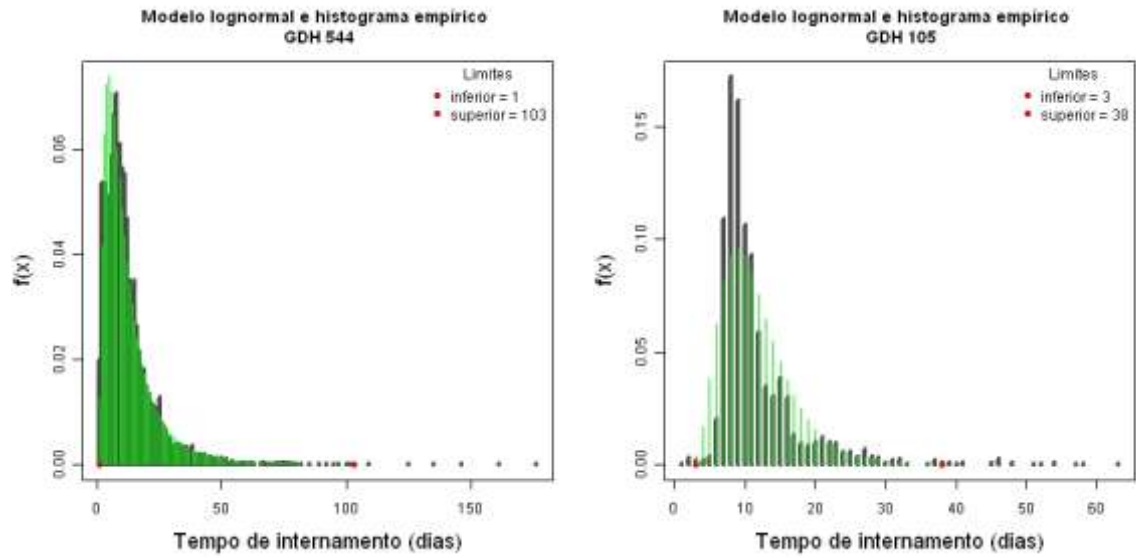


Figura 4.25. Histograma e ajustamento dos dados relativos aos GDH 544 e 105 à distribuição lognormal

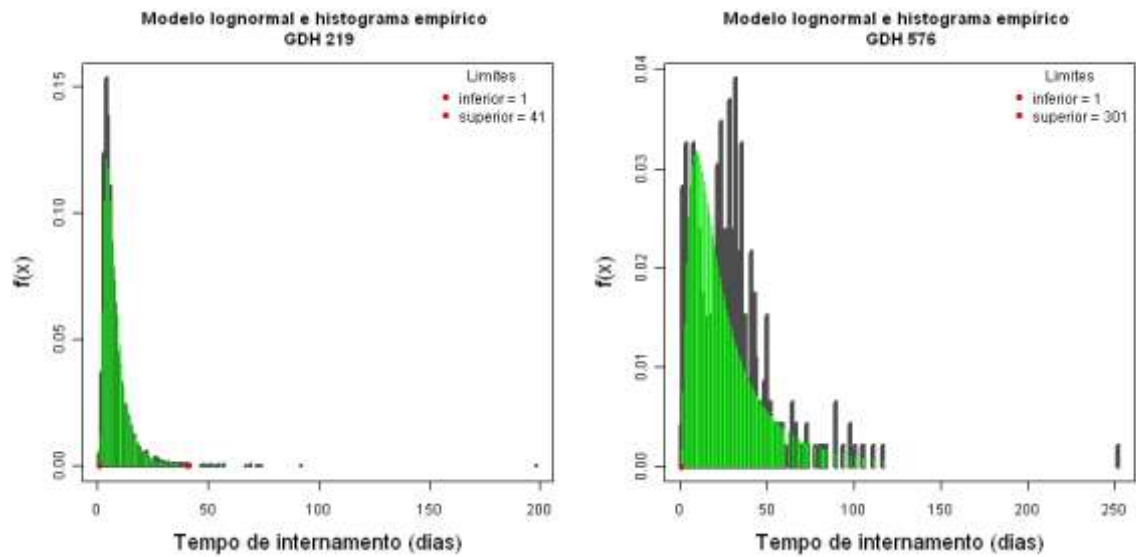


Figura 4.26. Histograma e ajustamento dos dados relativos aos GDH 219 e 576 à distribuição lognormal

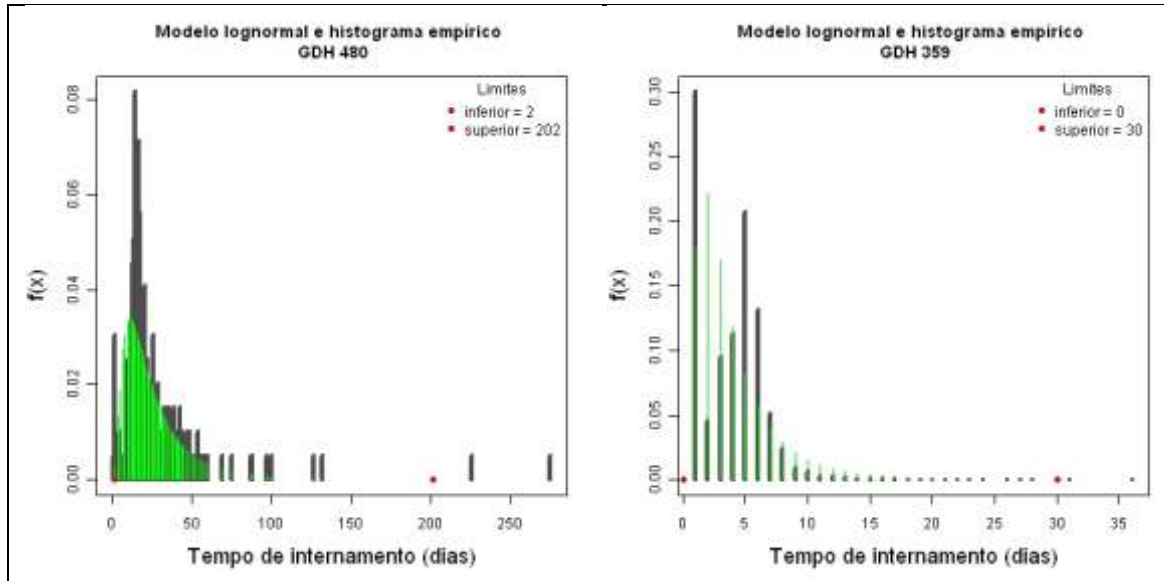


Figura 4.27. Histograma e ajustamento dos dados relativos aos GDH 480 e 359 à distribuição lognormal

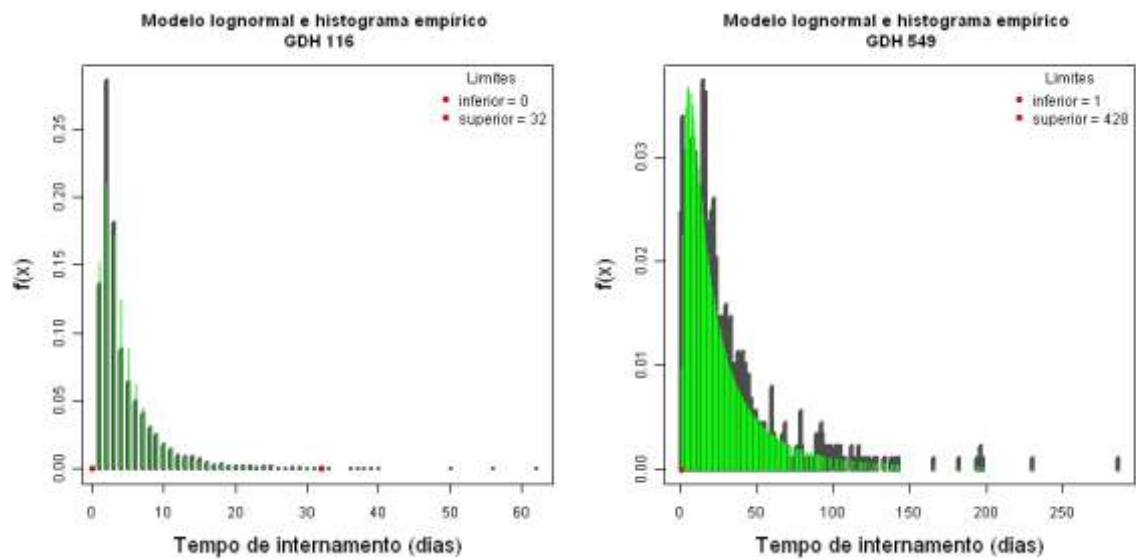


Figura 4.28. Histograma e ajustamento dos dados relativos aos GDH 116 e 549 à distribuição lognormal

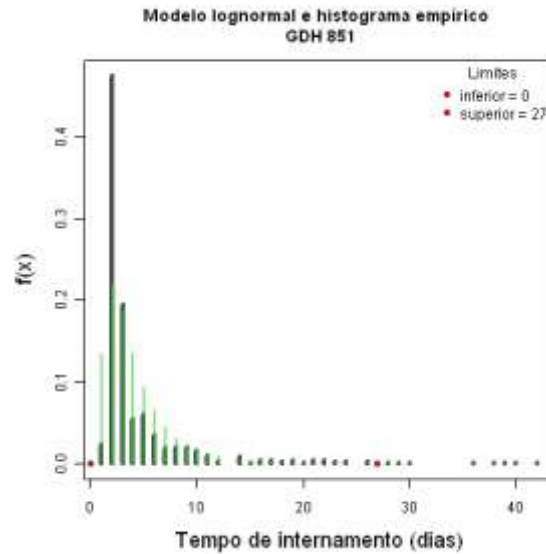


Figura 4.29. Histograma e ajustamento dos dados relativos ao GDH 851 à distribuição lognormal

Para corroborar os resultados observados nos histogramas do ajustamento da distribuição lognormal (Figuras 4.17 – 4.29), foi utilizado os gráficos dos quantis (qq-plot), como uma forma de avaliar graficamente a qualidade de ajustamento. Esse gráfico é interpretado da seguinte forma: se a distribuição lognormal é adequada aos dados, então os quantis empíricos e os teóricos são semelhantes e encontram-se sobrepostos na linha recta (diagonal). As Figuras 4.30 a 4.41 mostram como a distribuição lognormal não se ajusta bem na maioria dos 25 GDH. De facto, os tempos de internamento prolongados são de uma forma geral superiores aos que se esperam se o modelo escolhido for o lognormal (veja como exemplo o GDH 430 na Figura 4.32). A semelhança entre os tempos de internamento reduzidos e o esperado pelo modelo lognormal também não é marcada. Porém, é preciso referir que o número de observações de valor reduzido é muito mais elevado gerando uma imagem, por vezes, demasiada optimista.

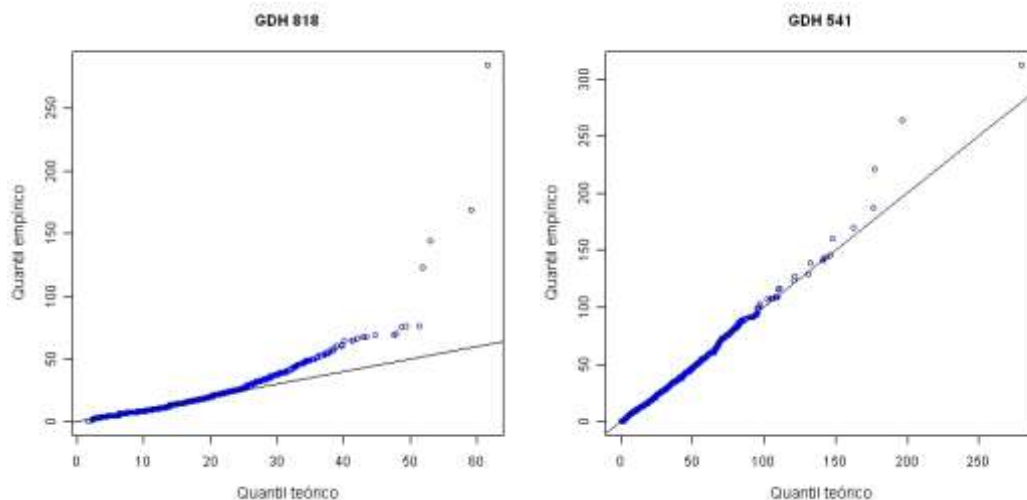


Figura 4.30. QQ-plot do ajustamento dos dados relativos ao GDH 818 e 541 à distribuição lognormal

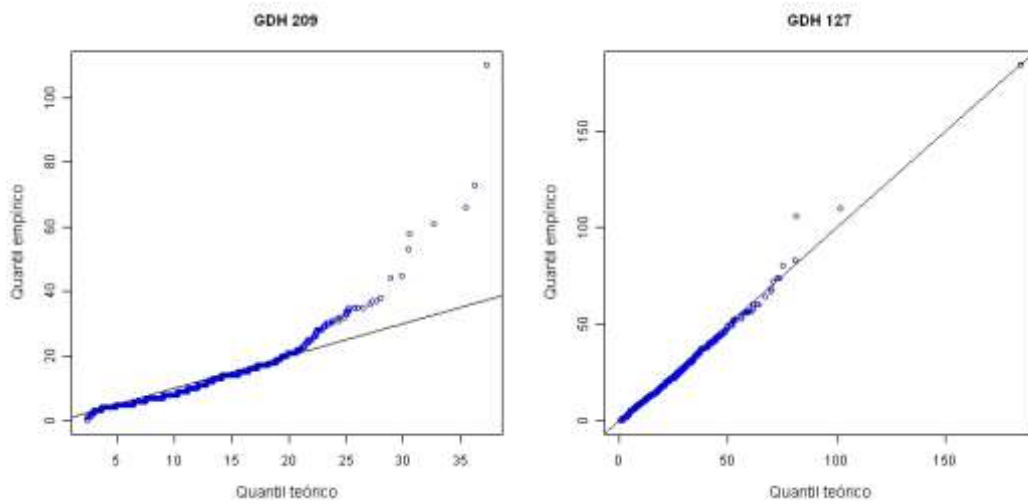


Figura 4.31. QQ-plot do ajustamento dos dados relativos ao GDH 209 e 127 à distribuição lognormal

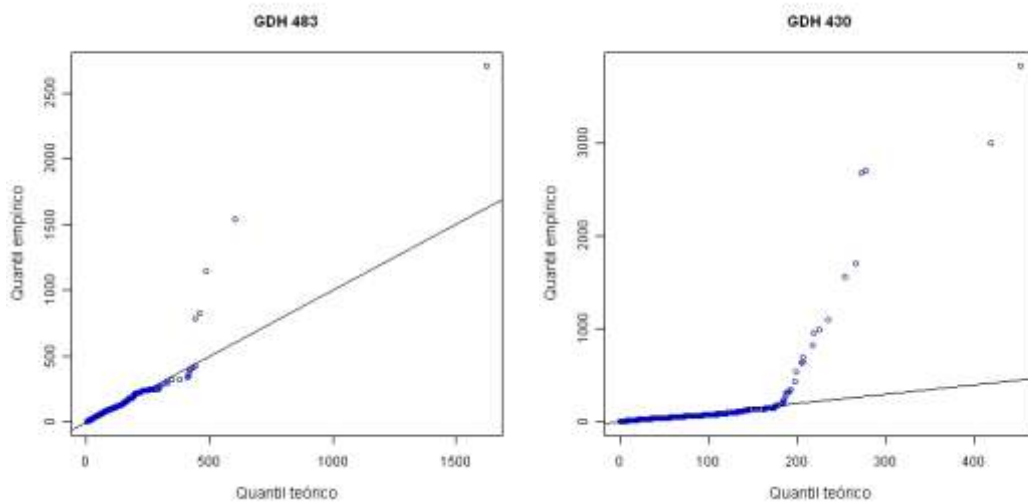


Figura 4.32. QQ-plot do ajustamento dos dados relativos ao GDH 483 e 430 à distribuição lognormal

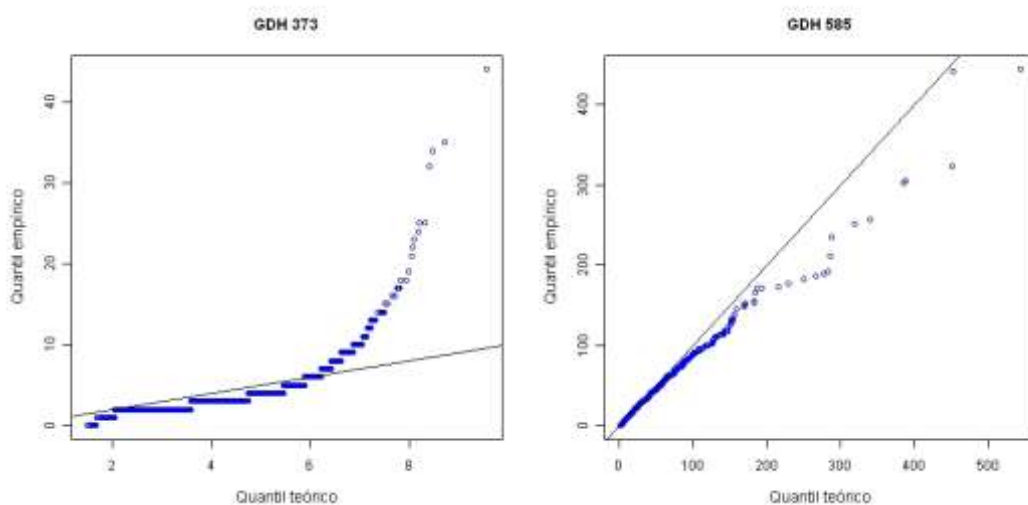


Figura 4.33. QQ-plot do ajustamento dos dados relativos ao GDH 373 e 585 à distribuição lognormal

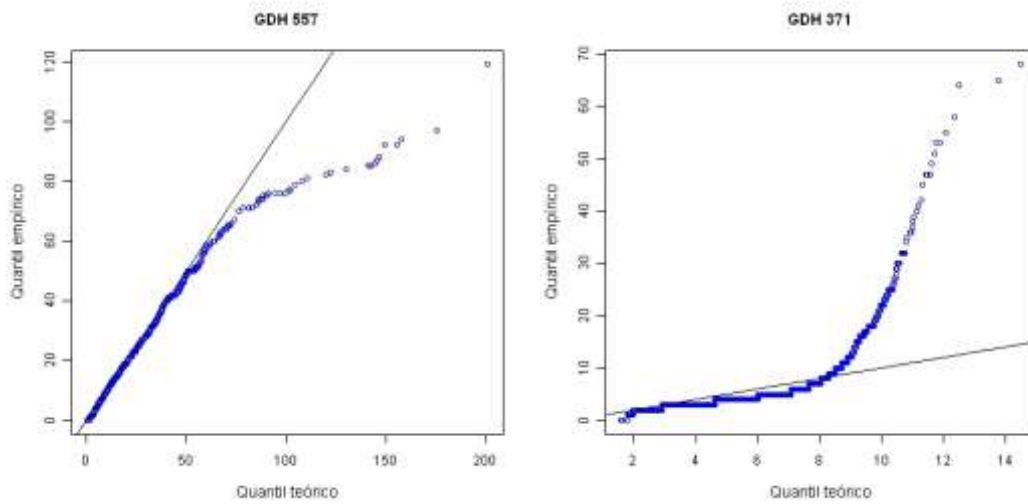


Figura 4.34. QQ-plot do ajustamento dos dados relativos ao GDH 557 e 371 à distribuição lognormal

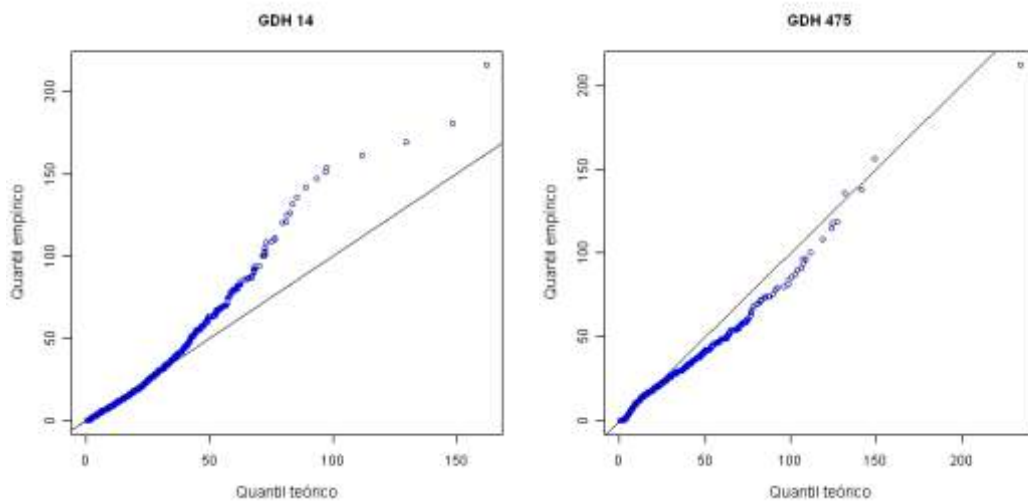


Figura 4.35. QQ-plot do ajustamento dos dados relativos ao GDH 14 e 475 à distribuição lognormal

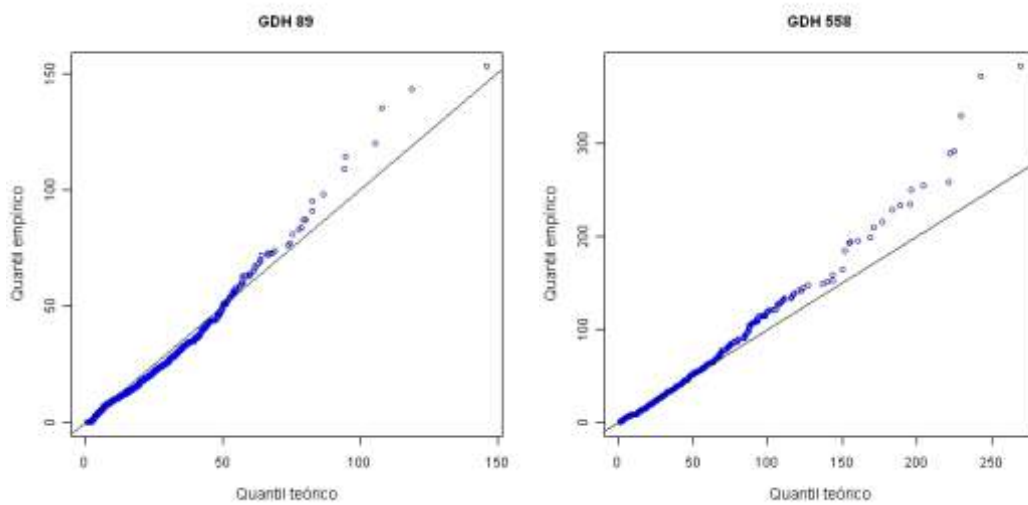


Figura 4.36. QQ-plot do ajustamento dos dados relativos ao GDH 89 e 558 à distribuição lognormal



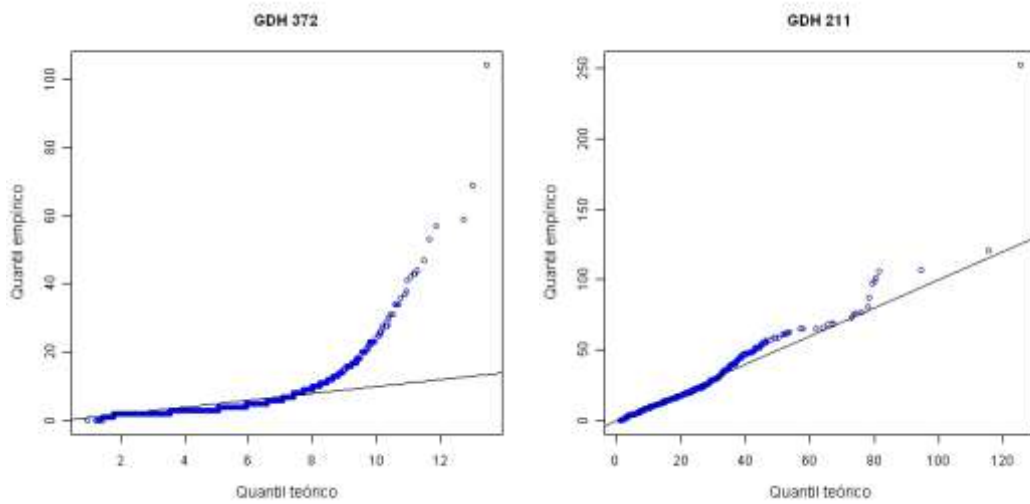


Figura 4.37. QQ-plot do ajustamento dos dados relativos ao GDH 372 e 211 à distribuição lognormal

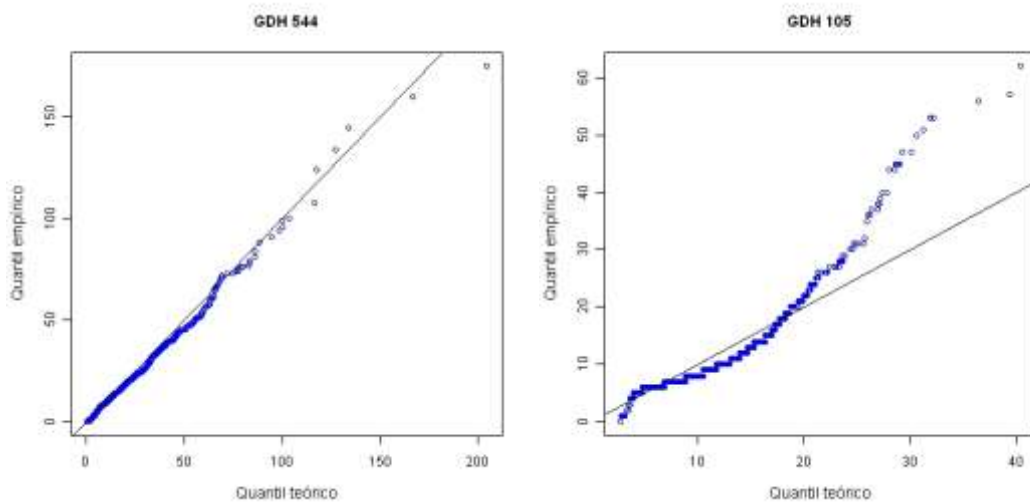


Figura 4.38. QQ-plot do ajustamento dos dados relativos ao GDH 544 e 105 à distribuição lognormal

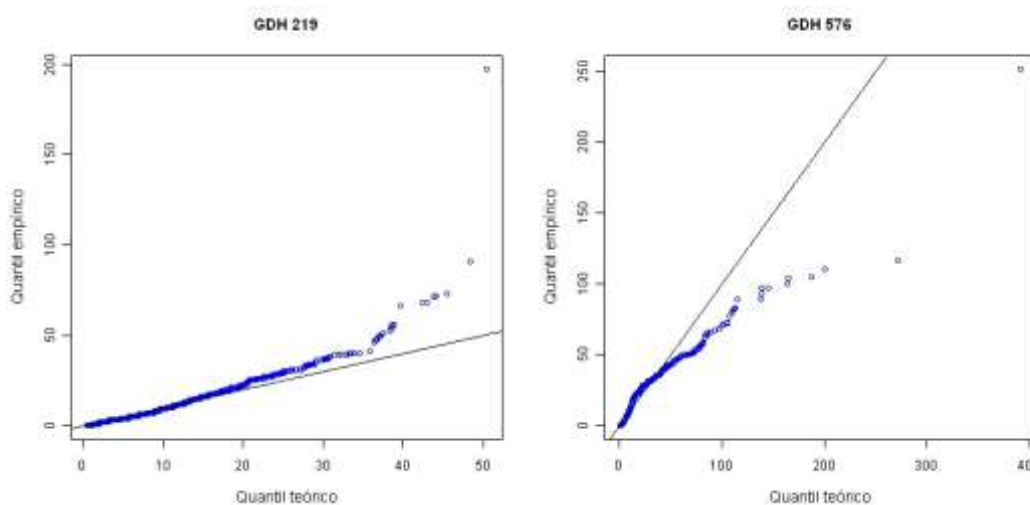


Figura 4.39. QQ-plot do ajustamento dos dados relativos ao GDH 219 e 576 à distribuição lognormal

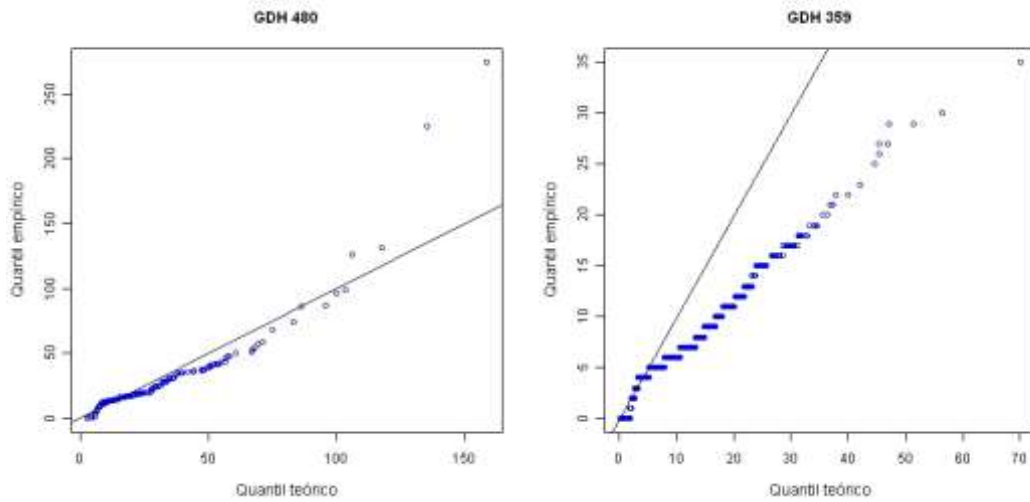


Figura 4.40. QQ-plot do ajustamento dos dados relativos ao GDH 480 e 359 à distribuição lognormal

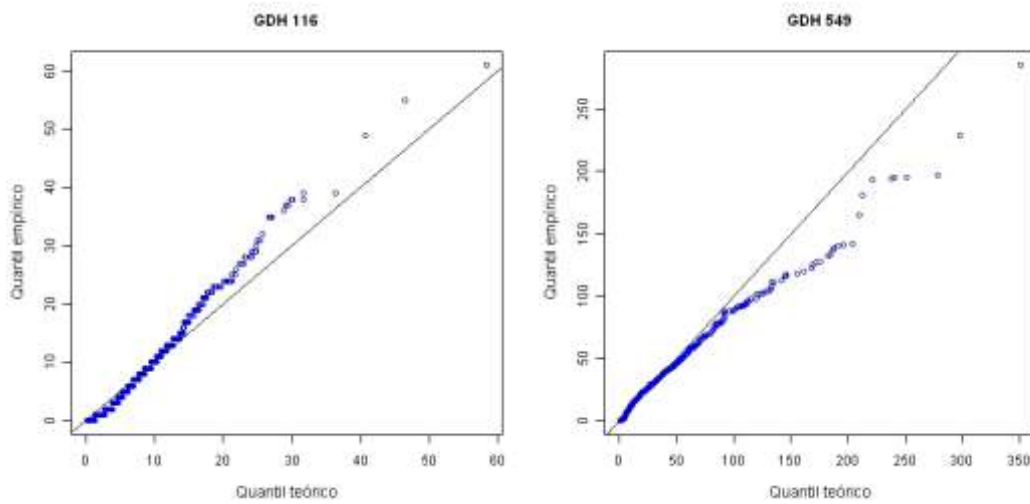


Figura 4.41. QQ-plot do ajustamento dos dados relativos ao GDH 116 e 549 à distribuição lognormal

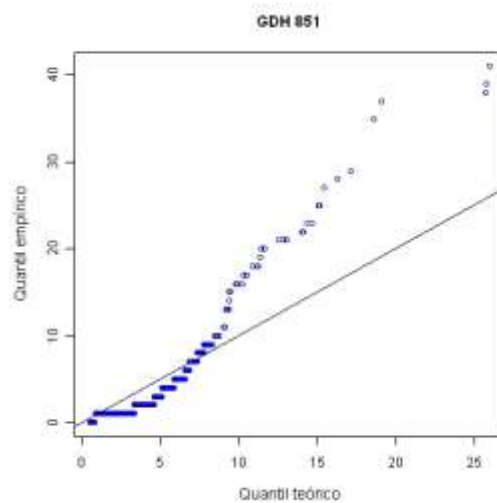


Figura 4.42. QQ-plot do ajustamento dos dados relativos ao GDH 851 à distribuição lognormal

#### 4.4 Modelos de mistura finita de distribuições

Dado que a distribuição lognormal não parece ser adequada para modelar o tempo de internamento dos 25 GDH mais importantes em termos de custo, considerou-se a possibilidade de ajustar modelos de mistura. Os modelos de mistura finita (McLachlan and Peel, 2000) permitem representar, através de um só modelo, populações que apresentam características diferentes, tais como, episódios de curta, média e longa duração. Sem perda de generalidade, e admitindo que a mistura tem duas componentes, a função de densidade de probabilidade (fdp) escreve-se da seguinte forma:

$$f(x) = p_1 f_1(x) + p_2 f_2(x)$$

em que  $p_1$  representa o peso da fdp  $f_1$ . Obviamente, a segunda fdp  $f_2$  terá um peso associado igual a  $1 - p_1 = p_2$ . Para efeito de ilustração serão ajustados modelos de mistura de lognormais à distribuição dos tempos de internamento. As razões para a escolha dessa distribuição são duas: apesar dos dados se encontrarem discretizados (número de dias), a distribuição probabilística subjacente a variável aleatória do tempo de internamento deve ser considerada contínua e positiva. A segunda se baseia no facto da distribuição lognormal ter uma cauda pesada.

O ajustamento de modelos de mistura, nomeadamente a escolha do número de componentes da mistura, é um procedimento complexo e que exige a utilização de *software* adequado. O método de máxima verosimilhança não pode directamente ser aplicado para estimar os parâmetros do modelo de mistura, dado que se desconhecem as componentes que estão subjacentes aos dados. Usa-se habitualmente o algoritmo *Expectation Maximization* (EM). Os modelos que serão apresentados seguidamente foram ajustados usando o *package mixtools* (<http://cran.r-project.org/web/packages/mixtools/index.html>), o qual funciona em ambiente R (R Development Core Team 2010. R: A Language and Environment for Statistical Computing. <http://www.R-project.org>)

Nas Figuras Figura 4.43 a Figura 4.64, o “lambda” designa o peso de cada componente da mistura.

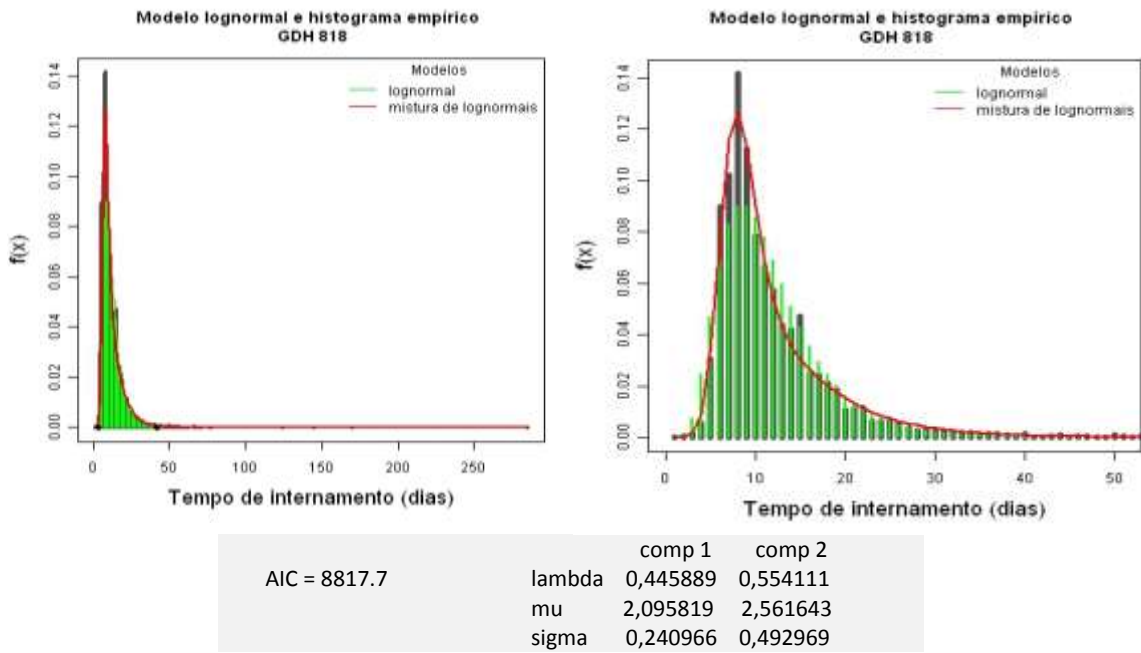


Figura 4.43. Histograma e ajustamento dos dados relativos ao GDH 851 a um modelo de mistura lognormal

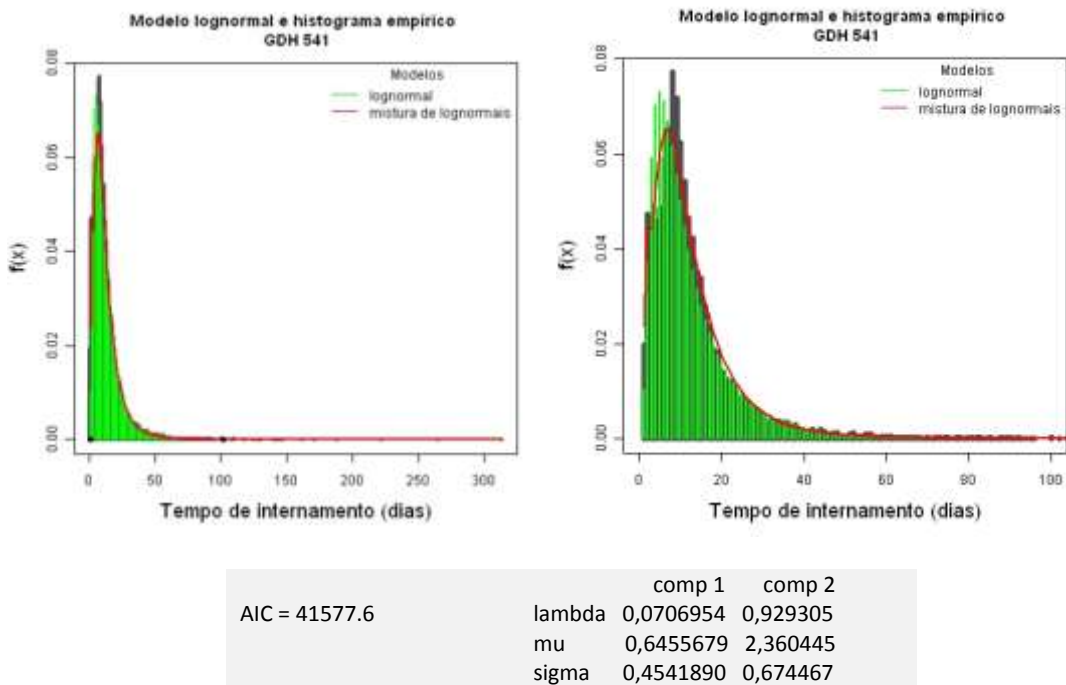


Figura 4.44. Histograma e ajustamento dos dados relativos ao GDH 541 a um modelo de mistura lognormal

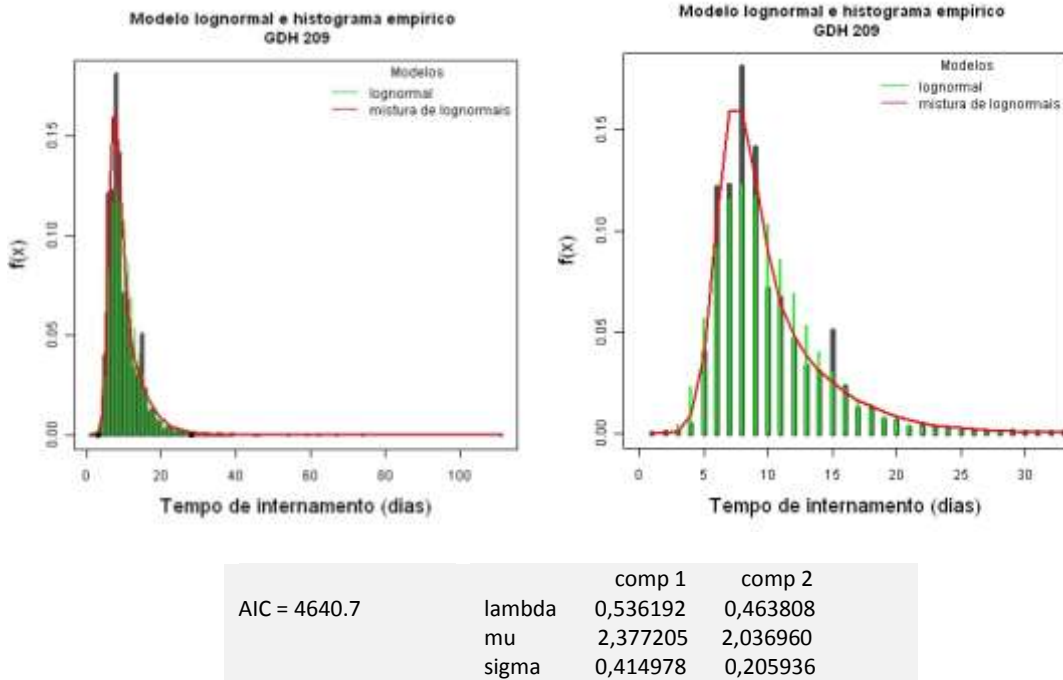


Figura 4.45. Histograma e ajustamento dos dados relativos ao GDH 209 a um modelo de mistura lognormal

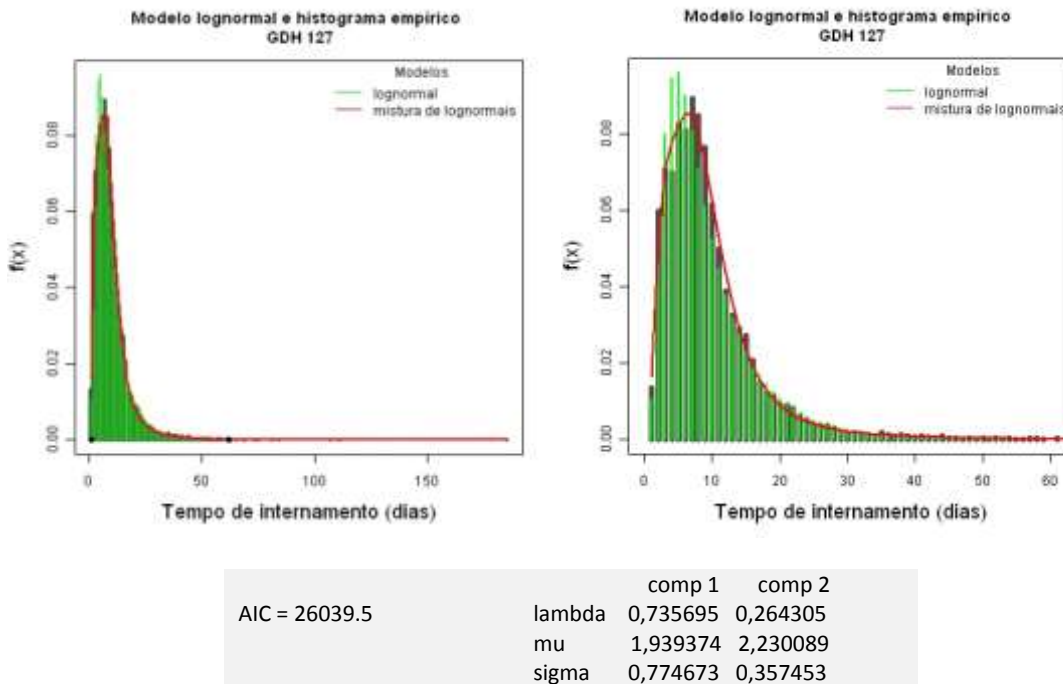


Figura 4.46. Histograma e ajustamento dos dados relativos ao GDH 127 a um modelo de mistura lognormal

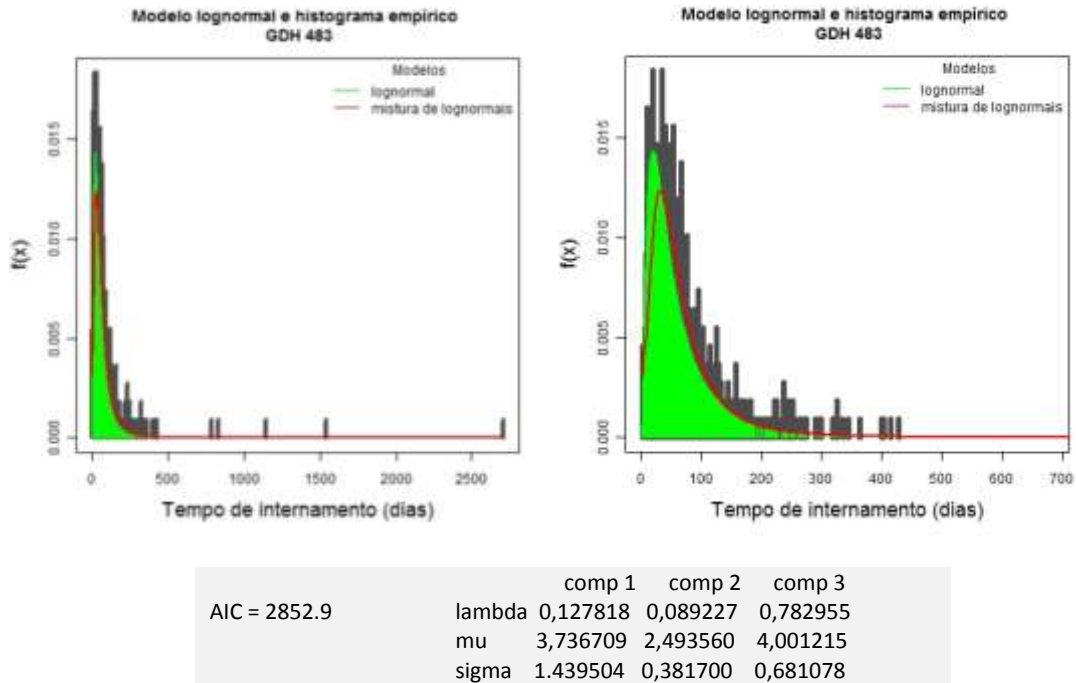


Figura 4.47. Histograma e ajustamento dos dados relativos ao GDH 483 a um modelo de mistura lognormal

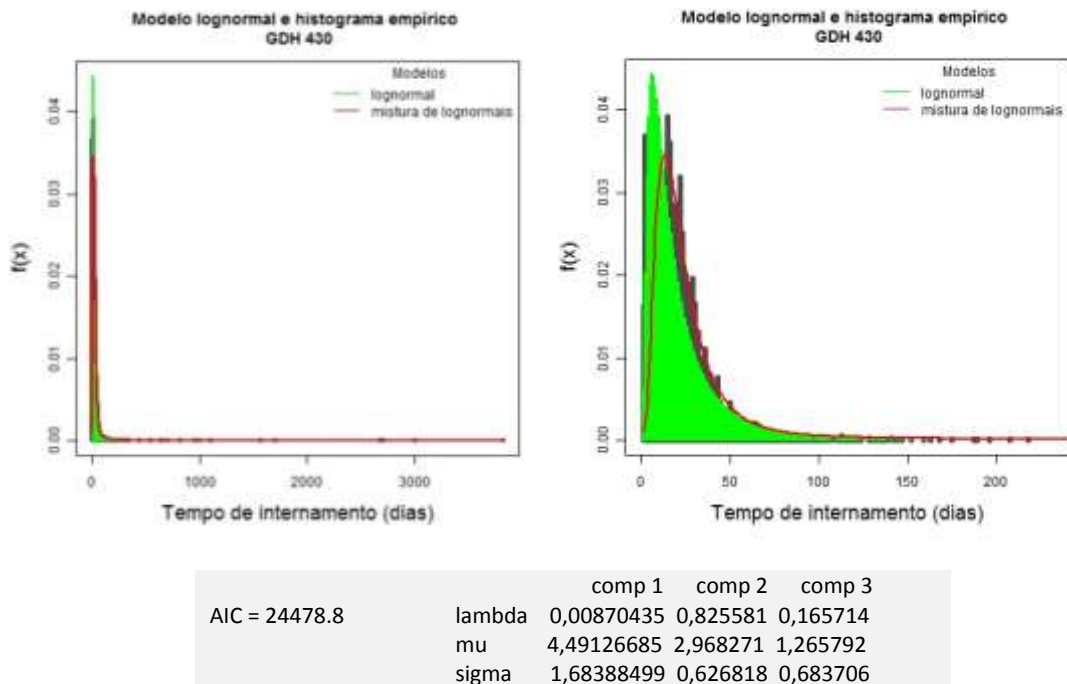
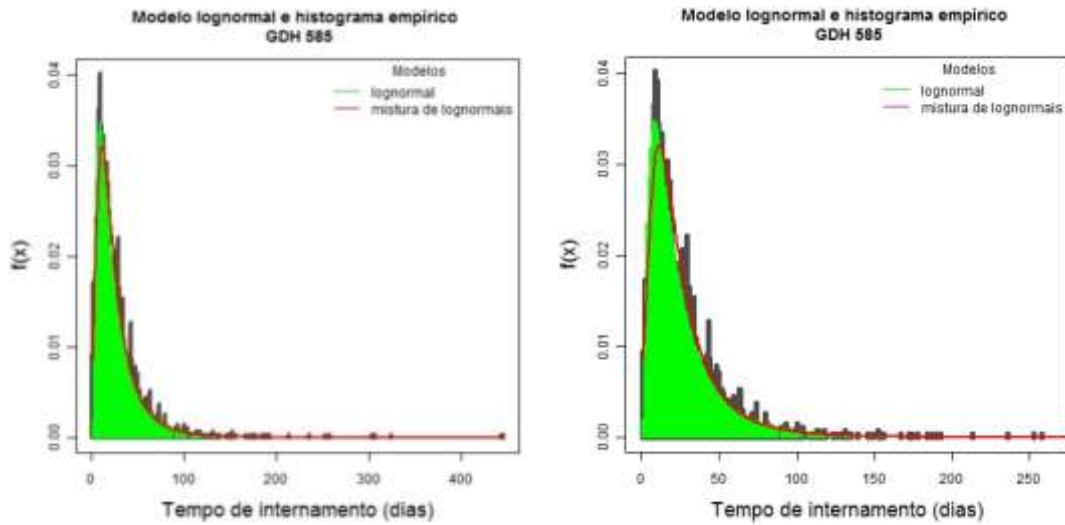
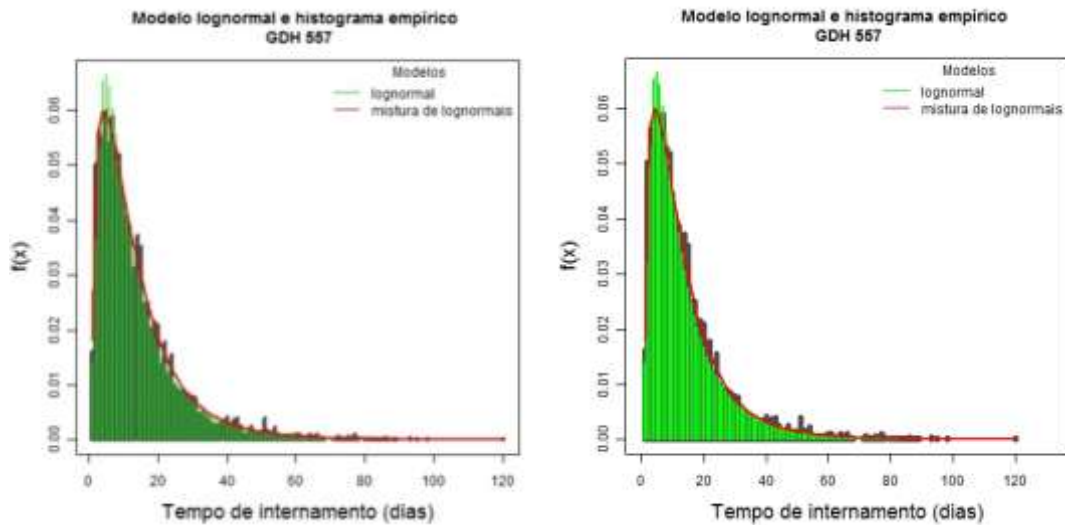


Figura 4.48. Histograma e ajustamento dos dados relativos ao GDH 430 a um modelo de mistura lognormal



AIC = 6815.8		comp 1	comp 2
	lambda	0,206805	0,793195
	mu	2,526686	3,058378
	sigma	1,245480	0,724828

Figura 4.49. Histograma e ajustamento dos dados relativos ao GDH 585 a um modelo de mistura lognormal



AIC = 10162.3		comp 1	comp 2
	lambda	0,301160	0,698840
	mu	1,542916	2,635146
	sigma	0,734924	0,693879

Figura 4.50. Histograma e ajustamento dos dados relativos ao GDH 557 a um modelo de mistura lognormal

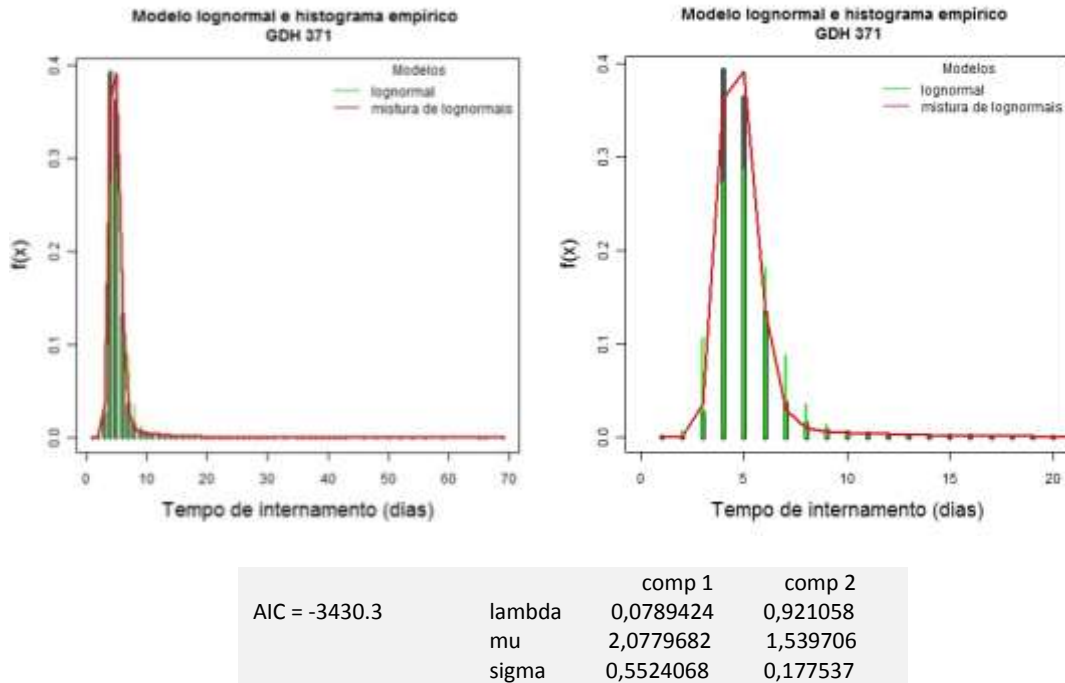


Figura 4.51. Histograma e ajustamento dos dados relativos ao GDH 371 a um modelo de mistura lognormal

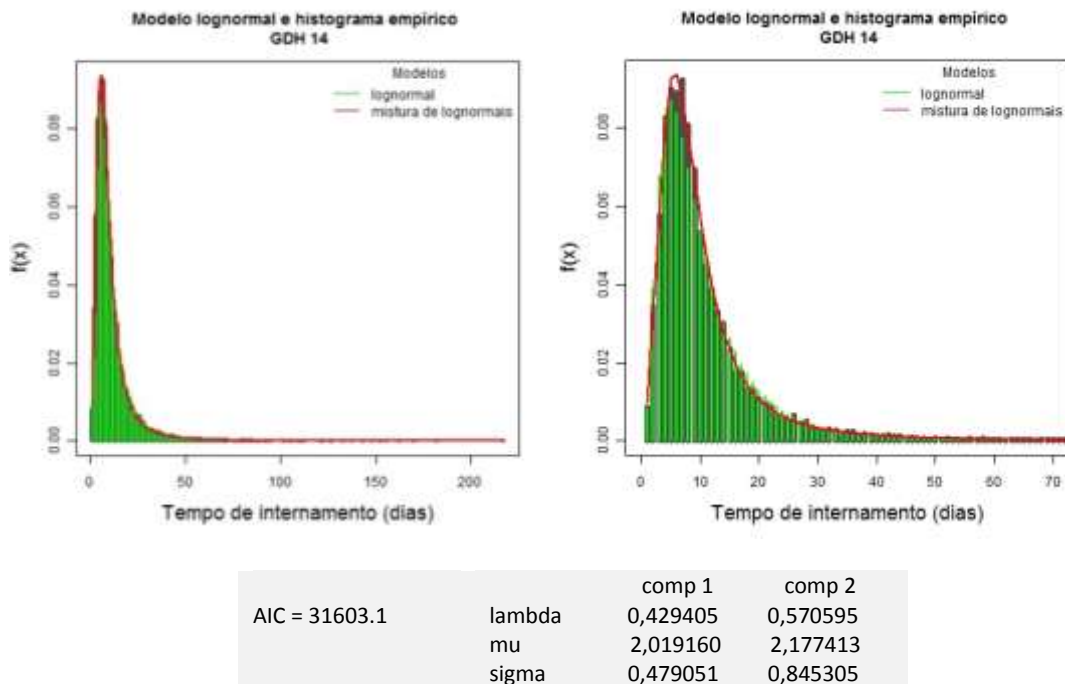


Figura 4.52. Histograma e ajustamento dos dados relativos ao GDH 14 a um modelo de mistura lognormal



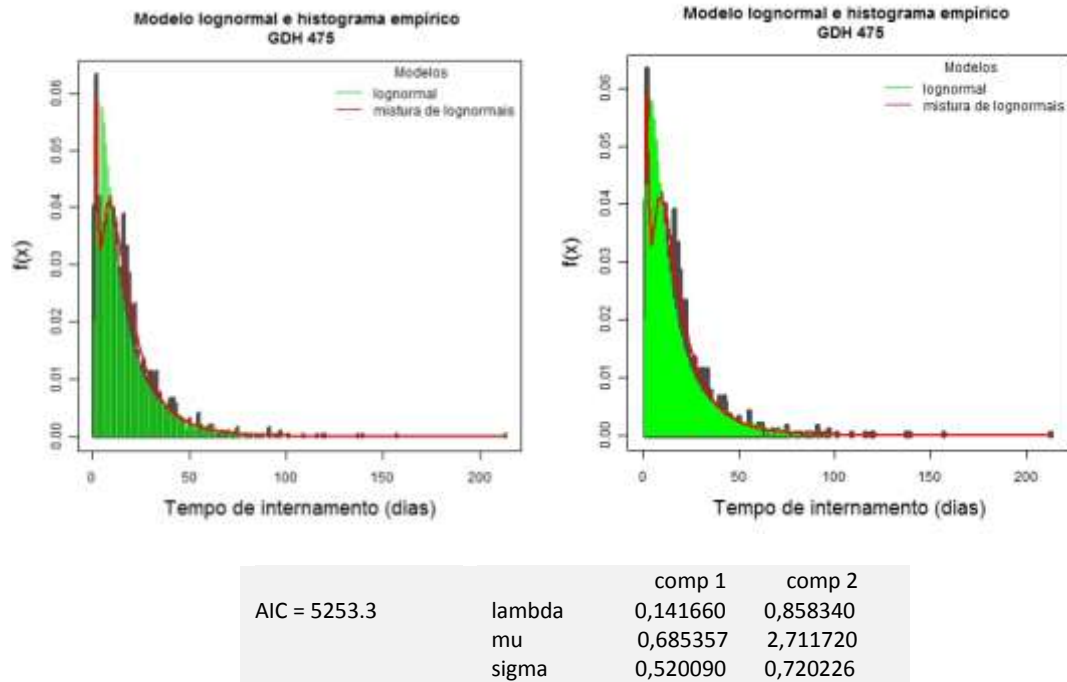


Figura 4.53. Histograma e ajustamento dos dados relativos ao GDH 475 a um modelo de mistura lognormal

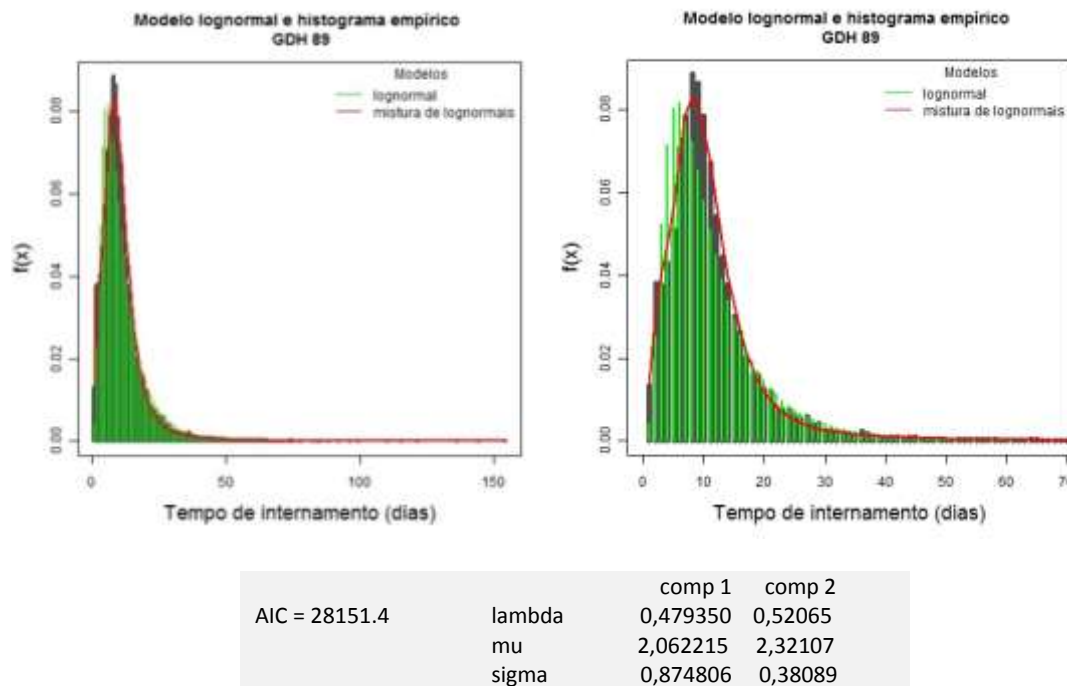


Figura 4.54. Histograma e ajustamento dos dados relativos ao GDH 89 a um modelo de mistura lognormal

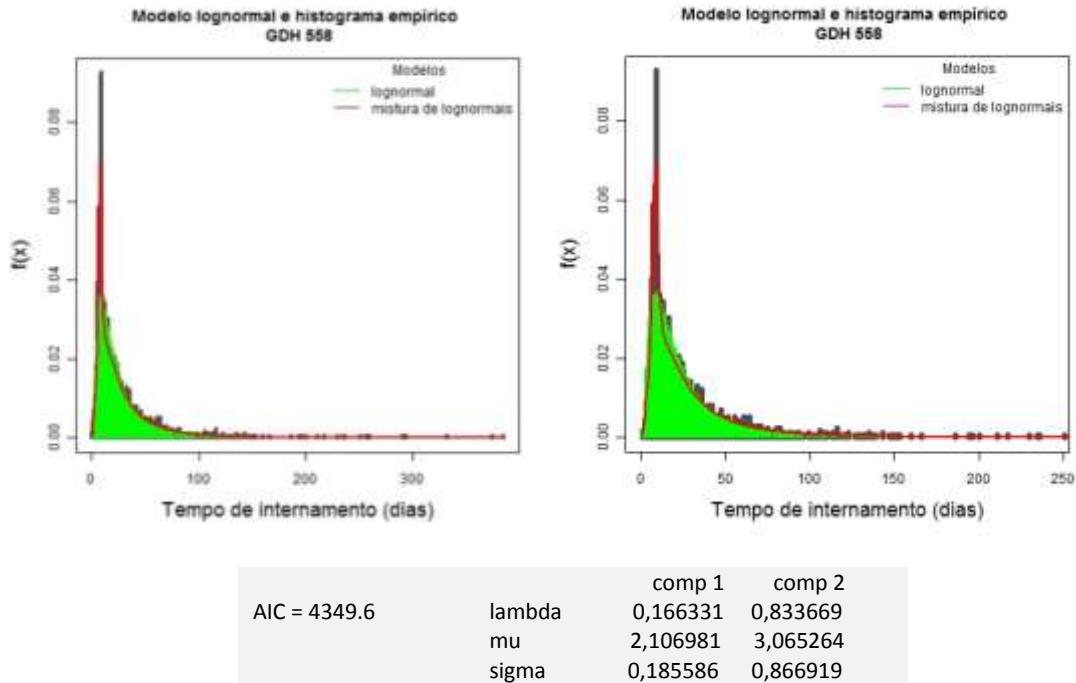


Figura 4.55. Histograma e ajustamento dos dados relativos ao GDH 558 a um modelo de mistura lognormal

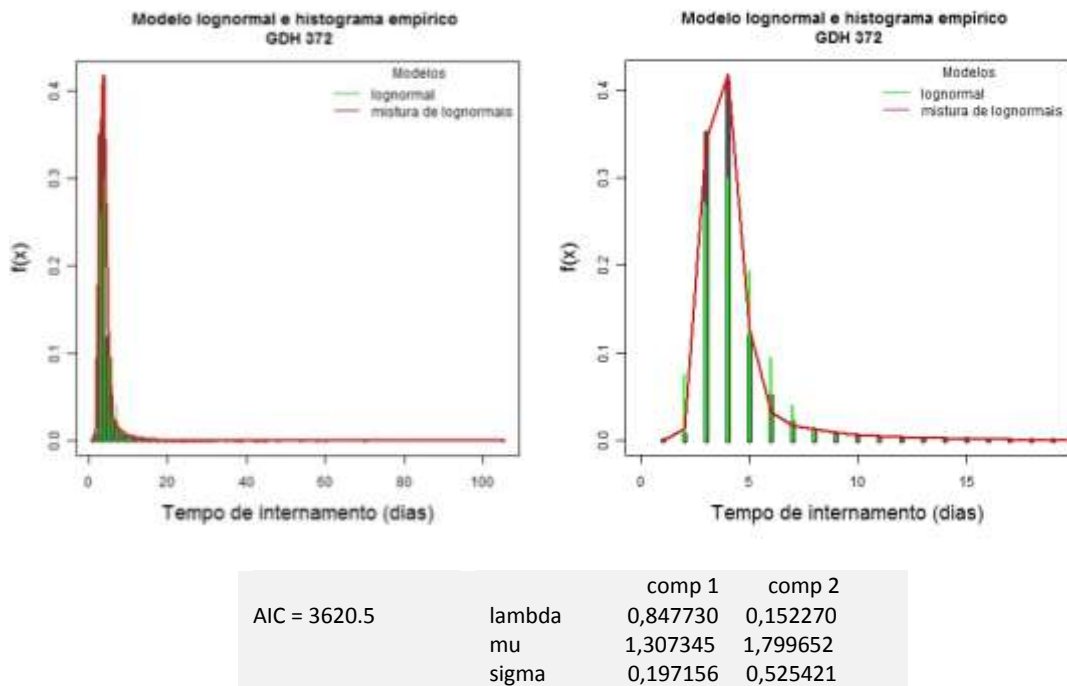
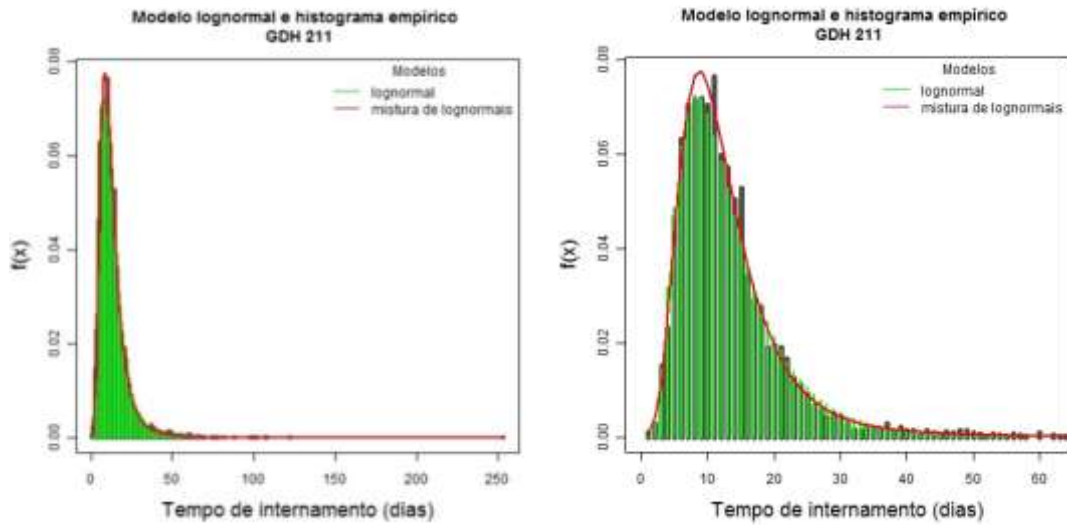
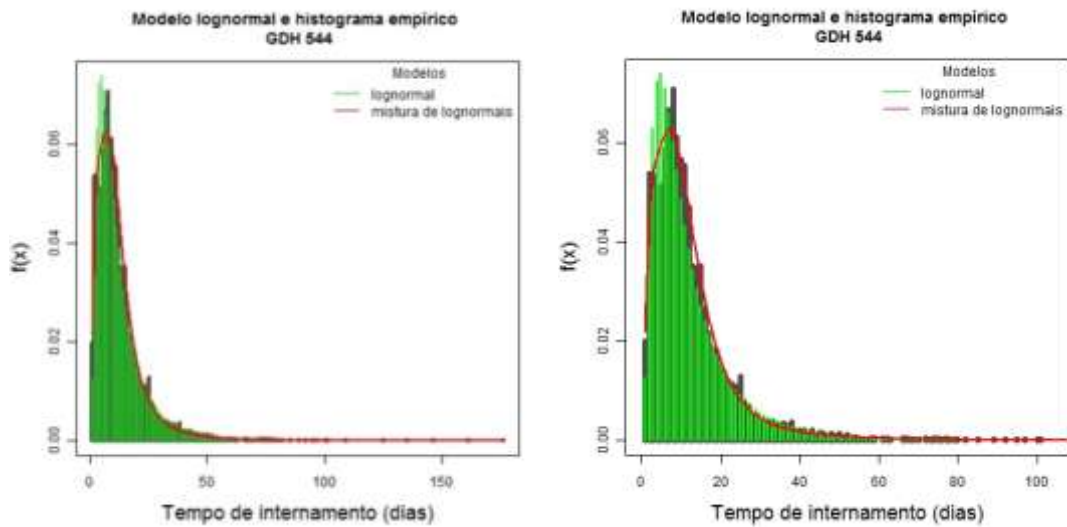


Figura 4.56. Histograma e ajustamento dos dados relativos ao GDH 372 a um modelo de mistura lognormal



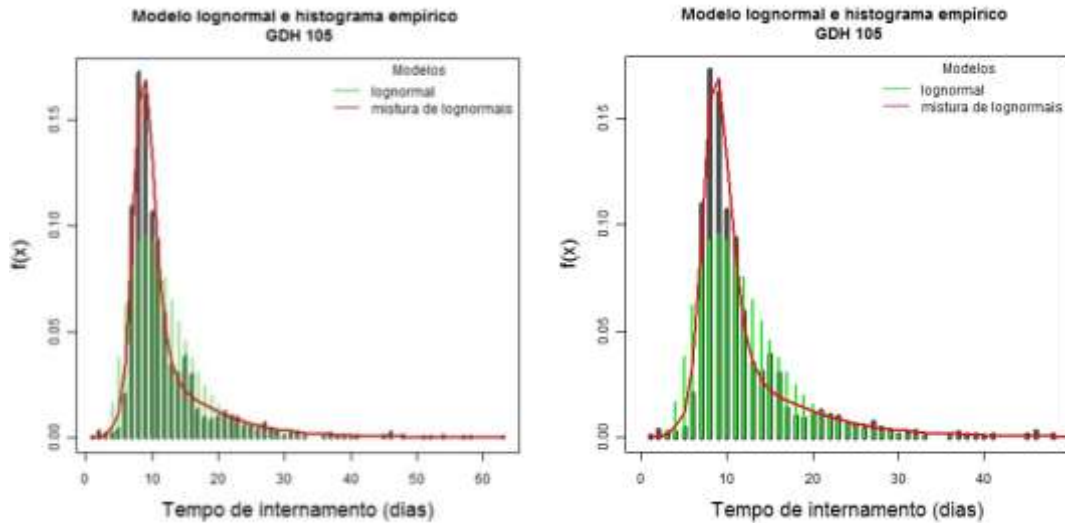
AIC = 9405.1		comp 1	comp 2
	lambda	0,758263	0,241737
	mu	2,399632	2,531383
	sigma	0,470556	0,783358

Figura 4.57. Histograma e ajustamento dos dados relativos ao GDH 211 a um modelo de mistura lognormal



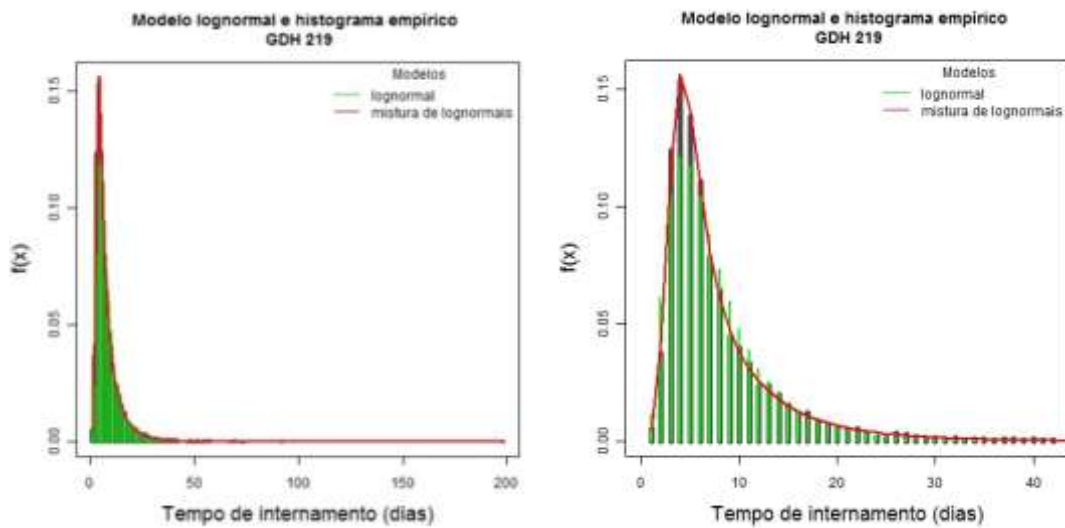
AIC = 11813.3		comp 1	comp 2
	lambda	0,655052	0,344948
	mu	2,092342	2,453962
	sigma	0,926086	0,452501

Figura 4.58. Histograma e ajustamento dos dados relativos ao GDH 544 a um modelo de mistura lognormal



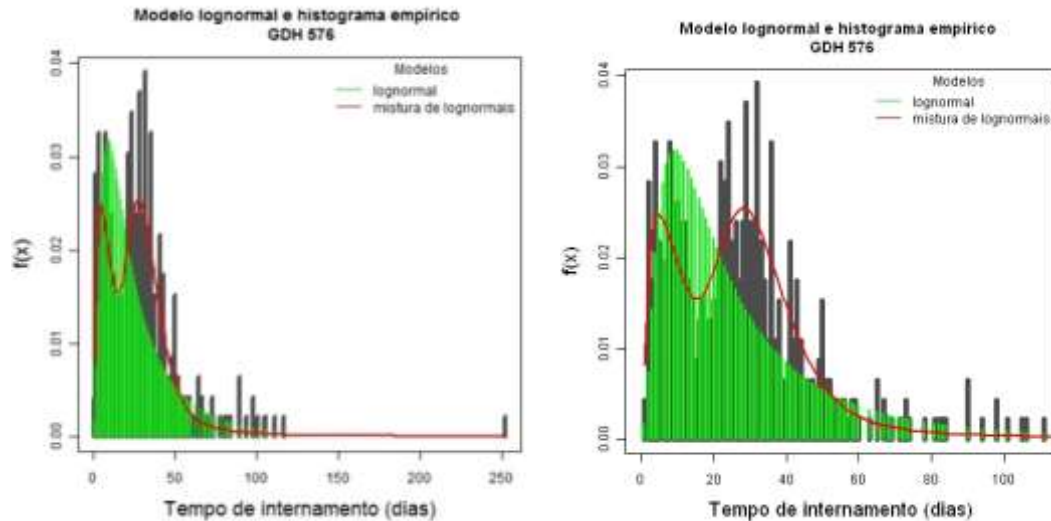
AIC = 1241.6		comp 1	comp 2
	lambda	0,576392	0,423608
	mu	2,187222	2,613432
	sigma	0,178913	0,526792

Figura 4.59. Histograma e ajustamento dos dados relativos ao GDH 105 a um modelo de mistura lognormal



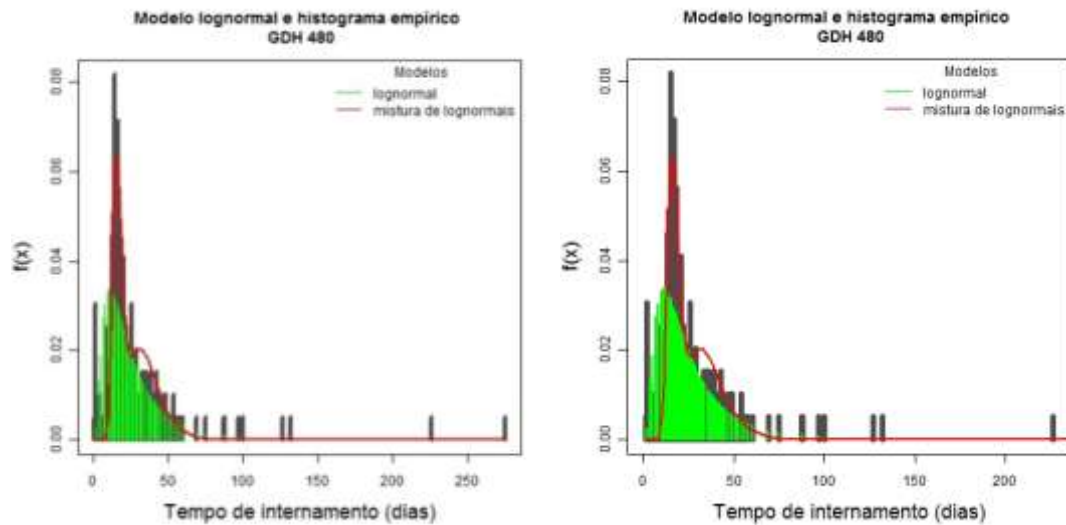
AIC = 10676.8		comp 1	comp 2
	lambda	0,355648	0,644352
	mu	1,514063	2,019476
	sigma	0,350404	0,683972

Figura 4.60. Histograma e ajustamento dos dados relativos ao GDH 219 a um modelo de mistura lognormal



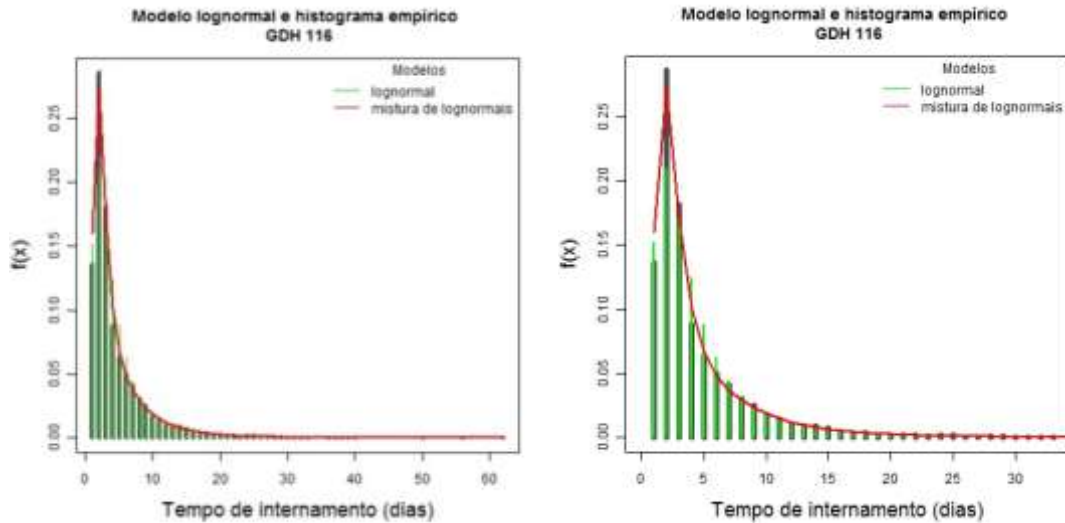
AIC = 1108.9		comp 1	comp 2
	lambda	0,553488	0,446512
	mu	2,690162	3,469057
	sigma	1,058244	0,298464

Figura 4.61. Histograma e ajustamento dos dados relativos ao GDH 576 a um modelo de mistura lognormal



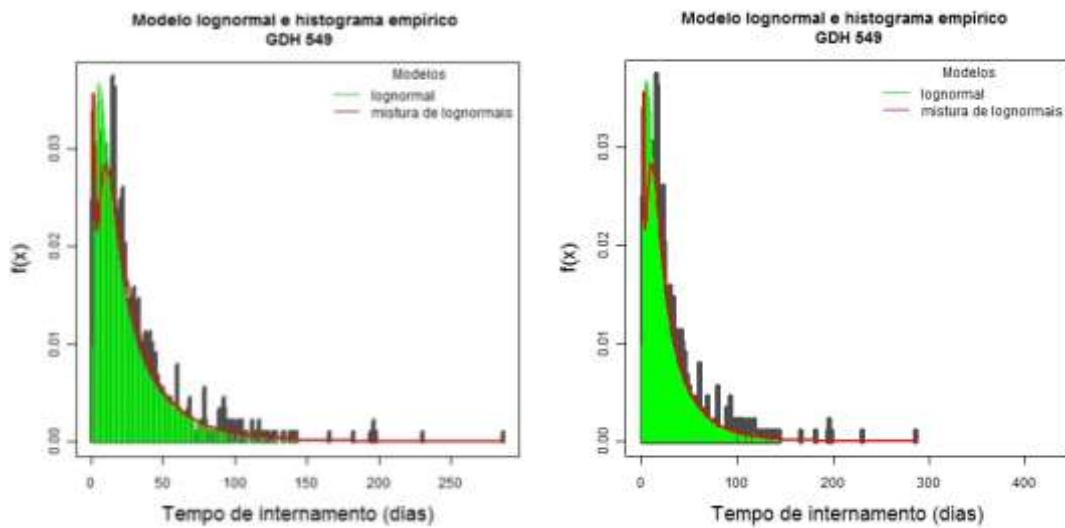
AIC = 382.2		comp 1	comp 2	comp 3
	lambda	0,269217	0,506909	0,223874
	mu	3,552028	2,803261	2,902051
	sigma	0,293376	0,201574	1,407810

Figura 4.62. Histograma e ajustamento dos dados relativos ao GDH 480 a um modelo de mistura lognormal



		comp 1	comp 2
AIC = 11801.1	lambda	0,387326	0,612674
	mu	1,833454	0,753407
	sigma	0,658850	0,494608

Figura 4.63. Histograma e ajustamento dos dados relativos ao GDH 116 a um modelo de mistura lognormal



		comp 1	comp 2
AIC = 2574.4	lambda	0,920062	0,0799384
	mu	3,079865	0,6656820
	sigma	0,867958	0,5155156

Figura 4.64. Histograma e ajustamento dos dados relativos ao GDH 549 a um modelo de mistura lognormal

Para a escolha do modelo foi utilizado o critério de informação de Akaike (AIC). Este critério penaliza a função de verosimilhança pelo número de parâmetros estimados no modelo, sendo definido por:

$$AIC = -2 \times \text{loglike} + 2 * s$$

em que: *loglike* = logaritmo da função de verosimilhança e *s* = número de parâmetros do modelo. Os modelos melhores apresentam menor AIC.

Para 76% dos GDH analisados, o modelo de mistura com duas componentes revelou ser mais adequado que uma simples distribuição lognormal. Tal escolha foi baseada no AIC e no gráfico de qualidade global de ajustamento (sobreposição da distribuição empírica dos dados e do ajustamento pelo modelo). Para três GDH, designadamente: 483 (Oxigenação por membrana extracorpórea, traqueostomia com ventilação mecânica >96h ou traqueostomia com outro diagnóstico principal, excepto da face, boca ou do pescoço), 430 (Psicoses) e 480 (Transplante hepático), os modelos com mistura de 3 lognormais apresentaram menor AIC do que o modelo com 2 componentes. O ajustamento de modelos de mistura sugere a existência de subgrupos dentro de cada GDH e consequentemente revelam a falta de homogeneidade dos grupos estudados para efeito de financiamento.

Não foi possível ajustar um modelo de mistura para 3 dos 25 GDH mais representativos, nomeadamente o 373 (Parto vaginal, sem diagnósticos de complicação), 359 (Procedimentos no útero e/ou seus anexos, por carcinoma in situ e/ou doença não maligna, sem CC) e 851 (Implantação de desfibrilhador cardíaco, sem cateterismo cardíaco). O modelo com uma simples distribuição lognormal também não se ajusta bem a esses últimos 3 GDH.

Recomenda-se um estudo mais exaustivo para determinação do melhor modelo de mistura a utilizar, como por exemplo a inclusão na mistura de uma distribuição específica para modelar os tempos de internamento mais elevados.

Aqui cabe uma ressalva em relação ao método RAQ. Apesar da utilização de uma única distribuição lognormal não ser a opção mais adequada, esta só terá impacto no método RAQ se os quantis dos dados originais estiverem fora do intervalo calculado na primeira etapa. Por outras palavras, se o primeiro quartil (Q1) for maior que o limite inferior e o terceiro quartil (Q3) for menor que o limite superior calculados na primeira etapa, Q1 e Q3 dos dados após a etapa de limpeza permanecem inalterados (em relação aos calculados com os dados originais).

#### **4.5 Definição dos limites de excepção**

Os limites estabelecidos na Portaria 839-A/2009, de acordo com a ACSS, seguiram as seguintes regras (transcrição do texto enviado pela ACSS):

*“Quando da revisão da Portaria 110-A/2007 de 23 de Janeiro, a produção considerada foi a presente na Base de Dados de GDH de 2007, que corresponde ao primeiro ano de utilização do agrupador AP 21 para toda a produção dos Hospitais do SNS, não sendo por isso uma produção que reflectisse por completo a realidade do novo agrupador. Assim, partindo do cálculo de limiares conforme explicitado (método RAQ) e tendo em consideração que se estava a utilizar uma produção ainda pouco estabilizada, as regras para os limiares adoptados foram as seguintes:*



**Limiar Inferior**

- *GDH com preço para ambulatório: limiar inferior igual a 1.*
- *GDH de baixo volume ( $\leq 100$  episódios): limiar inferior igual ao limiar inferior publicado na Portaria nº 110-A/2007, de 23 de Janeiro*
- *Nos restantes GDH, quando o limiar resultante da produção de 2007 fosse < do que o publicado na Portaria nº110-A/2007, de 23 de Janeiro, adoptou-se o limiar calculado com a produção de 2007. Quando o limiar resultante da produção de 2007 fosse > do que o publicado na Portaria nº110-A/2007, adoptou-se o limiar publicado naquele diploma.*

**Limiar Máximo**

- *GDH de baixo volume ( $\leq 100$  episódios): limiar máximo igual ao limiar máximo publicado na Portaria nº 110-A/2007, de 23 de Janeiro.*
- *Nos restantes GDH, quando o limiar resultante da produção de 2007 fosse < do que o publicado na Portaria nº110-A/2007, de 23 de Janeiro, adoptou-se o limiar calculado com a produção de 2007. Quando limiar resultante da produção de 2007 fosse > do que o publicado na Portaria nº110-A/2007, adoptou-se o limiar publicado naquele diploma”.*

Novamente, não são citados pela ACSS os pressupostos para as regras acima transcritas. Na Tabela 4.4 encontram-se os limiares de excepção utilizando a base de dados de GDH de 2009, calculados através do método RAQ. O objectivo é ilustrar que, mesmo não se alterando o método utilizado pela ACSS no cálculo dos limiares, esses devem ser revistos baseando-se na produção mais recente. Verifica-se que para 28% dos GDH estudados os limiares inferiores diminuíram, acarretando um aumento do número de doentes equivalentes.



## Análise e Avaliação do Sistema de Pagamentos e de Formação dos Preços Pagos aos Hospitais do Serviço Nacional de Saúde

**Tabela 4.4.. Limiares de excepção calculados pelo método do RAQ baseados na produção de 2009**

GDH	Designação	Diário da República			Método do RAQ (2009)			Doentes equivalentes
		limite inferior do DR	limite superior do DR	# episódios <li	limite inferior	limite superior	# episódios <li	
818	Substituição da anca, excepto por complicações	1	41	1	2	25	4	---
541	Perturbações respiratórias, excepto infecções, bronquite ou asma, com CC major	3	48	2029	3	32	2029	
209	Procedimentos major nas articulações e/ou reimplante de membro inferior, excepto anca, excepto por complicação	1	32	1	2	18	6	---
127	Insuficiência cardíaca e/ou choque	2	34	907	2	25	907	
483	Oxigenação por membrana extracorpórea, traqueostomia com ventilação mecânica >96h ou traqueostomia com outro diagnóstico principal, excepto da face, boca ou do pescoço	13	126	104	15	104	132	---
430	Psicoses	5	76	1349	5	53	1349	
373	Parto vaginal, sem diagnósticos de complicação	1	7	12	1	5	12	
585	Procedimentos major no estômago, esófago, duodeno, intestino delgado e/ou intestino grosso, com CC major	6	80	245	6	57	245	
557	Perturbações hepatobiliares e/ou pancreáticas, com CC major	3	60	491	3	41	491	
371	Cesariana, sem CC	1	13	4	1	6	4	
14	Acidente vascular cerebral com enfarte	2	34	634	2	28	634	
475	Diagnósticos do aparelho respiratório com suporte ventilatório	5	71	410	4	48	343	+++
89	Pneumonia e/ou pleurisia simples, idade >17 anos, com CC	3	39	1260	2	26	729	+++
558	Procedimentos major no aparelho osteomuscular, excepto procedimentos major bilaterais ou múltiplos nas articulações, com CC major	6	89	146	5	56	76	+++
372	Parto vaginal, com diagnósticos de complicação	1	7	11	1	5	11	
211	Procedimentos na anca e/ou no fémur, excepto procedimentos articulares major, idade >17 anos, sem CC	1	46	5	3	31	107	---
544	Insuficiência cardíaca congestiva e/ou arritmia cardíaca, com CC major	3	48	630	3	32	630	
105	Procedimentos nas válvulas cardíacas e/ou outros procedimentos cardiotorácicos major, sem cateterismo cardíaco	1	28	1	2	22	6	---
219	Procedimentos no membro inferior e/ou no úmero, excepto na anca, pé ou fémur, idade >17 anos, sem CC	1	31	31	2	18	242	---
576	Leucemia aguda, com CC major	8	82	80	8	58	80	
480	Transplante hepático	6	84	10	5	57	10	+++
359	Procedimentos no útero e/ou seus anexos, por carcinoma in situ e/ou doença não maligna, sem CC	1	13	4872	0	11	0	+++
116	Outras implantações de pacemaker cardíaco permanente	1	21	711	0	10	0	+++
549	Procedimentos cardiovasculares major, com CC major	6	85	133	6	58	133	
851	Implantação de desfibrilhador cardíaco, sem cateterismo cardíaco	1	16	14	0	10	0	+++

Adoptando-se os modelos alternativos de mistura finita de distribuições pode-se calcular os limites de excepção para os tempos de internamento de cada GDH através dos quantis de probabilidade. Para um cenário mais abrangente utilizou-se os quantis 0,05% e 99,5%. Para um cenário mais conservador adoptou-se os quantis 2,5% e 99,75%. Assim sendo, para o primeiro e segundo cenário, 99% e 95% dos episódios de internamentos são classificados como típicos, respectivamente. Para estimar o quantil de probabilidade utiliza-se a função distribuição  $F(x)$ . Por exemplo, o limite de 95% pode ser encontrado através das seguintes expressões:

$$\text{Limite inferior: } P(X \leq x) = \int_{-\infty}^x f(z)dz = F(x) \leq 0,025$$

$$\text{Limite superior: } P(X \leq x) = \int_{-\infty}^x f(z)dz = F(x) \leq 0,975$$

No caso do modelo de mistura com duas componentes, por exemplo, as expressões acima ficam assim descritas:

$$\text{Limite inferior: } P(X \leq x) = \int_{-\infty}^x f(z)dz = p_1F_1(x) + p_2F_2(x) \leq 0,025$$

$$\text{Limite superior: } P(X \leq x) = \int_{-\infty}^x f(z)dz = p_1F_1(x) + p_2F_2(x) \leq 0,975$$

## Análise e Avaliação do Sistema de Pagamentos e de Formação dos Preços Pagos aos Hospitais do Serviço Nacional de Saúde

O limite de excepção de 99% abrange mais episódios classificados como “típicos”. Já o limite de excepção de 95% classifica mais episódios de curta duração e de duração prolongada.

Os limites de excepção para os GDH que não se ajustam a nenhum modelo serão calculados usando os quantis empíricos.

O resultado sumarizado dos modelos de mistura e seus limites de excepção de 99% e 95% para os 25 GDH encontram-se nas Tabelas 4.5 e 4.6.

**Tabela 4.5. Resultados dos modelos de mistura. Limites de excepção de 99% (DR = Diário da República: Portaria 839-A/2009)**

GDH	Designação	Diário da República					Cenário abrangente						
		Número de componentes da mistura	limite inferior do DR	limite superior do DR	# episódios < li	Total de episódios em 2009	limite inferior 99%	limite superior 99%	Número episódios < li	Número episódios > li	acréscimo/de crésimo de episódios de curta duração	número de doentes equivalentes	
818	Substituição da anca, excepto por complicações	2	1	41	1	7335	4	42	51	63	50	---	
541	Perturbações respiratórias, excepto infecções, bronquite ou asma, com CC major	2	3	48	2029	17765	0	83	0	53	-2029	+++	
209	Procedimentos major nas articulações e/ou reimplante de membro inferior, excepto anca, excepto por complicação	2	1	32	1	5826	5	29	276	37	275	---	
127	Insuficiência cardíaca e/ou choque	2	2	34	907	12368	2	48	907	41	0	0	
483	Oxigenação por membrana extracorpórea, traqueostomia com ventilação mecânica >96h ou traqueostomia com outro diagnóstico principal, excepto da face, boca ou do pescoço	3	13	126	104	1089	4	2705	9	0	-95	+++	
430	Psicoses	3	5	76	1349	9533	4	3822	1076	0	-273	+++	
373	Parto vaginal, sem diagnósticos de complicação		1	7	12	34636	1	8	12	158	0	+++	
585	Procedimentos major no estômago, esfago, duodeno, intestino delgado e/ou intestino grosso, com CC major	2	6	80	245	2658	2	175	71	14	-174	+++	
557	Perturbações hepatobiliares e/ou pancreáticas, com CC major	2	3	60	491	3998	0	77	0	16	-491	+++	
371	Cesariana, sem CC	2	1	13	4	19854	3	19	540	95	536	---	
14	Acidente vascular cerebral com enfarte	2	2	34	634	14692	2	66	634	75	0	0	
475	Diagnósticos do aparelho respiratório com suporte ventilatório	2	5	71	410	1931	0	100	0	8	-410	+++	
89	Pneumonia e/ou pleurisia simples, idade >17 anos, com CC	2	3	39	1260	14218	2	60	729	42	-531	+++	
558	Procedimentos major no aparelho osteomuscular, excepto procedimentos major bilaterais ou múltiplos nas articulações, com CC major	2	6	89	146	1749	3	190	24	17	-122	+++	
372	Parto vaginal, com diagnósticos de complicação	2	1	7	11	14560	3	16	5211	81	5200	---	
211	Procedimentos na anca e/ou no fémur, excepto procedimentos articulares major, idade >17 anos, sem CC	2	1	46	5	5600	3	63	107	20	102	---	
544	Insuficiência cardíaca congestiva e/ou arritmia cardíaca, com CC major	2	3	48	630	4930	0	77	0	16	-630	+++	
105	Procedimentos nas válvulas cardíacas e/ou outros procedimentos cardiotorácicos major, sem cateterismo cardíaco	2	1	28	1	1457	5	46	18	9	17	---	
219	Procedimentos no membro inferior e/ou no úmero, excepto na anca, pé ou fémur, idade >17 anos, sem CC	2	1	31	31	5658	2	40	242	23	211	---	
576	Leucemia aguda, com CC major	2	8	82	80	460	2	183	15	1	-65	+++	
480	Transplante hepático	3	6	84	10	196	11	276	20	0	10	---	
359	Procedimentos no útero e/ou seus anexos, por carcinoma in situ e/ou doença não maligna, sem CC		1	13	4872	16230	0	14	0	71	-4872	0	
116	Outras implantações de pacemaker cardíaco permanente	2	1	21	711	5218	0	28	0	21	-711	+++	
549	Procedimentos cardiovasculares major, com CC major	2	6	85	133	883	0	199	0	2	-133	+++	
851	Implantação de desfibrilhador cardíaco, sem cateterismo cardíaco		1	16	14	582	0	37	0	3	-14	0	

## Análise e Avaliação do Sistema de Pagamentos e de Formação dos Preços Pagos aos Hospitais do Serviço Nacional de Saúde

**Tabela 4.6. Resultados dos modelos de mistura. Limites de excepção de 95%. (DR = Diário da República: Portaria 839-A/2009)**

GDH	Designação	Diário da República					Cenário conservador					
		Número de componentes da mistura	limite inferior do DR	limite superior do DR	# episódios < li	Total de episódios em 2009	limite inferior 95%	limite superior 95%	Número episódios < li	Número episódios > ls	acréscimo/d ecrésimo de episódios de curta duração	número de doentes equivalentes
818	Substituição da anca, excepto por complicações	2	1	41	1	7335	6	30	930	163	929	---
541	Perturbações respiratórias, excepto infecções, bronquite ou asma, com CC major	2	3	48	2029	17765	2	45	1190	330	-839	+++
209	Procedimentos major nas articulações e/ou reimplante de membro inferior, excepto anca, excepto por complicação	2	1	32	1	5826	5	22	276	83	275	---
127	Insuficiência cardíaca e/ou choque	2	2	34	907	12368	2	29	907	243	0	0
483	Oxigenação por membrana extracorporeal, traqueostomia com ventilação mecânica >96h ou traqueostomia com outro diagnóstico principal, excepto da face, boca ou do pescoço	3	13	126	104	1089	10	2705	68	0	-36	+++
430	Psicoses	3	5	76	1349	9533	6	3822	1597	0	248	---
373	Parto vaginal, sem diagnósticos de complicação		1	7	12	34636	2	5	210	686	198	---
585	Procedimentos major no estômago, esófago, duodeno, intestino delgado e/ou intestino grosso, com CC major	2	6	80	245	2658	3	97	106	61	-139	+++
557	Perturbações hepatobiliares e/ou pancreáticas, com CC major	2	3	60	491	3998	2	49	266	106	-225	+++
371	Cesariana, sem CC	2	1	13	4	19854	3	11	540	245	536	---
14	Acidente vascular cerebral com enfarte	2	2	34	634	14692	3	38	1481	317	847	---
475	Diagnósticos do aparelho respiratório com suporte ventilatório	2	5	71	410	1931	2	57	200	49	-210	+++
89	Pneumonia e/ou pleurisia simples, idade >17 anos, com CC	2	3	39	1260	14218	2	33	729	278	-531	+++
558	Procedimentos major no aparelho osteomuscular, excepto procedimentos major bilaterais ou múltiplos nas articulações, com CC major	2	6	89	146	1749	5	110	76	52	-70	+++
372	Parto vaginal, com diagnósticos de complicação	2	1	7	11	14560	3	11	5211	159	5200	---
211	Procedimentos na anca e/ou no fémur, excepto procedimentos articulares major, idade >17 anos, sem CC	2	1	46	5	5600	4	37	237	135	232	---
544	Insuficiência cardíaca congestiva e/ou arritmia cardíaca, com CC major	2	3	48	630	4930	2	43	365	99	-265	+++
105	Procedimentos nas válvulas cardíacas e/ou outros procedimentos cardiotorácicos major, sem cateterismo cardíaco	2	1	28	1	1457	6	32	48	26	47	---
219	Procedimentos no membro inferior e/ou no úmero, excepto na anca, pé ou fémur, idade >17 anos, sem CC	2	1	31	31	5658	3	26	943	110	912	---
576	Leucemia aguda, com CC major	2	8	82	80	460	3	89	23	9	-57	+++
480	Transplante hepático	3	6	84	10	196	12	276	23	0	13	---
359	Procedimentos no útero e/ou seus anexos, por carcinoma in situ e/ou doença não maligna, sem CC		1	13	4872	16230	0	8	0	338	-4872	0
116	Outras implantações de pacemaker cardíaco permanente	2	1	21	711	5218	0	17	0	100	-711	+++
549	Procedimentos cardiovasculares major, com CC major	2	6	85	133	883	2	116	52	23	-81	+++
851	Implantação de desfibrilhador cardíaco, sem cateterismo cardíaco		1	16	14	582	1	21	14	14	0	0

98

**Tabela 4.7. Alteração do número de doentes equivalentes de acordo com os limites de 99% e 95% dos modelos de mistura e do método RAQ para a produção de 2009**

	Limite de 99%	Limite de 95%	Método do RAQ (2009)
aumento do nº de doentes equivalentes	13 GDHs	11 GDHs	7 GDHs
diminuição do nº de doentes equivalentes	8 GDHs	11 GDHs	6 GDHs
inalterado o nº de doentes equivalentes	4 GDHs	3 GDHs	12 GDHs

Ao assumir um intervalo mais abrangente (limite de 99%), 13 dos 25 GDH aumentaram o número de doentes equivalentes quando comparado com o determinado na Portaria 839-A/2009. Esse número é reduzido de 2 GDH para o caso do limite de 95%. Em ambos os cenários, existem alguns GDH em que o limiar inferior se mostrou inalterado (4 GDH e 3 GDH para os limites de 99% e 95%, respectivamente) (Tabela 4.7). Vale a pena ressaltar que, de acordo com regra da Portaria 839-A/2009, todo GDH com preço para ambulatório (nessa análise são: GDH 818, 209, 371, 211, 105, 219, 359, 116, 851), possui limiar inferior igual a 1, independente do resultado encontrado pelo método do intervalo RAQ.

#### 4.6 Comentários finais e conclusões

O quadro abaixo resume os pressupostos, as limitações e recomendações para calcular os limiares de exceção de forma mais realista a distribuição probabilística subjacente aos tempos de internamento de cada GDH.

Procedimentos	Propostas para melhorar/fundamentar estatisticamente a metodologia que determina os limiares de exceção do tempo de internamento
Lognormalidade dos dados	A maioria das distribuições de tempos de internamento não se ajusta a uma única distribuição lognormal. Ou equivalentemente, os logaritmos do tempo de internamento não seguem uma distribuição normal. Mistura finita de distribuições apresenta-se como uma alternativa flexível para ajustar o comportamento assimétrico da distribuição do tempo de internamento na maioria dos GDH. Uma outra alternativa que pode se apresentar mais robusta é a análise em conjunto das misturas das distribuições e dos modelos de extremos.
Truncatura dos dados	A truncatura dos dados à esquerda e à direita, independentemente dos critérios utilizados, altera a distribuição verdadeira dos dados, podendo enviesar os resultados do cálculo dos limites, devido ao estreitamento dos intervalos. Recomendação: analisar os dados sem essa “limpeza”.
Cálculo dos limiares baseados na estimação de 2 medidas: dispersão e deslocamento e parametrizações associadas aos quartis.	O método utilizado para o cálculo dos limiares de exceção desenvolvidos pelo Richard Averil não apresenta nenhum fundamento estatístico para as parametrizações utilizadas. Recomenda-se, como alternativa, a utilização dos quantis de probabilidade das distribuições de mistura para estimar os limiares inferior e superior.
GDH com preço para ambulatório e incentivo para a diminuição do tempo de internamento – limiar inferior foi administrativamente fixado em 1	Dos 25 GDH analisados, 10 possuem preço para ambulatório. Desses, 7 foram ajustados por um modelo de mistura com duas componentes. Esses resultados sugerem a presença de heterogeneidade dentro do GDH, sendo o GDH melhor representado por duas subpopulações, uma de curta duração e outra de episódios mais prolongados. Sendo assim, um limiar inferior igual a 1 para todos os GDH com preço para ambulatório acaba por não reflectir a verdadeira produção.
GDH de baixo volume ( $\leq 100$ episódios): limiar inferior e máximo igual ao limiar inferior publicado na Portaria nº 110-	As alterações introduzidas na Portaria nº 110-A/2007, de 23 de Janeiro, baseiam-se na base de dados do GDH de 2003, que se considera desactualizada para o contexto actual. Outro aspecto refere-se à regra adoptada nessa portaria: sempre que o número

A/2007, de 23 de Janeiro

de episódios classificados num GDH era inferior a 100 (GDH de baixo volume), ou os limiares se afastavam muito da distribuição verificada no histograma de frequências, foram adoptados os limiares dos EUA para o AP 21. A utilização dos limiares americanos para os GDH com baixa frequência pressupõe realidades da prática clínica semelhantes entre Portugal e EUA. Não é mencionada nenhuma avaliação dessa situação.

Para esses GDH sugere-se sempre que possível a utilização de estatística descritiva simples para elaboração dos limiares. Caso não seja exequível, talvez um painel de peritos portugueses a fim de elucidar valores para os limiares mais próximos da realidade portuguesa fosse mais viável.

Na globalidade, a metodologia utilizada na fixação dos limiares de excepção do tempo de internamento está insuficientemente fundamentada e enviesa a verdadeira distribuição da duração do internamento.

A possibilidade de ajustamento de uma mistura de distribuições para a maioria dos 25 GDH mais representativos revela eventual necessidade de alteração da classificação dos GDH. O ajustamento dos modelos de mistura finita realça a heterogeneidade na duração dos internamentos analisados.

Sugere-se uma nova revisão dos limiares de excepção utilizando a produção mais recente (base dados dos GDH) e uma metodologia mais adequada, como por exemplo os modelos de mistura e incluindo a modelação dos episódios mais extremos.

100

#### 4.7 Referências

Coles (2001), Introduction to Statistical Modelling of Extreme Values, Springer.

Yau KKW, Lee AH and Ng ASK. Finite mixture regression model with random effects: application to neonatal hospital length of stay. Computational Statistics & Data Analysis Volume 41, Issues 3-4, 28 January 2003, Pages 359-366

J. Xiao, A.H. Lee and S.R. Vemuri, Mixture distribution analysis of length of hospital stay for efficient funding. Socio-Econom. Planning Sci. 33 (1999), pp. 39–59.

Singh CH, Ladusingh L. Inpatient length of stay: a finite mixture modeling analysis. Eur J Health Econ. 2010 Apr;11(2):119-26. Epub 2009 May 12.

Silverman BW. Density Estimation for Statistics and Data Analysis, Chapman & Hall, 1986

McLachlan, GJ., Peel, D. Finite Mixture Models. Wiley, New York, 2000

Embrechts, P., Klüppelberg, C. and Mikosch, T. (1997). Modelling extremal events for insurance and finance, Springer.

Pickands, J. (1975). Statistical inference using extreme order statistics, Annals of Statistics, 3, 119–131.

## 5 A Contabilidade dos Hospitais

**A Contabilidade dos Hospitais: fiabilidade informação produzida; comparabilidade entre diferentes unidades hospitalares; suficiência para o apuramento dos custos por GDH.**

Conclusões	<p>A contabilidade analítica não está a ser utilizada pela ACSS e tutela para acompanhar e monitorizar a gestão mais eficiente dos recursos humanos e materiais</p>
	<p>Não existe, salvo raras excepções, uma contabilidade analítica por doente, ou dito de outra forma, um apuramento do custo por doente (recursos humanos e materiais consumidos).</p>
	<p>Nenhum hospital, no ano de 2008, teve a contabilidade analítica com informação fiável na componente do custo total. Apenas 2 hospitais registam valores fiáveis no 1º nível de imputação (apenas custos directos) e apenas 3 hospitais registam valores fiáveis quando analisados os critérios de imputação indirecta (2º ao 4º nível). A informação gerada pela contabilidade analítica não é globalmente fiável.</p>
	<p>A fiabilidade diminui acentuadamente na imputação dos custos indirectos (2ª ao 4ª nível do PCAH - quando os centros de custo são depois redistribuídos às actividades auxiliares e principais).</p>
	<p>Em vários hospitais o PCAH não é cumprido e utilizam-se unidades de obra desadequadas</p>
	<p>Essas insuficiências e derrogações na aplicação do PCAH não têm originado - pois as mesmas não estão previstas - medidas punitivas, pelo que não há qualquer incentivo a mudar e melhorar os dados da contabilidade analítica.</p>
	<p>Verificam-se inconsistências na aplicação de critérios da contabilidade analítica, o que limita a possibilidade comparativa de custos unitários (indicador principal para comparar resultados de eficiência entre hospitais).</p>
	<p>Não são considerados o case-mix e aspectos individuais das diversas unidades (diferenciação de valências, complexidade dos casos tratados, factores de economias de escala, custos de estrutura diferenciados, utilização de tecnologias diferenciadas, entre outros factores), o que reduz a possibilidade de comparação.</p>
Recomendações	<p>A leitura de custos unitários entre os hospitais só é possível restringindo-se às situações em que os hospitais utilizaram os mesmos critérios e em que os mesmos têm elementos e produzem o mesmo tipo de actividade e que as mesmas tenham qualidades comparáveis. Tudo isto limita substancialmente a comparação entre as várias unidades hospitalares.</p>
	<p>O <i>output</i> gerado na contabilidade analítica não permite uma ligação com a fórmula de financiamento do SNS, ou seja, a contabilidade analítica actual não permite a obtenção do custo por GDH. Apenas 8 dos 59 hospitais (13,5%) referiram ser possível a obtenção do custo por GDH, sendo que desses oito, quatro referiram que tal foi possível pelo SCAH e os restantes referiram obtê-los com várias limitações.</p>
	<p>Incentivar os hospitais empresa a criarem uma cultura empresarial. A exigência dos dados financeiros a cada entidade, a procura de competitividade entre os vários hospitais empresa deverá existir, tanto a nível qualitativo de serviços prestados como de eficiência económica. A publicação de um ranking de qualidade de serviços prestados e de eficiência económica poderá ser equacionado a fim de incentivar as diversas unidades a melhorar os vários indicadores.</p>
	<p>Incentivar a melhoria da fiabilidade da informação da contabilidade analítica,</p>

procurando um diálogo e linha de actuação tempestiva com as Administrações, consultores, auditores internos e fiscais únicos dos hospitais, questionando resultados, riscos e incentivando à melhoria dos resultados quer os mesmos respeitem a qualidade da prestação dos cuidados, quer respeitem a eficiência económica e produtiva, quer a riscos operacionais e de gestão interna. Deverão criar-se estímulos para os bons exemplos e formas punitivas para os piores exemplos, no que respeita à qualidade da informação da contabilidade analítica.

Avaliar a necessidade de melhorar o PCAH, criando uma contabilidade analítica que permita a comparabilidade entre o financiamento e o seu custo e mais direccionada à gestão em detrimento da contabilidade de custos tradicional. Se a opção de financiamento está definida, faz todo o sentido que a contabilidade permita obter o custo por GDH.

Analisar os sistemas informáticos e em geral a informação que a gestão utiliza para tomar as suas decisões. Graduar os sistemas considerados mais válidos para a tomada de decisões, avaliar os benefícios gerados pela replicação dos mesmos noutras unidades e incentivar a sua implementação nas outras unidades.

Analisar detalhadamente a população hospitalar, encontrando entre as várias unidades semelhanças e diferenças quanto às suas características, nomeadamente quanto às valências, complexidade dos cuidados prestados, economias de escala diferenciados, custos de estrutura, utilização de tecnologias diferenciadas, entre outros. O melhor conhecimento da população hospitalar, o posicionamento e classificação criando diferentes grupos entre as várias unidades hospitalares, certamente irá ajudar a incentivar a competitividade entre os hospitais e melhorar os indicadores de eficiência hospitalar.

## 5.1 Introdução

A análise do sistema e das metodologias de custeio utilizadas pelos hospitais do SNS teve como objectivo avaliar se os custos associados à produção de cuidados hospitalares (internamento, ambulatório, consultas, urgência e hospital de dia), decorrentes da contabilidade dos hospitais, são fiáveis, comparáveis entre as diferentes unidades hospitalares e, por fim, se são suficientes para o apuramento dos custos por GDH.

A tabela seguinte resume os objectivos, procedimentos e fontes de informação utilizados na avaliação dos aspectos relacionados com a contabilidade analítica dos hospitais do SNS.

**Tabela 5.1. Objectivos, procedimentos e fontes de informação utilizados na análise da fiabilidade da informação produzida, comparabilidade entre diferentes unidades hospitalares e suficiência para o apuramento dos custos por GDH**

Objectivos específicos	Ações/Procedimentos	Informação	Fontes de Informação
1.2.1. Analisar se as metodologias de custeio utilizadas garantem a fiabilidade da informação produzida pela Contabilidade Analítica	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Análise do Plano de Contabilidade Analítica dos Hospitais</li> <li>2. Análise dos procedimentos de recolha dos custos</li> <li>3. Análise dos sistemas de custeio utilizados</li> <li>4. Realização de entrevistas nas unidades hospitalares seleccionadas</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Plano de Contabilidade Analítica dos Hospitais</li> <li>• Informação a recolher através de <i>checklist</i> / questionário</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ACSS, IP</li> <li>• Hospitais seleccionados</li> </ul>
1.2.2 Avaliar se os sistemas de custeio utilizados são comparáveis entre diferentes unidades hospitalares	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Realização de entrevistas nas unidades hospitalares seleccionadas</li> <li>2. Análise comparada dos sistemas de custeio utilizados</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Informação a recolher através de <i>checklist</i> / questionário</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ACSS, IP</li> <li>• Hospitais seleccionados</li> </ul>
1.2.3 Avaliar se as metodologias de custeio utilizadas são suficientes para o apuramento dos custos por GDH	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Análise do Plano de Contabilidade Analítica dos Hospitais</li> <li>2. Análise dos sistemas de custeio utilizados</li> <li>3. Realização de entrevistas nas unidades hospitalares seleccionadas</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Plano de Contabilidade Analítica dos Hospitais</li> <li>• Informação a recolher através de <i>checklist</i>/questionário</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ACSS, IP</li> <li>• Hospitais seleccionados</li> </ul>

Assim, a auditoria seguiu as seguintes fases:

- Planeamento:
  - Análise dos elementos a solicitar e analisar;
  - Elaboração e definição de um questionário a enviar a todas as entidades hospitalares e de outro semelhante para as visitas às 8 entidades seleccionadas;
  - Selecção das entidades hospitalares que permita retirar informações sobre procedimentos da contabilidade analítica;
  - Calendarização das reuniões com as Administrações hospitalares e com a ACSS;
- Entrevistas às 8 unidades hospitalares e à ACSS
- Tratamento dos resultados e informação obtida pelos questionários e entrevistas

## 5.2 A contabilidade analítica nos hospitais do SNS

### 5.2.1 Breve descrição do plano de Contabilidade Analítica dos Hospitais (PCAH)

A contabilidade analítica dos hospitais deverá ter como objectivos recolher elementos que sejam importantes para a tomada de decisões da Administração de modo a racionalizar e utilizar de forma mais eficiente os recursos e os activos de cada organização.

Nesse contexto, foi desenvolvido um Plano de Contabilidade Analítica dos Hospitais (PCAH) que teve a sua terceira e última edição em Dezembro de 2004 (republicado em Janeiro 2007)



(aproximadamente 6 anos atrás), que fez um esforço no sentido de uniformizar critérios de imputação e formas de distribuição de custos/proveitos com o objectivo de tornar possível a comparabilidade e realizar estudos entre os vários hospitais que integram o Serviço Nacional de Saúde.

O PCAH permite que os vários organismos tenham desdobramentos dos centros de custo/proveito conforme as suas especificidades, desde que não contrariem as secções detalhadas no PCAH. A definição das secções tem subjacente a responsabilização (cada secção ter um único responsável), homogeneidade de funções (cada secção ter funções ou actividades idênticas) e a definição de uma unidade de medida de forma a quantificar as funções ou actividades de cada secção.

O PCAH detalha as secções que obrigatoriamente deverão existir e tem como propósito final imputar todos os custos da organização às secções principais (as actividades principais do Hospital, que por sua vez recebem os serviços das secções auxiliares).

- Secções Principais
  - Serviços Clínicos – Internamento
  - Serviços Clínicos – Ambulatório
- Secções Auxiliares de Apoio Clínico
- Secções Auxiliares de Apoio Geral

De acordo com os critérios estabelecidos no PCAH, o apuramento dos custos das Secções Homogéneas, efectua-se por quatro níveis, designadamente:

1. Um primeiro nível que consiste na imputação dos custos directos pelas secções principais, auxiliares e administrativas;
2. Um segundo nível que consiste na distribuição dos custos totais das secções administrativas pelas secções auxiliares e principais;
3. Um terceiro nível que consiste na distribuição dos custos totais das secções auxiliares de apoio geral às secções beneficiárias da actividade daquelas;
4. Um quarto nível que consiste na distribuição dos custos totais das secções auxiliares de apoio clínico às secções principais beneficiárias da actividade daquelas;

Os custos referentes ao segundo, terceiro e quarto níveis de distribuição, designam-se por custos indirectos.

### **5.2.2 Informação da contabilidade analítica dos hospitais – A adopção prática do PCAH**

A contabilidade analítica dos hospitais segue o Plano de Contabilidade Analítica dos Hospitais (PCAH) de aplicação obrigatória e que utiliza sobretudo a componente do custo por reflexão da contabilidade geral (assente na contabilidade de custos tradicional – método das secções homogéneas e custeio total).

O PCAH não prevê outros indicadores de eficiência como indicadores de gestão da envolvente externa de cada hospital, indicadores de gestão de processos, de eficácia, equidade e qualidade.

Assim, uma das informações mais importantes retiradas actualmente da contabilidade analítica são os custos unitários, os quais são o indicador principal para comparar resultados de eficiência entre hospitais.

Os dados disponíveis da contabilidade analítica, na data de elaboração deste relatório, respeitam ao ano de 2008. Os dados relativos a 2009, passados que estão mais de um ano, ainda não foram trabalhados e disponibilizados pela ACSS, que evidencia uma grande incapacidade na gestão dos dados e utilização dessa informação, visível desde logo pelo atraso na análise, mas também por se constatar a inexistência de comparações entre hospitais nas diversas componentes/centros de custo, nem um espírito crítico sobre os custos da organização ou uma análise crítica dos resultados.

Do outro lado, os hospitais referem que apenas entregam os elementos da contabilidade analítica numa aplicação informática, não se dando conta que os dados e resultados sejam utilizados. A contabilidade analítica objectivamente não tem servido para melhorar a eficiência na gestão dos recursos e os dados disponibilizados não são utilizados para acompanhar e monitorizar as diversas administrações hospitalares da boa gestão dos recursos envolvidos, ou seja, não existe uma ligação da contabilidade com o cumprimento de objectivos por parte da Administração central, nomeadamente numa forma mais eficiente de utilização dos recursos materiais e humanos.

Assim e apesar de no contexto teórico a Contabilidade Analítica revelar-se de extrema importância, a fim de disponibilizar informação que permita gerir adequadamente os recursos ao seu dispor, de modo a administrar a instituição de forma eficaz, eficiente e económica, a cultura empresarial nos hospitais é recente e na maior parte das organizações hospitalares entrevistadas, a contabilidade analítica não é utilizada como instrumento de gestão, sendo pelo contrário apenas uma obrigação legal. Poucos são os hospitais empresa que fazem um relatório da contabilidade analítica e que o utilizem como instrumento de gestão, quer no planeamento, quer com vista a melhorar índices de eficiência, produtividade, avaliação do desempenho e os seus controlos.

Uma limitação recorrente referida pelos hospitais traduz-se na impossibilidade de obter o custo por GDH pela contabilidade. Apenas pelo sistema de custeio por actividade hospitalar (SCAH) – projecto-piloto iniciado em várias unidades hospitalares - ou pelo desenvolvimento de algumas aplicações que permitem a obtenção de custos por doente/episódio quando a sua aplicação for conseguida a toda ou grande parte da actividade hospitalar.

Genericamente, os dados da contabilidade analítica apenas lhes permitem a comparação entre financiamento e o custo (contabilidade) nas principais linhas de produção. Verifica-se que várias entidades hospitalares procuram o apuramento do custo por GDH, pois sentem a necessidade de comparar os custos com o financiamento obtido.

### 5.2.3 Sistema de Custeio por Actividade dos Hospitais (SCAH)

O Sistema de Custeio por Actividades Hospitalares (SCAH) baseia-se no sistema de custeio ABC (*Activity Based Costing*) e decorreu sobretudo da necessidade de:

- Suportar o modelo de financiamento dos hospitais do SNS, tendo elementos de custo para cada GDH;
- Aproximar a linguagem contabilística à realidade física, nomeadamente apurando o custo real da actividade e dos serviços prestados;
- Comparar custos de produção entre Hospitais.

O SCAH foi adoptado como um projecto-piloto, no qual apenas participaram alguns hospitais, que na altura da sua implementação (2006-2007) estariam em melhor situação para poder executar o projecto.

A abordagem do SCAH exige uma intervenção de toda a organização, o que implica um esforço motivacional e físico elevado, donde sobressaem os estudos específicos que têm como objectivo distinguir, por acto ou actividade, todos os custos e unidades consumidas, quer estas sejam horas de pessoal, quer sejam, por exemplo, unidades consumidas de bens.

Este foi até ao momento o único esforço de apurar de forma mais fidedigna os custos por GDH e conseqüentemente de poder comparar os valores do financiamento com os custos tidos nessas produções.

106

A aplicação dos métodos de custeio baseados nas actividades não teve ainda uma conclusão final por parte da ACSS. A maior parte desta metodologia foi implementada em 2008 e 2009 sobre a contabilidade de 2006 e 2007.

Nas visitas de trabalho realizadas em conjunto pela equipa de consultores e pela equipa de auditores do Tribunal de Contas, foi possível auscultar a sensibilidade das unidades hospitalares visitadas relativamente ao SCAH, as quais importa referir de forma sucinta:

- Em alguns casos houve um empenhamento muito significativo na obtenção dos tempos por registo e também na reorganização dos valores da contabilidade analítica;
- Noutros casos o empenhamento não foi tão evidente, registando-se logo à partida falta de credibilidade na informação obtida;
- Foram detectados erros evidentes sem que necessariamente tenham sido corrigidos;
- Verificou-se ter existido alguma heterogeneidade no acompanhamento dos projectos-piloto por parte dos consultores externos ao projecto. Nalguns hospitais esse apoio foi evidente, noutros a implementação do SCAH decorreu com lacunas evidentes a este nível, facto que pode ter resultado em arbitrariedade na interpretação dos procedimentos e na sua implementação.
- O SCAH tem por base estudos específicos inerentes aos gastos quer estes sejam de pessoal, quer sejam de outros recursos que deverão ser medidos e afectados a cada

tipo de actividade. Logo, mudanças ao nível da composição das equipas de trabalho podem alterar os valores imputados, pelo que não é possível adoptar a metodologia de anos anteriores, sem reanalisar todos os tempos de trabalho.

### **5.3 Análise sobre se as metodologias de custeio utilizadas pelos hospitais garantem a fiabilidade da informação produzida pela contabilidade analítica**

A análise relativa à fiabilidade da informação produzida pela contabilidade analítica envolveu o tratamento quantitativo das respostas ao questionário, especialmente elaborado para esta avaliação. Os resultados desta análise são confrontados com os elementos da contabilidade analítica relativos ao ano de 2008 (último disponibilizado pela ACSS).

Tendo em conta a mensuração da fiabilidade foi definida uma escala de valores compreendida entre 0 e 4, com o objectivo de classificar o gradiente de fiabilidade da informação, compreendida entre o valor “0 - critério inválido” e o valor “4 – muito adequado”. Posteriormente, foram repartidas as respostas pelas fases de imputação da contabilidade analítica, sobretudo retirando o 1º nível (repartição dos custos directos) das outras fases que respeitam à repartição dos custos indirectos.

Para comodidade de exposição da informação foi criado um índice global de fiabilidade, com base nos seguintes pressupostos. As respostas ao questionário supracitado foram classificadas e valorizadas de acordo com a seguinte chave:

- 0 – resposta sem descrição do procedimento adoptado;
- 1 – resposta com descrição do procedimento adoptado mas sem selecção das opções apresentadas no questionário (incluindo as classificações 2 e 3 subsequentes)
- 2 – resposta com selecção de uma opção menos valida do que os procedimentos recomendados no PCAH. Esta opção foi explicitamente apresentada no questionário;
- 3 – resposta com selecção do procedimento recomendado pelo PCAH;
- 4 – resposta com descrição de um procedimento considerado mais válido que o recomendado pelo PCAH

A listagem exaustiva sobre as questões relativas aos procedimentos de contabilidade analítica nos hospitais do SNS utilizadas na obtenção do índice de fiabilidade encontra-se no anexo IV.

O índice de fiabilidade foi calculado através da razão entre o somatório das  $R_i$  ( $i=1,2,\dots,n$ ) respostas ao questionário e o produto das  $n$  resposta pela constante  $k$  com o valor 3, valor correspondente aos procedimentos contabilísticos de acordo com o PCAH.

$$\frac{\sum_{i=1}^n R_i}{n \times k}$$

Considerando que os procedimentos de contabilidade analítica nos hospitais garantem a fiabilidade se forem realizados de acordo com o PCAH, então a interpretação dos valores do índice de fiabilidade é bastante intuitiva. Para valores menores que a unidade assiste-se a uma

redução da fiabilidade da informação da contabilidade analítica. Valores superiores à unidade indicam que o hospital utiliza alguns procedimentos de contabilidade analítica considerados mais fiáveis (interpretação subjectiva dos autores) que aqueles recomendados pelo PCAH.

Com base nos critérios acima descritos foram obtidas as estatísticas reportadas na tabela seguinte. Os dados utilizados na obtenção do índice de fiabilidade dizem respeito à contabilidade analítica de 2008.

**Tabela 5.2. Índice de fiabilidade sobre a informação produzida pela contabilidade analítica dos hospitais do SNS**

Instituição	Índice de fiabilidade		
	Custos directos	Custos indirectos	Total
CENTRO HOSPITALAR DO PORTO, EPE	0,94	0,96	0,94
HOSPITAL DE NOSSA SENHORA DO ROSÁRIO, EPE -BARREIRO	1,06	0,67	0,93
CENTRO HOSP. DE TRÁS-OS-MONTES E ALTO DOURO, EPE - VILA REAL	0,83	1,00	0,89
HOSPITAL DE AMATO LUSITANO - CASTELO BRANCO	0,90	0,88	0,89
HOSPITAL INFANTE D. PEDRO, EPE – AVEIRO	0,96	0,75	0,89
HOSPITAL DISTRITAL DO MONTIJO	1,00	0,67	0,89
CENTRO HOSPITALAR DA COVA DA BEIRA, EPE - COVILHÃ	0,94	0,75	0,88
HOSPITAL DO VISCONDE DE SALREU - ESTARREJA	0,90	0,79	0,86
HOSPITAL DE SANTO ANDRÉ, EPE - LEIRIA	0,94	0,71	0,86
INSTITUTO PORT. DE ONCOLOGIA DO PORTO FRANCISCO GENTIL, EPE	0,77	1,00	0,85
CENTRO HOSPITALAR DO TÂMÉGA E SOUSA, EPE - PENAFIEL	0,90	0,75	0,85
HOSPITAL DE SÃO SEBASTIÃO, EPE - SANTA MARIA DA FEIRA	0,77	0,96	0,83
HOSPITAL DE SÃO JOÃO, EPE - PORTO	0,77	0,96	0,83
CENTRO HOSPITALAR DE VILA NOVA DE GAIA - ESPINHO, EPE	0,88	0,75	0,83
UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE MATOSINHOS, EPE (H. PEDRO HISPANO)	0,88	0,75	0,83
HOSPITAL DE CURRY CABRAL - LISBOA	0,88	0,71	0,82
CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA OCIDENTAL, EPE	0,90	0,67	0,82
HOSPITAL DISTRITAL DA FIGUEIRA DA FOZ, EPE	0,92	0,63	0,82
CENTRO HOSPITALAR DE CALDAS DA RAINHA	0,94	0,58	0,82
CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA NORTE, EPE	0,71	1,00	0,81
HOSPITAL DISTRITAL DE FARO	0,83	0,75	0,81
CENTRO HOSPITALAR DO MÉDIO TEJO, EPE . - TOMAR	0,90	0,63	0,81
HOSPITAL DR. FRANCISCO ZAGALO - OVAR	0,92	0,58	0,81
HOSPITAL DE SÃO PEDRO GONÇALVES TELMO - PENICHE	0,96	0,50	0,81
CENTRO HOSPITALAR DE COIMBRA, EPE	0,81	0,75	0,79
HOSPITAIS DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA, EPE	0,81	0,75	0,79
INSTITUTO PORT. DE ONCOLOGIA DE COIMBRA FRANCISCO GENTIL, EPE	0,81	0,75	0,79
HOSPITAL DE SÃO TEOTÓNIO, EPE - VISEU	0,73	0,88	0,78
CENTRO HOSPITALAR DO BARLAVENTO ALGARVIO, EPE - PORTIMÃO	0,81	0,71	0,78
HOSPITAL DO LITORAL ALENTEJANO - SANTIAGO DO CACÉM	0,88	0,58	0,78
HOSPITAL DE NOSSA SENHORA DA CONCEIÇÃO - VALONGO	0,88	0,58	0,78
HOSPITAL DISTRITAL DE ÁGUEDA	0,92	0,50	0,78
HOSPITAL DE SANTA MARIA MAIOR, EPE - BARCELOS	0,92	0,50	0,78

## Análise e Avaliação do Sistema de Pagamentos e de Formação dos Preços Pagos aos Hospitais do Serviço Nacional de Saúde

CENTRO HOSPITALAR DE SETÚBAL, EPE	0,81	0,67	0,76
CENTRO HOSPITALAR DO ALTO AVE, EPE - GUIMARÃES	0,85	0,58	0,76
UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO ALTO MINHO, EPE -VIANA DO CASTELO	0,85	0,58	0,76
CENTRO HOSPITALAR DO NORDESTE, EPE - BRAGANÇA	0,90	0,50	0,76
INSTITUTO PORT. DE ONCOLOGIA DE LISBOA FRANCISCO GENTIL, EPE	0,75	0,75	0,75
MATERNIDADE DR. ALFREDO DA COSTA - LISBOA	0,75	0,75	0,75
HOSPITAL DISTRITAL DE SANTARÉM, EPE	0,75	0,75	0,75
CENTRO HOSPITALAR DA PÓVOA DE VARZIM - VILA DO CONDE	0,83	0,58	0,75
HOSPITAL DE REYNALDO DOS SANTOS - VILA FRANCA DE XIRA	0,88	0,50	0,75
CENTRO HOSPITALAR DO MÉDIO AVE, EPE - SANTO TIRSO	0,71	0,75	0,72
HOSPITAL DE BERNARDINO LOPES OLIVEIRA - ALCOBAÇA	0,79	0,58	0,72
HOSPITAL DE JOSÉ LUCIANO DE CASTRO - ANADIA	0,79	0,58	0,72
CENTRO HOSPITALAR PSIQUIÁTRICO DE LISBOA	0,85	0,38	0,69
CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA CENTRAL, EPE	0,65	0,75	0,68
HOSPITAL DE GARCIA DE ORTA, EPE - ALMADA	0,69	0,67	0,68
HOSPITAL DO ARCEBISPO JOÃO CRISÓSTOMO - CANTANHEDE	0,81	0,42	0,68
HOSPITAL DE CÂNDIDO DE FIGUEIREDO - TONDELA	0,81	0,42	0,68
CENTRO HOSPITALAR DE TORRES VEDRAS	0,73	0,50	0,65
HOSPITAL DE JOAQUIM URBANO - PORTO	0,77	0,25	0,60
UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO NORTE ALENTEJANO, EPE - PORTALEGRE	0,69	0,33	0,57
HOSPITAL DO ESPÍRITO SANTO DE ÉVORA, EPE	0,54	0,58	0,56
CENTRO HOSPITALAR PSIQUIÁTRICO DE COIMBRA	0,81	0,04	0,56
INSTITUTO DE OFTALMOLOGIA DR. GAMA PINTO - LISBOA	0,67	0,25	0,53
HOSPITAL DE MAGALHÃES LEMOS - PORTO	0,67	0,25	0,53
CENTRO DE MEDI. DE REABILITAÇÃO R.CENTRO - ROVISCO PAIS - TOCHA	0,65	0,25	0,51
HOSPITAL DISTRITAL DE POMBAL	0,54	0,04	0,38
<b>Valor médio</b>	<b>0,82</b>	<b>0,63</b>	<b>0,76</b>

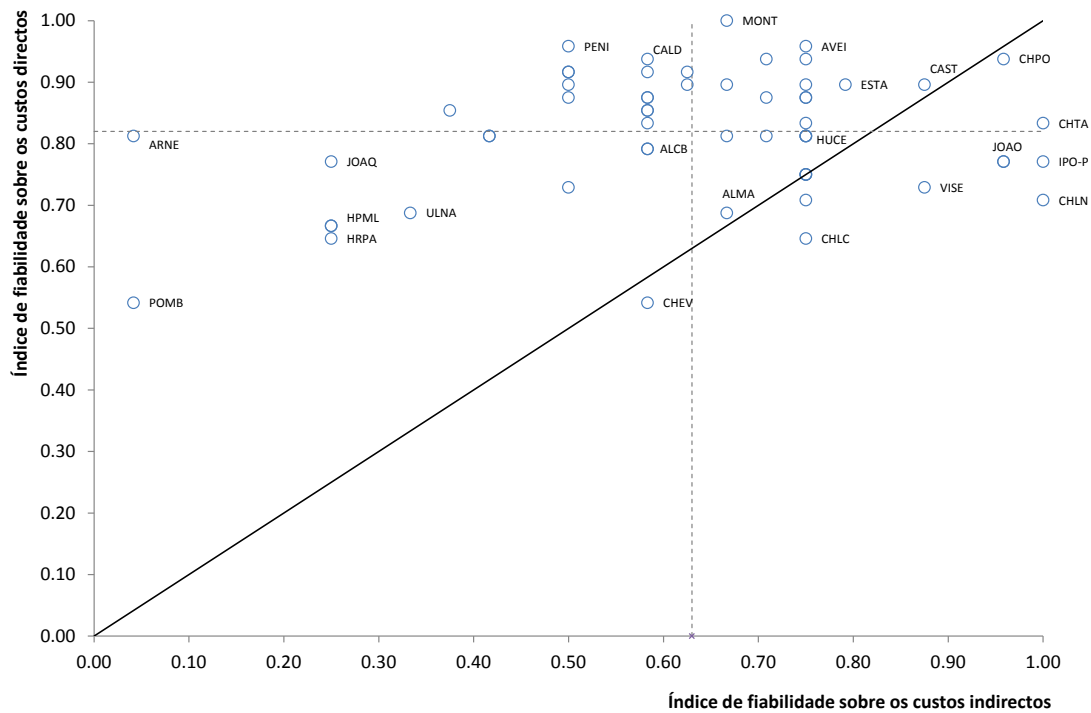


Figura 5.1. Dispersão do índice de fiabilidade sobre a informação produzida pela contabilidade analítica dos hospitais do SNS

Sinteticamente, retiram-se as seguintes notas da interpretação da tabela e figura anteriores:

110

- Os valores de fiabilidade são em geral bastante superiores na imputação do 1º nível de imputação (custos directos), registando um valor médio de 0,82. Nas fases seguintes (imputação via indirecta dos custos) foi observado um valor médio de 0,63. A interpretação destes valores é a seguinte. No que diz respeito aos custos directos, observou-se uma redução de 18% na fiabilidade dos procedimentos de contabilidade nos hospitais do SNS, face aos procedimentos recomendados pelo PCAH. No que diz respeito aos custos indirectos a redução face ao PCAH é de 37%.
- A fiabilidade da contabilidade analítica relativa ao apuramento dos custos totais é francamente má para todos os hospitais, sendo que nenhum regista valores de fiabilidade aceitável (todos registam valores inferiores a 1), pelo que em nenhum deles se pode considerar fiável a informação dos custos totais. Os mais fiáveis têm valores de 0,94 e 0,93 (portanto inferiores a 1), correspondentes ao centro hospital do Porto e hospital da nossa senhora do rosário / Barreiro.
- Apenas 2 hospitais registam valores fiáveis quando analisados unicamente o 1º nível de imputação, correspondente à imputação dos custos directos. Trata-se do hospital da nossa senhora do rosário / Barreiro e o hospital distrital do Montijo.
- Apenas 3 hospitais registam valores fiáveis quando analisamos a imputação dos custos indirectos. O centro hospitalar de Lisboa Norte, o centro hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro - Vila Real e o IPO do Porto Francisco Gentil.

Concluimos do exposto acima, que as metodologias de custeio utilizadas pelos hospitais não garantem a fiabilidade da informação produzida pela contabilidade analítica.

## Análise e Avaliação do Sistema de Pagamentos e de Formação dos Preços Pagos aos Hospitais do Serviço Nacional de Saúde

Transpondo os dados acima por linha de produção, a fiabilidade da informação produzida pela contabilidade analítica é a descrita na Tabela 5.3.

**Tabela 5.3. Fiabilidade da informação produzida pela contabilidade analítica por linha de produção.**

Código	Secções	Custos directos (CD) Eur:	Custos indirectos (CI) Eur:	Peso % CD	Peso % CI	Fiabilidade por linhas produção
1	Secções principais:					
11	Serviços clínicos - Internamento	1.377.052.940	1.010.357.450	58%	42%	74%
12	Serviços clínicos - ambulatório:					
121	Hospital de dia	340.571.085	110.072.396	76%	24%	77%
122	Urgência	505.061.098	246.512.677	67%	33%	76%
123	Consulta externa	579.269.108	412.365.553	58%	42%	74%
124	Serviço Domiciliário	28.944.829	4.110.744	88%	12%	80%
125	Cirurgia de Ambulatório	31.490.659	30.724.233	51%	49%	73%

Concluimos que a fiabilidade por linhas de produção situa-se entre os 0,73 e os 0,77, em virtude da fiabilidade dos custos directos se situar no valor médio de 0,82 e da fiabilidade dos custos indirectos se situar no valor de 0,63. Ou seja, quanto maior for a proporção dos custos indirectos na linha de produção menor fiabilidade tem a contabilidade analítica.

Outras considerações sobre a fiabilidade da informação produzida pela contabilidade analítica:

A imputação dos custos em valor aos centros de custo (1º nível do PCAH) não cria em teoria grandes problemas. No entanto, logo nessa fase existem alguns problemas e critérios pouco fiáveis na sua aplicação, como por exemplo dificuldade na repartição de alguns custos pelos serviços (energia, comunicações, serviços de vigilância entre outros) ou a aplicação de custos com pensões que não é consistente entre todas as unidades hospitalares.

Os resultados obtidos nos custos unitários, uma vez que existem diferentes unidades de medida das unidades produtivas (sobretudo nos MCDT) não são fiáveis.

Verifica-se que cada hospital está em estádios diferentes, sendo que alguns registam de forma relativamente rigorosa, enquanto outros derrogam importantes critérios na implementação do PCAH, o que torna a fiabilidade muito diferenciada de hospital para hospital e por vezes de ano para ano.

A pouca fiabilidade, a pouca exigência quanto aos seus resultados quer por parte dos hospitais, da ACSS e da tutela, não tem incentivado a melhorar significativamente a informação.

A análise aos relatórios dos revisores oficiais de contas e auditores dos hospitais relativos aos dois últimos anos (2008 e 2009) revelam vários erros e omissões das contas – perda de fiabilidade na contabilidade geral - das quais se destacam as seguintes, repetidos em vários hospitais:

- a. Não estar contabilizado no passivo e capitais próprios as responsabilidades com as pensões, as quais estão a ser contabilizadas como custo na data do pagamento;



- b. A não alteração do valor do capital social (actual capital estatutário) em função de uma avaliação realizada aos bens imóveis, contrariando o disposto no diploma que procedeu àquela transformação;
- c. Desadequados controlos internos na gestão de existências, o que representa uma limitação de âmbito.
- d. Em alguns hospitais, a continuidade de prejuízos avultados tem levado à perda de metade do capital social, o que coloca a continuidade das operações sob uma dependência grande do accionista Estado.

A menor fiabilidade nas contas dos hospitais empresa detectada pelos fiscais únicos das respectivas sociedades apenas vem corroborar e ampliar as conclusões anteriores.

#### 5.4 Análise sobre se as metodologias de custeio utilizadas pelos hospitais são comparáveis entre diferentes unidades hospitalares

A avaliação da comparabilidade entre as metodologias de custeio utilizadas pelas diferentes unidades hospitalares do SNS foi realizada através da análise do coeficiente de concordância Kappa e o coeficiente de confiabilidade alfa de Cronbach. O coeficiente Kappa é uma medida de concordância inter-observador e mede o grau de concordância esperado para além do acaso. Os valores de Kappa estão contidos no intervalo 0-1 e são interpretados do seguinte modo: valor 0 - representa não haver concordância além do acaso; valor 1 - representa a concordância perfeita<sup>1</sup>. Landis e Koch<sup>2</sup> propõem uma interpretação para os valores do coeficiente Kappa, a qual será adoptada no presente estudo (Tabela 5.4).

Tabela 5.4. Interpretação do grau de concordância medido pelo coeficiente Kappa

Valor de Kappa	Interpretação da concordância
< 0	Nula
0 a 0,19	Reduzida
0,20 a 0,39	Fraca
0,40 a 0,59	Moderada
0,60 a 0,79	Substancial
0,80 a 1,00	Quase perfeita

Nota: Adaptado a partir de Landis JR, Koch GG. The measurement of observer agreement for categorical data. Biometrics 1977;33(1):159-74.

O coeficiente  $\alpha$  de Cronbach mede o grau de covariância de uma série de itens e pode ser encarado como uma medida de confiabilidade. Também é conhecido por consistência interna da escala, sendo interpretado como coeficiente médio de todas as estimativas de consistência interna, que se obteriam se todas as divisões possíveis da escala fossem realizadas. O cálculo do coeficiente indica se a proporção da variabilidade nas respostas resulta de diferenças ao

<sup>1</sup> Cohen J. A coefficient of agreement for nominal scales. Educ Psychol Meas. 1960;20(1):37-46.

<sup>2</sup> Landis JR, Koch GG. The measurement of observer agreement for categorical data. Biometrics 1977;33(1):159-74.

nível dos inquiridos, ou de inconsistências do questionário<sup>1</sup>. A medição do  $\alpha$  de Cronbach é realizada numa escala de 0 a 1 e quanto mais elevada a contagem maior o grau de confiabilidade. Existem várias recomendações sobre a interpretação dos valores do coeficiente  $\alpha$  de Cronbach, que normalmente admitem que para valores inferiores a 0,7 o grau de confiabilidade é baixo e elevado apenas para valores superiores a 0,9<sup>2</sup>.

Usualmente, nenhuma destas estatísticas é utilizada para determinar a comparabilidade entre elementos contabilísticos. Contudo, se considerarmos que a chave de classificação das respostas ao questionário sobre a contabilidade analítica dos hospitais do SNS é idêntica para todas as questões, e que todas as questões tentam aferir o mesmo resultado, isto é, se os hospitais seguem o PCAH, então as respostas de cada hospital podem ser encaradas como um teste e re-teste à mesma questão – “O PCAH está a ser seguido pelo hospital?”. Assim sendo, os coeficientes Kappa e  $\alpha$  de Cronbach revelam o grau de concordância entre as respostas ao questionário por parte dos hospitais, relativamente aos procedimentos contabilísticos. Logo, estes coeficientes podem ser reinterpretados como medidas que permitem aferir se as metodologias de custeio utilizadas pelos hospitais são comparáveis.

Na Tabela 5.5 reporta-se a contagem, as frequências relativas e acumuladas das respostas ao questionário sobre a contabilidade analítica dos hospitais do SNS. A chave de classificação utilizada encontra-se descrita no início deste capítulo. Como se pode verificar, apesar dos procedimentos recomendados pelo PCAH serem a resposta mais frequente, existem muitos hospitais que não seguem o PCAH, em particular nas rubricas outros “Medicamentos”, “Outros consumíveis e mercadorias”, “pessoal clínico” ou “O transporte de doentes”.

---

<sup>1</sup> Maroco J, Garcia-Marques T. Qual a fiabilidade do alfa de Cronbach? Questões antigas e soluções modernas? *Laboratório de Psicologia*, 4 (1): 65-90 (2006)

<sup>2</sup> Murphy, K. R., & Davidshofer, C. O. (1988). *Psychological testing: Principles and applications*. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice Hall.

Tabela 5.5. Resposta ao questionário sobre a contabilidade analítica dos hospitais do SNS

Questão	Contagem de respostas						Porcentagem				Porcentagem acumulada			
	4	3	2	1	0	miss	4	3	2	1	4	3	2	1
Custos com pessoal em geral	4	35	17	1	1	1	6,8%	59,3%	28,8%	1,7%	6,8%	66,1%	94,9%	96,6%
Em particular o pessoal clínico	5	29	22	2	1	0	8,5%	49,2%	37,3%	3,4%	8,5%	57,6%	94,9%	98,3%
Refira quando são alteradas as chaves de rateio do pessoal	1	31	19	5	3	0	1,7%	52,5%	32,2%	8,5%	1,7%	54,2%	86,4%	94,9%
Custo do fornecimento das refeições	22	30	0	5	0	2	37,3%	50,8%	0,0%	8,5%	37,3%	88,1%	88,1%	96,6%
O custo de vigilância das instalações	5	30	18	2	1	3	8,5%	50,8%	30,5%	3,4%	8,5%	59,3%	89,8%	93,2%
Os custos de administração	0	46	12	1	0	0	0,0%	78,0%	20,3%	1,7%	0,0%	78,0%	98,3%	100,0%
O custo da lavandaria	0	51	4	3	0	1	0,0%	86,4%	6,8%	5,1%	0,0%	86,4%	93,2%	98,3%
Consumos de energia e água	5	12	19	22	1	0	8,5%	20,3%	32,2%	37,3%	8,5%	28,8%	61,0%	98,3%
Consumos de telefones	0	18	4	37	0	0	0,0%	30,5%	6,8%	62,7%	0,0%	30,5%	37,3%	100,0%
O transporte de doentes	1	26	26	5	1	0	1,7%	44,1%	44,1%	8,5%	1,7%	45,8%	89,8%	98,3%
As amortizações / depreciações	0	53	3	1	0	2	0,0%	89,8%	5,1%	1,7%	0,0%	89,8%	94,9%	96,6%
Os encargos sobre remunerações, seguros de acidentes de trabalho, férias,	1	49	8	0	0	1	1,7%	83,1%	13,6%	0,0%	1,7%	84,7%	98,3%	98,3%
Os encargos com pensões	10	28	18	1	1	1	16,9%	47,5%	30,5%	1,7%	16,9%	64,4%	94,9%	96,6%
Encargos com aluguer das instalações	0	37	9	3	0	10	0,0%	62,7%	15,3%	5,1%	0,0%	62,7%	78,0%	83,1%
Medicamentos	0	8	49	1	0	1	0,0%	13,6%	83,1%	1,7%	0,0%	13,6%	96,6%	98,3%
Outros consumíveis e mercadorias	0	0	58	0	0	1	0,0%	0,0%	98,3%	0,0%	0,0%	0,0%	98,3%	98,3%
Anatomia patológica	1	21	18	0	0	19	1,7%	35,6%	30,5%	0,0%	1,7%	37,3%	67,8%	67,8%
Patologia clínica	1	27	26	0	0	5	1,7%	45,8%	44,1%	0,0%	1,7%	47,5%	91,5%	91,5%
Imagiologia	0	27	27	0	0	5	0,0%	45,8%	45,8%	0,0%	0,0%	45,8%	91,5%	91,5%
Imuno-hemoterapia	0	21	27	1	0	10	0,0%	35,6%	45,8%	1,7%	0,0%	35,6%	81,4%	83,1%
Radioterapia	0	4	7	0	0	48	0,0%	6,8%	11,9%	0,0%	0,0%	6,8%	18,6%	18,6%
Medicina nuclear / Em geral as técnicas clínicas	0	13	9	0	0	37	0,0%	22,0%	15,3%	0,0%	0,0%	22,0%	37,3%	37,3%
Bloco operatório	1	49	0	2	0	7	1,7%	83,1%	0,0%	3,4%	1,7%	84,7%	84,7%	88,1%
Consultas externas	0	53	0	2	0	4	0,0%	89,8%	0,0%	3,4%	0,0%	89,8%	89,8%	93,2%

Nota: Chave de classificação das respostas sobre os procedimentos contabilísticos. 0 – resposta sem descrição do procedimento adoptado; 1 – resposta com descrição do procedimento adoptado mas sem selecção das opções apresentadas no questionário (incluindo as classificações 2 e 3 subsequentes) 2 – resposta com selecção de uma opção menos válida que os procedimentos recomendados no PCAH. Esta opção foi explicitamente apresentada no questionário; 3 – resposta com selecção do procedimento recomendado pelo PCAH; 4 – resposta com descrição de um procedimento considerado mais válido que o recomendado pelo PCAH.

Na tabela seguinte apresentam-se as estimativas para o valor do  $\alpha$  de Cronbach, as quais permitem avaliar a consistência nas diversas formas de resposta ao questionário sobre a contabilidade analítica dos hospitais do SNS, relativamente aos procedimentos contabilísticos relacionados com o apuramento dos custos directos. O valor da coluna “Obs” corresponde ao número de hospitais que responderam a cada um dos itens (questões). A correlação Item-teste identifica quão correlacionado está cada item em relação ao questionário global. A correlação item-rest identifica quão correlacionado está cada item com os restantes do questionário. O valor de alfa para cada item identifica a consistência das respostas aos restantes itens, ou seja a influência de cada item na concordância global.

Como se pode verificar o coeficiente do  $\alpha$  de Cronbach total apresenta um valor reduzido, sugerindo uma discordância global elevada nos procedimentos contabilísticos dos diferentes hospitais do SNS. A amplitude do valor de alfa para cada item é reduzida (mínimo = 0,5773; máximo = 0,6572) revelando que a falta de concordância não se deve maioritariamente e individualmente a qualquer dos itens, antes está presente em todos. Por exemplo, o valor da correlação item-teste para os encargos com pensões é de 0,161 revela que este item é o que apresenta menor correlação com os restantes. Por conseguinte, a sua exclusão do cálculo do  $\alpha$  de Cronbach está associada a um aumento da consistência de 0,6353 para 0,6572. Estes dados são confirmados pelos valores reduzidos de Kappa, indicando uma concordância global fraca na resposta ao questionário sobre a contabilidade analítica dos hospitais do SNS (Tabela 5.8).

**Tabela 5.6. Consistência nas diversas formas de resposta ao questionário sobre a contabilidade analítica dos hospitais do SNS: custos directos**

Forma da questão/resposta	Correlação				
	Obs	Item-teste	Item-rest	Inter-questão	Alfa
Custos com pessoal em geral	58	0,5898	0,4639	0,0912	0,5841
Em particular o pessoal clínico	59	0,4106	0,2559	0,1036	0,6180
Refira quando são alteradas as chaves de rateio do pessoal	59	0,4716	0,3228	0,0998	0,6082
Custo do fornecimento das refeições	57	0,5021	0,3601	0,0974	0,6017
O custo de vigilância das instalações	56	0,567	0,4311	0,0935	0,5909
Os custos de administração	59	0,3635	0,1983	0,1073	0,6273
O custo da lavandaria	58	0,445	0,2947	0,1013	0,6121
Consumos de energia e água	59	0,6271	0,5064	0,0889	0,5773
Consumos de telefones	59	0,3893	0,2298	0,1047	0,6208
O transporte de doentes	59	0,5632	0,4279	0,0932	0,5898
As amortizações / depreciações	57	0,2174	0,0545	0,1161	0,6478
Os encargos sobre remunerações, seguros de acidentes de trabalho, férias, subsídio de férias e subsídio de Natal	58	0,297	0,13	0,1123	0,6391
Os encargos com pensões	58	0,161	-0,008	0,1204	0,6572
Encargos com aluguer das instalações	49	0,1969	0,0353	0,1155	0,6465
Medicamentos	58	0,2388	0,0725	0,1151	0,6454
<b>Total do questionário</b>				<b>0,104</b>	<b>0,6353</b>

Nota: valores da correlação item-teste e alfa de Cronbach se o item for excluído

O valor da consistência das respostas às questões relacionadas a com os custos indirectos foi superior ao das respostas relacionadas com os custos directos Tabela 5.7. Esta constatação permite afirmar que os elementos contabilísticos associados à imputação de custos indirectos na amostra de hospitais do SNS (n=59) garante maior comparabilidade.

**Tabela 5.7. Consistência nas diversas formas de resposta ao questionário sobre a contabilidade analítica dos hospitais do SNS: custos indirectos**

Forma da questão/resposta	Correlação				
	Obs	Item-teste	Item-rest	Inter-Questão	Alfa
Patologia clínica	59	0,9027	0,7757	0,6655	0,7991
Imagiologia	59	0,9105	0,7922	0,6445	0,7839
Imuno-hemoterapia	59	0,8631	0,6960	0,7712	0,8708
<b>Total do questionário</b>				<b>0,6938</b>	<b>0,8717</b>

Nota: valores da correlação item-teste e alfa de Cronbach se o item for excluído

**Tabela 5.8. Concordância na resposta ao questionário sobre a contabilidade analítica dos hospitais do SNS**

Opção de resposta	Coefficiente Kappa
0 - sem descrição do procedimento adoptado	0,0037
1 - com descrição do procedimento adoptado mas ≠ de 2 ou 3	0,5560
2 –opção menos válida que os procedimentos recomendados no PCAH	0,3117
3 –procedimento recomendado pelo PCAH	0,3331
4 –com descrição de um procedimento mais válido que o recomendado no PCAH	0,1610
<b>Combinado</b>	<b>0,3544</b>

Retira-se as seguintes notas

- Não existe nenhum hospital que tenha todas as rubricas, relativas aos custos directos, imputadas exactamente da mesma forma que outro hospital.
- Conforme evidenciado na tabela 5.4., verifica-se maior cumprimento do PCAH (resposta 3) nas unidades de custeio relativas às consultas externas, amortizações e depreciações (90%), custos com lavandaria (86%), bloco operatório (83%). Destacam-se pelo contrário derrogações à aplicação ao PCAH (respostas 0, 1 e 2) nos critérios de Patologia Clínica, Imagiologia, Imuno-hemoterapia (MCDT).
- Para alguns critérios existe alguma consistência, mas na generalidade há pouca consistência na uniformização dos critérios. O valor da consistência das respostas às questões relacionadas com os custos indirectos foi superior ao das respostas relacionadas com os custos directos. Esta constatação permite afirmar que os elementos contabilísticos associados à imputação de custos indirectos na amostra de hospitais do SNS (n=59) garantiriam maior comparabilidade.
- No entanto, a comparabilidade tem de ser útil e verificando-se na fiabilidade o inverso, ou seja, menor fiabilidade nas imputações dos custos indirectos. Maior consistência

nas questões relacionadas com a imputação indirecta não leva necessariamente a que exista melhor comparabilidade, pois estamos com mais hipóteses de comparação (maior uniformização de critérios) mas com critérios desadequados ou pouco fiáveis, logo a comparação não é útil. De facto, a pouca fiabilidade da contabilidade analítica, só por si é redutora da comparabilidade. Esta situação pode ser verificada pela leitura da tabela 5.4.. Verifica-se que a Patologia Clínica, Imagiologia, Imuno-hemoterapia obtém maior consistência, mas com respostas baseadas muito no 2 (opção menos fiável).

Apenas 3 hospitais são comparáveis (Centro Hospitalar de Lisboa Norte, Instituto Português de Oncologia do Porto e Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro) para todas as rubricas dos custos indirectos que indagámos.

As unidades de obra com resposta mais consistente entre os hospitais foi o n.º de intervenções cirúrgicas realizadas no centro de custo 250 – Bloco operatório, onde 49 dos 59 hospitais foram consistentes no critério (83,05%) e o n.º de consultas referente ao centro de custo 123 - consultas externas, onde 53 dos 59 hospitais foram consistentes nesse critério (89,8%).

- O sistema de custeio utilizado nas várias unidades hospitalares decorre duma obrigação legal - o PCAH - e por isso é único.
- Os custos unitários são o principal e único indicador para servir de comparação entre as várias unidades hospitalares, decorrente da utilização da contabilidade analítica.
- Apesar de o sistema de custeio ser único, verifica-se que as respostas obtidas são em muitos casos divergentes de hospital para hospital, ou seja, não há uma uniformização de critérios nem um respeito do estabelecido no PCAH, com a utilização de unidades de custeio inconsistentes entre os hospitais.
- A prática de critérios inconsistentes implica a impossibilidade de comparar adequadamente, pois tais comparações do custo unitário de produção podem levar a distorções. Logo, tendo unidades de custeio diferentes, os resultados obtidos deixam de ser uma boa medida para comparações entre as unidades hospitalares. De facto, quando se procura obter resultados dos custos unitários e uma vez que existem diferentes unidades de medida das unidades produtivas, os resultados perdem a comparabilidade.
- A comparação directa não considera o case-mix e aspectos individuais das diversas unidades (diferenciação de valências, complexidade dos casos tratados, factores de economias de escala, custos de estrutura diferenciados, utilização de tecnologias diferenciadas, entre outros factores). Assim a comparabilidade fica limitada.
- A contabilidade analítica também não tem, em geral, em devida conta a pluralidade dos serviços de saúde.
- Por outro lado, a metodologia de custeio preconizada pelo PCAH excepciona poucos custos na imputação. Dado que os hospitais têm custos diferenciados uns dos outros, a leitura deixa de ser comparável, pois para os custos das actividades principais acabam por concorrer todos os custos, alguns dos quais só algumas entidades têm e

outras em proporções diferentes (custos de estrutura, custos com pensões e rendas de instalações são alguns exemplos). Tudo isto torna o custo unitário de produção obtido pouco comparável entre os diversos hospitais.

- A comparabilidade apenas é possível restringindo cada situação a cada grupo de hospitais que utilizaram os mesmos critérios (consistência de critérios). Isso torna a comparabilidade entre hospitais bastante limitadora.

Conclui-se neste objectivo que as metodologias de custeio utilizadas pelos hospitais não são comparáveis entre diferentes unidades hospitalares. Apenas o poderão ser quando analisados casos concretos num número limitado de unidades hospitalares.

#### **5.4.1 Avaliação sobre se as metodologias de custeio utilizadas pelos hospitais são suficientes para determinar o custo por GDH**

A contabilidade analítica actualmente não permite apurar os custos por GDH porque:

- Não há apuramento do custo por doente/episódio.
- A forma de financiamento (GDH) contempla um conjunto de situações que na contabilidade analítica actual não são possíveis de separar e mensurar.

A forma de obtenção dos custos por GDH apenas foi conseguida pela metodologia de custeio por actividade (SCAH).

118

No decorrer nas entrevistas, verificámos que os vários hospitais tentam obter, mas na maior parte dos casos sem sucesso, o custo por GDH. Alguns daqueles que entraram no projecto-piloto do SCAH levantaram algumas críticas sobretudo relacionadas com o enorme esforço que o mesmo levanta a nível de implementação e que tem de ser sistematicamente actualizado pelas alterações sobretudo de tecnologia ou das equipas de trabalho. Também se queixaram do custo com consultores, demasiado dispendioso no entender de várias entidades.

Outra metodologia completamente diferente foi-nos apresentada pelo Hospital Central Barreiro/Montijo. Trata-se do Projecto de implementação de modelo integrado de registo de custos ao doente no bloco operatório, que é uma metodologia com base em estudos específicos e nos consumos directos ao doente, obtendo-se o custo directo ao doente. Actualmente apenas funciona no bloco operatório (onde existe um largo consumo de recursos), mas pretendem alargar o conceito a outros serviços.

Esta aplicação tem as seguintes características:

- a) Dá um conhecimento efectivo do custo por doente e por tipo de episódio, analisando-se por tipo de intervenção tudo o que houver a analisar e não apenas valores médios.
- b) Permite obter dados fiáveis sobre utilização das salas, pessoal e estatísticas sobre as diversas actividades.
- c) Faz ligação directa à gestão de stocks, melhorando a gestão de *stocks* (controlo e redução do nível de *stock* médio) – rentabilização dos recursos materiais.

- d) Permite rentabilizar os recursos humanos e dar mais conhecimento sobre a produtividade do pessoal alocado ao bloco operatório.
- e) Permite reduções de tarefas de leituras de estatísticas *a posteriori* ou de contagens, uma vez que o sistema reflecte automaticamente essa situação.
- f) Permite ainda caso fosse necessário emitir a factura detalhada (indicativa) de forma discriminada com os custos reais directos incorridos nos actos médicos prestados para que o utente conheça os custos reais dos actos médicos que lhe foram prestados. No entanto, o custo não inclui os custos não produtivos e outros indirectos que também importa imputar e analisar.
- g) Trabalha sobre custos estimados (que poderão vir de outras aplicações como dos recursos humanos, contabilidade, etc.), as quais deverão ser monitorizadas a fim de os custos e a fiabilidade se mantenha actualizada.
- h) Tem como limitação principal não dar indicação do custo não produtivo, ou seja, por exemplo dá indicação de quanto custa determinada intervenção cirúrgica, bem como de todas as efectuadas no mês, no entanto na totalidade desse mês está apenas o custo efectivamente produzido, sendo que o tempo do pessoal clínico, de enfermagem ou outro não imputado a essas intervenções não está reflectido (trata-se dum custo tido pelo hospital, mas que não teve reflexo em produção – custo não produtivo). No entanto, tal como para os outros custos unitários também se poderia incluir em cada intervenção uma linha para esta situação, a qual teria de ter em conta uma estimativa de horas não produzidas mensais.

Estão a alargar o conceito aos outros serviços de modo a ter integrado os custos do bloco operatório, os custos médios por internamento e o GDH expectável.

A análise deste exemplo permite clarificar que tão importante quanto adoptar um sistema de custeio válido e adequado será também dotar as várias unidades de aplicações deste género que permitam quantificar e avaliar de modo fiável os custos por tipo de produção, permitindo reduzir *stocks*, desperdícios e permitindo obter dados que permitam uma melhor rentabilização dos recursos, pelo que recomendamos a replicação deste modelo específico a outros hospitais.

Esta aplicação foi desenvolvida no bloco por se considerar um dos principais consumidores de recursos, quer materiais, quer humanos. De facto, nos dados da contabilidade analítica do ano 2008, o bloco operatório é o 2º centro de custo que mais dinheiro consumiu (363 milhões de euros só em custos directos, o que representa 7,4% do total).

Foi inserida a seguinte questão nas entrevistas e questionário:

O Hospital consegue com base na contabilidade analítica ou fora dela apurar o custo por GDH?

Obteve-se as seguintes respostas:



## Análise e Avaliação do Sistema de Pagamentos e de Formação dos Preços Pagos aos Hospitais do Serviço Nacional de Saúde

**Tabela 5.9. Respostas dos hospitais sobre se as metodologias de custeio são suficientes para apurarem o custo por GDH**

Resposta	N.º	%
Não	48	81,36
Sim	8	13,56
Não respondeu	3	5,08
Total	59	100,00

As respostas positivas registam as justificações descritas na Tabela 5.10.

**Tabela 5.10. Justificações das respostas positivas dos hospitais sobre se as metodologias de custeio são suficientes para apurarem o custo por GDH**

Hospital	Justificação da forma de obtenção do custo por GDH
Hospital Infante D. Pedro, EPE - Aveiro	Sim. Estudo efectuado no âmbito do Projecto SCAH para o exercício económico de 2006.
Hospital Santa Maria Maior, EPE - Barcelos	Sim. É possível chegar a um valor médio para o Internamento e C. Ambulatório, dividindo os custos totais (directos e indirectos), apurados na contabilidade analítica, pelo número de GDH do período, no entanto, esse resultado não corresponde ao custo dos diversos GDH que o Hospital pratica.
Centro Hospitalar da Cova da Beira, EPE - Covilhã	Sim. Na parte correspondente a custos com medicamentos, exames pedidos ao exterior e transporte de doentes.
Centro Hospitalar do Porto, EPE	Sim. Efectuando estudos específicos (SCAH), juntando manualmente toda a informação existente, pode-se apurar valores médios do custo por GDH.
Centro Hospitalar de Setúbal, EPE	É possível, está a decorrer um estudo com vista a apurar os custos por GDH, para 2007 e 2008
Hospital Magalhães Lemos - Porto	Sim. Tem como base o Sistema de Custeio por Actividades.
IPO Porto, EPE	Da mesma forma que com a contabilidade analítica temos o custo médio por dia de internamento, ou por doente, conseguimos o custo médio ponderado por GDH, uma vez que associamos aos doentes saídos os GDH que geraram e ponderamos pela coluna D da Tabela I do Anexo II da Portaria de facturação aos subsistemas. A mesma metodologia pode ser aplicada aos GDH de ambulatório gerados no HD/Radioterapia. Esta metodologia está em análise com o Sistema de Informação para ser aplicada.
Centro Hospitalar Psiquiátrico de Coimbra	Sim. É possível chegar aos custos por GDH com base na contabilidade analítica. Para tal, é necessário, num primeiro momento, apurar o custo unitário total por dia de internamento dos utentes agudos, que reflecte, na sua essência, o encargo médio diário para o internamento do doente, determinado no final do período anual, para que, numa segunda fase, em função da duração da permanência de cada utente, calcular o custo total do tratamento por utente. Por outro lado, é necessário proceder ao levantamento exaustivo dos custos associados aos mesmos utentes e no mesmo período em análise, porém, neste caso, em sede de facturação com base em GDH. Finalmente, de modo a tornar a informação comparável, é essencial apurar uma média dos encargos relacionados com a facturação em função dos GDH. Só nesta fase será exequível formar alguma opinião sobre eventuais desvios que se possam vir a registar

Retiramos as seguintes notas:

- A avaliação da informação obtida quanto a este objectivo foi clara. Apenas 8 hospitais (13,5%) referem conseguir obter os custos por GDH.
- Os 8 hospitais que referiram conseguir obter o custo por GDH, 4 referem-no ser com base no projecto-piloto do SCAH (custeio baseado nas actividades), enquanto os outros 4 referem algumas limitações na sua obtenção, uns por considerarem por valores médios aproximados e um outro apenas por obter parte desse custo.
- Apenas os hospitais que tenham aplicado o SCAH apura o custo por GDH, porque essa metodologia de custeio está elaborada para a obtenção do custo por actividade / acto médico.
- O Centro Hospital do Barreiro / Montijo está perto de conseguir obter alguns custos por GDH. Além de possibilitar obter o custo por GDH, permite reduzir *stocks*, desperdícios e retirar informação de forma imediata, possibilitando uma melhor rentabilização dos recursos. Recomendamos a replicação deste modelo específico a outros hospitais, por considerarmos que a replicação de aplicações como esta poderão melhorar substancialmente a eficiência económica e financeira dos hospitais, sendo uma aplicação que permite melhorar significativamente a tomada de decisões, o controlo dos activos e a monitorização da actividade produtiva dos hospitais.

Conclui-se neste objectivo que o sistema de custeio utilizado baseado no PCAH não é suficiente para a obtenção do custo por GDH.

## **5.5 Limitações encontradas pelas Administrações Hospitalares quanto ao sistema de custeio**

Nas entrevistas e questionários, foram mencionadas pelos responsáveis das unidades hospitalares as seguintes limitações à contabilidade analítica:

- O desenho das secções não é o adequado e de facto a contabilidade analítica não responde a algumas necessidades de informação dos responsáveis, como por exemplo para avaliar as pessoas e os serviços.
- Deverá ser trabalhada uma forma que permita obter os custos por GDH.
- A contabilidade analítica também não tem conseguido retirar dados que permitam objectivamente melhorar a eficiência na gestão dos recursos.
- Recorre a fórmulas por estimativa (tabelas de imputação) de certos tipos de custos cujo consumo real não é susceptível de ser medido ou determinado com rigor absoluto e pode gerar enviesamentos na imputação.
- A imputação de custos com pessoal, designadamente dos que estão distribuídos por vários centros de custo em função de afectação mensal variável, suscita dificuldades na imputação, que se baseia, em regra, em tabelas prefixadas, o que pode gerar enviesamentos na imputação.
- Dada a relevância do conhecimento dos custos enquanto ferramenta de gestão, a circunstância da Contabilidade Analítica apenas proporcionar custos totais e custos médios por centro de custo (para as unidades de obra definidas), constitui uma forte

limitação, tendo em conta a diversidade de "produtos" realizados por cada centro de custo, por não permitir o cálculo de custos por tipologia de patologia/tratamento/procedimento/exame.

- Não permite o apuramento do custo real por doente (por episódio) mas sim um custo médio.
- Problemas de informação com origem em insuficiência ou deficiência de informação dos serviços informáticos e dos serviços processadores dos custos (fontes de informação dos custos).
- As reestruturações frequentes nos últimos anos em várias unidades hospitalares tornam não exequível a reformulação de todos os procedimentos de recolha de dados e sua adequação uniforme, o que limita, por consequência, o rigor da informação recolhida em sede de Contabilidade Analítica.
- Existem situações em os recursos humanos (médicos, enfermeiros e assistentes operacionais) são fornecidos por uma unidade hospitalar sendo a actividade registada noutra unidade hospitalar (nesta situação é comum levar esses custos a não imputáveis).

Sinteticamente pode-se resumir as limitações sentidas pelos órgãos directivos nos seguintes aspectos:

- Não permite o apuramento do custo real por doente (por episódio) mas sim um custo médio.
- O *output* gerado na contabilidade analítica não permite uma ligação com a fórmula de financiamento actual do SNS. A contabilidade analítica permite retirar custos unitários e globais pelas principais linhas de produção, enquanto o financiamento é obtido pelo GDH. A comparação apenas é possível pelas principais linhas de produção, mas não por GDH, sendo certo que a maior parte das Administrações hospitalares considera que a maior parte dos GDH financiados está abaixo do seu custo real, mas até ao momento não conseguiu evidenciar essa realidade.
- A cultura empresarial nos hospitais é recente e na maior parte das organizações hospitalares, a contabilidade analítica não é utilizada como instrumento de gestão, sendo antes uma obrigação legal. Pelas entrevistas efectuadas, verificámos que são poucos os hospitais empresa que elaboram um relatório da contabilidade analítica e que o utilizem como instrumento de gestão, quer no planeamento, quer com vista a melhorar índices de eficiência, produtividade, avaliação do desempenho e os seus controlos. No entendimento das Administrações hospitalares tal deve-se à pouca informação útil gerada pela contabilidade analítica.
- A contabilidade analítica dos hospitais segue o Plano de Contabilidade Analítica dos Hospitais (PCAH) de aplicação obrigatória e que utiliza sobretudo a componente do custo por reflexão da contabilidade geral (assente na contabilidade de custos tradicional – método das secções homogéneas e custeio total), a qual não prevê outros indicadores de eficiência como indicadores de gestão da envolvente externa de cada hospital, indicadores de gestão de processos, de eficácia, equidade e qualidade.

## 5.6 Alguns dados da contabilidade analítica dos hospitais (referentes ao ano 2008)

Apesar das limitações referidas, indicamos na Tabela 5.11 alguns dados da contabilidade analítica dos hospitais, referentes ao ano de 2008 (último ano disponível).

Tabela 5.11. Dados da contabilidade analítica dos hospitais referentes ao ano de 2008

Código	Secções	Custos directos (euros)	%
1	Secções principais:		
11	Serviços clínicos - Internamento	1.377.052.940	28%
12	Serviços clínicos - ambulatório:		
121	Hospital de dia	340.571.085	7%
122	Urgência	505.061.098	10%
123	Consulta externa	579.269.108	12%
124	Serviço Domiciliário	28.944.829	1%
125	Cirurgia de Ambulatório	31.490.659	1%
2	Secções auxiliares de apoio clínico:		0%
201 a 234	MCDT	630.902.763	13%
240	Anestesiologia	60.836.994	1%
250	Bloco Operatório	363.334.519	7%
299	Outros serviços de apoio clínico	91.842.854	2%
3	Secções auxiliares de apoio geral	281.489.524	6%
4	Secções administrativas	435.546.912	9%
9	Custos Não Imputáveis	178.414.638	4%
		4.904.757.923	100%

Fonte: ACSS (contabilidade analítica 2008 dos hospitais)

Atendendo apenas aos custos directos, verifica-se que 17 centros de custo representam 59% do custo dos hospitais. (Tabela 5.12)

Tabela 5.12. Dados da contabilidade analítica dos hospitais, custos directos referentes ao ano de 2008

CÓDIGO C.C.	NOME CENTRO CUSTO	Custos directos Euros	CD/CT	CD acumulados
122010	Urgência Geral / SO	408.900.920	8%	8%
250000	Bloco Operatório	363.334.519	7%	16%
420000	Serviços Técnicos e Administrativos	356.487.697	7%	23%
111010	Medicina Interna	226.860.903	5%	28%
202000	Patologia Clínica	185.512.001	4%	31%
900000	Custos Não Imputáveis	178.414.638	4%	35%
112010	Cirurgia Geral	172.578.814	4%	39%
121230	Oncologia Médica	158.109.609	3%	42%
203000	Imagiologia	127.288.821	3%	44%
116010	UCI Polivalente	97.640.417	2%	46%
112080	Ortopedia	93.565.304	2%	48%
310000	Serviço de Instalações e Equipamento	91.472.426	2%	50%
320100	Serviço de Alimentação e Dietética	85.995.827	2%	52%
210000	Técnicas de Cardiologia	83.296.422	2%	54%
205000	Imunohemoterapia	82.001.232	2%	55%
114010	Pediatria	81.529.805	2%	57%
410000	Administração e Direcção	79.059.215	2%	59%

Fonte: ACSS (contabilidade analítica 2008 dos hospitais)

Importa salientar a expressão dos custos não imputáveis e administrativos no quadro anterior. Analisando os dados da contabilidade analítica e sem prejuízo das limitações referidas, indicamos para os dois centros de custo com maior valor de custo directo imputado, os valores unitários para os hospitais com custos directos por unidade de custeio mais elevado (acima do valor médio). Assim, para a urgência geral /SO, são descritos na Tabela 5.13 os Hospitais que apresentam um valor de custos acima da média no custo em euros por doente atendido na urgência) (12201), referente a 2008.

**Tabela 5.13. Hospitais que apresentam um valor de custos directos acima da média, no custo em euros por doente atendido na urgência, no ano de 2008**

NOME HOSPITAL	Custos directos
C.H. Coimbra, EPE	179
U.L. Saúde Baixo Alentejo, EPE	165
H. Faro, EPE	158
C.H. Caldas da Rainha	157
IPO Lisboa, EPE	154
H. Évora, EPE	147
C.H. Lisboa Central, EPE	132
H. Santarém, EPE	130
C.H. do Nordeste, EPE	127
H. Viseu, EPE	127
H. Garcia de Orta, EPE	125
U.L. Saúde de Matosinhos, EPE	115
C.H. Torres Vedras	111
H. Univer. Coimbra, EPE	111
H. S. João, EPE	110
C.H. do Porto, EPE	109
C.H. V.N.Gaia/Espinho, EPE	107
C.H. Setúbal, EPE	107
H. Vila Franca de Xira	103
H. Aveiro, EPE	102
C.H. Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE	101
C.H. Barlavento Algarvio, EPE	100
H. Guarda	98
H. St.ª Maria, EPE*	98
C.H. Cova da Beira, EPE	97
H. S. Marcos Braga	96
H. Litoral Alentejano	95
<b>Valor máximo</b>	<b>179</b>
<b>Valor mínimo</b>	<b>25</b>
<b>Média</b>	<b>93</b>

Fonte: ACSS (contabilidade analítica 2008 dos hospitais).

Notas: \* Agrupado durante o ano de 2008 no CHLN conjuntamente com o hospital Pulido valente, EPE. H. Anadia retirado por apresentar valores não comparáveis. Optou-se por indicar apenas os custos directos, dadas as conclusões sobre a imputação indirecta apontarem numa fraca ou nula fiabilidade.

Para o bloco operatório, apresentam-se os Hospitais que apresentam um valor de custos acima da média no custo em euros por intervenção cirúrgica, referente a 2008.

Tabela 5.14. Hospitais que apresentam um valor de custos directos acima da média, no custo em euros por intervenção cirúrgica, no ano de 2008

NOME HOSPITAL	Custos directos
H. Curry Cabral	1.762
H. Pombal	1.242
C.H. Caldas da Rainha	1.234
C.H. Lisboa Central, EPE	1.123
C.H. do Porto, EPE	1.035
C.H. Cascais	991
H. Leiria, EPE	985
C.H. do Nordeste, EPE	984
H. Faro, EPE	956
H. Litoral Alentejano	945
H. Garcia de Orta, EPE	941
IPO Coimbra, EPE	938
C.H. Cova da Beira, EPE	924
H. Águeda	916
IPO Lisboa, EPE	914
H. Montijo	906
U.L. Saúde Baixo Alentejo, EPE	880
H. Santarém, EPE	851
IPO Porto, EPE	835
C.H. Barlavento Algarvio, EPE	806
C.H. Médio Tejo, EPE	789
H. Aveiro, EPE	785
H. Ovar	756
H. Vila Franca de Xira	739
C.H. Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE	735
<b>Valor máximo</b>	<b>1.762</b>
<b>Valor mínimo</b>	<b>325</b>
<b>Média</b>	<b>725</b>

Fonte: ACSS (contabilidade analítica 2008 dos hospitais).

Notas: Retirados os hospitais Pulido valente, EPE e CH Lisboa Norte e o Hospital de Santa Maria por terem valores não comparáveis, por se encontrarem nesta altura em processo de reorganização. Optou-se por indicar apenas os custos directos, dadas as conclusões sobre a imputação indirecta apontarem numa fraca ou nula fiabilidade.

Estes 2 exemplos evidenciam diferenças assinaláveis entre os custos unitários nas diversas unidades hospitalares. Verifica-se:

- A ACSS não trabalha os valores acima, não exigindo por parte dos hospitais justificação para tais diferenças;
- Pela outra parte (hospitais) não sentem que a informação fornecida tenha tratamento e alguma consequência. Assim, não se sentem incentivados a trabalhar os dados com maior rigor, nem se sentem pressionados a justificar os valores entregues.
- Não sendo apuradas as justificações dos valores acima não são estudadas as populações dos hospitais. Uma vez que existem diferenciações de valências, complexidade dos episódios, economias de escala, diferentes tipos de custos de estrutura, etc., como ponto de partida seria importante confirmar ou monitorizar a evolução dos grupos hospitalares.
- A análise por parte da ACSS não é tempestiva. Para que a contabilidade analítica consiga ser utilizada como instrumento de gestão terá de fornecer elementos

imediatamente, de modo a que a monitorização permita dar aos elementos de gestão informação de modo a melhorar a eficiência produtiva, económica e financeira. Apesar de a cultura em grande parte dos hospitais não utilizar a contabilidade analítica como um instrumento de gestão, o que por si só é uma deficiência grave, os serviços centrais deviam incentivar e exigir melhores controlos e uma certa competitividade entre as diversas unidades hospitalares. Constatamos que tal exigência também não existe ou pelo menos está a ser cumprida.

## 6 Preços Fixados vs. Custos Verificados

### Preços Fixados vs. Custos Verificados

Conclusões	<p>A comparação entre os preços fixados e os custos verificados por GDH está limitada aos hospitais com contabilidade por Sistema de Custeio por Actividade Hospitalar (SCAH). Os dados disponíveis a partir do SCAH dizem respeito aos anos de 2006 e 2007. O grupo de hospitais com SACH é reduzido (n=6) e não representativo do universo dos hospitais do SNS.</p>
	<p>Na comparação, por Hospital e linha de produção, dos custos de produção e o valor da facturação, verificou-se que à excepção do Hospital de Santa Marta, os GDH de ambulatório são a única linha de produção com custos de produção inferiores ao valor total facturado nos 6 hospitais seleccionados. O Hospital de Faro foi único dos hospitais seleccionados que para além dos GDH de ambulatório apresenta uma diferença positiva entre o valor facturado e o custo de produção para as linhas de produção consulta externa e visitas domiciliárias.</p>
	<p>Na comparação entre preços e custos, por GDH de internamento, verificou-se que, para todos os hospitais seleccionados (n=6), a maioria dos GDH apresenta excesso de custos face ao valor de financiamento. Nos hospitais de Aveiro e Faro esta percentagem de GDH varia entre os 65% e os 70% e nos hospitais de Santo António e Santa Marta é superior a 85%, N=224 GDH.</p>
	<p>Nos Hospitais de Aveiro e Faro os GDH com maior sobrecusto são os de menor peso relativo (menor preço fixado). Nos hospitais de Santo António e Santa Marta verifica-se a existência de uma maior número de GDH em que os custos ultrapassam o preço fixado, incluindo também aqueles de maior peso relativo (maior preço fixado).</p>
Recomendações	<p>Implementação do SCAH em todos os Hospitais para possibilitar a comparação dos preços fixados e custos verificados num maior número de Hospitais.</p>
	<p>Uma vez que implementação do SCAH em todos os Hospitais será demorada seria importante que houvesse uma alternativa, a curto prazo, a este sistema que permitisse a comparação dos custos verificados com os preços fixados tal como apresentados no Contrato-Programa. Uma alternativa de curto prazo seria através da Contabilidade Analítica conseguindo diferenciar na rubrica “Outros serviços clínicos” os custos dos GDH de Ambulatório, que à data estão distribuídos pelas restantes actividades desta rubrica.</p>
	<p>A falta de preenchimento de apenas uma das variáveis que compõem a base de dados dos GDH não permitiu que fossem comparados os preços fixados com os custos verificados relativos ao internamento do Hospital de Leiria e do IPO de Lisboa. Por este motivo recomenda-se uma melhor validação e verificação no preenchimento da Base de Dados dos GDH para que se possam realizar mais e melhores comparações.</p>

### 6.1 Análise Quantitativa

Para a análise realizada neste capítulo foi considerada válida e fiável a informação, enviada pelos hospitais à ACCS, relativa aos valores apurados pelo Sistema de Custeio por Actividade Hospitalar (SCAH).



### Hospitais seleccionados

Os serviços clínicos, que não o internamento, têm diferentes formas de apuramento de custos no SCAH e na Base de Dados dos Elementos Analíticos (BDEA). O SCAH permite o apuramento dos custos por GDH de Ambulatório, Sessões de Hospital de Dia, Consultas Externas, Urgências e Serviços Domiciliários. A Contabilidade Analítica dos Hospitais determina o custos dos “Outros serviços clínicos” entre os quais: o serviço de Hospital de Dia, Consultas Externas, Urgências e Serviços Domiciliários mas, não faz a distinção dentro destes serviços do que foi facturado como GDH de Ambulatório. Assim, o custo médio, por exemplo, do número de sessões de Hospital de Dia, apurado a partir da BDEA, inclui os custos por GDH de Ambulatório. O financiamento correspondente pode ser consultado no Contrato-Programa (CP) de cada hospital. Quanto aos preços fixados para os serviços clínicos que não internamento o CP apresenta preços unitários para GDH de Ambulatório, Hospital de Dia, Consultas Externas, Urgências e Serviço Domiciliário. Dadas as características do SCAH, da BDEA e do CP apenas é possível comparar os custos verificados (SCAH ou BDEA) com os preços fixados (CP) em hospitais que aplicam o SCAH e não naqueles que seguem exclusivamente a BDEA. Por este motivo foram apenas seleccionados, para comparação dos Custos verificados vs. os Preços fixados, os Hospitais do SNS que utilizam o SCAH.

De entre os sete Hospitais que, à data do presente estudo, tinham informação relativa ao SCAH foi utilizada a informação relativa a seis. Não foram considerados os valores relativos ao Hospital Magalhães de Lemos por se tratar de um Hospital com características diferentes dos restantes, com um número de GDH reduzido e com um Contrato-Programa específico para hospitais psiquiátricos.

A informação mais recente e disponível dos resultados apurados pelo SCAH é relativa aos anos de 2006 e 2007. Para ambos os anos estão incluídos 3 hospitais de 3 grupos de financiamento diferentes. A denominação e o respectivo grupo de financiamento estão descritos na Figura 6.1.

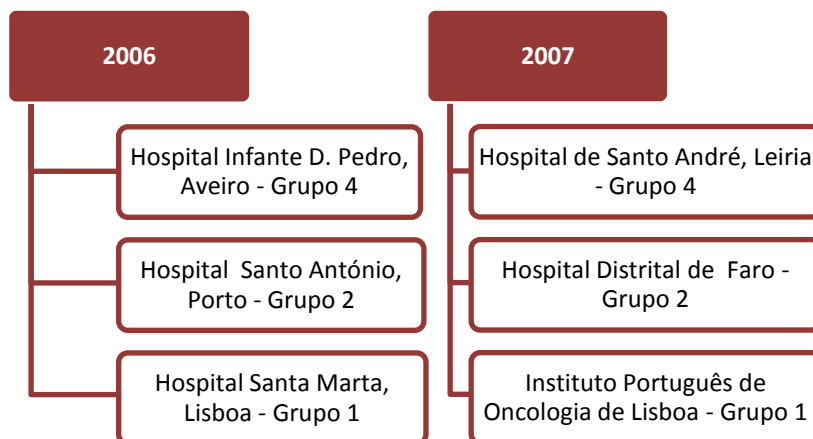


Figura 6.1. Hospitais seleccionados para comparação preços fixados com custos verificados

## Fontes de Informação

Para apurar os custos verificados foi utilizada a base de dados (BD) dos valores apurados pelo SCAH. Esta fonte de dados foi disponibilizada pela ACSS.

Para o cálculo dos preços fixados foi utilizada a informação sobre os elementos dos CP, as Tabelas de Preços dos GDH (Portaria 567/2006 de 12 de Junho e Portaria n.º 110-A/2007, de 23 de Janeiro) e a informação da base de dados dos GDH, relativa aos episódios de internamento e ambulatório, de cada um dos Hospitais em estudo e respectivos anos. Esta informação foi também cedida pela ACSS.

A informação relativa à facturação dos hospitais em estudo foi igualmente cedida pela ACSS

### 6.1.1 Metodologia

À excepção dos custos do internamento, os custos apresentados neste capítulo são custos totais ou unitários por doente saído. No caso do internamento os custos são apresentados por doente equivalente. O valor dos custos totais e o número de doentes saídos foi apurado por hospital e é directamente utilizado com base na informação disponibilizada pelo SCAH.

Os preços apresentados no capítulo dos resultados são os preços que constam nos CP de cada um dos Hospitais seleccionados.

Relativamente aos custos e preços para o internamento os valores apresentados são valores por doente equivalente, sendo estes calculados de acordo com a definição da ACSS<sup>1</sup>.

Para o internamento foram consideradas as seguintes definições de custo e de preço:

#### Custos Unitários SCAH por doente equivalente (Custo)

$$\text{Custo} = \frac{\text{Custo total GDH (SCAH)} - \text{Custo total da diária de internamento acima do limite máximo GDH}}{\text{n.º de doentes equivalentes GDH}}$$

O limite máximo considerado é o limite descrito nas portarias nº 567/2006 de 12 de Junho e nº 110-A/2007, de 23 de Janeiro

#### Preço Unitário CP por doente equivalente (Preço unitário)

$$\text{Preço unitário} = \text{Preço Unitário CP} * \text{Peso relativo GDH}$$

O peso relativo do GDH é o descrito nas portarias acima mencionadas.

#### Preço Total CP (Preço)

$$\text{Preço} = \text{Preço Unitário CP por doente equivalente} * \text{n.º de doentes equivalentes}$$

A distinção, na base de dados dos GDH, entre episódios de GDH de internamento ou GDH de ambulatório é feita com base na variável “modulo”, no entanto, para o Hospital de Leiria e IPO de Lisboa, no ano de 2007, esta variável não se encontra preenchida e, uma vez que existem episódios de internamento com zero dias de internamento, não foi possível, para estes dois

---

<sup>1</sup> ([http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/DownloadsPublicacoes/Tabelas\\_Impressos/C%C3%A11culododoenteequivalenteeICM.pdf](http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/DownloadsPublicacoes/Tabelas_Impressos/C%C3%A11culododoenteequivalenteeICM.pdf))

hospitais distinguir os episódios relativos a GDH de internamento e GDH de ambulatório. Por isso, estes dois hospitais não foram incluídos na comparação de preços fixados com os custos verificados no internamento.

Para cada um dos Hospitais seleccionados foi, por linha de produção, apurada a diferença entre custo de produção e valor efectivo de produção. O custo de produção foi calculado com base na informação de custos do SCAH. Deste modo por linha de produção, o custo é dado por:

$$\text{Custo de produção} = \text{custo médio unitário no SCAH} * \text{quantidade facturada}$$

A comparação dos preços fixados e custos verificados de internamento incluiu, não só os custos totais por GDH médico ou cirúrgico, mas também uma análise por GDH. No entanto, para uma possível comparação dos resultados apurados em cada um dos hospitais seleccionados, foram apenas comparados os preços e custos dos GDH comuns a todos os Hospitais, um total de 224 GDH (Anexo IX).

No final do Capítulo 6.1.2 (Resultados) é realizada uma análise comparativa de preços vs. custos para os 25 GDH que apresentaram o maior custo total, em pelo menos um dos Hospitais.

Na comparação dos Preços vs. Custos dos 224 GDH é utilizada a seguinte medida

$$\text{Diferença Relativa} = 1 - \frac{\text{CustoGDH}}{\text{PreçoGDH}}$$

Valores da diferença relativa inferiores a zero indicam um excesso de custo face ao preço fixado, podendo indicar insuficiência de financiamento do GDH e, valores superiores a zero custos inferiores ao preço do GDH.

## 6.1.2 Resultados

### 6.1.2.1 Preços fixados vs. Custos verificados por rubrica de financiamento

As Tabelas 6.1 e 6.2 apresentam as estatísticas sumárias relativas aos custos unitários, obtidos através do SCAH e os preços fixados no Contrato-Programa, nos anos de 2006 e 2007, respectivamente. Estes elementos são apresentados apenas para um conjunto de 6 hospitais, não representativos do universo total do SNS. A razão da sua selecção foi a existência de dados obtidos pelo SCAH e a possibilidade de obtenção de custos unitários por GDH. Os preços unitários dos Contrato-Programa foram multiplicados pelo índice de case-mix, da rubrica respectiva, para obter um preço fixado médio próximo do preço efectivamente pago aos hospitais. Estes valores são apresentados na coluna identificada como Preço Unitário (CP) e podem ser comparados com os custos unitários obtido pelo SCAH, na coluna mais à esquerda. A diferença absoluta resulta da subtracção do valor do custo unitário ao preço unitário. Se negativa esta diferença implica que os custos são superiores ao valor do financiamento, ou caso contrário, que o financiamento é superior aos custos, na actividade respectiva. Os custos do internamento do SCAH foram calculados para universo dos doentes equivalentes de modo a permitir a comparação com os preços do Contrato-Programa.

Todos os valores monetários apresentados nas tabelas e figuras subsequentes estão em euros.

Como se pode verificar o Hospital S. Marta apresenta custos superiores aos preços de financiamento em todas as actividades. A Urgência é uma actividade que apresenta custos superiores aos preços em todos os hospitais da amostra. No que diz respeito às Consultas Externas, os hospitais de Santo António (2006), Santa Marta (2006) e o IPO Lisboa (2007) são aqueles que apresentam maior nível de excesso de custos face ao financiamento. À excepção dos hospitais de Santa Marta e Faro, os restantes evidenciam preços superiores aos custos nos GDH de ambulatório.

Os elementos apresentados nas tabelas 6.1 e 6.2 informam apenas sobre a diferença média absoluta em cada actividade e não do impacto económico global, tendo em conta a produção de cada hospital. Esta informação pode ser encontrada nas próximas sessões deste capítulo.

Tabela 6.1. Comparação entre custos unitários (SCAH) e os preços fixados no contrato programa. Ano de 2006

	H. Aveiro (2006)			H.Sta. Marta (2006)			H. Sto António (2006)		
	Custo Unitário (SCAH)	Preço unitário (CP)	Diferença (P.unit-C.Uint)	Custo Unitário (SCAH)	Preço unitário (CP)	Diferença (P.unit-C.Uint)	Custo Unitário (SCAH)	Preço unitário (CP)	Diferença (P.unit-C.Uint)
<b>Consultas Externas</b>	77,31	85,17	<b>7,86</b>	123,09	70,68	<b>-52,41</b>	145,85	88,83	<b>-57,02</b>
Primeiras	79,19	-	-	192,68	-	-	123,19	-	-
Subsequentes	76,56	-	-	106,05	-	-	151,56	-	-
<b>Hospital de Dia</b>	194,19	180,24	<b>-13,95</b>	255,19	58,45	<b>-196,74</b>	521,99	247,39	<b>-274,60</b>
<b>Urgência</b>	115,98	67,56	<b>-48,42</b>	163,91		<b>-163,91</b>	153,08	134,82	<b>-18,26</b>
<b>Serviço Domiciliário</b>	267,62	40,60	<b>-227,02</b>	0,00	40,60	-	0,00	40,60	-
<b>Ambulatório (doentes saídos)</b>									
GDH Médico	-	-	-	4.053,44	-	-	276,74	-	-
GDH Cirúrgico	1.054,14	1.357,73	<b>303,59</b>	2.300,84	1.897,33	<b>-403,52</b>	340,65	1.678,55	<b>1.337,90</b>
<b>Internamento (doentes equivalentes)</b>									
GDH Médico	1.974,16	1.429,87	<b>-544,30</b>	5.241,13	2.544,29	<b>-2.696,84</b>	3.294,66	2.128,75	<b>-1.165,90</b>
GDH Cirúrgico	2.396,04	2.591,63	<b>195,59</b>	8.388,60	6.884,72	<b>-1.503,88</b>	5.823,27	5.569,95	<b>-253,32</b>

Tabela 6.2. Comparação entre custos unitários (SCAH) e os preços fixados no contrato programa. Ano de 2007

Análise e Avaliação do Sistema de Pagamentos e de Formação dos Preços Pagos aos Hospitais do Serviço Nacional de Saúde

	H. Faro (2007)			H. Leiria (2007)			IPO Lisboa (2007)		
	Custo Unitário (SCAH)	Preço unitário (CP)	Diferença (P.unit-C.Uint)	Custo Unitário (SCAH)	Preço unitário (CP)	Diferença (P.unit-C.Uint)	Custo Unitário (SCAH)	Preço unitário (CP)	Diferença (P.unit-C.Uint)
<b>Consultas Externas</b>	99.34	110.81	<b>11.47</b>	72.59	70.84	<b>-1.75</b>	201.93	124.30	<b>-77.63</b>
Primeiras	122.39	119.05	<b>-3.34</b>	71.47	75.42	<b>3.95</b>	167.47	134.27	<b>-33.20</b>
Subsequentes	91.69	108.23	<b>16.54</b>	73.14	68.56	<b>-4.58</b>	209.91	122.06	<b>-87.85</b>
<b>Hospital de Dia</b>	458.14	162.52	<b>-295.62</b>	212.64	213.37	<b>0.73</b>	255.07	197.12	<b>-57.96</b>
<b>Urgência</b>	153.55	137.92	<b>-15.63</b>	89.10	69.11	<b>-19.99</b>	453.47	0.00	<b>-453.47</b>
<b>Serviço Domiciliário</b>	14.05	41.53	<b>27.48</b>	20.73	41.53	<b>20.80</b>	113.10	41.53	<b>-71.57</b>
<b>Ambulatório (doentes saídos)</b>									
GDH Médico	355.79	500.10	<b>144.30</b>	180.94	297.90	<b>116.95</b>	217.17	320.86	<b>103.69</b>
GDH Cirúrgico	1 631.65	1 361.79	<b>-269.86</b>	395.70	1 124.18	<b>728.48</b>	684.07	1 293.02	<b>608.95</b>
<b>Internamento (doentes equivalentes)</b>									
GDH Médico	2 123.35	1 686.72	<b>-436.63</b>	-	1 640.71	-	-	3 198.75	-
GDH Cirúrgico	3 632.46	3 325.04	<b>-307.43</b>	-	3 050.67	-	-	4 850.25	-

## Análise e Avaliação do Sistema de Pagamentos e de Formação dos Preços Pagos aos Hospitais do Serviço Nacional de Saúde

De seguida são apresentadas, por Hospital seleccionado, as tabelas com as quantidades e os valores contratados (CP), as quantidades produzidas (facturadas), o custo de produção, o valor total facturado e a diferença verificada entre o valor facturado e o custo de produção, por linha de produção.

Até ao ano de 2006 não existia a classificação de GDH médicos de ambulatório, daí a inexistência de valores nas tabelas para os Hospitais seleccionados de 2006, e os GDH cirúrgicos tal como indicados nas tabelas correspondem a episódios de cirurgia em ambulatório.

Tal como descrito anteriormente, não foi possível apurar os custos de produção de internamento para o Hospital de Leiria e IPO de Lisboa não sendo assim possível fazer a devida comparação dos valores facturados com os custos de produção.

### Hospital de Aveiro

**Tabela 6.3. Quantidades e valores contratados, produzidos e facturados, por linha de produção, no Hospital de Aveiro em 2006**

	Hospital Aveiro (2006)					
	Quantidade contratada	Valor contratado (€)	Quantidade produzida	Custo de produção (€)	Valor facturado (€)	Diferença (€)
<b>Total</b>		40.590.589,98			37.711.877,77	
<b>Internamento</b>						
GDH Médicos - Doentes Equivalentes	8.886	11.455.731,89	9.064	17.892.155,70	11.556.664,85	-6.335.490,85
GDH Cirúrgicos - Doentes Equivalentes	5.441	12.713.416,30	4.178	10.010.659,42	9.484.947,59	-525.711,83
GDH Cirúrgicos Programados	3.311	7.736.467,72	1.836	-	4.289.540,83	-
GDH Cirúrgicos Urgentes	2.130	4.976.948,58	2.342	-	5.195.406,76	-
<b>GDH de Ambulatório</b>						
GDH Médicos	-	-	-	-	-	-
GDH Cirúrgicos	945	1.283.053,39	811	854.905,58	1.101.117,79	246.212,21
<b>Consulta Externa (nº de consultas)</b>	100.442	6.910.442,34	96.628	7.470.647,45	6.648.037,89	-822.609,56
<b>Hospital de Dia (nº de sessões)</b>	7.801	1.406.072,40	8.239	1.599.911,58	1.413.469,24	-186.442,34
<b>Urgência (nº atendimentos)</b>	113.819	7.689.611,64	113.819	13.200.539,04	7.293.951,20	-5.906.587,84
<b>Visitas Domiciliárias (nº de visitas)</b>	272	11.043,20	0	0,00	0,00	0,00

Nota: Diferença= Valor facturado -Custo de produção

No Hospital de Aveiro verificou-se que todas as linhas de produção, à excepção da cirurgia em Ambulatório, apresentam um custo de produção superior ao valor facturado pelo Hospital.

### Hospital de Santo António - Porto

**Tabela 6.4. Quantidades e valores contratados, produzidos e facturados, por linha de produção, no Hospital de Santo António em 2006**

	Hospital Santo António (2006)					
	Quantidade contratada	Valor contratado (€)	Quantidade produzida	Custo de produção (€)	Valor facturado (€)	Diferença (€)
<b>Total</b>		166.918.131,19			162.607.287,86	
<b>Internamento</b>						
GDH Médicos - Doentes Equivalentes	9.326	17.899.822,00	8.938	29.447.961,96	17.155.666,96	-12.292.295,00
GDH Cirúrgicos - Doentes Equivalentes	9.448	44.357.810,99	9.139	53.218.848,24	45.177.269,14	-8.041.579,10
GDH Cirúrgicos Programados	6.329	28.694.727,95	5.794	-	29.017.794,25	-
GDH Cirúrgicos Urgentes	3.119	15.663.083,04	3.345	-	16.159.474,89	-
<b>GDH de Ambulatório</b>						
GDH Médicos	-	-	-	-	-	-
GDH Cirúrgicos	6886	10.166.974,37	6.223	2.119.879,14	10.337.087,57	8.217.208,43
<b>Consulta Externa (nº de consultas)</b>	319.748	38.602.809,29	322.256	47.001.750,71	38.778.421,54	-8.223.329,17
<b>Hospital de Dia (nº de sessões)</b>	16.365	4.048.591,20	15.870	8.284.027,72	3.682.924,17	-4.601.103,55
<b>Urgência (nº atendimentos)</b>	113.249	15.268.230,18	113.249	17.335.814,79	15.144.882,30	-2.190.932,49
<b>Visitas Domiciliárias (nº de visitas)</b>	0	0,00	0	0,00	0,00	0,00

Nota: Diferença= Valor facturado -Custo de produção

## Análise e Avaliação do Sistema de Pagamentos e de Formação dos Preços Pagos aos Hospitais do Serviço Nacional de Saúde

No Hospital de Santo António, tal como para o Hospital de Aveiro, a linha de produção cirurgia em Ambulatório, é a única que apresenta um custo de produção inferior ao valor facturado pelo Hospital. Neste Hospital não foram contratadas nem realizadas visitas domiciliárias.

### Hospital de Santa Marta

**Tabela 6.5. Quantidades e valores contratados, produzidos e facturados, por linha de produção, no Hospital de Santa Marta em 2006**

	Hospital Santo Marta (2006)					
	Quantidade contratada	Valor contratado (€)	Quantidade produzida	Custo de produção (€)	Valor facturado (€)	Diferença (€)
<b>Total</b>		31.000.974,43			30.974.631,73	
<b>Internamento</b>						
GDH Médicos - Doentes Equivalentes	2.422	5.555.808,20	2.308	12.096.539,34	5.293.877,75	-6.802.661,59
GDH Cirúrgicos - Doentes Equivalentes	3.122	16.827.374,26	2.768	23.219.645,24	17.032.513,26	-6.187.131,98
GDH Cirúrgicos Programados	2.729	14.387.994,66	2.336	-	14.488.769,64	-
GDH Cirúrgicos Urgentes	393	2.439.379,60	432	-	2.543.743,62	-
<b>GDH de Ambulatório</b>						
GDH Médicos	-	-	-	-	-	-
GDH Cirúrgicos	153	199.219,42	84	193.270,71	159.375,54	-33.895,17
<b>Consulta Externa (nº de consultas)</b>	67.586	8.202.549,75	69.312	8.531.269,66	8.324.032,38	-207.237,28
<b>Hospital de Dia (nº de sessões)</b>	3.696	216.022,80	3.182	811.999,97	164.832,80	-647.167,17
<b>Urgência (nº atendimentos)</b>	0	0,00	0	0,00	0,00	0,00
<b>Visitas Domiciliárias (nº de visitas)</b>	0	0,00	0	0,00	0,00	0,00

Nota: Diferença= Valor facturado -Custo de produção

No Hospital de Santa Marta não foram contratadas nem facturadas visitas domiciliárias nem atendimentos de urgência. Neste Hospital todas as linhas de produção apresentam um custo de produção superior ao valor efectivamente facturado.

### Hospital de Distrital de Faro

**Tabela 6.6. Quantidades e valores contratados, produzidos e facturados, por linha de produção, no Hospital de Faro em 2007**

	Hospital Faro (2007)					
	Quantidade contratada	Valor contratado (€)	Quantidade produzida	Custo de produção (€)	Valor facturado (€)	Diferença (€)
<b>Total</b>		85.179.264,69			71.833.807,62	
<b>Internamento</b>						
GDH Médicos - Doentes Equivalentes	13.376	22.561.571,74	9.617	20.420.273,06	16.220.660,19	-4.199.612,87
GDH Cirúrgicos - Doentes Equivalentes	6.054	18.773.156,08	4.305	15.637.756,01	14.316.426,83	-1.321.329,18
GDH Cirúrgicos Programados	3.309	9.645.930,89	2.011	-	6.687.413,20	-
GDH Cirúrgicos Urgentes	2.745	9.127.225,19	2.294	-	7.629.013,63	-
<b>GDH de Ambulatório</b>						
GDH Médicos	10553	5.277.527,60	14.114	5.021.658,74	7.058.374,35	2.036.715,61
GDH Cirúrgicos	1417	1.929.654,84	0	0,00	0,00	-
<b>Consulta Externa (nº de consultas)</b>	142.746	15.817.917,96	144.583	14.362.755,55	15.912.346,57	1.549.591,02
<b>Hospital de Dia (nº de sessões)</b>	7.481	1.215.828,72	7.998	3.664.219,70	1.299.836,62	-2.364.383,08
<b>Urgência (nº atendimentos)</b>	112.144	15.466.900,48	112.144	17.220.193,70	14.022.144,97	-3.198.048,73
<b>Visitas Domiciliárias (nº de visitas)</b>	2761	114.664,33	1.389	19.516,28	57.685,17	38.168,89

Nota: Diferença= Valor facturado -Custo de produção

Quando comparado com os restantes hospitais seleccionados o Hospital Distrital de Faro é o que apresenta o maior número de linhas de produção com custos de produção inferiores aos valores facturados, nomeadamente os GDH médicos de ambulatório, a consulta externa e as visitas domiciliárias. As restantes linhas de produção apresentam valores de facturação inferiores ao custo de produção.



## Análise e Avaliação do Sistema de Pagamentos e de Formação dos Preços Pagos aos Hospitais do Serviço Nacional de Saúde

### Hospital de Leiria

Tabela 6.7. Quantidades e valores contratados, produzidos e facturados, por linha de produção, no Hospital de Leiria em 2007

	Hospital Leiria (2007)					
	Quantidade contratada	Valor contratado (€)	Quantidade produzida	Custo de produção (€)	Valor facturado (€)	Diferença (€)
<b>Total</b>		51.759.209,22			53.342.030,01	
<b>Internamento</b>						
GDH Médicos - Doentes Equivalentes	12.097	16.043.068,94	12.134	-	16.064.041,02	-
GDH Cirúrgicos - Doentes Equivalentes	5.273	11.567.443,65	5.300	-	13.524.296,29	-
GDH Cirúrgicos Programados	2.910	5.740.568,92	3.123	-	8.156.218,29	-
GDH Cirúrgicos Urgentes	2.363	5.826.874,73	2.177	-	5.368.078,00	-
<b>GDH de Ambulatório</b>						
GDH Médicos	4270	1.272.019,16	1.598	289.146,20	476.039,05	186.892,85
GDH Cirúrgicos	2660	2.510.299,67	2.891	1.143.977,52	3.061.964,42	1.917.986,90
<b>Consulta Externa (nº de consultas)</b>	136.631	9.679.606,24	140.237	10.180.014,76	9.742.995,42	-437.019,34
<b>Hospital de Dia (nº de sessões)</b>	1.550	330.727,00	1.502	319.387,59	288.596,46	-30.791,13
<b>Urgência (nº atendimentos)</b>	122.241	8.448.075,51	122.241	10.891.875,69	8.341.262,31	-2.550.613,38
<b>Visitas Domiciliárias (nº de visitas)</b>	60	2.491,80	206	3.711.502,00	8.555,18	-3.702.946,82

Nota: Diferença= Valor facturado -Custo de produção

Para o Hospital de Leiria não foi possível apurar o custo de produção dos GDH de Internamento. Neste Hospital no ano de 2007 verificou-se que todas as linhas de produção, à excepção dos GDH Médicos e Cirúrgicos de Ambulatório, apresentam um custo de produção superior ao valor facturado pelo Hospital.

### IPO Lisboa

Tabela 6.8. Quantidades e valores contratados, produzidos e facturados, por linha de produção, no IPO de Lisboa em 2007

	IPO Lisboa (2007)					
	Quantidade contratada	Valor contratado (€)	Quantidade produzida	Custo de produção (€)	Valor facturado (€)	Diferença (€)
<b>Total</b>		72.710.589,18			75.895.936,93	
<b>Internamento</b>						
GDH Médicos - Doentes Equivalentes	3.516	11.246.819,50	3.868	-	11.741.403,94	-
GDH Cirúrgicos - Doentes Equivalentes	3.492	12.848.311,26	3.146	-	15.014.223,76	-
GDH Cirúrgicos Programados	3.197	11.417.487,62	2.907	-	13.854.640,65	-
GDH Cirúrgicos Urgentes	295	1.430.823,64	239	-	1.159.583,11	-
<b>GDH de Ambulatório</b>						
GDH Médicos	69574	22.323.365,80	76.781	16.674.349,26	24.635.788,50	7.961.439,24
GDH Cirúrgicos	1994	2.578.274,90	1.581	1.081.507,04	2.044.259,10	962.752,06
<b>Consulta Externa (nº de consultas)</b>	133.289	16.567.545,64	141.195	28.511.311,88	17.132.968,46	-11.378.343,42
<b>Hospital de Dia (nº de sessões)</b>	19.631	3.869.578,72	16.669	4.251.814,68	3.002.375,88	-1.249.438,80
<b>Urgência (nº atendimentos)</b>	0	0,00	0	0,00	0,00	0,00
<b>Visitas Domiciliárias (nº de visitas)</b>	4352	180.738,56	1.779	201.205,80	73.881,87	-127.323,93

Nota: Diferença= Valor facturado -Custo de produção

Tal como o Hospital de Leiria, para o IPO de Lisboa, não foi possível apurar o custo de produção dos GDH de Internamento. Neste Hospital não foram contratados nem realizados atendimentos em Urgência. Tal como para a maioria dos Hospitais seleccionados verificou-se que todas as linhas de produção, à excepção dos GDH Médicos e Cirúrgicos de Ambulatório, apresentam um custo de produção superior ao valor facturado pelo Hospital.

#### 6.1.2.2 Preços fixados vs. Custos verificados por GDH de Internamento

As figuras que se seguem dizem respeito à comparação dos preços fixados e custos verificados de 224 GDH, os comuns nos hospitais de Aveiro, Santa Marta e Santo António no ano de 2006 e no Hospital de Faro em 2007.

Por hospital é em primeiro lugar apresentado um gráfico do peso relativo do GDH (o peso relativo é indicador do custo do GDH: menor peso menor custo, maior peso maior custo) versus a diferença relativa, tendo em conta o número de doentes equivalentes (dando uma noção da frequência de episódios por GDH).

Se dividirmos este gráfico em quatro quadrantes podemos identificar:

1º Quadrante (Q1) – GDH de maior peso relativo (maior que 1) e diferença relativa superior ou igual a zero - preço superior ao custo unitário do GDH de maior peso relativo.

2º Quadrante (Q2) – GDH de menor peso relativo (menor que 1) e diferença relativa superior ou igual a zero - preço superior ao custo unitário do GDH de menor peso relativo.

3º Quadrante (Q3) – GDH de maior peso relativo (maior que 1) e diferença relativa inferior a zero - preço inferior ao custo unitário do GDH de preço menor peso relativo.

4º Quadrante (Q4) – GDH de maior peso relativo (menor que 1) e diferença relativa inferior a zero - preço inferior ao custo unitário do GDH de maior peso relativo.

Em segundo lugar são apresentados, para cada um dos quadrantes do primeiro gráfico, um outro gráfico do custo versus o preço tendo em conta o número de doentes equivalentes. Em cada um destes gráficos está também representada por uma recta azul a situação ideal da relação preço versus custo, isto é, custo verificado igual ao preço fixado. Os GDH que se encontram afastados desta recta indicam: situações de preço superior ao custo quando os GDH se encontram na área entre o eixo das ordenadas (preço) e a recta da idealidade, e de preço inferior ao custo quando os GDH se encontram na área entre o eixo das abcissas (custo) e a recta da idealidade.

Hospital de Aveiro

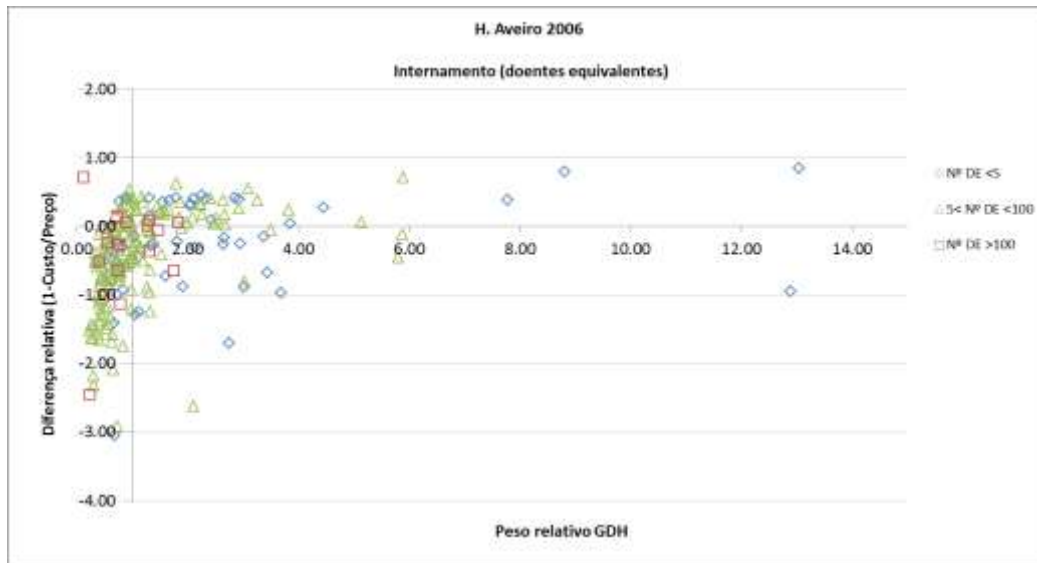


Figura 6.2. Peso relativo GDH vs. Diferença relativa por GDH de internamento no Hospital de Aveiro, por número de doentes equivalentes

Da análise da Figura 6.2 verifica-se que a maioria, 66%, dos GDH de internamento apresenta valores para a diferença relativa inferiores a zero (Q3 - 45% e Q4 - 21%), indicador de que o custo verificado para esses GDH é superior ao preço fixado. Para além de serem em maior número, grande parte destes GDH são GDH com maior número de doentes equivalentes (dos GDH com 5 a 100 doentes equivalentes 67% estão nestes dois quadrantes e de entre os GDH com mais de 100 doentes equivalentes 63%).

Dos GDH cujos preços são superiores aos custos, diferença relativa superior a zero, 25% estão no Q1 e 10% no Q2.

Paralelamente observou-se que a maior proporção dos GDH com menor número de doentes equivalentes (DE<5) encontra-se localizada nos quadrantes de peso relativo superior a um. No primeiro quadrante estão 33% dos GDH com menos de 5 doentes equivalentes e no quarto quadrante 35%.

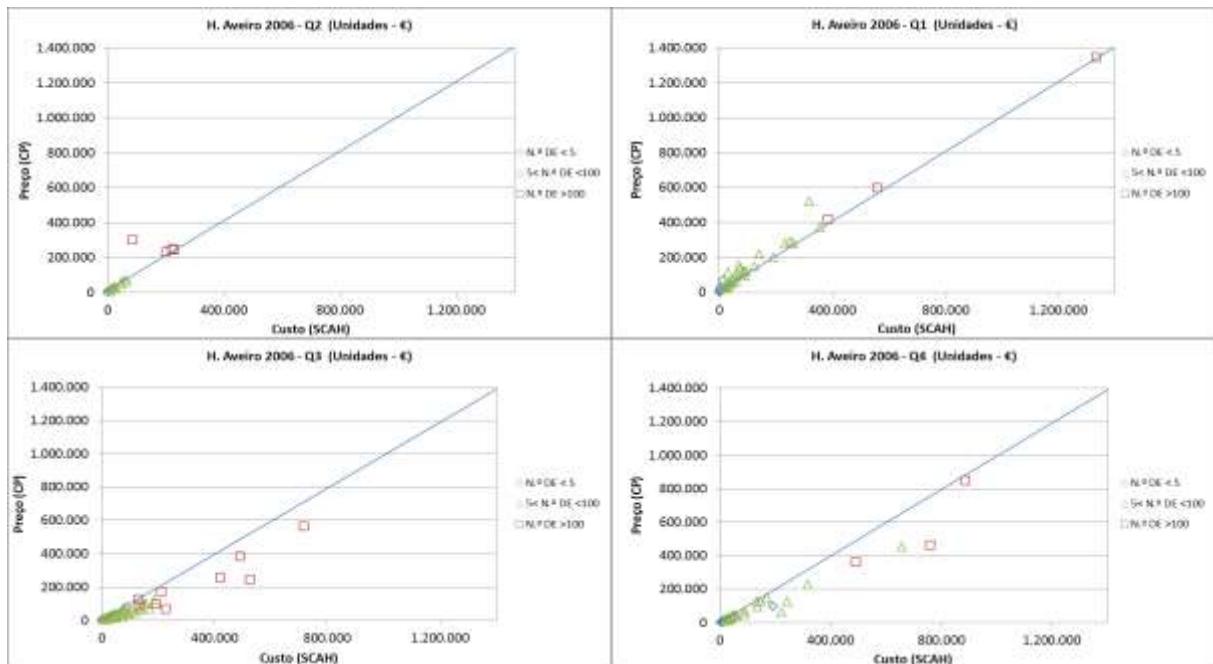


Figura 6.3. Relação do custo verificado versus o preço fixado para os GDH observados por quadrante e por número de doentes equivalentes. Episódios de internamento do Hospital de Aveiro

Do estudo mais pormenorizada de cada um dos quadrantes do gráfico apresentado na Figura 6.2, pode verificar-se, na Figura 6.3, que os GDH em situação de custo superior ao preço (Q3 e Q4) apresentam um maior afastamento da situação ideal do que os GDH cujos preços são superiores aos custos (Q1 e Q2). Para os GDH de menor peso relativo (Q3) o sobrecusto é maior nos GDH com maior número de doentes equivalentes ( $DE > 100$ ) e, nos de maior peso relativo (Q4) aos GDH com 5 a 100 doentes equivalentes. Quanto aos GDH cujos preços são superiores aos custos, são poucos os GDH que se afastam da idealidade sendo mais notória esta situação nos GDH de baixo peso relativo (Q2). Em termos gerais, a maioria dos GDH de internamento do Hospital de Aveiro encontra-se com deficit de financiamento face ao custo e, quando verificada a relação preço vs. custo, os GDH com deficiente financiamento estão mais afastados da relação ideal que os GDH em situação de excesso de financiamento.

Hospital de Faro

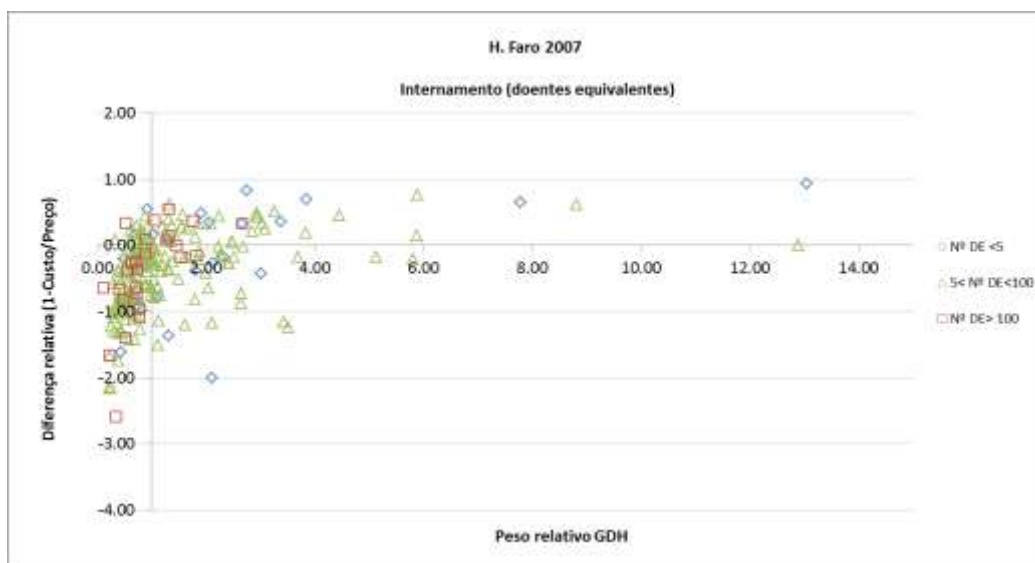


Figura 6.4. Peso relativo vs. Diferença relativa por GDH de internamento no Hospital de Faro, por número de doentes equivalentes

Da análise da Figura 6.4 verifica-se que a maioria, 71%, dos GDH de internamento, no Hospital de Faro, apresentam custos mais elevados relativamente ao valor do seu financiamento (Q3 - 47% e Q4 - 24%). Para além de serem em maior número, grande parte destes GDH são GDH com maior número de doentes equivalentes (dos GDH com 5 a 100 doentes equivalentes 74% está nestes dois quadrantes e de entre os GDH com mais de 100 doentes equivalentes 69%).

Dos GDH cujos preços são superiores aos custos, diferença relativa superior a zero, 21% estão no Q1 e 8% no Q2.

Paralelamente observou-se que a maior proporção (38%) dos GDH com menor número de doentes equivalentes (DE<5) encontra-se localizada no primeiro quadrante, peso relativo superior a um e diferença relativa maior que zero.

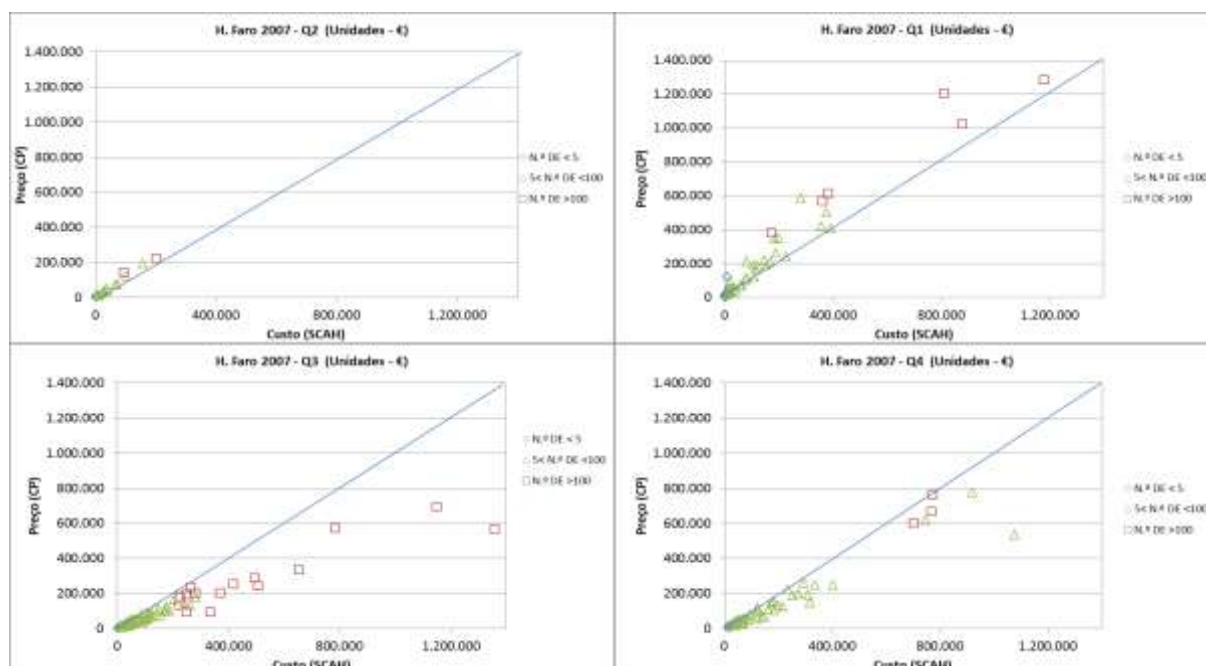


Figura 6.5. Relação do custo verificado versus o preço fixado para os GDH observados por quadrante e por número de doentes equivalentes. Episódios de internamento do Hospital de Faro

Do estudo mais pormenorizado de cada um dos quadrantes do gráfico apresentado na Figura 6.4, pode verificar-se, na Figura 6.5, que os GDH em que os preços são inferiores aos custos, em especial os de peso relativo inferior a um (Q3), apresentam um maior afastamento da situação ideal do que os GDH cujos preços são superiores aos custos. Para os GDH de menor peso relativo (Q3) a situação de custos superiores aos preços é, tal como para o Hospital de Aveiro, maior nos GDH com maior número de doentes equivalentes ( $DE > 100$ ) e, nos de maior peso relativo (Q4), os GDH com 5 a 100 doentes equivalentes. Quanto aos GDH em que os preços são superiores aos custos, do primeiro quadrante, são os GDH de maior número de doentes equivalentes ( $DE > 100$ ) os que mais se afastam da idealidade, apresentado um financiamento superior ao custo. No segundo quadrante verifica-se que a situação de preços superiores aos custos dos GDH é ligeira e muito próxima da idealidade. Em termos gerais, a maioria dos GDH de internamento do Hospital de Faro gera custos superiores ao financiamento e, quando analisada a relação preço vs. custo, os GDH de menor peso relativo e cujo preço é inferior ao custo e, os GDH de maior peso relativo e cujo preço é superior ao custo são os que estão mais afastados da idealidade.

Hospital de Santo António

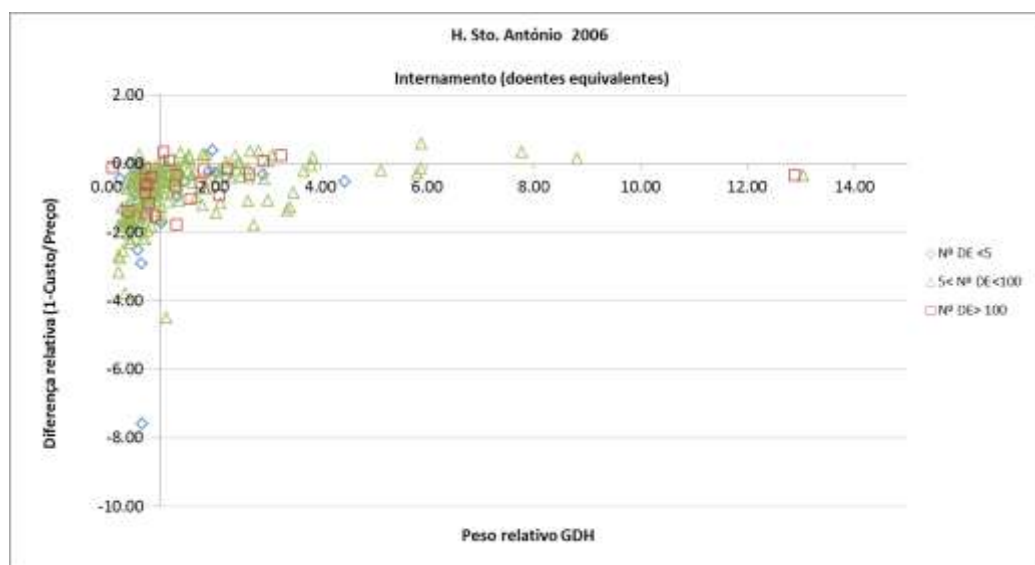


Figura 6.6. Peso relativo vs. Diferença relativa por GDH de internamento no Hospital de Sto. António, por número de doentes equivalentes

Da análise da Figura 6.6 verifica-se que para o Hospital de Santo António a maioria, 87%, dos GDH de internamento apresenta valores para a diferença relativa inferiores a zero (Q3 - 54% e Q4 - 33%), indicador de financiamento insuficiente destes GDH. Para além de serem em maior número, estes GDH são GDH com o maior número de doentes equivalentes, dos GDH com 5 a 100 doentes equivalentes 87% estão nestes dois quadrantes e de entre os GDH com mais de 100 doentes equivalentes 83%, estas proporções são superiores às apresentadas nos Hospitais de Aveiro e Faro. Para este Hospital apenas ficaram localizados no segundo quadrante dois GDH (1%) e no primeiro quadrante 12% dos GDH de internamento.

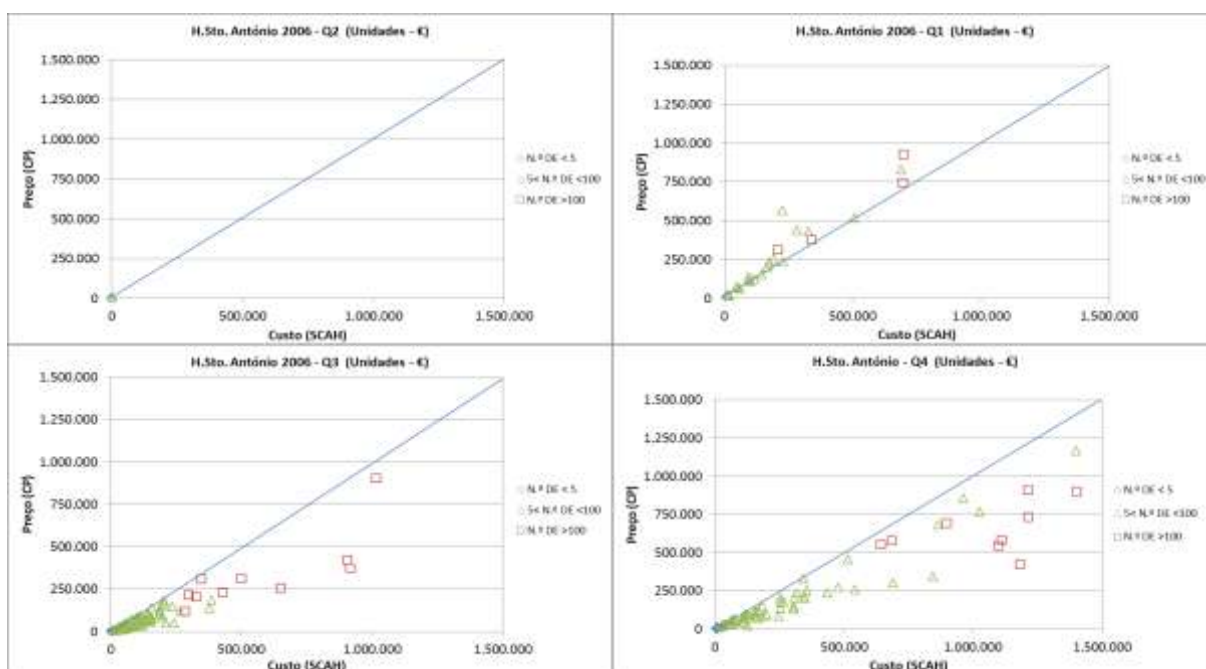


Figura 6.7. Relação do custo verificado versus o preço fixado para os GDH observados por quadrante e por número de doentes equivalentes. Episódios de internamento do Hospital de Sto. António

Para melhor interpretação dos gráficos apresentados na Figura 6.6 foi retirada uma observação do terceiro quadrante com custo verificado – 5.574.459 € e preço fixado – 4.204.792€.

Do estudo mais pormenorizada de cada um dos quadrantes do gráfico apresentado na Figura 6.6, pode verificar-se, na Figura 6.7, que os GDH em situação de sobrecusto (Q3 e Q4) apresentam um maior afastamento da situação ideal do que os GDH do primeiro e segundo quadrantes. Para os GDH de menor peso relativo (Q3) o sobrecusto é maior nos GDH com maior número de doentes equivalentes (DE>100) e, nos de maior peso relativo (Q4) nos GDH com 5 a 100 doentes equivalentes e nos GDH com mais de 100 doentes equivalentes. Quando comparamos este Hospital com os Hospitais anteriormente estudados, Aveiro e Faro, verificamos que a situação de financiamento deficitário dos GDH é mais pronunciada neste Hospital principalmente para os GDH com peso relativo mais elevado, isto é, os GDH do quarto quadrante. Quanto aos GDH com custos inferiores aos preços fixados são poucos os GDH que se afastam da idealidade sendo mais notória esta situação nos GDH de baixo peso relativo (Q2). De um modo geral podemos dizer que no Hospital de Santo António a grande maioria dos GDH de internamento encontra-se financiada por defeito e, quando verificada a relação preço vs. custo, os GDH com sobrecusto estão mais afastados da relação ideal que os GDH cujos preços são superiores aos custos, sendo este afastamento mais notório que o verificado nos Hospitais de Aveiro e Faro.



Hospital de Santa Marta

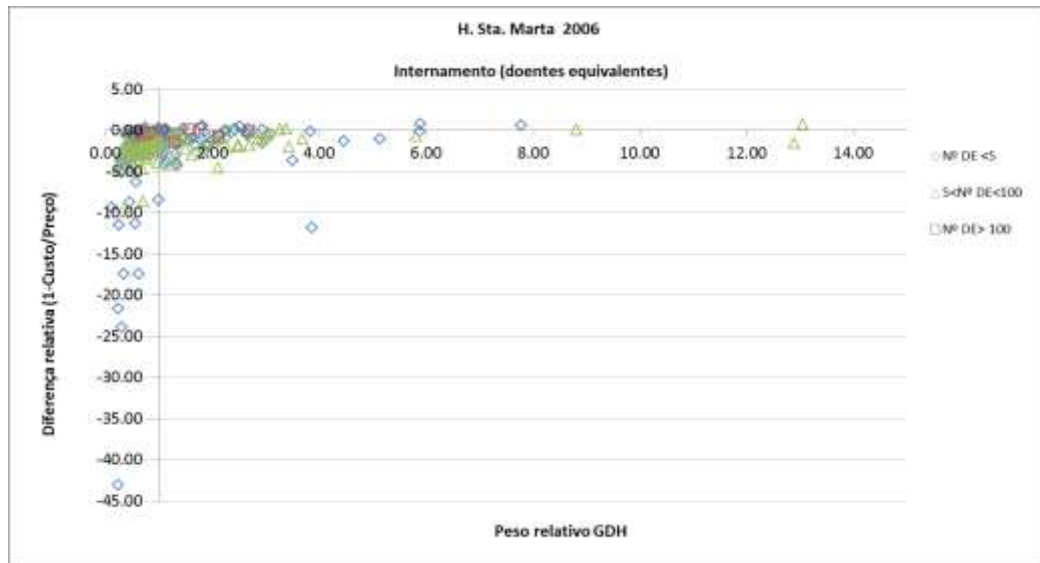


Figura 6.8. Peso relativo vs. Diferença relativa por GDH de internamento no Hospital de Sta. Marta, por número de doentes equivalentes

Da análise da Figura 6.8 verifica-se que, tal como para os restantes Hospitais, a maioria, 89%, dos GDH de internamento apresenta valores para a diferença relativa inferiores a zero, sendo este o Hospital que apresentou as maiores diferenças relativas, o valor mínimo observado foi de (-43). No terceiro quadrante estão localizados 54% dos GDH de internamento deste Hospital e no quarto quadrante 35%. Ao contrário dos hospitais analisados anteriormente a maioria destes GDH são GDH com menor número de doentes equivalentes (dos GDH com menos de 5 doentes equivalentes 87% estão nestes dois quadrantes e de entre os GDH entre 5 e 100 doentes equivalentes 95%).

Dos GDH cujos custos são inferiores aos preços fixados, diferença relativa superior a zero, 10% estão no Q1 e apenas 1% (3 GDH) no Q2.

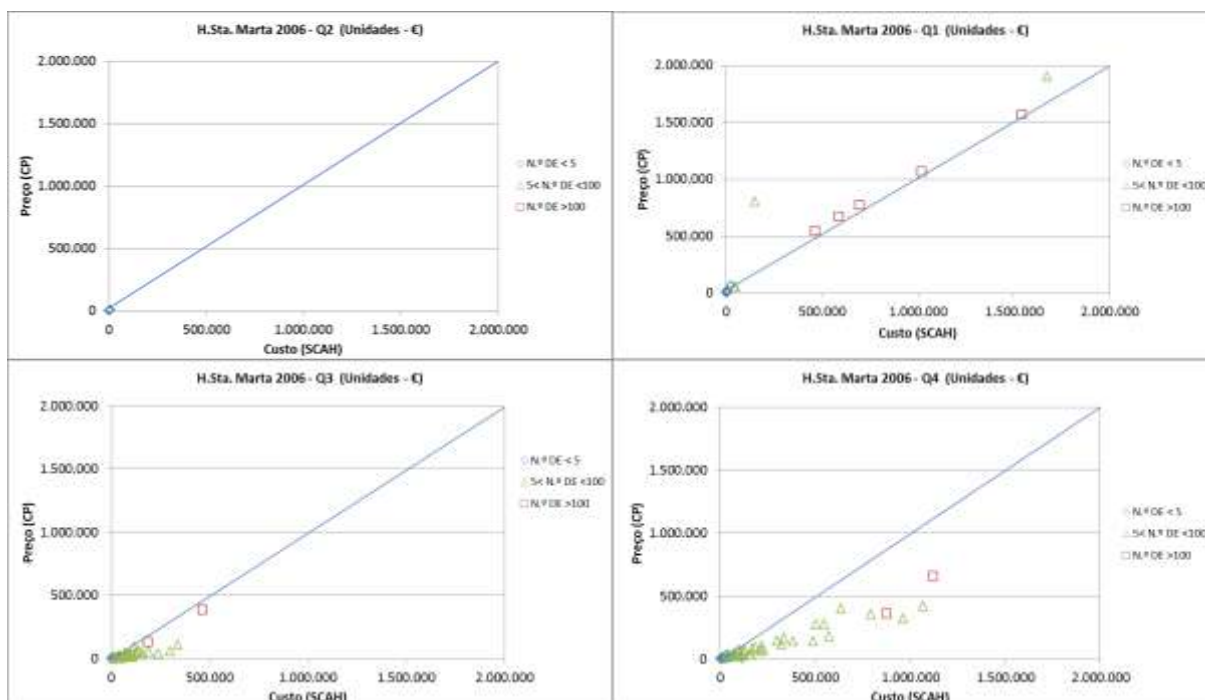


Figura 6.9. Relação do custo verificado versus o preço fixado para os GDH observados por quadrante e por número de doentes equivalentes. Episódios de internamento do Hospital de Sta. Marta

Para melhor interpretação dos gráficos apresentados na Figura 6.8 foi retirada uma observação do terceiro quadrante com custo verificado - 2.217.022 € e preço fixado - 1.443.392€.

Do estudo mais pormenorizada de cada um dos quadrantes do gráfico apresentado na Figura 6.9, pode verificar-se, na Figura 6.9, que os GDH em situação de sobrecusto (Q3 e Q4) apresentam um maior afastamento da situação ideal do que os GDH cujos preços são superiores aos custos (Q1 e Q2). Para os GDH de menor peso relativo (Q3) o excesso de custos é maior nos GDH com maior número de doentes equivalentes (DE>100) e, nos GDH de maior peso relativo (Q4) os GDH com 5 a 100 doentes equivalentes. Quanto aos GDH com preços superiores aos custos, apenas no primeiro quadrante são observados alguns desvios face à idealidade. Em termos gerais, tal como para os restantes hospitais, a maioria dos GDH de internamento do Hospital de Santa Marta encontra-se insuficientemente financiada e, quando verificada a relação preço vs. custo, a situação dos GDH de custo superior ao financiamento está mais afastada da relação ideal que os GDH em situação de excesso de financiamento.

Quando comparamos o comportamento face aos mesmos 224 GDH podemos afirmar que apesar de na generalidade os hospitais apresentarem situações semelhantes, com excesso de custos face ao valor do financiamento, destacam os seguintes aspectos:

- Os Hospitais de Aveiro e Faro, grupo de financiamento 4 e 2 respectivamente, apresentam características semelhantes: 65% a 70% dos GDH com financiamento incompleto, sendo estes na sua maioria GDH com mais de 5 doentes equivalentes, e

com maior afastamento face a idealidade principalmente nos GDH de menor peso relativo.

- Os Hospitais de Santo António e Santa Marta, grupo de financiamento 2 e 1 respectivamente, mais de 85% dos GDH com sobrecustos e, na relação preço vs. Custo, maior afastamento face à idealidade nos GDH de maior peso relativo.

### 6.1.2.3 Preços fixados vs. Custos verificados dos 25 GDH de Internamento mais caros

Na Figura 6.10 é feita a comparação entre hospitais, dos custos observados versus preços fixados para os 25 GDH de internamento, de entre os 224 comuns, com custo total mais elevado.

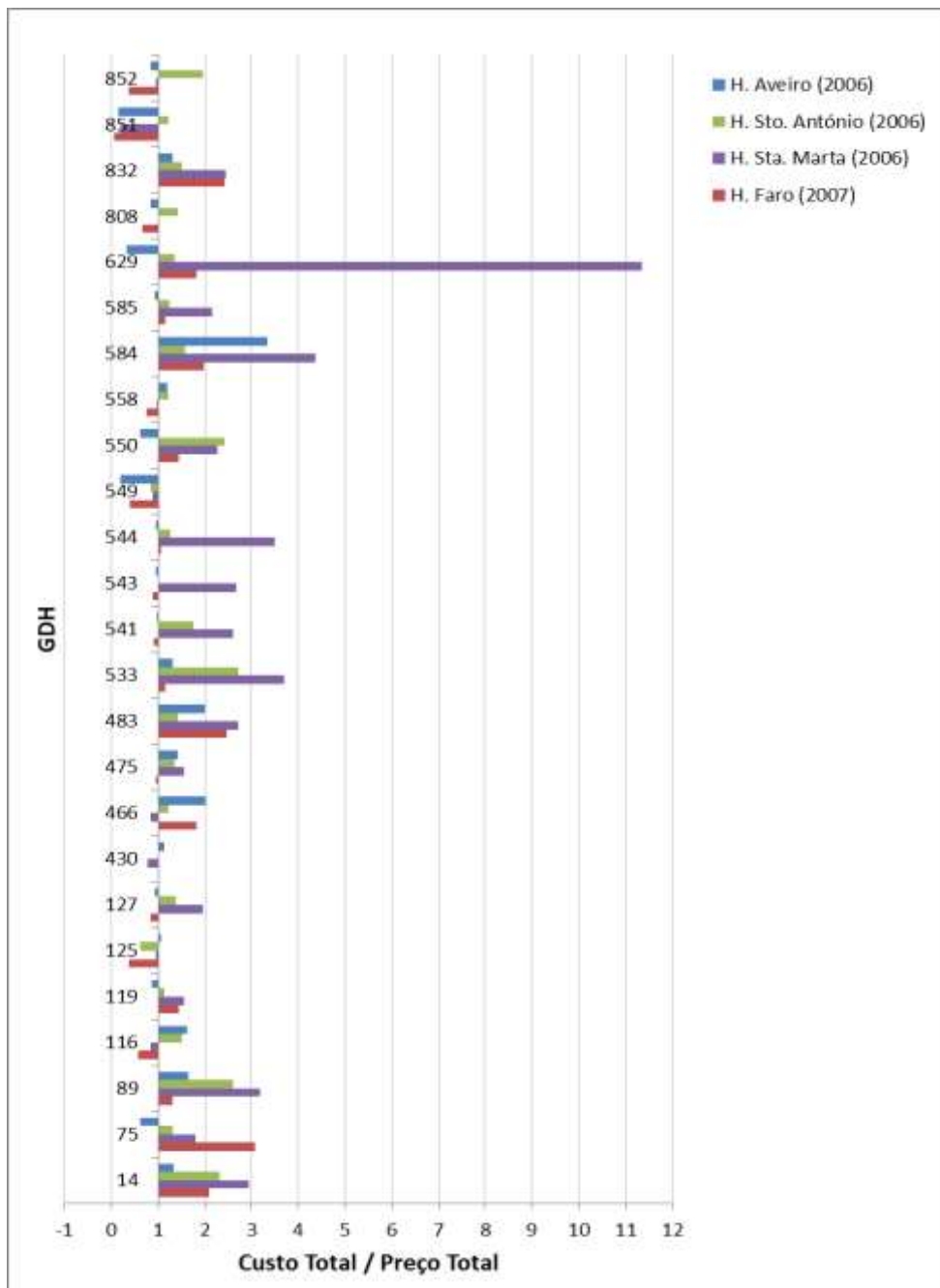


Figura 6.10. Comparação entre Hospitais da relação Custo/Preço dos 25 GDH com custo total mais elevado

Os GDH em situação de custos superiores ao valor de financiamento são os GDH cuja relação Custo total/Preço total é superior a 1, isto é, custo superior ao preço. Caso contrário, Custos total/ Preço Total inferior a 1, preço superior aos custo unitário, em cada GDH.

Para maioria dos GDH a relação custo vs. preço não é consensual, sendo nuns hospitais os preços inferiores aos custos e noutros os custos inferiores aos preços. No entanto, dos 25 GDH verificou-se que 6 apresentam custos superiores ao financiamento em todos os Hospitais em estudo. Os seis GDH estão descritos na Tabela 6.9. Verificou-se que em apenas um, dos 25 GDH em estudo, apresentava custos inferiores aos preços nestes quatro hospitais, o GDH 549 - Procedimentos cardiovasculares major, com CC major sobrestimado.

**Tabela 6.9. GDH com custos superiores ao financiamento nos 4 hospitais em estudo**

GDH	Designação
14	Acidente vascular cerebral com enfarte
89	Pneumonia e pleurisia simples, idade > 17 anos, com CC
483	Oxigenação por membrana extracorporal, traqueostomia com ventilação mecânica >96h ou traqueostomia com outro diagnóstico principal, excepto da face, boca ou pescoço
533	Outros transtornos do sistema nervoso, excepto acidente isquémico transitório, convulsões e cefaleias, com CC major
584	Septicemia, com CC major
832	Isquémia transitória

#### **6.1.2.4 Preços fixados vs. Custos verificados: o caso particular da radioterapia**

O inquérito realizado aos hospitais do SNS incluiu uma questão sobre a produção e custos unitários médios da radioterapia (ambulatório). Foi solicitado aos hospitais que identificassem a percentagem de sessões de radioterapia do ambulatório produzidas no próprio hospital e as subcontratadas as outras entidades públicas ou privadas, bem como os respectivos custos unitários. Responderam a esta questão os 12 hospitais (21%) identificados na tabela seguinte. O CH de Trás-os-Montes e Alto Douro é a única unidade que realiza a totalidade das sessões de radioterapia nas suas instalações. Seis hospitais desta amostra subcontratam a totalidade das sessões de radioterapia ao sector privado. No ano de 2009 os IPO e os Hospitais da Universidade de Coimbra utilizaram maioritariamente a radioterapia com produção própria e quantidades variáveis de subcontratação ao sector privado, mais expressiva no caso do IPO de Lisboa EPE (23%). No hospital do Espírito Santo (EPE) em Évora a subcontratação de radioterapia ao sector privado (56,4%) superou a produção própria (43,6%).

O valor do financiamento público por sessão de radioterapia está identificado na coluna "Preço" da Tabela 6.10. Este valor depende do grupo de financiamento em que os hospitais estão classificados. Assim sendo, nos hospitais dos grupos 1 e 2 cada sessão de radioterapia é financiada pelo valor de 256,40€, nos hospitais do grupo 3 e 4 os valores são respectivamente 197,05€ e 207,25€. Como se pode verificar, a maioria dos hospitais da amostra reporta custos unitários de produção ou subcontratação (sector privado) inferiores ao valor unitário do financiamento. Exceptuam-se o hospital do Espírito Santo (EPE) em Évora e o Centro Hospitalar

## Análise e Avaliação do Sistema de Pagamentos e de Formação dos Preços Pagos aos Hospitais do Serviço Nacional de Saúde

do Médio Ave (EPE) em Santo Tirso. Segundo os Hospitais da Universidade de Coimbra as sessões de radioterapia realizadas no sector privado dizem respeito a procedimentos específicos que não são realizados na instituição por falta de equipamento adequado. Ainda segundo os HUC estes procedimentos não são comparáveis com as sessões de radioterapia de produção interna.

**Tabela 6.10. Preços de financiamento e custos unitários das sessões de radioterapia de ambulatório, realizadas no sector público e privado (2009)**

Designação do hospital	Preço	Realização no hospital		Realização no sector privado	
		(%)	Custo Unitário	(%)	Custo Unitário
Hospital do Espírito Santo de Évora, EPE	256,40 €	43,6	264,75 €	56,4	264,75 €
Centro Hospitalar do Médio Ave, EPE - Santo Tirso	207,25 €			100,0	337,15 €
CH de Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE - Vila Real	256,40 €	100,0	102,81 €		--
Hospital Distrital de Faro, EPE	256,40 €			100,0	147,18 €
Hospital de São Sebastião, EPE - Sta Maria da Feira	207,25 €			100,0	92,54 €
Hospitais da Universidade de Coimbra, EPE	256,40 €	99,2	111,61 €	0,8	1 405,60 €
Instituto Port. de Oncologia F. Gentil, EPE - Coimbra	256,40 €	93,4	126,93 €	6,6	110,24 €
Instituto Port. de Oncologia F. Gentil, EPE - Lisboa	256,40 €	77,0	112,34 €	23,0	203,18 €
Instituto Port. de Oncologia F. Gentil, EPE - Porto	256,40 €	84,7	103,73 €	15,3	110,94 €
Maternidade Dr. Alfredo da Costa - Lisboa	256,40 €			100,0	90,83 €
Hospital do Barlavento Algarvio, EPE	207,25 €			100,0	129,51 €
Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, EPE	207,25 €			100,0	118,65 €

No CH de Trás-os-Montes e Alto Douro e no IPO do Porto o valor do financiamento supera em cerca de 2,5 vezes o valor do custo médio da produção, por sessão de radioterapia produzida nas instituições. No ano de 2009, o hospital de São Sebastião (92,54€) e a maternidade Dr. Alfredo da Costa (90,83€) subcontrataram as sessões de radioterapia ao sector privada, a um custo unitário inferior ao menor dos custos de produção (102,81€) no sector público. Na generalidade, esta amostra de hospitais estava sobre-financiada para a realização de radioterapia no ano de 2009. O valor global do sobre-financiamento é difícil de apurar dado que não é conhecida a produção contratada para esta actividade em particular, nem a produção marginal realizada pelos hospitais em 2009.

## 7 Agrupador AP-DRG 21.0 – análise e avaliação da informação que suportou a escolha do agrupador

### Eficiência económica

Conclusões	<p>A mudança do agrupador HCFA 16.0 para o agrupador AP-DRG 21.0 foi suportada por um estudo em que foi estimado o impacto decorrente de uma eventual mudança do agrupador HCFA 16.0 para o agrupador AP-DRG 18.0. O estudo assentou numa amostra de dimensão muito significativa (82 hospitais da rede hospitalar do SNS e 2 hospitais de gestão privada).</p>
	<p>As análises realizadas assentaram, essencialmente, na comparação dos dois agrupadores com base nos tempos de internamento. A atenção focou-se sobretudo na avaliação do ganho, em termos de homogeneidade, das GCD resultante de uma eventual passagem do agrupador HCFA 16.0 para o agrupador AP-DRG 18.0. Considera-se que os resultados decorrentes do estudo foram subaproveitados e insuficientemente analisados na maioria dos casos. As conclusões apresentadas assentaram meramente na observação dos valores, sem suporte gráfico nem realização de inferências estatísticas sobre os resultados, prática que se entende necessária para suportar as afirmações e conclusões, nomeadamente a significância das diferenças encontradas ao se considerarem os dois agrupadores.</p>
	<p>No estudo do impacto sobre o financiamento, para o cálculo do ICM para cada hospital, foram utilizados os pesos relativos então a vigorar em Espanha por serem inexistentes os pesos nacionais para o AP-DRG 18.0.</p>
	<p>O estudo concluiu que a mudança de agrupador não acarretaria alteração significativa no montante global de financiamento. No entanto, para algumas unidades hospitalares, tal alteração resultaria em diferenças significativas no financiamento.</p>
	<p>Os dados existentes não permitiram avaliar se a diferente distribuição do financiamento resultaria numa realidade mais rigorosa e adequada.</p> <p>Todos os resultados assentaram no pressuposto da semelhança entre a realidade portuguesa e espanhola.</p>
	<p>A semelhança entre os agrupadores AP-DRG 18.0 e 21.0 terá estado na base da decisão de apoiar a escolha do agrupador AP-DRG 21.0 em substituição do agrupador HCFA 16.0 sem, aparentemente, ter sido realizado um estudo comparativo destes últimos.</p>
Recomendações	<p>Recomenda-se o uso das representações gráficas e das estatísticas apresentadas neste relatório, incluindo a realização de testes estatísticos para validar as hipóteses de que, por exemplo, a redução na variabilidade dos tempos de internamento por GDH decorrente da adopção do novo agrupador é significativa, ou que, ao nível dos hospitais, existe uma diferença significativa no montante esperado de financiamento.</p>

### 7.1 Introdução

Em 31 de Maio de 2004, por despacho do Ministério da Saúde, foi autorizada a mudança do agrupador HCFA 16.0 para o agrupador AP-DRG 18.0, na sequência da realização de um estudo comparativo dos dois agrupadores. Não se tendo operado em tempo útil a referida mudança e

tendo passado a estar disponível uma versão mais recente do agrupador AP-DRG - a versão 21.0 – serviu o referido estudo para suportar a escolha do agrupador AP-DRG 21.0 como substituto do agrupador HCFA 16.0.

A informação presente na Tabela 7.1 permite uma comparação sumária dos agrupadores.

**Tabela 7.1. Características dos agrupadores HCFA 16.0, AP-DRG 18.0 e AP-DRG 21.0**

	HCFA 16.0	AP-DRG 18.0	AP-DRG 21.0
Número de grandes categorias de diagnóstico	25	25	25
Número de GDH	511	653	669
Categoria de Diagnóstico para Trauma múltiplo	Limitado	Completa	Completa
Categoria de Diagnóstico para VIH	Limitado	Completa	Completa
Utilização de peso de recém-nascidos	Não	Completa	Completa
CC Maiores (extremas)	Não	sim	Sim
Morte utilizada na definição	Sim	Sim	Sim
Demora média utilizada na definição	Não	Só para recém-nascidos	(*)
Reavaliação de CC	Não	Limitada	
Número de subgrupos de Com Complicações (CC)	2 (com CC e sem CC)	3 (com CC, sem CC e Maior)	3 (com CC, sem CC e Maior)
Base de GDH utilizada	-	Medicare	(*)
CC sem procedimento cirúrgico reconhecido	Não	Sim	(*)
(*)Para estes campos, não foi encontrada na documentação fornecida, informação que permitisse o seu preenchimento.			

Os agrupadores AP-DRG 18.0 e AP-DRG 21.0 são de natureza semelhante, diferindo essencialmente no número de GDH considerados – 653 e 678, respectivamente – podendo ser considerados semelhantes quando comparados com o agrupador HCFA 16.0. Esta semelhança terá estado na base da decisão de apoiar a escolha do agrupador AP-DRG 21.0 em substituição do agrupador HCFA 16.0 sem, aparentemente, ter sido realizado um estudo comparativo destes últimos.

A Portaria nº 567/2006 de 12 Junho formalizou a adopção do agrupador AP-DRG 21.0, vindo assim aumentar em 158 o número de GDH considerados na classificação dos pacientes.

A presente análise tem por objectivo avaliar a metodologia e os critérios utilizados para suportar a decisão da passagem do agrupador HCFA 16.0 para o agrupador AP-DRG 18.0.

## 7.2 Descrição e análise crítica

### 7.2.1 Base de trabalho

O estudo que suportou a decisão foi realizado com informação constante da base de dados de 2002, tendo sido considerados 1.020.556 episódios correspondentes à produção de 82 hospitais da rede hospitalar do SNS e dois hospitais de gestão privada. Os episódios foram ainda, para cada agrupador, separados em episódios válidos e episódios inválidos (episódios com zero dias de internamento ou pertencentes aos GDH de erro (GDH 469/470)), excluindo-se de entre estes os que apresentaram como Destino “morto”, “transferido” ou “alta contra parecer médico” e ainda aqueles cujo diagnóstico foi “Procedimentos cirúrgicos ou outros não realizados por contra-indicação”; “Procedimentos cirúrgicos ou outros não realizados por decisão do doente”; “Procedimentos não realizados por outras razões”. No estudo foram consideradas as duas produções – com e sem os episódios inválidos.

### 7.2.2 Metodologia

#### 7.2.2.1 Número de procedimentos e diagnósticos

A abordagem inicial adoptada para comparação dos agrupadores consistiu nos pontos que a seguir se enumeram:

- Análise do número médio de procedimentos e diagnósticos por episódio de internamento registado por hospital;
- Mapeamento dos episódios nos dois agrupadores;
- Identificação dos GDH de baixo volume dos dois agrupadores.

O número médio de procedimentos e diagnósticos foi calculado para cada um dos hospitais, transversalmente aos GDH, não havendo, portanto, informação sobre o número médio de procedimentos e diagnósticos por episódio de internamento, GDH e hospital. Tendo os hospitais eventuais diferentes valências e capacidade, a comparação dos hospitais usando esta medida não é adequada. Além do mais, tal informação não foi utilizada para a comparação dos agrupadores. Seria mais interessante calcular o número médio de procedimentos e diagnósticos por episódio de internamento, GDH e hospital para cada um dos agrupadores. Considerando-se os diferentes GDH, e para cada agrupador, faria sentido calcular o número médio de procedimentos e diagnósticos por GDH segundo os agrupadores HCFA 16.0 e AP-DRG 18.0, bem como o coeficiente de variação para cada GDH. Dado o diferente número de GDH, estes dados não constituem amostras emparelhadas nem independentes pelo que apenas podem ser comparadas graficamente. Uma representação em *boxplot* paralelos dos valores do coeficiente de variação obtidos para cada agrupador permitiria obter uma percepção da (esperada) redução da variabilidade ao se considerar o agrupador AP-DRG 18.0 em vez do agrupador HCFA 16.0. No relatório em estudo foram apenas apresentadas as médias por hospital, embora seja referida a importância dos diagnósticos principais e secundários e dos procedimentos, bem como do sexo, idade, destino após a alta e o peso à nascença (para o agrupador AP) no registo dos GDH (vide anexo I do referido relatório).

Ainda no mesmo anexo são apresentados os 25 GDH mais frequentes segundo cada um dos agrupadores estando salientadas as diferenças apenas pela introdução de cores diferentes na



tabela apresentada. Para uma comparação mais efectiva e quantificada, sugerimos, para além da apresentação descritiva, o cálculo do coeficiente de correlação ordinal de Spearman quando considerados os 25 GDH mais frequentes segundo o agrupador HCFA 16.0 e quando considerados os 25 GDH mais frequentes segundo o agrupador AP-DRG 21.0. No relatório também não está apresentada a justificação para escolha do número de GDH aqui presentes (25) nem a forma de selecção (número de episódios). Uma alternativa poderia ser seleccionar os GDH mais frequentes até que se encontrasse coberta uma percentagem prefixada de episódios ou utilizar como critério de selecção o custo associado aos GDH, fixando-se o número a analisar ou a quota da despesa de financiamento a cobrir.

Relativamente ao mapeamento, foi verificada a forma como os GDH presentes no HCFA 16.0 se distribuem pelos GDH presentes no AP-DRG 18.0 e a forma como se distribuem os episódios de GDH resultantes da aplicação do AP-DRG 18.0 tendo em conta os GDH do HCFA 16.0 que lhes deram origem. Os resultados apresentados são descritivos. Dos resultados relativos à globalidade dos dados, constam a distribuição dos GDH por percentagem de coincidência na atribuição dos episódios. Representações gráficas teriam ajudado na percepção dos valores. Seguiu-se uma análise descritiva da distribuição de alguns dos 25 GDH mais frequentes segundo o novo agrupador tendo em atenção a GDH de origem no agrupador HCFA 16.0.

No que se refere aos GDH de baixo volume, foram considerados como tais os GDH com menos de 30 ou menos de 100 episódios registados de acordo com cada um dos agrupadores. Os resultados apresentados resumem-se à contagem do número de casos (e correspondentes valores em percentagens do número total de episódios) para cada um dos agrupadores considerando os dados com e sem os episódios inválidos. A respeito desta análise discutimos os vários aspectos da definição dos limiares 30 e 100 e da comparação dos resultados incluindo e excluindo episódios inválidos e apresentamos propostas alternativas de estabelecimento dos limiares e de análise dos resultados.

Para o estabelecimento dos limiares, sugerimos o estudo da distribuição do número de registos dos GDH segundo cada agrupador, definindo-se os limiares de muito baixo volume (correspondente ao inferior a 30 no estudo) e de baixo volume (correspondente ao inferior a 100) com base em quantis da distribuição do número de registos por GDH. Uma vez que os agrupadores contemplam um número diferente de GDH, não se podem comparar as distribuições obtidas com cada um dos agrupadores com recurso a testes estatísticos. No entanto, tal é possível para cada agrupador, considerando-se a distribuição em percentagem do número total de casos considerados para os casos em que os episódios inválidos estão incluídos e excluídos. Sugerimos a utilização dos testes de homogeneidade do Qui-quadrado ou de Kolmogorov-Smirnov para duas amostras, para que se possa concluir com suporte estatístico se a diferença entre os resultados incluindo e excluindo os episódios inválidos é ou não efectivamente semelhante.

#### **7.2.2.2 *Tempo de internamento***

O tempo de internamento é a variável mais determinante na escolha do agrupador uma vez que o custo dos internamentos está directamente associado com o tempo médio de permanência para cada GDH. Assim, é importante que as categorias do agrupador sejam tais

que a variabilidade desta característica seja a menor possível, ou seja, os GDH considerados deverão ser o mais possível homogéneos relativamente ao tempo de internamento.

A metodologia adoptada no estudo aqui em análise consistiu nos seguintes pontos:

- Limpeza dos dados;
- Cálculo do coeficiente de variação;
- Cálculo do coeficiente de determinação múltipla –  $R^2$ .

A limpeza dos dados consistiu na exclusão da análise de episódios de internamento que apresentassem valores extremos. A justificação para tal acção prendeu-se com a necessidade de obter uma estatística mais robusta e com o argumento de que os valores extremos são os que mais se desviam dos valores previstos pelo agrupador. Os valores extremos excluídos foram os casos considerados *outliers*, sendo mantidos os casos não extremos – *inliers*. Os métodos escolhidos para a limpeza dos dados foram o Método do Inter-Quartil e o Método de Eliminação de Extremos, os quais foram descritos. A respeito da escolha do método a usar em cada caso, foi afirmado que “para o cálculo de cada indicador estatístico será utilizado o método de limpeza mais adequado”, sem que, no entanto, fosse enunciado o critério subjacente a tal escolha.

A limpeza dos dados foi feita dentro de cada GDH e para cada agrupador. Crê-se que este procedimento implica uma diminuição considerável tanto do valor da média como do desvio padrão amostral uma vez que são eliminados os episódios extremos, sendo esta redução tanto maior quanto maior for o número de episódios excluídos. No relatório em análise não são apresentados os valores da média nem do desvio padrão dos dados antes da limpeza, pelo que não é possível avaliar o impacto desta medida, nomeadamente através da comparação, para cada agrupador, do coeficiente de variação antes e depois de efectuada a limpeza dos dados. A significância desta variação poderia ser testada estatisticamente utilizando-se um teste para amostras emparelhadas – teste t para dados emparelhados no caso de validade do modelo normal para as diferenças ou o teste de Wilcoxon, que é a correspondente não paramétrica do referido teste t.

Questiona-se ainda o interesse em se proceder à limpeza dos dados quando o objectivo é avaliar a redução da heterogeneidade dos grupos ao adoptar-se o novo agrupador. Note-se que a heterogeneidade em cada grupo se manifesta, precisamente, através da presença de episódios de internamento com duração muito diferente da duração média. A eliminação desses episódios no processo de limpeza dos dados poderá resultar na produção de grupos falsamente homogéneos.

É ainda afirmado que a limpeza dos dados foi feita pelo Método do Inter-Quartil “tendo como objectivo a aproximação da distribuição de cada GDH à normal”.

Devemos salientar que a exclusão de *outliers* não altera em termos globais a forma da distribuição uma vez que apenas são eliminadas as observações extremas. Assim sendo, uma distribuição com elevada assimetria à direita (como geralmente acontece com a distribuição dos tempos de internamento) continuará a sê-lo apesar de passar a apresentar valores inferiores para a média e para a variância, a menos que a eliminação de valores extremos seja

feita de tal forma a que restem apenas os valores mais centrais da distribuição, onde geralmente existe alguma simetria. Veja-se a Figura 7.1.

De seguida são descritos e analisados os dois critérios considerados para limpeza dos dados e é apresentado um exemplo para ilustração do exposto.

- Método do Inter-Quartil – consiste na eliminação dos episódios cujo tempo de internamento se encontra abaixo do limiar de curta duração (LCD) e daqueles cujo tempo de internamento está acima do limiar de longa duração (LLD). Os limiares são calculados da seguinte forma:

$$\text{LCD} = \text{Q1} - b(\text{Q3} - \text{Q1})$$

e

$$\text{LLD} = \text{Q3} + a(\text{Q3} - \text{Q1}),$$

onde Q1 e Q3 são o primeiro e o terceiro quartis, respectivamente. Relativamente aos coeficientes a e b, no relatório em análise é afirmado que se trata de constantes escolhidas pelo utilizador tendo sido considerados os valores a=2.5 e b=0.5. Não foi apresentada qualquer justificação para a escolha dos valores considerados para estas constantes.

- Método de Eliminação de Extremos – consiste na eliminação de percentagens prefixadas de observações extremas. No caso em análise estas percentagens foram de 0,5% e 1%, respectivamente, para os valores mais baixos e para os valores mais elevados.

No que se refere à percentagem de *outliers* encontrados segundo os dois métodos, para cada um dos agrupadores, incluindo e excluindo os episódios inválidos, foram obtidos os seguintes resultados:

Percentagem e número de <i>outliers</i> – Método do Inter-Quartil (MIQ) Método de Eliminação de Extremos (MEE) *		
	HCFA 16.0	AP-DRG 21.0
Incluindo episódios inválidos	MIQ: 5.14% MEE: 15 319	MIQ: 4.98% MEE: 15 291
Excluindo episódios inválidos	MIQ: 5.22% MEE: 14 307	MIQ: 5.04% MEE: 14 245

(\*) 0,5% de valores inferiores e 1% de valores superiores

Não foram apresentadas no relatório as percentagens de *outliers* por GDH para cada agrupador. Consideramos que esta seria uma informação relevante pois importa conhecer não só quais os GDH com maior percentagem de *outliers*, como avaliar a existência ou não de redução destas percentagens ao se considerarem os dois agrupadores. Teria sido interessante que, ao fazer o mapeamento, se tivesse introduzido também a informação relativa à percentagem de *outliers*.

A aplicação destes métodos é ilustrada no exemplo seguinte. Os dados referem-se ao tempo de internamento (em dias) correspondentes a episódios classificados no GDH 818 (Substituição da anca, excepto por complicações).

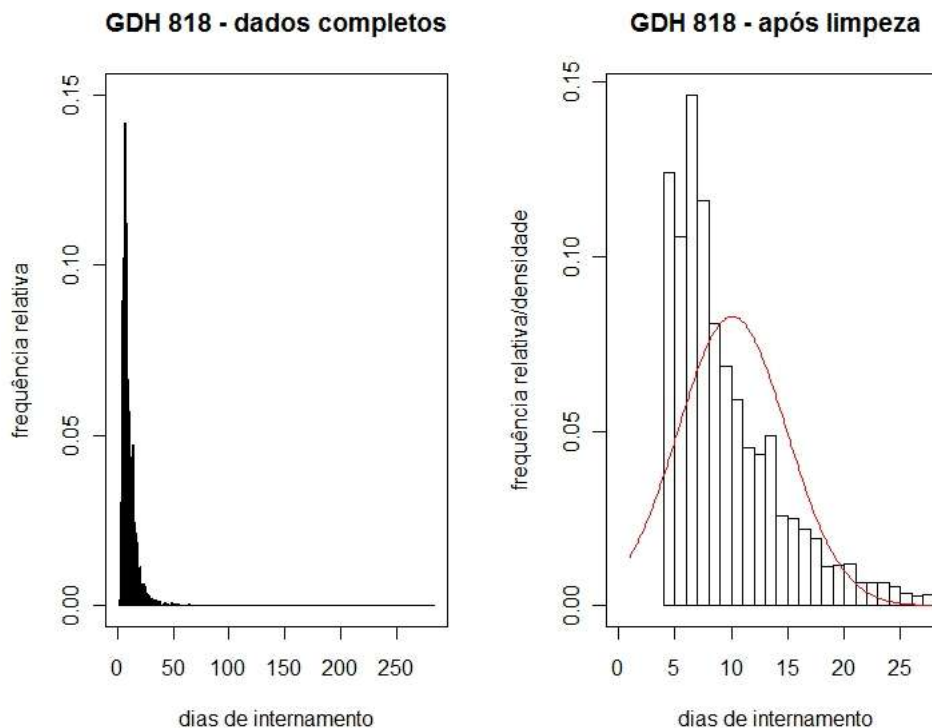


Figura 7.1. Histogramas da duração dos internamentos antes e depois da eliminação dos *outliers* através do Método do Inter-Quartil

	Dados completos	Após limpeza (MIQ)
Média	10.92	10.09
Desvio padrão	8.16	4.82
Coefficiente de variação	74.74%	47.74%

**Impacto dos valores a e b do Método do Inter-Quartil na percentagem de valores considerados *outliers*:**

Neste ponto, avaliamos a percentagem esperada de *outliers* admitindo-se para os tempos de internamento as distribuições normal e lognormal. Dado que

$$LCD=Q1-b(Q3-Q1) \text{ e } LLD=Q3+a(Q3-Q1),$$

calculamos, para aquelas distribuições, a probabilidade de ser observado um valor abaixo de LCD ou acima de LLD.

Se se admitir que a distribuição subjacente aos dados é normal de valor médio  $\mu$  e desvio padrão  $\sigma$ , então

$$Q_1 = \mu - z_{0.75}\sigma = \mu - 0.675\sigma$$

e

$$Q_3 = \mu + z_{0.75}\sigma = \mu + 0.675\sigma,$$

onde  $z_{0.75}$  é o quantil de probabilidade 0,75 da distribuição normal padrão, pelo que

$$Q_3 - Q_1 = 2\sigma z_{0.75} = 1.35\sigma.$$

Se tomarmos  $b=0.5$  e  $a=2.5$ ,

$$LCD = \mu - 1.35\sigma \text{ e } LLD = \mu + 4.05\sigma,$$

donde resulta

$$P(\text{tempo de internamento} < LCD) = 0.16$$

e

$$P(\text{tempo de internamento} > LLD) = 0.$$

Na realidade, os tempos de internamento têm distribuições com assimetria positiva, pelo que casos como o acima previsto não ocorrem. Na realidade, a escolha desequilibrada dos valores de  $a$  e  $b$ , com  $a$  superior a  $b$ , prende-se, efectivamente, com a intenção de excluir percentagens moderadas em ambas as caudas da distribuição tendo em conta que a cauda direita é muito mais longa que a esquerda. Uma transformação usual para simetrizar dados com assimetria à direita consiste em tomar o seu logaritmo. Quando os dados transformados apresentam uma distribuição simétrica, com aspecto normal, é natural que se considere para os dados originais (não transformados) o pressuposto de seguirem uma distribuição lognormal.

Se se admitir que a distribuição subjacente aos dados é lognormal, isto é, que o logaritmo de base natural dos dados segue uma distribuição normal,

$$Q_1 = \exp(\mu - z_{0.75}\sigma) = \exp(\mu - 0.675\sigma)$$

e

$$Q_3 = \exp(\mu + z_{0.75}\sigma) = \exp(\mu + 0.675\sigma)$$

donde

$$Q_3 - Q_1 = \exp(\mu + 0.675\sigma) - \exp(\mu - 0.675\sigma)$$

e, consequentemente,

$$\begin{aligned} LCD &= Q_1 - 0.5(Q_3 - Q_1) = 1.5Q_1 - 0.5Q_3 \\ &= 1.5 \exp(\mu - 0.675\sigma) - 0.5 \exp(\mu + 0.675\sigma) \end{aligned}$$

e

$$LLD = Q_3 + 2.5(Q_3 - Q_1) = 3.5Q_3 - 2.5Q_1 \\ = 3.5 \exp(\mu + 0.675\sigma) - 2.5 \exp(\mu - 0.675\sigma).$$

As probabilidades associadas às caudas, cuja soma corresponde à probabilidade de uma observação ser *outlier*, são dadas por

$$P(\text{tempo de internamento} < LCD) = \Phi\left(\frac{\ln(LCD) - \mu}{\sigma}\right)$$

e

$$P(\text{tempo de internamento} > LLD) = 1 - \Phi\left(\frac{\ln(LLD) - \mu}{\sigma}\right).$$

Neste caso, as probabilidades de cauda dependem dos parâmetros da distribuição lognormal subjacente aos dados. Para ilustrar o exposto, consideramos novamente os dados referentes ao tempo de internamento do GDH 818. Em primeiro lugar, admitimos o modelo normal para os tempos de internamento. Com este pressuposto, calculamos os limiares de curta e longa duração, contabilizamos a percentagem de *outliers* e comparamos este valor com o esperado. De seguida, assumimos que o modelo lognormal é o mais adequado para descrever os tempos de internamento. O primeiro passo consiste em estimar os parâmetros  $\mu$  e  $\sigma$ , o que pode ser feito, por exemplo, recorrendo ao método dos momentos:

$$\mu^* = 2 \ln m_1 - 0.5 \ln m_2$$

e

$$\sigma^* = \sqrt{\ln m_2 - 2 \ln m_1},$$

onde  $m_1$  e  $m_2$  são, respectivamente, o primeiro e o segundo momento empírico. Estes valores foram utilizados para calcular as probabilidades de cauda (percentagem esperada de *outliers*) e estes valores foram comparados com as percentagens de *outliers* obtidas por aplicação do Método do Inter-Quartil.

Os resultados obtidos encontram-se na tabela seguinte:

Método Inter-Quartil – resultados obtidos	
LCD=4	Proporção de <i>outliers</i> na cauda esquerda = 0,007 (0.7%)
LLD=28	Proporção de <i>outliers</i> na cauda direita = 0,027 (2.7%)
Resultados esperados sob a validade do modelo normal	
Proporção de <i>outliers</i> na cauda esquerda = 0,16 (16%)	
Proporção de <i>outliers</i> na cauda direita = 0 (0%)	
Resultados esperados sob a validade do modelo lognormal	
Proporção de <i>outliers</i> na cauda esquerda = 0,01 (1%)	
Proporção de <i>outliers</i> na cauda direita = 0,05 (5%)	

Os resultados apontam no sentido de a distribuição subjacente aos dados ser menos assimétrica do que a distribuição lognormal tendo a utilização do Método do Inter-Quartil resultado na exclusão de 3,4% das observações mais extremas, quase todas na cauda direita.

### **Coefficiente de determinação múltipla**

Outra medida estatística usada na avaliação das diferenças existentes entre os agrupadores foi o coeficiente de determinação múltipla,  $R^2$ . Este coeficiente mede a proporção de redução na variação total conseguida por via de adopção de um agrupamento. A fórmula apresentada no relatório em análise não está suficientemente explícita, tendo sido usada notação de rigor insuficiente. Foi apresentada a fórmula

$$R^2 = \frac{\sum_i (y_i - A)^2 - \sum_i (y_i - A_g)^2}{\sum_i (y_i - A)^2}$$

onde

- $y_i$  representa o tempo de internamento para o  $i$ -ésimo episódio de internamento
- $A$  representa a média total dos tempos de internamento
- $A_g$  representa a média dos tempos de internamento no  $g$ -ésimo GDH.

Ao que se acrescentou que “O quadrado da diferença entre o valor actual (ie.,  $y_i$ ) e o valor que se previu (ie.,  $A$  ou  $A_g$ ) é uma medida de variação dos dados. O termo  $\sum_i (y_i - A)^2$  é a quantidade de variação antes de dividirmos os episódios de internamento em GDH e o termo  $\sum_i (y_i - A_g)^2$  é a quantidade de variação depois de os dividirmos em GDH. A diferença entre os dois termos representa a redução da variação resultante da subdivisão dos episódios de internamento em GDH.  $R^2$  é o quociente entre a redução da variação e a variação antes da divisão.”.

Esta fórmula, tal como apresentada e explicada não só não tem utilidade para a comparação dos agrupadores, pois permite apenas apurar a diferença entre a não existência de qualquer agrupamento vs a implementação de um GDH, como não corresponde à descrição dela apresentada.

Ainda no relatório em análise, apesar de a fórmula fazer referência à utilização de cada GDH isoladamente, é afirmado que  $R^2$  foi calculado para cada Grande Categoria de Diagnóstico (GCD), considerando-se, dentro de cada uma, a divisão em GDH procedente da aplicação de cada um dos agrupadores. Esta ideia faz sentido pois permite, para cada GCD aferir a redução na variabilidade dos tempos de internamento obtida considerando-se os doentes divididos por GDH vs considerarem-se os doentes num só grupo (não subdividido)- a GCD. Para tal cálculo, a fórmula a aplicar é a que se indica a seguir:

$$R_C^2 = \frac{\sum_{i=1}^{k_c} n_i (\bar{y}_i - \bar{y}_c)^2}{\sum_{i=1}^{k_c} \sum_{j=1}^{n_i} (y_{ij} - \bar{y}_c)^2}$$

onde

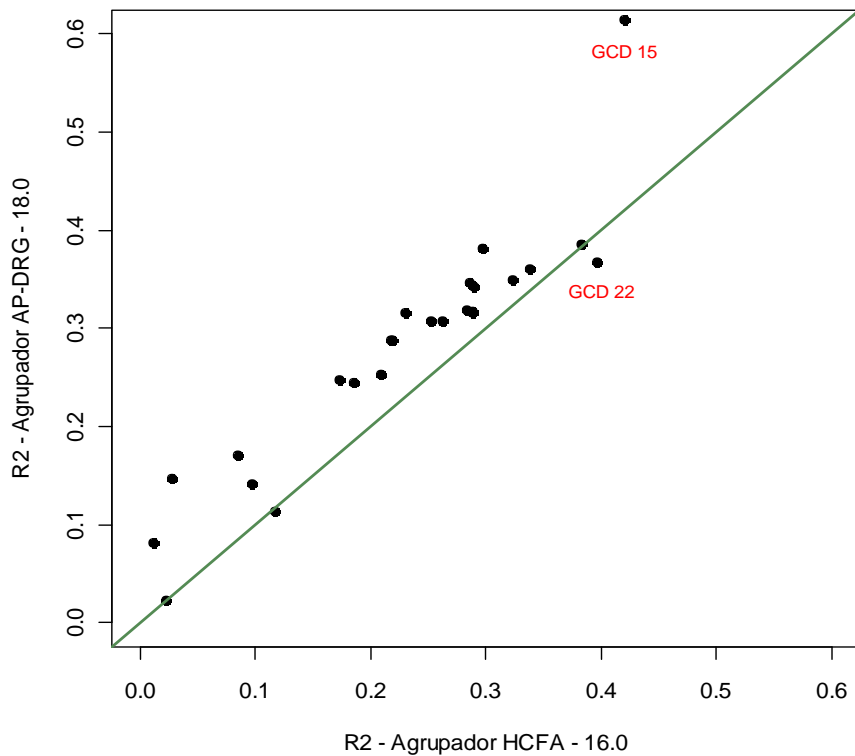
- $k_C$  representa o número de GDH presentes na  $GCD_C$ , sendo consideradas as 25 GCD (ie.,  $C=1, \dots, 25$ );
- $y_{ij}$  é o tempo de internamento do j-ésimo episódio de internamento do i-ésimo GDH;
- $\bar{y}_i$  é a média dos tempos de internamento do i-ésimo GDH;
- $\bar{y}_C$  é a média global dos tempos de internamento de todos os episódios pertencentes à  $GCD_C$ .
- $n_i$  é o número de episódios classificados no i-ésimo GDH da GCD a ser considerada.

Esta fórmula, calculada para cada uma das 25 GCD, representa a redução na variabilidade (desvio em relação à média de cada grupo) dos tempos de internamento resultante de, considerando-se cada um dos agrupadores, se considerarem os episódios de internamento agrupados por GDH vs considerarem-se todos os episódios num só grupo – a GCD. Dadas as discrepâncias encontradas entre a fórmula e o discurso (que conduz à fórmula de  $R^2_C$  agora apresentada), não existe garantia de que os valores de  $R^2$  apresentados no relatório em análise correspondam efectivamente ao descrito, ou seja, que correspondam efectivamente aos valores de  $R^2_C$  conforme a fórmula corrigida apresentada neste relatório.

Relativamente aos valores obtidos, os autores limitaram-se à apresentação de valores de  $R^2$  obtidos para as 25 GCD considerando cada um dos agrupadores – HCFA 16.0 e AP-DRG 18.0. Os valores sistematicamente superiores de  $R^2$  obtidos com o agrupador AP-DRG 18.0 levaram a concluir que este agrupador apresenta vantagem relativamente ao HCFA 16.0. A este respeito, note-se que apesar das diferenças  $R^2(\text{AP-DRG 18.0}) - R^2(\text{HCFA 16.0})$  serem todas positivas, é necessário analisar os seus valores de forma a se poder afirmar com segurança que as diferenças encontradas são estatisticamente significativas, ou seja, que não são negligenciáveis.

Antes da realização dos testes de hipóteses foi efectuada uma análise descritiva dos valores de  $R^2$  obtidos segundo os dois agrupadores.





**Figura 7.2. Representação dos pares de valores de  $R^2$  obtidos segundo os dois agrupadores para as 25 GCD**

A Figura 7.2. revela de forma clara que o agrupador AP-DRG 18.0 conduz a valores superiores de  $R^2$  em todas as GCD, com exceção para a GCD 22 (Queimaduras). Destaca-se o caso da GCD 15 (Recém-nascidos e Lactentes com Afecções no Período Perinatal), em que a redução na variabilidade conseguida ao adoptar-se o AP-DRG 18.0 é a maior – cerca de 60% contra cerca de 40% conseguida com o agrupador HCFA 16.0. Para isto, terá contribuído o facto do novo agrupador (AP-DRG 18.0) incluir para esta GCD mais 34 GDH do que o agrupador HCFA 16.0.

Os valores de  $R^2$  para cada um dos agrupadores bem como a diferença entre estes valores obtidos para os agrupadores AP-DRG 18.0 e HCFA 16.0 podem ser observados nas Figuras 7.3 e 7.4, constatando-se a geral superioridade dos valores obtidos com o agrupador AP-DRG 18.0.

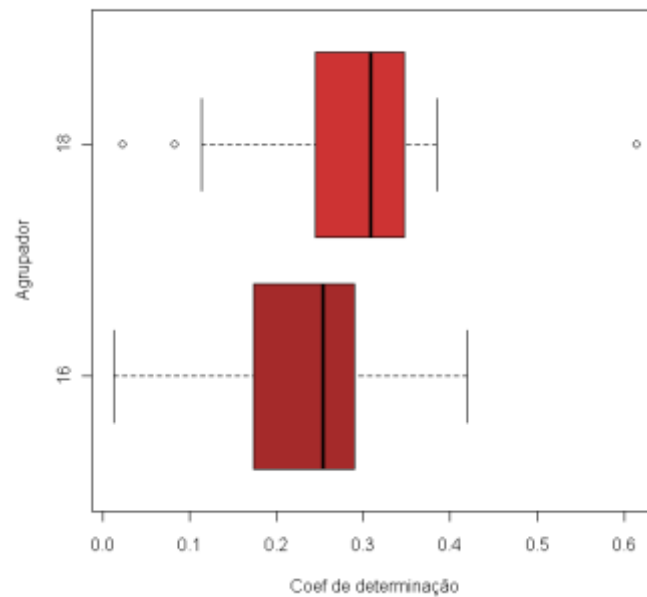


Figura 7.3. *Boxplot* dos valores de  $R^2$  obtidos para as 25 GCD considerando-se os agrupadores HCFA 16.0 e AP-DRG 18.0

Apesar dos valores de  $R^2$  obtidos considerando-se o agrupador AP-DRG 18.0 serem menos dispersos, a colecção de valores das diferenças apresenta um aspecto bastante simétrico, se não for considerado o valor correspondente à GCD 15.

Os valores de  $R^2$  calculados considerando-se os dois agrupadores constituem uma amostra de 25 pares pelo que devem ser utilizados testes estatísticos para amostras emparelhadas – teste t no caso de se verificar a normalidade das diferenças ou o teste não paramétrico de Wilcoxon.

As hipóteses em teste são

$H_0$ : não há diferenças significativas entre os valores de  $R^2$  obtidos pelos dois agrupadores

vs.

$H_1$ : os valores de  $R^2$  obtidos com o agrupador AP-DRG 18.0 são significativamente superiores aos obtidos usando o agrupador HCFA – 16.0.

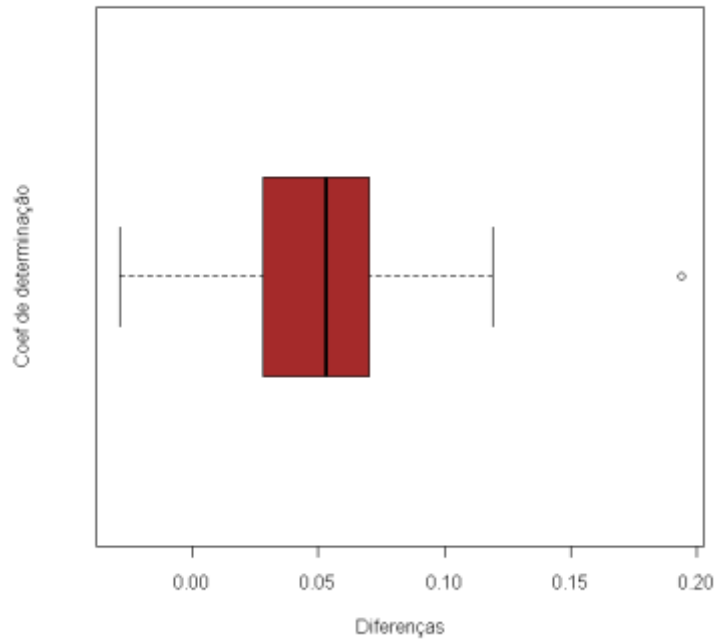


Figura 7.4. *Boxplot* das diferenças dos valores de  $R^2$  obtidos para as 25 GCD considerando-se os agrupadores HCFA 16.0 e AP-DRG 18.0

A normalidade dos valores de  $R^2$  e da sua diferença foi avaliada graficamente através de gráficos Q-Q, onde são representados quantis teóricos vs quantis empíricos. O grau coincidência destes pontos com a recta apresentada no gráfico é indicador da adequabilidade do modelo aos dados. Na Figura 7.5 podem observar-se estes gráficos para os valores de  $R^2$  e segundo cada agrupador e para as diferenças dos valores de  $R^2$ .

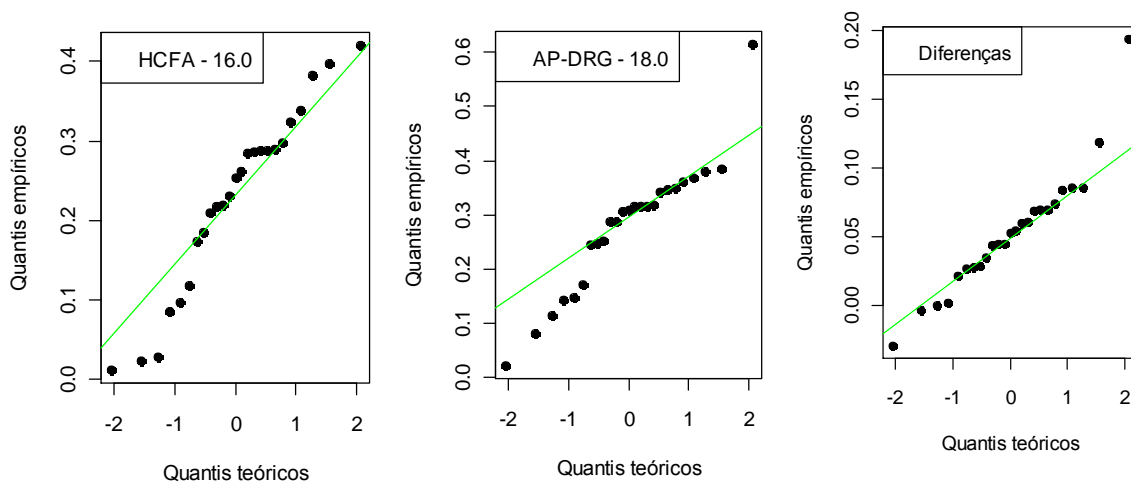


Figura 7.5. Gráficos Q-Q para os valores de  $R^2$  e segundo cada agrupador e para as diferenças dos valores de  $R^2$

Os gráficos revelam um afastamento considerável da normalidade dos valores de  $R^2$  obtidos para as GCD segundo ambos os agrupadores. No entanto, as diferenças entre os valores de  $R^2$  apresentam um comportamento mais consentâneo com o pressuposto de normalidade. A realização do teste de Shapiro Wilk conduziu também à não rejeição da hipótese de normalidade das diferenças (valor-p= 0,06346).

A realização dos testes t (valor-p=0.0000132 ) e de Wilcoxon (valor-p= 0,000028) conduziram à conclusão de que as diferenças são estatisticamente significativas, suportando a hipótese de que existe uma redução significativa na variabilidade dos tempos de internamento dentro das GCD quando se considera o agrupador AP-DRG 18.0 em vez do agrupador HCFA 16.0.

### 7.2.3 Impacto no financiamento

A escolha do agrupador é de elevada importância uma vez que é um instrumento fundamental para o cálculo do financiamento hospitalar, bem como para a análise da sua produção. Com o objectivo de avaliar o impacto no financiamento, foram calculados no estudo em análise, por hospital, o número de doentes equivalentes (DE) e o índice de case mix (ICM). O impacto no financiamento foi aferido através de

Doentes equivalentes x ICM x Preço em vigor em 2003 por DE por grupo de hospitais ,

considerando-se cada um dos agrupadores. Foi considerada para os cálculos a produção dos hospitais excluindo-se os GDH de Cirurgia Ambulatória bem como os zero dias inválidos. Passaremos a designar estes valores por  $F_{16}$  e  $F_{18}$  quando calculados com base nos agrupadores HCFA 16.0 e AP-DRG 18.0, respectivamente.

#### **Doentes equivalentes e Índice de Case Mix**

Após limpeza dos dados considerando-se cada um dos agrupadores, foi calculado o número de DE e o ICM. Estes valores foram apresentados em tabelas, tendo-se registado para cada uma das medidas, a variação percentual decorrente da passagem do agrupador HCFA 16.0 para o agrupador AP-DRG 18.0, encontrando-se indicadas com cores diferentes as subidas e os decréscimos (verde e vermelho, respectivamente), tendo-se verificado um decréscimo ligeiro no valor de DE : 0,26% em termos globais. Os resultados podem ser vistos no anexo VI do relatório em análise.

Aqui, tal como na análise dos resultados referentes ao coeficiente de determinação múltipla  $R^2$ , a análise deveria ter sido complementada com representações gráficas e testes de hipóteses que permitissem tirar conclusões com suporte estatístico e não meramente observacional.

Tendo-se verificado que não existia diferença significativa entre os valores de DE segundo cada um dos agrupadores, concluiu-se que a diferenças nos resultados obtidos relativamente ao financiamento deveriam ser atribuídas às diferenças nos valores do ICM decorrentes da utilização dos diferentes agrupadores.

Para o cálculo do ICM foram utilizados os pesos relativos espanhóis, uma vez que não havia informação nacional para estes valores considerando-se o agrupador AP-DRG 18.0. Os pesos espanhóis foram usados para ambos os agrupadores, tendo sido normalizados uma vez que o

ICM nacional foi diferente de 1,0 para ambos os agrupadores. Todo o estudo do impacto no financiamento foi realizado considerando-se os pesos relativos espanhóis normalizados.

Os valores de F16 e F18 foram calculados para diversos hospitais e os resultados de alguns foram analisados em detalhe (H. Joaquim Urbano, H. Curry Cabral, Maternidade Alfredo da Costa e Maternidade Júlio Dinis). Os resultados globais apontam para um decréscimo global reduzido ao se adoptar o agrupador AP-DRG 18.0 (0,03%) mas com valores muito consideráveis em alguns hospitais.

Os principais objectivos da avaliação do impacto no financiamento, decorrente da utilização dos dois agrupadores são, essencialmente, três:

- (i) perceber se, em termos globais, existe uma diferença significativa no financiamento global;
- (ii) estimar a diferença no financiamento de cada unidade hospitalar;
- (iii) avaliar se as diferenças em (ii) correspondem, na prática, a uma distribuição mais justa do financiamento.

Em todo o estudo se pressupôs a adequabilidade dos pesos relativos espanhóis à realidade portuguesa, sem que tal tivesse sido avaliado por qualquer meio como, por exemplo, a comparação dos pesos portugueses e espanhóis considerando-se o agrupador HCFA 16.0, uma vez que este agrupador estava a ser utilizado aquando da realização do estudo.

Relativamente ao ponto (i), a conclusão retirada no relatório em análise é de que não existe diferença significativa entre os montantes globais do financiamento, já que a variação percentual média foi de apenas 0,03%. Esta afirmação deveria ter sido suportada pela realização de um teste estatístico sobre o valor médio de diferenças de amostras emparelhadas.

Em termos particulares (caso (ii)), ou seja, para cada hospital, foi apurada a diferença no financiamento estimado, considerando-se um e outro agrupador. As diferenças mais significativas ocorreram nos hospitais

- com forte preponderância de valências relacionadas com o tratamento de VIH e
- maternidades;

Estas diferenças devem-se não só à grande disparidade no número de GDH entre os dois agrupadores, mas também à variação significativa (aumento no caso do VIH e redução no caso das maternidades) dos pesos relativos atribuídos.

Por avaliar, ficou a questão (iii). Para o cumprimento deste ponto seria necessário poder estabelecer-se uma comparação efectiva entre valores de financiamento estimado e custos reais de tratamento dos doentes por cada uma das unidades hospitalares, no sentido de se apurar se a adopção de uma nova versão do agrupador iria ou não contribuir para um financiamento mais justo e adequado dos hospitais.

### 7.3 Conclusões e recomendações

A mudança do agrupador HCFA 16.0 para o agrupador AP-DRG 21.0 foi suportada por um estudo realizado em 2002 em que foi estimado o impacto decorrente de uma eventual mudança do agrupador HCFA 16.0 para o agrupador AP-DRG 18.0.

Analisaram-se neste relatório os procedimentos então adoptados, no sentido de se averiguar se as metodologias seguidas foram as adequadas e de, no caso de não o terem sido, serem feitas recomendações a atender numa eventual avaliação futura.

O estudo assentou numa amostra de dimensão muito significativa e abrangente, que permitiu conferir confiança e robustez aos resultados. De uma forma geral, os procedimentos adoptados foram os adequados. Considera-se, no entanto, que os resultados daí decorrentes foram subaproveitados e insuficientemente analisados na maioria dos casos. As conclusões apresentadas assentaram meramente na observação dos valores, sem suporte gráfico nem realização de inferências estatísticas sobre os resultados, prática que se entende necessária para suportar as afirmações e conclusões, nomeadamente a significância das diferenças encontradas ao se considerarem os dois agrupadores.

Apresenta-se de seguida um quadro resumindo a análise realizada sobre os diversos aspectos da metodologia adoptada, apontando os seus pontos fracos e apresentando-se as recomendações consideradas adequadas a cada caso.

Pontos fracos	Recomendações
<b>Análise do número médio de procedimentos e diagnósticos por episódio de internamento</b>	
Foi realizado por hospital, transversalmente aos GDH. Não tem, por isso, utilidade para comparação dos agrupadores.	Analisar o coeficiente de variação número de procedimentos e diagnósticos por episódio de internamento por GDH obtidos segundo cada um dos agrupadores. Comparar os resultados graficamente com recurso a <i>boxplot</i> paralelos.
<b>25 GDH mais frequentes</b>	
Foram apurados os 25 GDH mais frequentes segundo cada um dos agrupadores. Os resultados foram apresentados numa tabela e as diferenças salientadas apenas com recurso ao uso de cores.	Para uma comparação mais efectiva e quantificada, recomenda-se, para além da apresentação descritiva, o cálculo do coeficiente de correlação ordinal de Spearman quando considerados os 25 GDH mais frequentes segundo o agrupador HCFA 16.0 e quando considerados os 25 GDH mais frequentes segundo o agrupador AP-DRG 21.0.
Não está apresentada a justificação para escolha do número de GDH aqui presentes (25) nem a forma de selecção (número de episódios).	Uma alternativa poderia ser seleccionar os GDH mais frequentes até que se encontrasse coberta uma percentagem prefixada de episódios ou utilizar como critério de selecção o custo associado aos GDH, fixando-se o número a analisar ou a quota da despesa de financiamento a cobrir.
<b>GDH de baixo volume</b>	
São apresentados limiares iguais a 30 e 100	Estabelecimento dos limiares: recomenda-se

<p>para definir GDH de muito baixo volume e baixo volume, respectivamente, sem que exista uma explicação para a escolha destes limiares.</p>	<p>o estudo da distribuição do número de registos dos GDH segundo cada agrupador, definindo-se os limiares de muito baixo volume (correspondente ao inferior a 30 no estudo) e de baixo volume (correspondente ao inferior a 100) com base em quantis da distribuição do número de registos por GDH. Uma vez que os agrupadores contemplam um número diferente de GDH, não se podem comparar as distribuições obtidas com cada um dos agrupadores com recurso a testes estatísticos. No entanto tal é possível para cada agrupador, considerando-se a distribuição em percentagem do número total de casos considerados para os casos em que os episódios inválidos estão incluídos e excluídos. Sugerimos a utilização dos testes de homogeneidade do Qui-quadrado ou de Kolmogorov-Smirnov para duas amostras, para que se possa concluir com suporte estatístico se a diferença entre os resultados incluindo e excluindo os episódios inválidos é ou não efectivamente semelhante.</p>
<p><b>Limpeza dos dados</b></p>	
<p>Sobre a escolha do método a usar em cada caso, foi afirmado que “para o cálculo de cada indicador estatístico será utilizado o método de limpeza mais adequado”, sem que, no entanto, fosse enunciado o critério subjacente a tal escolha.          Não são apresentados os valores da média nem do desvio padrão dos dados antes da limpeza.          Não é considerada a possibilidade de estudar os dados sem limpeza.          É afirmado que a limpeza dos dados foi feita pelo Método do Inter-Quartil “tendo como objectivo a aproximação da distribuição de cada GDH à normal”.</p>	<p>Calcular, para cada agrupador, o coeficiente de variação antes e depois de efectuada a limpeza dos dados.          A significância desta variação poderia ser testada estatisticamente utilizando-se um teste para amostras emparelhadas – teste t para dados emparelhados no caso de validade do modelo normal para as diferenças ou o teste de Wilcoxon, que é a correspondente não paramétrica do referido teste t.          Devemos salientar que a exclusão de <i>outliers</i> não altera em termos globais a forma da distribuição uma vez que apenas são eliminadas as observações extremas.</p>
<p><b>Método do Inter-quartil</b></p>	
<p>É apresentado como sendo o mais adequado, sem apresentação do critério que presidiu à escolha do método.          As constantes a e b são apresentadas como sendo escolhidas pelo utilizador; valores considerados: a=2.5 e b=0.5, sem justificação.</p>	<p>Recomenda-se o estudo de distribuições de tempos de internamento para um conjunto de GDH frequentes no sentido de se perceber qual o impacto da escolha das constantes a e b com os valores apresentados na percentagem de episódios considerados como <i>outliers</i>. Alternativamente, prefixar a percentagem de <i>outliers</i> esperado/desejado em cada cauda e obter os valores de a e b, estimando-os com base em amostra de</p>

Análise e Avaliação do Sistema de Pagamentos e de Formação dos Preços Pagos aos Hospitais do Serviço Nacional de Saúde

	tempos de internamento de GDH frequentes.
<b>Coefficiente de determinação múltipla <math>R^2</math></b>	
<p>A fórmula apresentada não está suficientemente explícita, tendo sido usada notação de rigor insuficiente. Não corresponde ao descrito nem é passível de utilização dado o contexto.</p> <p>As conclusões tiradas com base nos valores de <math>R^2</math> não foram validadas estatisticamente.</p>	<p>Recomenda-se o uso da fórmula corrigida, incluída no texto do relatório. Crê-se, no entanto, que apesar da má explicitação da fórmula, os valores terão sido bem calculados.</p> <p>Recomendam-se as representações gráficas apresentadas no presente relatório e a realização de testes estatísticos para validar a hipótese de que a redução na variabilidade decorrente da adopção do novo agrupador vs agrupador antigo é significativa.</p>
<b>Impacto no financiamento</b>	
<p>Os resultados da análise são apenas apresentados em tabelas e as conclusões são tiradas com base meramente na observação dos valores, sem recurso a testes estatísticos que validem a sua significância.</p> <p>As variações encontradas no financiamento estimado para cada hospital, considerando-se a adopção de cada um dos agrupadores e os pesos relativos espanhóis, não são passíveis de avaliação dado que não são conhecidos os custos reais de funcionamento dos hospitais. Note-se no entanto que, mesmo havendo informação sobre os custos reais, estes estariam a ser comparados com custos estimados obtidos com base em pesos relativos que não correspondem ao sistema português.</p>	<p>Recomendam-se as representações gráficas apresentadas no presente relatório e a realização de testes estatísticos para validar a hipótese de que, por exemplo, ao nível dos hospitais, existe (ou não) uma diferença significativa no montante esperado de financiamento.</p> <p>Recomenda-se ainda que, num estudo de semelhante natureza, sejam comparados os custos estimados e os custos reais de forma a se poder aferir sobre maior ou menor adequabilidade do financiamento atribuído a cada unidade hospitalar.</p>



## 8 Eficiência dos Hospitais

### Eficiência económica

Conclusões	<p>Verificou-se elevada heterogeneidade nos dados e indicadores de resultados, de produção, de recursos e de custos, dos serviços clínicos de internamento e ambulatório dos hospitais. A comparação com outras fontes de informação do Ministério da Saúde (por exemplo: Centros de Saúde e Unidades Hospitalares - Recursos e Produção do SNS - 2008) revelou discrepâncias nos elementos estatísticos de alguns hospitais. Estas limitações devem ser consideradas na interpretação dos resultados na análise de eficiência, dado que a metodologia utilizada se baseia na comparação relativa entre os indicadores de eficiência dos diferentes hospitais.</p>
	<p>Numa amostra global, ao nível do internamento, 15 das 49 instituições hospitalares analisadas apresentam um índice de eficiência económica global superior a 75%. Ao nível do ambulatório, dos 47 hospitais analisados, 18 foram classificados com um índice de eficiência económica global superior a 75%. Numa amostra restrita, incluindo só instituições com centro de custo “oncologia médica”, estes números traduzem-se em 15 instituições num total de 35 para o internamento, e 16 instituições num total de 35 para o ambulatório.</p>
	<p>Globalmente, há mais instituições consideradas eficientes no ambulatório do que no internamento. Contudo, as ineficiências no ambulatório são mais expressivas do que no internamento. Para as instituições com um índice de eficiência económica global relativamente elevado, verifica-se essencialmente ineficiência na afectação. Para as outras instituições, a maior parte da ineficiência corresponde a ineficiência técnica, ou seja, excesso de utilização de recursos, quer humanos, quer tecnológicos. A ineficiência ao nível do preço unitário dos recursos não apresenta um padrão definido, no entanto nos hospitais em que está mais presente a ineficiência ao nível do preço unitário substitui-se à ineficiência técnica.</p>
	<p>Estima-se que os potenciais ganhos de eficiência económica ao nível do internamento hospitalar sejam cerca de 231 242 milhões de euros e cerca de 463 503 milhões de euros no ambulatório (estimativas baseadas na amostra global).</p>
Recomendações	<p>O Ministério da Saúde deve investir na criação de uma ferramenta que permita gerar dados mais fidedignos sobre a actividade e os custos dos cuidados hospitalares, e que permita gerar informação auditável em tempo útil, facto que não acontece na actualidade.</p>
	<p>Os hospitais abrangidos por esta avaliação poderão analisar criticamente o seu desempenho económico relativo e adoptar medidas para a sua melhoria, a qual passará na maior parte dos casos pela diminuição das ineficiências técnicas, ou seja conter o excesso de utilização de recursos.</p>
	<p>O Ministério da Saúde deve promover a elaboração de um índice de eficiência económica dos hospitais do SNS, que sirva de referência à gestão hospitalar em Portugal. Este índice deve compreender todas as dimensões da eficiência económica: recursos, preços e custos.</p>

O Ministério da Saúde deverá promover um projecto de investigação com o objectivo de identificar indicadores de medição de resultados de saúde nas populações servidas pelos hospitais do SNS. Estes indicadores deverão incluir aspectos relacionados com a mortalidade e a morbilidade intra-hospitalar e extra-hospitalar, qualidade de vida e necessidades de saúde. A existência destes indicadores no futuro permitirá uma avaliação do desempenho económico mais robusta e comparável entre as diferentes instituições hospitalares.

**Nota prévia:** Na fase de contraditório foram apresentadas, por parte das entidades auditadas, várias alegações no que respeita à metodologia e à comparabilidade dos dados utilizados na análise de eficiência dos hospitais. As respostas e esclarecimentos da equipa de consultores encontram-se, juntamente com as alegações, nos Anexos XVI e XVII.

## 8.1 Introdução

O conjunto de possibilidades de produção é definido, pela teoria microeconómica de produção, como o conjunto de todas as combinações possíveis de níveis de recursos e de produção de uma determinada unidade produtiva. Utilizando tal conjunto, pode determinar-se, por um lado, quais os níveis máximos de produção alcançáveis dada qualquer combinação de níveis de recursos ou, por outro lado, quais os níveis mínimos de recursos necessários para atingir um certo nível de produção, definindo-se assim fronteiras de possibilidades de produção.

Desde a década de 1970 têm sido desenvolvidos vários métodos paramétricos e não paramétricos de fronteiras de possibilidades de produção de forma a estimar empiricamente este tipo de fronteiras e, em simultâneo, analisar a eficiência (relativa) de unidades produtivas. A principal desvantagem dos métodos não paramétricos passa pela impossibilidade de distinguir entre ineficiências nas unidades produtivas e ruído estatístico. Os métodos paramétricos, do outro lado, implicam a especificação de relações funcionais, as quais podem originar dificuldades de estimação. Neste estudo optou-se por aplicar um método não paramétrico: a Análise Envoltória de Dados.

## 8.2 Análise Envoltória de Dados

A Análise Envoltória de Dados (DEA: *Data Envelopment Analysis*) utiliza a programação linear para estimar fronteiras de possibilidades de produção e tem a sua origem num artigo de Charnes, Cooper e Rhodes (1978)<sup>1</sup>. Desde o seu surgimento, este método tem sido caracterizado pelo constante desenvolvimento de novas técnicas de aplicação, o que é comprovado pelo elevado volume de publicações acerca deste assunto. Para o estudo desta metodologia, recomenda-se a leitura de Cooper, Seifor e Tone (2006)<sup>2</sup>.

---

<sup>1</sup> A. Charnes, W.W. Cooper, E. Rhodes, 1978, "Measuring the efficiency of decision making units.", *European Journal of Operational Research*, 2-6, páginas 429-444.

<sup>2</sup> W.W. Cooper, L.M. Seiford, K. Tone, 2006, "Data Envelopment Analysis: A Comprehensive Text with Models, Applications, References and DEA-Solver Software.", Springer-Verlag, New-York.

Foi seguida a metodologia de decomposição da eficiência económica em eficiência técnica, eficiência de preço e eficiência na afectação, de Tone e Tsutsui (2007)<sup>1</sup>. Consideraram-se  $n$  unidades produtivas, cada uma tendo  $m$  recursos e  $s$  tipos de produção. Para cada unidade produtiva  $h$ ,  $\mathbf{x}_h = (x_{h,1}, \dots, x_{h,m})$ ,  $\mathbf{p}_h = (p_{h,1}, \dots, p_{h,m})$  e  $\mathbf{y}_h = (y_{h,1}, \dots, y_{h,s})$  representam: o vector de recursos, o vector de preços unitários dos recursos e a produção respectiva. O custo verificado  $C_{A,h}$  da unidade produtiva  $h$  é dado por  $C_{A,h} = \mathbf{p}_h \mathbf{x}_h = \sum_{j=1}^m p_{h,j} x_{h,j}$ .

### 8.2.1 Eficiência Técnica

No primeiro passo da metodologia, tentou mensurar-se a eficiência técnica de cada unidade produtiva. Considere-se o exemplo da Figura 8.1 com  $n = 7$  hospitais, que utilizam médicos e enfermeiros ( $m = 2$ ) como recursos para produzir doentes tratados ( $s = 1$ ). Assumindo que todos os hospitais têm o mesmo nível de produção, é natural que se avaliem hospitais que utilizam menos recursos para obter a mesma produção como sendo mais eficientes. Assim, identificou-se a linha que une os hospitais 1, 2, 3 e 4, como a “fronteira de eficiência técnica”. Podemos “envolver” todos os hospitais dentro da região delimitada pela fronteira, traçando uma linha horizontal com início no hospital 4 e uma linha vertical com início no hospital 1. Esta região abarca o “conjunto (empírico) de possibilidades de produção”.

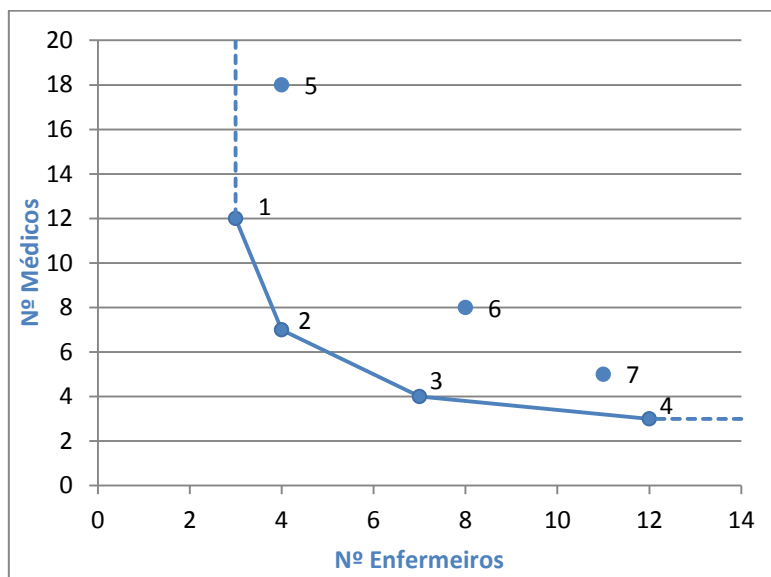


Figura 8.1. Exemplo: Eficiência técnica de hospitais – Fronteira de eficiência técnica

Os hospitais 5, 6 e 7, que não se encontram na fronteira de eficiência técnica, são considerados ineficientes. A ineficiência do hospital 6, por exemplo, pode ser mensurada através da criação de uma linha que se inicie na origem e termine no ponto do gráfico correspondente ao hospital 6, cruzando a fronteira de eficiência técnica no ponto 6' da Figura 8.2 Defina-se a medida radial de eficiência técnica  $\theta_6^*$ , do hospital 6, como:

$$\theta_6^* = \frac{d(0,6')}{d(0,6)} = 0.69,$$

<sup>1</sup> K. Tone, M. Tsutsui, 2007, “Decomposition of cost efficiency and its application to Japanese-US electric utility comparisons.”, Socio-Economic Planning Sciences, 42, páginas 91-106.

em que  $d(\cdot, \cdot)$  representa a distância euclidiana entre dois pontos.

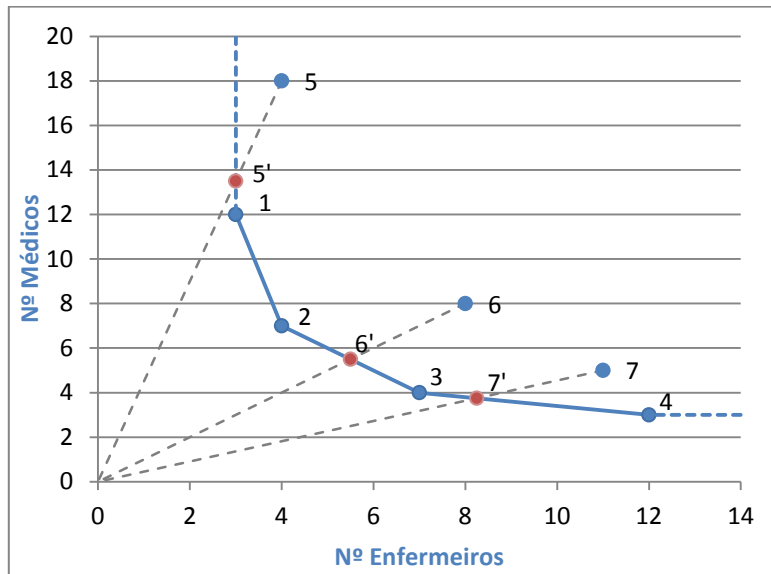


Figura 8.2. Exemplo: Eficiência técnica de hospitais – Projecções iniciais

A ineficiência do hospital 6 é, então, avaliada pelo ponto 6', que se encontra entre os pontos correspondentes aos hospitais (eficientes) 2 e 3. Estes últimos, constituem o “conjunto de referência” para o hospital 6. Da mesma forma, os hospitais 3 e 4 representam o conjunto de referência para o hospital 7 e o hospital 1 para o hospital 5.

É possível melhorar a eficiência do hospital 6, projectando-se este para o ponto 6', que representa um hospital fictício com  $6 = \theta_6^* \times 8$  médicos e  $6 = \theta_6^* \times 8$  enfermeiros (números arredondados). Assim sendo, a eficiência técnica  $\theta_6^*$  refere-se ao montante mínimo pelo qual os recursos podem ser multiplicados (reduzindo-os), sem sair do conjunto de possibilidades de produção.

Para um cenário mais geral, com vários recursos e tipos de produção, defina-se, em termos matemáticos, o conjunto de possibilidades de produção  $P$  como:

$$P = \{(x, y) | x \geq X\lambda, y \leq Y\lambda, \lambda \geq \mathbf{0}, L \leq \sum \lambda_j \leq U\},$$

onde  $X = (x_1, \dots, x_n)$  representa a matriz de recursos e  $Y = (y_1, \dots, y_n)$  representa a matriz de produção das unidades produtivas. A condição  $L \leq \sum \lambda_j \leq U$  diz respeito a retornos de escala. Quando  $L = 0$  e  $U = +\infty$  considera-se uma situação de retornos constantes de escala e quando  $L = U = 1$  considera-se uma situação com retornos variáveis de escala. A eficiência técnica  $\theta_h^*$  de cada unidade produtiva calcula-se através do seguinte programa linear:

$$\begin{aligned} \theta_h^* &= \min_{\theta, \lambda} \theta \\ \text{sujeito a} \quad &\theta x_h \geq X\lambda, \\ &y_h \leq Y\lambda, \\ &\lambda \geq \mathbf{0}, L \leq \sum \lambda_j \leq U. \end{aligned}$$

Note-se que as condições do programa se resumem no facto de  $(\theta x_h, y_h)$  pertencer ao conjunto de possibilidades de produção.

Utilizando o raciocínio do exemplo acima referido, uma unidade de produção ineficiente pode, na maioria das situações, tornar-se eficiente projectando-se para o ponto  $(\theta_h^* x_h, y_h)$ . Porém, considerando, na Figura 8.2, o hospital fictício 5' - que, quando comparado com o hospital 1, apresenta o mesmo nível de produção e o mesmo número de enfermeiros, mas emprega mais médicos - percebe-se que o hospital 5 para se tornar eficiente precisa, não só de se projectar no ponto 5', mas também de retirar o chamado "slack" adicional no número de médicos de forma a projectar-se no ponto 1 (Figura 8.3).

Os possíveis slacks nos recursos e na produção podem ser identificados em simultâneo com o cálculo da eficiência técnica  $\theta_h^*$  de cada unidade produtiva, num programa linear de duas fases, representado como:

$$\begin{aligned} \theta_h^* &= \min_{\theta, \lambda, s^-, s^+} \theta \\ \text{sujeito a} \quad & \theta x_h - s^- = X\lambda, \\ & y_h + s^+ = Y\lambda, \\ & \lambda \geq \mathbf{0}, L \leq \sum \lambda_j \leq U, \\ & s^- \geq \mathbf{0}, s^+ \geq \mathbf{0}. \end{aligned}$$

Para uma descrição mais detalhada deste programa, aconselha-se a leitura do capítulo 3 de Cooper, Seifor e Tone (2006)<sup>1</sup>.

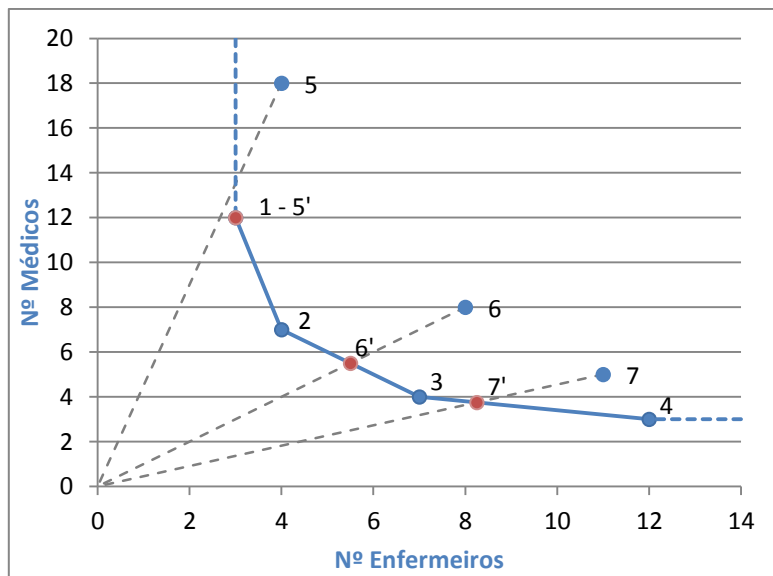


Figura 8.3. Exemplo: Eficiência técnica de hospitais – Retirar slacks

Com  $(\theta_h^*, \lambda_h^*, s_h^{-*}, s_h^{+*})$  uma das soluções óptimas do programa linear, a projecção  $(x'_h, y'_h)$  para a fronteira eficiente é dada por:

$$x'_h = \theta_h^* x_h - s_h^{-*} = \sum_j \lambda_{h,j}^* x_j,$$

<sup>1</sup> W.W. Cooper, L.M. Seiford, K. Tone, 2006, "Data Envelopment Analysis: A Comprehensive Text with Models, Applications, References and DEA-Solver Software.", Springer-Verlag, New-York.

$$\mathbf{y}'_h = \mathbf{y}_h + \mathbf{s}_h^{+*} = \sum_j \lambda_{h,j}^* \mathbf{y}_j.$$

O lado direito das equações explica como pode ser obtida a projecção  $(\mathbf{x}'_h, \mathbf{y}'_h)$  a partir do conjunto de referência da unidade ineficiente, definido como o conjunto de unidades  $j$  para as quais, na análise da unidade produtiva  $h$ ,  $\lambda_{h,j}^* > 0$ . Note-se ainda, que uma unidade de produção é considerada tecnicamente eficiente apenas quando  $\theta_h^* = 1$  e não apresenta *slacks*.

O custo de eficiência técnica da unidade produtiva  $h$  é dado por  $C_{T,h} = \mathbf{p}_h \mathbf{x}'_h$ , e a perda associada, devido a ineficiência técnica, é dada por  $L_{T,h} = C_{A,h} - C_{T,h}$ .

### 8.2.2 Eficiência de Preço

Quando é conhecida a informação sobre o preço dos recursos e se assume o objectivo de minimizar os custos, outros tipos de ineficiência podem ser determinados utilizando DEA: sendo o primeiro dos quais a ineficiência de preço.

Como  $\mathbf{x}'_h$  é a projecção dos recursos da unidade produtiva  $h$  para a fronteira de eficiência técnica, o custo dos recursos  $\mathbf{p}_h \mathbf{x}'_h$  não se pode reduzir mais através dos recursos  $\mathbf{x}'_h$ . Contudo, dado que os preços unitários dos recursos das diferentes unidades não são iguais, há a possibilidade de reduzir o custo dos recursos  $\mathbf{p}_h \mathbf{x}'_h$  através de uma redução dos preços unitários. Para evitar os problemas de irracionalidade nas medidas de eficiência de preços identificados por Tone (2002)<sup>1</sup>, considerou-se, no segundo passo da metodologia, o “conjunto de possibilidades de produção baseado no custo”, i.e.:

$$P_C = \{(\bar{\mathbf{x}}, \mathbf{y}) | \bar{\mathbf{x}} \geq \bar{\mathbf{X}}\boldsymbol{\mu}, \mathbf{y} \leq Y\boldsymbol{\mu}, \boldsymbol{\mu} \geq \mathbf{0}, L \leq \sum \mu_j \leq U\},$$

onde  $\bar{\mathbf{X}} = (\bar{\mathbf{x}}_1, \dots, \bar{\mathbf{x}}_n)$  representa a matriz de custos dos recursos das unidades produtivas tecnicamente eficientes, i.e.:  $\bar{\mathbf{x}}_h = (p_{h,1}x'_{h,1}, \dots, p_{h,m}x'_{h,m})$ . Isto faz-se para eliminar, ao máximo, a ineficiência técnica.

Retomando o exemplo dos hospitais, o novo conjunto de possibilidades de produção apresenta-se na Figura 8.4. Repare-se que alguns dos hospitais classificados como tecnicamente ineficientes, depois de projectados para a fronteira de eficiência técnica do novo conjunto de possibilidades de produção, surgem como sendo os hospitais eficientes. Isto deve-se ao facto de, apesar de todos os hospitais agora serem tecnicamente eficientes, alguns praticarem preços de recursos mais elevados do que os outros.

<sup>1</sup> K. Tone, 2002, “A strange case of the cost and allocative efficiencies in DEA.”, Journal of the Operational Research Society, 53, pages 1125-1231.

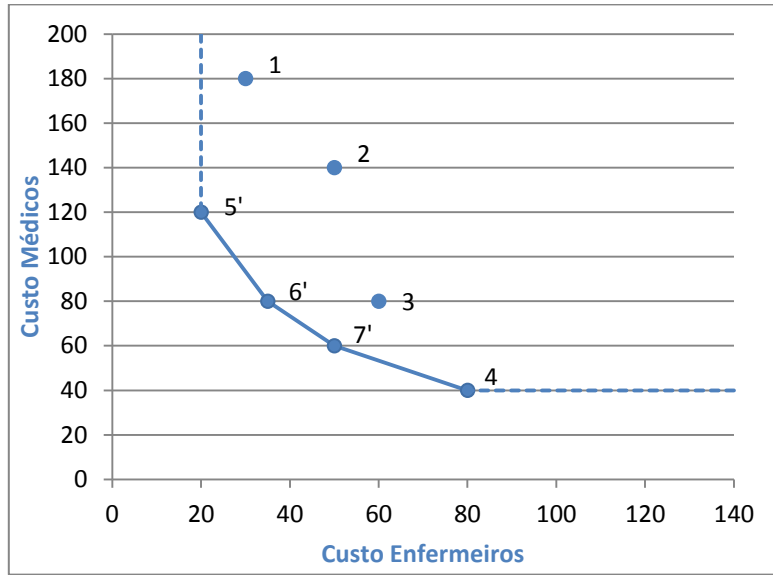


Figura 8.4. Exemplo: Eficiência de preço de hospitais – Fronteira de eficiência de preço

Possíveis *slacks* nos custos dos recursos e na produção podem ser identificados em simultâneo com o cálculo da eficiência de preço  $\rho_h^*$  de cada unidade produtiva  $h$ , através da resolução do programa linear:

$$\rho_h^* = \min_{\rho, \mu, t^-, t^+} \rho$$

sujeito a

$$\rho \bar{x}_h - t^- = \bar{X} \mu,$$

$$y_h + t^+ = Y \mu,$$

$$\mu \geq 0, L \leq \sum \mu_j \leq U,$$

$$t^- \geq 0, t^+ \geq 0.$$

Note-se que este programa linear é igual ao apresentado na secção anterior, sendo um programa de eficiência técnica, agora aplicado ao conjunto de possibilidades de produção baseado no custo. Assim sendo, mantendo-se fixos os níveis dos recursos, a eficiência de preço  $\rho_h^*$  refere-se ao montante mínimo pelo qual os preços dos recursos podem ser multiplicados (reduzindo-os), sem violar as condições do conjunto de possibilidades de produção  $P_C$ .

Com  $(\rho_h^*, \mu_h^*, t_h^{-*}, t_h^{+*})$  uma das soluções óptimas do programa linear, a projecção  $(\bar{x}_h'', y_h'')$  para a fronteira eficiente é dada por

$$\bar{x}_h'' = \rho_h^* \bar{x}_h - t_h^{-*} = \sum_j \mu_{h,j}^* \bar{x}_j,$$

$$y_h'' = y_h + t_h^{+*} = \sum_j \mu_{h,j}^* y_j.$$

Também aqui, o lado direito das equações explica como pode ser obtida a projecção  $(\bar{x}_h'', y_h'')$  a partir do conjunto de referência da unidade ineficiente, definido como o conjunto de unidades  $j$  para as quais, na análise da unidade produtiva  $h$ ,  $\mu_{h,j}^* > 0$ . É de notar, ainda, que uma unidade de produção é considerada eficiente nos preços praticados apenas quando  $\rho_h^* = 1$  e não apresenta *slacks*. O custo de eficiência técnica e de eficiência de preço da

unidade produtiva  $h$ , é dado por  $C_{T,P,h} = p_h \bar{x}_h''$  e a perda associada, resultante da ineficiência de preço, é dada por  $L_{P,h} = C_{T,h} - C_{T,P,h}$ .

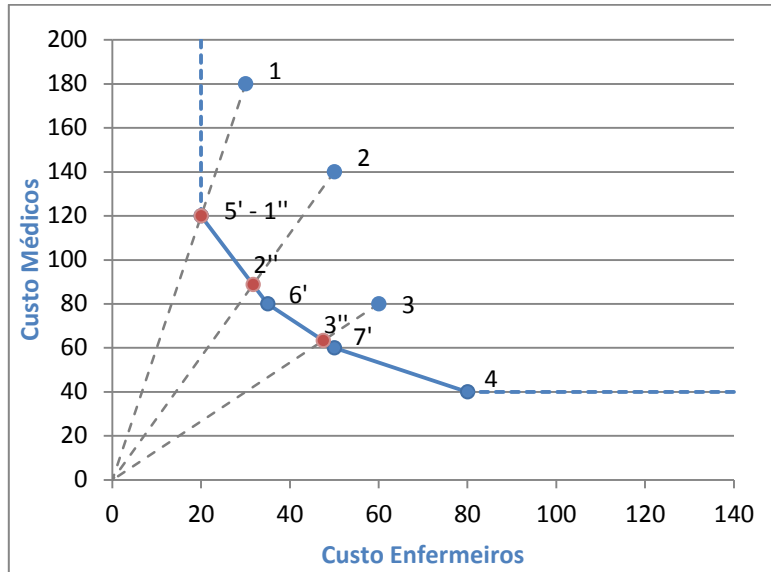


Figura 8.5. Exemplo: Eficiência de preço de hospitais - Projecções

Os resultados do exemplo dos hospitais encontram-se na Figura 8.5. Considerando o hospital 2, a eficiência de preço  $\rho_2^*$  é calculada como

$$\rho_2^* = \frac{d(0,2'')}{d(0,2)} = 0.63,$$

e o hospital pode melhorar a sua eficiência de preço projectando-se para o ponto 2'', que representa um hospital fictício com  $89 = \rho_2^* \times 140$  de custos com médicos e  $32 = \rho_2^* \times 50$  de custos com enfermeiros (números arredondados).

### 8.2.3 Eficiência na Afecção

A determinação da eficiência na afecção de unidades produtivas passa pela minimização dos seus custos. Relembrando o exemplo do hospital 2, apresenta-se na Figura 8.6 a linha tracejada que passa pelo ponto 2 e cruza os eixos do gráfico. Dado que a fórmula

$$\bar{x}_{h,1} + \bar{x}_{h,2} = C_{T,2}$$

que representa o custo total de eficiência técnica, é equivalente à fórmula

$$\bar{x}_{h,2} = C_{T,2} - \bar{x}_{h,1}$$

percebe-se que esta linha: representa o custo total do hospital 2, tem declive -1 e apresenta o custo total do hospital na sua intersecção com o eixo vertical. O custo do hospital pode ser reduzido, então, movendo esta linha tracejada, chamada linha de "isocusto", em paralelo até ao ponto mais baixo da intersecção com a fronteira de eficiência de preço, no ponto 7', o qual representa a projecção do hospital 7 na fronteira de eficiência técnica, com custo total de eficiência técnica  $C_{T,7}$ .



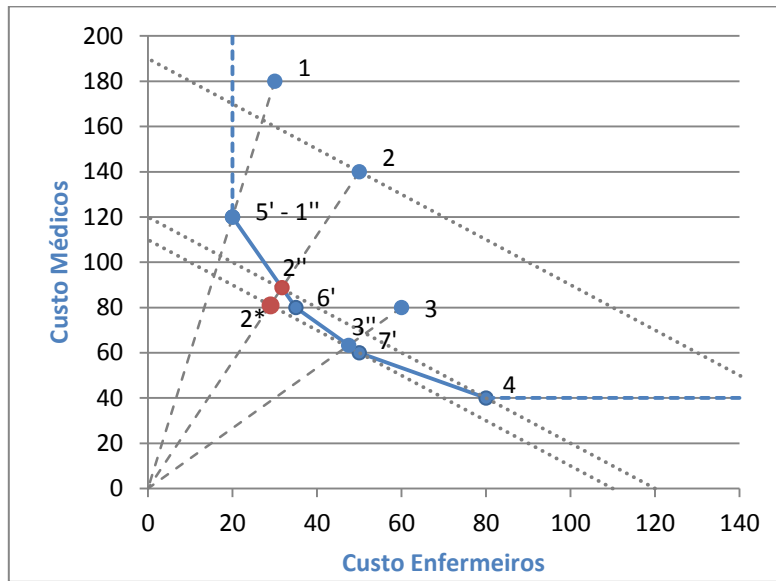


Figura 8.6. Exemplo: Eficiência de custo de hospitais – Isocustos

A eficiência na afectação - medida através da qual se considera até que ponto o hospital fictício 2'' (eficiente no preço) fica aquém de atingir um custo mínimo devido à incapacidade de fazer a “reafectação” de custos de recursos, implícita na mudança do ponto 2'' para o ponto 7' - é definida como a distância relativa entre os pontos 2\* e 2'':

$$a_2^* = \frac{d(0,2^*)}{d(0,2'')} = 0.91.$$

176

A eficiência de custo - medida global de eficiência no conjunto de possibilidades de produção baseado no custo - é definida como a distância relativa entre os pontos 2\* e 2:

$$\eta_2^* = \frac{d(0,2^*)}{d(0,2)} = 0.58.$$

Em termos matemáticos, o custo mínimo  $C_{T,C,h}$  - que pode ser interpretado como o custo de eficiência técnica e de eficiência de custo - obtém-se, para a unidade produtiva  $h$ , resolvendo-se o programa linear:

$$\begin{aligned} C_{T,C,h} &= \min_{\bar{x}, \mu} \sum \bar{x}_j \\ \text{sujeito a } &\bar{x} \geq \bar{X}\mu, \\ &y_h \leq Y\mu, \\ &\mu \geq 0, L \leq \sum \mu_j \leq U. \end{aligned}$$

A perda associada, devido à ineficiência na afectação, é dada por  $L_{A,h} = C_{T,P,h} - C_{T,C,h}$ . Para mais informação sobre o programa linear acima apresentado, refere-se, entre outros, Cooper, Seifor e Tone (2006)<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> W.W. Cooper, L.M. Seiford, K. Tone, 2006, “Data Envelopment Analysis: A Comprehensive Text with Models, Applications, References and DEA-Solver Software.”, Springer-Verlag, New-York.

### 8.2.4 Decomposição do Custo

Das secções anteriores, percebe-se que o custo  $C_{A,h}$  de uma unidade produtiva  $h$ , pode ser decomposto num custo mínimo ao qual se adicionam três perdas:

$$C_{A,h} = C_{T,C,h} + L_{T,h} + L_{P,h} + L_{A,h}$$

em que  $C_{T,C,h}$  representa o custo mínimo atingível pela unidade,  $L_{T,h}$  representa a perda devido à ineficiência técnica,  $L_{P,h}$  representa a perda devido à ineficiência nos preços e  $L_{A,h}$  representa a perda devido à ineficiência na afectação. Mais, temos também que

$$C_{A,h} = C_{T,C,h} \times \frac{1}{E_{T,h}} \times \frac{1}{E_{P,h}} \times \frac{1}{E_{A,h}}$$

onde  $E_{T,h} = \frac{C_{T,h}}{C_{A,h}}$  representa uma medida de eficiência técnica,  $E_{P,h} = \frac{C_{T,P,h}}{C_{T,h}}$  uma medida de eficiência de preços,  $E_{A,h} = \frac{C_{T,C,h}}{C_{T,P,h}}$  uma medida de eficiência na afectação, e

$$\frac{C_{T,C,h}}{C_{A,h}} = E_{T,h} \times E_{P,h} \times E_{A,h}$$

representa a decomposição de uma medida de eficiência de custo total (eficiência global, nos dois conjuntos de possibilidades de produção). Repare que as medidas de eficiência aqui introduzidas, não correspondem necessariamente às medidas de eficiência das secções anteriores, isto por incluírem, nos custos envolvidos, os efeitos dos chamados *slacks*.

## 8.3 Análise Quantitativa

A metodologia acima descrita foi aplicada ao contexto dos serviços clínicos de internamento e ambulatório das instituições hospitalares do SNS, a fim de se poderem identificar as diferentes fontes de ineficiência de uma parte dos custos variáveis das diferentes instituições.

Verificou-se elevada heterogeneidade nos dados e indicadores de resultados, de produção, de recursos e de custos, dos serviços clínicos das instituições hospitalares. Como evidenciado no Capítulo 5, considera-se que, muitas das vezes, os custos reportados na base de dados dos elementos analíticos (BDEA) são pouco fiáveis e incomparáveis.

Além disso, a comparação da produção e dos recursos com fontes alternativas de informação do Ministério da Saúde<sup>1</sup>, revelou discrepâncias nos elementos estatísticos de algumas instituições hospitalares. Estas limitações devem ser consideradas na interpretação dos resultados na análise de eficiência, dado que a metodologia utilizada se baseia na comparação relativa entre os indicadores de eficiência dos diferentes hospitais.

### 8.3.1 Produção

Como variável de produção para os serviços clínicos de internamento, foi considerado o número de doentes saídos do internamento ajustado pela complexidade clínica de cada hospital, através do índice de case-mix do internamento (contabilizando a diferença entre GDH médicos e cirúrgicos) e de uma taxa de mortalidade intra-hospitalar padronizada pela idade.

---

<sup>1</sup> Centros de Saúde e Unidades Hospitalares - Recursos e Produção do SNS - 2008

O número de doentes saídos do internamento e a taxa de mortalidade intra-hospitalar foram retirados da base de dados dos GDH, enquanto os índices de case-mix considerados foram retirados dos contratos-programa da ACSS<sup>1</sup>.

Para os serviços clínicos de ambulatório, considerou-se múltiplas linhas de produção. No que diz respeito ao hospital de dia, optou-se por considerar o número de doentes tratados, ajustado pelo índice de case-mix dos GDH médicos do ambulatório. A produção da consulta externa foi dividida no número de primeiras consultas e no número de consultas subsequentes, ambos ajustados pelo índice de case-mix dos GDH médicos do ambulatório. Para a urgência, foi considerado o número de doentes atendidos, sem ajustamento adicional, baseado no pressuposto de que a produção da urgência nem sempre está relacionada com a complexidade clínica do hospital. Na cirurgia do ambulatório considerou-se o número de cirurgias, ajustado pelo índice de case-mix dos GDH cirúrgicos do ambulatório.

As quantidades das unidades de obra dos diferentes serviços do ambulatório foram retiradas da BDEA, com exceção das percentagens de consultas externas (primeiras e subsequentes), calculadas a partir da informação obtida por questionário dirigido às instituições hospitalares. Os índices de case-mix considerados foram retirados dos contratos-programa da ACSS.

### 8.3.2 Recursos

Como variáveis de recursos, em ambos os casos, foi considerado o número de médicos, o número de enfermeiros e o número de outros profissionais de saúde - numa base hora-equivalente - e um número misto de consumo de medicamentos e MCDT. Para o cálculo do número de pessoal numa base hora-equivalente, foram consideradas sete horas de trabalho diárias, 240 dias por ano. Dividindo o número de horas normais de trabalho, disponibilizadas através dos questionários preenchidos pelas diferentes instituições, por 1680 horas (7h x 240), obtém-se o número de pessoal numa base hora-equivalente.

Foram consideradas somente as horas normais de trabalho devido ao facto de a BDEA, utilizada para o apuramento do preço médio por ano dos recursos humanos, não permitir fazer o desdobramento do custo das horas extraordinárias para médicos, enfermeiros e o outro pessoal. Importa salientar, então, que com a inclusão das horas extraordinárias trabalhadas, os resultados de eficiência económica apurados poderiam sofrer alterações, e que esta limitação deve ser considerada na interpretação dos resultados.

O referido preço médio por ano, dos recursos humanos, foi calculado através da divisão do custo total com o pessoal, nos respectivos serviços clínicos, pelo número de pessoal na base hora-equivalente. Para os médicos, foram considerados os custos da conta 9642121, para os enfermeiros os da conta 964213 e para os restantes profissionais de saúde foram considerados os custos das restantes contas: somatório da conta 964 até à conta 964219.

Não havendo uma unidade natural de medida de consumo com medicamentos e MCDT, foi criado um preço misto para estes recursos, consistindo numa média ponderada entre um

---

<sup>1</sup> Para os hospitais que não apresentaram índice de case-mix, foi considerada uma média nacional. O mesmo procedimento foi seguido para o ambulatório.

preço unitário nacional de medicamentos<sup>1</sup> e um preço unitário nacional com MCDT, com pesos correspondentes às proporções de cada componente de custo destes consumos por instituição hospitalar. Posteriormente, foi dividido o custo total com medicamentos e MCDT pelo preço misto, de forma a obter o número misto de consumo correspondente, por instituição.

### 8.3.3 Amostra de Hospitais

Dos 63 questionários, referentes ao ano de 2008, preenchidos pelas instituições hospitalares, foram excluídos, à partida, dois hospitais, pelo facto de não apresentarem dados dos recursos humanos necessários para o apuramento do número de pessoal na base hora-equivalente: o Hospital Distrital de São João da Madeira e o Hospital de São Miguel de Oliveira de Azeméis. O questionário não foi preenchido pelas seguintes instituições:

Tabela 8.1. Instituições hospitalares sem questionário preenchido

Instituição Hospitalar	
1	Hospital Fernando da Fonseca, EPE – Amadora-Sintra
2	Hospital de São Marcos – Braga
3	Centro Hospitalar de Cascais

Das restantes 61 instituições, foram omitidas mais 11 por falta de dados cruciais: o Hospital Distrital de Águeda, o Hospital de Santa Maria Maior de Barcelos, o Centro Hospitalar do Médio Ave e a Maternidade Dr. Alfredo da Costa de Lisboa, por não apresentarem horas trabalhadas para a rubrica de outro pessoal, embora tendo custos contabilizados na base de dados dos elementos analíticos; o Centro de Medicina de Reabilitação Região Centro – Rovisco Pais – Tocha, o Hospital Distrital da Figueira da Foz e o Hospital de Nossa Senhora Rosário – Barreiro, por não existirem custos com médicos na base de dados dos elementos analíticos; o Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, o Centro Hospitalar da Póvoa da Varzim - Vila Conde, a Unidade Local de Saúde do Alto Minho – Viana do Castelo e a Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano – Portalegre, por não existirem dados relativos aos custos na base de dados dos elementos analíticos.

No que diz respeito à análise do serviço clínico de ambulatório, foram excluídas ainda mais duas instituições, por não terem apresentado horas normais de trabalho com médicos: o Hospital Distrital de Montijo e o Hospital Distrital de Pombal. Para o Centro Hospitalar de Lisboa Norte, os Hospitais da Universidade de Coimbra, o IPO de Coimbra, o IPO de Lisboa, o IPO de Porto e o Hospital de Santo André – Leiria, foi utilizada uma “proxy” de 24h de “internamento” para definir os registos do internamento (>24H) dos registos do ambulatório (<24H), por não terem a devida indicação na base de dados dos GDH.

Finalmente, já na fase de estimativa da eficiência pelo método de DEA, foi excluído o Instituto de Oftalmologia Dr. Gama Pinto – Lisboa, por se ter apresentado como um “outlier” perturbante da DEA. Os dados finais, utilizados na análise, encontram-se nos anexos IV, V, VI e VII. Assim sendo, a análise do serviço clínico de internamento compreende um total de 49

---

<sup>1</sup> Infarmed. Estatísticas do medicamento 2008.

instituições hospitalares. Para a análise do serviço clínico de ambulatório utilizaram-se os dados relativos a 47 instituições hospitalares.

#### **Análise com Amostra Restrita**

A análise de eficiência económica com os dados atrás descritos não excluiu nenhum dos hospitais com informação disponível no ano de 2008. Contudo, poder-se-á argumentar que existem diferenças assinaláveis entre os vários hospitais que compõem o SNS. Em particular a inclusão na análise de DEA de hospitais muito específicos, por exemplo psiquiátricos ou IPO, ou de pequena dimensão, quando revelados eficientes, poderão enviesar a interpretação dos resultados, dado que servem de referência ao cálculo do índice de ineficiência dos restantes. Tendo em vista esta questão, foi decidido realizar uma segunda análise de eficiência económica, restringindo a amostra aos hospitais com centro de custo “Oncologia Médica”, e assim tornar a amostra eventualmente mais comparável como os IPO. Os resultados da análise a esta amostra mais restrita de hospitais são apresentados com referência a “Amostra Restrita”.

#### **8.3.4 Eficiência Técnica – Amostra Global**

No primeiro passo da metodologia foi estimada a eficiência técnica de cada instituição hospitalar. Da Tabela 8.2 até à Tabela 8.4 pode encontrar-se um resumo dos dados introduzidos na aplicação DEA-Solver Pro<sup>1</sup>, para as análises da eficiência técnica.

No internamento (Tabela 8.2), note-se que, em média, o número de médicos é muito inferior ao número de enfermeiros e do outro pessoal. Pode também verificar-se que o desvio padrão encontrado nos dados de consumo com medicamentos e MCDT é muito elevado, assim como o desvio padrão do número de doentes saídos do internamento.

**Tabela 8.2. Sumário dos recursos e a produção do internamento**

	Médicos	Enfermeiros	Outro Pessoal	Med/MCDT	Doentes Saídos
Máximo	395	1.576	1.303	7.040.908	68.242
Mínimo	3	21	12	24.923	15
Média	92	341	222	1.134.448	15.573
Desvio Padrão	104	350	258	1.612.234	15.943

O mesmo já não se verifica no ambulatório (Tabela 8.3) onde, em média, o número de médicos se torna comparável com o número de enfermeiros, embora ainda inferior ao número do outro pessoal. Contudo, os dados relativos ao pessoal médico são muito parecidos com os do internamento. O consumo com medicamentos e MCDT no ambulatório, em média, representa o dobro do consumo no internamento. Também aqui, o desvio padrão do consumo com medicamentos e MCDT é muito elevado.

**Tabela 8.3. Sumário dos recursos do ambulatório**

<sup>1</sup> DEA-Solver Pro: Aplicação utilizada na análise da eficiência dos hospitais. (<http://www.saitech-inc.com/Products/Prod-DSP.asp>)

	Médicos	Enfermeiros	Outro Pessoal	Med/MCDT
Máximo	394	309	577	13.109.562
Mínimo	2	3	1	24.506
Média	90	98	114	2.416.902
Desvio Padrão	88	74	103	2.735.074

No que diz respeito à produção do ambulatório (Tabela 8.4), nota-se que em termos unitários o maior volume de produção em doentes tratados/atendidos, se encontra no serviço da urgência. Todas as linhas de produção demonstram um desvio padrão elevado. Nos serviços do hospital de dia, da urgência e das cirurgias de ambulatório, este facto pode ser parcialmente explicado pela inexistência de produção em certas instituições.

Tabela 8.4. Sumário da produção do ambulatório

	Doentes Tratados (Hospital de Dia)	Consultas Externas (Primeiras)	Consultas Externas (Subsequentes)	Doentes Atendidos (Urgência)	Cirurgias de Ambulatório
Máximo	4.549	50.036	130.007	330.256	9.144
Mínimo	0	553	1.318	0	0
Média	696	9.931	26.243	102.906	1.548
Desvio Padrão	896	10.477	29.621	78.465	2.081

### 8.3.4.1 Internamento

Para o serviço de internamento, numa primeira instância, foram contempladas duas opções no que diz respeito aos retornos de escala, tendo sido feita uma primeira análise considerando retornos constantes de escala (CRS) e uma segunda com retornos variáveis de escala (VRS). Na Tabela 8.5, encontra-se um sumário dos índices de eficiência técnica  $\theta_h^*$  das instituições.

De realçar que, utilizando VRS, verifica-se o aumento do número de hospitais classificados como eficientes, o que se deve, em parte, ao facto de esta opção apresentar, geralmente, índices mais elevados do que os apurados com CRS. A média da eficiência técnica com VRS, apesar do grande número de hospitais eficientes, é de 0.81, com um desvio padrão relativamente elevado.

Tabela 8.5. Sumário dos índices de eficiência técnica do internamento

	CRS	VRS
Máximo	1	1
Mínimo	0,01	0,17
Média	0,72	0,81
Desvio Padrão	0,23	0,21
Nº Eficientes	7	18
Nº Ineficientes	42	31

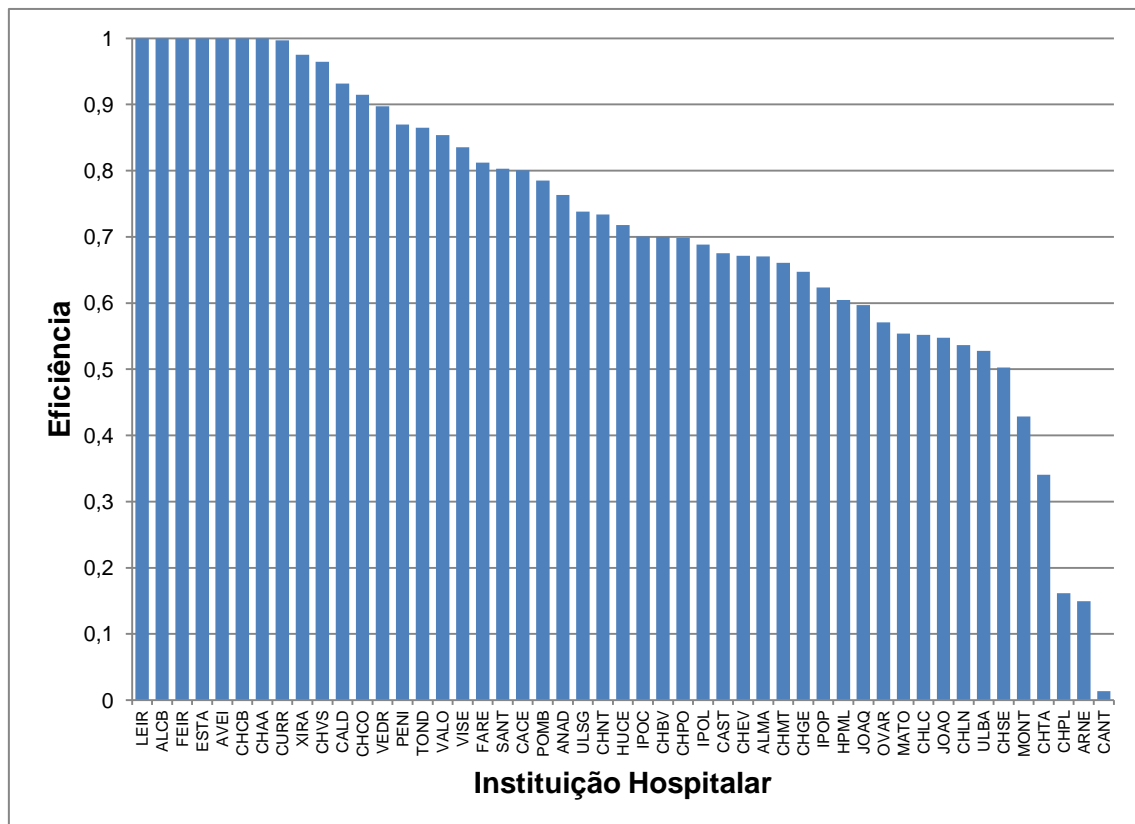
Na Tabela 8.6 encontra-se uma lista com as instituições (eficientes em qualquer uma das duas situações) que surgem mais frequentemente nos conjuntos de referência para as instituições ineficientes.

**Tabela 8.6. Instituições mais eficientes e a respectiva frequência de referência para instituições ineficientes**

	CRS	VRS
AVEI	20	12
CHAA	32	21
ESTA	5	26
FEIR	21	12
LEIR	15	9

O Hospital do Visconde de Salreu de Estarreja (ESTA), o Centro Hospitalar do Alto Ave (CHAA), o Hospital Infante Dom Pedro de Aveiro (AVEI), o Hospital de São Sebastião de Santa Maria da Feira (FEIR) e o Hospital de Santo André de Leiria (LEIR) parecem ser as instituições de referência mais importantes no que diz respeito à análise da eficiência técnica com VRS. Estas instituições encontram-se também na lista de hospitais eficientes e referentes com CRS.

Na



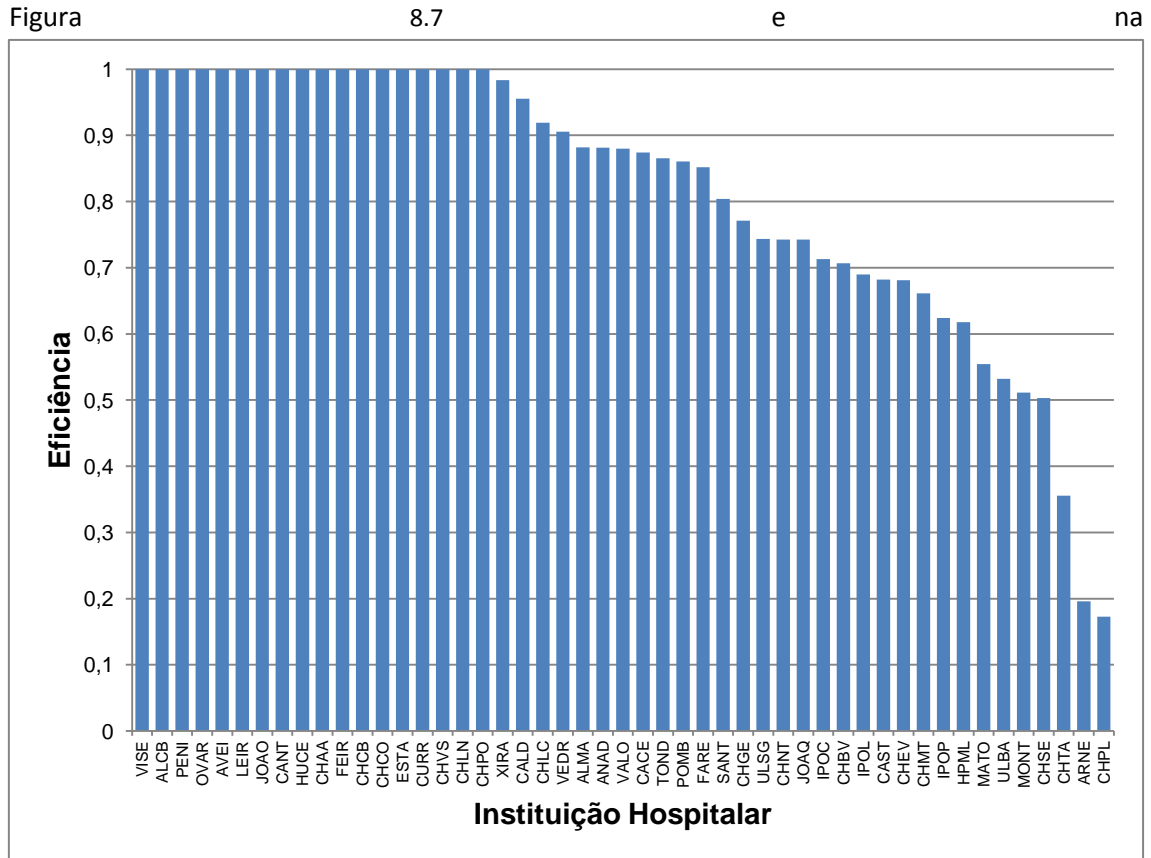


Figura 8.8 apresentam-se os índices de eficiência técnica  $\theta_h^*$  de todas as instituições analisadas, por ordem decrescente do índice, o que permite comparar as diferentes classificações, ou seja, o impacto da condição imposta sobre os retornos de escala.

Na análise com CRS, o Hospital do Arcebispo João Crisóstomo de Cantanhede (CANT) foi classificado como uma das instituições menos eficientes. Na análise com VRS, este hospital classifica-se como uma instituição eficiente. Sendo um hospital de pequena dimensão, presume-se que ao acrescentar, por exemplo, um médico ao serviço, o retorno em termos de produção possa ser mais do que proporcional. O mesmo pode já não acontecer nas instituições com maior dimensão.



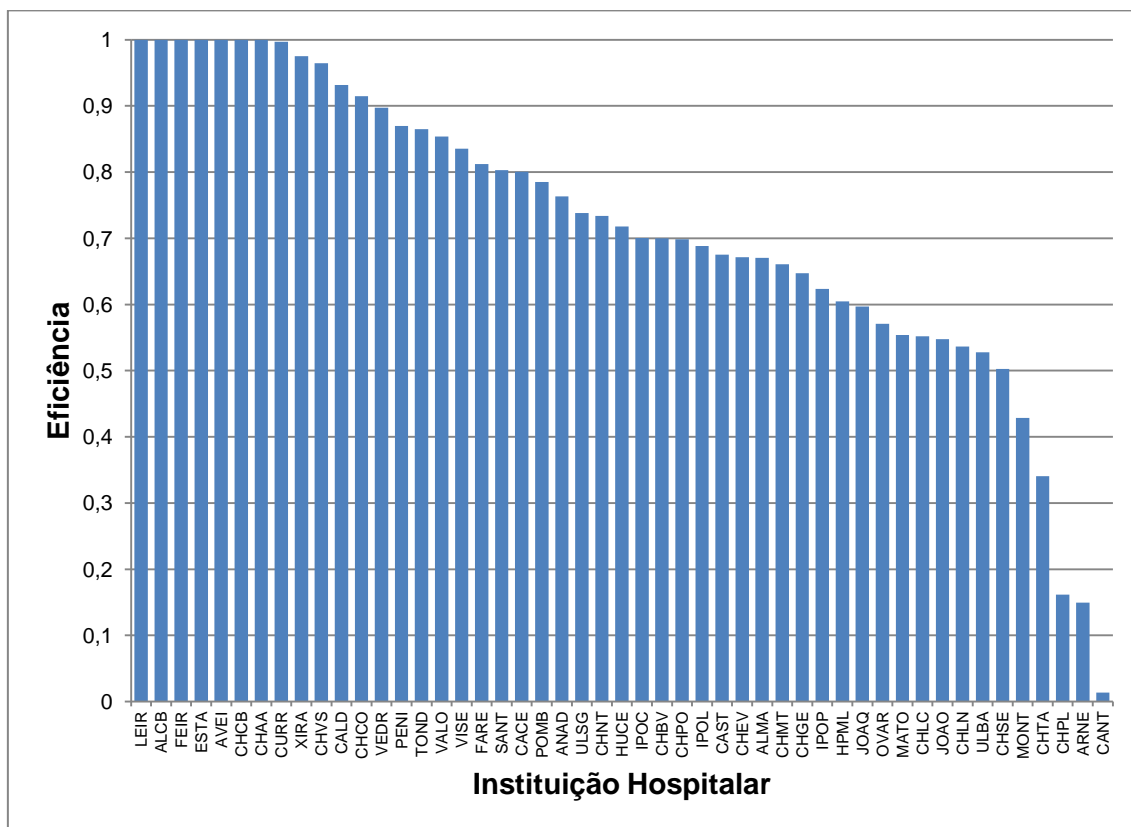


Figura 8.7. Índices de eficiência técnica (CRS) do internamento por instituição hospitalar

A análise com VRS na aplicação DEA-Solver Pro, apesar de não estar apresentada na metodologia e nos resultados, permite identificar os retornos de escala das instituições. Efectivamente, o hospital anteriormente referido apresenta retornos crescentes de escala, enquanto instituições maiores, como por exemplo o Centro Hospitalar Lisboa Norte, apresentam retornos decrescentes de escala. Sendo assim, optou-se por considerar, na restante análise, apenas o caso com VRS.

**Exemplo: Centro Hospitalar Lisboa Central (CHLC)**

Considere-se, como exemplo mais específico, numa análise de eficiência técnica sob a condição de VRS, o Centro Hospitalar de Lisboa Central. Podem encontrar-se resultados semelhantes para as restantes instituições no Anexo IV.

Tabela 8.7. Sumário dos dados do CHLC (internamento)

	Recursos CHLC				Produção
	Médicos	Enfermeiros	Outro Pessoal	Med/MCDT	Doentes Saídos
Número	247	1.225	870	6.559.328	50.964
Preço	47.498 €	17.277 €	7.291 €	7 €	Total Custos
Custo	11.739.441 €	21.170.044 €	6.346.718 €	44.865.708 €	<b>84.121.910 €</b>

Na tabela anterior encontram-se os dados utilizados na análise. Repare-se que o número de médicos é quatro vezes mais baixo do que o número de enfermeiros, enquanto o preço unitário dos médicos é mais do que o dobro do preço unitário dos enfermeiros. O CHLC apresenta um custo considerado para o internamento de 84.121.910€.

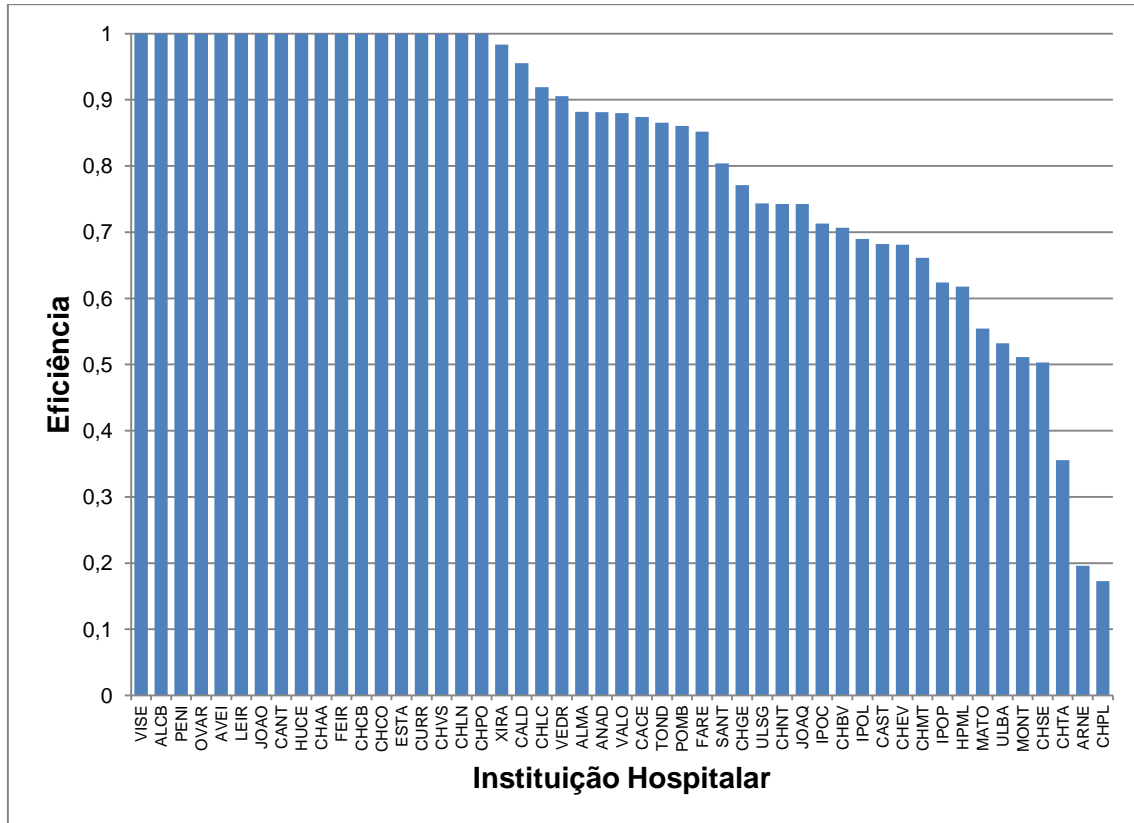


Figura 8.8. Índices de eficiência técnica (VRS) do internamento por instituição hospitalar

Numa análise de eficiência técnica, como apresentada na parte descritiva da metodologia, apenas se consideram os níveis de recursos e de produção. Os resultados apresentados na Tabela 8.8 demonstram que o CHLC é classificado como uma instituição com alguma ineficiência técnica; tem um índice de eficiência técnica  $\theta_h^*$  de 0.92 e tem como hospitais de referência o Centro Hospitalar Lisboa Norte (CHLN) e o Centro Hospitalar do Porto (CHPO).

A coluna “Pesos” representa as estimativas dos parâmetros  $\lambda$  do programa linear correspondente. Quanto mais elevado o peso, maior o impacto do hospital de referência. O hospital que tem o maior peso é o CHPO. Efectivamente, com cerca de metade dos recursos em quase todas as rubricas, quando comparado com o CHLC, o CHPO consegue produzir um valor de doentes saídos superior a metade da produção do CHLC. Isto significa que, por questões de eficiência técnica, o CHLC deve convergir para o CHPO.

Tabela 8.8. Sumário dos dados da projecção do CHLC (internamento)

	Recursos				Produção	
	Médicos	Enfermeiros	Outro Pessoal	Med/MCDT	Doentes Saídos	Pesos
CHLN	395	1.576	1.303	7.040.908	68.242	<b>0,38</b>
CHPO	125	844	453	3.450.444	40.501	<b>0,62</b>
CHLC'	227	1.120	773	4.804.589	<b>50.964</b>	
% CHLC	<b>0,92</b>	0,91	0,89	0,73		

A linha CHLC' na Tabela 8.8 indica a configuração do hospital fictício na fronteira de eficiência técnica em que foi projectado o CHLC. Esta projecção obtém-se multiplicando e somando os recursos e a produção dos hospitais de referência pelos pesos correspondentes. Por exemplo, o valor de 227 médicos obtém-se através do cálculo  $0,38 \times 395 + 0,62 \times 125$ . Note-se que a projecção não aumentou a produção do CHLC, apenas diminui os níveis de recursos.

O nível de médicos foi diminuído radialmente, ou seja, aplicando o índice de eficiência técnica  $\theta_h^*$ . As outras rubricas apresentaram *slacks*. Esta constatação reflecte-se no facto de a linha “% CHLC”, da Tabela 8.8, para as rubricas Enfermeiros, Outro Pessoal e Med/MCDT, apresentar uma taxa menor do que o índice de eficiência técnica. Ou seja, retirando o efeito dos *slacks*, estes recursos foram diminuídos mais do que pelo índice de eficiência técnica  $\theta_h^*$ .

Tabela 8.9. Sumário dos dados do CHLC' (internamento)

	Recursos CHLC'				Produção
	Médicos	Enfermeiros	Outro Pessoal	Med/MCDT	Doentes Saídos
Número	227	1.120	773	4.804.589	50.964
Preço	47.498 €	17.277 €	7.291 €	7 €	<b>Total Custos</b>
Custo	10.787.048 €	19.346.271 €	5.637.780 €	32.863.322 €	<b>68.634.422 €</b>
Diferença	-952.393 €	-1.823.772 €	-708.938 €	-12.002.385 €	<b>-15.487.488 €</b>

Depois de projectado na fronteira de eficiência técnica (Tabela 8.9), o CHLC apresenta um custo de eficiência técnica ao nível do internamento de 68.634.422€. Logo, segundo esta estimativa, o CHLC poderia convergir para a eficiência técnica diminuindo em 15.487.488€ os custos associados a ineficiências técnicas nos recursos afectados ao internamento.

### 8.3.4.2 Ambulatório

Na Tabela 8.10 encontra-se um sumário dos índices de eficiência técnica  $\theta_h^*$ , para o serviço clínico de ambulatório das instituições, assumindo VRS.

Tabela 8.10. Sumário dos índices de eficiência técnica do ambulatório

	VRS
Máximo	1
Mínimo	0,46
Média	0,85
Desvio Padrão	0,18
Nº Eficientes	21
Nº Ineficientes	26

A média da eficiência técnica com VRS, apesar do grande número de instituições eficientes, é de 0,85, com um desvio padrão relativamente elevado. Mais instituições hospitalares são classificadas como sendo tecnicamente eficientes no ambulatório do que no internamento.

A Figura 8.9 demonstra os índices de eficiência técnica  $\theta_h^*$  de todas as instituições hospitalares analisadas, por ordem decrescente do índice.

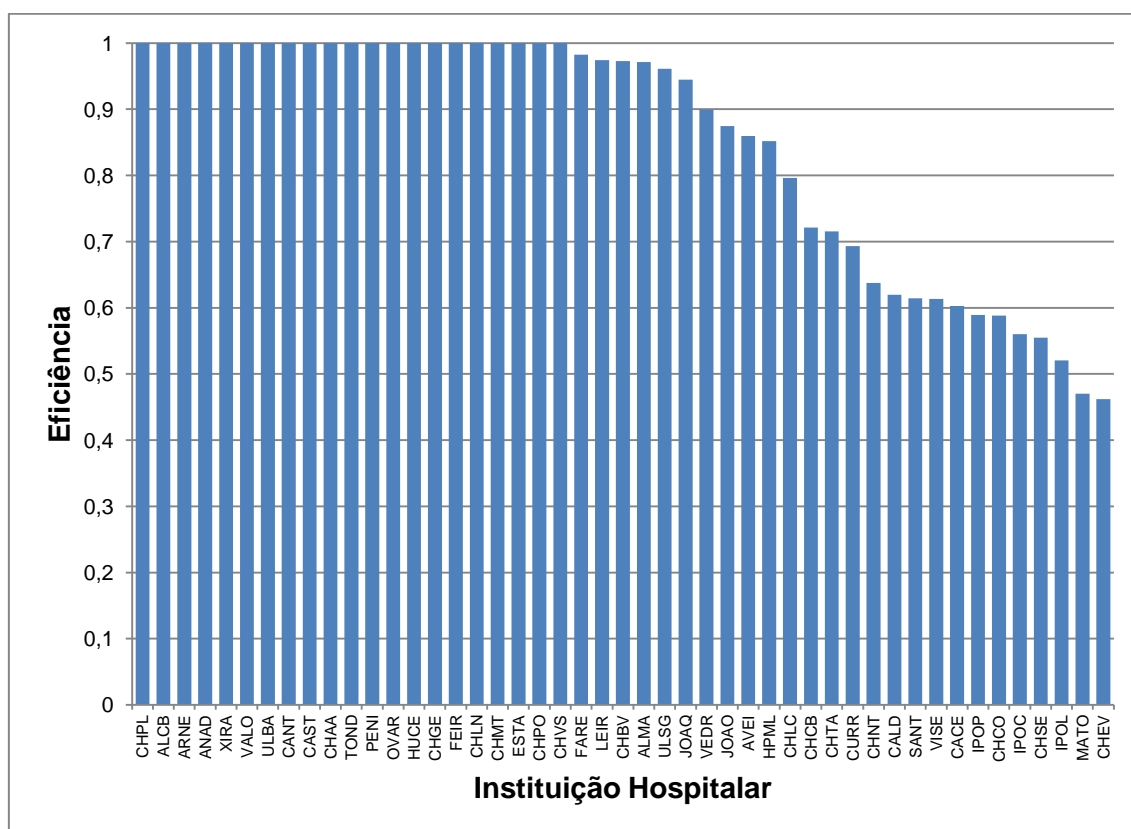


Figura 8.9. Índices de eficiência técnica (VRS) do ambulatório por instituição hospitalar

Na Tabela 8.11 encontra-se uma lista com hospitais eficientes que surgem mais frequentemente nos conjuntos de referência dos hospitais ineficientes. O Centro Hospitalar do Alto Ave (CHAA), o Centro Hospitalar do Médio Tejo (CHMT), o Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa (CHVS), o Hospital de São Pedro Gonçalves Telmo (PENI) e o Hospital de Nossa Senhora

da Conceição (VALO) parecem ser as instituições de referência mais importantes no que diz respeito à análise da eficiência técnica com VRS.

**Tabela 8.11. Hospitais eficientes e a respectiva frequência de referência para hospitais ineficientes**

	VRS
CHAA	15
CHMT	12
CHVS	24
PENI	9
VALO	10

### 8.3.5 Eficiência de Preço – Amostra Global

No segundo passo da metodologia, foi mensurada a eficiência técnica de cada instituição hospitalar, no conjunto de possibilidades de produção baseado no custo, identificando assim a eficiência de preço das instituições. Note-se que, antes de efectuar este passo, os hospitais identificados como sendo tecnicamente ineficientes no passo anterior, foram substituídos pelas suas projecções na fronteira de eficiência técnica, de forma a eliminar, o máximo possível, ineficiências técnicas.

Na Tabela 8.12 e na Tabela 8.13 encontram-se os sumários dos dados considerados na aplicação DEA-Solver Pro, para as análises da eficiência de preço. Dado que, nesta fase, trabalhou-se no conjunto de possibilidades de produção baseado no custo, os dados relativos aos recursos são os custos totais anuais dos hospitais. A produção mantém-se como no passo anterior.

Na Tabela 8.2 do internamento, verificou-se que o número de enfermeiros, em média, é o triplo do número de médicos. Quando se considera os custos totais com enfermeiros e médicos (Tabela 8.12), esta mesma relação já não se verifica. Em média, o custo com enfermeiros não chega a ser o dobro do custo com médicos. Isto deve-se ao facto do preço unitário dos médicos ser superior ao preço unitário dos enfermeiros.

**Tabela 8.12. Sumário do custo dos recursos do internamento**

	Custo Médicos	Custo Enfermeiros	Custo Outro Pessoal	Custo Med/MCDT
Máximo	17.625.710	21.007.404	8.527.936	52.733.495
Mínimo	66.150	325.188	58.303	179.623
Média	2.441.040	4.364.608	1.323.066	6.957.852
Desvio Padrão	4.031.370	5.135.579	1.705.558	10.968.717

A situação relativa ao outro pessoal é diferente da anteriormente relatada. Apesar do valor dos recursos com outro pessoal, em média, ser o dobro do número de médicos, o custo com outro pessoal é cerca a metade do custo com os médicos.

No que diz respeito ao ambulatório (Tabela 8.13), em média, os custos com o pessoal médico são comparáveis com os do internamento. Situação que também se verificou com o número de médicos na Tabela 8.2 e na Tabela 8.3. Apesar do número ligeiramente mais elevado de enfermeiros do que médicos (Tabela 8.3), o custo com os enfermeiros é muito menor do que o custo com médicos. Facto que se deve ao preço unitário mais baixo dos enfermeiros. Na Tabela 8.2 e na Tabela 8.3 verificou-se também que o consumo com medicamentos e MCDT no ambulatório, em média, representa o dobro do consumo no internamento. Em termos monetários, considerando o custo, verifica-se o mesmo.

**Tabela 8.13. Sumário do custo dos recursos do ambulatório**

	Custo Médicos	Custo Enfermeiros	Custo Outro Pessoal	Custo Med/MCDT
Máximo	11.088.973	4.572.829	9.570.291	118.176.160
Mínimo	84.836	75.069	36.519	113.070
Média	2.307.439	1.324.385	927.593	13.747.789
Desvio Padrão	2.421.291	1.017.600	1.408.973	22.669.659

### 8.3.5.1 Internamento

Para o serviço de internamento encontram-se, na Tabela 8.14, algumas estatísticas sobre os índices de eficiência de preço  $\rho_h^*$ . Em média, estes são mais elevados do que os índices de eficiência técnica, o que leva a crer que a maioria das instituições hospitalares não pratica preços muito ineficientes. Esta mesma conclusão também é aplicável quando se verifica o elevado número de instituições eficientes no preço e o desvio padrão dos índices relativamente baixo.

**Tabela 8.14. Sumário dos índices de eficiência de preço do internamento**

	VRS
Máximo	1
Mínimo	0,55
Média	0,93
Desvio Padrão	0,12
Nº Eficientes	26
Nº Ineficientes	23

A

Tabela 8.15 apresenta as cinco instituições eficientes que surgem mais frequentemente nos conjuntos de referência das instituições ineficientes. Trata-se do Centro Hospitalar de Setúbal (CHSE), do Hospital de São Sebastião de Santa Maria da Feira (FEIR), da Unidade Local de Saúde Matosinhos (MATO), do IPO do Porto (IPOP) e do Hospital Distrital do Montijo (MONT).

Tabela 8.15. Os 5 hospitais eficientes (mais frequentes) e a respectiva frequência de referência

	VRS
CHSE	12
FEIR	15
IPOP	6
MATO	15
MONT	15

A Figura 8.10 revela os índices de eficiência de preço  $\rho_h^*$  do internamento de todas as instituições hospitalares analisadas, por ordem decrescente do índice, e permite concluir que, efectivamente, não existem muitos hospitais com elevadas ineficiências no preço: há apenas três hospitais que ficam abaixo de 0,70.

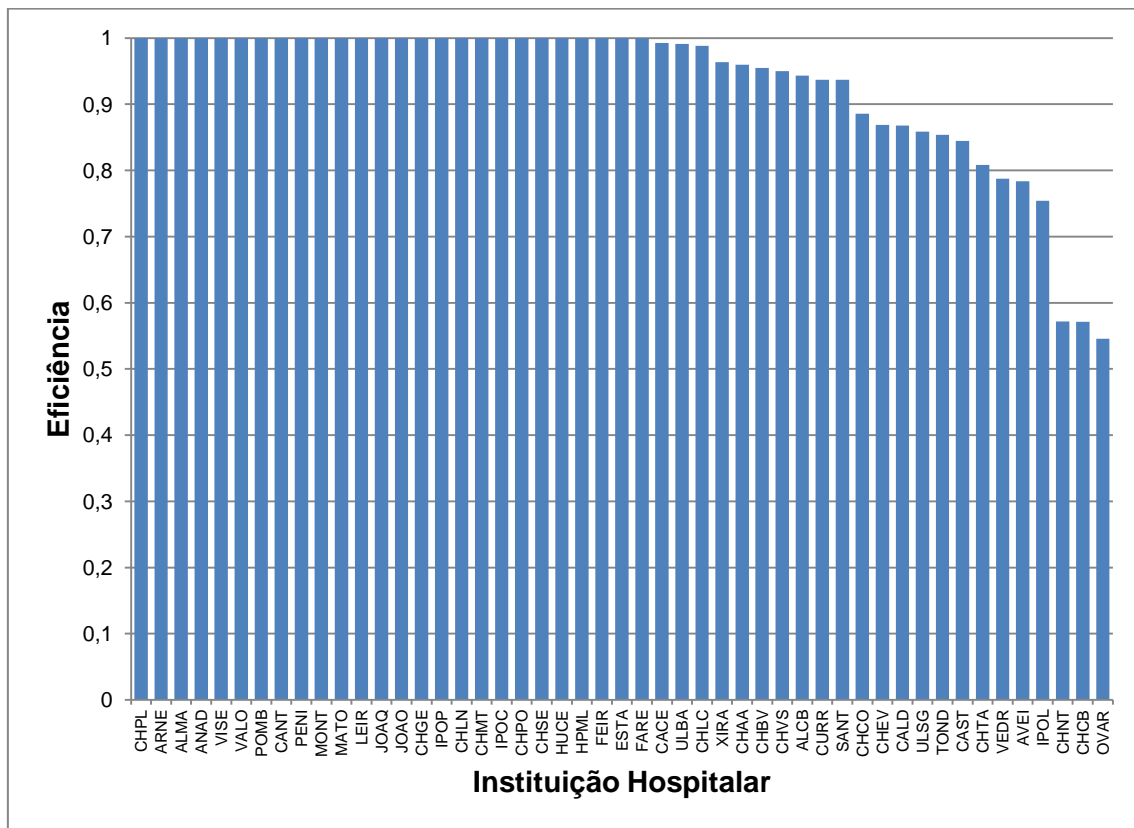


Figura 8.10. Índices de eficiência de preço (VRS) do internamento por instituição hospitalar

Exemplo: Centro Hospitalar Lisboa Central (CHLC)

Na

Tabela 8.16 encontram-se os dados utilizados na análise, referentes ao CHLC. O CHLC' apresenta um custo total de 68.634.422€. Mesmo depois de se tornar tecnicamente eficiente, e apesar da diferença significativa entre o preço unitário dos médicos e dos enfermeiros, o custo total dos médicos é aproximadamente metade do custo com enfermeiros.

Tabela 8.16. Sumário dos dados do CHLC' (internamento)

	Recursos CHLC'				Produção
	Médicos	Enfermeiros	Outro Pessoal	Med/MCDT	Doentes Saídos
Número	227	1.120	773	4.804.589	50.964
Preço	47.498 €	17.277 €	7.291 €	7 €	Total Custos
Custo	10.787.048 €	19.346.271 €	5.637.780 €	32.863.322 €	<b>68.634.422 €</b>

Repare-se, também, que o custo com medicamentos e MCDT é uma parte substancial do custo total considerado, representando quase a metade.

Na Tabela 8.17 verifica-se que o CHLC' apresenta quatro instituições eficientes no conjunto de referência, as quais demonstram relativa importância (semelhante entre elas) na projecção do CHLC' na fronteira de eficiência de preço. Efectuando-se a interpretação da Tabela 8.17 da mesma forma que se fez para a Tabela 8.8, o índice de eficiência de preço do CHLC é de 0,99, o que pode ser considerado elevado. A única rubrica que demonstra um *slack* é a dos enfermeiros, onde aparentemente há margem para melhorar ainda mais.

Tabela 8.17. Sumário dos dados da projecção do CHLC' (internamento)

	Custos com Recursos				Produção	Pesos
	Médicos	Enfermeiros	Outro Pessoal	Med/MCDT	Doentes Saídos	
CHGE'	422.270 €	3.911.651 €	8.527.936 €	11.562.745 €	27.086	<b>0,22</b>
CHLN	16.279.968 €	21.007.404 €	5.407.200 €	52.733.495 €	68.242	<b>0,31</b>
CHPO	6.407.640 €	12.822.236 €	3.162.305 €	25.349.947 €	40.501	<b>0,19</b>
JOAO	15.315.535 €	18.365.452 €	5.082.237 €	31.556.858 €	57.738	<b>0,29</b>
CHLC''	10.658.346 €	14.956.372 €	5.570.515 €	32.471.224 €	<b>50.964</b>	
% CHLC'	<b>0,99</b>	0,77	<b>0,99</b>	<b>0,99</b>		

Depois de também projectado na fronteira de eficiência de preço, o CHLC apresenta um custo de eficiência técnica e eficiência de preço de 63.656.458€. Isto quer dizer que o CHLC, actualmente, sofre uma perda de 4.977.964€ por ineficiência de preço (Tabela 8.18). Os dados equivalentes para os restantes hospitais encontram-se no anexo V.

Tabela 8.18. Sumário dos dados do CHLC'' (internamento)

	Recursos CHLC''				Produção
	Médicos	Enfermeiros	Outro Pessoal	Med/MCDT	Doentes Saídos



Análise e Avaliação do Sistema de Pagamentos e de Formação dos Preços Pagos aos Hospitais do Serviço Nacional de Saúde

Número	227	1.120	773	4.804.589	50.964
Preço	46.931 €	13.357 €	7.204 €	7 €	<b>Total Custos</b>
Custo	10.658.346 €	14.956.372 €	5.570.515 €	32.471.224 €	<b>63.656.458 €</b>
Diferença	-128.702 €	-4.389.899 €	-67.265 €	-392.098 €	<b>-4.977.964 €</b>

### 8.3.5.2 Ambulatório

Na Tabela 8.19 encontra-se um sumário dos índices de eficiência de preço  $\rho_h^*$ , para o serviço clínico de ambulatório de todas as instituições, assumindo VRS. Também aqui, em média, os índices são mais elevados do que os índices de eficiência técnica.

Tabela 8.19. Sumário dos índices de eficiência de preço do ambulatório

	VRS
Máximo	1
Mínimo	0.59
Média	0.97
Desvio Padrão	0.08
Nº Eficientes	38
Nº Ineficientes	9

A Figura 8.11 demonstra os índices de eficiência de preço  $\rho_h^*$  de todas as instituições hospitalares analisadas, por ordem decrescente do índice. Deste gráfico, podemos concluir que a maioria dos hospitais não pratica preços muito ineficientes.

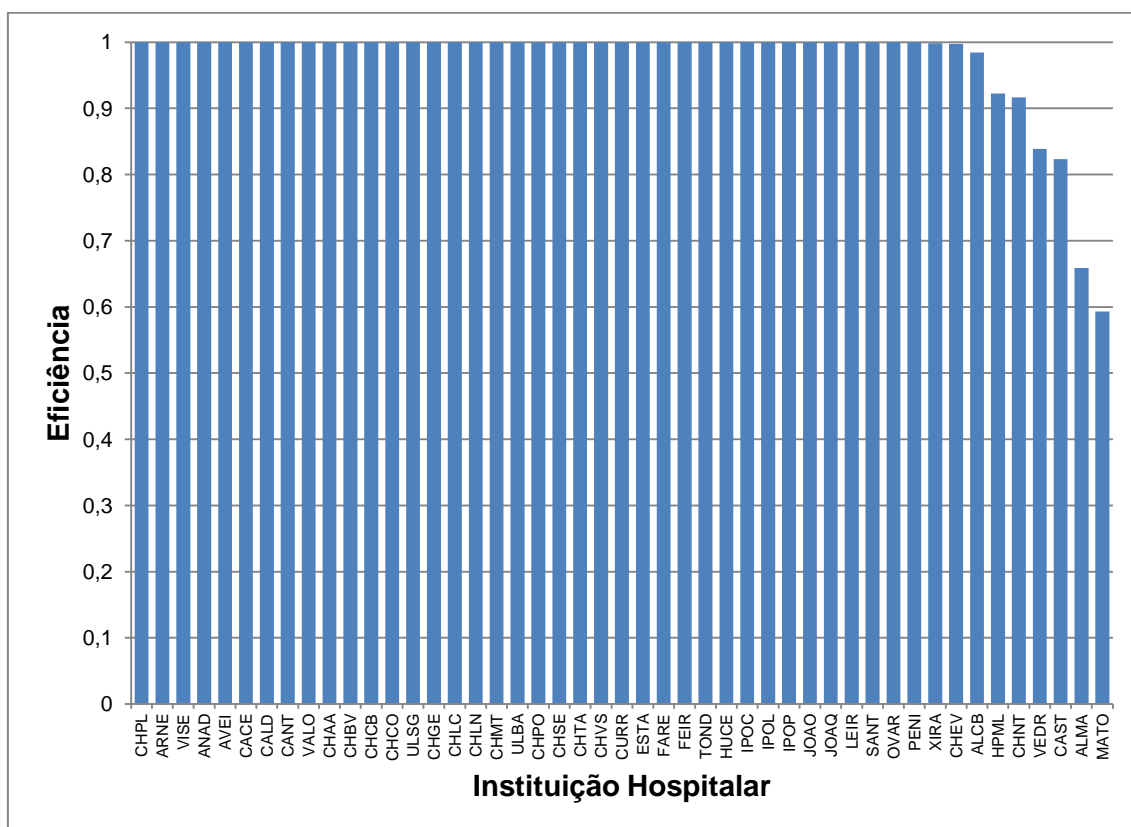


Figura 8.11. Índices de eficiência de preço (VRS) do ambulatório por instituição hospitalar

Na Tabela 8.20 encontra-se uma lista com instituições eficientes que surgem mais frequentemente nos conjuntos de referência das instituições ineficientes. O Centro Hospitalar do Médio Tejo (CHMT), o Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa (CHVS), o Hospital Curry Cabral (CURR), o Hospital de São Pedro Gonçalves Telmo (PENI) e o Hospital de Nossa Senhora da Conceição (VALO) parecem ser as instituições de referência mais importantes. No entanto, devido ao vasto número de instituições eficientes, a frequência de referência de estas instituições é muito mais baixo do que constatado até agora.

Tabela 8.20. Hospitais eficientes e a respectiva frequência de referência para hospitais ineficientes

	VRS
CHMT	3
CHVS	6
CURR	3
PENI	3
VALO	6

### 8.3.6 Eficiência de Custo – Amostra Global

No terceiro passo da metodologia, mensurou-se a eficiência de custo de cada instituição hospitalar, no conjunto de possibilidades de produção baseado no custo. Os dados utilizados na aplicação DEA-Solver Pro para efectuar este passo são os mesmos do que no passo anterior para a determinação da eficiência de preço.

### 8.3.6.1 Internamento

A Tabela 8.21 apresenta algumas estatísticas sobre os índices de eficiência de custo  $\eta_h^*$ . Em média, os índices são semelhantes aos índices de eficiência técnica. O número de instituições eficientes nesta secção é muito inferior quando comparado com o número de instituições eficientes nos pontos anteriores, o que sugere que a maior parte das instituições hospitalares apresenta ineficiências de custo. Porém, dado que a eficiência de custo engloba a eficiência de preço e a eficiência na afectação, e a maioria dos hospitais não apresenta ineficiências de preço, as ineficiências aqui detectadas são principalmente devido a ineficiências na afectação dos custos dos recursos.

Tabela 8.21. Sumário dos índices de eficiência de custo do internamento

	VRS
Máximo	1
Mínimo	0,46
Média	0,83
Desvio Padrão	0,13
Nº Eficientes	6
Nº Ineficientes	43

Através da leitura da Tabela 8.22, verifica-se que os hospitais de maior referência são o Hospital de Garcia de Orta (ALMA), o Centro Hospitalar de Setúbal (CHSE), o Hospital do Visconde de Salreu (ESTA), o Hospital de São João do Porto (JOAO) e o Hospital Distrital de Montijo (MONT).

Tabela 8.22. Sumário dos hospitais eficientes e a respectiva frequência de referência

	VRS
ALMA	16
CHSE	29
ESTA	9
JOAO	5
MONT	21

A Figura 8.12 demonstra os índices de eficiência de custo de todas as instituições analisadas, por ordem decrescente do índice, e permite verificar que a maior parte dos hospitais tem, efectivamente, problemas de eficiência de custo. Existem nove hospitais com índice de eficiência de custo inferior a 0,70.

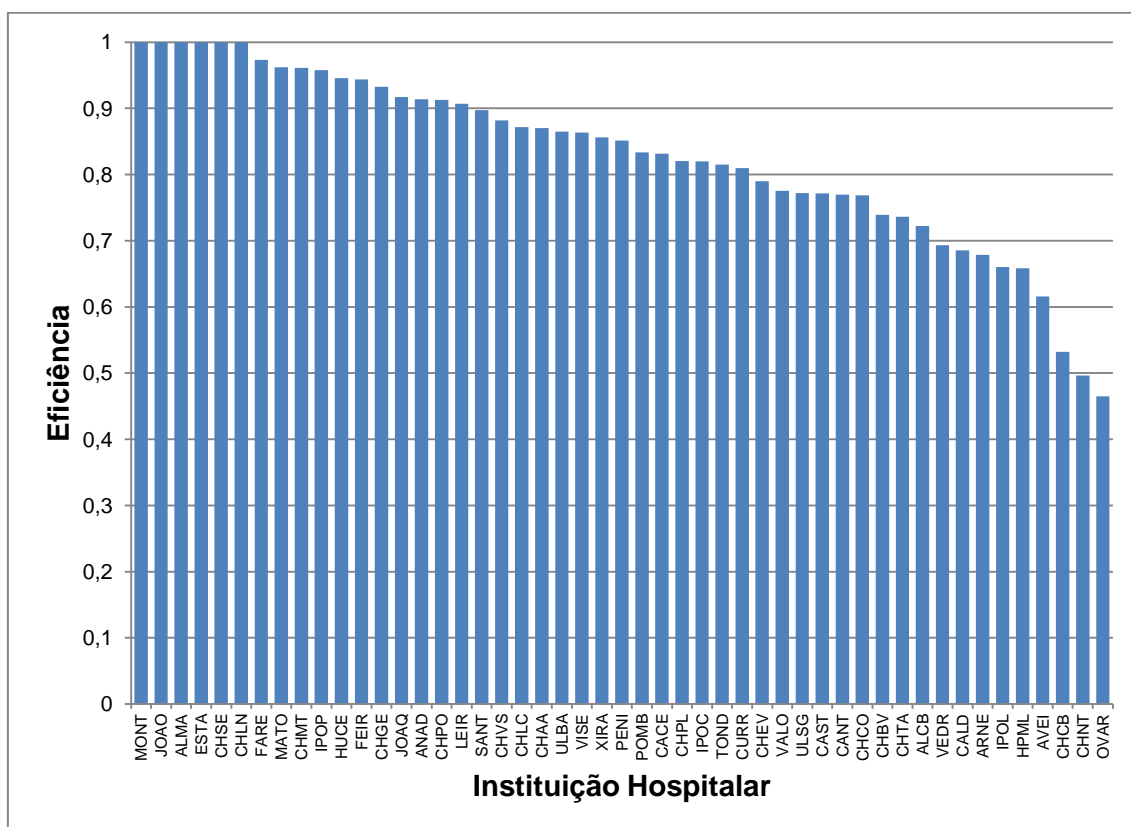


Figura 8.12. Índices de eficiência de custo (VRS) do internamento por instituição hospitalar

**Exemplo: Centro Hospitalar Lisboa Central (CHLC)**

Na Tabela 8.23 encontram-se os dados referentes ao CHLC utilizados na análise. São os mesmos dados que foram utilizados na análise da eficiência de preço.

Tabela 8.23. Sumário dos dados do CHLC' (internamento)

	Recursos CHLC'				Produção
	Médicos	Enfermeiros	Outro Pessoal	Med/MCDT	Doentes Saídos
Número	227	1.120	773	4.804.589	50.964
Preço	47.498 €	17.277 €	7.291 €	7 €	<b>Total Custos</b>
Custo	10.787.048 €	19.346.271 €	5.637.780 €	32.863.322 €	<b>68.634.422 €</b>

Da Tabela 8.24 podemos ver que o CHLC' apresenta duas instituições eficientes no conjunto de referência, das quais o Hospital de São João do Porto (JOAO) se destaca. Para se tornar mais eficiente no custo, o CHLC pode aumentar o custo dos médicos, em cerca de 15%. No entanto, este aumento tem que ser acompanhado de uma diminuição dos custos com os outros

recursos. Efectivamente, o Hospital de São João tem uma produção maior, representando mais custos com médicos e menos custos com os outros recursos.

Tabela 8.24. Sumário dos dados da projecção do CHLC'

	Custos com Recursos				Produção	
	Médicos	Enfermeiros	Outro Pessoal	Med/MCDT	Doentes Saídos	Pesos
ALMA'	1.600.182 €	7.076.418 €	1.878.480 €	9.885.926 €	25.580	<b>0,21</b>
JOAO	15.315.535 €	18.365.452 €	5.082.237 €	31.556.858 €	57.738	<b>0,78</b>
CHLC'''	12.426.247	15.987.295	4.407.331	26.991.642	<b>50.964</b>	
% CHLC'	<b>1,15</b>	<b>0,83</b>	<b>0,78</b>	<b>0,82</b>		

Depois de projectado na fronteira de eficiência de custo, o CHLC apresenta um custo mínimo de 59.812.515€. Isto quer dizer que o CHLC sofre, actualmente, uma perda de 8.821.907€ por ineficiência de preço e ineficiência na afectação (Tabela 8.25), o que implica uma perda de 3.843.942€ por ineficiência na afectação. Os dados equivalentes para os restantes hospitais encontram-se no anexo VI.

Tabela 8.25. Sumário dos dados do CHLC'''

	Recursos CHLC'''				Produção
	Médicos	Enfermeiros	Outro Pessoal	Med/MCDT	Doentes Saídos
Número	-	-	-	-	50.964
Preço	-	-	-	-	<b>Total Custos</b>
Custo	12.426.247 €	15.987.295 €	4.407.331 €	26.991.642 €	<b>59.812.515 €</b>
Diferença	1.639.199 €	-3.358.976 €	-1.230.449 €	-5.871.680 €	<b>-8.821.907 €</b>

Os traços na Tabela 8.25 para os números e preços dos recursos devem-se ao facto de que o custo mínimo pode ser atingido de várias maneiras, incluindo, mas não só, variações nos números dos recursos (com preços fixos), variações nos preços dos recursos (com números fixos), ou combinações de variações nos números e nos preços.

### 8.3.6.2 Ambulatório

A Tabela 8.26 apresenta algumas estatísticas sobre os índices de eficiência de custo  $\eta_h^*$  para o ambulatório. Em média, os índices são ligeiramente mais baixos do que os índices de eficiência técnica. Neste caso, o número de hospitais eficientes é muito inferior quando comparado com o número de hospitais eficientes nos pontos anteriores e, dado que a maioria dos hospitais não apresenta ineficiências de preço, também aqui as ineficiências detectadas são principalmente devido a ineficiências na afectação dos custos dos recursos.

Tabela 8.26. Sumário dos índices de eficiência de custo do ambulatório

	VRS
Máximo	1

Mínimo	0,42
Média	0,80
Desvio Padrão	0,16
Nº Eficientes	14
Nº Ineficientes	33

Na Tabela 8.27 encontra-se uma lista com instituições eficientes que surgem mais frequentemente nos conjuntos de referência das instituições ineficientes: o Hospital de José Luciano de Castro (ANAD), o Centro Hospitalar do Médio Tejo (CHMT), o Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa (CHVS), o Hospital de São Pedro Gonçalves Telmo (PENI) e o Hospital de Nossa Senhora de Conceição (VALO).

**Tabela 8.27. Hospitais eficientes e a respectiva frequência de referência**

	VRS
ANAD	9
CHMT	12
CHVS	30
PENI	9
VALO	23

A Figura 8.13 demonstra os índices de eficiência de custo  $\eta_h^*$  de todas as instituições analisadas, por ordem decrescente do índice, e permite verificar que a maior parte dos hospitais tem, efectivamente, problemas de eficiência de custo. Existem catorze instituições com o índice inferior a 0,70.

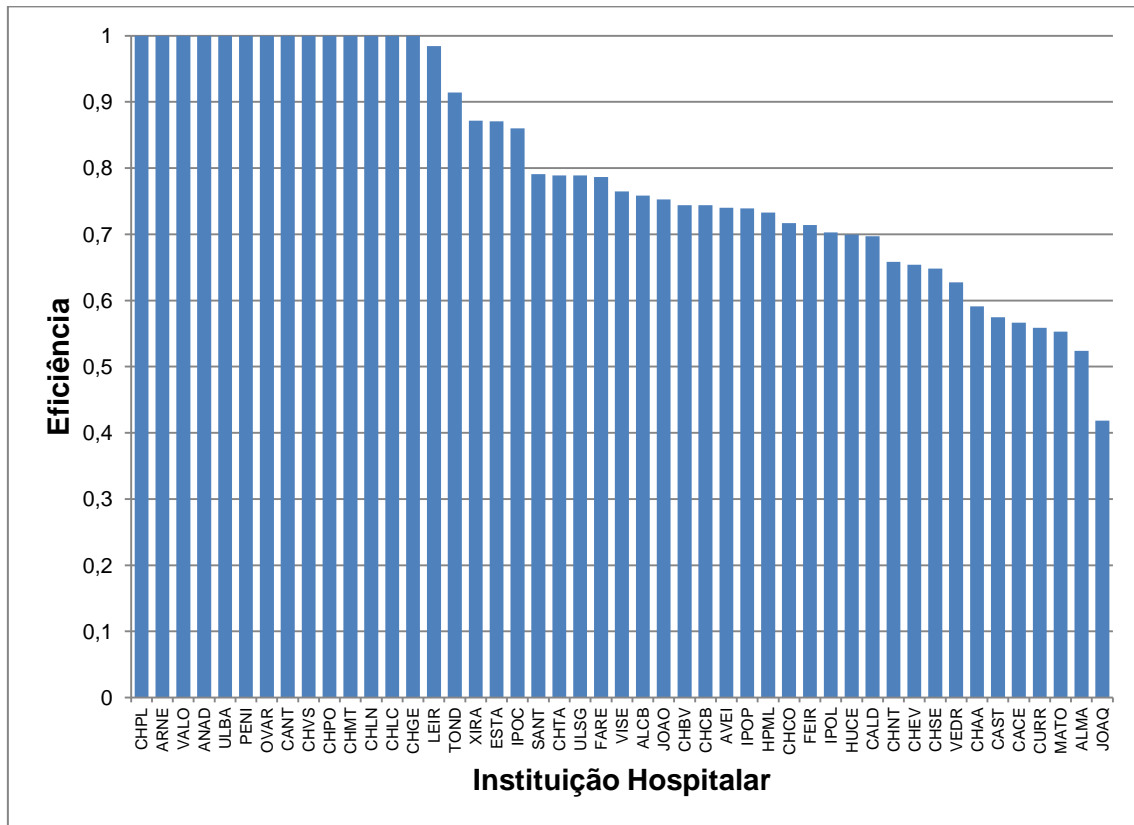


Figura 8.13. Índices de eficiência de custo (VRS) do ambulatório por instituição hospitalar

### 8.3.7 Decomposição do Custo Total Actual – Amostra Global

Depois de realizados os três passos anteriores, conseguiu identificar-se o custo mínimo das instituições hospitalares e os três tipos de perdas que sofrem: devido a ineficiências técnicas, de preço e na afectação.

#### 8.3.7.1 Internamento

Da Tabela 8.28 podemos ver que o total das perdas para o internamento, devido a ineficiências nas instituições hospitalares analisadas, ronda as 242 milhões de euros, o que representa 27% do total de cerca de 901 milhões de euros de custos considerados.

Tabela 8.28. Resumo das ineficiências ao nível nacional para o internamento

	Custo	Perda Ineficiência			Custo Mínimo
		Técnica	Preço	Afectação	
Internamento	900.629.404€	161.387.629€	41.567.808€	38.958.265€	658.715.701€
		241.913.703€ (27%)			

A Figura 8.14 e a Figura 8.15 demonstram o resultado final, quer em valores absolutos, quer em valores relativos, para o internamento e por instituição hospitalar. Repare-se que, na Figura 8.15, os valores a azul correspondem aos valores dos índices de eficiência de custo total,

como introduzido na Secção 8.2.4. Os hospitais foram ordenados por ordem decrescente da eficiência de custo total.

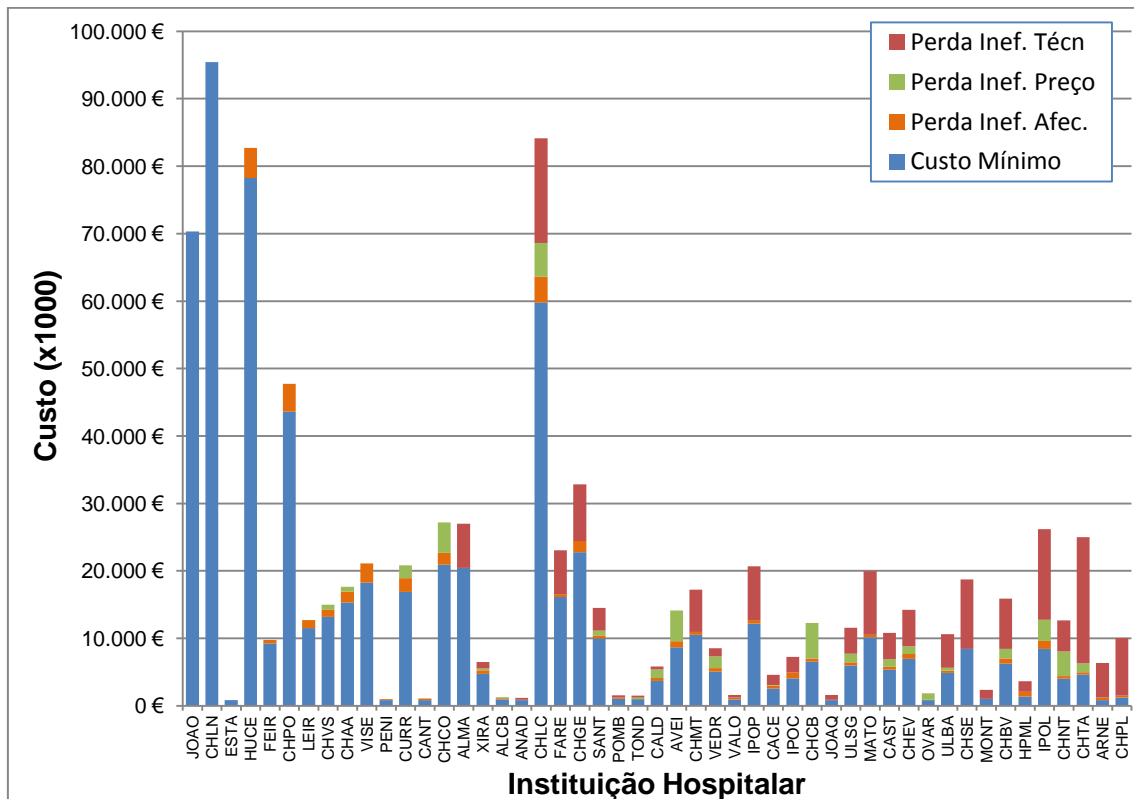


Figura 8.14. Decomposição do custo do internamento, identificando perdas devido a ineficiências (valores absolutos)

Há apenas dois hospitais que não demonstram ineficiências, o Hospital de São João (JOAO) e o Centro Hospitalar Lisboa Norte (CHLN). O Hospital do Visconde de Salreu de Estarreja demonstra, por seu turno, reduzida ineficiência de afectação.

Nos 14 hospitais mais à esquerda na Figura 8.15, há pouca evidência de ineficiência de preços e nenhuma de ineficiência técnica. Existe, no entanto, alguma evidência de ineficiência na afectação. Por outro lado, os restantes hospitais apresentam, de uma forma crescente, ineficiências técnica e de preços e, de uma forma decrescente, ineficiências na afectação.

Estas evidências sugerem que para os hospitais com uma eficiência total de custo relativamente elevada (acima de 0,75), a ineficiência se deve principalmente a ineficiências de afectação. Por sua vez, os hospitais com uma eficiência relativamente baixa, devem este facto principalmente a ineficiências técnicas e ineficiências no preço.



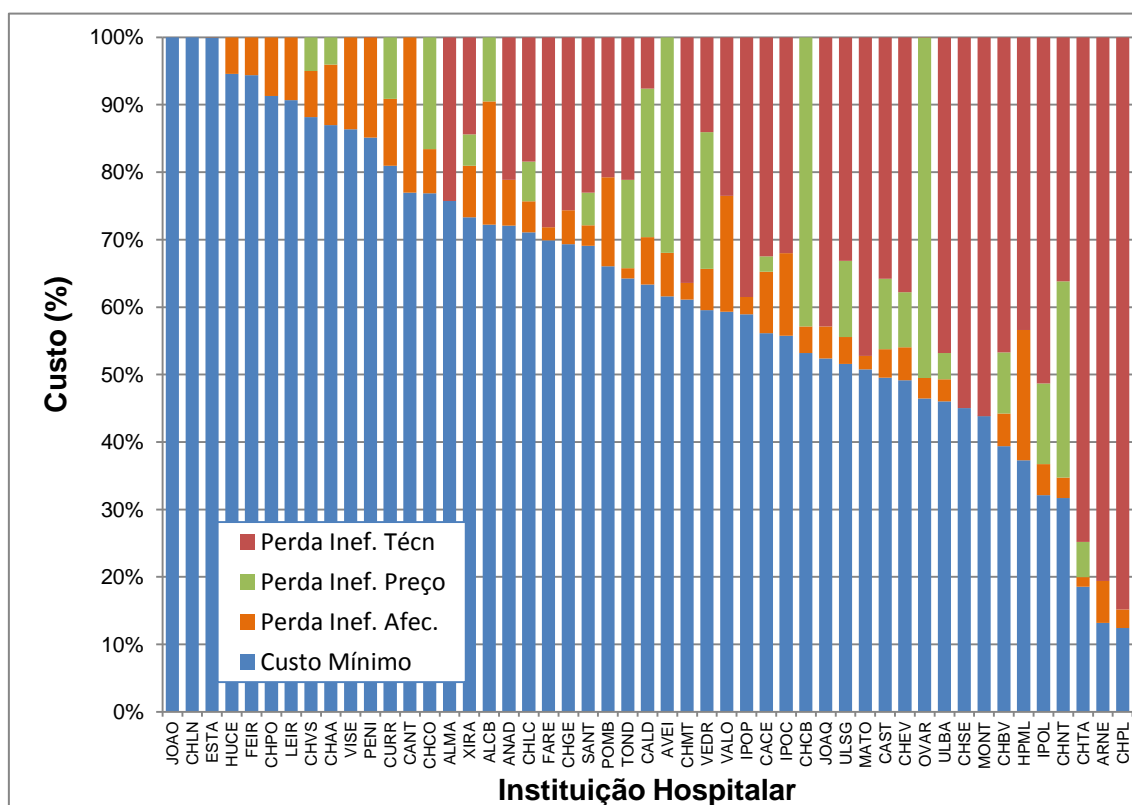


Figura 8.15. Decomposição do custo do internamento, identificando perdas devido a ineficiências (valores relativos)

**Exemplo: Centro Hospitalar Lisboa Central (CHLC)**

Para o CHLC, foi feito o apuramento das diversas fontes de perda devido às ineficiências; a instituição é um dos exemplos em que a maior parte da perda se deve à ineficiência técnica (Tabela 8.29).

Tabela 8.29. Decomposição do custo total actual do CHLC (internamento)

	Recursos				Total	Perda
	Médicos	Enfermeiros	Outro Pessoal	Med/MCDT		
Custo	11.739	21.170	6.347	44.866	<b>84.122</b>	
Custo Efic. Técnica	10.787	19.346	5.638	32.863	<b>68.634</b>	<b>-15.487</b>
Custo Efic. Preço	10.658	14.956	5.571	32.471	<b>63.656</b>	<b>-4.978</b>
Custo Mínimo	12.426	15.987	4.407	26.992	<b>59.813</b>	<b>-3.844</b>

Nota: Os valores apresentados são em milhares de euros.

### 8.3.7.2 Ambulatório

O mesmo exercício foi feito para o ambulatório, resultando na Figura 8.16 e Figura 8.17. As instituições foram ordenadas por ordem decrescente da eficiência de custo total. A ordenação resultante é ligeiramente diferente daquela apresentada na secção anterior.

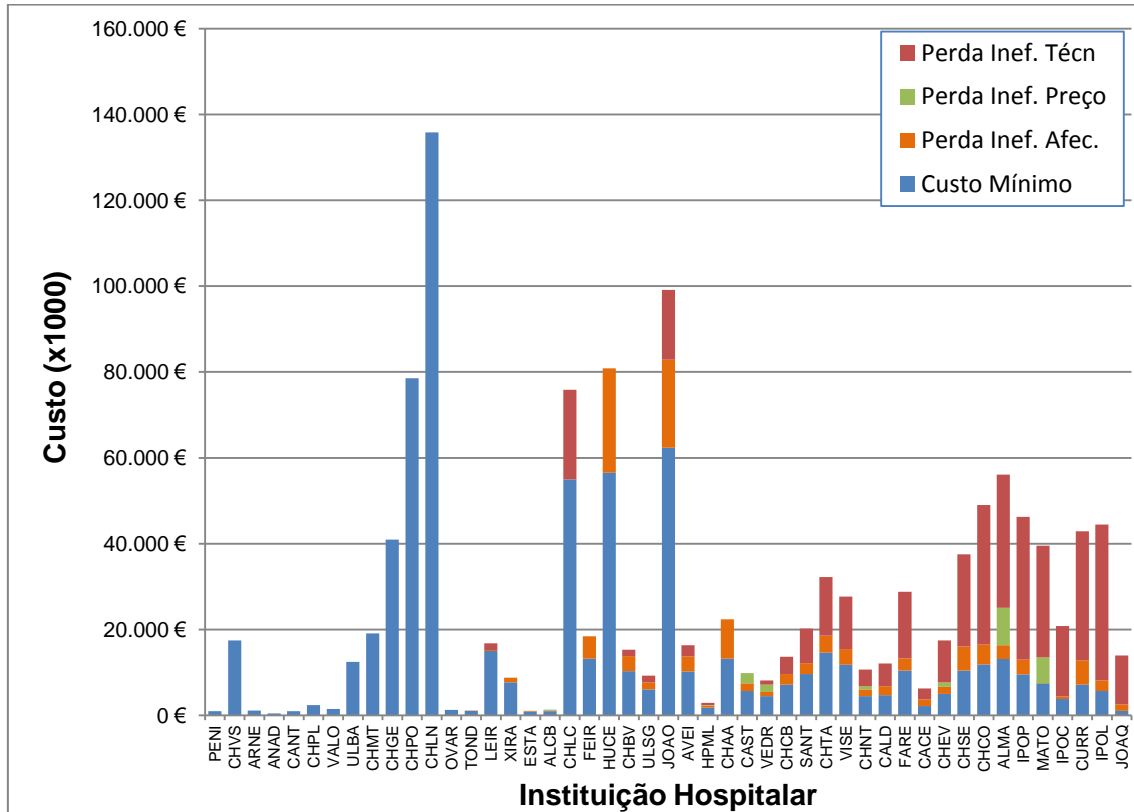


Figura 8.16. Decomposição do custo do ambulatório, identificando perdas devido a ineficiências (valores absolutos)

Há treze hospitais que não demonstram ineficiências. O mesmo tipo de conclusão para o ambulatório pode ser retirado relativamente às estimativas de eficiência no internamento, apesar de menos evidente visualmente. Para as instituições com uma eficiência total de custo relativamente elevada, a ineficiência deve-se principalmente à afectação ineficiente dos custos com os recursos. Por sua vez, os hospitais com uma eficiência relativamente baixa, devem este facto principalmente a ineficiências técnicas. Na globalidade, há pouca evidência de ineficiências nos preços.

A Tabela 8.30 permite-nos ver que o total das perdas para o ambulatório, devido a ineficiências nas instituições hospitalares analisadas, ronda os 503 milhões de euros, o que representa 41% do total de cerca de 1.220 milhões de euros de custos considerados.

Tabela 8.30. Resumo das ineficiências ao nível nacional para o ambulatório

	Custo Total	Perda Ineficiência			Custo Mínimo
		Técnica	Preço	Afectação	
Ambulatório	1.219.777.391€	359.338.707€	21.162.474€	122.057.096€	717.219.115€
		502.558.276€ (41%)			

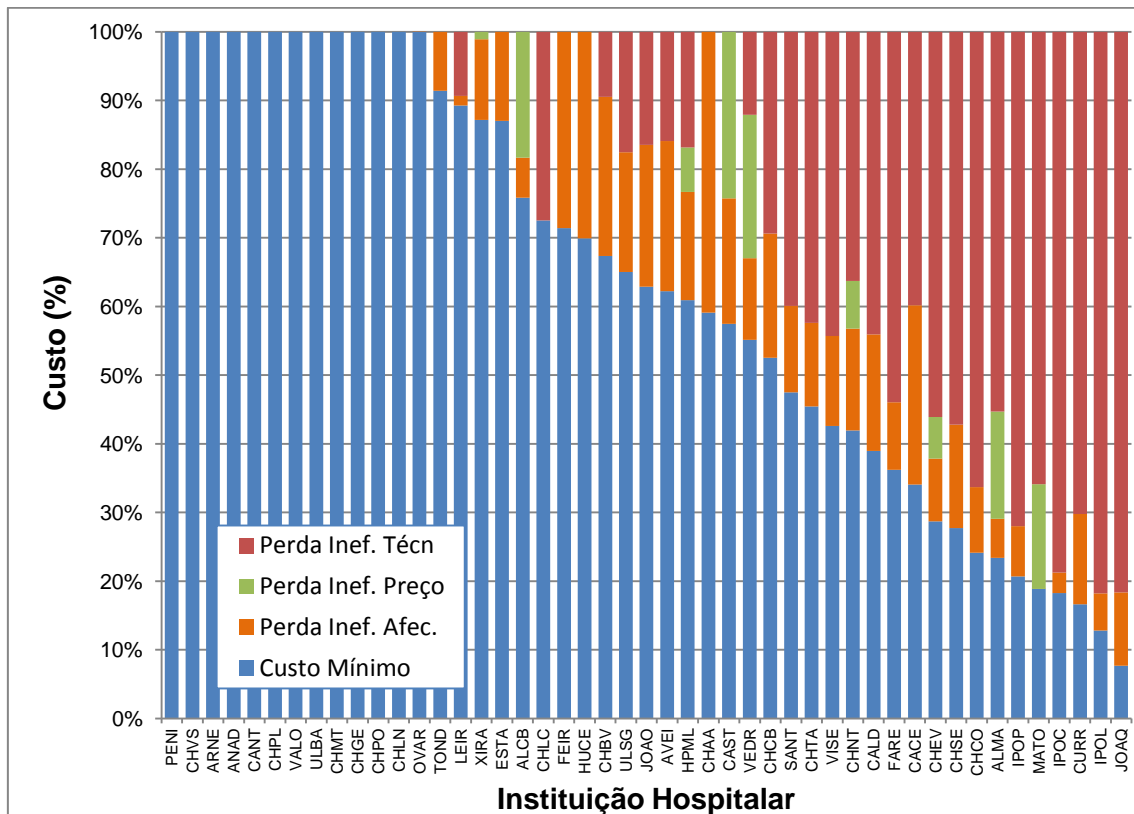


Figura 8.17. Decomposição do custo do ambulatório, identificando perdas devido a ineficiências (valores relativos)

### 8.3.7.3 Internamento e Ambulatório

As estimativas apresentadas na Figura 8.18 e na Figura 8.19 resumem a análise de eficiência no ambulatório e internamento dos hospitais do SNS. Na Figura 8.18, os valores correspondentes a cada barra horizontal identificam o custo total actual de cada instituição e as diferentes tonalidades a perda por tipo de ineficiência: técnica (laranja); preço dos recursos (verde); afectação (vermelho). As instituições foram ordenadas por ordem decrescente do custo total actual considerado.

De entre os hospitais analisados o Centro Hospitalar Lisboa Norte revelou ser o mais eficiente. Na globalidade parece evidente que os hospitais com maiores custos totais, tal como o Hospital de S. João, os Hospitais da Universidade de Coimbra e o Centro Hospitalar do Porto, são aqueles com menores ineficiências.

Hospitais de dimensão (custos total) inferior aos anteriores exibem ineficiências mais volumosas e mais evidentes no ambulatório, em particular ineficiências técnicas (excesso de utilização de recursos), como por exemplo o Hospital de Garcia de Orta (ALMA) ou o Centro Hospitalar de Coimbra (CHCO).

Conseguem-se identificar também um conjunto relativamente homogêneo de hospitais de média dimensão com níveis de ineficiência baixos, como por exemplo o Centro Hospitalar Médio Tejo (CHMT), o Hospital de S. Sebastião (FEIR), o Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa (CHVS), o Hospital de S. André (LEIR) ou o Hospital Infante D. Pedro (AVEI).

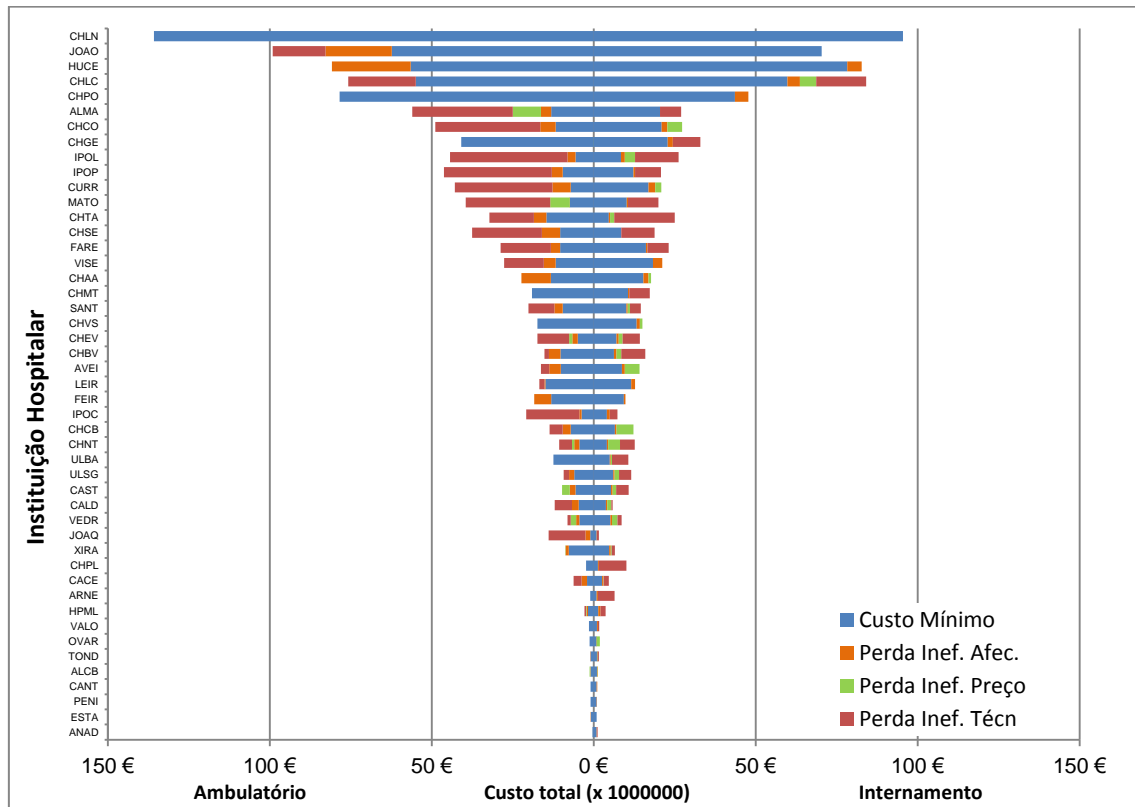


Figura 8.18. Decomposição do custo total (valores absolutos): ambulatório vs. Internamento

A Figura 8.18 revela igualmente um conjunto de hospitais de reduzida dimensão e elevados níveis de eficiência, tal como o Hospital José Luciano de Castro (ANAD), o Hospital de S. Pedro Gonçalves Telmo (PENI) ou o Hospital Arcebispo João Crisóstomo (CANT). A desagregação da eficiência de todos os hospitais pode ser consultada com maior detalhe no anexo VII .

Na Figura 8.19, os valores correspondentes a cada barra horizontal somam a 100% e permitem evidenciar o peso do internamento e o ambulatório no custo total actual considerado, tal como permitem identificar o peso das perdas devido a ineficiências. As instituições foram ordenadas por ordem decrescente da eficiência global (parte azul).

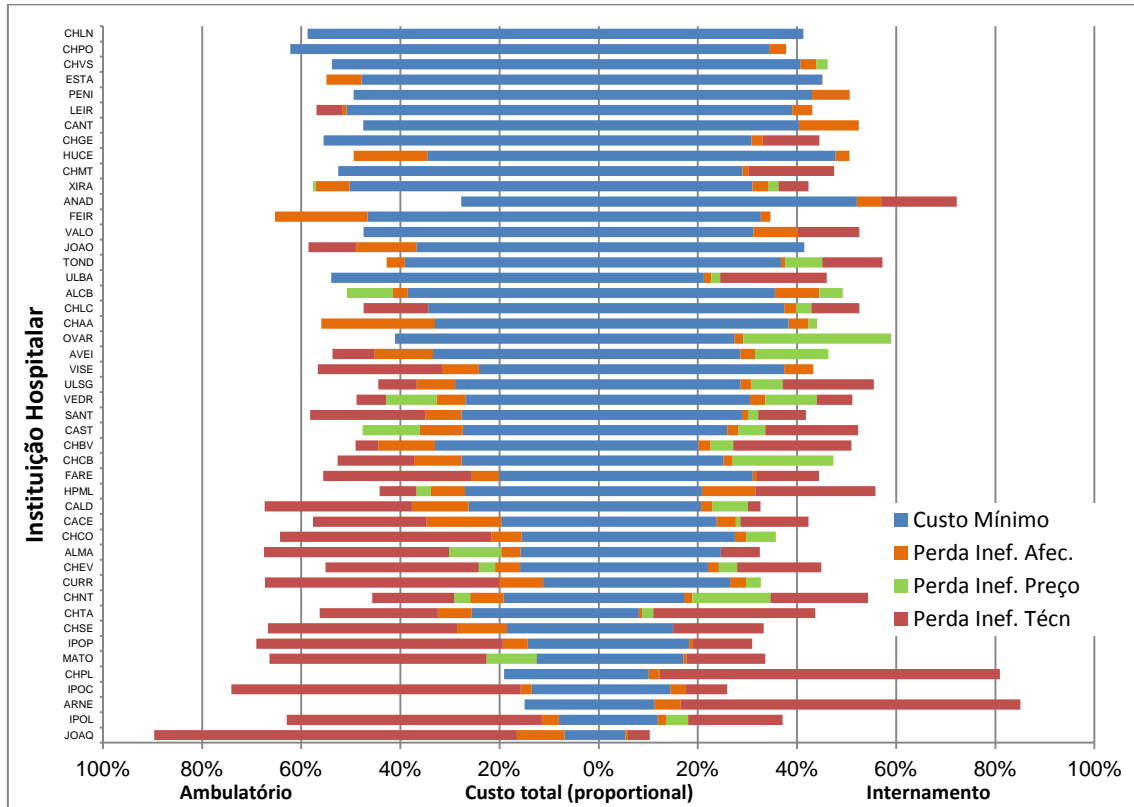


Figura 8.19. Decomposição do custo total (valores relativos): ambulatório vs. internamento

### 8.3.8 Decomposição do Custo Total Actual – Amostra Restrita

Também para a amostra restrita, conseguiu identificar-se o custo mínimo das instituições hospitalares e os três tipos de perdas que sofrem. Os resultados dos três passos anteriores ao apuramento da decomposição do custo total actual, encontram-se nos anexos.

#### 8.3.8.1 Internamento

Da Tabela 8.31 podemos ver que o total das perdas para o internamento, devido a ineficiências nas instituições hospitalares analisadas, ronda as 205 milhões de euros, o que representa 24% do total de cerca de 865 milhões de euros de custos considerados.

Tabela 8.31. Resumo das ineficiências ao nível nacional para o internamento

	Custo	Perda Ineficiência			Custo Mínimo
		Técnica	Preço	Afectação	
<b>Internamento</b>	864.666.929€	136.333.325€	34.972.681€	34.084.338€	659.276.585€
		205.390.344€ (24%)			

A Figura 8.20 e a Figura 8.21 demonstram o resultado final, quer em valores absolutos, quer em valores relativos, para o internamento e por instituição hospitalar. Os hospitais foram ordenados por ordem decrescente da eficiência de custo total.

Os resultados são muito semelhantes aos resultados obtidos na análise da amostra de instituições global. Sugerem que para as instituições com uma eficiência total de custo

relativamente elevada, a ineficiência se deve principalmente a ineficiências na afectação, enquanto as instituições com uma eficiência relativamente baixa, devem este facto principalmente a ineficiências técnicas e ineficiências no preço.

A maior diferença entre as análises encontra-se talvez no facto do Hospital do Litoral Alentejano – Santiago do Cacém (CACE), agora estar classificado numa posição muito mais favorável em termos de eficiência de custo total do que na análise da amostra global.

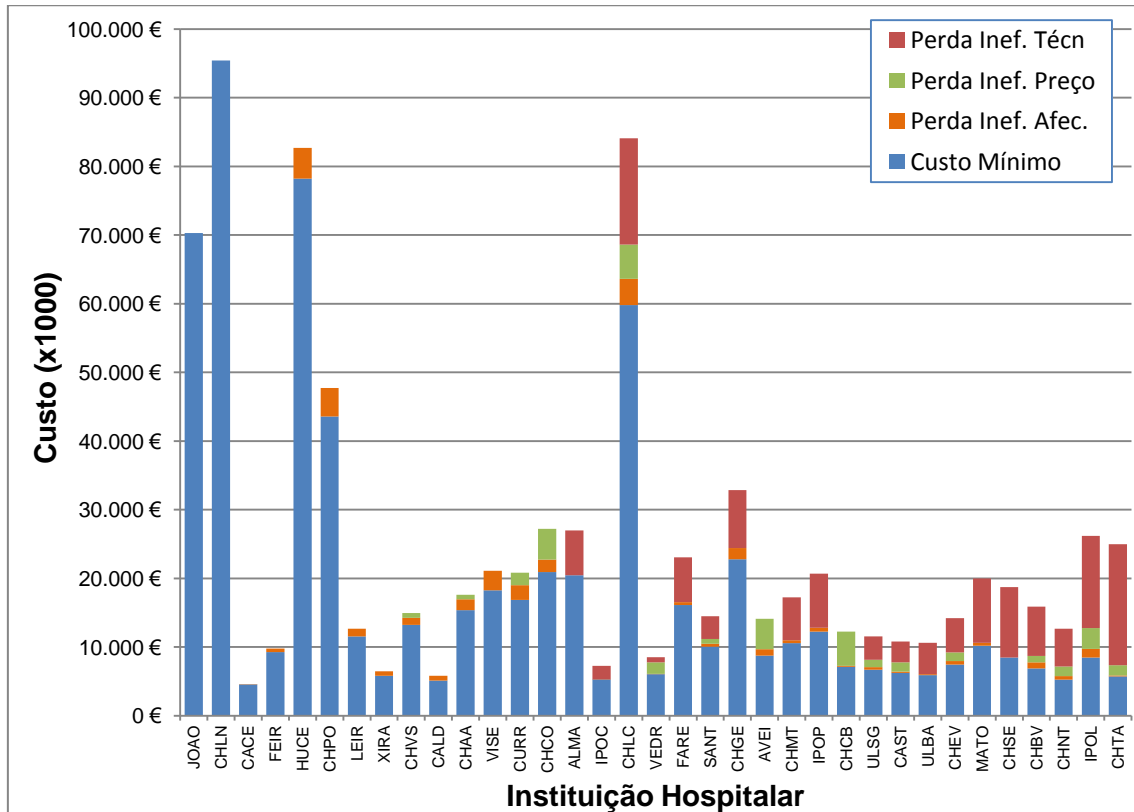


Figura 8.20. Decomposição do custo do internamento, identificando perdas devido a ineficiências (valores absolutos)

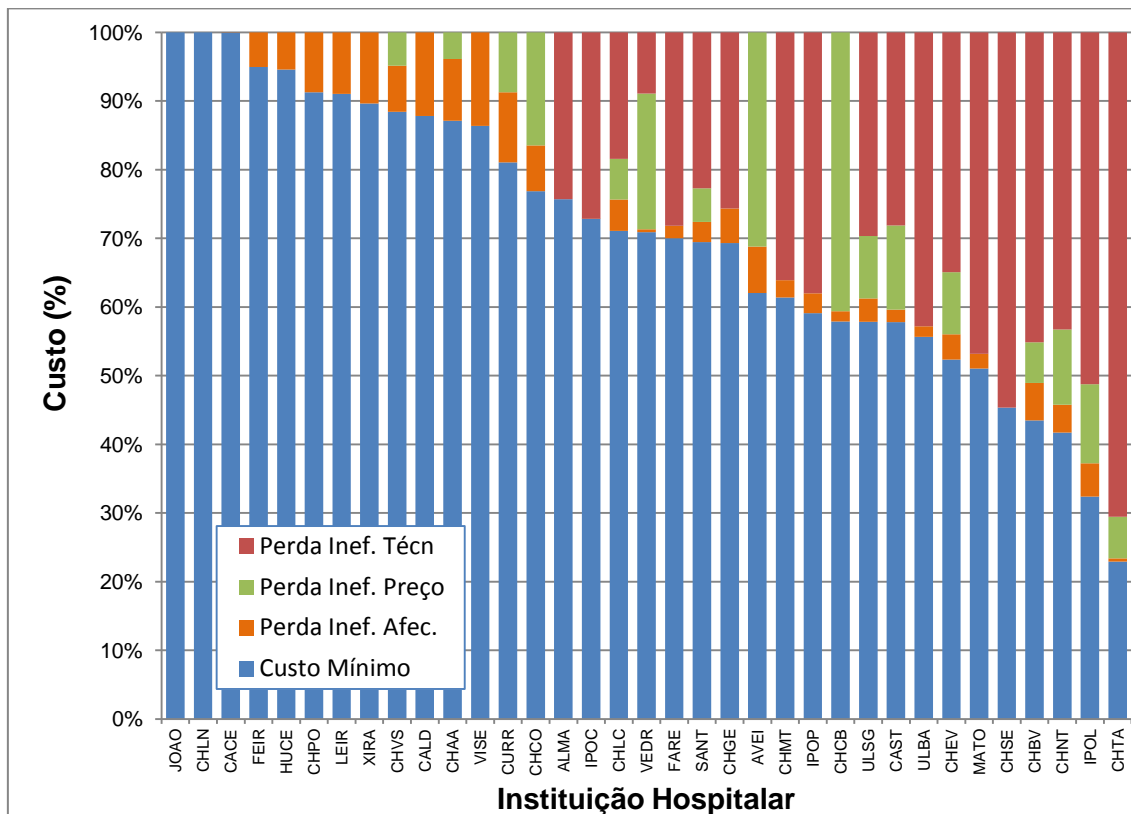


Figura 8.21. Decomposição do custo do internamento, identificando perdas devido a ineficiências (valores relativos)

### 8.3.8.2 Ambulatório

O mesmo exercício para o ambulatório, resultou na Figura 8.22 e a Figura 8.23. As instituições foram ordenadas por ordem decrescente da eficiência de custo total. A ordenação resultante é ligeiramente diferente daquela apresentada na secção anterior.

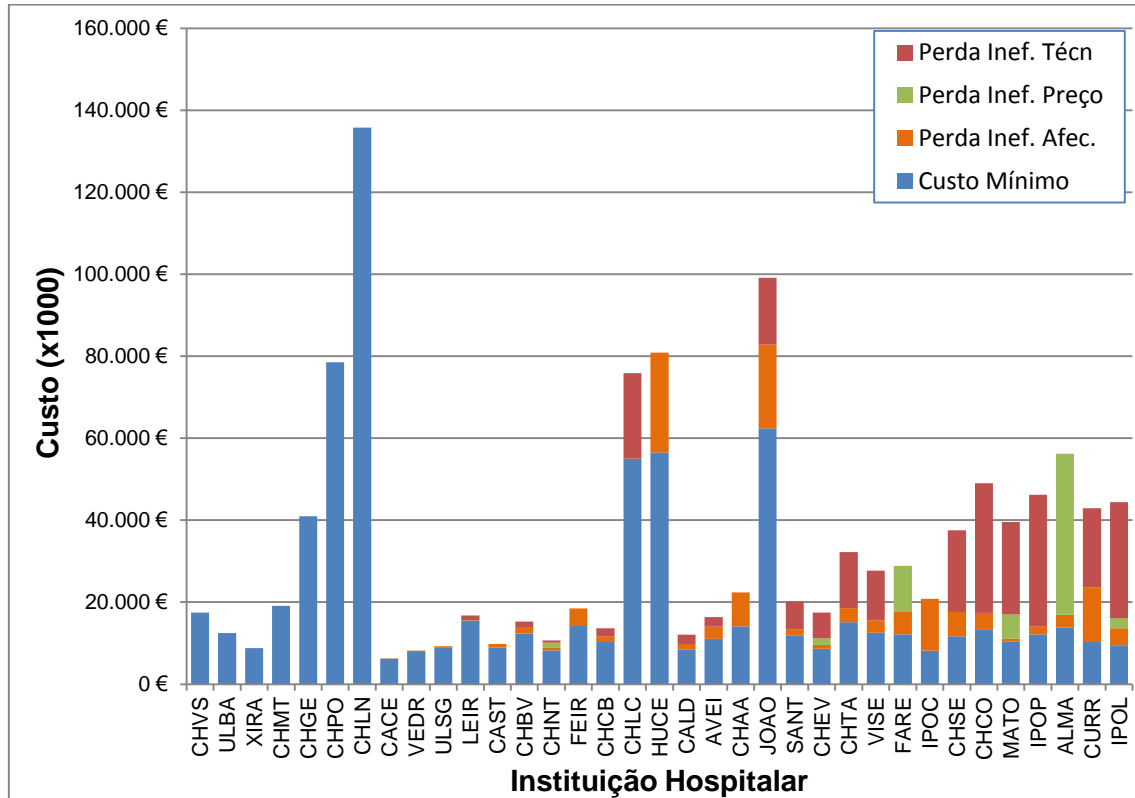


Figura 8.22. Decomposição do custo total actual do ambulatório, identificando perdas devido a ineficiências (valores absolutos)

A Tabela 8.32 permite-nos ver que o total das perdas para o ambulatório, devido a ineficiências nas instituições hospitalares analisadas, ronda as 428 milhões de euros, o que representa 36% do total de cerca de 1.191 milhões de euros de custos considerados.

Tabela 8.32. Resumo das ineficiências ao nível nacional para o ambulatório

	Custo Total	Perda Ineficiência			Custo Mínimo
		Técnica	Preço	Afectação	
Ambulatório	1.190.838.759€	239.666.396€	61.394.738€	127.244.813€	762.532.812€
		428.305.947€ (36%)			



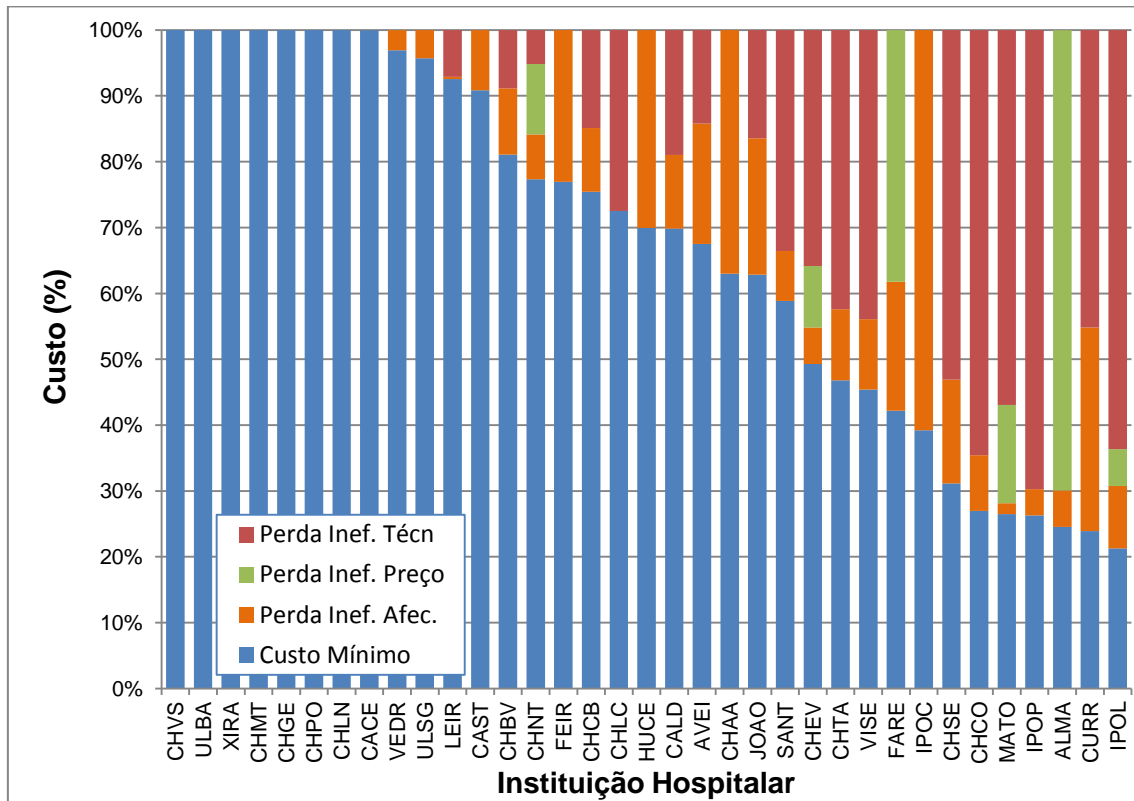


Figura 8.23. Decomposição do custo do ambulatório, identificando perdas devido a ineficiências (valores relativos).

Também aqui, o Hospital do Litoral Alentejano – Santiago do Cacém (CACE), está agora classificado numa posição muito mais favorável em termos de eficiência de custo total do que na análise com a amostra global.

### 8.3.8.3 Internamento e Ambulatório

Na globalidade, verifica-se que as interpretações retiradas das análises do ambulatório e internamento em particular são aplicáveis aos dados agrupados (Figura 8.24 e Figura 8.25). Os IPOs continuam a revelar níveis de eficiência relativamente baixos.

Por questões que se prendem com a inexistência de dados num formato adequado a análise de eficiência não levou em conta a actividade realizada com recurso a horas extraordinárias nem os respectivos custos. Igualmente por não ser possível afectar os custos com as contas do POCMS “Subcontratos” e “Fornecimentos e Serviços” às actividades de ambulatório ou de internamento, os mesmos não foram incluídos na análise de eficiência económica.

A equipa de investigação está ciente desta limitação e das implicações que a mesma pode acarretar nos resultados apresentados. Por exemplo, espera-se que a exclusão das horas extraordinárias e dos custos associados possam contribuir para um desempenho de eficiência relativamente melhor num hospital mais ineficiente por excesso de utilização destes recursos.

Análise e Avaliação do Sistema de Pagamentos e de Formação dos Preços Pagos aos Hospitais do Serviço Nacional de Saúde

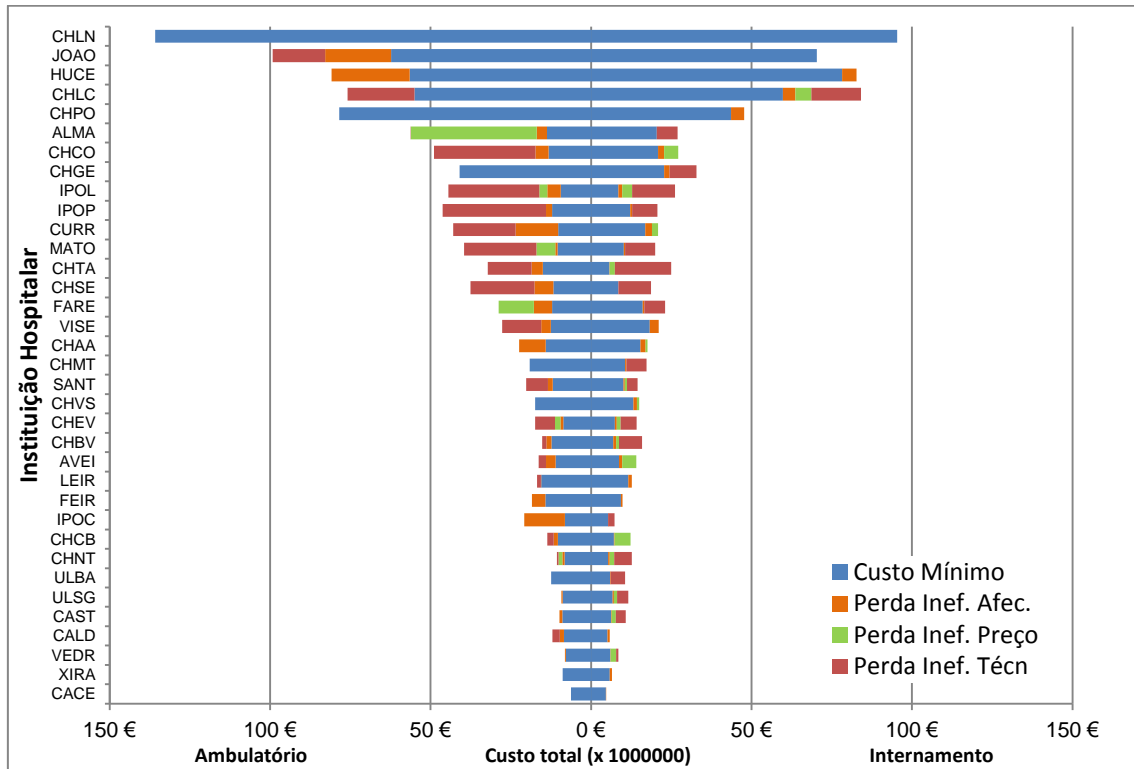


Figura 8.24. Decomposição do custo total (valores absolutos): ambulatório vs. internamento

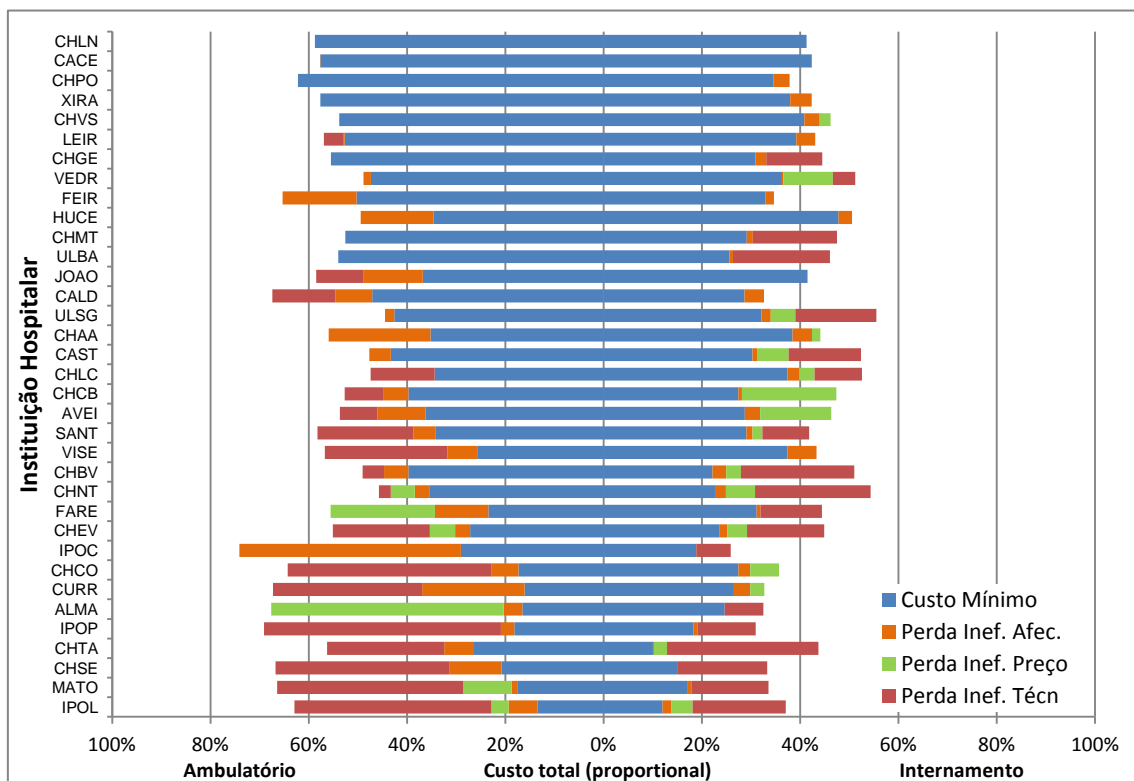


Figura 8.25. Decomposição do custo total (valores relativos): ambulatório vs. internamento

De modo a melhor compreender a influência desta limitação e as potenciais consequências na interpretação dos resultados da análise de eficiência económica, foi realizada uma análise de correlação para compreender a associação entre o índice de eficiência, calculado sem os elementos relativos às horas extraordinárias e a utilização destes recursos nos diferentes hospitais do SNS.

O coeficiente de correlação de Spearman foi utilizado por não implicar pressupostos sobre a normalidade da distribuição dos dados. Na Tabela 8.33 apresenta-se o grau de correlação, bem como o significado estatístico (valor-p) entre o índice de eficiência, a proporção de horas extraordinárias relativamente às horas totais, a proporção do custo em horas extraordinárias em relação ao custos total com pessoal, a proporção do custo com “Subcontratos” e proporção do custo com “Fornecimentos e Serviços”, ambos em relação ao custo total do hospital.

**Tabela 8.33. Correlação de Spearman (valor-p) com o índice de eficiência**

	Amostra global			Amostra restrita		
	Ambulatório	Internamento	Total	Ambulatório	Internamento	Total
<b>Horas extraordinárias</b>	-0,11 (0,46)	0,1 (0,53)	-0,04 (0,78)	0,12 (0,51)	0,2 (0,23)	0,23 (0,19)
<b>Custo com horas extraordinárias</b>	-0,21 (0,16)	0,03 (0,83)	0,05 (0,73)	0,18 (0,29)	0,04 (0,83)	0,31 (0,07)
<b>Custo com Subcontratos</b>	0,04 (0,78)	-0,12 (0,44)	-0,03 (0,83)	0,22 (0,2)	-0,23 (0,18)	0,01 (0,94)
<b>Custo com Fornecimentos e Serviços</b>	0,34 (0,02)	-0,01 (0,94)	0,32 (0,03)	0,55 (<0,001)	0,12 (0,51)	0,37 (0,03)

Nota: As variáveis horas extraordinárias, custo com horas extraordinárias, custo com subcontratos e custo com fornecimentos e serviços foram utilizadas em termos relativos face ao total correspondente do hospital.

Como se pode verificar as correlações com os índices de eficiências, estimados pelo método DEA, são em regra baixas e sem significado estatístico. A variável proporção de custos com fornecimentos e serviços é a que está mais correlacionada com as estimativas de eficiência, no sentido em que os hospitais com maior proporção de custos com fornecimentos e serviços são os que têm maior índice de eficiência. Dado que este custo não foi considerado na estimativa do índice de eficiência pode-se levantar a hipótese de que a inclusão deste custo na análise DEA revelaria menor eficiência em alguns dos hospitais com maior proporção de custos com fornecimentos.

Esta estimativa é particularmente interessante no caso dos IPO. Estes hospitais apresentam indices de eficiência baixos quando comparados com os restantes, mas são em simultâneo aqueles em que a proporção de custos com fornecimentos face aos custos totais é menor. Assim, pode-se sugerir a hipótese de que se estes hospitais tivessem parte dos custos operacionais na rubrica da BDEA, o seu desempenho relativo em termos de eficiência económica melhorasse face aos outros hospitais com mais serviços externalizados. Constata-se ainda que a correlação é mais elevada precisamente nas actividades de ambulatório, sector em que os IPO revelaram maior nível de ineficiência.

O valor do índice de eficiência (internamento e ambulatório) de acordo com o tipo de amostra pode ser consultado na Figura 8.26. Esta figura permite perceber a influência da exclusão de alguns hospitais que não têm centro de custo “oncologia médica”. Por exemplo, verifica-se que na amostra restrita os IPO continuam com níveis de eficiência baixos, logo a explicação para este facto não reside na sua comparação contra outros hospitais eventualmente não comparáveis.

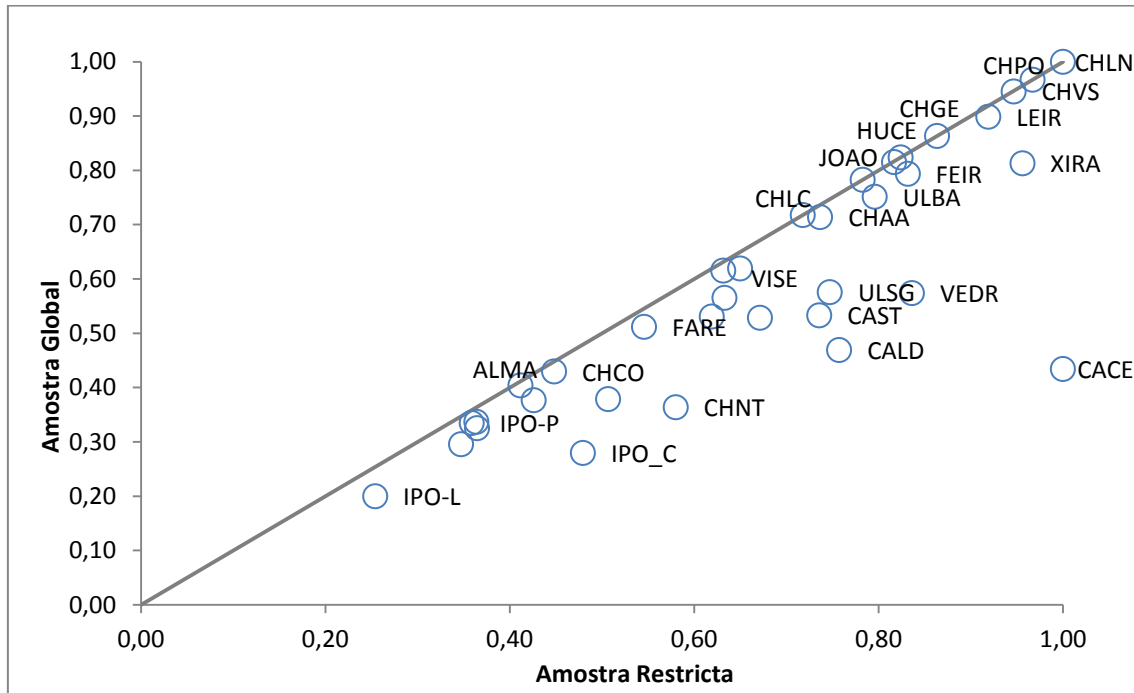


Figura 8.26. Índice de eficiência económica: amostra global vs amostra restrita

## 9 Actividades sem financiamento

### Actividade hospitalar sem financiamento

Conclusões	<p>A maioria dos hospitais do Serviço Nacional de Saúde (dois terços) revelou realizar actividades para as quais não tem fonte própria de financiamento</p>
	<p>A maioria dos hospitais identifica com clareza as suas actividades sem financiamento mas reporta dificuldades na mensuração do seu valor económico</p>
	<p>Os medicamentos de cedência hospitalar em ambulatório, as consultas não médicas (por exemplo consultas de psicologia, de nutrição ou de enfermagem), o funcionamento das viaturas médicas de emergência e reanimação e a fisioterapia estão entre as actividades sem financiamento mais realizadas pelos hospitais</p>
	<p>Face ao elevado peso dos produtos farmacêuticos nos custos do hospital de dia, que segundo a BDEA incluem os custos dos GDH médicos de ambulatório, e considerando a metodologia da ACSS para o apuramento de custos por GDH, para o caso dos GDH de ambulatório, maioritariamente dependente dos custos observados nos respectivos GDH de internamento, pode-se colocar a hipótese do custo com os medicamentos não estar devidamente reflectido no financiamento dos GDH de ambulatório.</p>
	<p>As actividades de investigação nas unidades hospitalares são fundamentais para a actualização do conhecimento dos profissionais de saúde e para a melhoria dos cuidados de saúde por eles prestados. Apesar de na actualidade estas actividades estarem contempladas no contrato programa, são consideradas pelos hospitais como actividades sem financiamento adequado. Este facto pode condicionar a evolução e a excelência a vários níveis da actividade hospitalar.</p>
Recomendações	<p>O modelo de financiamento dos medicamentos de cedência hospitalar em ambulatório e dos medicamentos incluídos nos GDH de ambulatório deve ser revisto, por forma a encontrar um financiamento mais adequado, sem prejuízo do acesso à terapêutica farmacológica mais adequada.</p>
	<p>Face à avultada dimensão do nº de utentes sem identificação da fonte de financiamento, devem ser criadas orientações de codificação e enquadramento adequado do financiamento dos cuidados prestados a estes doentes.</p>
	<p>O financiamento dos hospitais do SNS deve criar um sistema de incentivos à investigação clínica, epidemiológica e económica com o objectivo de melhor suportar o processo quotidiano de decisão intra e inter hospitalar.</p>

### 9.1 Análise Descritiva

#### 9.1.1 Base de trabalho

A Auditoria de resultados orientada à análise e avaliação do sistema de pagamentos e de formação dos preços pagos aos hospitais do Serviço Nacional de Saúde incluiu duas fases de trabalho de campo. Num primeiro momento foram realizadas visitas de auditoria a 8 hospitais previamente seleccionados pelo Tribunal de Contas (TC). Nestas visitas, foi identificada a informação relevante para estruturar um questionário de recolha uniforme de dados para o universo total dos hospitais do SNS. Este questionário incluiu, entre outros, pedido de elementos sobre as actividades sem financiamento, adiante designadas abreviadamente por

ASF. Pretendia-se identificar as actividades sem qualquer tipo de financiamento, excluindo aquelas sub-financiadas. Foi solicitado aos hospitais que identificassem, descrevessem e apresentassem os valores monetários correspondentes a essas ASF nos anos de 2007 a 2009. Não foram impostos limites ao número nem ao tipo de ASF a reportar pelos hospitais.

### **9.1.2 Metodologia**

As questões sobre ASF do questionário referido foram apresentadas num formato aberto. Isto é, sem sugestão de nenhum elemento para a resposta e com a liberdade total de resposta do hospital. Para facilitar a exposição dos resultados agora apresentados, as respostas originais foram agrupadas em rubricas identificadas na Tabela 9.1. Os critérios que presidiram ao agrupamento foram a coincidência de termos e palavras descritos. Os autores assumem a responsabilidade exclusiva deste agrupamento, o qual não reflecte qualquer outra classificação preexistente. As rubricas utilizadas devem ser consideradas exaustivas e mutuamente exclusivas. Foi assumido que os questionários sem resposta às questões sobre ASF corresponderiam à inexistência de ASF nos hospitais respectivos. Faz-se notar a possibilidade de várias ASF do mesmo hospital poderem ser agrupadas na mesma rubrica. Por exemplo, as consultas não médicas foram uma das ASF recorrentemente identificadas. Entre outras, foram identificadas consultas não médicas de psicologia, de enfermagem ou de nutrição. Quando tal aconteceu num determinado hospital, cada tipo de consulta não médica foi quantificada separadamente. Assim, é possível que o número de ASF num determinado grupo supere o número de rubricas de ASF do agrupamento adoptado. A correspondência entre as rubricas utilizadas para efeito de agrupamento, o tipo ASF e sua descrição é apresentada na Tabela 9.1.

## Análise e Avaliação do Sistema de Pagamentos e de Formação dos Preços Pagos aos Hospitais do Serviço Nacional de Saúde

**Tabela 9.1. Agrupamento de actividades sem financiamento nos hospitais do SNS**

Actividade	Tipo	Descrição
Actividades fora da rede pública	i) Insuficiência de Recursos; ii) Relacionadas com o destino após a alta; iii) IVG - Objectores de consciência	Serviços adquiridos fora do hospital
Consultas não Médicas	i) Nutrição; ii) Psicologia; iii) Serviço Social; iv) Enfermagem; v) Fisioterapia; vi) Não Especificadas	Consultas não realizadas por médicos mas relacionadas com a actividade do hospital
Consultas Simultâneas	Actividade com ocorrência simultânea	Episódios não facturáveis por simultaneidade com outros actos
Ensino	i) Internos; ii) Estágios; iii) Formação	
Ausência de financiador	i) Impossibilidade de identificação; ii) doente estrangeiro	i) Utentes sem identificação da fonte de financiamento; ii) Utentes tratados que são estrangeiros e que não possuem número beneficiário da entidade responsável/desconhecida
Fisiatria	Tratamentos de fisiatria	
VIH	i) Geral; ii) Anterior a 2007	Doentes não abrangidos pelo plano de saúde VIH/SIDA ou cujo tratamento tenha iniciado antes de 2007
Hospital de Dia	Actividades mal definidas	Actividades sem correspondência clínica no âmbito da realização do tratamento realizado em hospital de dia
INEM/VMER	i) Serviço do Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM); ii) Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER)	i) Serviços prestados ao INEM, ii) Funcionamento e manutenção da VMER
Inovação/Investigação	i) Indicadores de qualidade; ii) Novos medicamentos; iii) Investigação; iv) Sistema de Custeio por Actividades (SCAH)	i) Inovação; ii) : introdução precoce de medicamentos novos com avaliação interna da sua eficácia. lii) actividades de investigação com origem nos hospitais
Medicamentos em Ambulatório	i) VIH; ii) Oncologia; iii) Hepatite; iv) Esclerose múltipla; v) Hemofilia; vi) Aleitamento; vii) Outros; viii) Não Especificados	Medicamentos de cedência hospitalar em ambulatório
Pensões	Encargos com pensões	Pagamento de pensões a outras entidades
Produção Marginal	i) Consultas; ii) episódios de GDH de internamento ou ambulatório	Actividades relacionadas com a produção em excesso ao valor contratualizado
Sub-financiamento	i) MCDT; ii) Hospital de Dia – Quimioterapia; iii) Internamentos < 24 horas; iv) Patologias raras; v) Radioterapia; vi) Salas de Tratamentos	Actividades várias que apesar de possuírem financiamento próprio pelo SNS, foram consideradas sub-financiadas por alguns hospitais
Transporte de Doentes	Transportes de doentes	Transportes de doentes: situações variadas

### 9.1.3 Resultados

Foi recolhida informação sobre as actividades sem financiamento (ASF) relativas ao ano de 2009 para 50 hospitais do SNS. Destes, 35 hospitais (70%) revelaram ter desenvolvido ASF durante o ano de 2009. Na Tabela 9.2 descrevem-se as ASF agrupadas bem como a frequência da sua ocorrência. Os detalhes relativos à origem da informação descrita na Tabela 9.2 podem ser consultados na tabela do Anexo XV. Verificou-se que a cedência de medicamentos em ambulatório (23,9%), as consultas não médicas (17,6%) e outras actividades várias, que apesar de possuírem financiamento próprio pelo SNS, foram consideradas inadequadamente financiadas por alguns hospitais, foram as ASF mais frequentes no conjunto dos hospitais analisados. Estas três actividades em conjunto representaram quase 50% das ASF identificadas.

Em média (desvio padrão), os medicamentos de cedência hospitalar em ambulatório sem financiamento representaram um encargo de €2 177 015 (1 895 223). Por exemplo, o Centro Hospitalar de Coimbra EPE reportou encargos de € 5 514 406 com os medicamentos de cedência obrigatória pela farmácia hospitalar mas não abrangidos pelas circulares normativas, em patologias como a esclerose lateral amiotrófica (ELA), a síndrome de Lennox Gastaut, a Hemofilia, as doenças do foro oncológico, a hepatite B ou a patologia urológica. O Hospital S. Teotónio EPE, em Viseu, também reportou encargos avultados com estes medicamentos no ano de 2009 (€3 963 190): Oncologia €1 770 911; Esclerose múltipla e ELA €618 626; Hemofilia €554 132; VIH €931 204. Outros hospitais reportaram encargos com estes medicamentos superiores a 3 milhões de euros por ano: Instituto Português Oncologia F. Gentil -Centro -EPE em Coimbra, Hospital Distrital de Faro EPE; Hospital Infante D. Pedro EPE em Aveiro.

**Tabela 9.2. Descrição das actividades sem financiamento nos hospitais do SNS**

Actividades hospitalares não financiadas	n	%
Medicamentos em Ambulatório	34	23,9
Consultas não Médicas	25	17,6
Sub-Financiamento	14	9,9
Fisiatria	10	7,0
INEM/VMER	8	5,6
Ensino	6	4,2
Inovação/Investigação	5	3,5
Produção Marginal	5	3,5
Transporte de Doentes	7	4,9
Actividades fora da rede pública	4	2,8
Falta de Identificação do Financiador	3	2,1
Hospital de Dia - Outros	4	2,8
Pensões	3	2,1
Consultas Simultâneas	2	1,4
VIH	2	1,4
Outros	10	7,0
<b>Total</b>	<b>142</b>	<b>100</b>



No ano de 2009 foram realizadas, em média (mínimo-máximo), 11 427 (923 - 49 735) consultas não médicas por hospital (amostra com resposta ao questionário). O encargo médio reportado foi de aproximadamente €206 532, o que corresponde a um custo unitário médio de €18,74 por consulta. As consultas de psicologia, nutrição e enfermagem foram as mais frequentes de entre as consultas não médicas sem financiamento. Os custos com a fisioterapia e com o funcionamento e manutenção das Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER) foram recorrentemente apontados como ASF por alguns dos hospitais do SNS.

Existem outras ASF reportadas pelos hospitais que merecem referência. Alguns hospitais referiram existir vários condicionalismos na sua actividade diária que não permitem identificar a fonte do financiamento de alguns utentes, como por exemplo estrangeiros que se socorrem dos hospitais do SNS, aquando da sua presença legal (férias ou residência prolongada) ou ilegal (trabalho ou residência precários) em Portugal. Os hospitais que reportaram ASF nesta rubrica foram o Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho EPE o Hospital Professor Dr. Fernando da Fonseca EPE e o Hospital Distrital de Faro EPE. Três hospitais reportaram encargos anuais com pagamento obrigatório de pensões. O hospital Hospital Infante D. Pedro EPE em Aveiro identificou um custo de €1 057 870,44 com esta ASF no ano de 2009, evidenciando que em 2010 este valor irá ter um crescimento de 22%. O Hospital Distrital da Figueira da Foz EPE reportou responsabilidades com complementos de reforma no valor de €401 336,02. O Centro Hospitalar de Setúbal EPE identificou o pagamento de €1 582 078 em pensões à Caixa de Previdência dos Empregados da Assistência.

**Tabela 9.3. Valorização das actividades sem financiamento nos hospitais do SNS**

Descrição	Valor	
Hospitais com actividades sem financiamento, n (%)	35 (70)	35
Nº de actividades sem financiamento por hospital, média (mínimo-máximo)	3,7 (0 - 16)	35
Número de utentes sem identificação da fonte do financiamento, média (DP)	445 (1 004)	34
Medicamentos de cedência hospitalar em ambulatório, valor médio € (DP)	2 177 015 (1 895 223)	17
Consultas não médicas		
N, média (mínimo-máximo)	11 427 (923 - 49 735)	10
Valor médio € (mínimo-máximo)	206 532 (9 923 - 1 089 983)	8
Fisioterapia, valor médio € (mínimo-máximo)	1 699 021 (466 200 - 4 176 101)	5
Viatura Médica de Emergência e Reanimação - VMER, valor médio € (DP)	403 119 (307 324 - 500 000)	7

Nota: DP – Desvio padrão. Os valores médios correspondem à média aritmética dos valores para os hospitais com informação reportada.

Idealmente seria desejável conhecer o valor total dos encargos com as ASF no universo dos hospitais do SNS. A intenção primordial do inquérito idealizado pela Exigo incluía a identificação e quantificação dos custos destas actividades. Contudo, verificou-se que alguns hospitais reportaram dificuldades na mensuração do valor económico de tais actividades, optando por identificar apenas qualitativamente ou a quantidade das ASF desenvolvidas. Este facto não permitiu conciliar toda a informação num formato adequado, pelo que não foi possível obter estimativas consistentes dos custos totais destas actividades no universo dos hospitais com respostas ao questionário supra identificado. No entanto, na tabela do Anexo XI são descritas exaustivamente, no formato reportado pelos hospitais, todas as actividades sem financiamento.

No ano de 2008 o custo com produtos farmacêuticos (medicamentos) dispensados nos hospitais do SNS foi de 993 855 808 €, correspondendo a 20,3% dos custos totais dos hospitais do SNS. O valor contratado pelo Ministério da Saúde para medicamentos de cedência hospitalar em ambulatório, em 2008, foi de 76 155 019 €, logo 7,7% dos custos totais com medicamentos dos hospitais do SNS, nesse ano. Os restantes medicamentos utilizados nos hospitais são financiados através das linhas de produção relacionadas com a actividade do internamento ou do ambulatório (exceptuando os medicamentos para os novos doentes VIH/SIDA, 18 182 880€, 1,8%). Na tabela seguinte reporta-se os custos apurados pela contabilidade analítica (BDEA) para as principais actividades do internamento ou do ambulatório. Na coluna custos totais estão incluídos todos os custos (directos e indirectos) identificados na BDEA. Na Tabela 9.4 as colunas mais à direita identificam respectivamente os custos dos produtos farmacêuticos, a percentagem desses custos nos custos totais, por actividade e proporção acumulada dos custos com produtos farmacêuticos.

Verifica-se que os produtos farmacêuticos correspondem a 26,6% dos custos das actividades hospitalares reportadas e estas a cerca de 58% dos custos totais dos hospitais, segundo a BDEA. De acordo com estes dados é evidente que os custos com produtos farmacêuticos estão muito concentrados nas actividades do hospital de dia (265 325 288€, 77,9%) e consulta externa (267 802 804€, 46,2%). Em conjunto estas duas rubricas abrangem 69,9% dos custos com produtos farmacêuticos. Recorde-se que estes produtos farmacêuticos não têm uma linha de financiamento próprio, ao invés do que acontece com os medicamentos de cedência hospitalar em ambulatório, apesar do peso elevado. Esta particularidade do sistema de financiamento público dos hospitais do SNS poderá estar na origem da identificação, por alguns hospitais, de ausência de financiamento de medicamentos não incluídos no contracto de programa, apesar de não corresponderem a medicamentos incluídos nos despachos especiais, abrangidos no contrato programa através da rubrica “medicamentos de cedência hospitalar”.

Análise e Avaliação do Sistema de Pagamentos e de Formação dos Preços Pagos aos Hospitais do Serviço Nacional de Saúde

Tabela 9.4. Custos totais e com produtos farmacêuticos segundo a Base de Dados de Elementos Analíticos (2008)

Actividade	Área	Custo total (€)	Produtos farmacêuticos		
			Custo (€)	% do total	% acum.
Hospital de Dia	Amb	340 571 085	265 325 288	77,9	34,8
Consulta Externa	Amb	579 269 108	267 802 804	46,2	69,9
Unidades de Transplantes	Int	17 849 629	5 070 357	28,4	70,6
Unidade de Cuidados Intensivos	Int	191 066 294	36 291 206	19,0	75,3
Especialidades Médicas	Int	465 813 391	84 539 296	18,1	86,4
Quartos Particulares	Int	3 069 340	544 432	17,7	86,5
Especialidades Cirúrgicas	Int	412 719 668	56 124 247	13,6	93,8
Cirurgia de Ambulatório	Amb	31 490 659	2 894 315	9,2	94,2
Medicina da Criança e do Adolescente	Int	113 673 130	9 986 880	8,8	95,5
Radioterapia	Int	4 268 624	356 039	8,3	95,6
Serviço Domiciliário	Amb	28 944 829	1 852 127	6,4	95,8
Obstetrícia/Ginecologia	Int	93 770 433	5 965 914	6,4	96,6
Cuidados Continuados Integrados	Int	10 551 373	491 365	4,7	96,7
Urgência	Urg	505 061 098	22 695 141	4,5	99,6
Psiquiatria e Abuso de Substâncias	Int	64 271 057	2 831 424	4,4	100,0
<b>Total</b>		<b>2 862 389 719</b>	<b>762 770 837</b>	<b>26,6</b>	<b>100,0</b>

Nota: Amb - Ambulatório, Int - internamento, Urg - Urgência

Uma análise de regressão logística considerando a resposta dos hospitais sobre a existência de actividades sem financiamento que incluíssem os medicamentos, revelou que um aumento de 10% na percentagem do custo com produtos farmacêuticos em relação aos custos totais da consulta externa esteve associado a uma redução de 52,5% na chance de reportar a dispensa de medicamentos como actividade sem financiamento (valor-p=0,048) e um aumento de 1% na percentagem do custo com produtos farmacêuticos em relação aos custos totais do hospital de dia esteve associado a um aumento 51 vezes na chance de reportar a dispensa de medicamentos como actividade sem financiamento (valor-p=0,032). Ou seja, hospitais em que os custos relativos dos medicamentos na consulta externa eram mais elevados (2008) são menos prováveis de reportar os medicamentos como actividade sem financiamento, enquanto hospitais em que peso relativo dos medicamentos no hospital de dia era mais elevado (2008) são mais prováveis de reportar os medicamentos como actividade sem financiamento.

Face ao elevado peso dos produtos farmacêuticos nos custos do hospital de dia, que segundo a BDEA incluem custos dos GDH médicos de ambulatório, e considerando a metodologia da ACSS para o apuramento de custos por GDH<sup>1</sup>, para o caso dos GDH de ambulatório, maioritariamente dependente dos custos observados nos respectivos GDH de internamento,

<sup>1</sup> Cálculo utilizado pela ACSS para a determinação do preço do GDH de ambulatório. i) Preço igual para internamento e ambulatório para todos os GDH cujo limiar inferior na Portaria 839ª/2009 fosse igual a 1 dia. ii) nos GDH em que o limiar na referida Portaria fosse superior a 1 e inferior ou igual a 4 dias, o preço em ambulatório corresponderia a 73,2% do preço de internamento. iii) Restantes custo GDH Ambulatório = 100% Bloco Operatório +50% Radiologia +50% Laboratório +50% Medicamentos +80% Consumos +100% UCI + 100% Hotelaria (1 Diária) +100% Médicos (1 Dia) +100% Administrativos (1 Dia) + 50% Outros.

nos quais se verifica que o peso relativo dos medicamentos é substancialmente inferior (Tabela 9.4), pode-se colocar a hipótese do custo com os medicamentos não estar devidamente reflectido no financiamento dos GDH de ambulatório.

Na conjuntura actual, cerca de 90% dos custos com medicamentos dos hospitais do SNS não tem linha de financiamento próprio, sendo financiados através das linhas de produção relacionadas com a actividade do internamento ou do ambulatório. No caso do ambulatório, este financiamento ocorre maioritariamente através da consulta externa ou dos GDH médicos, pelo que o aumento dos custos com medicamentos tende a ser financiado pelos hospitais com aumentos da produção nas linhas de financiamento, ou seja aumento do nº de consultas externas e de GDH médicos de ambulatório. Esta hipótese não está demonstrada empiricamente. No entanto, antevê-se que a impossibilidade de aumento da produção nestas linhas gere um incentivo para a contenção de custos com os medicamentos, independentemente da sua mais valia terapêutica ou eficiência económica.

Assim sendo, o modelo de financiamento dos medicamentos de cedência hospitalar em ambulatório e dos medicamentos incluídos nos GDH de ambulatório carece de uma revisão, por forma a encontrar financiamento mais adequado, sem prejuízo do acesso à terapêutica farmacológica mais adequada.

## 10 Avaliação global

O objectivo global do presente estudo consistiu na *análise e avaliação do sistema de pagamentos e de formação de preços pagos aos hospitais do Serviço Nacional de Saúde*. Apesar da abrangência do objectivo global da avaliação impõe-se uma resposta substanciada sobre *se o sistema de pagamento da actividade do SNS é eficiente e se cobre adequadamente a actividade desenvolvida pelos hospitais*. Contudo, esta apreciação deve ser precedida de uma contextualização sobre o ambiente analítico que a suporta.

Correspondendo aos objectivos específicos identificados pelo Tribunal de Contas a análise subjacente foi desenhada com o intuito de compreender e avaliar os mecanismos de geração dos preços (financiamento) e os custos das actividades financiadas pelo SNS, num contexto de eficiência económica. As metodologias e fontes de informação utilizadas na formação dos preços e no apuramento dos custos foram alvo de avaliação específica, nomeadamente em relação à sua consistência face aos objectivos enunciados, sua fiabilidade e comparabilidade.

Deste modo, considera-se, no que diz respeito à formação dos preços:

- 1) Em termos conceptuais, uma vez que a formação dos preços para o internamento e ambulatorio (GDH médicos e cirúrgicos) remonta a uma análise dos custos médios verificados em 2004 (contabilidade analítica), e dado que os preços médios nacionais foram assumidos como os preços máximo de financiamento, utilizados para financiar os hospitais do grupo nº1, sendo os preços dos restantes grupos de hospitais inferiores aos do grupo nº1, então cerca de 50% do valor da actividade hospitalar pode estar financiada por defeito.
- 2) Existem várias limitações importantes na metodologia de formação dos preços das tabelas de preços do SNS, utilizados entre outros para definir o índice de case-mix, bem como reticências sobre a transposição da informação com origem nos EUA e sua adequabilidade ao contexto nacional, particularmente no que diz respeito aos honorários médicos.
- 3) O calculo do nº de doentes equivalentes, apesar de orientado para o incentivo meritório de diminuição da duração do internamento e consequente contributo de eficiência, ignora os limites dessa mesma eficiência nos casos de maior gravidade e/ou duração do internamento, pelo que pode igualmente contribuir para o incompleto financiamento desta actividade hospitalar.

No que diz respeito aos custos das actividades financiadas pelo SNS:

- 1) A informação relativa aos elementos contabilísticos que constituem a BDEA, utilizada quer na definição dos preços quer na avaliação do desempenho dos hospitais, revela

limitações que comprometem a fiabilidade dos dados e a comparabilidade dos mesmos entre as diversas instituições do SNS.

- 2) A avaliação dos custos por GDH através do sistema de custeio baseado nas actividades, numa amostra de 6 hospitais, revelou elevada discrepância entre estes e os preços apurados a partir da BDEA. Exceptuando os GDH médicos e cirúrgicos de ambulatório, todas as restantes linhas de produção apresentavam custos superiores ao financiamento em 2006/2007.
- 3) Uma análise sobre a eficiência económica (técnica e de afectação) dos hospitais revelou existirem ineficiências importantes na maioria dos hospitais, quer nas actividades do internamento quer nas do ambulatório. A maior parte da ineficiência corresponde a ineficiência técnica, ou seja excesso de utilização de recursos para níveis idênticos de produção, quer humanos quer tecnológicos. Estes dados devem ser interpretados à luz das limitações e objecções sobre as fontes de informação supramencionadas.

Assim sendo, considera-se que o sistema de pagamento da actividade do SNS aparenta ser ineficiente e tem tendência para não cobrir adequadamente a totalidade da actividade desenvolvida pelos hospitais do SNS.



## Anexo I – Matriz de Maryland<sup>1</sup>

### Service Weights All Patient DRGs, version 21

Date: November 24, 2004

Calculations based on the following data

	Number of Records
HCUP <sup>2</sup> 2001	7452727
HCUP 2002	7853982
HSCRC <sup>3</sup> 2002	687199
HSCRC 2003	703385

GDH	OR	DRUG	RAD	LAB	SUP	MISC	OTH	ICU	HOTEL
1	3813	1576	1432	1407	4828	1316	666	4930	4420
2	3527	896	802	775	5435	908	462	2951	2594
6	2200	157	39	117	1413	467	26	229	1605
7	1919	1009	1682	905	3688	779	480	1511	4264
8	2771	350	1116	228	3024	628	142	573	1953
9	0	622	1152	411	309	1008	366	1730	2952
10	0	599	1693	564	264	373	616	519	4043
11	0	258	1314	520	461	437	362	671	2875
12	0	575	611	549	130	508	543	339	4058
13	0	760	885	487	104	469	396	135	2971
14	0	381	1749	956	176	846	616	1139	2921
6	2200	157	39	117	1413	467	26	229	1605
15	0	318	1190	720	149	875	501	557	2602
16	0	507	1197	958	201	468	865	754	3575
17	0	242	1395	770	127	240	664	332	2229
18	0	1081	763	676	179	254	577	355	3034
19	0	1071	882	517	106	176	421	257	2072
20	0	3121	1411	1438	283	565	657	1316	5016
21	0	675	453	839	129	49	454	186	2472
22	0	421	1181	943	163	285	798	1589	2278
23	0	301	630	623	130	291	652	793	2465
24	0	355	822	687	150	225	807	863	2335
25	0	188	748	427	85	89	964	1179	1438
34	0	368	1108	704	217	429	631	566	2861
35	0	263	1172	523	241	261	482	577	2010
36	1944	512	177	54	1772	235	23	115	1450
37	2730	472	396	289	1441	533	226	568	2668
38	1064	142	16	39	1087	96	126	93	1493
39	1430	258	28	55	1205	153	49	25	1715
40	1523	540	776	355	538	271	213	581	2280
41	1374	214	266	166	557	313	400	457	2015
42	1736	482	150	137	1365	208	118	133	2309
43	0	118	197	85	49	29	214	195	2366
44	0	408	329	255	72	17	320	0	2845
45	0	214	1542	714	162	95	396	388	2045
46	0	488	889	602	184	217	559	579	2920

<sup>1</sup> Fonte: Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS)

<sup>2</sup> Presumivelmente: The Healthcare Cost and Utilization Project (<http://www.hcup-us.ahrq.gov/>)

<sup>3</sup> Presumivelmente: The Health Services Cost Review Commission (<http://www.hsrcr.state.md.us/>)



Análise e Avaliação do Sistema de Pagamentos e de Formação dos Preços Pagos aos Hospitais do Serviço Nacional de Saúde

GDH	OR	DRUG	RAD	LAB	SUP	MISC	OTH	ICU	HOTEL
47	0	280	647	410	166	108	305	543	1966
48	0	332	176	253	197	92	318	173	1938
49	3121	621	91	485	6802	901	62	1498	2104
50	3082	257	32	354	978	726	86	121	1308
51	2864	336	52	326	833	899	46	0	1752
52	2165	360	12	109	624	684	7	606	1283
53	2602	532	244	550	1682	614	317	715	2025
54	2857	678	143	403	1303	642	190	122	4181
55	2379	421	140	216	1524	761	146	1069	1342
56	2387	254	194	220	1791	498	211	464	1219
57	568	463	263	412	250	164	404	430	2043
58	861	533	212	398	235	207	335	296	2726
59	1543	276	45	277	354	355	62	373	1244
60	1255	225	43	109	268	326	17	919	1111
61	1848	629	397	591	999	249	203	447	2018
62	1254	410	69	186	465	448	51	980	1895
63	2937	397	353	201	3063	463	230	956	1536
64	0	1112	956	524	459	464	463	496	3883
65	0	138	1079	551	69	160	521	317	1612
66	0	236	248	410	273	92	686	684	1805
67	0	473	178	295	132	122	447	1807	1038
68	0	479	443	613	130	207	470	341	2146
69	0	300	362	375	81	73	370	152	1569
70	0	207	122	272	65	67	265	120	1898
71	0	60	69	76	64	156	274	149	1243
72	0	194	931	381	263	261	459	1493	1361
73	0	427	550	414	184	215	433	497	2260
74	0	191	222	187	141	156	309	945	1580
75	2734	994	598	1248	4067	1022	223	2916	3526
76	1089	1406	1860	1903	1713	935	716	1785	5307
77	1412	538	876	1205	1315	611	360	1131	2758
78	0	809	954	1278	174	299	526	1214	3561
79	0	1196	662	986	369	1046	604	730	4780
80	0	713	483	714	228	606	452	479	3337
82	0	1188	1249	883	394	457	520	432	4200
83	0	335	1108	519	223	541	598	1002	2708
84	0	155	1053	407	170	200	563	792	1588
85	0	635	1000	1134	279	390	651	641	3503
86	0	341	755	966	271	246	325	765	2153
87	0	831	506	753	198	1231	588	1649	3114
88	0	611	437	587	135	847	502	508	2876
89	0	769	543	766	168	631	553	495	3326
90	0	476	416	556	113	354	429	219	2285
92	0	689	815	945	199	710	555	971	3418
93	0	406	723	819	290	368	408	701	2357
94	0	398	968	467	397	366	479	1535	3043
95	0	149	598	219	286	104	435	814	2101
96	0	549	397	534	121	616	526	461	2485
97	0	383	269	324	91	522	434	319	1841
99	0	377	940	687	150	219	573	619	1797
100	0	241	830	523	114	124	522	532	1288
101	0	444	870	698	211	363	573	740	2418
102	0	232	842	527	133	152	523	619	1441
103	10186	22028	4299	11746	29060	5826	43018	20896	14739
104	6061	2981	2812	2912	17967	2064	1667	7274	5507
105	4967	2219	858	1958	15285	1721	1510	4569	3930
106	5481	3423	3934	2635	16341	1880	1611	7286	3700
107	5866	2422	2601	2275	9132	1879	1160	5926	4064
108	3557	1476	2029	1389	10071	1139	748	3475	3082

Análise e Avaliação do Sistema de Pagamentos e de Formação dos Preços Pagos aos Hospitais do Serviço Nacional de Saúde

GDH	OR	DRUG	RAD	LAB	SUP	MISC	OTH	ICU	HOTEL
109	5282	1744	600	1672	7394	1668	665	4474	2659
110	3557	1129	1677	1169	7788	890	1331	3795	2644
111	2551	524	1616	485	10002	443	833	1731	1104
112	63	661	3776	460	4698	100	277	1206	1507
113	2479	1504	854	1194	1642	990	958	1284	5981
114	1304	1220	609	947	756	613	589	607	4762
115	1176	669	1643	673	15405	488	410	2384	2354
116	1054	280	1164	427	10993	288	325	1446	1523
117	1238	328	717	302	3140	215	195	1212	1656
118	707	185	647	252	7945	194	183	837	1155
119	1793	618	1174	460	895	520	250	393	1999
120	1754	1322	1001	1209	1530	639	1191	1316	5203
121	0	1452	1266	1242	507	600	892	3954	2369
122	0	1349	1148	774	397	114	657	2319	1092
123	0	1706	904	1436	689	1007	992	4919	1443
124	0	682	2848	820	1108	182	599	1658	2147
125	0	414	2716	654	1118	97	502	1052	1579
126	0	2366	1821	2141	832	679	1328	3077	8068
127	0	548	652	786	149	363	649	1094	2593
128	0	546	454	711	138	102	258	171	2807
129	0	435	268	603	352	237	540	1562	932
130	0	708	713	827	271	226	410	384	3301
131	0	403	565	656	265	113	238	213	2242
132	0	470	763	664	126	153	650	970	1613
133	0	390	726	559	102	59	560	800	1148
134	0	233	810	608	96	98	534	833	1551
135	0	420	860	842	309	288	619	888	2598
136	0	373	1073	638	225	141	494	529	1634
137	0	319	508	269	410	269	304	981	2997
138	0	454	681	707	182	186	604	1259	1842
139	0	283	600	540	98	61	508	788	1274
140	0	368	711	558	78	57	546	695	1050
141	0	213	991	808	121	198	703	705	1988
142	0	121	977	713	95	93	653	562	1429
143	0	268	908	589	81	60	594	556	1100
144	0	505	818	836	178	296	664	1148	2299
145	0	256	822	641	135	127	527	778	1433
146	4010	1178	314	933	3562	791	250	1534	5190
147	3319	644	62	527	3032	562	90	627	4130
148	3272	1576	570	1088	3290	771	479	1559	6174
149	2774	767	160	524	2793	498	170	503	4034
150	2815	1425	742	811	2137	692	436	1051	6169
151	2506	590	343	352	2119	399	208	387	3202
152	2239	970	263	535	1795	550	441	977	4483
153	2134	572	94	308	1566	447	121	539	3184
154	3468	1938	718	1338	3235	1003	652	2993	5895
155	2641	551	178	298	2950	539	155	776	2383
156	2187	561	337	273	1055	741	294	1861	5694
157	1445	728	321	587	832	382	487	425	3401
158	1215	370	141	312	527	304	307	100	1988
159	2246	617	281	361	1855	521	218	557	2892
160	2121	309	102	150	1664	374	132	156	1729
161	2012	409	367	377	1180	458	360	365	2538
162	1830	204	166	185	1217	252	252	64	1390
163	1626	268	52	119	539	542	238	288	1901
164	2002	1372	881	880	1813	348	550	304	5386
165	1851	695	598	518	1822	201	511	27	2941
166	1662	639	631	531	1888	222	487	124	2606
167	1418	317	469	317	1697	151	431	17	1500

Análise e Avaliação do Sistema de Pagamentos e de Formação dos Preços Pagos aos Hospitais do Serviço Nacional de Saúde

GDH	OR	DRUG	RAD	LAB	SUP	MISC	OTH	ICU	HOTEL
168	1541	810	398	525	812	405	347	1217	2866
169	1884	494	162	444	797	515	177	727	1804
170	1954	1446	1278	1221	2324	546	888	1299	5147
171	1903	502	689	549	2167	463	262	466	2274
172	0	1017	1076	815	605	171	839	396	4295
173	0	636	790	497	946	133	524	99	2433
174	0	462	432	866	355	176	1281	1177	2513
175	0	207	303	655	299	63	1020	767	1855
176	0	559	620	806	354	153	937	666	2926
177	0	422	772	837	238	114	899	421	2736
178	0	311	936	666	188	66	636	256	2200
179	0	1080	605	738	188	49	540	124	3429
180	0	532	767	510	189	142	507	195	3365
181	0	262	677	307	121	31	410	67	2435
182	0	556	850	708	206	158	646	305	2899
183	0	339	900	524	142	48	534	221	1981
185	0	551	678	421	348	140	480	626	2238
186	0	249	345	173	212	98	342	415	1905
187	0	727	376	431	544	279	512	456	2942
188	0	584	696	693	346	148	731	415	3301
189	0	297	562	402	257	58	506	160	2098
191	3859	1954	942	1907	3301	879	604	3246	7986
192	2938	1150	438	1144	2381	750	302	1886	5449
193	3272	1697	1684	1400	2863	796	580	2116	7022
194	3130	950	784	689	1707	518	281	1211	4475
195	3826	1595	1483	1176	3161	882	792	1109	6457
196	3648	844	801	628	2732	428	503	468	4106
197	2733	1232	923	937	2522	669	504	874	5134
198	2321	580	442	435	2117	392	292	206	3025
199	2009	1224	1391	1145	2535	777	468	761	5774
200	1627	1125	1772	1072	1787	401	579	1595	4172
201	1843	2024	2146	1707	3256	533	923	1191	7053
202	0	576	811	1217	335	155	893	814	3197
203	0	803	1618	814	1046	130	565	224	3982
204	0	539	946	698	285	84	619	257	3348
205	0	591	777	1126	261	159	702	599	3396
206	0	384	832	862	240	63	391	590	2367
207	0	561	1310	663	829	154	719	254	3108
208	0	307	988	393	678	62	554	115	1889
209	2017	354	83	323	8115	987	182	54	2153
210	2130	578	801	647	3271	977	784	708	3558
211	2205	330	581	346	3285	763	400	598	2399
212	2533	253	230	106	3992	610	233	427	2046
213	2197	1047	449	835	1194	789	551	1267	4677
216	996	866	1737	1181	2075	607	380	212	5184
217	3380	1226	588	753	2590	1051	500	3035	4059
218	2660	458	583	359	3677	763	388	1034	2580
219	2288	227	348	133	2934	547	234	476	1523
220	1705	162	189	53	2509	364	183	246	1260
221	2208	739	384	659	2988	814	391	111	3768
222	2307	228	85	158	3728	515	66	19	1548
223	2061	292	226	167	2457	449	142	519	1430
224	2052	181	219	94	2071	384	152	281	1165
225	2060	378	354	294	1980	484	184	471	2127
226	2014	770	465	651	1387	735	455	765	3880
227	2154	240	138	188	1591	562	122	182	1733
228	2506	351	250	306	1700	529	256	584	2305
229	2017	197	188	171	997	305	250	419	1664
230	2157	404	238	320	1721	592	181	602	2154

Análise e Avaliação do Sistema de Pagamentos e de Formação dos Preços Pagos aos Hospitais do Serviço Nacional de Saúde

GDH	OR	DRUG	RAD	LAB	SUP	MISC	OTH	ICU	HOTEL
232	1198	474	434	403	1459	366	409	34	2489
233	2226	766	1209	614	4454	683	429	1786	3425
234	2214	308	414	247	3889	524	165	1392	1491
235	0	497	436	328	429	702	485	414	2965
236	0	341	455	252	130	908	374	201	2661
237	0	177	920	285	236	419	485	38	2142
238	0	1043	1081	795	366	346	441	407	4989
239	0	769	1336	452	340	398	462	108	3846
240	0	856	898	1208	211	429	1112	483	3918
241	0	962	539	801	143	199	515	235	2569
242	0	667	656	817	216	217	458	85	3758
243	0	258	965	313	214	394	377	377	2290
244	0	539	333	416	107	969	368	105	2874
245	0	364	153	214	60	1125	244	57	2373
246	0	271	497	712	196	254	376	88	2396
247	0	306	670	455	99	258	410	261	1954
248	0	332	639	654	126	269	442	374	2576
249	0	461	402	358	454	452	416	98	2927
250	0	264	823	383	292	462	486	611	2089
251	0	127	655	240	422	243	428	547	1527
252	0	106	395	83	284	132	479	216	1527
253	0	300	610	372	204	675	455	319	2693
254	0	146	510	190	283	423	364	336	1681
255	0	79	576	121	234	202	481	444	1466
256	0	399	703	437	163	504	399	488	2503
257	2861	346	151	714	1709	357	61	179	1475
258	2717	277	121	630	1866	326	16	67	1257
259	2229	368	568	1065	1032	305	78	112	1634
260	2170	236	431	907	937	232	11	23	1014
261	3618	309	32	327	1954	422	42	178	1332
262	1086	484	242	540	439	253	266	502	2776
263	1399	1475	565	1078	1046	696	674	572	6783
264	1249	668	252	578	647	404	325	259	4237
265	3123	639	256	722	1588	827	383	1151	3645
266	2416	355	159	427	1228	613	155	653	2239
267	1126	465	131	328	364	181	198	138	2763
268	3327	350	302	385	1036	573	174	696	1886
269	1486	1098	692	871	985	506	553	663	4416
270	1386	389	266	415	602	373	240	489	2317
271	0	885	575	829	391	397	547	153	4826
272	0	1134	427	678	159	176	540	406	3926
273	0	514	264	491	130	78	408	690	2494
274	0	1222	1337	774	297	213	523	256	4250
275	0	232	597	773	142	191	240	149	2641
276	0	427	338	368	212	102	332	52	2529
277	0	674	417	705	210	217	475	147	3458
278	0	399	276	453	146	89	352	63	2523
279	0	245	115	224	81	42	314	24	2625
280	0	238	788	471	194	332	561	812	2094
281	0	149	794	376	197	132	445	1222	1147
282	0	66	613	260	165	51	488	1268	998
283	0	461	374	580	117	149	416	225	2755
284	0	284	182	339	104	148	309	147	1886
285	2036	1758	956	1386	1144	869	843	1285	6406
286	3493	789	514	1140	2517	760	156	3164	2813
287	1227	1304	866	1134	870	502	638	563	5302
288	3441	553	192	256	5839	729	30	699	2022
289	2651	303	123	1005	852	377	91	180	1446
290	2876	243	29	455	1102	471	21	145	1322

Análise e Avaliação do Sistema de Pagamentos e de Formação dos Preços Pagos aos Hospitais do Serviço Nacional de Saúde

GDH	OR	DRUG	RAD	LAB	SUP	MISC	OTH	ICU	HOTEL
291	1940	302	23	221	563	594	4	51	1324
292	1974	1354	1329	1102	2375	571	1520	1254	4664
293	1902	819	831	629	1596	495	1769	805	3033
294	0	340	406	653	142	165	560	628	2310
295	0	259	168	603	122	43	460	1072	1533
296	0	456	495	636	163	250	544	393	2729
297	0	189	408	505	105	141	420	281	1883
298	0	105	85	249	66	33	255	52	1639
299	0	1004	248	632	125	103	691	282	2839
300	0	588	933	892	167	276	525	774	3215
301	0	772	987	356	71	72	241	266	1864
302	2304	5244	488	1421	1576	612	30006	2626	4080
303	3592	730	349	912	3214	827	393	1208	4134
304	2622	827	1380	680	2209	630	436	888	4140
305	2645	359	641	262	2452	605	68	301	2340
306	1986	762	415	750	1214	416	442	268	3677
307	1746	274	119	372	990	292	166	18	1782
308	2054	653	250	453	2428	535	335	473	4089
309	1610	283	56	174	2794	524	46	60	1645
310	1443	496	711	550	1441	271	521	165	2591
311	1327	277	348	346	1083	265	198	28	1650
312	1722	607	457	440	1044	640	339	257	2647
313	1935	303	82	190	939	755	104	0	1612
314	2028	460	59	85	397	786	68	0	2904
315	1520	793	1765	682	3471	326	1066	770	3055
316	0	700	747	967	347	286	1046	981	3424
317	0	354	364	342	403	140	1497	67	1646
318	0	1535	1137	733	363	193	647	300	3875
319	0	309	1056	399	954	233	297	238	2299
320	0	541	550	673	190	273	521	255	3126
321	0	336	510	495	137	133	412	104	2321
322	0	305	317	297	65	12	270	8	2398
323	0	332	897	352	614	111	641	67	2268
324	0	174	609	194	461	72	381	21	1434
325	0	336	539	541	249	195	624	169	2655
326	0	218	382	381	189	48	441	91	2024
327	0	166	340	671	54	129	196	0	1803
328	0	369	575	312	704	110	371	292	3059
329	0	280	489	204	937	296	353	0	2264
330	0	231	724	49	1542	415	196	0	1470
331	0	573	853	928	347	227	810	599	3201
332	0	276	765	714	333	104	400	305	1824
333	0	265	424	767	115	116	308	960	2706
334	3205	519	72	972	1600	1001	501	324	3334
335	2125	312	12	799	1057	1477	386	62	3177
336	1711	363	211	447	952	283	165	167	2290
337	1668	225	51	306	899	218	44	16	1532
338	2336	796	1130	1236	1453	607	218	220	2974
339	1527	474	276	460	568	484	396	594	2099
340	1596	247	137	195	299	436	206	154	1112
341	1987	355	104	178	3349	575	156	144	1967
342	1390	459	204	507	448	309	231	0	2540
343	1196	355	0	57	429	452	0	618	755
344	2019	243	2366	229	4383	348	71	132	1508
345	1202	688	279	511	792	395	311	646	2911
346	0	835	1118	659	275	234	611	197	3747
347	0	1340	280	359	153	42	148	112	2711
348	0	336	600	617	262	254	498	184	2922
349	0	173	381	416	357	114	380	53	2210



Análise e Avaliação do Sistema de Pagamentos e de Formação dos Preços Pagos aos Hospitais do Serviço Nacional de Saúde

GDH	OR	DRUG	RAD	LAB	SUP	MISC	OTH	ICU	HOTEL
350	0	453	452	532	192	90	425	112	2555
351	0	0	0	0	0	0	0	0	0
352	0	547	502	396	311	82	520	244	2213
353	3068	1337	416	1446	2494	813	356	1425	4444
354	2638	665	177	1306	1823	575	183	444	3464
355	2528	392	45	842	1383	414	26	84	2226
356	2107	265	22	120	1749	319	38	23	1322
357	2611	1170	261	1708	2231	593	298	890	4023
358	2537	451	100	491	1262	402	115	67	2434
359	2307	329	38	369	1180	296	39	11	1743
360	1367	411	335	500	589	379	249	136	2497
361	1706	347	523	416	1602	241	236	0	1939
362	1599	154	65	169	1382	558	29	0	1401
363	673	589	1808	441	326	279	319	252	2347
364	673	314	499	665	380	155	865	139	1901
365	2153	695	460	623	1879	413	194	182	3148
366	0	1430	1136	734	430	137	654	140	4243
367	0	742	665	380	274	379	303	0	2332
368	0	520	766	563	125	54	396	46	2559
369	0	270	1001	333	420	30	361	55	1477
370	328	319	104	330	595	159	1857	53	2930
371	144	207	40	192	566	95	1663	2	2537
372	0	141	56	183	229	99	1584	11	1498
373	0	87	17	89	199	58	1296	0	1157
374	383	149	44	265	379	150	1816	13	1499
375	34	128	48	150	192	130	1489	28	1400
376	0	255	358	434	122	136	593	285	1887
377	1397	652	660	758	1503	286	717	830	2535
378	0	311	618	705	1650	299	650	41	2146
379	0	156	182	225	67	163	1215	30	1655
380	0	412	187	373	102	41	986	52	1035
381	534	372	320	538	339	132	853	144	1321
382	0	88	108	97	38	23	609	12	889
383	0	240	300	347	127	111	544	98	1946
384	0	135	281	260	106	100	734	23	1677
392	2579	2213	466	1046	2883	550	1458	1469	3600
393	2471	861	232	526	1655	464	479	1662	3308
394	1729	692	538	1297	1247	479	342	782	3179
395	0	564	352	761	165	113	982	248	2838
397	0	2348	313	777	136	131	1120	402	2583
398	0	1837	492	893	189	141	831	411	3907
399	0	651	523	474	144	53	444	619	2355
401	1776	1997	1800	2408	1840	676	661	694	6511
402	1938	850	568	1647	1331	649	265	395	3040
403	0	2223	969	1458	329	244	1053	565	4879
404	0	1432	880	1034	366	160	570	294	3505
406	3512	1013	788	1362	2296	853	475	1963	5416
407	2913	519	302	1005	2147	912	212	1007	3025
408	1619	1437	1612	1090	1577	528	452	476	4721
409	0	1535	2423	332	354	62	306	136	3669
410	0	3685	581	339	305	43	165	136	3920
413	0	1332	1127	905	308	279	537	431	4378
414	0	777	976	661	186	161	406	414	3012
415	1974	1470	835	1130	1507	691	580	1198	5679
416	0	1070	800	982	334	348	755	619	4089
417	0	538	290	629	131	57	533	88	4460
418	0	675	485	525	270	162	324	243	3543
419	0	814	714	956	141	145	571	383	2801
420	0	381	641	818	116	87	340	181	2257

Análise e Avaliação do Sistema de Pagamentos e de Formação dos Preços Pagos aos Hospitais do Serviço Nacional de Saúde

GDH	OR	DRUG	RAD	LAB	SUP	MISC	OTH	ICU	HOTEL
421	0	421	546	789	104	111	433	334	2067
422	0	221	121	364	74	31	306	78	2037
423	0	779	652	937	189	169	576	473	3304
424	996	1334	763	912	1445	960	618	281	10708
425	0	236	588	491	83	224	551	355	2298
426	0	99	52	269	22	212	349	22	2601
427	0	130	75	252	26	216	251	20	2807
428	0	252	85	360	24	251	427	35	4759
429	0	329	517	591	118	440	575	453	4732
430	0	308	75	352	26	341	374	23	5369
431	0	257	42	302	14	325	408	26	7279
432	0	173	140	338	21	219	155	37	4342
439	2789	816	144	454	1397	737	300	2584	3744
440	2452	957	330	602	1321	746	467	2055	4127
441	2937	261	166	218	1057	393	373	675	2586
442	2304	940	677	722	2044	614	644	1495	3845
443	1879	434	246	323	1337	401	291	719	1992
444	0	380	713	469	174	498	535	576	2479
445	0	156	854	388	208	350	519	823	1444
446	0	66	564	202	195	139	549	832	1284
447	0	216	163	282	98	100	444	742	1083
448	0	100	50	241	47	53	237	129	1387
449	0	304	287	610	124	144	537	940	1650
450	0	179	163	457	98	82	438	842	1055
451	0	167	52	336	73	51	342	782	1286
452	0	624	593	617	492	194	714	633	2805
453	0	248	383	334	306	129	455	363	1951
454	0	237	554	616	136	178	592	734	2272
455	0	91	755	344	134	110	554	1070	1100
461	2575	935	418	564	2993	1680	393	869	5103
462	0	658	193	332	262	2638	151	14	7224
463	0	446	482	570	109	625	492	316	2686
464	0	183	565	465	86	321	402	271	1816
465	0	562	1224	934	1366	47	182	270	3654
466	0	886	793	592	1413	466	552	495	4169
467	0	242	162	235	127	136	307	214	1923
468	2309	2737	1824	1889	4479	1643	1475	4767	6152
469	45	593	256	525	280	867	132	89	6214
470	301	630	347	677	501	398	365	1455	4327
471	3131	562	181	495	13764	1432	395	314	2976
475	0	4109	1367	2828	1346	3841	1349	12585	3409
476	1744	1562	1378	1508	1479	1319	716	2540	6340
477	1233	1242	1154	1258	1095	754	825	1765	4809
478	1693	987	2778	802	4313	385	558	1240	3080
479	1244	425	2682	321	4659	193	131	654	1400
480	11904	9317	1623	7564	5772	2730	46645	13659	6064
482	5119	1743	852	1636	3280	2234	502	6877	5822
483	5491	15821	4076	9204	10380	13861	5119	49806	6429
491	2586	298	137	205	6863	644	117	124	1832
493	2188	765	1005	730	2910	330	504	326	3288
494	1903	370	505	359	2551	211	338	46	1716
530	4427	4314	2708	3760	6330	3317	1498	17374	6858
531	2953	2331	1990	1928	4556	1759	1315	6378	5472
532	0	1153	1172	1338	411	1041	988	2791	3944
533	0	1781	1714	1657	641	1475	1052	4475	5202
534	2997	1760	1003	1100	3342	885	530	3256	4685
535	0	1244	1230	1070	514	274	542	1854	3502
536	3477	1815	931	1152	3170	1362	436	5590	3047
538	3390	3466	1613	2973	4963	2694	973	8633	6832

Análise e Avaliação do Sistema de Pagamentos e de Formação dos Preços Pagos aos Hospitais do Serviço Nacional de Saúde

GDH	OR	DRUG	RAD	LAB	SUP	MISC	OTH	ICU	HOTEL
539	1358	4104	2621	3287	2561	2730	1501	6886	8398
540	0	2127	979	1620	763	1439	881	2226	6693
541	0	1396	929	1208	371	1102	725	1808	4780
542	0	649	281	479	151	810	518	930	3094
543	0	1610	1127	1365	634	475	1258	2029	4648
544	0	1535	1088	1455	516	1024	1038	3727	3858
545	6403	6933	2528	5066	22458	3709	4522	15049	6645
546	6288	5068	2808	3701	11712	3332	2232	11597	4938
547	5405	5595	3005	4401	12620	3459	3775	15036	6698
548	1313	1569	1965	1345	13458	1005	845	6057	3502
549	3191	3647	2691	2726	12464	2025	2168	8979	5805
550	1705	2593	3331	1841	6055	1012	1424	5018	4953
551	0	1272	964	1112	385	395	830	940	4908
552	0	1717	1023	1386	714	547	1392	2036	5531
553	2802	3506	1713	2140	2882	1489	1272	5289	7701
554	2387	1891	1047	1321	2020	1421	754	4407	4703
555	4644	5973	2931	4005	4853	2108	2521	10142	11284
556	2771	3050	1939	2156	3676	1352	1244	4385	6512
557	0	2084	1510	1887	823	585	1367	2777	6042
558	3601	1877	1002	1475	7928	1686	1348	3706	5390
559	2878	1891	1261	1467	3477	1284	831	3674	5661
560	0	1139	1039	952	390	1152	737	1399	4777
561	0	2400	1696	1965	694	745	2020	2088	7251
562	0	2081	973	1607	934	835	1226	2661	6518
563	0	1255	803	1193	396	533	731	1067	5398
564	2813	2517	1024	1887	2098	1391	1127	3343	8240
565	3122	2806	1494	2386	3752	1541	1888	5105	6833
566	0	1200	740	1263	410	551	850	1802	4531
567	2681	3009	1982	2151	3102	1210	2196	4086	7852
568	0	1881	1216	1983	807	834	1973	3422	5548
569	0	1416	764	1125	444	430	874	1058	4733
570	0	1872	919	1123	454	396	719	777	4663
571	3045	1507	713	1425	1892	1320	845	2896	4486
572	0	2376	1347	1466	719	374	911	1563	5808
573	3263	1495	740	1404	2190	828	594	1723	4837
574	0	2741	658	1705	356	369	1965	1143	6410
575	2787	4825	1802	3346	3439	1469	2993	5996	6487
576	0	10310	1206	7652	1012	671	8921	1869	22963
577	0	6759	919	3187	644	362	3801	1000	15011
578	0	4953	1381	2892	711	816	2789	1935	9852
579	2188	8260	2622	5409	2847	1829	4257	6458	16103
580	0	2401	967	1497	488	526	1184	1907	5572
581	2570	5320	1846	3184	3102	2073	2310	7273	9650
582	0	1476	758	1378	590	780	986	3381	3331
583	3202	3614	1266	2043	3202	1613	1888	6191	6657
584	0	2407	1129	1873	827	1031	1322	3684	5251
585	3869	5245	1774	2912	4091	2401	1681	8794	8875
586	0	1752	963	1125	433	636	940	1998	4599
587	0	764	285	627	238	644	467	2089	4518
602	0	10562	6848	21503	7672	12567	6681	0	58914
603	0	2598	1523	3450	1427	2885	1434	0	8018
604	0	11182	5203	11312	5061	12525	2382	0	56581
605	0	4549	3745	6761	2165	6985	2621	0	19840
606	3905	5670	11470	7390	3826	7428	1143	0	93324
607	0	3523	1362	2718	1447	2471	266	31	40727
608	0	4075	2454	5865	1780	3962	1500	0	14964
609	7158	10886	3941	8425	6792	6269	3905	6190	51231
610	3651	1681	989	2026	3694	2005	0	0	22487
611	0	2404	1006	2288	1470	1513	176	52	29770



Análise e Avaliação do Sistema de Pagamentos e de Formação dos Preços Pagos aos Hospitais do Serviço Nacional de Saúde

GDH	OR	DRUG	RAD	LAB	SUP	MISC	OTH	ICU	HOTEL
612	0	956	317	1065	727	490	84	12	17529
613	0	686	190	760	489	258	59	0	13858
614	0	361	84	480	288	119	48	0	8508
615	5338	6826	4345	6718	6067	8122	3601	3406	52692
616	4368	2229	1180	1496	3025	2339	1272	830	22702
617	0	1425	674	1795	1056	1077	151	118	17705
618	0	471	198	776	421	335	95	33	10040
619	0	270	113	557	245	167	95	6	7567
620	0	46	15	153	58	67	57	5	1902
621	0	185	60	425	196	103	64	0	5688
622	5728	4959	3374	4086	4715	4037	1957	6302	28499
623	1392	570	358	564	968	648	122	643	6679
624	1137	215	219	202	460	280	249	325	3475
626	0	940	721	1531	701	878	220	148	11662
627	0	149	138	415	178	147	110	41	3828
628	0	61	48	281	90	74	107	16	2436
629	0	17	6	55	22	34	40	0	784
630	0	63	55	236	84	102	83	16	2684
631	0	509	155	328	182	925	302	1190	4133
633	0	796	506	920	624	631	205	1567	8574
634	0	939	1050	520	253	521	284	1951	2574
635	0	0	0	0	0	0	0	0	0
636	0	0	0	0	0	0	0	0	0
637	0	0	0	0	0	0	0	0	0
638	0	0	0	0	0	0	0	0	0
639	0	0	0	0	0	0	0	0	0
640	0	0	0	0	0	0	0	0	0
641	7221	13627	11709	13412	7527	23956	21428	34888	27444
650	401	444	319	684	577	212	2975	222	4318
651	177	250	173	385	521	132	2297	11	3108
652	309	231	144	397	376	198	2161	49	1944
700	1736	18816	3520	11549	6009	11643	5839	51708	9579
701	2039	11390	3477	7161	4564	4268	5555	17596	16486
702	2549	8227	2288	5217	3881	1442	2246	4944	17355
703	1479	4456	1695	4095	1940	1185	1896	2139	12768
704	1658	2939	1152	2529	1428	761	1371	547	9280
705	0	4571	1623	3869	657	737	1538	2311	13140
706	0	5394	1521	3571	894	1025	1889	4864	10206
707	0	5851	1523	4278	1335	2284	2589	11109	7555
708	0	1356	869	1870	321	186	1147	643	5697
709	0	2763	1135	3196	426	327	1116	1074	10024
710	0	2183	973	2229	404	439	1218	1269	7294
711	0	1206	656	1894	166	35	825	630	6573
712	0	1035	824	1491	281	329	822	536	5031
713	0	902	493	1277	165	115	844	469	3089
714	0	1317	574	1488	271	202	1004	455	4677
715	0	604	262	770	111	66	547	139	2904
716	0	588	448	919	151	136	855	190	2999
730	7600	3694	2918	2620	6927	3112	2335	10703	2467
731	5763	1416	1873	1315	8817	1749	1140	8180	2278
732	4580	1477	1812	1322	4949	1472	1087	8799	2621
733	0	612	1896	826	587	1067	597	4573	2734
734	0	336	1627	699	454	395	602	3189	2362
737	1717	588	327	260	2628	719	295	862	3162
738	3980	1364	1362	1294	5068	1557	607	5223	6182
739	3102	869	850	674	4493	893	966	4220	2765
740	0	5307	471	1314	319	2440	454	1034	7459
743	0	137	55	415	66	17	219	71	1674
744	0	332	170	596	78	103	381	221	3371

Análise e Avaliação do Sistema de Pagamentos e de Formação dos Preços Pagos aos Hospitais do Serviço Nacional de Saúde

GDH	OR	DRUG	RAD	LAB	SUP	MISC	OTH	ICU	HOTEL
745	0	409	30	479	39	47	236	26	2836
746	0	186	149	399	45	145	343	277	1594
747	0	430	483	641	157	332	507	586	3083
748	0	121	116	425	39	151	437	77	3062
749	0	118	154	409	79	64	396	200	1407
750	0	343	350	693	141	231	541	750	2938
751	0	118	101	387	56	86	378	119	2313
752	0	568	29	328	178	31	195	675	3596
753	0	240	166	579	17	328	113	9	10112
754	0	0	0	0	0	0	0	0	0
755	4200	688	440	631	14248	1025	1232	789	3078
756	3570	447	312	412	12385	819	970	266	2279
757	3003	584	419	340	2223	790	219	346	2815
758	2607	363	175	163	1599	498	99	74	1638
759	3315	321	4	18	29153	283	0	170	1293
760	0	24539	260	844	279	150	2489	160	3338
761	0	511	1366	764	452	588	699	3704	1899
762	0	72	903	292	138	56	621	877	1122
763	0	116	806	231	184	119	861	1597	1518
764	0	241	1578	746	323	428	760	1137	2392
765	0	112	1497	579	194	231	849	793	1660
766	0	440	1131	686	312	721	691	2737	2952
767	0	217	1031	420	234	462	523	2010	1709
768	0	308	248	430	90	80	644	958	2152
769	0	149	213	251	52	42	779	1122	1578
770	0	1318	481	760	206	1142	726	556	7427
771	0	331	716	312	129	649	308	694	3070
772	0	363	152	277	93	360	327	299	2592
773	0	258	95	177	83	386	266	183	2035
774	0	308	112	202	105	660	326	738	2568
775	0	150	67	105	82	433	281	244	1746
776	0	364	295	503	118	135	388	292	3067
777	0	134	230	280	80	102	269	213	2061
778	0	455	517	428	248	150	467	162	3804
779	0	335	395	213	232	196	338	411	2093
780	0	3590	498	4145	670	382	2335	855	13937
781	0	1613	333	2536	1042	363	536	133	7969
782	0	3754	736	4112	457	150	3734	375	11144
783	0	1524	424	2104	260	123	1140	92	3541
784	0	484	204	421	113	150	785	204	4123
785	0	618	154	709	117	70	898	83	3102
786	4413	1059	281	1304	1978	1458	173	3466	4441
787	3004	714	1195	651	3359	362	407	103	3139
789	2680	512	108	554	9029	958	267	79	2793
790	2971	390	257	305	1298	487	492	1417	2520
791	2120	591	292	437	1033	569	324	1555	2774
792	8331	6821	3241	4924	11099	5511	3282	23279	1504
793	7650	5210	3032	3681	9562	3905	2635	21153	2630
794	0	3202	2866	2353	1595	3103	962	13121	3881
795	6429	19180	2326	7029	5813	7366	38588	20645	4519
796	4412	1005	1143	884	4054	923	532	2346	3594
797	3529	441	572	353	3184	567	103	1250	1852
798	2460	2488	1620	3852	3339	1331	615	5498	9180
799	0	1037	599	3417	0	594	1607	0	6089
800	0	1424	919	2284	471	655	709	890	9113
801	0	813	507	2172	268	141	634	1004	7160
802	0	2068	608	1886	228	583	638	1151	6554
803	549	25646	2759	15041	4628	625	21187	9977	57481
804	229	13297	1286	5056	617	372	7708	7774	29639

Análise e Avaliação do Sistema de Pagamentos e de Formação dos Preços Pagos aos Hospitais do Serviço Nacional de Saúde

GDH	OR	DRUG	RAD	LAB	SUP	MISC	OTH	ICU	HOTEL
805	4523	6658	927	3109	4158	1101	56358	6002	5911
806	6466	1064	882	1096	24425	1539	2450	1956	4903
807	5526	604	602	635	20690	1188	1362	707	3239
808	39	1757	3871	789	7256	131	437	3340	1286
809	3918	1945	1754	2068	6330	2467	2011	8092	5268
810	0	469	1327	743	368	758	576	2791	2493
811	3195	3289	2238	2002	26349	1441	2169	6775	5303
812	0	984	744	735	603	175	798	722	3089
813	0	413	707	625	137	94	550	220	2408
814	0	252	706	465	119	35	433	91	1784
815	0	151	165	319	55	23	324	75	1946
816	0	80	195	226	49	22	245	28	1412
817	3033	548	271	632	8820	1019	611	328	3014
818	2083	365	225	431	8205	979	374	143	2535
819	2293	685	819	498	2199	328	1213	545	2516
820	0	1096	480	630	336	136	592	504	2485
821	7797	6625	1310	5646	10716	7100	10016	42199	5946
822	0	1423	278	1547	1925	887	1890	7289	333
823	4460	2592	530	1959	3902	3188	1731	17096	4818
824	2255	741	78	553	1715	1560	632	6956	3745
825	0	694	321	730	421	705	628	2794	4937
826	0	192	62	257	236	390	308	3030	1834
827	0	695	300	898	749	940	765	5016	3442
828	0	151	40	192	297	323	255	2492	1933
829	3606	6102	505	2754	4004	1055	32618	5548	3653
832	0	176	1346	839	99	279	590	511	1817
833	5063	3769	3386	3182	7734	1992	1215	16954	5048
836	3321	1036	843	858	5262	1100	638	2238	5365
837	2662	483	336	388	4460	664	252	807	3045
838	2668	575	1022	596	2295	476	281	2004	1537
839	2530	351	581	351	2080	313	126	1245	828
849	1550	1228	3471	1011	40945	414	409	4946	2492
850	1241	608	3062	483	36214	189	233	2449	1521
851	1182	425	1540	320	32654	149	183	1650	1242
852	22	1144	4015	397	7930	44	221	736	1245
853	21	1263	3769	634	11253	98	330	2518	1604
854	17	681	2847	281	8554	24	169	392	1149
864	3077	445	382	430	6966	707	880	669	1904
865	2605	279	252	194	6021	429	627	146	1133
866	2552	704	346	574	2749	705	313	690	3242
867	2330	363	151	248	2193	539	111	501	1771
874	3209	1479	893	2177	2831	1012	707	1515	5333
875	3163	533	386	1124	1408	944	68	350	3355
876	0	2368	210	1522	201	66	1170	90	7119

## Anexo II – Base de Dados de Elementos Analíticos (BDEA)<sup>1</sup>

Discrição dos campos da BDEA para o período 2003-2006.

DESIGNAÇÃO DO CAMPO	EXPLICAÇÃO DO SIGNIFICADO DO CAMPO - ficheiro "2003-2006"
ANO	"Ano do exercício a que respeitam os custos analíticos; em determinados casos (alterações de instituições), pode não corresponder a 12 meses (ver secção ""preâmbulo"" na BDEA)."
NOME HOSPITAL	"Designação habitual da instituição hospitalar que remeteu os elementos analíticos; em anos de transição estrutural (SPA -> EPE ou Hosp. -> CH / ULS), podem ter remetido 12 meses em nome da instituição 'antiga' ou, eventualmente, em nome da 'nova' instituição."
NÍVEL 1	"pode ser um dos seguintes níveis de agregação (nível mais elevado): Custos Não imputáveis, Outros Serviços Clínicos, Secção Auxiliar de Apoio Clínico, Secção Auxiliar de Apoio Geral, Secções Administrativas, Serviços Clínicos de Internamento (ver 3ª edição do PCAH)"
NÍVEL 2	"pode ser um dos seguintes níveis (2º nível mais agregador): Administração e Direcção, Anatomia Patológica, Anestesiologia, Bloco Operatório, Consultas Externas, Custos Não imputáveis, Especialidades Cirúrgicas, Especialidades Médicas, Esterilização, Hospital de Dia, Imagiologia, Imuno-hemoterapia, Medicina Física e Reabilitação, Medicina Nuclear, Obstetrícia-Ginecologia, Outros Serviços de Apoio Clínico, Patologia Clínica, Pediatria, Quartos Particulares, Radioterapia, Serviço Domiciliário, Serviço Social, Serviço de Instalações e Equipamento, Serviços Farmacêuticos, Serviços Hoteleiros, Serviços Técnicos de Administração, Técnicas Cardiológicas, Técnicas Gastrenterológicas, Técnicas Neurológicas, Técnicas Oftalmológicas, Técnicas Pneumológicas, Técnicas Urológicas, Técnicas de Dermatologia, Técnicas de Ginecologia-Obstetrícia, Técnicas de Nefrologia, Técnicas de ORL, Unidade de Cuidados Intensivos, Urgência"
CÓDIGO C.C.	Código do Centro de Custo (conforme 2ª edição do PCAH)
NOME CENTRO CUSTO	Designação oficial do Centro de Custo (conforme 2ª edição do PCAH)
NOME UNID. OBRA 1	Designação da 1ª Unidade de Obra prevista para este Centro de Custo (2ª edição PCAH)
QUANT. UNID. OBRA 1	"Valor quantitativo do total de unidades de obra realizadas por este Centro de Custo, no período reportado"
NOME UNID. OBRA 2	"Designação da 2ª Unidade de Obra prevista para este Centro de Custo (PCAH 2ª edição); note-se que o PCAH não prevê uma 2ª unidade de obra para muitos dos Centros de Custos"
QUANT. UNID. OBRA 2	"Valor quantitativo do total de unidades de obra realizadas por este Centro de Custo, no período reportado"
9612	Conta POCMS '9612 - Mercadorias'
96161	Conta POCMS '96161 - Produtos Farmacêuticos'
96162	Conta POCMS '96162 - Material De Consumo Clínico'
96163	Conta POCMS '96163 - Produtos Alimentares'

<sup>1</sup> Fonte: Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS).

Análise e Avaliação do Sistema de Pagamentos e de Formação dos Preços Pagos aos Hospitais do Serviço Nacional de Saúde

96164	Conta POCMS '96164 - Material Consumo Hoteleiro'
96165	Conta POCMS '96165 - Material Consumo Administrativo'
96166	Conta POCMS '96166 - Material Manutenção E Conservação'
96169	Conta POCMS '96169 - Outro Material De Consumo'
9621	Conta POCMS '9621 - Subcontratos'
9622	Conta POCMS '9622 - Fornecimentos E Serviços'
963	Conta POCMS '963 - Transf Correntes Concedidas Prestaç. Soc.'
9641	Conta POCMS '9641 - Remunerações Dos Orgão Directivos'
964211	Conta POCMS '964211 - Pessoal Dirigente'
9642121	Conta POCMS '9642121 - Pessoal Médico'
9642122	Conta POCMS '9642122 - Pessoal Técnico Superior Saúde'
9642123	Conta POCMS '9642123 - Pessoal Técnico Superior Serviço Social'
9642129	Conta POCMS '9642129 - Outro Pessoal Técnico Superior'
964213	Conta POCMS '964213 - Pessoal De Enfermagem'
9642141	Conta POCMS '9642141 - Pessoal Tecn Diagnóstico E Terapêutica'
9642149	Conta POCMS '9642149 - Outro Pessoal Técnico'
964215	Conta POCMS '964215 - Pessoal Técnico Profissional'
964216	Conta POCMS '964216 - Pessoal De Administração'
964217	Conta POCMS '964217 - Pessoal Operário E Auxiliar'
964218	Conta POCMS '964218 - Pessoal Docente'
964219	Conta POCMS '964219 - Outro Pessoal'
9642211	Conta POCMS '9642211 - Horas Extraordinárias'
9642212	Conta POCMS '9642212 - Prevenções'
9642221	Conta POCMS '9642221 - Noites E Suplementos'
9642222	Conta POCMS '9642222 - Subsídio De Turno'
964223	Conta POCMS '964223 - Abono Para Falhas'
964224	Conta POCMS '964224 - Subsídio De Refeição'
964225	Conta POCMS '964225 - Ajudas De Custo'
964226	Conta POCMS '964226 - Vestuário E Artigos Pessoais'
964227	Conta POCMS '964227 - Alimentação A Alojamento'
964228	Conta POCMS '964228 - Outros Suplementos'
96423	Conta POCMS '96423 - Prestações Sociais Directas'
96424	Conta POCMS '96424 - Subsídio De Férias E Natal'
9643	Conta POCMS '9643 - Pensões'
9645	Conta POCMS '9645 - Encargos Sobre Remunerações'
9646	Conta POCMS '9646 - Seguros Acidentes Trab E Doenç Prof.'
9647	Conta POCMS '9647 - Encargos Sociais Voluntários'
9648	Conta POCMS '9648 - Outros Custos Com O Pessoal'
965	Conta POCMS '965 - Outros Custos E Perdas Operacionais'
966	Conta POCMS '966 - Amortizações Do Exercício'
967	Conta POCMS '967 - Provisões Do Exercício'
968	Conta POCMS '968 - Custos E Perdas Financeiras'
969	Conta POCMS '969 - Custos E Perdas Extraordinários'
C2010000	Centro de Custo (Indirectos) 'Anatomia Clínica'
C2020000	Centro de Custo (Indirectos) 'Patologia Clínica'
C2030000	Centro de Custo (Indirectos) 'Imagiologia'
C2040000	Centro de Custo (Indirectos) 'Medicina Física e de Reabilitação'
C2050000	Centro de Custo (Indirectos) 'Imunohemoterapia'
C2060000	Centro de Custo (Indirectos) 'Anestesiologia'

Análise e Avaliação do Sistema de Pagamentos e de Formação dos Preços Pagos aos Hospitais do Serviço Nacional de Saúde

C2070000	Centro de Custo (Indirectos) 'Bloco operatório '
C2080000	Centro de Custo (Indirectos) 'Medicina Nuclear'
C2090000	Centro de Custo (Indirectos) 'Radioterapia'
C2100000	Centro de Custo (Indirectos) 'Técnicas cardiológicas'
C2110000	Centro de Custo (Indirectos) 'Técnicas gastroenterológicas'
C2120000	Centro de Custo (Indirectos) 'Técnicas Neurológicas'
C2130000	Centro de Custo (Indirectos) 'Técnicas Oftalmológicas'
C2140000	Centro de Custo (Indirectos) 'Técnicas de ORL'
C2150000	Centro de Custo (Indirectos) 'Técnicas Pneumológicas'
C2160000	Centro de Custo (Indirectos) 'Técnicas Urológicas'
C2117000	Centro de Custo (Indirectos) 'Esterilização'
C2118000	Centro de Custo (Indirectos) 'Serviços farmacêuticos'
C2119000	Centro de Custo (Indirectos) 'Serviço social'
C2200000	Centro de Custo (Indirectos) 'Técnicas de Ginecologia/Obstetricia'
C2210000	Centro de Custo (Indirectos) 'Técnicas de Dermatologia'
C2220000	Centro de Custo (Indirectos) 'Técnicas de Nefrologia'
C2990000	Centro de Custo (Indirectos) 'Outros serviços de apoio clínico'
C3101000	Centro de Custo (Indirectos) 'Oficinas'
C3102000	Centro de Custo (Indirectos) 'Central de Tratamento de água'
C3103000	Centro de Custo (Indirectos) 'Central de Vapor'
C3104000	Centro de Custo (Indirectos) 'Central Eléctrica de Emergência'
C3105000	Centro de Custo (Indirectos) 'Central de Gases Medicinais'
C3106000	Centro de Custo (Indirectos) 'Central de Incineração'
C3107000	Centro de Custo (Indirectos) 'Serviço de Viaturas'
C3108000	Centro de Custo (Indirectos) 'Parques e Jardins'
C3201000	Centro de Custo (Indirectos) 'Serviço de alimentação e dietética'
C3202000	Centro de Custo (Indirectos) 'Serviço de tratamento de roupa'
C3203000	Centro de Custo (Indirectos) 'Serviço de higiene e limpeza'
C3204000	Centro de Custo (Indirectos) 'Serviços de segurança e apoio'
C3299000	Centro de Custo (Indirectos) 'Outros serviços hoteleiros'
C4000000	Centro de Custo (Indirectos) 'Secções administrativas'

## Anexo III – Rubricas do Internamento<sup>1</sup>

Custos Contabilidade Analítica 2003 – Repartição por Rubrica de GDH<sup>2</sup>

### Bloco:

Conta	Designação
2060000	Anestesiologia
2070000	Bloco Operatório
2117000	Esterilização

### Medicamento:

Conta	Designação
96161	Produtos Farmacêuticos
2118000	Serviços Farmacêuticos

### Radiologia:

Conta	Designação
2030000	Imagiologia

### Laboratório:

Conta	Designação
2010000	Anatomia Patológica
2020000	Patologia Clínica

### Material de Consumo Clínico:

Conta	Designação
96162	Material de Consumo Clínico

238

### UCI:

Conta	Designação
116	Unidades de Cuidados Intensivos

### Outros:

Conta	Designação
96166	Material de Conservação e Manutenção
96169	Outro Material de Consumo
9621	Subcontratos
9641	Remunerações de órgãos de direcção
9643	Pensões
9645	Encargos sobre remunerações
9646	Seguros Acidentes no Trabalho Doenças Profissionais
9647	Encargos sociais voluntários
9648	Outros custos com pessoal
96423	Prestações Sociais Directas
9642122	<b>Ordenados e salários: Pessoal Técnico Superior</b>
6422	Suplementos de remunerações

<sup>1</sup> Fonte: Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS).

<sup>2</sup> Matriz utilizada em 2004 para a Portaria 567/2006 de 12 de Junho.



Análise e Avaliação do Sistema de Pagamentos e de Formação dos Preços Pagos aos Hospitais do Serviço Nacional de Saúde

6424	Subsidios de férias e de Natal
9642141	<b>Ordenados e salários: Pessoal Técnico de Diagnóstico e Terapêutica</b>
6422	Suplementos de remunerações
6424	Subsidios de férias e de Natal
9642129	<b>Ordenados e Salários: Outro Pessoal Técnico Superior</b>
6422	Suplementos de remunerações
6424	Subsidios de férias e de Natal
964218	<b>Ordenados e salários: Pessoal Docente</b>
6422	Suplementos de remunerações
6424	Subsidios de férias e de Natal
9642123	<b>Ordenados e Salários: Pessoal Técnico Superior de Serviço Social</b>
965	Outros Custos e Perdas Operacionais
966	Amortizações do Exercício
967	Provisões do exercício
968	Custos e Perdas Financeiras
969	Custos e Perdas Extraordinárias
2040000	Medicina Fisica e de Reabilitação
2050000	Imunohemoterapia
2080000	Medicina Nuclear
2090000	Radioterapia
2100000	Técnicas Cardiológicas
2110000	Técnicas Gastrenterológicas
2120000	Técnicas Neurológicas
2130000	Técnicas Oftalmológicas
2140000	Técnicas de ORL
2150000	Técnicas Pneumológicas
2160000	Técnicas Urológicas
2119000	Serviço Social
2200000	Técnicas de Ginecologia /Obstetrícia
2210000	Técnicas de Dermatologia
2220000	Técnicas de Nefrologia
2990000	Outros Serviços de Apoio Clínico
9612	Mercadorias

**Hotalaria:**

<b>Conta</b>	<b>Designação</b>
96163	Produtos Alimentares
96164	Material de Consumo Hoteleiro
9622	Fornecimentos e Serviços
964213	<b>Ordenados e Salários - Pessoal de Enfermagem</b>
6422	Suplementos de remunerações
6424	Subsidios de férias e de Natal
964217	<b>Ordenados e Salários: Pessoal Operário Auxiliar</b>
6422	Suplementos de remunerações
6424	Subsidios de férias e de Natal
964219	<b>Ordenados e salários: Outro Pessoal</b>
6422	Suplementos de remunerações
6424	Subsidios de férias e de Natal
32	Serviços Hoteleiros (excepto Alimentação e Lavandaria)



Análise e Avaliação do Sistema de Pagamentos e de Formação dos Preços Pagos aos Hospitais do Serviço Nacional de Saúde

3201000	Serviço de alimentação e dietética
3202000	Serviço de tratamento de roupa
31	Secções Auxiliares de Apoio Geral

**Médicos:**

Conta	Designação
9642121	<b>Ordenados e Salários - Pessoal Médico</b>
6422	Suplementos de remunerações
6424	Subsidios de férias e de Natal

**Administrativos:**

Conta	Designação
96165	Material de Consumo Administrativo
963	Transferências correntes concedidas Prestações Sociais
964211	<b>Ordenados e Salários: Pessoal Dirigente</b>
6424	Subsidios de férias e de Natal
9642149	<b>Ordenados e salários: Outro Pessoal Técnico</b>
6422	Suplementos de remunerações
6424	Subsidios de férias e de Natal
964215	<b>Ordenados e salários: Pessoal Técnico Profissional</b>
6422	Suplementos de remunerações
6424	Subsidios de férias e de Natal
964216	<b>Ordenados e Salários: Pessoal Administrativo</b>
6422	Suplementos de remunerações
6424	Subsidios de férias e de Natal
4000000	Secções Administrativas

## Anexo IV – Eficiência Técnica (VRS) – Amostra Global

### Internamento

#### Recursos e Produção

	Recurso				Produção
	Méd	Enf	Outro	Med MCDT	DS
ALCB	6	43	25	27832	1466
ALMA	297	482	310	1488720	25580
ANAD	4	31	17	40842	1136
AVEI	115	108	157	563056	16174
CACE	21	85	45	310281	4766
CALD	15	111	69	302020	6921
CANT	4	26	24	24923	15
CAST	40	246	115	589837	10075
CHAA	42	323	158	893196	21498
CHBV	36	243	190	1156916	11798
CHCB	21	287	254	717027	12333
CHCO	79	509	207	1655306	25888
CHEV	89	269	152	795180	13201
CHGE	323	512	340	2555828	27086
CHLC	247	1225	870	6559328	50964
CHLN	395	1576	1303	7040908	68242
CHMT	137	407	239	895312	17647
CHNT	19	296	203	526836	7521
CHPO	125	844	453	3450444	40501
CHSE	258	437	335	884633	15962
CHTA	69	508	188	1613750	8721
CHVS	147	301	188	673572	19786
CURR	105	314	175	1509661	22725
ESTA	3	21	14	37293	1203
FARE	172	398	203	1123732	22119
FEIR	46	209	187	431786	16605
HPML	17	81	71	92601	2449
HUCE	359	1256	630	5740779	61049
IPOC	22	163	126	442623	7610
IPOL	43	420	269	2027898	15941
IPOP	71	437	235	1255514	18980
JOAO	327	1295	1117	4397231	57738
JOAQ	13	34	47	47049	1171
LEIR	72	302	176	549718	18435
MATO	144	498	279	1040271	17335
MONT	21	51	39	151202	1845
OVAR	10	32	12	83109	956
PENI	5	25	14	43509	1238

Análise e Avaliação do Sistema de Pagamentos e de Formação dos Preços Pagos aos Hospitais do Serviço Nacional de Saúde

POMB	11	38	22	74589	1849
SANT	50	324	233	728315	17233
TOND	5	38	27	63986	1665
ULBA	52	255	165	557576	9187
ULSG	68	304	143	467673	11271
VALO	8	56	27	40917	1589
VEDR	62	129	93	387962	9564
WISE	210	572	301	787314	23820
XIRA	45	161	94	257802	8931
ARNE	27	181	122	144999	1046
CHPL	65	236	225	337081	2250

Índices de eficiência técnica e hospitais de referência

	Índice	#	Ref	Peso	Ref	Peso	Ref	Peso	Ref	Peso	Ref	Peso
ALCB	1,00	1	ALCB	1,00								
ALMA	0,88	23	AVEI	0,09	CHAA	0,78	HUCE	0,01	JOAO	0,12		
ANAD	0,88	24	ALCB	0,05	CANT	0,07	ESTA	0,88				
AVEI	1,00	1	AVEI	1,00								
CACE	0,87	26	AVEI	0,00	CHAA	0,17	ESTA	0,82				
CALD	0,96	20	CHAA	0,27	ESTA	0,71	FEIR	0,02				
CANT	1,00	1	CANT	1,00								
CAST	0,68	38	CHAA	0,40	ESTA	0,56	LEIR	0,04				
CHAA	1,00	1	CHAA	1,00								
CHBV	0,71	36	CHAA	0,39	ESTA	0,44	FEIR	0,18				
CHCB	1,00	1	CHCB	1,00								
CHCO	1,00	1	CHCO	1,00								
CHEV	0,68	39	AVEI	0,12	CHAA	0,50	ESTA	0,38				
CHGE	0,77	31	AVEI	0,59	CURR	0,20	HUCE	0,21				
CHLC	0,92	21	CHLN	0,38	CHPO	0,62						
CHLN	1,00	1	CHLN	1,00								
CHMT	0,66	40	AVEI	0,08	CHAA	0,23	ESTA	0,08	LEIR	0,61		
CHNT	0,74	33	CHAA	0,08	CHCB	0,42	ESTA	0,50				
CHPO	1,00	1	CHPO	1,00								
CHSE	0,50	46	AVEI	0,04	ESTA	0,08	FEIR	0,55	LEIR	0,33		
CHTA	0,36	47	CHAA	0,37	PENI	0,63						
CHVS	1,00	1	CHVS	1,00								
CURR	1,00	1	CURR	1,00								
ESTA	1,00	1	ESTA	1,00								
FARE	0,85	29	AVEI	0,00	CHAA	0,98	HUCE	0,00	JOAO	0,01		
FEIR	1,00	1	FEIR	1,00								
HPML	0,62	42	ALCB	0,74	ESTA	0,19	FEIR	0,07				
HUCE	1,00	1	HUCE	1,00								
IPOC	0,71	35	CHAA	0,31	ESTA	0,68	FEIR	0,01				
IPOL	0,69	37	CHAA	0,50	CHCB	0,42	ESTA	0,09				
IPOP	0,62	41	AVEI	0,07	CHAA	0,77	ESTA	0,09	FEIR	0,06		
JOAO	1,00	1	JOAO	1,00								

## Análise e Avaliação do Sistema de Pagamentos e de Formação dos Preços Pagos aos Hospitais do Serviço Nacional de Saúde

JOAQ	0,74	34	ALCB	0,17	CANT	0,06	ESTA	0,77				
LEIR	1,00	1	LEIR	1,00								
MATO	0,55	43	AVEI	0,01	CHAA	0,23	ESTA	0,10	LEIR	0,65		
MONT	0,51	45	AVEI	0,04	CHAA	0,01	ESTA	0,96				
OVAR	1,00	1	OVAR	1,00								
PENI	1,00	1	PENI	1,00								
POMB	0,86	28	CHAA	0,03	ESTA	0,97	LEIR	0,00				
SANT	0,80	30	CHAA	0,41	ESTA	0,09	FEIR	0,50				
TOND	0,87	27	CHAA	0,02	ESTA	0,98	FEIR	0,01				
ULBA	0,53	44	AVEI	0,02	CHAA	0,12	ESTA	0,54	FEIR	0,15	LEIR	0,17
ULSG	0,74	32	CHAA	0,04	ESTA	0,42	LEIR	0,53				
VALO	0,88	25	ALCB	0,69	ESTA	0,30	FEIR	0,01				
VEDR	0,91	22	AVEI	0,22	CHAA	0,19	ESTA	0,52	LEIR	0,07		
WISE	1,00	1	WISE	1,00								
XIRA	0,98	19	ESTA	0,53	FEIR	0,21	LEIR	0,26				
ARNE	0,20	48	ALCB	0,60	CANT	0,26	ESTA	0,14				
CHPL	0,17	49	ALCB	0,36	ESTA	0,58	FEIR	0,06				

### Projeções na fronteira de eficiência técnica

	Méd	%	Enf	%	Outro	%	Med/MCDT	%
ALCB	6	0,0	43	0,0	25	0,0	27832	0,0
ALMA	84	-71,6	425	-11,8	274	-11,8	1313078	-11,8
ANAD	3	-19,2	23	-27,5	15	-11,9	36000	-11,9
AVEI	115	0,0	108	0,0	157	0,0	563056	0,0
CACE	10	-52,3	74	-12,6	39	-12,6	187431	-39,6
CALD	14	-4,5	106	-4,5	56	-19,6	274197	-9,2
CANT	4	0,0	26	0,0	24	0,0	24923	0,0
CAST	22	-45,6	154	-37,2	78	-31,8	402422	-31,8
CHAA	42	0,0	323	0,0	158	0,0	893196	0,0
CHBV	26	-29,3	171	-29,3	100	-47,1	438891	-62,1
CHCB	21	0,0	287	0,0	254	0,0	717027	0,0
CHCO	79	0,0	509	0,0	207	0,0	1655306	0,0
CHEV	36	-59,3	183	-31,9	103	-31,9	530455	-33,3
CHGE	165	-48,9	394	-22,9	262	-22,9	1859793	-27,2
CHLC	227	-8,1	1120	-8,6	773	-11,2	4804589	-26,8
CHLN	395	0,0	1576	0,0	1303	0,0	7040908	0,0
CHMT	63	-53,7	269	-33,9	158	-33,9	592017	-33,9
CHNT	14	-25,7	157	-47,1	126	-38,0	391275	-25,7
CHPO	125	0,0	844	0,0	453	0,0	3450444	0,0
CHSE	54	-79,1	220	-49,7	169	-49,7	444956	-49,7
CHTA	19	-73,1	135	-73,4	67	-64,5	357337	-77,9
CHVS	147	0,0	301	0,0	188	0,0	673572	0,0
CURR	105	0,0	314	0,0	175	0,0	1509661	0,0
ESTA	3	0,0	21	0,0	14	0,0	37293	0,0
FARE	47	-72,4	339	-14,8	173	-14,8	957311	-14,8
FEIR	46	0,0	209	0,0	187	0,0	431786	0,0

Análise e Avaliação do Sistema de Pagamentos e de Formação dos Preços Pagos aos Hospitais do Serviço Nacional de Saúde

HPML	8	-51,4	50	-38,2	34	-52,1	57196	-38,2
HUCE	359	0,0	1256	0,0	630	0,0	5740779	0,0
IPOC	15	-28,7	116	-28,7	60	-52,3	304344	-31,2
IPOL	30	-31,0	282	-32,9	186	-31,0	746703	-63,2
IPOP	44	-37,6	273	-37,6	147	-37,6	762709	-39,3
JOAO	327	0,0	1295	0,0	1117	0,0	4397231	0,0
JOAQ	4	-72,8	25	-25,8	16	-64,6	34932	-25,8
LEIR	72	0,0	302	0,0	176	0,0	549718	0,0
MATO	58	-59,7	276	-44,6	155	-44,6	576629	-44,6
MONT	7	-66,2	26	-48,9	20	-48,9	60622	-59,9
OVAR	10	0,0	32	0,0	12	0,0	83108	0,0
PENI	5	0,0	25	0,0	14	0,0	43509	0,0
POMB	4	-62,1	31	-18,1	19	-14,0	64182	-14,0
SANT	40	-19,6	239	-26,3	160	-31,5	585413	-19,6
TOND	4	-13,5	28	-26,7	18	-34,3	55359	-13,5
ULBA	28	-46,8	136	-46,8	88	-46,8	296662	-46,8
ULSG	42	-39,1	184	-39,4	107	-25,7	347596	-25,7
VALO	6	-25,1	39	-31,4	24	-12,0	36010	-12,0
VEDR	40	-35,9	117	-9,4	84	-9,4	351378	-9,4
WISE	210	0,0	572	0,0	301	0,0	787314	0,0
XIRA	30	-34,1	134	-17,2	93	-1,7	253482	-1,7
ARNE	5	-80,9	35	-80,4	23	-80,9	28380	-80,4
CHPL	7	-89,5	41	-82,7	29	-87,3	58242	-82,7

244

## Ambulatório

### Recursos

	Recursos			
	Méd	Enf	Outro	Med/MCDT
ALCB	18	36	20	74554
ALMA	36	198	139	5312831
ANAD	2	3	7	24506
AVEI	90	91	113	1238811
CACE	17	47	49	654995
CALD	66	66	62	1276273
CANT	5	11	7	63000
CAST	57	65	42	910870
CHAA	75	70	76	2103001
CHBV	49	163	164	1404751
CHCB	58	98	89	1269864
CHCO	196	140	190	4533474
CHEV	73	102	89	1729678
CHGE	122	171	200	3435111
CHLC	272	309	577	7566673
CHLN	356	292	323	13109562
CHMT	7	149	154	2010248

Análise e Avaliação do Sistema de Pagamentos e de Formação dos Preços Pagos aos Hospitais do Serviço Nacional de Saúde

CHNT	54	60	57	1063709
CHPO	220	149	304	7473406
CHSE	124	131	148	3417348
CHTA	148	153	153	3226576
CHVS	110	118	146	1561143
CURR	170	76	111	3482599
ESTA	6	10	7	153508
FARE	105	164	83	2913322
FEIR	75	83	100	1762687
HPML	28	18	47	181025
HUCE	394	185	235	8105210
IPOC	58	45	111	1983843
IPOL	101	72	105	4499633
IPOP	96	123	190	4730619
JOAO	255	262	245	8724302
JOAQ	9	12	9	1123909
LEIR	111	144	134	1377184
MATO	134	130	131	2658622
OVAR	8	8	1	205941
PENI	12	14	9	130540
SANT	118	115	150	1596294
TOND	12	12	16	129615
ULBA	63	80	113	1090081
ULSG	58	88	43	952674
VALO	21	31	9	123272
VEDR	18	56	75	683943
WISE	115	169	146	2738367
XIRA	61	75	89	600814
ARNE	17	6	9	128112
CHPL	46	29	94	57884

**Produção**

	Produção				
	HD	CE (prim)	CE (subs)	Urg	CA
ALCB	0	971	1992	40215	0
ALMA	874	13138	25158	164698	1539
ANAD	2	793	1318	132	0
AVEI	480	13329	25889	137442	1222
CACE	82	3042	4088	56506	196
CALD	93	3784	7529	87212	814
CANT	0	1122	1409	0	388
CAST	153	4074	9296	76886	1273
CHAA	767	16546	46858	158599	0
CHBV	506	5544	12489	131023	2148
CHCB	775	11947	26870	90110	650
CHCO	1596	15124	36514	147429	2173



## Análise e Avaliação do Sistema de Pagamentos e de Formação dos Preços Pagos aos Hospitais do Serviço Nacional de Saúde

CHAA	1,00	1	CHAA	1,00										
CHBV	0,97	24	CANT	0,02	CHMT	0,31	CHVS	0,13	PENI	0,05	ULBA	0,49		
CHCB	0,72	33	CHAA	0,05	CHGE	0,02	CHMT	0,09	CHVS	0,28	ESTA	0,09	OVAR	0,46
CHCO	0,59	42	CHAA	0,19	CHVS	0,52	FEIR	0,05	PENI	0,24				
CHEV	0,46	47	CHAA	0,19	CHMT	0,02	CHVS	0,14	ESTA	0,46	OVAR	0,19		
CHGE	1,00	1	CHGE	1,00										
CHLC	0,80	32	CHLN	0,37	CHMT	0,41	CHVS	0,22						
CHLN	1,00	1	CHLN	1,00										
CHMT	1,00	1	CHMT	1,00										
CHNT	0,64	36	CHAA	0,20	CHMT	0,00	CHVS	0,10	ESTA	0,24	PENI	0,29	VALO	0,17
CHPO	1,00	1	CHPO	1,00										
CHSE	0,56	44	CHAA	0,24	CHVS	0,29	FEIR	0,19	PENI	0,15	VALO	0,12		
CHTA	0,72	34	CHAA	0,34	CHMT	0,18	CHVS	0,17	FEIR	0,31				
CHVS	1,00	1	CHVS	1,00										
CURR	0,69	35	CHAA	0,09	CHPO	0,03	CHVS	0,26	FEIR	0,05	PENI	0,58		
ESTA	1,00	1	ESTA	1,00										
FARE	0,98	22	CHAA	0,07	CHVS	0,32	FEIR	0,27	VALO	0,34				
FEIR	1,00	1	FEIR	1,00										
HPML	0,85	31	ANAD	0,32	CHVS	0,05	ARNE	0,41	CHPL	0,22				
HUCE	1,00	1	HUCE	1,00										
IPOC	0,56	43	ANAD	0,80	CHVS	0,20								
IPOL	0,52	45	ANAD	0,70	CHPO	0,03	CHVS	0,27						
IPOP	0,59	41	ANAD	0,46	CHGE	0,11	CHMT	0,05	CHVS	0,38				
JOAO	0,87	29	CHAA	0,28	CHLN	0,48	CHMT	0,24						
JOAQ	0,94	27	ANAD	0,42	CHVS	0,03	OVAR	0,54						
LEIR	0,97	23	CANT	0,13	CHVS	0,82	ULBA	0,05						
MATO	0,47	46	CHAA	0,04	CHVS	0,37	PENI	0,20	VALO	0,40				
OVAR	1,00	1	OVAR	1,00										
PENI	1,00	1	PENI	1,00										
SANT	0,61	38	CHAA	0,07	CHVS	0,50	PENI	0,37	VALO	0,06				
TOND	1,00	1	TOND	1,00										
ULBA	1,00	1	ULBA	1,00										
ULSG	0,96	26	CHAA	0,29	CHVS	0,08	FEIR	0,02	VALO	0,61				
VALO	1,00	1	VALO	1,00										
VEDR	0,90	28	CHMT	0,20	CHVS	0,07	ESTA	0,47	PENI	0,12	VALO	0,15		
WISE	0,61	39	CHAA	0,28	CHMT	0,04	CHVS	0,24	FEIR	0,26	VALO	0,18		
XIRA	1,00	1	XIRA	1,00										
ARNE	1,00	1	ARNE	1,00										
CHPL	1,00	1	CHPL	1,00										

### Projeções na fronteira de eficiência técnica

	Méd	%	Enf	%	Outro	%	Med/MCDT	%
ALCB	18	0,00	36	0,00	20	0,00	74554	0,00
ALMA	35	-2,87	124	-37,67	135	-2,87	1877976	-64,65
ANAD	2	0,00	3	0,00	7	0,00	24506	0,00
AVEI	71	-21,35	79	-14,05	85	-24,93	1064786	-14,05



Análise e Avaliação do Sistema de Pagamentos e de Formação dos Preços Pagos aos Hospitais do Serviço Nacional de Saúde

CACE	10	-39,73	28	-39,73	29	-41,26	394763	-39,73
CALD	36	-46,50	41	-38,03	38	-38,03	702306	-44,97
CANT	5	0,00	11	0,00	7	0,00	63000	0,00
CAST	57	0,00	65	0,00	42	0,00	910870	0,00
CHAA	75	0,00	70	0,00	76	0,00	2103001	0,00
CHBV	48	-2,73	101	-37,94	123	-25,12	1366381	-2,73
CHCB	42	-27,87	59	-40,13	65	-27,87	916012	-27,87
CHCO	78	-60,18	82	-41,18	98	-48,50	1331801	-70,62
CHEV	34	-53,81	39	-61,84	41	-53,81	762339	-55,93
CHGE	122	0,00	171	0,00	200	0,00	3435111	0,00
CHLC	159	-41,67	195	-37,03	215	-62,74	6026109	-20,36
CHLN	356	0,00	292	0,00	323	0,00	13109562	0,00
CHMT	7	0,00	149	0,00	154	0,00	2010248	0,00
CHNT	35	-36,25	38	-36,25	36	-36,25	678105	-36,25
CHPO	220	0,00	149	0,00	304	0,00	7473406	0,00
CHSE	69	-44,81	73	-44,49	82	-44,49	1336110	-60,90
CHTA	68	-53,93	96	-36,80	110	-28,48	1888635	-41,47
CHVS	110	0,00	118	0,00	146	0,00	1561143	0,00
CURR	52	-69,65	53	-30,67	63	-43,46	948006	-72,78
ESTA	6	0,00	10	0,00	7	0,00	153508	0,00
FARE	68	-35,69	75	-54,04	82	-1,77	1165238	-60,00
FEIR	75	0,00	83	0,00	100	0,00	1762687	0,00
HPML	23	-14,83	16	-14,83	34	-27,21	154184	-14,83
HUCE	394	0,00	185	0,00	235	0,00	8105210	0,00
IPOC	23	-60,03	25	-43,97	34	-68,96	327813	-83,48
IPOL	37	-63,57	38	-47,94	53	-49,93	648215	-85,59
IPOP	56	-41,08	73	-41,08	89	-53,18	1090870	-76,94
JOAO	194	-24,00	196	-25,35	214	-12,54	7397284	-15,21
JOAQ	9	-5,53	9	-22,00	8	-5,53	175214	-84,41
LEIR	94	-15,52	102	-29,27	126	-5,75	1341485	-2,59
MATO	54	-59,81	61	-52,97	62	-52,97	732306	-72,46
OVAR	8	0,00	8	0,00	1	0,00	205941	0,00
PENI	12	0,00	14	0,00	9	0,00	130540	0,00
SANT	66	-44,12	71	-38,55	82	-45,25	980871	-38,55
TOND	12	0,00	12	0,00	16	0,00	129615	0,00
ULBA	63	0,00	80	0,00	113	0,00	1090081	0,00
ULSG	45	-23,09	51	-42,90	41	-3,90	847128	-11,08
VALO	21	0,00	31	0,00	9	0,00	123272	0,00
VEDR	16	-10,06	49	-12,07	47	-37,54	615111	-10,06
WISE	71	-38,64	81	-52,39	90	-38,64	1515272	-44,67
XIRA	61	0,00	75	0,00	89	0,00	600814	0,00
ARNE	17	0,00	6	0,00	9	0,00	128112	0,00
CHPL	46	0,00	29	0,00	94	0,00	57884	0,00

## Anexo V – Eficiência de Preço (VRS) – Amostra Global

### Internamento

#### Custos dos Recursos e Custos Unitários

	Custo Recurso				Custo Unitário			
	Méd	Enf	Outro	Med/MCDT	Méd	Enf	Outro	Med MCDT
ALCB	225876	554634	181834	314888	35772	12961	7298	11
ALMA	1600182	7076418	1878480	9885926	18944	16661	6867	8
ANAD	77438	469780	123173	249280	24158	20627	8083	7
AVEI	3071620	5111861	1178620	4752795	26695	47394	7505	8
CACE	327766	1073899	264517	1423546	33060	14485	6738	8
CALD	1220983	1806797	429886	1935018	86234	17105	7742	7
CANT	140658	525484	246267	179623	35170	20068	10058	7
CAST	860365	2488885	701864	2881768	39981	16142	8946	7
CHAA	3312185	5888970	1459695	6974188	79029	18244	9263	8
CHBV	1896549	2952726	675399	2932641	74053	17221	6728	7
CHCB	1500495	4196465	1401219	5173710	70341	14638	5515	7
CHCO	3896874	8802587	1826861	12682136	49332	17280	8808	8
CHEV	1123847	3078532	868766	3772488	31121	16815	8403	7
CHGE	422270	3911651	8527936	11562745	2554	9916	32554	6
CHLC	10787048	19346271	5637780	32863322	47498	17277	7291	7
CHLN	16279968	21007404	5407200	52733495	41195	13333	4151	7
CHMT	1028200	4516890	1180432	4236747	16201	16794	7482	7
CHNT	1310371	2899972	772046	3096365	94614	18491	6137	8
CHPO	6407640	12822236	3162305	25349947	51129	15198	6987	7
CHSE	703163	3028151	1293427	3405230	13023	13762	7675	8
CHTA	650714	2337273	691514	2621692	34853	17301	10358	7
CHVS	2813101	4923211	1358776	5881262	19151	16338	7246	9
CURR	3035811	4986068	1358660	11461839	28830	15905	7750	8
ESTA	100064	330348	114292	295664	33675	15440	8164	8
FARE	1474963	5489216	1463967	8130423	31161	16206	8471	8
FEIR	2434928	2684481	1026757	3637437	53462	12841	5480	8
HPML	328195	1015700	341348	375058	39255	20274	10056	7
HUCE	17625710	18843606	4606804	41646333	49150	15008	7315	7
IPOC	615541	1755153	312351	2267106	39898	15125	5194	7
IPOL	1583040	3998270	1202129	5962551	52771	14176	6475	8
IPOP	1858149	3360419	767323	6749956	42178	12321	5232	9
JOAO	15315535	18365452	5082237	31556858	46805	14182	4550	7
JOAQ	121846	325188	58303	411064	33918	12875	3537	12
LEIR	2230430	5077928	1225779	4165331	30900	16829	6964	8
MATO	1412744	3798351	724583	4610435	24293	13758	4686	8
MONT	110191	377325	128254	424208	15361	14459	6456	7
OVAR	212223	598724	259167	737995	22107	18710	21095	9
PENI	84533	424956	111682	379108	16708	16888	8227	9

Análise e Avaliação do Sistema de Pagamentos e de Formação dos Preços Pagos aos Hospitais do Serviço Nacional de Saúde

POMB	66150	453737	162422	567867	15474	14618	8712	9
SANT	1942687	3632128	955400	4634171	48257	15206	5982	8
TOND	140697	425567	129223	512144	35779	15181	7327	9
ULBA	999893	1989343	634964	2022679	35949	14651	7234	7
ULSG	1080937	2779238	827384	3053493	26000	15108	7760	9
VALO	204868	532707	183728	316928	35059	13783	7708	9
VEDR	957956	2714796	661961	2996932	23921	23168	7860	9
WISE	4736923	7931918	2177853	6280061	22590	13857	7235	8
XIRA	965191	1859327	533041	2188946	32310	13914	5745	9
ARNE	150263	654743	216886	216041	28690	18482	9315	8
CHPL	164191	641027	295724	425331	24091	15728	10313	7

Índices de eficiência de preço e hospitais de referência

	Índice	#	Ref	Peso	Ref	Peso	Ref	Peso	Ref	Peso	Ref	Peso
ALCB	0,94	34	ANAD	0,31	HPML	0,02	VALO	0,67				
ALMA	1,00	1	ALMA	1,00								
ANAD	1,00	1	ANAD	1,00								
AVEI	0,78	45	FEIR	0,74	MATO	0,22	MONT	0,04				
CACE	0,99	27	CHSE	0,04	IPOC	0,40	MONT	0,27	POMB	0,29		
CALD	0,87	39	FEIR	0,15	MATO	0,18	MONT	0,67				
CANT	1,00	1	CANT	1,00								
CAST	0,84	42	CHSE	0,21	FEIR	0,05	MATO	0,29	MONT	0,45		
CHAA	0,96	31	ALMA	0,02	FEIR	0,10	JOAO	0,06	MATO	0,57	WISE	0,24
CHBV	0,95	32	FEIR	0,40	MATO	0,26	MONT	0,34				
CHCB	0,57	48	CHSE	0,39	FEIR	0,08	IPOP	0,05	MATO	0,19	MONT	0,29
CHCO	0,89	37	ALMA	0,34	HUCE	0,05	IPOP	0,54	JOAO	0,06		
CHEV	0,87	38	CHSE	0,27	FEIR	0,06	IPOP	0,03	MATO	0,39	MONT	0,24
CHGE	1,00	1	CHGE	1,00								
CHLC	0,99	29	CHGE	0,22	CHLN	0,31	CHPO	0,19	JOAO	0,29		
CHLN	1,00	1	CHLN	1,00								
CHMT	1,00	1	CHMT	1,00								
CHNT	0,57	47	CHSE	0,06	FEIR	0,18	MATO	0,14	MONT	0,62		
CHPO	1,00	1	CHPO	1,00								
CHSE	1,00	1	CHSE	1,00								
CHTA	0,81	43	CHSE	0,28	IPOC	0,25	MATO	0,09	MONT	0,37		
CHVS	0,95	33	ALMA	0,10	FEIR	0,39	JOAO	0,02	MATO	0,32	WISE	0,17
CURR	0,94	35	ALMA	0,01	CHGE	0,02	CHLN	0,07	IPOP	0,89		
ESTA	1,00	1	ESTA	1,00								
FARE	1,00	1	FARE	1,00								
FEIR	1,00	1	FEIR	1,00								
HPML	1,00	1	HPML	1,00								
HUCE	1,00	1	HUCE	1,00								
IPOC	1,00	1	IPOC	1,00								
IPOP	0,75	46	CHSE	0,38	FEIR	0,02	IPOP	0,35	MATO	0,16	MONT	0,09
IPOP	1,00	1	IPOP	1,00								
JOAO	1,00	1	JOAO	1,00								

## Análise e Avaliação do Sistema de Pagamentos e de Formação dos Preços Pagos aos Hospitais do Serviço Nacional de Saúde

JOAQ	1,00	1	JOAQ	1,00								
LEIR	1,00	1	LEIR	1,00								
MATO	1,00	1	MATO	1,00								
MONT	1,00	1	MONT	1,00								
OVAR	0,55	49	ESTA	0,28	JOAQ	0,72						
PENI	1,00	1	PENI	1,00								
POMB	1,00	1	POMB	1,00								
SANT	0,94	36	ALMA	0,03	CHSE	0,03	FEIR	0,41	IPOP	0,01	MATO	0,53
TOND	0,85	41	JOAQ	0,27	MONT	0,73						
ULBA	0,99	28	CHSE	0,17	FEIR	0,33	HPML	0,01	MONT	0,48		
ULSG	0,86	40	CHSE	0,26	FEIR	0,17	MATO	0,21	MONT	0,36		
VALO	1,00	1	VALO	1,00								
VEDR	0,79	44	CHSE	0,12	FEIR	0,06	MATO	0,33	MONT	0,49		
WISE	1,00	1	WISE	1,00								
XIRA	0,96	30	CHSE	0,06	FEIR	0,24	MATO	0,18	MONT	0,53		
ARNE	1,00	1	ARNE	1,00								
CHPL	1,00	1	CHPL	1,00								

### Projeções na fronteira de eficiência de preço

	Méd	%	Enf	%	Outro	%	Med/MCDT	%
ALCB	167701	-25,8	523200	-5,7	168142	-7,5	297041	-5,7
ALMA	1600182	0,0	7076418	0,0	1878480	0,0	9885926	0,0
ANAD	77438	0,0	469780	0,0	123173	0,0	249280	0,0
AVEI	2114561	-31,2	2838991	-44,5	923557	-21,6	3724250	-21,6
CACE	325275	-0,8	1065739	-0,8	262507	-0,8	1332408	-6,4
CALD	699396	-42,7	1355509	-25,0	373151	-13,2	1679642	-13,2
CANT	140658	0,0	525484	0,0	246267	0,0	179623	0,0
CAST	726792	-15,5	2050740	-17,6	592899	-15,5	2434370	-15,5
CHAA	3178075	-4,0	5650525	-4,0	1400592	-4,0	6691803	-4,0
CHBV	1385230	-27,0	2190350	-25,8	644954	-4,5	2800446	-4,5
CHCB	857187	-42,9	2397312	-42,9	800474	-42,9	2955582	-42,9
CHCO	3452255	-11,4	6385887	-27,5	1618423	-11,4	11235150	-11,4
CHEV	976135	-13,1	2673909	-13,1	754581	-13,1	3276656	-13,1
CHGE	422270	0,0	3911651	0,0	8527936	0,0	11562745	0,0
CHLC	10658346	-1,2	14956372	-22,7	5570515	-1,2	32471224	-1,2
CHLN	16279968	0,0	21007404	0,0	5407200	0,0	52733495	0,0
CHMT	1028200	0,0	4516890	0,0	1180432	0,0	4236747	0,0
CHNT	749503	-42,8	1432596	-50,6	441593	-42,8	1771053	-42,8
CHPO	6407640	0,0	12822236	0,0	3162305	0,0	25349947	0,0
CHSE	703163	0,0	3028151	0,0	1293427	0,0	3405230	0,0
CHTA	525896	-19,2	1790454	-23,4	558870	-19,2	2118807	-19,2
CHVS	2673036	-5,0	4678082	-5,0	1291122	-5,0	5588431	-5,0
CURR	2844423	-6,3	4671729	-6,3	1273006	-6,3	10146020	-11,5
ESTA	100064	0,0	330348	0,0	114292	0,0	295664	0,0
FARE	1474963	0,0	5489216	0,0	1463967	0,0	8130423	0,0
FEIR	2434928	0,0	2684481	0,0	1026757	0,0	3637437	0,0

Análise e Avaliação do Sistema de Pagamentos e de Formação dos Preços Pagos aos Hospitais do Serviço Nacional de Saúde

HPML	328195	0,0	1015700	0,0	341348	0,0	375058	0,0
HUCE	17625710	0,0	18843606	0,0	4606804	0,0	41646333	0,0
IPOC	615541	0,0	1755153	0,0	312351	0,0	2267106	0,0
IPOL	1193908	-24,6	3015443	-24,6	906630	-24,6	4496878	-24,6
IPOP	1858149	0,0	3360419	0,0	767323	0,0	6749956	0,0
JOAO	15315535	0,0	18365452	0,0	5082237	0,0	31556858	0,0
JOAQ	121846	0,0	325188	0,0	58303	0,0	411064	0,0
LEIR	2230430	0,0	5077928	0,0	1225779	0,0	4165331	0,0
MATO	1412744	0,0	3798351	0,0	724583	0,0	4610435	0,0
MONT	110191	0,0	377325	0,0	128254	0,0	424208	0,0
OVAR	115774	-45,4	326623	-45,4	73907	-71,5	378897	-48,7
PENI	84533	0,0	424956	0,0	111682	0,0	379108	0,0
POMB	66150	0,0	453737	0,0	162422	0,0	567867	0,0
SANT	1819834	-6,3	3402436	-6,3	894981	-6,3	4341111	-6,3
TOND	113299	-19,5	363416	-14,6	109597	-15,2	420698	-17,9
ULBA	991025	-0,9	1607129	-19,2	629332	-0,9	2004740	-0,9
ULSG	928085	-14,1	2176244	-21,7	710386	-14,1	2621708	-14,1
VALO	204868	0,0	532707	0,0	183728	0,0	316928	0,0
VEDR	754605	-21,2	1966116	-27,6	521442	-21,2	2360756	-21,2
WISE	4736923	0,0	7931918	0,0	2177853	0,0	6280061	0,0
XIRA	930079	-3,6	1690721	-9,1	513651	-3,6	2109317	-3,6
ARNE	150263	0,0	654743	0,0	216886	0,0	216041	0,0
CHPL	164191	0,0	641027	0,0	295724	0,0	425331	0,0

252

## Ambulatório

### Custos dos Recursos e Custos Unitários

	Custo Recurso				Custo Unitário			
	Méd	Enf	Outro	Med/MCDT	Méd	Enf	Outro	Med MCDT
ALCB	225523	489873	140908	462586	12349	13703	7226	6
ALMA	4876329	2446714	1704901	16043993	139097	19807	12647	9
ANAD	140297	92490	102147	113070	74937	34902	14915	5
AVEI	2322425	1936852	589720	8904926	32656	24636	6964	8
CACE	324844	405596	254003	2764015	31857	14395	8897	7
CALD	766622	833135	328125	4816619	21552	20429	8577	7
CANT	368158	247465	36519	336497	67990	22838	5216	5
CAST	1460935	1204902	420070	6740148	25682	18537	10002	7
CHAA	3188970	1855531	797525	16532661	42678	26643	10543	8
CHBV	1902047	1486335	617521	9806350	39515	14697	5037	7
CHCB	1355448	1001099	820333	6470087	32234	17023	12713	7
CHCO	3079160	1666711	1096446	10658871	39369	20310	11199	8
CHEV	1318203	707266	428455	5210992	39334	18178	10395	7
CHGE	1747218	1777195	9570291	27863276	14364	10402	47869	8
CHLC	7268954	3227979	1652461	42855054	45731	16569	7689	7



## Análise e Avaliação do Sistema de Pagamentos e de Formação dos Preços Pagos aos Hospitais do Serviço Nacional de Saúde

CHCO	1,00	1	CHCO	1,00									
CHEV	1,00	40	CHLN	0,01	CHVS	0,19	CURR	0,14	OVAR	0,08	PENI	0,58	
CHGE	1,00	1	CHGE	1,00									
CHLC	1,00	1	CHLC	1,00									
CHLN	1,00	1	CHLN	1,00									
CHMT	1,00	1	CHMT	1,00									
CHNT	0,92	43	AVEI	0,05	CHVS	0,10	CURR	0,21	OVAR	0,07	VALO	0,57	
CHPO	1,00	1	CHPO	1,00									
CHSE	1,00	1	CHSE	1,00									
CHTA	1,00	1	CHTA	1,00									
CHVS	1,00	1	CHVS	1,00									
CURR	1,00	1	CURR	1,00									
ESTA	1,00	1	ESTA	1,00									
FARE	1,00	1	FARE	1,00									
FEIR	1,00	1	FEIR	1,00									
HPML	0,92	42	CHGE	0,01	CHVS	0,03	VALO	0,33	ARNE	0,50	CHPL	0,13	
HUCE	1,00	1	HUCE	1,00									
IPOC	1,00	1	IPOC	1,00									
IPOL	1,00	1	IPOL	1,00									
IPOP	1,00	1	IPOP	1,00									
JOAO	1,00	1	JOAO	1,00									
JOAQ	1,00	1	JOAQ	1,00									
LEIR	1,00	1	LEIR	1,00									
MATO	0,59	47	ANAD	0,03	CHVS	0,38	VALO	0,60					
OVAR	1,00	1	OVAR	1,00									
PENI	1,00	1	PENI	1,00									
SANT	1,00	1	SANT	1,00									
TOND	1,00	1	TOND	1,00									
ULBA	1,00	1	ULBA	1,00									
ULSG	1,00	1	ULSG	1,00									
VALO	1,00	1	VALO	1,00									
VEDR	0,84	44	CHMT	0,02	LEIR	0,03	ULSG	0,53	VALO	0,43			
WISE	1,00	1	WISE	1,00									
XIRA	1,00	39	CHMT	0,04	CHVS	0,26	ULSG	0,40	VALO	0,30			
ARNE	1,00	1	ARNE	1,00									
CHPL	1,00	1	CHPL	1,00									

254

### Projeções na fronteira de eficiência de preço

	Méd	%	Enf	%	Outro	%	Med/MCDT	%
ALCB	221973	-1,57	294184	-39,95	105730	-24,96	455304	-1,57
ALMA	3188789	-34,61	1611840	-34,12	957540	-43,84	10569425	-34,12
ANAD	140297	0,00	92490	0,00	102147	0,00	113070	0,00
AVEI	2322425	0,00	1936852	0,00	589720	0,00	8904926	0,00
CACE	324844	0,00	405596	0,00	254003	0,00	2764015	0,00
CALD	766622	0,00	833135	0,00	328125	0,00	4816619	0,00
CANT	368158	0,00	247465	0,00	36519	0,00	336497	0,00

Análise e Avaliação do Sistema de Pagamentos e de Formação dos Preços Pagos aos Hospitais do Serviço Nacional de Saúde

CAST	1203128	-17,65	725734	-39,77	345941	-17,65	5167978	-23,33
CHAA	3188970	0,00	1855531	0,00	797525	0,00	16532661	0,00
CHBV	1902047	0,00	1486335	0,00	617521	0,00	9806350	0,00
CHCB	1355448	0,00	1001099	0,00	820333	0,00	6470087	0,00
CHCO	3079160	0,00	1666711	0,00	1096446	0,00	10658871	0,00
CHEV	1314805	-0,26	705443	-0,26	427351	-0,26	4164179	-20,09
CHGE	1747218	0,00	1777195	0,00	9570291	0,00	27863276	0,00
CHLC	7268954	0,00	3227979	0,00	1652461	0,00	42855054	0,00
CHLN	11088973	0,00	4572829	0,00	1956639	0,00	118176160	0,00
CHMT	2953267	0,00	2768701	0,00	1443858	0,00	11924746	0,00
CHNT	1089869	-8,34	804618	-24,82	352164	-8,34	3801013	-8,34
CHPO	10013523	0,00	3066678	0,00	2123632	0,00	63307440	0,00
CHSE	2670706	0,00	1355672	0,00	682804	0,00	11352545	0,00
CHTA	2316422	0,00	1936299	0,00	1043914	0,00	13255446	0,00
CHVS	5079003	0,00	2087550	0,00	1545351	0,00	8743368	0,00
CURR	1399724	0,00	1161579	0,00	499978	0,00	9727596	0,00
ESTA	84836	0,00	222651	0,00	69815	0,00	645613	0,00
FARE	2154948	0,00	1551081	0,00	1228959	0,00	8337195	0,00
FEIR	3180953	0,00	1491858	0,00	716871	0,00	13052670	0,00
HPML	589668	-7,77	289976	-7,77	315106	-7,77	1016380	-7,77
HUCE	3763882	0,00	3445000	0,00	2381622	0,00	71240324	0,00
IPOC	933323	0,00	416092	0,00	303315	0,00	2772507	0,00
IPOL	1169895	0,00	782076	0,00	609149	0,00	5546059	0,00
IPOP	2005586	0,00	1123213	0,00	755682	0,00	9063527	0,00
JOAO	7477464	0,00	3100115	0,00	1962072	0,00	70313762	0,00
JOAQ	257028	0,00	119946	0,00	94508	0,00	2091327	0,00
LEIR	2442520	0,00	1916493	0,00	962690	0,00	9904066	0,00
MATO	2086864	-49,68	1042848	-45,87	651246	-45,42	3688712	-40,70
OVAR	274808	0,00	173100	0,00	39378	0,00	775029	0,00
PENI	95310	0,00	169882	0,00	77801	0,00	635317	0,00
SANT	1871234	0,00	1152026	0,00	701797	0,00	8413519	0,00
TOND	149581	0,00	242633	0,00	153686	0,00	598801	0,00
ULBA	1777322	0,00	1576597	0,00	796166	0,00	8295157	0,00
ULSG	1316092	0,00	746476	0,00	303917	0,00	5286229	0,00
VALO	279521	0,00	423408	0,00	109786	0,00	647847	0,00
VEDR	938571	-34,15	682557	-41,00	262741	-16,13	3571161	-16,13
WISE	2606306	0,00	1369167	0,00	735002	0,00	10698324	0,00
XIRA	2030245	-0,17	1069666	-0,17	607164	-11,73	5018373	-0,17
ARNE	456955	0,00	75069	0,00	110997	0,00	475611	0,00
CHPL	850755	0,00	281000	0,00	707924	0,00	532253	0,00



## Anexo VI – Eficiência de Custo (VRS) – Amostra Global

### Internamento

#### Custo dos Recursos e Custos Unitários

	Custo Recurso				Custo Unitário			
	Méd	Enf	Outro	Med/MCDT	Méd	Enf	Outro	Med MCDT
ALCB	225876	554634	181834	314888	35772	12961	7298	11
ALMA	1600182	7076418	1878480	9885926	18944	16661	6867	8
ANAD	77438	469780	123173	249280	24158	20627	8083	7
AVEI	3071620	5111861	1178620	4752795	26695	47394	7505	8
CACE	327766	1073899	264517	1423546	33060	14485	6738	8
CALD	1220983	1806797	429886	1935018	86234	17105	7742	7
CANT	140658	525484	246267	179623	35170	20068	10058	7
CAST	860365	2488885	701864	2881768	39981	16142	8946	7
CHAA	3312185	5888970	1459695	6974188	79029	18244	9263	8
CHBV	1896549	2952726	675399	2932641	74053	17221	6728	7
CHCB	1500495	4196465	1401219	5173710	70341	14638	5515	7
CHCO	3896874	8802587	1826861	12682136	49332	17280	8808	8
CHEV	1123847	3078532	868766	3772488	31121	16815	8403	7
CHGE	422270	3911651	8527936	11562745	2554	9916	32554	6
CHLC	10787048	19346271	5637780	32863322	47498	17277	7291	7
CHLN	16279968	21007404	5407200	52733495	41195	13333	4151	7
CHMT	1028200	4516890	1180432	4236747	16201	16794	7482	7
CHNT	1310371	2899972	772046	3096365	94614	18491	6137	8
CHPO	6407640	12822236	3162305	25349947	51129	15198	6987	7
CHSE	703163	3028151	1293427	3405230	13023	13762	7675	8
CHTA	650714	2337273	691514	2621692	34853	17301	10358	7
CHVS	2813101	4923211	1358776	5881262	19151	16338	7246	9
CURR	3035811	4986068	1358660	11461839	28830	15905	7750	8
ESTA	100064	330348	114292	295664	33675	15440	8164	8
FARE	1474963	5489216	1463967	8130423	31161	16206	8471	8
FEIR	2434928	2684481	1026757	3637437	53462	12841	5480	8
HPML	328195	1015700	341348	375058	39255	20274	10056	7
HUCE	17625710	18843606	4606804	41646333	49150	15008	7315	7
IPOC	615541	1755153	312351	2267106	39898	15125	5194	7
IPOL	1583040	3998270	1202129	5962551	52771	14176	6475	8
IPOP	1858149	3360419	767323	6749956	42178	12321	5232	9
JOAO	15315535	18365452	5082237	31556858	46805	14182	4550	7
JOAQ	121846	325188	58303	411064	33918	12875	3537	12
LEIR	2230430	5077928	1225779	4165331	30900	16829	6964	8
MATO	1412744	3798351	724583	4610435	24293	13758	4686	8
MONT	110191	377325	128254	424208	15361	14459	6456	7
OVAR	212223	598724	259167	737995	22107	18710	21095	9

Análise e Avaliação do Sistema de Pagamentos e de Formação dos Preços Pagos aos Hospitais do Serviço Nacional de Saúde

PENI	84533	424956	111682	379108	16708	16888	8227	9
POMB	66150	453737	162422	567867	15474	14618	8712	9
SANT	1942687	3632128	955400	4634171	48257	15206	5982	8
TOND	140697	425567	129223	512144	35779	15181	7327	9
ULBA	999893	1989343	634964	2022679	35949	14651	7234	7
ULSG	1080937	2779238	827384	3053493	26000	15108	7760	9
VALO	204868	532707	183728	316928	35059	13783	7708	9
VEDR	957956	2714796	661961	2996932	23921	23168	7860	9
WISE	4736923	7931918	2177853	6280061	22590	13857	7235	8
XIRA	965191	1859327	533041	2188946	32310	13914	5745	9
ARNE	150263	654743	216886	216041	28690	18482	9315	8
CHPL	164191	641027	295724	425331	24091	15728	10313	7

Índices de eficiência de custo e hospitais de referência

	Índice	#	Ref	Peso	Ref	Peso
ALCB	0,72	40	ESTA	0,59	MONT	0,41
ALMA	1,00	1	ALMA	1,00		
ANAD	0,91	15	ESTA	1,00		
AVEI	0,62	46	ALMA	0,02	CHSE	0,98
CACE	0,83	27	CHSE	0,21	MONT	0,79
CALD	0,69	42	CHSE	0,36	MONT	0,64
CANT	0,77	36	ESTA	1,00		
CAST	0,77	35	CHSE	0,58	MONT	0,42
CHAA	0,87	21	ALMA	0,58	CHSE	0,42
CHBV	0,74	38	CHSE	0,71	MONT	0,29
CHCB	0,53	47	CHSE	0,74	MONT	0,26
CHCO	0,77	37	ALMA	0,99	JOAO	0,01
CHEV	0,79	32	CHSE	0,80	MONT	0,20
CHGE	0,93	13	ALMA	0,95	JOAO	0,05
CHLC	0,87	20	ALMA	0,21	JOAO	0,79
CHLN	1,00	1	CHLN	1,00		
CHMT	0,96	9	ALMA	0,18	CHSE	0,82
CHNT	0,50	48	CHSE	0,40	MONT	0,60
CHPO	0,91	16	ALMA	0,54	JOAO	0,46
CHSE	1,00	1	CHSE	1,00		
CHTA	0,74	39	CHSE	0,49	MONT	0,51
CHVS	0,88	19	ALMA	0,40	CHSE	0,60
CURR	0,81	31	ALMA	0,70	CHSE	0,30
ESTA	1,00	1	ESTA	1,00		
FARE	0,97	7	ALMA	0,64	CHSE	0,36
FEIR	0,94	12	ALMA	0,07	CHSE	0,93
HPML	0,66	45	CHSE	0,04	MONT	0,96
HUCE	0,95	11	CHLN	0,32	JOAO	0,68
IPOC	0,82	29	CHSE	0,41	MONT	0,59
IPOL	0,66	44	CHSE	1,00	MONT	0,00
IPOP	0,96	10	ALMA	0,31	CHSE	0,69

Análise e Avaliação do Sistema de Pagamentos e de Formação dos Preços Pagos aos Hospitais do Serviço Nacional de Saúde

JOAO	1,00	1	JOAO	1,00		
JOAQ	0,92	14	ESTA	1,00		
LEIR	0,91	17	ALMA	0,26	CHSE	0,74
MATO	0,96	8	ALMA	0,14	CHSE	0,86
MONT	1,00	1	MONT	1,00		
OVAR	0,46	49	ESTA	1,00		
PENI	0,85	25	ESTA	0,94	MONT	0,06
POMB	0,83	26	CHSE	0,00	MONT	1,00
SANT	0,90	18	ALMA	0,13	CHSE	0,87
TOND	0,81	30	ESTA	0,28	MONT	0,72
ULBA	0,86	22	CHSE	0,52	MONT	0,48
ULSG	0,77	34	CHSE	0,67	MONT	0,33
VALO	0,78	33	ESTA	0,40	MONT	0,60
VEDR	0,69	41	CHSE	0,55	MONT	0,45
WISE	0,86	23	ALMA	0,82	CHSE	0,18
XIRA	0,86	24	CHSE	0,50	MONT	0,50
ARNE	0,68	43	ESTA	1,00		
CHPL	0,82	28	CHSE	0,03	MONT	0,97

Projeções de eficiência de custo

	Méd	%	Enf	%	Outro	%	Med/MCDT	%
ALCB	104213	-53,86	349595	-36,97	120012	-34,00	348337	10,62
ALMA	1600182	0,00	7076418	0,00	1878480	0,00	9885926	0,00
ANAD	100063	29,22	330344	-29,68	114291	-7,21	295661	18,61
AVEI	722920	-76,46	3117316	-39,02	1306314	10,83	3547970	-25,35
CACE	232880	-28,95	925795	-13,79	369335	39,63	1040997	-26,87
CALD	323390	-73,51	1330412	-26,37	547185	27,29	1496015	-22,69
CANT	100063	-28,86	330344	-37,14	114291	-53,59	295661	64,60
CAST	455882	-47,01	1922706	-22,75	807528	15,05	2162086	-24,97
CHAA	1219448	-63,18	5358156	-9,01	1630158	11,68	7135234	2,31
CHBV	528268	-72,15	2246299	-23,92	949764	40,62	2525988	-13,87
CHCB	550721	-63,30	2346672	-44,08	993883	-29,07	2638864	-48,99
CHCO	1731249	-55,57	7184299	-18,38	1909096	4,50	10093019	-20,42
CHEV	587170	-47,75	2509615	-18,48	1065505	22,65	2822103	-25,19
CHGE	2242251	431,00	7604902	94,42	2028461	-76,21	10900427	-5,73
CHLC	12426247	15,20	15987295	-17,36	4407331	-21,83	26991642	-17,87
CHLN	16279968	0,00	21007404	0,00	5407200	0,00	52733495	0,00
CHMT	860342	-16,33	3737504	-17,25	1395943	18,26	4540802	7,18
CHNT	348630	-73,39	1443243	-50,23	596780	-22,70	1622900	-47,59
CHPO	7964065	24,29	12314496	-3,96	3365014	6,41	19941174	-21,34
CHSE	703163	0,00	3028151	0,00	1293427	0,00	3405230	0,00
CHTA	399009	-38,68	1668459	-28,62	695774	0,62	1876170	-28,44
CHVS	1059839	-62,32	4637837	-5,80	1526058	12,31	5982106	1,71
CURR	1333875	-56,06	5874568	17,82	1704790	25,48	7961936	-30,54
ESTA	100063	0,00	330345	0,00	114291	0,00	295663	0,00

Análise e Avaliação do Sistema de Pagamentos e de Formação dos Preços Pagos aos Hospitais do Serviço Nacional de Saúde

FARE	1277337	-13,40	5619413	2,37	1667915	13,93	7553469	-7,10
FEIR	763141	-68,66	3298831	22,89	1332546	29,78	3838550	5,53
HPML	135586	-58,69	490851	-51,67	178155	-47,81	551875	47,14
HUCE	15619530	-11,38	19198211	1,88	5184667	12,54	38231862	-8,20
IPOC	352360	-42,76	1459918	-16,82	604109	93,41	1641652	-27,59
IPOL	702278	-55,64	3024197	-24,36	1291690	7,45	3400783	-42,96
IPOP	984606	-47,01	4298308	27,91	1476990	92,49	5438569	-19,43
JOAO	15315535	0,00	18365452	0,00	5082237	0,00	31556858	0,00
JOAQ	100063	-17,88	330344	1,59	114291	96,03	295661	-28,07
LEIR	933764	-58,14	4068860	-19,87	1443830	17,79	5071256	21,75
MATO	831256	-41,16	3606237	-5,06	1376972	90,04	4330663	-6,07
MONT	110191	0,00	377325	0,00	128254	0,00	424207	0,00
OVAR	100063	-52,85	330344	-44,83	114291	-55,90	295661	-59,94
PENI	100623	19,03	332943	-21,65	115063	3,03	302772	-20,14
POMB	110363	66,84	378093	-16,67	128592	-20,83	425072	-25,15
SANT	821668	-57,70	3562965	-1,90	1370718	43,47	4261390	-8,04
TOND	107355	-23,70	364170	-14,43	124344	-3,78	388219	-24,20
ULBA	418600	-58,14	1756037	-11,73	734269	15,64	1974657	-2,37
ULSG	506135	-53,18	2147356	-22,74	906273	9,53	2414720	-20,92
VALO	106154	-48,18	358596	-32,68	122687	-33,22	372967	17,68
VEDR	434427	-54,65	1826792	-32,71	765369	15,62	2054226	-31,46
WISE	1436018	-69,68	6335544	-20,13	1771410	-18,66	8699893	38,53
XIRA	407836	-57,75	1707921	-8,14	713119	33,78	1920547	-12,26
ARNE	100063	-33,41	330344	-49,55	114291	-47,30	295661	36,85
CHPL	127206	-22,53	453388	-29,27	161688	-45,32	509745	19,85

## Ambulatório

### Custo dos Recursos e Custos Unitários

	Custo Recurso				Custo Unitário			
	Méd	Enf	Outro	Med/MCDT	Méd	Enf	Outro	Med MCDT
ALCB	225523	489873	140908	462586	12349	13703	7226	6
ALMA	4876329	2446714	1704901	16043993	139097	19807	12647	9
ANAD	140297	92490	102147	113070	74937	34902	14915	5
AVEI	2322425	1936852	589720	8904926	32656	24636	6964	8
CACE	324844	405596	254003	2764015	31857	14395	8897	7
CALD	766622	833135	328125	4816619	21552	20429	8577	7
CANT	368158	247465	36519	336497	67990	22838	5216	5
CAST	1460935	1204902	420070	6740148	25682	18537	10002	7
CHAA	3188970	1855531	797525	16532661	42678	26643	10543	8
CHBV	1902047	1486335	617521	9806350	39515	14697	5037	7
CHCB	1355448	1001099	820333	6470087	32234	17023	12713	7
CHCO	3079160	1666711	1096446	10658871	39369	20310	11199	8
CHEV	1318203	707266	428455	5210992	39334	18178	10395	7

Análise e Avaliação do Sistema de Pagamentos e de Formação dos Preços Pagos aos Hospitais do Serviço Nacional de Saúde

CHGE	1747218	1777195	9570291	27863276	14364	10402	47869	8
CHLC	7268954	3227979	1652461	42855054	45731	16569	7689	7
CHLN	11088973	4572829	1956639	118176160	31163	15673	6055	9
CHMT	2953267	2768701	1443858	11924746	442122	18633	9385	6
CHNT	1189062	1070308	384216	4146958	34322	28136	10610	6
CHPO	10013523	3066678	2123632	63307440	45587	20604	6987	8
CHSE	2670706	1355672	682804	11352545	38934	18664	8320	8
CHTA	2316422	1936299	1043914	13255446	33959	20087	9532	7
CHVS	5079003	2087550	1545351	8743368	46257	17751	10570	6
CURR	1399724	1161579	499978	9727596	27106	22074	7973	10
ESTA	84836	222651	69815	645613	14269	21370	9602	4
FARE	2154948	1551081	1228959	8337195	31867	20546	15002	7
FEIR	3180953	1491858	716871	13052670	42530	18083	7204	7
HPML	639353	314410	341656	1102020	27225	19968	9974	7
HUCE	3763882	3445000	2381622	71240324	9562	18596	10132	9
IPOC	933323	416092	303315	2772507	40273	16421	8829	8
IPOL	1169895	782076	609149	5546059	31649	20812	11578	9
IPOP	2005586	1123213	755682	9063527	35542	15456	8495	8
JOAO	7477464	3100115	1962072	70313762	38512	15824	9169	10
JOAQ	257028	119946	94508	2091327	28979	12673	11543	12
LEIR	2442520	1916493	962690	9904066	26032	18840	7621	7
MATO	4147010	1926706	1193164	6220466	77052	31552	19300	8
OVAR	274808	173100	39378	775029	34351	21637	68911	4
PENI	95310	169882	77801	635317	7773	12351	8514	5
SANT	1871234	1152026	701797	8413519	28394	16301	8522	9
TOND	149581	242633	153686	598801	13007	19476	9433	5
ULBA	1777322	1576597	796166	8295157	28038	19820	7036	8
ULSG	1316092	746476	303917	5286229	29519	14774	7393	6
VALO	279521	423408	109786	647847	13580	13477	12668	5
VEDR	1425372	1156817	313270	4257952	88484	23629	6722	7
WISE	2606306	1369167	735002	10698324	36872	16994	8204	7
XIRA	2033771	1071524	687841	5027088	33416	14332	7743	8
ARNE	456955	75069	110997	475611	26697	13446	12679	4
CHPL	850755	281000	707924	532253	18669	9639	7565	9

260

Índices de eficiência de custo e hospitais de referência

	Índice	#	Ref	Peso	Ref	Peso	Ref	Peso	Ref	Peso
ALCB	0,76	25	ANAD	0,19	PENI	0,55	VALO	0,26		
ALMA	0,52	46	CHMT	0,30	CHVS	0,40	VALO	0,30		
ANAD	1,00	1	ANAD	1,00						
AVEI	0,74	29	CHMT	0,16	CHVS	0,37	VALO	0,47		
CACE	0,57	43	ANAD	0,23	CHVS	0,06	VALO	0,72		
CALD	0,70	36	CHVS	0,21	PENI	0,13	VALO	0,66		
CANT	1,00	1	CANT	1,00						
CAST	0,57	42	CHVS	0,21	PENI	0,69	ULBA	0,10		
CHAA	0,59	41	CHMT	0,07	CHVS	0,66	VALO	0,27		

Análise e Avaliação do Sistema de Pagamentos e de Formação dos Preços Pagos aos Hospitais do Serviço Nacional de Saúde

CHBV	0,74	27	CHVS	0,56	PENI	0,14	VALO	0,30		
CHCB	0,74	28	ANAD	0,34	CHVS	0,38	VALO	0,28		
CHCO	0,72	32	CHMT	0,06	CHVS	0,58	VALO	0,36		
CHEV	0,65	38	ANAD	0,26	CHVS	0,24	VALO	0,50		
CHGE	1,00	1	CHGE	1,00						
CHLC	1,00	1	CHLC	1,00						
CHLN	1,00	1	CHLN	1,00						
CHMT	1,00	1	CHMT	1,00						
CHNT	0,66	37	ANAD	0,08	CHVS	0,19	VALO	0,73		
CHPO	1,00	1	CHPO	1,00						
CHSE	0,65	39	CHMT	0,12	CHVS	0,43	VALO	0,45		
CHTA	0,79	21	CHMT	0,32	CHVS	0,47	VALO	0,21		
CHVS	1,00	1	CHVS	1,00						
CURR	0,56	44	CHVS	0,37	PENI	0,31	VALO	0,27	ARNE	0,05
ESTA	0,87	18	ANAD	0,17	PENI	0,83				
FARE	0,79	23	CHMT	0,05	CHVS	0,51	VALO	0,44		
FEIR	0,71	33	CHMT	0,04	CHVS	0,69	VALO	0,27		
HPML	0,73	31	CHVS	0,00	ARNE	0,51	CHPL	0,48		
HUCE	0,70	35	CHGE	0,59	CHPO	0,41				
IPOC	0,86	19	ANAD	0,80	CHVS	0,20				
IPOL	0,70	34	CANT	0,51	CHVS	0,28	ARNE	0,21		
IPOP	0,74	30	CANT	0,47	CHVS	0,50	ULBA	0,03		
JOAO	0,75	26	CHLC	0,65	CHLN	0,17	CHVS	0,18		
JOAQ	0,42	47	ANAD	0,86	CHVS	0,03	ARNE	0,10		
LEIR	0,98	15	CHVS	0,77	PENI	0,12	ULBA	0,11		
MATO	0,55	45	CHVS	0,38	PENI	0,08	VALO	0,54		
OVAR	1,00	1	OVAR	1,00						
PENI	1,00	1	PENI	1,00						
SANT	0,79	20	CHVS	0,51	PENI	0,13	VALO	0,35		
TOND	0,91	16	ANAD	0,48	CHVS	0,00	VALO	0,51		
ULBA	1,00	1	ULBA	1,00						
ULSG	0,79	22	CHMT	0,12	CHVS	0,16	VALO	0,73		
VALO	1,00	1	VALO	1,00						
VEDR	0,63	40	CHMT	0,10	CHVS	0,08	VALO	0,82		
WISE	0,76	24	CHMT	0,20	CHVS	0,42	VALO	0,38		
XIRA	0,87	17	CHMT	0,19	CHVS	0,18	VALO	0,63		
ARNE	1,00	1	ARNE	1,00						
CHPL	1,00	1	CHPL	1,00						

Projeções de eficiência de custo

	Méd	%	Enf	%	Outro	%	Med/MCDT	%
ALCB	151405	-32,86	220236	-55,04	90727	-35,61	537885	16,28
ALMA	3005696	-38,36	1789972	-26,84	1083941	-36,42	7256470	-54,77
ANAD	140297	0,00	92490	0,00	102147	0,00	113070	0,00
AVEI	2470040	6,36	1413434	-27,02	851832	44,45	5442519	-38,88
CACE	516029	58,85	441070	8,75	188267	-25,88	978497	-64,60

Análise e Avaliação do Sistema de Pagamentos e de Formação dos Preços Pagos aos Hospitais do Serviço Nacional de Saúde

CALD	1246178	62,55	732978	-12,02	402041	22,53	2318607	-51,86
CANT	368158	0,00	247465	0,00	36519	0,00	336497	0,00
CAST	1331263	-8,88	720412	-40,21	463765	10,40	3131961	-53,53
CHAA	3638097	14,08	1681097	-9,40	1149462	44,13	6757422	-59,13
CHBV	2919165	53,47	1311908	-11,74	902586	46,16	5142328	-47,56
CHCB	2050387	51,27	941797	-5,92	650971	-20,65	3533373	-45,39
CHCO	3231290	4,94	1532914	-8,03	1025097	-6,51	6037221	-43,36
CHEV	1388049	5,30	734659	3,87	450151	5,06	2440069	-53,17
CHGE	1747218	0,00	1777195	0,00	9570291	0,00	27863276	0,00
CHLC	7268954	0,00	3227979	0,00	1652461	0,00	42855054	0,00
CHLN	11088973	0,00	4572829	0,00	1956639	0,00	118176160	0,00
CHMT	2953267	0,00	2768701	0,00	1443858	0,00	11924746	0,00
CHNT	1194875	0,49	719287	-32,80	386162	0,51	2169000	-47,70
CHPO	10013523	0,00	3066678	0,00	2123632	0,00	63307440	0,00
CHSE	2651206	-0,73	1416267	4,47	883420	29,38	5461892	-51,89
CHTA	3394123	46,52	1958000	1,12	1212687	16,17	8070767	-39,11
CHVS	5079003	0,00	2087550	0,00	1545351	0,00	8743368	0,00
CURR	1988616	42,07	934485	-19,55	625370	25,08	3597940	-63,01
ESTA	102759	21,13	157064	-29,46	81832	17,21	548828	-14,99
FARE	2841264	31,85	1383256	-10,82	903003	-26,52	5310528	-36,30
FEIR	3698223	16,26	1660465	11,30	1151818	60,67	6660916	-48,97
HPML	656473	2,68	178603	-43,19	402408	17,78	519346	-52,87
HUCE	5174670	37,48	2311853	-32,89	6482688	172,20	42559466	-40,26
IPOC	1115115	19,48	486281	16,87	387011	27,59	1816548	-34,48
IPOL	1725787	47,52	734826	-6,04	480899	-21,05	2755282	-50,32
IPOP	2775591	38,39	1207881	7,54	815535	7,92	4772973	-47,34
JOAO	7541999	0,86	3258176	5,10	1686207	-14,06	49857116	-29,09
JOAQ	334193	30,02	155798	29,89	150159	58,89	432183	-79,33
LEIR	4129949	69,09	1808717	-5,62	1291244	34,13	7759103	-21,66
MATO	2076072	-49,94	1031485	-46,46	648959	-45,61	3701522	-40,49
OVAR	274809	0,00	173100	0,00	39379	0,00	775027	0,00
PENI	95310	0,00	169882	0,00	77801	0,00	635317	0,00
SANT	2716272	45,16	1243118	7,91	841709	19,94	4797644	-42,98
TOND	234796	56,97	271421	11,86	112827	-26,59	427577	-28,59
ULBA	1777322	0,00	1576597	0,00	796166	0,00	8295157	0,00
ULSG	1343202	2,06	959937	28,60	491130	61,60	3242253	-38,67
VALO	279521	0,00	423408	0,00	109786	0,00	647847	0,00
VEDR	919054	-35,52	790880	-31,63	355979	13,63	2421894	-43,12
WISE	2847429	9,25	1600705	16,91	985968	34,15	6348277	-40,66
XIRA	1654463	-18,65	1168052	9,01	621979	-9,58	4245329	-15,55
ARNE	456955	0,00	75069	0,00	110997	0,00	475611	0,00
CHPL	850755	0,00	281000	0,00	707924	0,00	532253	0,00

## Anexo VII – Decomposição Custo – Amostra Global

### Internamento

#### Índices de eficiência global

	Eficiência de Custo	Eficiência Técnica	Eficiência de Preço	Eficiência na Afecção
JOAO	1,00	1,00	1,00	1,00
CHLN	1,00	1,00	1,00	1,00
ESTA	1,00	1,00	1,00	1,00
HUCE	0,95	1,00	1,00	0,95
FEIR	0,94	1,00	1,00	0,94
CHPO	0,91	1,00	1,00	0,91
LEIR	0,91	1,00	1,00	0,91
CHVS	0,88	1,00	0,95	0,93
CHAA	0,87	1,00	0,96	0,91
WISE	0,86	1,00	1,00	0,86
PENI	0,85	1,00	1,00	0,85
CURR	0,81	1,00	0,91	0,89
CANT	0,77	1,00	1,00	0,77
CHCO	0,77	1,00	0,83	0,92
ALMA	0,76	0,76	1,00	1,00
XIRA	0,73	0,86	0,95	0,91
ALCB	0,72	1,00	0,91	0,80
ANAD	0,72	0,79	1,00	0,91
CHLC	0,71	0,82	0,93	0,94
FARE	0,70	0,72	1,00	0,97
CHGE	0,69	0,74	1,00	0,93
SANT	0,69	0,77	0,94	0,96
POMB	0,66	0,79	1,00	0,83
TOND	0,64	0,79	0,83	0,98
CALD	0,63	0,92	0,76	0,90
AVEI	0,62	1,00	0,68	0,91
CHMT	0,61	0,64	1,00	0,96
VEDR	0,60	0,86	0,76	0,91
VALO	0,59	0,76	1,00	0,78
IPOP	0,59	0,62	1,00	0,96
CACE	0,56	0,68	0,97	0,86
IPOC	0,56	0,68	1,00	0,82
CHCB	0,53	1,00	0,57	0,93
JOAQ	0,52	0,57	1,00	0,92
ULSG	0,52	0,67	0,83	0,93
MATO	0,51	0,53	1,00	0,96
CAST	0,50	0,64	0,84	0,92
CHEV	0,49	0,62	0,87	0,91



Análise e Avaliação do Sistema de Pagamentos e de Formação dos Preços Pagos aos Hospitais do Serviço Nacional de Saúde

OVAR	0,46	1,00	0,50	0,94
ULBA	0,46	0,53	0,93	0,93
CHSE	0,45	0,45	1,00	1,00
MONT	0,44	0,44	1,00	1,00
CHBV	0,39	0,53	0,83	0,89
HPML	0,37	0,57	1,00	0,66
IPOL	0,32	0,49	0,75	0,88
CHNT	0,32	0,64	0,54	0,91
CHTA	0,19	0,25	0,79	0,93
ARNE	0,13	0,19	1,00	0,68
CHPL	0,12	0,15	1,00	0,82

*Decomposição do custo total actual (milhares de Euros)*

	Custo Mínimo	Perda Ineficiência Técnica	Perda Ineficiência de Preço	Perda Ineficiência na Afecção	Custo
JOAO	70.320 €	0 €	0 €	0 €	70.320 €
CHLN	95.428 €	0 €	0 €	0 €	95.428 €
ESTA	840 €	0 €	0 €	0 €	840 €
HUCE	78.234 €	0 €	0 €	4.488 €	82.722 €
FEIR	9.233 €	0 €	0 €	551 €	9.784 €
CHPO	43.585 €	0 €	0 €	4.157 €	47.742 €
LEIR	11.518 €	0 €	0 €	1.182 €	12.699 €
CHVS	13.206 €	0 €	746 €	1.025 €	14.976 €
CHAA	15.343 €	0 €	714 €	1.578 €	17.635 €
WISE	18.243 €	0 €	0 €	2.884 €	21.127 €
PENI	851 €	0 €	0 €	149 €	1.000 €
CURR	16.875 €	0 €	1.907 €	2.060 €	20.842 €
CANT	840 €	0 €	0 €	252 €	1.092 €
CHCO	20.918 €	0 €	4.517 €	1.774 €	27.208 €
ALMA	20.441 €	6.551 €	0 €	0 €	26.992 €
XIRA	4.749 €	932 €	303 €	494 €	6.478 €
ALCB	922 €	0 €	121 €	234 €	1.277 €
ANAD	840 €	246 €	0 €	79 €	1.166 €
CHLC	59.813 €	15.487 €	4.978 €	3.844 €	84.122 €
FARE	16.118 €	6.496 €	0 €	440 €	23.054 €
CHGE	22.776 €	8.430 €	0 €	1.649 €	32.854 €
SANT	10.017 €	3.337 €	706 €	442 €	14.501 €
POMB	1.042 €	327 €	0 €	208 €	1.577 €
TOND	984 €	324 €	201 €	23 €	1.531 €
CALD	3.697 €	443 €	1.285 €	411 €	5.836 €
AVEI	8.695 €	0 €	4.514 €	907 €	14.115 €
CHMT	10.535 €	6.280 €	0 €	428 €	17.242 €
VEDR	5.081 €	1.200 €	1.729 €	522 €	8.531 €
VALO	960 €	381 €	0 €	278 €	1.619 €
IPOP	12.198 €	7.966 €	0 €	537 €	20.702 €

Análise e Avaliação do Sistema de Pagamentos e de Formação dos Preços Pagos aos Hospitais do Serviço Nacional de Saúde

CACE	2.569 €	1.486 €	104 €	417 €	4.575 €
IPOC	4.058 €	2.328 €	0 €	892 €	7.278 €
CHCB	6.530 €	0 €	5.261 €	480 €	12.272 €
JOAQ	840 €	688 €	0 €	76 €	1.604 €
ULSG	5.974 €	3.840 €	1.305 €	462 €	11.581 €
MATO	10.145 €	9.440 €	0 €	401 €	19.986 €
CAST	5.348 €	3.866 €	1.128 €	457 €	10.799 €
CHEV	6.984 €	5.368 €	1.162 €	697 €	14.212 €
OVAR	840 €	0 €	913 €	55 €	1.808 €
ULBA	4.884 €	4.966 €	415 €	349 €	10.613 €
CHSE	8.430 €	10.290 €	0 €	0 €	18.720 €
MONT	1.040 €	1.333 €	0 €	0 €	2.373 €
CHBV	6.250 €	7.414 €	1.436 €	771 €	15.871 €
HPML	1.356 €	1.579 €	0 €	704 €	3.639 €
IPOL	8.419 €	13.444 €	3.133 €	1.194 €	26.190 €
CHNT	4.012 €	4.580 €	3.684 €	383 €	12.658 €
CHTA	4.639 €	18.697 €	1.307 €	355 €	24.998 €
ARNE	840 €	5.136 €	0 €	398 €	6.374 €
CHPL	1.252 €	8.534 €	0 €	274 €	10.060 €

## Ambulatório

### Índices de eficiência global

265

	Eficiência de Custo	Eficiência Técnica	Eficiência de Preço	Eficiência na Afecção
PENI	1,00	1,00	1,00	1,00
CHVS	1,00	1,00	1,00	1,00
ARNE	1,00	1,00	1,00	1,00
ANAD	1,00	1,00	1,00	1,00
CANT	1,00	1,00	1,00	1,00
CHPL	1,00	1,00	1,00	1,00
VALO	1,00	1,00	1,00	1,00
ULBA	1,00	1,00	1,00	1,00
CHMT	1,00	1,00	1,00	1,00
CHGE	1,00	1,00	1,00	1,00
CHPO	1,00	1,00	1,00	1,00
CHLN	1,00	1,00	1,00	1,00
OVAR	1,00	1,00	1,00	1,00
TOND	0,91	1,00	1,00	0,91
LEIR	0,89	0,91	1,00	0,98
XIRA	0,87	1,00	0,99	0,88
ESTA	0,87	1,00	1,00	0,87
ALCB	0,76	1,00	0,82	0,93
CHLC	0,73	0,73	1,00	1,00
FEIR	0,71	1,00	1,00	0,71

Análise e Avaliação do Sistema de Pagamentos e de Formação dos Preços Pagos aos Hospitais do Serviço Nacional de Saúde

HUCE	0,70	1,00	1,00	0,70
CHBV	0,67	0,91	1,00	0,74
ULSG	0,65	0,82	1,00	0,79
JOAO	0,63	0,84	1,00	0,75
AVEI	0,62	0,84	1,00	0,74
HPML	0,61	0,83	0,92	0,79
CHAA	0,59	1,00	1,00	0,59
CAST	0,57	1,00	0,76	0,76
VEDR	0,55	0,88	0,76	0,82
CHCB	0,53	0,71	1,00	0,74
SANT	0,48	0,60	1,00	0,79
CHTA	0,45	0,58	1,00	0,79
WISE	0,43	0,56	1,00	0,76
CHNT	0,42	0,64	0,89	0,74
CALD	0,39	0,56	1,00	0,70
FARE	0,36	0,46	1,00	0,79
CACE	0,34	0,60	1,00	0,57
CHEV	0,29	0,44	0,86	0,76
CHSE	0,28	0,43	1,00	0,65
CHCO	0,24	0,34	1,00	0,72
ALMA	0,23	0,45	0,65	0,80
IPOP	0,21	0,28	1,00	0,74
MATO	0,19	0,34	0,55	1,00
IPOC	0,18	0,21	1,00	0,86
CURR	0,17	0,30	1,00	0,56
IPOL	0,13	0,18	1,00	0,70
JOAQ	0,08	0,18	1,00	0,42

266

*Decomposição do custo total actual (milhares de Euros)*

	Custo Mínimo	Perda Ineficiência Técnica	Perda Ineficiência de Preço	Perda Ineficiência na Afectação	Custo
PENI	978 €	0 €	0 €	0 €	978 €
CHVS	17.455 €	0 €	0 €	0 €	17.455 €
ARNE	1.119 €	0 €	0 €	0 €	1.119 €
ANAD	448 €	0 €	0 €	0 €	448 €
CANT	989 €	0 €	0 €	0 €	989 €
CHPL	2.372 €	0 €	0 €	0 €	2.372 €
VALO	1.461 €	0 €	0 €	0 €	1.461 €
ULBA	12.445 €	0 €	0 €	0 €	12.445 €
CHMT	19.091 €	0 €	0 €	0 €	19.091 €
CHGE	40.958 €	0 €	0 €	0 €	40.958 €
CHPO	78.511 €	0 €	0 €	0 €	78.511 €
CHLN	135.795 €	0 €	0 €	0 €	135.795 €
OVAR	1.262 €	0 €	0 €	0 €	1.262 €
TOND	1.047 €	0 €	0 €	98 €	1.145 €

Análise e Avaliação do Sistema de Pagamentos e de Formação dos Preços Pagos aos Hospitais do Serviço Nacional de Saúde

LEIR	14.989 €	1.564 €	0 €	237 €	16.790 €
XIRA	7.690 €	0 €	95 €	1.036 €	8.820 €
ESTA	890 €	0 €	0 €	132 €	1.023 €
ALCB	1.000 €	0 €	242 €	77 €	1.319 €
CHLC	55.004 €	20.829 €	0 €	0 €	75.833 €
FEIR	13.171 €	0 €	0 €	5.271 €	18.442 €
HUCE	56.529 €	0 €	0 €	24.302 €	80.831 €
CHBV	10.276 €	1.444 €	0 €	3.536 €	15.257 €
ULSG	6.037 €	1.627 €	0 €	1.616 €	9.280 €
JOAO	62.343 €	16.309 €	0 €	20.510 €	99.162 €
AVEI	10.178 €	2.598 €	0 €	3.576 €	16.352 €
HPML	1.757 €	486 €	186 €	454 €	2.883 €
CHAA	13.226 €	0 €	0 €	9.149 €	22.375 €
CAST	5.647 €	0 €	2.383 €	1.795 €	9.826 €
VEDR	4.488 €	983 €	1.698 €	967 €	8.136 €
CHCB	7.177 €	4.011 €	0 €	2.470 €	13.658 €
SANT	9.599 €	8.059 €	0 €	2.540 €	20.198 €
CHTA	14.636 €	13.645 €	0 €	3.917 €	32.197 €
WISE	11.782 €	12.246 €	0 €	3.626 €	27.655 €
CHNT	4.469 €	3.861 €	743 €	1.578 €	10.652 €
CALD	4.700 €	5.315 €	0 €	2.045 €	12.060 €
FARE	10.438 €	15.549 €	0 €	2.834 €	28.822 €
CACE	2.124 €	2.482 €	0 €	1.625 €	6.230 €
CHEV	5.013 €	9.793 €	1.053 €	1.599 €	17.458 €
CHSE	10.413 €	21.486 €	0 €	5.649 €	37.548 €
CHCO	11.827 €	32.478 €	0 €	4.675 €	48.979 €
ALMA	13.136 €	31.018 €	8.744 €	3.192 €	56.090 €
IPOP	9.572 €	33.281 €	0 €	3.376 €	46.229 €
MATO	7.458 €	26.049 €	6.018 €	12 €	39.536 €
IPOC	3.805 €	16.408 €	0 €	620 €	20.833 €
CURR	7.146 €	30.118 €	0 €	5.642 €	42.907 €
IPOL	5.697 €	36.322 €	0 €	2.410 €	44.429 €
JOAQ	1.072 €	11.378 €	0 €	1.490 €	13.941 €

## Anexo VIII – Eficiência Técnica (VRS) – Amostra Restrita

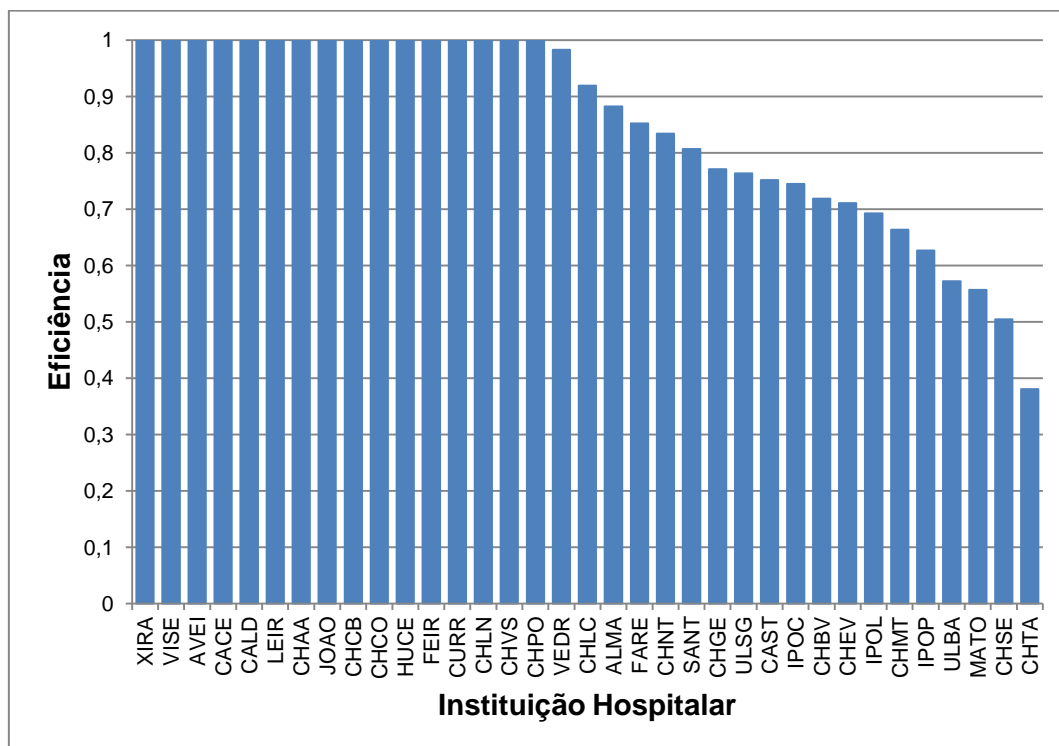
### Internamento

#### Recursos e Produção

	Recurso				Produção
	Méd	Enf	Outro	Med MCDT	DS
ALMA	297	482	310	1488720	25580
AVEI	115	108	157	563056	16174
CACE	21	85	45	310281	4766
CALD	15	111	69	302020	6921
CAST	40	246	115	589837	10075
CHAA	42	323	158	893196	21498
CHBV	36	243	190	1156916	11798
CHCB	21	287	254	717027	12333
CHCO	79	509	207	1655306	25888
CHEV	89	269	152	795180	13201
CHGE	323	512	340	2555828	27086
CHLC	247	1225	870	6559328	50964
CHLN	395	1576	1303	7040908	68242
CHMT	137	407	239	895312	17647
CHNT	19	296	203	526836	7521
CHPO	125	844	453	3450444	40501
CHSE	258	437	335	884633	15962
CHTA	69	508	188	1613750	8721
CHVS	147	301	188	673572	19786
CURR	105	314	175	1509661	22725
FARE	172	398	203	1123732	22119
FEIR	46	209	187	431786	16605
HUCE	359	1256	630	5740779	61049
IPOC	22	163	126	442623	7610
IPOL	43	420	269	2027898	15941
IPOP	71	437	235	1255514	18980
JOAO	327	1295	1117	4397231	57738
LEIR	72	302	176	549718	18435
MATO	144	498	279	1040271	17335
SANT	50	324	233	728315	17233
ULBA	52	255	165	557576	9187
ULSG	68	304	143	467673	11271
VEDR	62	129	93	387962	9564
WISE	210	572	301	787314	23820
XIRA	45	161	94	257802	8931

## Análise e Avaliação do Sistema de Pagamentos e de Formação dos Preços Pagos aos Hospitais do Serviço Nacional de Saúde

### Índices de eficiência técnica e hospitais de referência



	Índice	#	Ref	Peso	Ref	Peso	Ref	Peso	Ref	Peso	Ref	Peso
ALMA	0,88	19	AVEI	0,09	CHAA	0,78	HUCE	0,01	JOAO	0,12		
AVEI	1,00	1	AVEI	1,00								
CACE	1,00	1	CACE	1,00								
CALD	1,00	1	CALD	1,00								
CAST	0,75	25	CACE	0,39	CALD	0,17	CHAA	0,25	XIRA	0,19		
CHAA	1,00	1	CHAA	1,00								
CHBV	0,72	27	CALD	0,61	CHAA	0,22	FEIR	0,17				
CHCB	1,00	1	CHCB	1,00								
CHCO	1,00	1	CHCO	1,00								
CHEV	0,71	28	AVEI	0,09	CACE	0,19	CALD	0,32	CHAA	0,40		
CHGE	0,77	23	AVEI	0,59	CURR	0,20	HUCE	0,21				
CHLC	0,92	18	CHLN	0,38	CHPO	0,62						
CHLN	1,00	1	CHLN	1,00								
CHMT	0,66	30	AVEI	0,09	CHAA	0,25	LEIR	0,53	XIRA	0,14		
CHNT	0,83	21	CALD	0,89	CHCB	0,11						
CHPO	1,00	1	CHPO	1,00								
CHSE	0,50	34	AVEI	0,06	FEIR	0,53	LEIR	0,27	XIRA	0,14		
CHTA	0,38	35	CACE	0,76	CHAA	0,24						
CHVS	1,00	1	CHVS	1,00								
CURR	1,00	1	CURR	1,00								
FARE	0,85	20	AVEI	0,00	CHAA	0,98	HUCE	0,00	JOAO	0,01		
FEIR	1,00	1	FEIR	1,00								
HUCE	1,00	1	HUCE	1,00								
IPOC	0,74	26	CALD	0,95	CHAA	0,05	FEIR	0,00				

## Análise e Avaliação do Sistema de Pagamentos e de Formação dos Preços Pagos aos Hospitais do Serviço Nacional de Saúde

IPOL	0,69	29	CALD	0,12	CHAA	0,47	CHCB	0,41				
IPOP	0,63	31	AVEI	0,08	CALD	0,13	CHAA	0,75	FEIR	0,04		
JOAO	1,00	1	JOAO	1,00								
LEIR	1,00	1	LEIR	1,00								
MATO	0,56	33	AVEI	0,01	CHAA	0,25	LEIR	0,54	XIRA	0,19		
SANT	0,81	22	CALD	0,12	CHAA	0,37	FEIR	0,50				
ULBA	0,57	32	AVEI	0,00	CALD	0,50	CHAA	0,03	FEIR	0,12	XIRA	0,35
ULSG	0,76	24	CHAA	0,11	LEIR	0,10	XIRA	0,79				
VEDR	0,98	17	AVEI	0,17	CALD	0,70	CHAA	0,06	XIRA	0,07		
WISE	1,00	1	WISE	1,00								
XIRA	1,00	1	XIRA	1,00								

### Projeções na fronteira de eficiência técnica

	Méd	%	Enf	%	Outro	%	Med/MCDT	%
ALMA	84	-71,6	425	-11,8	274	-11,8	1313078	-11,8
AVEI	115	0,0	108	0,0	157	0,0	563056	0,0
CACE	21	0,0	85	0,0	45	0,0	310281	0,0
CALD	15	0,0	111	0,0	69	0,0	302020	0,0
CAST	30	-24,9	163	-33,7	86	-24,9	443180	-24,9
CHAA	42	0,0	323	0,0	158	0,0	893196	0,0
CHBV	26	-28,1	174	-28,1	109	-42,7	455204	-60,7
CHCB	21	0,0	287	0,0	254	0,0	717027	0,0
CHCO	79	0,0	509	0,0	207	0,0	1655306	0,0
CHEV	36	-59,7	191	-28,9	108	-28,9	565107	-28,9
CHGE	165	-48,9	394	-22,9	262	-22,9	1859793	-27,2
CHLC	227	-8,1	1120	-8,6	773	-11,2	4804589	-26,8
CHLN	395	0,0	1576	0,0	1303	0,0	7040908	0,0
CHMT	65	-52,7	270	-33,6	158	-33,6	594046	-33,6
CHNT	16	-16,6	130	-56,1	90	-55,8	348098	-33,9
CHPO	125	0,0	844	0,0	453	0,0	3450444	0,0
CHSE	57	-77,9	221	-49,5	169	-49,5	446368	-49,5
CHTA	26	-62,9	141	-72,2	72	-61,9	448068	-72,2
CHVS	147	0,0	301	0,0	188	0,0	673572	0,0
CURR	105	0,0	314	0,0	175	0,0	1509661	0,0
FARE	47	-72,4	339	-14,8	173	-14,8	957311	-14,8
FEIR	46	0,0	209	0,0	187	0,0	431786	0,0
HUCE	359	0,0	1256	0,0	630	0,0	5740779	0,0
IPOC	16	-25,5	121	-25,9	73	-41,9	329682	-25,5
IPOL	30	-30,7	282	-32,9	186	-30,7	748283	-63,1
IPOP	44	-37,4	274	-37,4	147	-37,4	771455	-38,6
JOAO	327	0,0	1295	0,0	1117	0,0	4397231	0,0
LEIR	72	0,0	302	0,0	176	0,0	549718	0,0
MATO	60	-58,5	277	-44,3	155	-44,3	579392	-44,3
SANT	40	-19,3	239	-26,1	162	-30,6	587559	-19,3
ULBA	30	-42,8	146	-42,8	94	-42,8	319056	-42,8
ULSG	48	-30,1	193	-36,3	110	-23,6	357134	-23,6

Análise e Avaliação do Sistema de Pagamentos e de Formação dos Preços Pagos aos Hospitais do Serviço Nacional de Saúde

VEDR	36	-42,9	127	-1,7	91	-1,7	381319	-1,7
WISE	210	0,0	572	0,0	301	0,0	787314	0,0
XIRA	45	0,0	161	0,0	94	0,0	257802	0,0

## Ambulatório

### Recursos

	Recursos			
	Méd	Enf	Outro	Med/MCDT
ALMA	36	198	139	5312831
AVEI	90	91	113	1238811
CACE	17	47	49	654995
CALD	66	66	62	1276273
CAST	57	65	42	910870
CHAA	75	70	76	2103001
CHBV	49	163	164	1404751
CHCB	58	98	89	1269864
CHCO	196	140	190	4533474
CHEV	73	102	89	1729678
CHGE	122	171	200	3435111
CHLC	272	309	577	7566673
CHLN	356	292	323	13109562
CHMT	7	149	154	2010248
CHNT	54	60	57	1063709
CHPO	220	149	304	7473406
CHSE	124	131	148	3417348
CHTA	148	153	153	3226576
CHVS	110	118	146	1561143
CURR	170	76	111	3482599
FARE	105	164	83	2913322
FEIR	75	83	100	1762687
HUCE	394	185	235	8105210
IPOC	58	45	111	1983843
IPOL	101	72	105	4499633
IPOP	96	123	190	4730619
JOAO	255	262	245	8724302
LEIR	111	144	134	1377184
MATO	134	130	131	2658622
SANT	118	115	150	1596294
ULBA	63	80	113	1090081
ULSG	58	88	43	952674
VEDR	18	56	75	683943
WISE	115	169	146	2738367
XIRA	61	75	89	600814



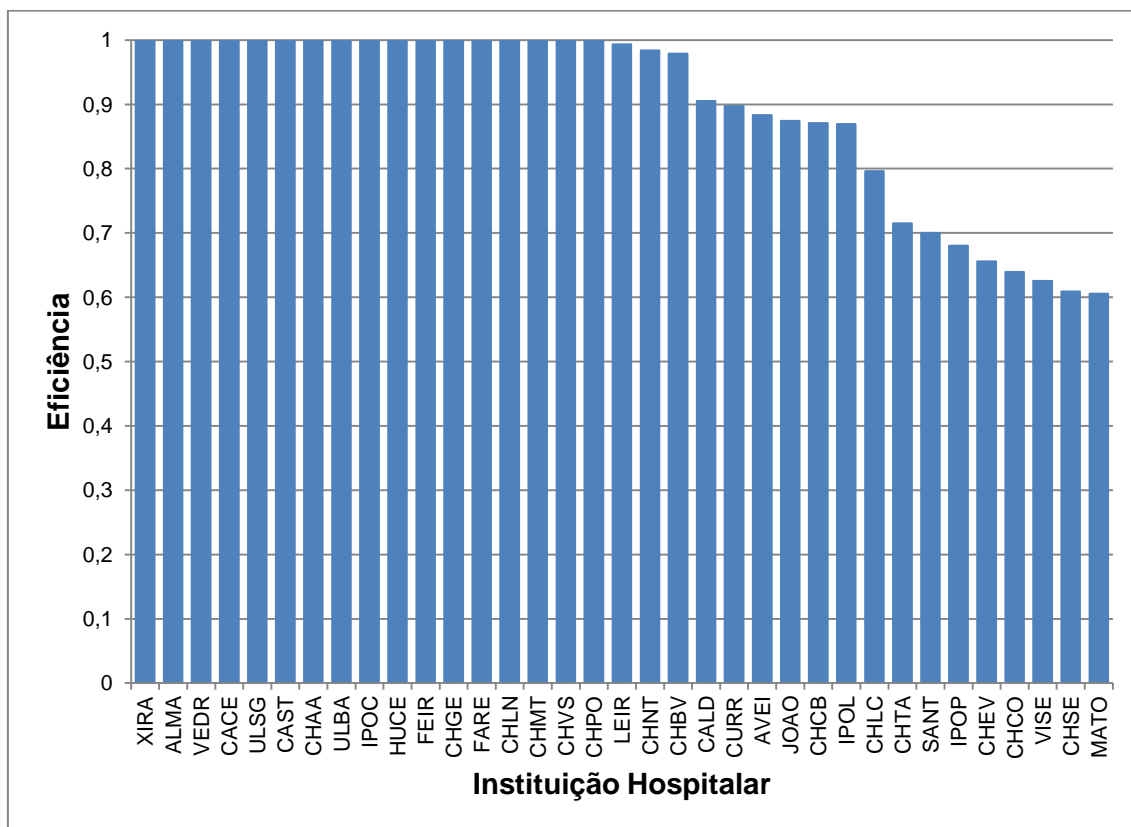
Análise e Avaliação do Sistema de Pagamentos e de Formação dos Preços Pagos aos Hospitais do Serviço Nacional de Saúde

Produção

	Produção				
	HD	CE (prim)	CE (subs)	Urg	CA
ALMA	874	13138	25158	164698	1539
AVEI	480	13329	25889	137442	1222
CACE	82	3042	4088	56506	196
CALD	93	3784	7529	87212	814
CAST	153	4074	9296	76886	1273
CHAA	767	16546	46858	158599	0
CHBV	506	5544	12489	131023	2148
CHCB	775	11947	26870	90110	650
CHCO	1596	15124	36514	147429	2173
CHEV	462	8105	17390	77524	580
CHGE	2961	37485	107807	172395	6677
CHLC	1407	23322	70086	259244	999
CHLN	4549	50036	130007	330256	6175
CHMT	207	10548	17358	232274	0
CHNT	125	6999	14879	83450	0
CHPO	1449	33607	110274	150306	9144
CHSE	1060	12627	30865	138048	1633
CHTA	446	15555	38073	177199	1466
CHVS	2723	29570	66908	189973	3823
CURR	492	10976	26626	100111	1455
FARE	1055	10910	30875	136195	1933
FEIR	462	10364	24670	157308	2645
HUCE	1386	15957	48355	161160	7700
IPOC	539	2267	13201	0	715
IPOL	771	4677	20940	9362	1284
IPOP	1375	6449	20646	10713	2193
JOAO	2020	23534	79932	259223	2143
LEIR	154	8437	17289	158947	3348
MATO	1028	9739	26655	109903	0
SANT	396	5903	15521	125830	1984
ULBA	169	4659	8886	65760	3340
ULSG	449	5540	12328	103525	370
VEDR	228	3361	8543	90872	283
WISE	999	8261	17966	151249	1614
XIRA	170	8415	13924	118624	417

Análise e Avaliação do Sistema de Pagamentos e de Formação dos Preços Pagos aos Hospitais do Serviço Nacional de Saúde

Índices de eficiência técnica e hospitais de referência



	Índice	#	Ref	Peso	Ref	Peso	Ref	Peso	Ref	Peso	Ref	Peso
ALMA	1,00	1	ALMA	1,00								
AVEI	0,88	23	CHAA	0,13	CHVS	0,21	FEIR	0,07	VEDR	0,15	XIRA	0,43
CACE	1,00	1	CACE	1,00								
CALD	0,91	21	CACE	0,44	CAST	0,32	CHAA	0,12	FEIR	0,12		
CAST	1,00	1	CAST	1,00								
CHAA	1,00	1	CHAA	1,00								
CHBV	0,98	20	CHGE	0,00	CHMT	0,28	CHVS	0,12	ULBA	0,49	VEDR	0,10
CHCB	0,87	25	CACE	0,57	CHAA	0,14	CHVS	0,26	ULSG	0,03		
CHCO	0,64	32	CACE	0,27	CHAA	0,16	CHVS	0,52	FEIR	0,04		
CHEV	0,66	31	CACE	0,41	CAST	0,15	CHAA	0,21	CHVS	0,06	ULSG	0,16
CHGE	1,00	1	CHGE	1,00								
CHLC	0,80	27	CHLN	0,37	CHMT	0,41	CHVS	0,22				
CHLN	1,00	1	CHLN	1,00								
CHMT	1,00	1	CHMT	1,00								
CHNT	0,98	19	CACE	0,50	CAST	0,26	CHAA	0,20	CHVS	0,04		
CHPO	1,00	1	CHPO	1,00								
CHSE	0,61	34	CACE	0,21	CAST	0,10	CHAA	0,26	CHVS	0,28	FEIR	0,16
CHTA	0,72	28	CHAA	0,34	CHMT	0,18	CHVS	0,17	FEIR	0,31		
CHVS	1,00	1	CHVS	1,00								
CURR	0,90	22	CACE	0,57	CHAA	0,24	CHPO	0,12	CHVS	0,02	FEIR	0,05
FARE	1,00	1	FARE	1,00								
FEIR	1,00	1	FEIR	1,00								

## Análise e Avaliação do Sistema de Pagamentos e de Formação dos Preços Pagos aos Hospitais do Serviço Nacional de Saúde

HUCE	1,00	1	HUCE	1,00									
IPOC	1,00	1	IPOC	1,00									
IPOL	0,87	26	CACE	0,32	CAST	0,12	CHPO	0,01	CHVS	0,19	IPOC	0,36	
IPOP	0,68	30	CACE	0,45	CHGE	0,01	CHVS	0,47	ULBA	0,06			
JOAO	0,87	24	CHAA	0,28	CHLN	0,48	CHMT	0,24					
LEIR	0,99	18	CAST	0,01	CHVS	0,70	ULBA	0,18	XIRA	0,11			
MATO	0,61	35	CACE	0,46	CHAA	0,01	CHVS	0,33	ULSG	0,20			
SANT	0,70	29	CHVS	0,31	FEIR	0,11	ULBA	0,11	VEDR	0,47			
ULBA	1,00	1	ULBA	1,00									
ULSG	1,00	1	ULSG	1,00									
VEDR	1,00	1	VEDR	1,00									
WISE	0,63	33	CHAA	0,11	CHMT	0,07	CHVS	0,23	FEIR	0,23	ULSG	0,36	
XIRA	1,00	1	XIRA	1,00									

### Projeções na fronteira de eficiência técnica

	Méd	%	Enf	%	Outro	%	Med/MCDT	%
ALMA	36	0,00	198	0,00	139	0,00	5312656	0,00
AVEI	67	-25,40	81	-11,65	98	-13,23	1094544	-11,65
CACE	17	0,00	47	0,00	49	0,00	654995	0,00
CALD	43	-34,70	60	-9,47	56	-9,47	1040639	-18,46
CAST	57	0,00	65	0,00	42	0,00	910870	0,00
CHAA	75	0,00	70	0,00	76	0,00	2103001	0,00
CHBV	48	-2,10	102	-37,63	125	-23,61	1375230	-2,10
CHCB	51	-12,93	70	-28,81	78	-12,93	1105670	-12,93
CHCO	78	-60,54	89	-36,08	106	-44,04	1412790	-68,84
CHEV	48	-34,42	65	-35,78	59	-34,42	1101684	-36,31
CHGE	122	0,00	171	0,00	200	0,00	3435111	0,00
CHLC	159	-41,67	195	-37,03	215	-62,74	6026109	-20,36
CHLN	356	0,00	292	0,00	323	0,00	13109562	0,00
CHMT	7	0,00	149	0,00	154	0,00	2010248	0,00
CHNT	42	-22,01	59	-1,62	56	-1,62	1046496	-1,62
CHPO	220	0,00	149	0,00	304	0,00	7473406	0,00
CHSE	71	-43,11	80	-39,09	90	-39,09	1485001	-56,55
CHTA	68	-53,93	96	-36,80	110	-28,48	1888635	-41,47
CHVS	110	0,00	118	0,00	146	0,00	1561143	0,00
CURR	61	-64,41	68	-10,26	91	-17,74	1914660	-45,02
FARE	105	0,00	164	0,00	83	0,00	2913322	0,00
FEIR	75	0,00	83	0,00	100	0,00	1762687	0,00
HUCE	394	0,00	185	0,00	235	0,00	8105210	0,00
IPOC	58	0,00	45	0,00	111	0,00	1983843	0,00
IPOL	56	-44,74	63	-13,07	91	-13,07	1404349	-68,79
IPOP	65	-31,96	84	-31,96	101	-46,95	1145823	-75,78
JOAO	194	-24,00	196	-25,35	214	-12,54	7397284	-15,21
LEIR	96	-13,80	106	-26,52	133	-0,67	1367947	-0,67
MATO	56	-58,09	79	-39,44	80	-39,44	1022528	-61,54
SANT	58	-51,06	81	-30,00	104	-30,91	1117347	-30,00

Análise e Avaliação do Sistema de Pagamentos e de Formação dos Preços Pagos aos Hospitais do Serviço Nacional de Saúde

---

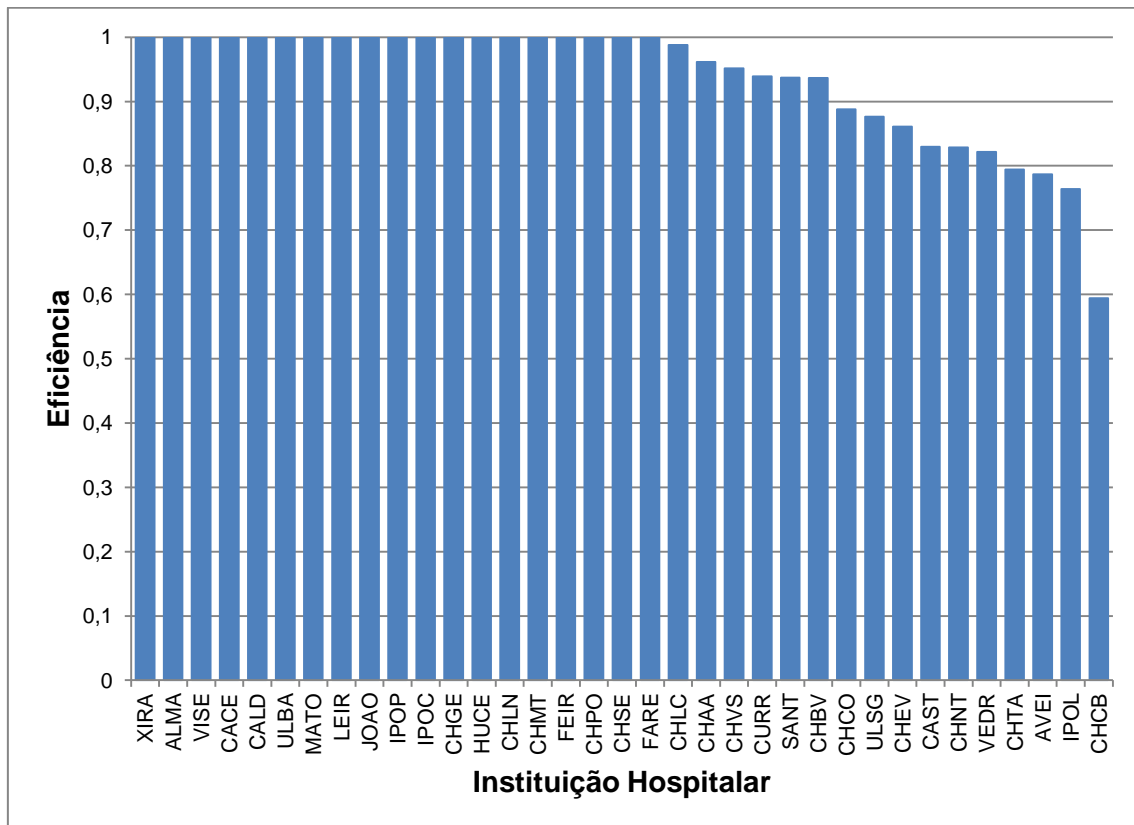
ULBA	63	0,00	80	0,00	113	0,00	1090081	0,00
ULSG	58	0,00	88	0,00	43	0,00	952674	0,00
VEDR	18	0,00	56	0,00	75	0,00	683943	0,00
WISE	72	-37,47	96	-43,24	91	-37,47	1484052	-45,81
XIRA	61	0,00	75	0,00	89	0,00	600814	0,00

## Anexo IX – Eficiência de Preço (VRS) – Amostra Restrita Internamento

### Custos dos Recursos e Custos Unitários

	Custo Recurso				Custo Unitário			
	Méd	Enf	Outro	Med/MCDT	Méd	Enf	Outro	Med MCDT
ALMA	1600182	7076418	1878480	9885926	18944	16661	6867	8
AVEI	3071620	5111861	1178620	4752795	26695	47394	7505	8
CACE	687488	1228753	302660	2356595	33060	14485	6738	8
CALD	1278314	1891634	534591	2131369	86234	17105	7742	7
CAST	1187866	2627940	772949	3173634	39981	16142	8946	7
CHAA	3312185	5888970	1459695	6974188	79029	18244	9263	8
CHBV	1928830	3002986	731805	3041642	74053	17221	6728	7
CHCB	1500495	4196465	1401219	5173710	70341	14638	5515	7
CHCO	3896874	8802587	1826861	12682136	49332	17280	8808	8
CHEV	1111995	3211551	906304	4018924	31121	16815	8403	7
CHGE	422270	3911651	8527936	11562745	2554	9916	32554	6
CHLC	10787048	19346271	5637780	32863322	47498	17277	7291	7
CHLN	16279968	21007404	5407200	52733495	41195	13333	4151	7
CHMT	1049885	4532373	1184478	4251270	16201	16794	7482	7
CHNT	1470894	2406474	549793	2754685	94614	18491	6137	8
CHPO	6407640	12822236	3162305	25349947	51129	15198	6987	7
CHSE	741504	3037761	1297532	3416036	13023	13762	7675	8
CHTA	898726	2440886	741077	3287366	34853	17301	10358	7
CHVS	2813101	4923211	1358776	5881262	19151	16338	7246	9
CURR	3035811	4986068	1358660	11461839	28830	15905	7750	8
FARE	1474963	5489216	1463967	8130423	31161	16206	8471	8
FEIR	2434928	2684481	1026757	3637437	53462	12841	5480	8
HUCE	17625710	18843606	4606804	41646333	49150	15008	7315	7
IPOC	643159	1823769	380762	2455848	39898	15125	5194	7
IPOL	1589721	3996872	1207203	5975161	52771	14176	6475	8
IPOP	1864739	3372337	770044	6827355	42178	12321	5232	9
JOAO	15315535	18365452	5082237	31556858	46805	14182	4550	7
LEIR	2230430	5077928	1225779	4165331	30900	16829	6964	8
MATO	1456935	3816556	728056	4632531	24293	13758	4686	8
SANT	1949806	3638279	967312	4651153	48257	15206	5982	8
ULBA	1075372	2139514	682896	2175366	35949	14651	7234	7
ULSG	1239728	2919015	850087	3137280	26000	15108	7760	9
VEDR	853016	2946123	718366	3252300	23921	23168	7860	9
WISE	4736923	7931918	2177853	6280061	22590	13857	7235	8
XIRA	1465585	2244242	542128	2226260	32310	13914	5745	9

Análise e Avaliação do Sistema de Pagamentos e de Formação dos Preços Pagos aos Hospitais do Serviço Nacional de Saúde



	Índice	#	Ref	Peso	Ref	Peso	Ref	Peso	Ref	Peso	Ref	Peso
ALMA	1,00	1	ALMA	1,00								
AVEI	0,79	33	FEIR	0,71	MATO	0,21	XIRA	0,08				
CACE	1,00	1	CACE	1,00								
CALD	1,00	1	CALD	1,00								
CAST	0,83	29	CHSE	0,10	FEIR	0,10	IPOC	0,46	MATO	0,02	ULBA	0,32
CHAA	0,96	21	ALMA	0,03	FEIR	0,10	JOAO	0,06	MATO	0,57	WISE	0,24
CHBV	0,94	25	FEIR	0,25	MATO	0,11	XIRA	0,64				
CHCB	0,59	35	CHSE	0,41	FEIR	0,09	IPOC	0,45	IPOP	0,01	MATO	0,04
CHCO	0,89	26	ALMA	0,34	HUCE	0,05	IPOP	0,55	JOAO	0,06		
CHEV	0,86	28	CHSE	0,31	FEIR	0,02	IPOC	0,38	IPOP	0,03	MATO	0,25
CHGE	1,00	1	CHGE	1,00								
CHLC	0,99	20	CHGE	0,22	CHLN	0,31	CHPO	0,19	JOAO	0,29		
CHLN	1,00	1	CHLN	1,00								
CHMT	1,00	1	CHMT	1,00								
CHNT	0,83	30	CACE	0,32	IPOC	0,06	XIRA	0,62				
CHPO	1,00	1	CHPO	1,00								
CHSE	1,00	1	CHSE	1,00								
CHTA	0,79	32	CACE	0,29	CHSE	0,22	IPOC	0,40	ULBA	0,08		
CHVS	0,95	22	ALMA	0,10	FEIR	0,39	JOAO	0,02	MATO	0,32	WISE	0,17
CURR	0,94	23	ALMA	0,01	CHGE	0,02	CHLN	0,07	IPOP	0,89		
FARE	1,00	1	FARE	1,00								
FEIR	1,00	1	FEIR	1,00								
HUCE	1,00	1	HUCE	1,00								
IPOC	1,00	1	IPOC	1,00								

## Análise e Avaliação do Sistema de Pagamentos e de Formação dos Preços Pagos aos Hospitais do Serviço Nacional de Saúde

IPOL	0,76	34	CHSE	0,39	FEIR	0,02	IPOC	0,14	IPOP	0,34	MATO	0,11
IPOP	1,00	1	IPOP	1,00								
JOAO	1,00	1	JOAO	1,00								
LEIR	1,00	1	LEIR	1,00								
MATO	1,00	1	MATO	1,00								
SANT	0,94	24	ALMA	0,03	CHSE	0,05	FEIR	0,40	IPOP	0,02	MATO	0,51
ULBA	1,00	1	ULBA	1,00								
ULSG	0,88	27	CHSE	0,11	IPOC	0,04	MATO	0,17	ULBA	0,67		
VEDR	0,82	31	CHSE	0,20	IPOC	0,72	MATO	0,02	ULBA	0,06		
WISE	1,00	1	WISE	1,00								
XIRA	1,00	1	XIRA	1,00								

### Projeções na fronteira de eficiência de preço

	Méd	%	Enf	%	Outro	%	Med/MCDT	%
ALMA	1600182	0,0	7076418	0,0	1878480	0,0	9885926	0,0
AVEI	2155849	-29,8	2888506	-43,5	927158	-21,3	3738771	-21,3
CACE	687488	0,0	1228753	0,0	302660	0,0	2356595	0,0
CALD	1278314	0,0	1891634	0,0	534591	0,0	2131369	0,0
CAST	985466	-17,0	2180167	-17,0	641247	-17,0	2632880	-17,0
CHAA	3184490	-3,9	5661932	-3,9	1403419	-3,9	6705312	-3,9
CHBV	1710010	-11,3	2528633	-15,8	685261	-6,4	2848188	-6,4
CHCB	891277	-40,6	2492653	-40,6	832308	-40,6	3073126	-40,6
CHCO	3458778	-11,2	6391881	-27,4	1621481	-11,2	11256380	-11,2
CHEV	957640	-13,9	2765758	-13,9	780500	-13,9	3461060	-13,9
CHGE	422270	0,0	3911651	0,0	8527936	0,0	11562745	0,0
CHLC	10658346	-1,2	14956372	-22,7	5570515	-1,2	32471224	-1,2
CHLN	16279968	0,0	21007404	0,0	5407200	0,0	52733495	0,0
CHMT	1049885	0,0	4532373	0,0	1184478	0,0	4251270	0,0
CHNT	1164997	-20,8	1894215	-21,3	455558	-17,1	2282531	-17,1
CHPO	6407640	0,0	12822236	0,0	3162305	0,0	25349947	0,0
CHSE	741504	0,0	3037761	0,0	1297532	0,0	3416036	0,0
CHTA	713973	-20,6	1939107	-20,6	582396	-21,4	2611575	-20,6
CHVS	2676571	-4,9	4684270	-4,9	1292830	-4,9	5595823	-4,9
CURR	2850615	-6,1	4681900	-6,1	1275777	-6,1	10215836	-10,9
FARE	1474963	0,0	5489216	0,0	1463967	0,0	8130423	0,0
FEIR	2434928	0,0	2684481	0,0	1026757	0,0	3637437	0,0
HUCE	17625710	0,0	18843606	0,0	4606804	0,0	41646333	0,0
IPOC	643159	0,0	1823769	0,0	380762	0,0	2455848	0,0
IPOL	1214305	-23,6	3053002	-23,6	922119	-23,6	4564113	-23,6
IPOP	1864739	0,0	3372337	0,0	770044	0,0	6827355	0,0
JOAO	15315535	0,0	18365452	0,0	5082237	0,0	31556858	0,0
LEIR	2230430	0,0	5077928	0,0	1225779	0,0	4165331	0,0
MATO	1456935	0,0	3816556	0,0	728056	0,0	4632531	0,0
SANT	1826837	-6,3	3408823	-6,3	906306	-6,3	4357818	-6,3
ULBA	1075372	0,0	2139514	0,0	682896	0,0	2175366	0,0
ULSG	1086232	-12,4	2514567	-13,9	744834	-12,4	2748839	-12,4

Análise e Avaliação do Sistema de Pagamentos e de Formação dos Preços Pagos aos Hospitais do Serviço Nacional de Saúde

VEDR	700957	-17,8	2122323	-28,0	590310	-17,8	2672544	-17,8
WISE	4736923	0,0	7931918	0,0	2177853	0,0	6280061	0,0
XIRA	1465585	0,0	2244242	0,0	542128	0,0	2226260	0,0

## Ambulatório

### Custo dos Recursos e Custos Unitários

	Custo Recurso				Custo Unitário			
	Méd	Enf	Outro	Med/MCDT	Méd	Enf	Outro	Med MCDT
ALMA	5020324	3925423	1755246	45387277	139097	19807	12647	9
AVEI	2202784	1990981	681616	9153790	32656	24636	6964	8
CACE	538985	672969	432420	4586082	31857	14395	8897	7
CALD	935647	1217144	479364	7137003	21552	20429	8577	7
CAST	1460935	1204902	420070	6740148	25682	18537	10002	7
CHAA	3188970	1855531	797525	16532661	42678	26643	10543	8
CHBV	1914364	1493533	629955	9869856	39515	14697	5037	7
CHCB	1636090	1190278	990181	7809706	32234	17023	12713	7
CHCO	3051786	1811212	1191507	11307061	39369	20310	11199	8
CHEV	1871515	1190309	608298	7530598	39334	18178	10395	7
CHGE	1747218	1777195	9570291	27863276	14364	10402	47869	8
CHLC	7268954	3227979	1652461	42855054	45731	16569	7689	7
CHLN	11088973	4572829	1956639	118176160	31163	15673	6055	9
CHMT	2953267	2768701	1443858	11924746	442122	18633	9385	6
CHNT	1454603	1651769	592947	6399852	34322	28136	10610	6
CHPO	10013523	3066678	2123632	63307440	45587	20604	6987	8
CHSE	2752762	1487739	749321	12617636	38934	18664	8320	8
CHTA	2316422	1936299	1043914	13255446	33959	20087	9532	7
CHVS	5079003	2087550	1545351	8743368	46257	17751	10570	6
CURR	1641402	1503519	727412	19646534	27106	22074	7973	10
FARE	3351004	3374751	1251160	20844609	31867	20546	15002	7
FEIR	3180953	1491858	716871	13052670	42530	18083	7204	7
HUCE	3763882	3445000	2381622	71240324	9562	18596	10132	9
IPOC	2334859	742615	977323	16778531	40273	16421	8829	8
IPOL	1774853	1305863	1057641	12015463	31649	20812	11578	9
IPOP	2316017	1297068	856171	9520102	35542	15456	8495	8
JOAO	7477464	3100115	1962072	70313762	38512	15824	9169	10
LEIR	2492140	1991081	1014528	10099430	26032	18840	7621	7
MATO	4324269	2480988	1536418	8685714	77052	31552	19300	8
SANT	1638752	1312316	885618	9584155	28394	16301	8522	9
ULBA	1777322	1576597	796166	8295157	28038	19820	7036	8
ULSG	1711232	1307324	316258	5944853	29519	14774	7393	6
VEDR	1584873	1315645	501518	4734422	88484	23629	6722	7
WISE	2655859	1632233	748976	10477901	36872	16994	8204	7
XIRA	2033771	1071524	687841	5027088	33416	14332	7743	8





## Análise e Avaliação do Sistema de Pagamentos e de Formação dos Preços Pagos aos Hospitais do Serviço Nacional de Saúde

HUCE	1,00	1	HUCE	1,00										
IPOC	1,00	1	IPOC	1,00										
IPOL	0,89	32	CACE	0,29	CHCB	0,21	CHGE	0,02	CHVS	0,02	CURR	0,19	IPOP	0,28
IPOP	1,00	1	IPOP	1,00										
JOAO	1,00	1	JOAO	1,00										
LEIR	1,00	1	LEIR	1,00										
MAT O	0,69	34	CHVS	0,32	VEDR	0,68								
SANT	1,00	1	SANT	1,00										
ULBA	1,00	1	ULBA	1,00										
ULSG	1,00	1	ULSG	1,00										
VEDR	1,00	1	VEDR	1,00										
WISE	1,00	1	WISE	1,00										
XIRA	1,00	1	XIRA	1,00										

### Projeções na fronteira de eficiência de preço

	Méd	%	Enf	%	Outro	%	Med/MCDT	%
ALMA	2670303	-46,81	1796328	-54,24	933613	-46,81	11477644	-74,71
AVEI	2202784	0,00	1990981	0,00	681616	0,00	9153790	0,00
CACE	538985	0,00	672969	0,00	432420	0,00	4586082	0,00
CALD	935647	0,00	1217144	0,00	479364	0,00	7137003	0,00
CAST	1460935	0,00	1204902	0,00	420070	0,00	6740148	0,00
CHAA	3188970	0,00	1855531	0,00	797525	0,00	16532661	0,00
CHBV	1914364	0,00	1493533	0,00	629955	0,00	9869856	0,00
CHCB	1636090	0,00	1190278	0,00	990181	0,00	7809706	0,00
CHCO	3051786	0,00	1811212	0,00	1191507	0,00	11307061	0,00
CHEV	1639341	-12,41	1114299	-6,39	569454	-6,39	6244347	-17,08
CHGE	1747218	0,00	1777195	0,00	9570291	0,00	27863276	0,00
CHLC	7268954	0,00	3227979	0,00	1652461	0,00	42855054	0,00
CHLN	11088973	0,00	4572829	0,00	1956639	0,00	118176160	0,00
CHMT	2953267	0,00	2768701	0,00	1443858	0,00	11924746	0,00
CHNT	1371916	-5,68	995425	-39,74	559241	-5,68	6036049	-5,68
CHPO	10013523	0,00	3066678	0,00	2123632	0,00	63307440	0,00
CHSE	2752762	0,00	1487739	0,00	749321	0,00	12617636	0,00
CHTA	2316422	0,00	1936299	0,00	1043914	0,00	13255446	0,00
CHVS	5079003	0,00	2087550	0,00	1545351	0,00	8743368	0,00
CURR	1641402	0,00	1503519	0,00	727412	0,00	19646534	0,00
FARE	2519226	-24,82	1681966	-50,16	940600	-24,82	12662866	-39,25
FEIR	3180953	0,00	1491858	0,00	716871	0,00	13052670	0,00
HUCE	3763882	0,00	3445000	0,00	2381622	0,00	71240324	0,00
IPOC	2334859	0,00	742615	0,00	977323	0,00	16778531	0,00
IPOL	1572431	-11,40	1156930	-11,40	937018	-11,40	9995530	-16,81
IPOP	2316017	0,00	1297068	0,00	856171	0,00	9520102	0,00
JOAO	7477464	0,00	3100115	0,00	1962072	0,00	70313762	0,00
LEIR	2492140	0,00	1991081	0,00	1014528	0,00	10099430	0,00
MATO	2704200	-37,46	1562911	-37,00	835905	-45,59	6018639	-30,71

Análise e Avaliação do Sistema de Pagamentos e de Formação dos Preços Pagos aos Hospitais do Serviço Nacional de Saúde

---

SANT	1638752	0,00	1312316	0,00	885618	0,00	9584155	0,00
ULBA	1777322	0,00	1576597	0,00	796166	0,00	8295157	0,00
ULSG	1711232	0,00	1307324	0,00	316258	0,00	5944853	0,00
VEDR	1584873	0,00	1315622	0,00	501518	0,00	4734422	0,00
WISE	2655859	0,00	1632233	0,00	748976	0,00	10477901	0,00
XIRA	2033771	0,00	1071524	0,00	687841	0,00	5027088	0,00

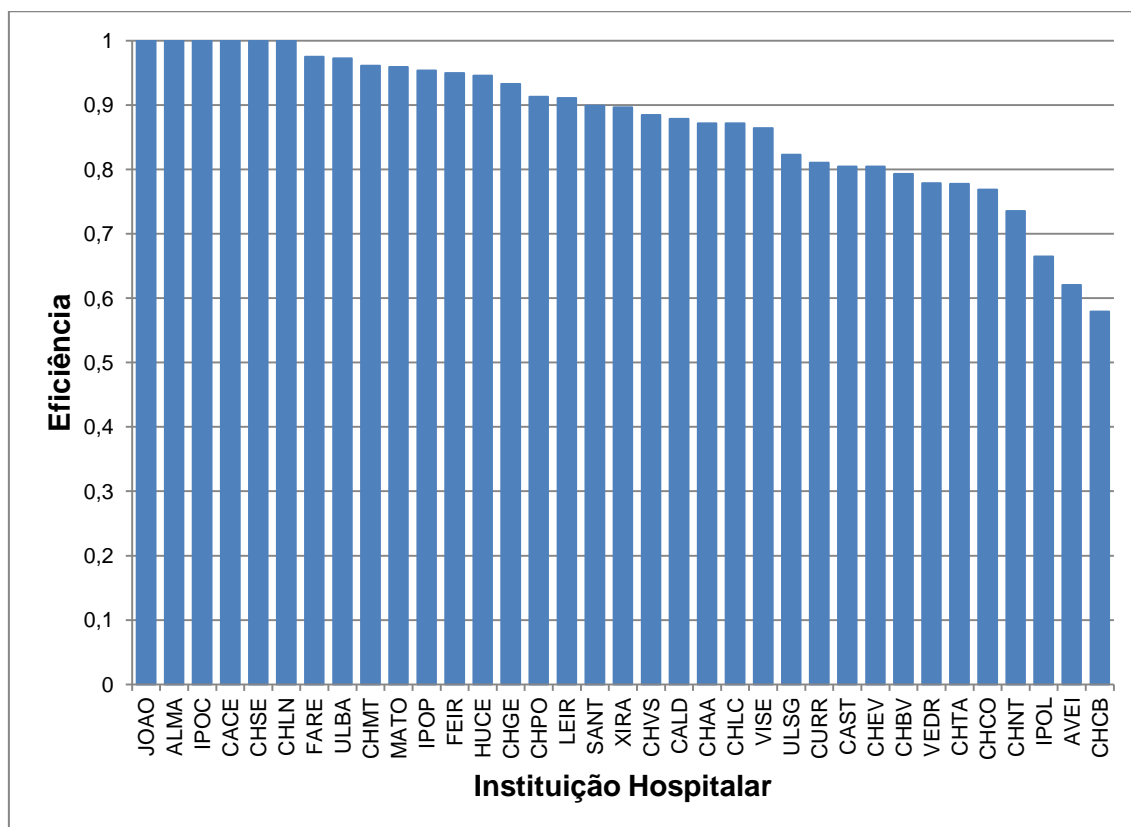
## Anexo X – Eficiência de Custo (VRS) – Amostra Restrita

### Internamento

#### Custo dos Recursos e Custos Unitários

	Custo Recurso				Custo Unitário			
	Méd	Enf	Outro	Med/MCDT	Méd	Enf	Outro	Med MCDT
ALMA	1600182	7076418	1878480	9885926	18944	16661	6867	8
AVEI	3071620	5111861	1178620	4752795	26695	47394	7505	8
CACE	687488	1228753	302660	2356595	33060	14485	6738	8
CALD	1278314	1891634	534591	2131369	86234	17105	7742	7
CAST	1187866	2627940	772949	3173634	39981	16142	8946	7
CHAA	3312185	5888970	1459695	6974188	79029	18244	9263	8
CHBV	1928830	3002986	731805	3041642	74053	17221	6728	7
CHCB	1500495	4196465	1401219	5173710	70341	14638	5515	7
CHCO	3896874	8802587	1826861	12682136	49332	17280	8808	8
CHEV	1111995	3211551	906304	4018924	31121	16815	8403	7
CHGE	422270	3911651	8527936	11562745	2554	9916	32554	6
CHLC	10787048	19346271	5637780	32863322	47498	17277	7291	7
CHLN	16279968	21007404	5407200	52733495	41195	13333	4151	7
CHMT	1049885	4532373	1184478	4251270	16201	16794	7482	7
CHNT	1470894	2406474	549793	2754685	94614	18491	6137	8
CHPO	6407640	12822236	3162305	25349947	51129	15198	6987	7
CHSE	741504	3037761	1297532	3416036	13023	13762	7675	8
CHTA	898726	2440886	741077	3287366	34853	17301	10358	7
CHVS	2813101	4923211	1358776	5881262	19151	16338	7246	9
CURR	3035811	4986068	1358660	11461839	28830	15905	7750	8
FARE	1474963	5489216	1463967	8130423	31161	16206	8471	8
FEIR	2434928	2684481	1026757	3637437	53462	12841	5480	8
HUCE	17625710	18843606	4606804	41646333	49150	15008	7315	7
IPOC	643159	1823769	380762	2455848	39898	15125	5194	7
IPOL	1589721	3996872	1207203	5975161	52771	14176	6475	8
IPOP	1864739	3372337	770044	6827355	42178	12321	5232	9
JOAO	15315535	18365452	5082237	31556858	46805	14182	4550	7
LEIR	2230430	5077928	1225779	4165331	30900	16829	6964	8
MATO	1456935	3816556	728056	4632531	24293	13758	4686	8
SANT	1949806	3638279	967312	4651153	48257	15206	5982	8
ULBA	1075372	2139514	682896	2175366	35949	14651	7234	7
ULSG	1239728	2919015	850087	3137280	26000	15108	7760	9
VEDR	853016	2946123	718366	3252300	23921	23168	7860	9
WISE	4736923	7931918	2177853	6280061	22590	13857	7235	8
XIRA	1465585	2244242	542128	2226260	32310	13914	5745	9

Índices de eficiência de custo e hospitais de referência



	Índice	#	Ref	Peso	Ref	Peso
ALMA	1,00	1	ALMA	1,00		
AVEI	0,62	34	ALMA	0,02	CHSE	0,98
CACE	1,00	1	CACE	1,00		
CALD	0,88	20	CACE	0,24	IPOC	0,76
CAST	0,80	26	CHSE	0,30	IPOC	0,70
CHAA	0,87	21	ALMA	0,58	CHSE	0,42
CHBV	0,79	28	CHSE	0,50	IPOC	0,50
CHCB	0,58	35	CHSE	0,57	IPOC	0,43
CHCO	0,77	31	ALMA	0,99	JOAO	0,01
CHEV	0,80	27	CHSE	0,67	IPOC	0,33
CHGE	0,93	14	ALMA	0,95	JOAO	0,05
CHLC	0,87	22	ALMA	0,21	JOAO	0,79
CHLN	1,00	1	CHLN	1,00		
CHMT	0,96	9	ALMA	0,18	CHSE	0,82
CHNT	0,74	32	CACE	0,03	IPOC	0,97
CHPO	0,91	15	ALMA	0,54	JOAO	0,46
CHSE	1,00	1	CHSE	1,00		
CHTA	0,78	30	CHSE	0,13	IPOC	0,87
CHVS	0,88	19	ALMA	0,40	CHSE	0,60
CURR	0,81	25	ALMA	0,70	CHSE	0,30
FARE	0,97	7	ALMA	0,64	CHSE	0,36
FEIR	0,95	12	ALMA	0,07	CHSE	0,93

Análise e Avaliação do Sistema de Pagamentos e de Formação dos Preços Pagos aos Hospitais do Serviço Nacional de Saúde

HUCE	0,95	13	CHLN	0,32	JOAO	0,68
IPOC	1,00	1	IPOC	1,00		
IPOL	0,66	33	CHSE	1,00	IPOC	0,00
IPOP	0,95	11	ALMA	0,31	CHSE	0,69
JOAO	1,00	1	JOAO	1,00		
LEIR	0,91	16	ALMA	0,26	CHSE	0,74
MATO	0,96	10	ALMA	0,14	CHSE	0,86
SANT	0,90	17	ALMA	0,13	CHSE	0,87
ULBA	0,97	8	CHSE	0,19	IPOC	0,81
ULSG	0,82	24	CHSE	0,44	IPOC	0,56
VEDR	0,78	29	CHSE	0,23	IPOC	0,77
WISE	0,86	23	ALMA	0,82	CHSE	0,18
XIRA	0,90	18	CHSE	0,16	IPOC	0,84

Projeções de eficiência de custo

	Méd	%	Enf	%	Outro	%	Med/MCDT	%
ALMA	1600182	0,00	7076418	0,00	1878480	0,00	9885926	0,00
AVEI	760417	-75,24	3126714	-38,83	1310328	11,17	3558538	-25,13
CACE	687481	0,00	1228750	0,00	302658	0,00	2356573	0,00
CALD	653900	-48,85	1679497	-11,21	361823	-32,32	2431761	14,09
CAST	672175	-43,41	2182013	-16,97	651307	-15,74	2739185	-13,69
CHAA	1235721	-62,69	5362235	-8,94	1631901	11,80	7139821	2,37
CHBV	692468	-64,10	2432511	-19,00	840476	14,85	2937313	-3,43
CHCB	698763	-53,43	2510211	-40,18	899153	-35,83	2998769	-42,04
CHCO	1731249	-55,57	7184299	-18,38	1909096	4,50	10093019	-20,42
CHEV	708981	-36,24	2636347	-17,91	994407	9,72	3098534	-22,90
CHGE	2242251	431,00	7604902	94,42	2028461	-76,21	10900427	-5,73
CHLC	12426247	15,20	15987295	-17,36	4407331	-21,83	26991642	-17,87
CHLN	16279968	0,00	21007404	0,00	5407200	0,00	52733495	0,00
CHMT	891965	-15,04	3745430	-17,36	1399328	18,14	4549715	7,02
CHNT	644535	-56,18	1805191	-24,99	378322	-31,19	2452728	-10,96
CHPO	7964065	24,29	12314496	-3,96	3365014	6,41	19941174	-21,34
CHSE	741504	0,00	3037761	0,00	1297532	0,00	3416036	0,00
CHTA	656231	-26,98	1985197	-18,67	502677	-32,17	2583517	-21,41
CHVS	1082934	-61,50	4643626	-5,68	1528531	12,49	5988616	1,83
CURR	1345257	-55,69	5877421	17,88	1706008	25,57	7965144	-30,51
FARE	1291137	-12,46	5622872	2,43	1669392	14,03	7557359	-7,05
FEIR	798918	-67,19	3307799	23,22	1336376	30,16	3848634	5,81
HUCE	15619530	-11,38	19198211	1,88	5184667	12,54	38231862	-8,20
IPOC	643154	0,00	1823762	0,00	380766	0,00	2455832	0,00
IPOL	741251	-53,37	3034693	-24,07	1295225	7,29	3413599	-42,87
IPOP	1010917	-45,79	4304902	27,65	1479807	92,17	5445985	-20,23
JOAO	15315535	0,00	18365452	0,00	5082237	0,00	31556858	0,00
LEIR	962249	-56,86	4076000	-19,73	1446880	18,04	5079285	21,94
MATO	864122	-40,69	3614475	-5,29	1380491	89,61	4339926	-6,32

Análise e Avaliação do Sistema de Pagamentos e de Formação dos Preços Pagos aos Hospitais do Serviço Nacional de Saúde

SANT	854944	-56,15	3571305	-1,84	1374281	42,07	4270769	-8,18
ULBA	661723	-38,47	2052992	-4,04	553874	-18,89	2637139	21,23
ULSG	686263	-44,64	2355918	-19,29	782634	-7,93	2876733	-8,30
VEDR	666161	-21,91	2107765	-28,46	595237	-17,14	2680460	-17,58
WISE	1443035	-69,54	6337303	-20,10	1772161	-18,63	8701871	38,56
XIRA	658706	-55,06	2015745	-10,18	525746	-3,02	2607678	17,13

## Ambulatório

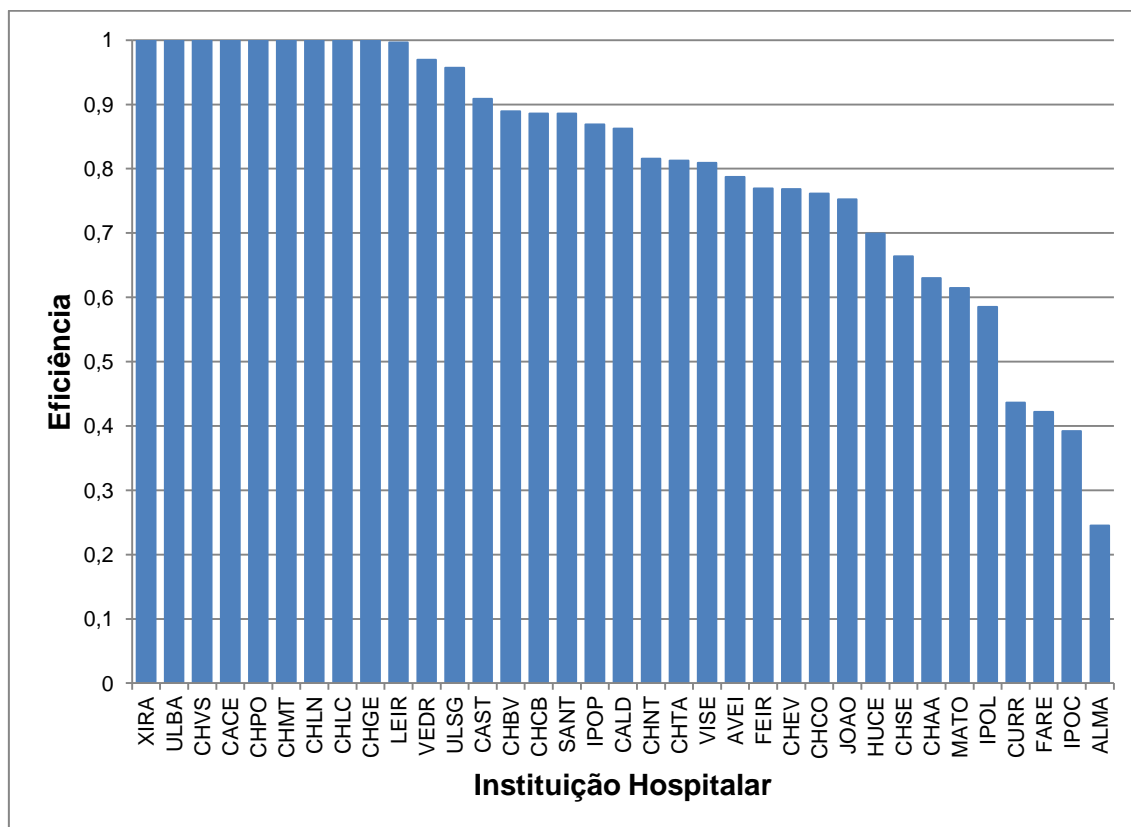
### Custo dos Recursos e Custos Unitários

	Custo Recurso				Custo Unitário			
	Méd	Enf	Outro	Med/MCDT	Méd	Enf	Outro	Med MCDT
ALMA	5020324	3925423	1755246	45387277	139097	19807	12647	9
AVEI	2202784	1990981	681616	9153790	32656	24636	6964	8
CACE	538985	672969	432420	4586082	31857	14395	8897	7
CALD	935647	1217144	479364	7137003	21552	20429	8577	7
CAST	1460935	1204902	420070	6740148	25682	18537	10002	7
CHAA	3188970	1855531	797525	16532661	42678	26643	10543	8
CHBV	1914364	1493533	629955	9869856	39515	14697	5037	7
CHCB	1636090	1190278	990181	7809706	32234	17023	12713	7
CHCO	3051786	1811212	1191507	11307061	39369	20310	11199	8
CHEV	1871515	1190309	608298	7530598	39334	18178	10395	7
CHGE	1747218	1777195	9570291	27863276	14364	10402	47869	8
CHLC	7268954	3227979	1652461	42855054	45731	16569	7689	7
CHLN	11088973	4572829	1956639	118176160	31163	15673	6055	9
CHMT	2953267	2768701	1443858	11924746	442122	18633	9385	6
CHNT	1454603	1651769	592947	6399852	34322	28136	10610	6
CHPO	10013523	3066678	2123632	63307440	45587	20604	6987	8
CHSE	2752762	1487739	749321	12617636	38934	18664	8320	8
CHTA	2316422	1936299	1043914	13255446	33959	20087	9532	7
CHVS	5079003	2087550	1545351	8743368	46257	17751	10570	6
CURR	1641402	1503519	727412	19646534	27106	22074	7973	10
FARE	3351004	3374751	1251160	20844609	31867	20546	15002	7
FEIR	3180953	1491858	716871	13052670	42530	18083	7204	7
HUCE	3763882	3445000	2381622	71240324	9562	18596	10132	9
IPOC	2334859	742615	977323	16778531	40273	16421	8829	8
IPOL	1774853	1305863	1057641	12015463	31649	20812	11578	9
IPOP	2316017	1297068	856171	9520102	35542	15456	8495	8
JOAO	7477464	3100115	1962072	70313762	38512	15824	9169	10
LEIR	2492140	1991081	1014528	10099430	26032	18840	7621	7
MATO	4324269	2480988	1536418	8685714	77052	31552	19300	8
SANT	1638752	1312316	885618	9584155	28394	16301	8522	9
ULBA	1777322	1576597	796166	8295157	28038	19820	7036	8
ULSG	1711232	1307324	316258	5944853	29519	14774	7393	6

## Análise e Avaliação do Sistema de Pagamentos e de Formação dos Preços Pagos aos Hospitais do Serviço Nacional de Saúde

VEDR	1584873	1315645	501518	4734422	88484	23629	6722	7
WISE	2655859	1632233	748976	10477901	36872	16994	8204	7
XIRA	2033771	1071524	687841	5027088	33416	14332	7743	8

### Índices de eficiência de custo e hospitais de referência



	Índice	#	Ref	Peso	Ref	Peso	Ref	Peso
ALMA	0,25	35	CHMT	0,18	CHVS	0,35	XIRA	0,46
AVEI	0,79	22	CHMT	0,02	CHVS	0,24	XIRA	0,75
CACE	1,00	1	CACE	1,00				
CALD	0,86	18	CACE	0,69	CHVS	0,16	XIRA	0,15
CAST	0,91	13	CACE	0,68	CHVS	0,14	ULBA	0,18
CHAA	0,63	29	CACE	0,09	CHVS	0,64	XIRA	0,27
CHBV	0,89	14	CACE	0,42	CHVS	0,54	XIRA	0,05
CHCB	0,89	15	CACE	0,64	CHVS	0,36		
CHCO	0,76	25	CACE	0,18	CHVS	0,56	XIRA	0,25
CHEV	0,77	24	CACE	0,79	CHVS	0,21		
CHGE	1,00	1	CHGE	1,00				
CHLC	1,00	1	CHLC	1,00				
CHLN	1,00	1	CHLN	1,00				
CHMT	1,00	1	CHMT	1,00				
CHNT	0,82	19	CACE	0,75	CHVS	0,16	XIRA	0,10
CHPO	1,00	1	CHPO	1,00				
CHSE	0,66	28	CACE	0,11	CHVS	0,36	XIRA	0,53
CHTA	0,81	20	CHMT	0,24	CHVS	0,44	XIRA	0,32



## Análise e Avaliação do Sistema de Pagamentos e de Formação dos Preços Pagos aos Hospitais do Serviço Nacional de Saúde

CHVS	1,00	1	CHVS	1,00				
CURR	0,44	32	CACE	0,64	CHVS	0,36		
FARE	0,42	33	CACE	0,25	CHVS	0,46	XIRA	0,29
FEIR	0,77	23	CACE	0,14	CHVS	0,66	XIRA	0,20
HUCE	0,70	27	CHGE	0,59	CHPO	0,41		
IPOC	0,39	34	CACE	0,83	CHVS	0,17		
IPOL	0,59	31	CACE	0,69	CHVS	0,27	ULBA	0,04
IPOP	0,87	17	CACE	0,44	CHVS	0,49	ULBA	0,07
JOAO	0,75	26	CHLC	0,65	CHLN	0,17	CHVS	0,18
LEIR	1,00	10	CACE	0,11	CHVS	0,76	ULBA	0,13
MATO	0,61	30	CACE	0,55	CHVS	0,35	XIRA	0,10
SANT	0,89	16	CACE	0,45	CHVS	0,49	XIRA	0,07
ULBA	1,00	1	ULBA	1,00				
ULSG	0,96	12	CACE	0,38	CHVS	0,12	XIRA	0,49
VEDR	0,97	11	CACE	0,49	CHVS	0,04	XIRA	0,47
WISE	0,81	21	CHMT	0,06	CHVS	0,36	XIRA	0,58
XIRA	1,00	1	XIRA	1,00				

### Projeções de eficiência de custo

	Méd	%	Enf	%	Outro	%	Med/MCDT	%
ALMA	3275196	-34,76	1742157	-55,62	1129097	-35,67	7607291	-83,24
AVEI	2774405	25,95	1340750	-32,66	904304	32,67	6022800	-34,20
CACE	538994	0,00	672966	0,00	432418	0,00	4586040	0,00
CALD	1492269	59,49	960074	-21,12	649722	35,54	5322057	-25,43
CAST	1399359	-4,21	1034731	-14,12	654217	55,74	5839845	-13,36
CHAA	3843456	20,52	1684276	-9,23	1212241	52,00	7359308	-55,49
CHBV	3043227	58,97	1449917	-2,92	1040817	65,22	6833333	-30,77
CHCB	2185438	33,58	1185967	-0,36	836025	-15,57	6093695	-21,97
CHCO	3476898	13,93	1571520	-13,23	1124790	-5,60	7043762	-37,70
CHEV	1500341	-19,83	972504	-18,30	668082	9,83	5466353	-27,41
CHGE	1747218	0,00	1777195	0,00	9570291	0,00	27863276	0,00
CHLC	7268954	0,00	3227979	0,00	1652461	0,00	42855054	0,00
CHLN	11088973	0,00	4572829	0,00	1956639	0,00	118176160	0,00
CHMT	2953267	0,00	2768701	0,00	1443858	0,00	11924746	0,00
CHNT	1395284	-4,08	933223	-43,50	631511	6,50	5279745	-17,50
CHPO	10013523	0,00	3066678	0,00	2123632	0,00	63307440	0,00
CHSE	2984561	8,42	1399290	-5,95	972994	29,85	6332960	-49,81
CHTA	3594275	55,16	1924472	-0,61	1246067	19,36	8311779	-37,30
CHVS	5079003	0,00	2087550	0,00	1545351	0,00	8743368	0,00
CURR	2167858	32,07	1180489	-21,48	831716	14,34	6077597	-69,07
FARE	3069120	-8,41	1441678	-57,28	1020224	-18,46	6631880	-68,18
FEIR	3845777	20,90	1690025	13,28	1221112	70,34	7430820	-43,07
HUCE	5174670	37,48	2311853	-32,89	6482688	172,20	42559466	-40,26
IPOC	1323533	-43,31	917414	23,54	624740	-36,08	5304451	-68,39
IPOL	1792614	1,00	1084307	-16,97	742139	-29,83	5837119	-51,42
IPOP	2840999	22,67	1428120	10,10	1001132	16,93	6882449	-27,71

Análise e Avaliação do Sistema de Pagamentos e de Formação dos Preços Pagos aos Hospitais do Serviço Nacional de Saúde

---

JOAO	7541999	0,86	3258176	5,10	1686207	-14,06	49857116	-29,09
LEIR	4141373	66,18	1861407	-6,51	1323171	30,42	8213027	-18,68
MATO	2295016	-46,93	1213551	-51,09	852053	-44,54	6103488	-29,73
SANT	2856818	74,33	1390774	5,98	993368	12,17	6647985	-30,64
ULBA	1777322	0,00	1576597	0,00	796166	0,00	8295157	0,00
ULSG	1832861	7,11	1042903	-20,23	694733	119,67	5312320	-10,64
VEDR	1418707	-10,48	915627	-30,40	596126	18,86	4957468	4,71
WISE	3184163	19,89	1540962	-5,59	1042390	39,18	6786620	-35,23
XIRA	2033771	0,00	1071524	0,00	687841	0,00	5027088	0,00

## Anexo XI – Decomposição Custo – Amostra Restrita

### Internamento

#### Índices de eficiência global

	Eficiência de Custo	Eficiência Técnica	Eficiência de Preço	Eficiência na Afecção
JOAO	1,00	1,00	1,00	1,00
CHLN	1,00	1,00	1,00	1,00
CACE	1,00	1,00	1,00	1,00
FEIR	0,95	1,00	1,00	0,95
HUCE	0,95	1,00	1,00	0,95
CHPO	0,91	1,00	1,00	0,91
LEIR	0,91	1,00	1,00	0,91
XIRA	0,90	1,00	1,00	0,90
CHVS	0,88	1,00	0,95	0,93
CALD	0,88	1,00	1,00	0,88
CHAA	0,87	1,00	0,96	0,91
WISE	0,86	1,00	1,00	0,86
CURR	0,81	1,00	0,91	0,89
CHCO	0,77	1,00	0,84	0,92
ALMA	0,76	0,76	1,00	1,00
IPOC	0,73	0,73	1,00	1,00
CHLC	0,71	0,82	0,93	0,94
VEDR	0,71	0,91	0,78	0,99
FARE	0,70	0,72	1,00	0,97
SANT	0,69	0,77	0,94	0,96
CHGE	0,69	0,74	1,00	0,93
AVEI	0,62	1,00	0,69	0,90
CHMT	0,61	0,64	1,00	0,96
IPOP	0,59	0,62	1,00	0,95
CHCB	0,58	1,00	0,59	0,97
ULSG	0,58	0,70	0,87	0,94
CAST	0,58	0,72	0,83	0,97
ULBA	0,56	0,57	1,00	0,97
CHEV	0,52	0,65	0,86	0,93
MATO	0,51	0,53	1,00	0,96
CHSE	0,45	0,45	1,00	1,00
CHBV	0,43	0,55	0,89	0,89
CHNT	0,42	0,57	0,81	0,91
IPOL	0,32	0,49	0,76	0,87
CHTA	0,23	0,29	0,79	0,98

Análise e Avaliação do Sistema de Pagamentos e de Formação dos Preços Pagos aos Hospitais do Serviço Nacional de Saúde

*Decomposição do custo total actual (milhares de Euros)*

	Custo Mínimo	Perda Ineficiência Técnica	Perda Ineficiência de Preço	Perda Ineficiência na Afectação	Custo
JOAO	70.320 €	0 €	0 €	0 €	70.320 €
CHLN	95.428 €	0 €	0 €	0 €	95.428 €
CACE	4.575 €	0 €	0 €	0 €	4.575 €
FEIR	9.292 €	0 €	0 €	492 €	9.784 €
HUCE	78.234 €	0 €	0 €	4.488 €	82.722 €
CHPO	43.585 €	0 €	0 €	4.157 €	47.742 €
LEIR	11.564 €	0 €	0 €	1.135 €	12.699 €
XIRA	5.808 €	0 €	0 €	670 €	6.478 €
CHVS	13.244 €	0 €	727 €	1.006 €	14.976 €
CALD	5.127 €	0 €	0 €	709 €	5.836 €
CHAA	15.370 €	0 €	680 €	1.585 €	17.635 €
WISE	18.254 €	0 €	0 €	2.872 €	21.127 €
CURR	16.894 €	0 €	1.818 €	2.130 €	20.842 €
CHCO	20.918 €	0 €	4.480 €	1.811 €	27.208 €
ALMA	20.441 €	6.551 €	0 €	0 €	26.992 €
IPOC	5.304 €	1.974 €	0 €	0 €	7.278 €
CHLC	59.813 €	15.487 €	4.978 €	3.844 €	84.122 €
VEDR	6.050 €	762 €	1.684 €	37 €	8.531 €
FARE	16.141 €	6.496 €	0 €	418 €	23.054 €
SANT	10.071 €	3.295 €	707 €	428 €	14.501 €
CHGE	22.776 €	8.430 €	0 €	1.649 €	32.854 €
AVEI	8.756 €	0 €	4.405 €	954 €	14.115 €
CHMT	10.586 €	6.224 €	0 €	432 €	17.242 €
IPOP	12.242 €	7.867 €	0 €	593 €	20.702 €
CHCB	7.107 €	0 €	4.983 €	182 €	12.272 €
ULSG	6.702 €	3.435 €	1.052 €	393 €	11.581 €
CAST	6.245 €	3.037 €	1.323 €	195 €	10.799 €
ULBA	5.906 €	4.540 €	0 €	167 €	10.613 €
CHEV	7.438 €	4.963 €	1.284 €	527 €	14.212 €
MATO	10.199 €	9.352 €	0 €	435 €	19.986 €
CHSE	8.493 €	10.228 €	0 €	0 €	18.720 €
CHBV	6.903 €	7.166 €	933 €	869 €	15.871 €
CHNT	5.281 €	5.476 €	1.385 €	517 €	12.658 €
IPOL	8.485 €	13.421 €	3.015 €	1.269 €	26.190 €
CHTA	5.728 €	17.630 €	1.521 €	119 €	24.998 €

## Ambulatório

### Índices de eficiência global

	Eficiência de Custo	Eficiência Técnica	Eficiência de Preço	Eficiência na Afectação
CHVS	1,00	1,00	1,00	1,00
ULBA	1,00	1,00	1,00	1,00
XIRA	1,00	1,00	1,00	1,00
CHMT	1,00	1,00	1,00	1,00
CHGE	1,00	1,00	1,00	1,00
CHPO	1,00	1,00	1,00	1,00
CHLN	1,00	1,00	1,00	1,00
CACE	1,00	1,00	1,00	1,00
VEDR	0,97	1,00	1,00	0,97
ULSG	0,96	1,00	1,00	0,96
LEIR	0,93	0,93	1,00	1,00
CAST	0,91	1,00	1,00	0,91
CHBV	0,81	0,91	1,00	0,89
CHNT	0,77	0,95	0,89	0,92
FEIR	0,77	1,00	1,00	0,77
CHCB	0,75	0,85	1,00	0,89
CHLC	0,73	0,73	1,00	1,00
HUCE	0,70	1,00	1,00	0,70
CALD	0,70	0,81	1,00	0,86
AVEI	0,68	0,86	1,00	0,79
CHAA	0,63	1,00	1,00	0,63
JOAO	0,63	0,84	1,00	0,75
SANT	0,59	0,66	1,00	0,89
CHEV	0,49	0,64	0,85	0,90
CHTA	0,47	0,58	1,00	0,81
WISE	0,45	0,56	1,00	0,81
FARE	0,42	1,00	0,62	0,68
IPOC	0,39	1,00	1,00	0,39
CHSE	0,31	0,47	1,00	0,66
CHCO	0,27	0,35	1,00	0,76
MATO	0,26	0,43	0,65	0,94
IPOP	0,26	0,30	1,00	0,87
ALMA	0,25	1,00	0,30	0,81
CURR	0,24	0,55	1,00	0,44
IPOL	0,21	0,36	0,85	0,69

Análise e Avaliação do Sistema de Pagamentos e de Formação dos Preços Pagos aos Hospitais do Serviço Nacional de Saúde

*Decomposição do custo total actual (milhares de Euros)*

	Custo Mínimo	Perda Ineficiência Técnica	Perda Ineficiência de Preço	Perda Ineficiência na Afectação	Custo
CHVS	17.455 €	0 €	0 €	0 €	17.455 €
ULBA	12.445 €	0 €	0 €	0 €	12.445 €
XIRA	8.820 €	0 €	0 €	0 €	8.820 €
CHMT	19.091 €	0 €	0 €	0 €	19.091 €
CHGE	40.958 €	0 €	0 €	0 €	40.958 €
CHPO	78.511 €	0 €	0 €	0 €	78.511 €
CHLN	135.795 €	0 €	0 €	0 €	135.795 €
CACE	6.230 €	0 €	0 €	0 €	6.230 €
VEDR	7.888 €	0 €	0 €	249 €	8.136 €
ULSG	8.883 €	0 €	0 €	397 €	9.280 €
LEIR	15.539 €	1.193 €	0 €	58 €	16.790 €
CAST	8.928 €	0 €	0 €	898 €	9.826 €
CHBV	12.367 €	1.349 €	0 €	1.540 €	15.257 €
CHNT	8.240 €	553 €	1.137 €	723 €	10.652 €
FEIR	14.188 €	0 €	0 €	4.255 €	18.442 €
CHCB	10.301 €	2.032 €	0 €	1.325 €	13.658 €
CHLC	55.004 €	20.829 €	0 €	0 €	75.833 €
HUCE	56.529 €	0 €	0 €	24.302 €	80.831 €
CALD	8.424 €	2.291 €	0 €	1.345 €	12.060 €
AVEI	11.042 €	2.323 €	0 €	2.987 €	16.352 €
CHAA	14.099 €	0 €	0 €	8.275 €	22.375 €
JOAO	62.343 €	16.309 €	0 €	20.510 €	99.162 €
SANT	11.889 €	6.777 €	0 €	1.532 €	20.198 €
CHEV	8.607 €	6.257 €	1.633 €	960 €	17.458 €
CHTA	15.077 €	13.645 €	0 €	3.475 €	32.197 €
WISE	12.554 €	12.140 €	0 €	2.961 €	27.655 €
FARE	12.163 €	0 €	11.017 €	5.642 €	28.822 €
IPOC	8.170 €	0 €	0 €	12.663 €	20.833 €
CHSE	11.690 €	19.940 €	0 €	5.918 €	37.548 €
CHCO	13.217 €	31.617 €	0 €	4.145 €	48.979 €
MATO	10.464 €	22.508 €	5.906 €	658 €	39.536 €
IPOP	12.153 €	32.240 €	0 €	1.837 €	46.229 €
ALMA	13.754 €	2 €	39.210 €	3.124 €	56.090 €
CURR	10.258 €	19.388 €	0 €	13.261 €	42.907 €
IPOL	9.456 €	28.275 €	2.492 €	4.206 €	44.429 €

## Anexo XII – Lista dos Hospitais

Sigla	Nome
ALCB	HOSPITAL DE BERNARDINO LOPES OLIVEIRA - ALCOBAÇA
ALMA	HOSPITAL DE GARCIA DE ORTA, E. P. E. - ALMADA
ANAD	HOSPITAL DE JOSÉ LUCIANO DE CASTRO - ANADIA
AVEI	HOSPITAL INFANTE D. PEDRO, E. P. E. - AVEIRO
CACE	HOSPITAL DO LITORAL ALENTEJANO - SANTIAGO DO CACÉM
CALD	CENTRO HOSPITALAR DE CALDAS DA RAINHA
CANT	HOSPITAL DO ARCEBISPO JOÃO CRISÓSTOMO - CANTANHEDE
CAST	HOSPITAL DE AMATO LUSITANO - CASTELO BRANCO
CHAA	CENTRO HOSPITALAR DO ALTO AVE, EPE - GUIMARÃES
CHBV	CENTRO HOSPITALAR DO BARLAVENTO ALGARVIO, E. P. E. - PORTIMÃO
CHCB	CENTRO HOSPITALAR DA COVA DA BEIRA, E. P. E. - COVILHÃ
CHCO	CENTRO HOSPITALAR DE COIMBRA, E.P.E.
CHEV	HOSPITAL DO ESPÍRITO SANTO DE ÉVORA, EPE
CHGE	CENTRO HOSPITALAR DE VILA NOVA DE GAIA - ESPINHO, EPE
CHLC	CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA CENTRAL, E.P.E.
CHLN	CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA NORTE, E.P.E.
CHMT	CENTRO HOSPITALAR DO MÉDIO TEJO, E. P. E. - TOMAR
CHNT	CENTRO HOSPITALAR DO NORDESTE, E. P. E. - BRAGANÇA
CHPO	CENTRO HOSPITALAR DO PORTO, EPE
CHSE	CENTRO HOSPITALAR DE SETÚBAL, E. P. E.
CHTA	CENTRO HOSP. DE TRÁS-OS-MONTES E ALTO DOURO, E. P. E. - VILA REAL
CHVS	CENTRO HOSPITALAR DO TÂMEGA E SOUSA, EPE - PENAFIEL
CURR	HOSPITAL DE CURRY CABRAL - LISBOA
ESTA	HOSPITAL DO VISCONDE DE SALREU - ESTARREJA
FARE	HOSPITAL DISTRITAL DE FARO, E.P.E.
FEIR	HOSPITAL DE SÃO SEBASTIÃO, E. P. E. - SANTA MARIA DA FEIRA
GAMA	INSTITUTO DE OFTALMOLOGIA DR. GAMA PINTO - LISBOA
HPML	HOSPITAL DE MAGALHÃES LEMOS - PORTO
HUCE	HOSPITAIS DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA, EPE
IPOC	INSTITUTO PORT. DE ONCOLOGIA DE COIMBRA FRANCISCO GENTIL, E. P. E.
IPOL	INSTITUTO PORT. DE ONCOLOGIA DE LISBOA FRANCISCO GENTIL, E. P. E.
IPOP	INSTITUTO PORT. DE ONCOLOGIA DO PORTO FRANCISCO GENTIL, E. P. E.
JOAO	HOSPITAL DE SÃO JOÃO, E. P. E. - PORTO
JOAQ	HOSPITAL DE JOAQUIM URBANO - PORTO
LEIR	HOSPITAL DE SANTO ANDRÉ, E. P. E. - LEIRIA
MATO	UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE MATOSINHOS, E.P. E. (H. PEDRO HISPANO)
MONT	HOSPITAL DISTRITAL DO MONTIJO
OVAR	HOSPITAL DR. FRANCISCO ZAGALO - OVAR
PENI	HOSPITAL DE SÃO PEDRO GONÇALVES TELMO - PENICHE
POMB	HOSPITAL DISTRITAL DE POMBAL
SANT	HOSPITAL DISTRITAL DE SANTARÉM, E. P. E.
TOND	HOSPITAL DE CÂNDIDO DE FIGUEIREDO - TONDELA
ULBA	UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO BAIXO ALENTEJO
ULSG	UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DA GUARDA, EPE

Análise e Avaliação do Sistema de Pagamentos e de Formação dos Preços Pagos aos Hospitais do  
Serviço Nacional de Saúde

---

VALO	HOSPITAL DE NOSSA SENHORA DA CONCEIÇÃO - VALONGO
VEDR	CENTRO HOSPITALAR DE TORRES VEDRAS
WISE	HOSPITAL DE SÃO TEOTÓNIO, E. P. E. - VISEU
XIRA	HOSPITAL DE REYNALDO DOS SANTOS - VILA FRANCA DE XIRA
ARNE	CENTRO HOSPITALAR PSIQUIÁTRICO DE COIMBRA
CHPL	CENTRO HOSPITALAR PSIQUIÁTRICO DE LISBOA



## Anexo XIII – 224 GDH comuns nos Hospitais de Aveiro, Santa Marta, Santo António e Faro

GDH	Designação
8	Procedimentos nos nervos cranianos e periféricos e noutras estruturas nervosas, sem CC
14	Acidente vascular cerebral com enfarte
15	Acidentes vasculares cerebrais não específicos e oclusões pré-cerebrais sem enfarte
16	Perturbações cerebrovasculares não específicas, com CC
17	Perturbações cerebrovasculares não específicas, sem CC
24	Convulsões e cefaleias, idade > 17 anos, com CC
25	Convulsões e cefaleias, idade > 17 anos, sem CC
34	Outras perturbações do sistema nervoso, com CC
35	Outras perturbações do sistema nervoso, sem CC
65	Desequilíbrio
69	Otite média e infecções das vias respiratórias superiores, idade > 17 anos, sem CC
74	Outros diagnósticos do ouvido, nariz, boca e garganta, idade < 18 anos
75	Grandes procedimentos torácicos
76	Outros procedimentos no aparelho respiratório em bloco operatório, com CC
78	Embolia pulmonar
79	Infecções e inflamações respiratórias, idade > 17 anos, com CC
80	Infecções e inflamações respiratórias, idade > 17 anos, sem CC
82	Neoplasias respiratórias
85	Derrame pleural, com CC
86	Derrame pleural, sem CC
87	Edema pulmonar e insuficiência respiratória
88	Doença pulmonar obstrutiva crónica
89	Pneumonia e pleurisia simples, idade > 17 anos, com CC
90	Pneumonia e pleurisia simples, idade > 17 anos, sem CC
92	Doença pulmonar intersticial, com CC
93	Doença pulmonar intersticial, sem CC
94	Pneumotórax, com CC
95	Pneumotórax, sem CC
96	Bronquite e asma, idade > 17 anos, com CC
97	Bronquite e asma, idade > 17 anos, sem CC
101	Outros diagnósticos do aparelho respiratório, com CC
102	Outros diagnósticos do aparelho respiratório, sem CC
112	Procedimentos cardiovasculares percutâneos, sem enfarte agudo do miocárdio, insuficiência cardíaca ou choque
113	Amputação por perturbações circulatórias sistémicas, excepto do membro superior e de dedo do pé
114	Amputação de membro superior e de dedo do pé, por perturbações circulatórias sistémicas
115	Implantação de pacemaker cardíaco permanente, com enfarte agudo do miocárdio, insuficiência cardíaca ou choque, ou procedimento em terminal ou gerador de desfibrilhador cardíaco automático implantável
116	Outras implantações de pacemaker cardíaco permanente
117	Revisão de pacemaker cardíaco, excepto substituição do gerador
119	Laqueação venosa e flebo-extracção
120	Outros procedimentos, no aparelho circulatório, em bloco operatório

GDH	Designação
121	Perturbações circulatórias com enfarte agudo do miocárdio e complicações major, alta vivo
122	Perturbações circulatórias com enfarte agudo do miocárdio, sem complicações major, alta vivo
123	Perturbações circulatórias com enfarte agudo do miocárdio, falecido
124	Perturbações circulatórias excepto enfarte agudo do miocárdio, com cateterismo cardíaco e diagnóstico complexo
125	Perturbações circulatórias excepto enfarte agudo do miocárdio, com cateterismo cardíaco, sem diagnóstico complexo
126	Endocardite aguda e subaguda
127	Insuficiência cardíaca e choque
130	Perturbações vasculares periféricas, com CC
131	Perturbações vasculares periféricas, sem CC
132	Aterosclerose, com CC
133	Aterosclerose, sem CC
134	Hipertensão
135	Perturbações congénitas e perturbações valvulares cardíacas, idade > 17 anos, com CC
136	Perturbações congénitas e perturbações valvulares cardíacas, idade > 17 anos, sem CC
138	Arritmia e perturbações da condução cardíaca, com CC
139	Arritmia e perturbações da condução cardíaca, sem CC
140	Angina de peito
143	Dor torácica
144	Outros diagnósticos do aparelho circulatório, com CC
145	Outros diagnósticos do aparelho circulatório, sem CC
151	Lise de aderências peritoneais, sem CC
155	Procedimentos no esófago, estômago e duodeno, idade > 17 anos, sem CC
159	Procedimentos para hérnia excepto inguinal e femoral, idade >17 anos, com CC
160	Procedimentos para hérnia excepto inguinal e femoral, idade >17 anos, sem CC
161	Procedimentos para hérnia inguinal e femoral, idade >17 anos com CC
162	Procedimentos para hérnia inguinal e femoral, idade >17 anos, sem CC
167	Apendicectomia sem diagnóstico principal complicado, sem CC
172	Doença digestiva maligna, com CC
173	Doença digestiva maligna, sem CC
174	Hemorragia gastrintestinal, com CC
175	Hemorragia gastrintestinal, sem CC
179	Doença inflamatória do intestino
180	Oclusão gastrintestinal, com CC
182	Esofagite, gastroenterite e perturbações digestivas diversas, idade >17 anos, com CC
183	Esofagite, gastroenterite e perturbações digestivas diversas, idade >17 anos, sem CC
188	Outros diagnósticos do aparelho digestivo, idade >17 anos, com CC
189	Outros diagnósticos do aparelho digestivo, idade >17 anos, sem CC
202	Cirrose e hepatite alcoólica
203	Doença maligna hepatobiliar ou pancreática
204	Perturbações do pâncreas, excepto por doença malignas
205	Perturbações hepatobiliares, excepto por doença maligna, cirrose e hepatite alcoólica, com CC
207	Perturbações das vias biliares, com CC
208	Perturbações das vias biliares, sem CC
213	Amputação por perturbações osteomusculares e do tecido conjuntivo

GDH	Designação
217	Desbridamento de feridas e enxerto de pele, excepto diagnóstico principal de ferida aberta, por transtornos do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo, excepto na mão
225	Procedimentos no pé
226	Procedimentos nos tecidos moles, com CC
234	Outros procedimentos no sistema osteomuscular e no tecido conjuntivo, em bloco operatório, sem CC
240	Perturbações do tecido conjuntivo, com CC
241	Perturbações do tecido conjuntivo, sem CC
243	Problemas médicos dorso-lombares
244	Doenças dos ossos e artropatias específicas, com CC
245	Doenças dos ossos e artropatias específicas, sem CC
246	Artropatias não específicas
247	Sinais e sintomas do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo
248	Tendinite, miosite e bursite
249	Disfunção, reacção ou complicação de dispositivo ou procedimento ortopédico
256	Outros diagnósticos do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo
264	Enxerto cutâneo e/ou desbridamento por úlcera da pele ou fleimão, sem CC
269	Outras procedimentos na pele, no tecido subcutâneo e na mama, com CC
270	Outras intervenções na pele, no tecido subcutâneo e na mama, sem CC
271	Úlceras da pele
274	Doenças malignas da mama, com CC
277	Celulite, idade > 17 anos, com CC
278	Celulite, idade > 17 anos, sem CC
281	Traumatismos da pele, do tecido subcutâneo e da mama, idade > 17 anos, sem CC
283	Pequenas perturbações cutâneas, com CC
284	Pequenas perturbações cutâneas, sem CC
290	Procedimentos na tiróide
294	Diabetes, idade > 35 anos
295	Diabetes, idade < 36 anos
296	Perturbações nutricionais e metabólicas diversas, idade > 17 anos, com CC
297	Perturbações nutricionais e metabólicas diversas, idade > 17 anos, sem CC
299	Erros inatos do metabolismo
301	Perturbações endócrinas, sem CC
303	Procedimentos no rim, no ureter e grandes intervenções na bexiga, por neoplasia
315	Outros procedimentos no rim e nas vias urinárias, em bloco operatório
316	Insuficiência renal
318	Neoplasias dos rins e das vias urinárias, com CC
320	Infecções dos rins e das vias urinárias, idade >17 anos, com CC
321	Infecções dos rins e das vias urinárias, idade >17 anos, sem CC
322	Infecções dos rins e das vias urinárias, idade <18 anos
331	Outros diagnósticos dos rins e das vias urinárias, idade >17 anos, com CC
332	Outros diagnósticos dos rins e das vias urinárias, idade > 17 anos, sem CC
350	Inflamações do aparelho reprodutor masculino
366	Doença maligna do aparelho reprodutor feminino, com CC
376	Diagnósticos pós-parto e pós-aborto, sem procedimento em bloco operatório
383	Outros diagnósticos pré-parto, com complicações médicas
394	Outros procedimentos em bloco operatório, nos órgãos do sangue e hematopoiéticos

GDH	Designação
395	Perturbações dos eritrócitos, idade > 17 anos
397	Perturbações da coagulação
398	Perturbações do sistema retículo-endotelial e da imunidade, com CC
399	Perturbações do sistema retículo-endotelial e da imunidade, sem CC
403	Linfoma e leucemia não aguda, com CC
404	Linfoma e leucemia não aguda, sem CC
413	Outras Perturbações mieloproliferativas ou doenças malignas mal diferenciadas, com CC
414	Outras Perturbações mieloproliferativas ou doenças malignas mal diferenciadas, sem CC
415	Procedimentos, em bloco operatório, por doenças infecciosas e parasitárias
416	Septicémia, idade > 17 anos
418	Infeções pós-operatórias e pós-traumáticas
422	Doença viral e síndrome febril indeterminada, idade < 18 anos
425	Reacções agudas de adaptação e doenças de disfunção psico-social
429	Perturbações orgânicas e atraso mental
430	Psicoses
432	Outros diagnósticos de perturbações mentais
439	Enxertos cutâneos por lesão traumática
442	Outros procedimentos no bloco operatório, por lesão traumática, com CC
443	Outros procedimentos no bloco operatório, por lesão traumática, sem CC
445	Lesões traumáticas, de locais não especificados, ou múltiplos, idade > 17 anos, sem CC
449	Intoxicações e efeitos tóxicos de drogas, idade > 17 anos, com CC
452	Complicações de tratamento, com CC
453	Complicações de tratamento, sem CC
463	Sinais e sintomas, com CC
466	Continuação de cuidados, sem história de doença maligna como diagnóstico adicional
467	Outros factores com influência no estado de saúde
468	Procedimentos extensos, em bloco operatório, não relacionados com o diagnóstico principal
475	Diagnósticos do aparelho respiratório com suporte ventilatório
483	Oxigenação por membrana extra-corporal, traqueostomia com ventilação mecânica >96h ou traqueostomia com outro diagnóstico principal, excepto da face, boca ou pescoço
531	Procedimentos no sistema nervoso excepto craniotomia, com CC major
532	Acidente isquémico transitório, oclusões pré-cerebrais, convulsões e cefaleias, com CC major
533	Outros transtornos do sistema nervoso, excepto acidente isquémico transitório, convulsões e cefaleias, com CC major
539	Procedimentos respiratórios excepto os major no tórax, com CC major
540	Infeções e inflamações respiratórias, com CC major
541	Perturbações respiratórias, excepto infeções, bronquite ou asma, com CC major
542	Bronquite e asma, com CC major
543	Perturbações circulatórias, excepto enfarte agudo do miocárdio, endocardite, insuficiência cardíaca congestiva e arritmia, com CC major
544	Insuficiência cardíaca congestiva e arritmia cardíaca, com CC major
548	Outros procedimentos com implantes/revisão de pacemaker cardíaco ou com cardiodesfibrilhador com CC major
549	Procedimentos cardiovasculares major, com CC major
550	Outros procedimentos vasculares, com CC major
551	Esofagite, gastroenterite e úlceras não complicadas, com CC major

GDH	Designação
552	Transtornos do aparelho digestivo, excepto esofagite, gastrenterite e úlceras não complicadas, com CC major
553	Procedimentos no aparelho digestivo, excepto em hérnia ou major no estômago, esófago, duodeno, intestino delgado e intestino grosso com CC major
556	Colecistectomia e outros procedimentos hepatobiliares, com CC major
557	Perturbações hepatobiliares e pancreáticas, com CC major
558	Procedimentos major no sistema osteomuscular, excepto procedimentos articulares bilaterais ou múltiplos major, com CC major
561	Osteomielite, artrite séptica e transtornos do tecido conjuntivo, com CC major
562	Transtornos major da pele e da mama, com CC major
566	Perturbações endócrinas, nutricionais e metabólicas, excepto transtornos alimentares ou fibrose cística, com CC major
567	Procedimentos nos rins e nas vias urinárias, excepto transplante renal, com CC major
569	Perturbações dos rins e das vias urinárias, excepto insuficiência renal, com CC major
570	Perturbações do aparelho reprodutor masculino com CC major
573	Procedimentos não radicais, no aparelho reprodutor feminino com CC major
574	Perturbações do sangue, dos órgãos hematopoiéticos e perturbações imunológicas, com CC major
578	Linfoma e leucemia não aguda, com CC major
579	Procedimentos por linfoma, leucemia ou transtornos mieloproliferativos, com CC major
580	Infecções sistémicas e perturbações parasitárias, excepto septicemia, com CC major
581	Procedimentos por infecções sistémicas e perturbações parasitárias, com CC major
582	Lesões traumáticas, excepto traumatismos múltiplos, com CC major
583	Procedimentos por lesões traumáticas, excepto traumatismos múltiplos, com CC major
584	Septicémia, com CC major
585	Procedimentos major no estômago, esófago, duodeno, intestino delgado e intestino grosso, com CC major
626	Recém-nascido, peso ao nascer > 2499g, sem procedimento significativo em bloco operatório, com múltiplos problemas major
627	Recém-nascido, peso ao nascer > 2499g, sem procedimento significativo em bloco operatório, com problema major
629	Recém-nascido, peso ao nascer > 2499g, sem procedimento significativo em bloco operatório, com diagnóstico de recém-nascido normal
703	Infecção pelo vírus da imunodeficiência humana, com procedimento em bloco operatório e diagnóstico relacionado major
704	Infecção pelo vírus da imunodeficiência humana, com procedimento em bloco operatório, sem diagnóstico relacionado major
710	Infecção pelo vírus da imunodeficiência humana, com múltiplos diagnósticos relacionados major ou diagnósticos significativos, sem tuberculose
714	Infecção pelo vírus da imunodeficiência humana, com diagnóstico relacionado significativo
716	Infecção pelo vírus da imunodeficiência humana, sem outros diagnósticos relacionados
740	Fibrose cística
750	Abuso ou dependência do álcool, com CC
764	Concussão ou traumatismo intracraniano, com coma < 1 hora ou sem coma, idade > 17 anos, com CC
765	Concussão ou traumatismo intracraniano, com coma < 1 hora ou sem coma, idade > 17 anos, sem CC
769	Convulsões e cefaleias, idade < 18 anos, sem CC

GDH	Designação
772	Pneumonia e pleurisia simples, idade < 18 anos, com CC
773	Pneumonia e pleurisia simples, idade < 18 anos, sem CC
774	Bronquite e asma, idade < 18 anos, com CC
775	Bronquite e asma, idade < 18 anos, sem CC
800	Tuberculose com CC
801	Tuberculose sem CC
808	Procedimentos cardiovasculares percutâneos, com enfarte agudo do miocárdio, insuficiência cardíaca ou choque
810	Hemorragia intracraniana
812	Disfunção, reacção e complicação de dispositivo ou procedimento em bloco operatório, cardíaco ou vascular
813	Gastreenterites não bacterianas e dor abdominal, idade > 17 anos, com CC
814	Gastreenterites não bacterianas e dor abdominal, idade > 17 anos, sem CC
816	Gastreenterites não bacterianas e dor abdominal, idade < 18 anos, sem CC
820	Disfunção, reacção e complicações de dispositivo/enxerto/transplante geniturinário
832	Isquémia transitória
851	Implantação de desfibrilhador cardíaco, sem cateterismo cardíaco
852	Procedimentos cardiovasculares percutâneos, com stent não eluidor de fármacos, sem enfarte agudo do miocárdio
867	Artrodese vertebral, cervical, sem CC , excisão local e remoção de dispositivos de fixação interna, excepto da anca e fémur, sem CC
874	Linfoma e leucemia, com procedimento major em bloco operatório, com CC
875	Linfoma e leucemia, com procedimento major em bloco operatório, sem CC

## Anexo XIV – Questionário sobre a contabilidade analítica dos hospitais do SNS

### Plano de Contabilidade Analítica - Custos Directos

Identifique como reparte especificamente os seguintes custos na contabilidade analítica:

Nota: Insira uma cruz na resposta adequada

<b>Custos com pessoal em geral</b>	<input type="checkbox"/>	Chave de imputação ao centro de custo (CC) de acordo com a actividade desenvolvida por cada elemento com base na informação das chefias entregue mensalmente ao serviço de RH
	<input type="checkbox"/>	Chave de imputação ao centro de custo (CC) de acordo com a actividade prevista e reportada no início do ano para cada elemento
	<input type="checkbox"/>	Outra: Descreva.

<b>Em particular o pessoal clínico</b>	<input type="checkbox"/>	Chave de imputação ao centro de custo (CC) de acordo com a actividade desenvolvida por cada elemento com base na informação das chefias entregue mensalmente ao serviço de RH
	<input type="checkbox"/>	Chave de imputação ao centro de custo (CC) de acordo com a actividade prevista e reportada no início do ano para cada elemento
	<input type="checkbox"/>	Outra: Descreva.

<b>Refira quando são alteradas as chaves de rateio do pessoal</b>	<input type="checkbox"/>	Mensalmente pela informação dada pelas chefias aos RH
	<input type="checkbox"/>	Imediatamente quando existem alterações de escalas nos diferentes serviços
	<input type="checkbox"/>	Outra: Descreva.

<b>Custo do fornecimento das refeições</b>		Às secções requisitantes, por n.º de refeições ponderadas
		Às secções requisitantes, por n.º de refeições reais prestadas por serviço
		Outra: Descreva.
<b>O custo de vigilância das instalações</b>		Proporcional aos custos directos das secções
		Área por m <sup>2</sup> ocupada pelos centros de custo
		Outra: Descreva.
<b>Os custos de administração</b>		Proporcional aos custos com pessoal directos das secções
		Proporcional aos custos directos das secções
		Outra: Descreva.
<b>O custo da lavandaria</b>		Às secções requisitantes por número de Kg de roupatratada
		Proporcional aos custos directos das secções
		Outra: Descreva.
<b>Consumos de energia e água</b>		Proporcional aos custos directos das secções



		Área por m <sup>2</sup> ocupada pelos centros de custo
		Outra: Descreva.
<b>Consumos de telefones</b>		Proporcional aos custos directos das secções
		Área por m <sup>2</sup> ocupada pelos centros de custo
		Outra: Descreva.
<b>O transporte de doentes</b>		N.º Km percorridos, por serviço requisitante
		Imputação directa quando serviço externo e imputado proporcionalmente aos km's por serviço requisitado quando interno
		Outra: Descreva.
<b>As amortizações / depreciações</b>		Imputados directamente de acordo com localização do bem
		Proporcional aos custos directos das secções
		Outra: Descreva.
<b>Os encargos sobre remunerações, seguros de acidentes de trabalho, férias, subsídio de férias e sub. Natal</b>		Os encargos, os seguros, as férias e subsídio de férias de acordo com a imputação que é efectuada para o pessoal directo. O Subsídio de Natal conforme a chave em vigor na data de pagamento.
		De acordo com a imputação que é efectuada para o pessoal directo no final do ano.

		Outra: Descreva.
<b>Os encargos com pensões</b>		Directamente para o centro de custo de não imputáveis
		Proporcional aos custos directos das secções
		Outra: Descreva. Imputado ao Centro de custo a que o trabalhador estava afecto antes da reforma.
<b>Encargos com aluguer das instalações</b>		Directamente para o centro de custo requisitante
		Proporcional aos custos directos das secções
		Outra: Descreva.
<b>Medicamentos</b>		Directamente para o centro de custo requisitante
		Directamente ao CC requisitante, mas existe informação dos consumos por doente (pelo menos em 80% do valor), existindo ligação entre os consumos e o sistema de inventário permanente
		Outra: Descreva.
<b>Outros consumíveis e mercadorias</b>		Directamente para o centro de custo requisitante
		Directamente ao CC requisitante, mas existe informação dos consumos por doente (pelo menos em 80% do valor), existindo ligação entre os consumos e o sistema de inventário permanente
		Outra: Descreva.

### Plano de Contabilidade Analítica - Custos Indirectos

Identifique qual a unidade de obra dos seguintes Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica (MCDT's):

Nota: Insira uma cruz na resposta adequada

<b>Anatomia patológica</b>	<input type="checkbox"/>	N.º de exames ponderados
	<input type="checkbox"/>	N.º de exames
	<input type="checkbox"/>	N.º de exames repartidos por tipo de exame de acordo com estudos específicos internos que permitiram desenvolver custos internos de apuramento por tipo de exame
<b>Patologia clínica</b>	<input type="checkbox"/>	N.º de análises ponderadas
	<input type="checkbox"/>	N.º de análises
	<input type="checkbox"/>	N.º de análises repartidos por tipo de exame de acordo com estudos específicos internos que permitiram desenvolver custos internos de apuramento por tipo de exame
<b>Imagiologia</b>	<input type="checkbox"/>	N.º de exames ponderados
	<input type="checkbox"/>	N.º de exames
	<input type="checkbox"/>	N.º de exames repartidos por tipo de exame de acordo com estudos específicos internos que permitiram desenvolver custos internos de apuramento por tipo de exame
<b>Imuno-hemoterapia</b>	<input type="checkbox"/>	N.º Transfusões Ponderadas

		N.º Transfusões.
		Outra: Descreva.

<b>Radioterapia</b>		N.º Tratamentos ponderados
		N.º Tratamentos
		Outra: Descreva.

<b>Medicina nuclear / Em geral as técnicas clínicas</b>		N.º de exames ponderados
		N.º de exames
		N.º de exames repartidos por tipo de exame de acordo com estudos específicos internos que permitiram desenvolver custos internos de apuramento por tipo de exame

**Quais as unidades de obra para os seguintes custos:**

Nota: Insira uma cruz na resposta adequada

<b>Bloco operatório</b>		N.º Intervenções Cirúrgicas
		N.º de intervenções cirúrgicas por tipo de acordo com estudos específicos internos que permitiram desenvolver custos internos de apuramento por tipo de intervenção
		Outra: Descreva.

<b>Consultas externas</b>	<input type="checkbox"/>	N.º consultas por especialidade
	<input type="checkbox"/>	N.º consultas por especialidade, diferenciando por 1ª, 2ª consulta e por estudos internos que permitam diferenciar por especialidade os custos por tipo de consulta
	<input type="checkbox"/>	Outra: Descreva.

### Plano de Contabilidade Analítica - Geral

Nota: Insira uma cruz na resposta adequada

Que limitações consideram existir no sistema de imputação de custos?	<input type="checkbox"/>	Descreva
--	--------------------------	----------

O Hospital consegue com base na contabilidade analítica ou fora dela apurar o custo por GDH?	<input type="checkbox"/>	Não. É impossível de momento chegar aos custos por GDH.
	<input type="checkbox"/>	Sim. Descreva como.

Relativamente ao hospital de dia quais os custos directos envolvidos e os custos indirectos?	<input type="checkbox"/>	Descreva
--	--------------------------	----------

É possível ao hospital determinar o custo unitário por sessão de quimioterapia? É possível obter os custos doente a doente e não apenas em média?	<input type="checkbox"/>	Não. Apenas se sabe o total e a estatística em número, logo apenas o valor médio.
	<input type="checkbox"/>	Sim. De momento o hospital imputa esses custos ao doente, o que lhe permite obter a informação doente a doente de forma rápida.

### Custeio baseado em actividades

Nota 1: Insira uma cruz na resposta adequada

Nota 2: Se o hospital não tiver desenvolvido um sistema de custeio baseado em actividades, não deve responder a estas questões.

<b>O sistema de custeio por actividades permite determinar o custo por GDH?</b>	<input type="checkbox"/>	Sim.
	<input type="checkbox"/>	Sim, mas com limitações. Descreva-as.
	<input type="checkbox"/>	Não.
<b>Se sim, como são imputados os custos directos e os custos indirectos?</b>		Descreva
<b>Os custos indirectos são imputados na mesma proporção a todos os GDH?</b>		Descreva
<b>Foi realizado algum estudo no hospital para comparar o valor recebido do SNS com o custo real incorrido pelo hospital?</b>		Descreva

## Anexo XV – Actividades hospitalares sem financiamento

Hospital	Actividades sem financiamento																Total
	Actividades fora da rede pública	Consultas Simultaneas	Consultas não Médicas	Ensino	Falta de Identificação do Financiador	Fisiatria	HIV	Hospital de Dia - Outros	INEM/VMER	Inovação / Investigação	Medicamentos em Ambulatório	Outros	Pensões	Produção Marginal	Sub-Financiamento	Transporte de Doentes	
Hospital Distrital de Águeda	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Hospital José Luciano de Castro - Anadia	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Centro Psiquiátrico de Recuperação de Arne	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Hospital Infante D. Pedro, E.P.E. - Aveiro	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	3
Hospital Santa Maria Maior, E.P.E. - Barcelos	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	1	0	4
Hospital do Litoral Alentejano - Santiago do C	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Hospital Arcebispo João Crisóstomo - Cantan	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Hospital Amato Lusitano - Castelo Branco	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	3
Centro Hospitalar do Alto Ave, E.P.E.	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	2	0	0	0	0	1	4
Centro Hospitalar Cova da Beira, E.P.E.	0	0	2	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	4
Centro Hospitalar de Coimbra, E.P.E.	0	0	3	0	0	0	1	0	0	6	1	0	0	0	0	1	12
Hospital do Espírito Santo - Évora, E.P.E.	1	0	2	0	0	1	0	1	0	1	1	0	0	0	0	0	7
Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espir	0	1	4	0	1	0	0	0	0	1	1	0	1	0	0	0	9
Centro Hospitalar Lisboa Ocidental, E.P.E.	0	0	4	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5
Centro Hospitalar do Médio Ave, E.P.E.	0	0	2	0	0	1	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0	6
Centro Hospitalar Póvoa do Varzim/Vila do C	0	0	1	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	3
Centro Hospitalar Setúbal, E.P.E.	0	0	0	2	0	0	0	1	0	1	0	1	0	0	0	0	5
Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto C	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Centro Hospitalar Tâmega e Sousa, E.P.E.	0	0	2	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	4
Hospital Visconde de Saureu - Estarreja	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	2
Hospital Distrital de Faro	1	0	3	0	1	0	1	0	0	10	0	0	0	0	0	0	16
Hospital S. Sebastião, E.P.E. - Vila da Feira	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	2
Hospital Distrital da Figueira da Foz, E.P.E.	0	0	2	0	0	1	0	1	1	0	1	0	1	0	0	0	8
Instituto Gama Pinto	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Hospital Central Julio de Matos	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	2
Hospital Professor Dr. Fernando da Fonseca,	2	1	3	0	1	1	0	0	0	6	1	0	0	0	0	1	16
Hospital Magalhães de Lemos	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	3
Hospital Rovisco Pais	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Hospitais Universidade de Coimbra, E.P.E.	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	2
Instituto Português Oncologia F. Gentil - Cen	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1
Instituto Português Oncologia F. Gentil - Lisb	0	0	0	1	0	0	0	0	2	0	1	0	0	0	3	0	7
Instituto Português Oncologia F. Gentil - Port	0	0	1	1	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	4
Hospital Joaquim Urbano	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
Hospital Santo André, E.P.E. - Leiria	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2
Maternidade Dr. Alfredo da Costa	0	0	2	0	0	0	0	1	0	0	2	0	0	0	0	1	6
Hospital Dr. Francisco Zagalo - Ovar	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Hospital do Barlavento Algarvio, E.P.E.	0	0	3	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	5	2	11
Hospital Distrital de Pombal	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Hospital Distrital de Santarém, E.P.E.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	2
Hospital Cândido de Figueiredo - Tondela	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Unidade Local de Saúde do Alto Minho, E.P.E.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, E.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Unidade Local de Saúde do Norte Alentejo E.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Hospital Nossa Senhora da Conceição - Valor	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	2
Hospital S. Teotónio, E.P.E. - Viseu	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5	0	0	0	0	0	1	6
Hospital Reynaldo dos Santos - Vila Franca de	0	0	0	0	0	0	0	2	0	1	0	0	0	0	0	0	3
Hospital São João E.P.E. - Porto	0	0	1	0	0	0	0	0	1	1	0	0	3	0	0	0	6
Unidade Local de Saúde de Matosinhos, E.P.E.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Unidade Local de Saúde da Guarda, E.P.E.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	2
Centro Hospitalar de Torres Vedras	0	0	2	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	5	0	9





**Anexo XVI – Exercício de Contraditório: ARS e HOSPITAIS**

**Respostas ao exercício de contraditório por parte das Administrações Regionais de Saúde e dos Hospitais do Serviço Nacional de Saúde**

Análise e Avaliação do Sistema de Pagamentos e de Formação de Preços Pagos aos Hospitais do Serviço Nacional de Saúde

312

---

EXIGO



21 de Julho de 2011

### **Condições de acesso ao documento**

O presente documento sistematiza e responde aos comentários decorrente do exercício de contraditório relativamente à auditoria orientada à análise e avaliação do sistema de pagamentos e de formação de preços pagos aos hospitais do Serviço Nacional de Saúde.

Este documento foi integralmente realizado pela Exigo. Foi desenvolvido de modo independente sem qualquer imposição ou condicionalismo sobre o seu desenho ou métodos. As opiniões expressas são fruto da análise e interpretação da Exigo e não reflectem necessariamente outros pontos de vista.

O direito à divulgação do conteúdo deste documento é matéria que diz respeito à Direcção-Geral do Tribunal de Contas, enquanto entidade financiadora.

## **XVI.1 Hospital Distrital da Figueira da Foz**

### **Comentários gerais**

O conselho de administração do Hospital Distrital da Figueira da Foz, EPE, informa que da análise do relato e do respectivo apenso referente à auditoria, não existe necessidade de proceder a qualquer alegação adicional sobre as conclusões, recomendações e análise de eficiência das unidades hospitalares do SNS.

## **XVI.2 Centro Hospitalar Lisboa Norte**

### **Comentários gerais**

O conselho de administração do Centro Hospitalar Lisboa Norte refere concordar na generalidade com as conclusões que são apresentadas no relatório, bem como com as recomendações que são sugeridas, pelo que entende não ter nenhum comentário adicional a fazer.

### XVI.3 Centro Hospitalar de Setúbal

#### Comentários gerais

O conselho de administração do Centro Hospitalar de Setúbal informa ter tomado conhecimento formal do relato e do apenso referente à auditoria e menciona que ambos os trabalhos são de alta qualidade técnica e meritórios dos maiores elogios que gentilmente subscreve na plenitude.

Q 0.1: O CH de Setúbal evidencia em 2009 ter registado um encargo não objecto de financiamento específico com medicamentos fornecidos em regime de ambulatório nas áreas de Oncologia e Infecçciologia, no valor de 6.262.341 euros, que não foi referenciado na página 212 do Apenso, ao tratar-se esta situação.

R 0.1: As respostas ao questionário enviado pelo CH de Setúbal (chs\_2009.xls) só referiam, na rubrica das actividades não financiadas pelo SNS: Formações Internas e Internos em formação; Serviço do Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM); "643 - Pensões", pagas á Cx. Previdência dos Empregados da Assistência. Assim sendo o valor referido não era do conhecimento da equipa de consultores externos.

## **XVI.4 Centro Hospitalar de Torres Vedras**

### **Comentários gerais**

O conselho de administração do Centro Hospitalar de Torres Vedras, no seguimento da apreciação do documento enviado pelo Tribunal de Contas, reforça as conclusões nele apresentado, mencionando

1. Um sistema de financiamento desajustado.
2. A existência de actividades que não são objecto de financiamento (medicamentos dispensados em ambulatório, meios complementares de diagnóstico e terapêutica, consultas externas não médicas).
3. A existência de financiamentos abaixo dos custos unitários determinados (doentes crónicos de Pneumologia, hospital de dia de Oncologia).
4. Uma contabilidade analítica insuficiente e a necessidade de implementação de um sistema de custeio baseado nas actividades.

No exercício do contraditório o CHTV não questionou ou identificou qualquer assunto relacionado com o relatório autónomo produzido pela Exigo.

## **XVI.5 Hospital Distrital de Anadia**

### **Comentários gerais**

O conselho de administração do Hospital José Luciano de Castro congratula o elevado nível técnico da auditoria, concordando com as recomendações feitas e completando-as com umas sugestões. No exercício do contraditório o HDA não questionou ou identificou qualquer assunto relacionado com o relatório autónomo produzido pela Exigo.

## XVI.6 Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa

### Comentários gerais

O conselho de administração do Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa manifesta o seu apreço pela qualidade da auditoria realizada, quer na vertente de tratamento de dados, quer pela pertinência das conclusões e recomendações formuladas. Contudo, o conselho de administração do CH Psiquiátrico de Lisboa considera que os valores dos índices de eficiência em apreço, registados pela instituição no internamento, se encontram inequivocamente enviesados mercê da formulação das variáveis de produção e de recursos utilizadas, subvertendo assim a comparação relativa entre indicadores de eficiência dos diversos hospitais.

Q 0.2: 1. No que diz respeito à produção, o conselho de administração do CH Psiquiátrico de Lisboa argumenta que a utilização dos seus recursos disponíveis não se esgota no internamento de doentes agudos cujos episódios geraram GDH, e assim sendo, circunscrever a variável de produção ao n.º de doentes saídos cujos episódios geraram GDH se afigura demasiado redutor.

R 0.2: Para os hospitais especializados, monotemáticos ou de pequena dimensão, que evidenciam este tipo de particularidades, realçamos o facto de terem sido feitas duas análises de eficiência, uma primeira numa amostra global, e uma segunda numa amostra restrita, com os seguintes argumentos, mencionados no apenso ao relato do Tribunal de Contas: A análise de eficiência económica com os dados atrás descritos não excluiu nenhum dos hospitais com informação disponível no ano de 2008. Contudo, poder-se-á argumentar que existem diferenças assinaláveis entre os vários hospitais que compõem o SNS. Em particular a inclusão na análise de DEA de hospitais muito específicos, por exemplo psiquiátricos ou IPO, ou de pequena dimensão, quando revelados eficientes, poderão enviesar a interpretação dos resultados, dado que servem de referência ao cálculo do índice de ineficiência dos restantes. Tendo em vista esta questão, foi decidido realizar uma segunda análise de eficiência económica, restringindo a amostra aos hospitais com centro de custo “Oncologia Médica”, e assim tornar a amostra eventualmente mais comparável como os IPO. Esta análise não se aplica obviamente aos hospitais psiquiátricos que foram excluídos na análise na perspectiva da amostra restrita. No caso particular do CH Psiquiátrico de Lisboa concorda-se com a questão colocada, devendo este facto ser encarado como uma limitação adicional da análise.

Q 0.3: No que diz respeito aos recursos, o conselho de administração do CH Psiquiátrico de Lisboa menciona que o facto da base de dados de elementos analíticos não permitir realizar o desdobramento do custo das horas extraordinárias dos profissionais identificados, se traduz numa evidente limitação da análise de eficiência económica.

R 0.3: Realçamos o facto de o apenso ao relato do Tribunal de Contas reflectir este assunto: *Foram consideradas somente as horas normais de trabalho devido ao facto de a BDEA, utilizada para o apuramento do preço médio por ano dos recursos humanos, não permitir fazer o desdobramento do custo das horas extraordinárias para médicos, enfermeiros e o outro pessoal. Importa salientar, então, que com a inclusão das horas extraordinárias trabalhadas, os resultados de eficiência económica apurados poderiam sofrer alterações, e que esta limitação deve ser considerada na interpretação dos resultados.*

Q 0.4: Ainda no que diz respeito aos recursos, o conselho de administração do CH Psiquiátrico de Lisboa argumenta que a instituição regista, no âmbito do regime convencionado, uma percentagem muito significativa de exames e análises que não se destinam a auxiliar a formulação de diagnósticos e tratamentos a doentes internados, o que pode levar à sobreavaliação do número misto de consumo de medicamentos e MCDT.

R 0.4: A análise de eficiência económica é encarada na óptica dos custos e da produção e não na do financiamento. Como a análise considera retornos de escala variáveis, então se a



afecção de recursos realizada pelo hospital (resposta ao inquérito) corresponder à produção constante da BDEA então a fonte de financiamento não influencia a estimativa dos índices de eficiência. Porém, se o tipo de produção realizada diferir consoante se trate do regime convencionado ou não, e os recursos afectados a essa mesma produção sejam diferentes em quantidade e qualidade dos restantes, então poder-se-á admitir esta fonte adicional de enviesamento. Deve ser clarificado que os MCDT utilizados na estimativa da eficiência do internamento do HPL foram aqueles que o hospital indicou para o internamento na BDEA e não os MCDT de outras linhas de produção, nomeadamente o ambulatório, os quais foram afectados à produção do ambulatório.

## XVI.7 Instituto de Oftalmologia Dr. Gama Pinto

### Comentários gerais

O conselho de administração do Instituto de Oftalmologia Dr. Gama Pinto refere que é a primeira vez que se depara com um estudo realizado sobre esta temática às unidades hospitalares do SNS com um tal nível de aprofundamento, complementando o com a menção de que:

1. Consideram importante para uma gestão eficiente a recomendação dada de criação de um índice nacional de eficiência económica dos hospitais do SNS, que sirva de referência à gestão hospitalar.
2. A gestão hospitalar deve ser coerente e, como tal, os planos de redução de despesa devem actuar sobre as ineficiências próprias de cada hospital e não, de uma forma cega, sobre determinadas rubricas em especial, onde em alguns hospitais poderá gerar constrangimentos graves levando a diminuição de produção e pondo em risco a adequação dos cuidados de saúde.
3. Consideram muito importante que a capacidade instalada dos hospitais do SNS, nomeadamente em meios complementares de diagnóstico e terapêutica seja bem gerida e aproveitada, podendo e devendo ser prioritariamente utilizada por este em termos de parcerias interinstitucionais, isto é, só depois de esgotada a sua capacidade se deve recorrer aos meios fora do SNS.
4. Nesta área há uma larga margem de emagrecimento da factura paga aos serviços externos ao SNS.
5. A exemplo do que está em implementação para os medicamentos – prescrição electrónica – a prescrição de meios complementares deveria ser também por via electrónica.
6. Muitas das ineficiências que se geram nas unidades hospitalares provêm da ausência de planeamento central ou regional das novas tecnologias de diagnóstico e terapêutica.

No exercício do contraditório o Instituto de Oftalmologia Dr. Gama Pinto não questionou ou identificou qualquer assunto relacionado com o relatório autónomo produzido pela Exigo

## **XVI.8 Centro Hospitalar Baixo Vouga**

### **Comentários gerais**

O conselho de administração do Hospital Infante D. Pedro, declara que, após leitura atenta e entusiasmada dos “valiosos” documentos, não regista qualquer apontamento que colida com o seu pensamento estratégico sobre a matéria – quer numa visão estritamente confinada à realidade micro do Hospital quer numa visão macro mais abrangente, nomeadamente no que respeita às preocupações com uma maior justiça e transparência no financiamento das estruturas hospitalares (página 58 de Relato) e consequentemente maior equidade na distribuição dos recursos.

## XVI.9 Hospital de Cantanhede

### Comentários gerais

O conselho de administração do Hospital Arcebispo João Crisóstomo de Cantanhede demonstrou a sua concordância no que concerne às conclusões e recomendações do relato de auditoria realizada.

Q 0.5: O conselho de administração do Hospital Arcebispo João Crisóstomo de Cantanhede refere que, no tocante à análise de eficiência das unidades hospitalares do SNS, foi incluído o Hospital Arcebispo João Crisóstomo na análise ao internamento (reportando ao ponto “4.8.1 Resultados - Amostra Global” – Figura 10 e 11) quando efectivamente o Hospital não dispõe de Serviço de Internamento desde Dezembro de 2005, uma vez que, com efeito, as actividades de internamento foram convertidas em unidades de cuidados continuados integrados, as quais são financiadas de forma autónoma.

R 0.5: No caso particular do Hospital de Cantanhede, efectivamente, a instituição só dispõe do serviço de cuidados continuados integrados. No entanto, na óptica da base de dados dos elementos analíticos, este serviço faz parte integral dos serviços clínicos de internamento. De outro lado, também na base de dados dos GDH, foram identificados doentes saídos do internamento. Sendo assim, na análise de eficiência da amostra global, o Hospital de Cantanhede não foi retirado.

## XVI.10 Centro Hospitalar de Leiria-Pombal

### Comentários gerais

O conselho de administração do Hospital Santo André de Leiria argumenta acompanhar, em geral, as conclusões e recomendações constantes do Relato.

Q 0.6: O conselho de administração do Hospital Santo André de Leiria alerta que no quadro 9 (comparação entre custos unitários e os preços fixados no CP Ano 2007) se refere que o Hospital tem um custo unitário (SCAH) de 18.017,02 euros para a linha de produção “Serviço Domiciliário”. Verificados os registos, concluiu-se que tal valor decorre de lapso, dado que esse valor corresponde ao custo total, pelo que, considerando um total de 869 visitas domiciliárias realizadas, o custo unitário efectivo é de 20,73 euros.

R 0.6: Após confirmação da informação cedida pela ACSS relativa aos custos apurados pelo SCAH refere-se que os valores descritos no relatório são efectivamente os valores recebidos, custo unitário de 18.017,02 euros para a linha de produção “Serviço Domiciliário”. Deixa-se à consideração do Tribunal de Contas a alteração no relatório do valor do custo unitário efectivo de 20,73 euros na linha de produção “Serviço Domiciliário” indicado pelo CH Leiria – Pombal.

## XVI.11 Centro Hospitalar Nordeste

### Comentários gerais

O conselho de administração do CH Nordeste, EPE, refere que o relatório da auditoria mereceu cuidada análise, dada a pertinência do estudo, bem como o rigor com que foi desenvolvido, para além do facto de se tratar de uma área chave da gestão hospitalar algo carente de aprofundados e rigorosos estudos

Q 0.7: O conselho de administração do CH Nordeste, EPE, alega que o relatório não discrimina positivamente as Unidades Hospitalares, em aspectos relevantes e com impacto significativo na eficiência das mesmas, como são os aspectos demográficos, estruturais, sociais, culturais e políticos - condicionantes que não permitem a hospitais do interior do país atingir níveis de eficiências semelhantes aos de instituições do litoral.

R 0.7: A análise de eficiência económica constante do relatório autónomo foi desenhada para identificar o nível de eficiência económica (custo, técnica, preço, afectação) e não contemplou a análise dos determinantes dessa mesma eficiência, isto é, os factores que podem estar associados e de algum modo explicar os níveis de ineficiência encontrados. Concorde-se com a menção à necessidade de realização de tal estudo, no entanto consideramos que os constrangimentos e contexto operacional de cada hospital não devem fazer parte do processo de ajuste da produção, e serem integrados na análise DEA, porque os mesmos encerram juízos de valor de natureza social e política que não devem nortear a análise de natureza eminentemente técnica. Estes juízos de valor devem ser considerados na explicação dos determinantes da ineficiência e na interpretação dos resultados por parte do Ministério da Saúde.

Q 0.8: O conselho de administração do CH Nordeste, EPE, refere também que as características da generalidade dos hospitais do interior do país condicionam a sua eficiência de preço, na medida em que a escassez de atractividade dos profissionais médicos, por parte destas instituições, obriga à prática de valores remuneratórios mais elevados do que nos hospitais mais atractivos do litoral.

R 0.8: Existem várias explicações possíveis para as diferenças de eficiência económica entre as dirigentes unidades hospitalares do SNS. Admite-se que esta possa ser uma delas. Porém, não foi realizada qualquer análise formal que permita averiguar esta explicação do CHN

Q 0.9: O conselho de administração do CH Nordeste, EPE, argumenta ainda que o presente relatório apresenta conclusões algo contraditórias com outros estudos anteriores, embora mais simples mas de interpretação mais acessível, nomeadamente com as conclusões apresentadas no Processo 20/10 – audit do Tribunal de Contas.

R 0.9: A equipa de consultores externos desconhece os elementos e as conclusões do processo 20/10, relacionado com a auditoria ao sistema remuneratório dos gestores hospitalares e aos princípios e boas práticas de governação dos hospitais EPE, pelo que não se pode pronunciar em relação às alegadas contradições. O indicador de performance dos hospitais “Custo unitário por doente padrão” mencionado pelo CHN não é comparável com os indicadores de eficiência económica do relatório autónomo da autoria da Exigo/CEAUL, nem consubstancia um indicador de eficiência económica comumente referido na literatura respectiva.

Q 0.10: O conselho de administração do CH Nordeste, EPE, considera, finalmente, que o estudo, embora muito pertinente na análise da eficiência, i.e. na componente de custos (unitários por GDH), não alarga com tanto detalhe a abordagem aos resultados económicos (custos versus proveitos), o que conduziria à análise de alguns aspectos importantes, tal como questionar a adequação do actual sistema de financiamento, nomeadamente, nos critérios utilizados nos últimos anos, para inclusão das Unidades Hospitalares nos diferentes grupos de financiamento. Do mesmo modo, levantam-se dúvidas nos critérios utilizados para atribuição dos valores de convergência e de incentivos institucionais, que beneficia “virtualmente” a

obtenção de melhores resultados por parte de determinadas Instituições Hospitalares.

R 0.10: Estes tópicos apesar de serem muito relevantes para a actividade dos hospitais não estavam contemplados no relatório autónomo pelo que não serão tecidos comentários.

## XVI.12 Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio

### Comentários gerais

Q 0.11: O conselho de administração do CH Barlavento Algarvio menciona que a análise de eficiência na óptica de Input, poderia ser complementado por uma análise de eficiência na óptica de Output, onde se identifica uma instituição tecnicamente ineficiente se não maximizar os seus outputs, dados os inputs empregues.

R 0.11: A análise de eficiência foi executada na óptica de Input, porque, embora reconhecemos que em certas instituições há limitações legais que nem sempre permitem a devida flexibilidade na contratação ou afectação dos recursos dos hospitais, e dificultam as instituições de funcionar de maneiras mais eficientes, também se pode admitir que em muitas situações é ainda mais difícil controlar a produção, devida à incerteza associada à procura de cuidados de saúde e a sua natureza aleatória no caso de não haver listas de espera. Uma análise na óptica de Output, também tendo o seu mérito, provavelmente, em termos de índices de eficiências, não iria determinar resultados significativamente diferentes do que os obtidos através da análise na óptica de Input.

Q 0.12: Verifica-se que as actividades não financiadas apresentadas pelo CHBA no exercício de contraditório são em maior número do que as actividades indicadas no inquérito realizado durante a auditoria.

R 0.12: Deixa-se à consideração do Tribunal de Contas a actualização em relatório do número de actividades não financiadas do CHBA



## XVI.13 Hospital de Santarém

### Comentários gerais

Q 0.13: O conselho de administração do Hospital de Santarém manifesta alguma dificuldade de análise dos resultados de eficiência dos hospitais, desconhecendo as regras e a matriz de cálculos, que permitam a comparabilidade de hospitais tão díspares como, por exemplo o Centro Hospitalar Lisboa Norte, o Hospital de Estarreja, o Hospital de Peniche, o Hospital de Santarém, o Hospital de Anadia, os IPOs e o Hospital do Montijo

R 0.13: O capítulo da análise de eficiência económica pretendeu ser suficientemente descritivo relativamente aos métodos e pressupostos assumidos, pelo que se considera não haver lugar a explicações adicionais relativamente aos cálculos efectuados neste capítulo. A questão da comparabilidade entre as diferentes unidades é uma questão recorrente tendo sido discutida substancialmente no relatório autónomo, bem como devidamente explicados os pressupostos utilizados na análise de eficiência para ajustar a produção aos resultados de saúde, à complexidade inerente aos cuidados prestados e à escala de operação das diferentes unidades hospitalares. No caso particular do comentário do Hospital de Santarém, refere-se ainda o facto de ter sido feito uma análise com retornos variáveis de escala, em que se presume que num hospital de pequena dimensão, ao acrescentar, por exemplo, um médico ao serviço, o retorno em termos de produção possa ser mais do que proporcional. O mesmo pode já não acontecer nas instituições com maior dimensão. No caso particular do comentário do Hospital de Santarém, num universo mais simplificado em que há dois hospitais diferentes só na dimensão em que funcionam, com o hospital de menor dimensão a tratar 20 doentes iguais por dia, com um total de 5 médicos, e o hospital de maior dimensão a tratar 200 doentes iguais por dia, com um total de 100 médicos, percebe-se facilmente que o hospital de menor dimensão é mais eficiente, tratando em média 4 doentes por médico por dia, enquanto o hospital de maior dimensão trata em média 2 doentes por médico por dia, assim, por exemplo, diminuindo a importância da incomparabilidade da dimensão de funcionamento dos hospitais. Apesar destas explicações, as limitações reconhecidas pela equipa de investigação no relatório autónomo, quer à comparabilidade e fiabilidade dos dados, quer dos resultados de eficiência, devem ser equacionadas na interpretação dos resultados das várias análises e em particular da análise de eficiência económica.

## XVI.14 Hospital do Espírito Santo - Évora

### Comentários gerais

Q 0.14: A Unidade de radioterapia do Hospital Espírito Santo EPE iniciou apenas funções em Setembro de 2009 e até esta data toda a produção relativa a esta valência era subcontratada e os custos unitários indicados no quadro 10 do Relato, relativos à Radioterapia, têm por base a contabilidade analítica celebrada anualmente e o valor apurado diz respeito ao custo médio anual não existindo diferenciação entre actividade subcontratada e produção interna.

R 0.14: Deixa-se à consideração do Tribunal de Contas a inclusão desta informação no relato que à data de elaboração do relatório era desconhecida. Sugere-se que esta informação fique como nota de roda pé da tabela 10 do relato.

Q 0.15: O conselho de administração do Hospital do Espírito Santo argumenta que os indicadores de eficiência apurados devem ser alvo de análise cuidada uma vez que são desconsiderados factores deterministas dos custos unitários, como o são os custos de estrutura associados aos perfis ou níveis de diferenciação do hospital – em particular ao nível da urgência – e as características demográficas da região

R 0.15: Relativamente aos factores determinantes dos índices de eficiência, reafirmamos que a análise de eficiência económica constante do relatório autónomo foi desenhada para identificar o nível de eficiência económica (custo, técnica, preço, afectação) e não contemplou a análise dos determinantes dessa mesma eficiência, isto é, os factores que podem estar associados e de algum modo explicar os níveis de ineficiência encontrados. Concorde-se com a menção à necessidade de realização de tal estudo, no entanto consideramos que os constrangimentos e contexto operacional de cada hospital não devem fazer parte do processo de ajuste da produção, e serem integrados na análise DEA, porque os mesmos encerram juízos de valor de natureza social e política que não devem nortear a análise de natureza eminentemente técnica. Estes juízos de valor devem ser considerados na explicação dos determinantes da ineficiência e na interpretação dos resultados por parte do Ministério da Saúde.

Relativamente ao caso particular da urgência reafirmamos a explicação dada ao CHLC e que nos parece dentro do mesmo âmbito da questão suscitada pelo hospital do Espírito Santo (Évora). Assim, a equipa de investigação considerou várias alternativas de ajuste da produção da urgência às características dos hospitais, entre elas a utilização dos ICM do ambulatório médico ou cirúrgico ou o grupo de financiamento. Como foi referido no relatório autónomo o ajustamento para a produção da urgência não foi realizado baseado no pressuposto de que a produção da urgência nem sempre está relacionada com a complexidade clínica do hospital. A decisão da equipa de investigação é subjectiva e não foi assente numa análise formal, mas sim na opinião da equipa de investigação de que o ICM do ambulatório não é necessariamente um bom ajustador para a urgência, uma vez que é calculado com base nos pesos relativos dos respectivos GDH (cirúrgicos e médicos), e estes calculados a partir dos preços fixados nas tabelas de GDH. O agrupamento de hospitais para efeito de financiamento também não se vislumbrou como um bom ajustador uma vez que esta classificação está relacionada com dimensão e complexidade global do hospital e não necessariamente com produção qualitativa da urgência. Assim sendo, foi considerado inadequado ajustar a produção da urgência face à inexistência de dados que permitissem relacionar directamente esta linha de produção aos resultados de saúde da população servida e/ou à complexidade dos procedimentos realizados na urgência. No entanto considera-se muito válida e pertinente a crítica do CHLC. Com base no conhecimento dos dados disponíveis não se antevê uma solução analítica diferente da adoptada pelo que se sugere ao Tribunal de Contas que deve constar uma nota adicional no relatório autónomo e relato de auditoria a alertar para a possibilidade dos índices de

eficiência económica do ambulatório poderem estar enviesados pela ausência de ajuste da produção da urgência, bem como uma recomendação adicional para que o Ministério da Saúde providencie a elaboração de um indicador que permita colmatar esta limitação em futuras análises de eficiência económica.

## **XVI.15 Hospital do Litoral Alentejano**

### **Comentários gerais**

O Hospital do Litoral Alentejano de um modo geral concorda com as conclusões apresentadas. No exercício do contraditório este Hospital não questionou ou identificou qualquer assunto relacionado com o relatório autónomo produzido pela Exigo.

## **XVI.16 Centro Hospitalar da Póvoa do Varzim / Vila do Conde**

### **Comentários gerais**

No exercício do contraditório este Hospital não levantou qualquer questão relacionada com o relatório autónomo produzido pela Exigo. No entanto, não deixou de tecer algumas considerações relativas à utilização do Contrato Programa como instrumento não negligenciável com possíveis repercussões ao nível do financiamento da linha de actividade relacionada com o Serviço de Urgência por capitação, contratualização do índice case mix e utilização do indicador de demora média para especialidades cirúrgicas.

## **XVI.17 Administração Regional de Saúde do Alentejo**

### **Comentários gerais**

No exercício do contraditório a ARS do Alentejo não levantou qualquer questão relacionada com o relatório autónomo produzido pela Exigo. Deixou informação complementar ao ponto 4.6.1 do Relato que, no âmbito das atribuições da ARS em matéria de contratação de produção com os Hospitais da região e no que respeita ao levantamento das necessidades de saúde da população, além da fonte de informação ter origem nas listas de espera para as primeiras consultas e para as primeiras cirurgia programadas, a ARS do Alentejo definiu o perfil de saúde da população da Região do Alentejo e tem disponível essa informação no *site* Institucional. Complementa também o ponto 4.7.2.4 do mesmo Relato com a informação de que a Unidade de radioterapia do Hospital Espírito Santo, EPE iniciou apenas funções em Setembro de 2009.

## XVI.18 IPO Porto

### Comentários gerais

No exercício do contraditório o IPO Porto não levantou qualquer questão relacionada com o relatório autónomo produzido pela Exigo. Deixou apenas um comentário relativo ao ponto 4.7.2.4 O caso Particular da radioterapia, que não consideram como ser do exercício de contraditório.

Q 0.16: “É referido neste ponto [4.7.2.4] que “..no IPO do Porto o valor supera em cerca de 2,5 vezes o valor do custo médio da produção, por sessão de radioterapia produzida nas unidades.” A radioterapia é uma técnica cujo custo principal advém das amortizações do investimento em equipamento. Nesse sentido, o preço referido no estudo apresentado, relativo ao ano de 2009 não contempla o valor da componente das amortizações, uma vez que os equipamentos afectos nesse ano à actividade já estavam totalmente amortizados. Adicionalmente, existem um conjunto de actividades não financiadas, como a formação de profissionais e a investigação que também não contribuem para o cálculo do custo médio unitário apresentado.”

R 0.16: A Exigo considera que esta informação não deve ser considerada no Relatório.

## **XVI.19 Hospital de Faro**

### **Comentários gerais**

No exercício do contraditório o Hospital de Faro não levantou qualquer questão relacionada com o relatório autónomo produzido pela Exigo. Apresentou informações/ observações que considera relevantes:

Q 0.17: No que diz respeito ao alegado sobre financiamento das sessões de radioterapia o custo unitário indicado (apenas o valor da sessão) não incorpora a despesa assegurada com o transporte dos utentes que deles beneficiam, os quais, por força da sua situação clínica, carecem, na sua maioria, de deslocação em ambulância, facto que onera substancialmente os tratamentos em referência e influencia os valores finais da despesa.

R 0.17: Consideramos que o custo de transporte não deve ser incluído no custo unitário da sessão de radioterapia.



## **XVI.20      Unidade Loca de Saúde da Guarda**

### **Comentários gerais**

No exercício do contraditório a ULS da Guarda não levantou qualquer questão relacionada com o relatório autónomo produzido pela Exigo. Reconhece a importância e pertinência do tema e saúda a realização do presente estudo que considera que em muito contribui para a identificação de falhas e sua correção. Apresenta apreciações/comentários que pretendem essencialmente salientar o caminho que já foi trilhado pela Instituição, no sentido de ultrapassar algumas das falhas referidas no Relatório de Auditoria, nos anos de 2007, 2008 e 2009, mas que ao longo do ano de 2010 foram sendo corrigidas.

## **XVI.21 Hospital Curry Cabral**

### **Comentários gerais**

No exercício do contraditório o Hospital Curry Cabral face aos resultados apresentados da análise de eficiência, informa que nos “dados reportados ao TC, foi utilizada a alocação de recursos que consta da Base de Dados da Gestão de Recursos Humanos, a qual não reflecte, de modo algum, a repartição da carga horária dos médicos e dos outros profissionais pelas actividades onde efectivamente são utilizadas” e fornece novos dados solicitando nova análise de eficiência.

Por solicitação do Tribunal de Contas (TC) foi realizada uma nova análise de eficiência tendo em conta os novos dados fornecidos pelo Hospital Curry Cabral no exercício do contraditório. Posteriormente foi solicitado pelo TC que a nova análise de eficiência fosse incorporada numa nova versão do relatório autónomo, substituindo os resultados apresentados no capítulo 8 do relatório autónomo, apresentado no exercício de Contraditório, pelos novos resultados.

## XVI.22 Centro Hospitalar Cova da Beira

### Comentários gerais

No exercício do contraditório o Centro Hospitalar da Cova da Beira (CHCB) não levantou qualquer questão relacionada com o relatório autónomo produzido pela Exigo. O concelho de Administração do CHCB acolhe as recomendações constantes do relato de auditoria e compromete-se na sua implementação tão rápido quanto possível e com os meios disponíveis de momento. Ao longo do exercício de contraditório este CH justifica os resultados apresentados no relato e as medidas que tem tomado para a melhoria dos mesmos, apresentando no anexo do exercício do contraditório diversos quadros de resultados e o plano de redução da despesa do CHCB.

Q 0.18: Verifica-se que as actividades não financiadas apresentadas pelo CHCB no exercício de contraditório são em maior número do que as actividades indicadas no inquérito realizado durante a auditoria.

R 0.18: Deixa-se à consideração do Tribunal de Contas a actualização em relatório do número de actividades não financiadas do CHCB.

## XVI.23 Centro Hospitalar do Médio Tejo

### Comentários gerais

No exercício do contraditório o Centro Hospitalar do Médio Tejo concorda com as limitações apresentadas no relato ao dizer que “salienta que todas as limitações apontadas no relato da auditoria vão subscritas por este Cento Hospitalar”.

Através de um exercício em que compara os preços unitários do Contrato Programa (CP) com os custos apurados a partir da contabilidade analítica de 2010 procura mostrar que, para além de não ser possível para todas a rubricas estimar custos unitários, em algumas linhas de produção existe sub-financiamento. Acrescenta que a redução no CP de 2011 do preço unitário de todas as linhas de produção só agrava as situações de sub-financiamento. Destaca novamente algumas das actividades não financiadas já mencionadas no inquérito realizado na fase de auditoria.

Q 0.19: Sugestão (GDH Internamento): “ Seria possível obter o custo do GDH num sistema que passasse pela imputação directa a cada doente e não a cada centro de custo, agrupando os doentes e respectivos custos em função do GDH, e, conseqüentemente, determinando um Custo medo de cada GDH.”

R 0.19: Concordamos com a sugestão apresentada pelo CHMT

## **XVI.24 Centro hospitalar Entre Douro e Vouga**

### **Comentários gerais**

O Centro hospitalar Entre Douro e Vouga (CHVD) manifestou a sua concordância na generalidade com a avaliação realizada e em particular com as conclusões do relato nos que diz respeito ao sistema de financiamento e às fragilidades identificadas na informação da contabilidade analítica. No exercício do contraditório o CHVD não questionou ou identificou qualquer assunto relacionado com o relatório autónomo produzido pela Exigo.

## XVI.25 Centro hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho

### Comentários gerais

O Centro hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho (CHVNG) identificou um conjunto de tópicos abordados na auditoria em questão, reformulando algumas das ideias presentes quer no relato quer no relatório autónomo. Nos tópicos identificados o CHVNG concorda e reforça a conclusão do relatório autónomo e, em particular, reconhece que o actual modelo de financiamento limita a incorporação de tecnologias de saúde inovadoras, como havia sido identificado no relatório da responsabilidade da EXIGO / CEAUL.

Q 0.20: “Não foi divulgada qualquer discussão metodológica quanto aos constrangimentos e limitações do estudo que suporta a presente auditoria....entende-se...que a actual contabilidade continua a apresentar fragilidades e que é premente desenvolver um sistema de custeio enquanto instrumento para a definição de preço em consonância com as melhores práticas clínicas.”

R 0.20: A discussão metodológica relativamente aos constrangimentos e limitações identificada pelo CHVNG diz respeito aos dados da contabilidade analítica e sua utilização para efeitos de comparação entre unidades do SNS. Este comentário parece-nos desajustado considerando que foram realizadas análises específicas sobre se as metodologias de custeio utilizadas pelos hospitais garantem a fiabilidade da informação produzida pela contabilidade analítica (capítulo 5.3 relatório autónomo), sobre se as metodologias de custeio utilizadas pelos hospitais são comparáveis entre diferentes unidades hospitalares (capítulo 5.4 relatório autónomo), havendo inclusive um capítulo que discute as várias limitações dos métodos de imputação de custos preconizados pelo PCAH e aqueles utilizados pelo grupo restrito de hospitais visitados, aquando dos trabalhos de campo (capítulo 5.5 relatório autónomo). Para qualquer uma destas áreas foram discutidos os constrangimentos, limitações e implicações, havendo várias conclusões e recomendações, como por exemplo a impossibilidade de apuramento do custo por doente e dos métodos de custeio subjacentes a esta impossibilidade, ou a recomendação de melhoramento do PCAH (página 100). Adicionalmente, sempre que os dados da contabilidade analítica foram utilizados na avaliação dos restantes objectivos estabelecidos na auditoria do Tribunal de Contas, como por exemplo na análise de eficiência dos hospitais, houve o cuidado de alertar para as limitações na interpretação dos resultados à luz das metodologias analíticas escolhidas pela equipa de auditores externos. Assim sendo, não se concorda com este comentário dado que os assuntos referidos foram amplamente identificados e comentados.

Q 0.21: “Num contexto de fortes fragilidades na imputação dos custos e na formação dos preços, as comparações entre custos e proveitos não são fiáveis.”

R 0.21: Concorde-se com esta afirmação. Aliás, esta foi precisamente uma das conclusões principais da avaliação dos consultores externos no capítulo “ A contabilidade dos hospitais” (páginas 12, 16, 100). Recorde-se que a análise sobre se as metodologias de custeio utilizadas pelos hospitais garantem a fiabilidade da informação produzida pela contabilidade analítica foi um dos objectivos fixados pelo Tribunal de Contas para a auditoria em questão. Acreditamos que neste aspecto a análise efectuada pelos auditores externos é suficiente para responder ao objectivo fixado pelo TC, permitindo inclusive estabelecer a ordenação dos hospitais de acordo com um índice de fiabilidade (tabela 5.2 do relatório autónomo), quantificável, sustentado numa metodologia objectiva de cálculo (página 106), bem como estabelecer a fiabilidade da informação produzida pela contabilidade analítica por linha de produção (tabela 5.3 do relatório autónomo).

Q 0.22: “Os hospitais com sistema de custeio por actividades em implementação não são

representativos das instituições do SNS”

R 0.22: Esta constatação está devidamente reflectida nas conclusões do relatório dos consultores externos (páginas 13, 17, 126, 129). Concorda-se com a mesma.

Q 0.23: “Sempre que possível, deverá ser privilegiado o método directo de imputação dos custos aos doentes.”

R 0.23: O alerta para a impossibilidade de apuramento do custo por doente (recursos humanos e materiais consumidos) na maioria dos hospitais analisados foi devidamente identificado nas conclusões do relatório autónomo (Página 100). As limitações decorrentes desta impossibilidade são discutidas nas páginas 104, 117 e 121.

## XVI.26 Instituto Português de Oncologia de Lisboa

### Comentários gerais

No seu exercício de contraditório o Instituto Português de Oncologia de Lisboa (IPOL) concorda genericamente com as conclusões do relato de auditoria, no entanto o IPOL levanta um conjunto de questões relativamente à análise de eficiência e em particular à metodologia utilizada.

Q 0.24: “Sendo um estudo quantitativo e tanto quanto parece bastante robusto do ponto de vista estatístico, não considera alguns factores qualitativos e de eficiência...por exemplo os indicadores de qualidade e eficiência que são parte integrante do contrato-programa...”

R 0.24: Efectivamente a análise da eficiência económica poderia ter considerado outros indicadores alternativos para ajustar a produção aos resultados de saúde (morbi-mortalidade) da população servida pelos hospitais. O processo de ajuste foi equacionado com o objectivo de tornar a produção mais comparável face aos cuidados necessários e face aos resultados de saúde decorrentes. As opções da equipa de investigação na selecção de indicadores para ajustar a produção foram norteadas pelos seguintes pressupostos. Os indicadores serem abrangentes o suficiente para não dependerem das regiões em que os hospitais estão inseridos. Os indicadores serem o mais relacionado possível com a mortalidade ou morbidade gerais ou específicas por causa. A informação relativa aos indicadores estar disponível para todos os hospitais em avaliação.

Neste sentido, em relação à análise de eficiência do internamento, foram considerados dois tipos de ajustamento. O número de doentes saídos do internamento (produção) foi ajustado pelo índice de case mix para tornar os hospitais mais comparáveis face à necessidade de saúde que gerou o internamento. A taxa de mortalidade intra-hospitalar foi utilizada para ajustar a produção pelo resultado de saúde mais imediato e fácil de medir. No que diz respeito à análise de eficiência dos serviços clínicos de ambulatório, considerou-se um processo de ajuste diferente de acordo com as múltiplas linhas de produção. Não foi possível encontrar dentro das limitações de tempo e dados disponíveis, nenhum indicador que permitisse aferir os resultados de saúde decorrentes da produção de cuidados de saúde no ambulatório dos hospitais, pelo que a opção foi tornar a produção mais homogénea apenas com recurso ao ajuste para a necessidade de cuidados. No hospital de dia, optou-se por considerar o número de doentes tratados, ajustado pelo índice de case-mix dos GDH médicos do ambulatório. A produção da consulta externa foi dividida no número de primeiras consultas e no número de consultas subsequentes, ambos ajustados pelo índice de case-mix dos GDH médicos do ambulatório. Para a urgência, foi considerado o número de doentes atendidos, sem ajustamento adicional, baseado no pressuposto de que a produção da urgência nem sempre está relacionada com a complexidade clínica do hospital. Na cirurgia do ambulatório considerou-se o número de cirurgias, ajustado pelo índice de case-mix dos GDH cirúrgicos do ambulatório.

Reconhece-se que a maioria dos hospitais oriente a sua produção para os objectivos nacionais que são fixados nos contratos de programa, entre os quais se incluem indicadores de qualidade e serviço, acesso, desempenho assistencial, desempenho económico/financeiro e para os objectivos regionais: Norte – Infecção hospitalar, doentes padrão e tempo médico; Coimbra – Prescrição electrónica de medicamento, Lista de espera para 1<sup>as</sup> consultas; Lisboa – Produção de 1<sup>as</sup> consultas, tempo de espera, lista de inscritos para cirurgia; Alentejo – Custos unitários, medicamentos hospitalares de cedência no ambulatório, teleconsultas, utilização



do internamento e urgência hospitalar; Algarve - Produção de 1<sup>as</sup> consultas, referenciação de doentes, produção cirúrgica do ambulatório.

Como se pode constatar dos objectivos nacionais determinados pelo Ministério da Saúde para os Hospitais, Centros Hospitalares e IPO do SNS poucos são orientados para os resultados de saúde decorrentes da prestação de cuidados hospitalares, com excepção da taxa de reinternamentos nos primeiros cinco dias, a qual se pode encarar como um indicador indirecto relacionado com a morbilidade e/ou mortalidade. Os restantes objectivos, apesar de meritórios, não estão necessariamente relacionados com o estado de saúde.

Assim sendo, concorda-se na generalidade com este comentário do IPOL e com a necessidade do processo de ajuste deve ser o mais abrangente possível, no entanto como foi explicado os objectivos nacionais e regionais constantes dos contratos de programa não constituem necessariamente indicadores validos para ajustar a produção aos resultados de saúde decorrentes dos cuidados prestados. Aliás, esta constatação esteve na origem da recomendação realizada pela equipa de investigação no sentido de que o “Ministério da Saúde deverá promover um projecto de investigação com o objectivo de identificar indicadores de medição de resultados de saúde nas populações servidas pelos hospitais do SNS. Estes indicadores deverão incluir aspectos relacionados com a mortalidade e a morbilidade intra-hospitalar e extra-hospitalar, qualidade de vida e necessidades de saúde. A existência destes indicadores no futuro permitirá uma avaliação do desempenho económico mais robusta e comparável entre as diferentes instituições hospitalares.” Relatório dos consultores externos (página 167).

Q 0.25: “..parece fazer algum sentido que o estudo pudesse revelar de forma diferente os níveis de especialização dos diversos hospitais e de complexidade dos tratamentos efectuados...embora se tenham tido em conta no estudo os diversos ajustamentos descritos na metodologia...”

R 0.25: Os trabalhos de assessoria ao Tribunal de Contas por parte da equipa de auditores externos foram realizados com perfeita consciência das particularidades de cada hospital e em concreto dos diferentes níveis de especialização, tal como reconhecido no relatório autónomo (páginas 18, 167, 179). Foram também realizadas várias advertências relativamente à cautela necessária na interpretação dos resultados por força das várias fontes de heterogeneidade nos dados e respectiva comparabilidade. Em particular, foi realizada uma sub-análise de eficiência económica incluindo apenas os hospitais com centro de custo “Oncologia Médica”, com o objectivo de tornar a amostra eventualmente mais comparável como os IPO. Assim, reconhece-se como validos os argumentos do IPOL como válidos. Contudo, face a algumas das limitações já enunciadas não se vislumbra alternativa de análise que permita incluir os IPO na análise de eficiência.

Q 0.26: “na linha do internamento, na amostra Global (página 238 do Apenso), onde o índice de eficiência técnica do IPOL é de 0,69, são apresentados como hospitais de referência o CH Alto Alentejo. O CH Cova da Beira e H Estarreja. Sem por em causa a qualidade do tratamento estatístico dos respectivos dados, dificilmente estes hospitais podem ser comparados com o IPOL se considerarmos a dimensão, complexidade e diferenciação respectivas.”

R 0.26: Em relação a este comentário considera-se que sub-análise de eficiência económica incluindo apenas os hospitais com centro de custo “Oncologia Médica” foi a forma encontrada para esbater algumas das diferenças, mas admite-se que não seja suficiente. Sugere-se que a interpretação dos resultados de eficiência económica relativos aos hospitais de maior especialização técnica seja efectuada tendo em conta as limitações descritas no relatório autónomo.

Q 0.27: “O mesmo se verifica quando passamos à amostra restrita, onde o IPOL mantém uma eficiência técnica de 0,69 e os mesmos hospitais de referência, com excepção do H Estarreja que é substituído pelo H Caldas da Rainha.” “Só assim se pode compreender que nas projecções de fronteira de eficiência do internamento... o IPOL teria que reduzir 30% nos recursos humanos e 60% nos medicamentos /MCDT...o que se revela perfeitamente desajustado do perfil e responsabilidade que este hospital detém dentro do SNS pondo em causa a sua missão que é a prestação de cuidados de saúde.”

R 0.27: Mantém-se a explicação da questão anterior.

Q 0.28: No que se refere à linha do Ambulatório...onde o IPOL apresenta um índice de eficiência técnica de apenas 0,52 são hospitais de referência o H Anadia, o CH Porto e o CH Vale do Sousa....não passíveis de comparação com o IPOL, com a agravante de o primeiro hospital indicado representar 70% na fronteira de referência.”

R 0.28: Mantém-se a explicação da questão anterior.

Q 0.29: “Quando se passa para a Amostra restrita, onde o IPOL apresenta uma eficiência de 0,87, apresentam-se como referência o IPO Coimbra, comparável na complexidade mas não na dimensão, e de novo hospitais que não podem constituir referência como o H Litoral Alentejano ou H Castelo Branco.” “O atrás referido...para ser eficiente o IPOL teria que reduzir cerca de 30% nos recursos humanos e 60% nos medicamentos/MCDT, em ambas as amostras...O mesmo se passa.. no ambulatório....”

R 0.29: O facto da eficiência do hospital ter aumentado de 0,52 para 0,87 permite verificar da adequabilidade da análise considerando a amostra restrita no que diz respeito aos IPO e da robustez das conclusões possíveis para uma e outra amostra. Relativamente à questão da comparabilidade do IPOL com o IPOC, não se concorda com a menção à diferença de dimensão de ambos os hospitais, uma vez que a análise de eficiência económica teve em conta os retornos variáveis de escala. Os índices de eficiência de ambas as instituições, de acordo com o pressuposto de retornos de escala, podem ser consultados nas figuras 8.7 (pagina 182) e 8.8 (página 183) do relatório autónomo. Como se pode verificar as diferenças nos valores do índice de eficiência e a ordenação dos dois IPOs não é afectada por este pressuposto. Este facto sugere que a referência à falta de comparabilidade entre o IPOC e o IPOL não tem fundamento nos dados analisados, nem no método seleccionado para a realização da análise de eficiência económica.

## **XVI.27 Centro hospitalar do Alto Ave**

### **Comentários gerais**

O Centro hospitalar do Alto Ave (CHAA) manifestou a sua concordância com a generalidade das conclusões decorrentes da “análise efectuada pelo Tribunal de Contas em colaboração com a equipa de colaboradores externos...”. O CHAA identifica várias ideias mencionadas nas recomendações do relatório autónomo, tais como: “necessidade de estabelecimento de uma política homogénea de utilização de um sistema de custeio”, criação de indicadores de medição de resultados e de avaliação da eficiência económica. No exercício do contraditório o CHAA não questionou ou identificou qualquer assunto relacionado com o relatório autónomo produzido pela Exigo.

## XVI.28 Hospital de Magalhães Lemos

### Comentários gerais

O Hospital Magalhães de Lemos (HPML) salientou “a excelente qualidade da auditoria”. Identificou várias questões que, segundo o HPML, poderão condicionar as conclusões relativas ao hospital. O HPML manifestou a sua concordância com a análise relativa à contabilidade analítica e descreve as acções desenvolvidas pelo HPML neste contexto.

Q 0.30: “Análise do internamento baseada na produção em GDH... A inclusão de doentes residentes pode alterar a eficiência calculada para o internamento”

R 0.30: Para os hospitais especializados, monotemático ou de pequena dimensão, que evidenciam este tipo de particularidades, realçamos o facto de terem sido feitas duas análises de eficiência, uma primeira numa amostra global, e uma segunda numa amostra restrita, com os seguintes argumentos, mencionados no apenso ao relato do Tribunal de Contas: A análise de eficiência económica com os dados atrás descritos não excluiu nenhum dos hospitais com informação disponível no ano de 2008. Contudo, poder-se-á argumentar que existem diferenças assinaláveis entre os vários hospitais que compõem o SNS. Em particular a inclusão na análise de DEA de hospitais muito específicos, por exemplo psiquiátricos ou IPO, ou de pequena dimensão, quando revelados eficientes, poderão enviesar a interpretação dos resultados, dado que servem de referência ao cálculo do índice de ineficiência dos restantes. Tendo em vista esta questão, foi decidido realizar uma segunda análise de eficiência económica, restringindo a amostra aos hospitais com centro de custo “Oncologia Médica”, e assim tornar a amostra eventualmente mais comparável como os IPO. Esta análise não se aplica obviamente aos hospitais psiquiátricos que foram excluídos na análise na perspectiva da amostra restrita. No caso particular do Hospital de Magalhães Lemos concorda-se com a questão colocada, devendo este facto ser encarado como uma limitação adicional da análise.

Q 0.31: “O ano de 2008 foi o primeiro em que o HML classificou os doentes em GDH, tendo-o feito para os doentes dos subsistemas (10% do total), depois usado como estimativa para os restantes doentes. Esta operação pode enfraquecer as conclusões relativamente ao internamento de agudos”

R 0.31: Este facto era desconhecido da equipa de investigação Exigo/CEAUL aquando da realização das várias análises incluídas no relatório externo. Concorde-se com a referência de que a imputação de 90% da classificação em GDH com base em estimativas obtidas com apenas 10% da informação desses mesmos GDH pode ter um impacto pronunciado nos resultados e/ou invalidar comparações com outros hospitais. Assim sendo, sugere-se que este facto venha mencionado no relatório e que as conclusões a retirar pelo Tribunal de Contas relativamente a este hospital tenham em consideração este procedimento.

Q 0.32: “O internamento na psiquiatria é manifestamente distinto do internamento...nos hospitais gerais...Acreditamos que os hospitais psiquiátricos deveriam comparar-se apenas entre si e com os serviços da mesma natureza...doutro modo as conclusões podem sair enfraquecidas.”

R 0.32: A resposta à primeira questão deste hospital adequa-se ao eventual problema de comparabilidade entre os hospitais psiquiátricos e os restantes. Mantém-se a explicação à primeira questão do HML.

Q 0.33: “A dimensão do HML é susceptível de prejudicar a eficiência de preço...dai que a comparação...com hospitais que representam mais de 25 vezes a sua despesa possa ser problemática ”

R 0.33: Aquando da realização da análise de eficiência económica a equipa de investigação estava ciente de que as diferenças de escala dos hospitais poderiam afectar os resultados da análise. Por esse motivo foram contempladas duas opções no que diz respeito aos retornos de escala, tendo sido feita uma primeira análise considerando retornos constantes de escala e uma segunda com retornos variáveis de escala (relatório páginas 180 a 184). A análise com retornos constantes de escala (CRS) pressupõe que o aumento de produção é proporcional aos custos. A análise com retornos variáveis de escala (VRS) pressupõe que o aumento de produção é desproporcional aos custos, deseconomias de escala de o aumento de produção corresponder a um aumento mais que proporcional de custos ou economias de escala se esse aumento for menos que proporcional, isto é se os custos crescerem menos que a produção. A razão entre o índice de eficiência do hospital determinado com o pressuposto CRS vs VRS informa sobre se o hospital está a operar na escala adequada (valor igual à unidade) ou na escala inadequada (valor inferior à unidade). Como se pode verificar a razão dos índices de eficiência técnica do internamento reportados nas figuras 8.7 (CRS) e 8.8 (VRS) do relatório autónomo para o HML é de 0,98, indiciando que o HML está a operar próximo da escala adequada, e que a ineficiência técnica identificada na figura 8.8 resulta de factores não relacionados com a escala do hospital. No entanto, a fiabilidade dos índices de eficiência apresentados pode estar comprometida considerando os problemas identificados em R 0.30 e em R 0.31.

Q 0.34: “O estudo considera, implicitamente, que é fácil alterar a situação de partida dos hospitais, por exemplo no *mix* de recursos enfermeiros/médicos ou no preço pago pelos recursos.”

R 0.34: O método subjacente à análise de eficiência projecta a utilização de recursos dos hospitais na fronteira de eficiência económica. O estudo não tece considerações relativamente à facilidade de cada hospital se tornar mais eficiente no contexto da eficiência relativa entre os hospitais do SNS analisados.

## **XVI.29 Centro hospitalar do Tâmega e Sousa**

### **Comentários gerais**

O Centro hospitalar do Tâmega e Sousa considerou o relato um “excelente trabalho sobre um tema da máxima importância, que aponta os condicionantes e limitações do actual modelo de financiamento dos hospitais EPE”. Considera igualmente que as “recomendações efectuadas pelo Tribunal de Contas, têm por base os princípios e as boas práticas de gestão empresarial, constituindo um importante contributo para enfrentar os novos desafios que se impõem ao Serviço Nacional de Saúde.” No exercício do contraditório o CHTS não questionou ou identificou qualquer assunto relacionado com o relatório autónomo produzido pela EXIGO / CEAUL.

## **XVI.30      Unidade Local de Saúde de Castelo Branco**

### **Comentários gerais**

A Unidade Local de Saúde de Castelo Branco (ULSCB ) reconhece que “a contabilidade analítica do hospital e centros de saúde integrados na ULSCB não possui a fiabilidade necessária ao apuramento dos custos associados às diversas linhas de produção. A ULSCB apresenta algumas acções desenvolvidas para “melhoria da qualidade da informação”. No exercício do contraditório a ULSCB não questionou ou identificou qualquer assunto relacionado com o relatório autónomo produzido pela EXIGO / CEAUL.

## XVI.31 Maternidade Alfredo da Costa

### Comentários gerais

Globalmente a Maternidade Alfredo da Costa (MAC) concorda com a avaliação, afirmando “acabámos por ver espelhado nele (relatório) muitas das nossas preocupações, no que ao sistema de fixação de preços e financiamento diz respeito”. A MAC queixa-se de subfinanciamento for definição pelo facto de pertencer ao universo de hospitais SPA. Apresenta um conjunto de dados sobre actividades não financiadas. Estes dados não constavam da resposta da MAC ao inquérito oportunamente implementado pelo Tribunal de Contas. No exercício do contraditório a MAC não questionou ou identificou qualquer assunto relacionado com o relatório autónomo produzido pela EXIGO / CEAUL.

Q 0.35: Apesar de não comentar especificamente o conteúdo do relatório de auditoria externa a MAC apresenta, no seu exercício de contraditório, um conjunto de dados sobre actividades não financiadas, as quais não haviam sido identificadas no inquérito realizado para o efeito.

R 0.35: A equipa de investigadores Exigo/CEAUL toma nota das actividades sem financiamento apontadas no exercício de contraditório, as quais não foram reportadas no inquérito que decorreu para o efeito. Não foi efectuada qualquer alteração ao relatório autónomo decorrente desta informação.



## **XVI.32 Centro hospitalar Trás-os-Montes e Alto Douro**

### **Comentários gerais**

O Centro hospitalar Trás-os-Montes e Alto Douro manifestou a sua concordância com “ a metodologia adoptada e com a maioria das conclusões retiradas. No que diz respeito à contabilidade analítica identifica a necessidade da melhoria, refere ir melhorar o reporte para a BDEA e identifica acções a desenvolver e já desenvolvidas neste âmbito. No exercício do contraditório o CHTMAD não questionou ou identificou qualquer assunto relacionado com o relatório autónomo produzido pela EXIGO / CEAUL.

## **XVI.33      Unidade Local de saúde do Norte Alentejano**

### **Comentários gerais**

No exercício do contraditório a Unidade Local de saúde do Norte Alentejano não questionou ou identificou qualquer assunto relacionado com o relatório autónomo produzido pela EXIGO / CEAUL.

## XVI.34 Centro hospitalar de Lisboa Central

### Comentários gerais

No exercício do contraditório o Centro hospitalar de Lisboa Central (CHLC) salientou “o enorme interesse e oportunidade do trabalho efectuado”, sublinhando “a importância das recomendações apresentadas e irá utilizar o presente relatório na melhoria contínua que tem vindo a implementar”. O CHLC levanta um conjunto de questões relativamente ao capítulo do sistema de custeio por actividades e em relação à análise de eficiência e em particular à metodologia utilizada.

Q 0.36: “Quanto à constatação dos preços obtidos no Hospital de Santa Marta serem superiores aos preços fixados em todas as linhas de produção...os custos obtidos nesta instituição ainda que associados aos mesmos GDHs não são claramente comparáveis com os custos dos Hospitais de Faro e Aveiro e são assim superiores ao preço médio de referência do GDH, encontrando-se o hospital subfinanciado.”

R 0.36: A análise de comparação entre os preços fixados e os custos verificados e apurados através do sistema de Sistema de Custeio por Actividade Hospitalar (SCAH) teve como objectivo principal a comparação intra hospitalar e não inter hospitalar. Como referido no relatório autónomo a amostra de hospitais utilizada neste capítulo não é representativa do universo das unidades hospitalares do SNS pelo que a comparação inter hospitalar pode estar enviesada por esta circunstância. A constatação de que os custos por GDH são superiores no Hospital de Sta. Marta e não comparáveis aos restantes hospitais é reconhecida pelo facto de o hospital fazer parte do grupo 1 de financiamento, por comparação com o Hospital de Faro e o hospital de Aveiro ambos do grupo 4, e ter tido ICM superiores aos restantes no período a que respeita a análise, logo pela conjugação destes dois factores ter tido financiamento mais elevado, isto é para o mesmo GDH o financiamento do contrato de programa do Hospital de Sta. Marta foi superior aos restantes exemplos. Relativamente à questão do subfinanciamento esta afirmação deve ser levada em conta conjuntamente com a análise de eficiência económica, não nos merecendo comentários adicionais.

Q 0.37: “No que respeita à avaliação da eficiência dos hospitais ressalta um aspecto essencial que não é mencionado na análise e que nos parece que deveria ser considerado e que reside no facto dos hospitais do SNS funcionarem em rede...Este aspecto da organização dos cuidados de saúde, imporia uma análise mais fina, já que embora se encontrem as mesmas especialidades em muito hospitais, o seu nível de diferenciação não é igual e, como tal, os recursos necessários não são equiparáveis.”

R 0.37: Reconhece a sugestão, que é muito interessante e estimulante sob o ponto de vista metodológico, contudo carece de planeamento cuidado e dados fidedignos e ainda de alguns juízos de valor na atribuição dos casos aos hospitais de acordo com o seu nível de diferenciação. Parece-nos uma sugestão muito válida e a considerar em trabalhos futuros.

Q 0.38: “Se na análise do internamento a metodologia utilizada...constitui uma aproximação a esta realidade...Já quanto ao ambulatório, a análise conjunta de hospital de dia, consulta externa, GDH ambulatórios, médicos e cirúrgicos, e urgência, constitui um grupo demasiado heterogéneo. No mínimo, a urgência mereceria uma análise autónoma.”

R 0.38: O planeamento inicial da análise de eficiência incluía a avaliação em separado das diferentes linhas de produção do ambulatório. Após a recepção das respostas aos questionários por parte dos hospitais verificou-se que um número elevado de hospitais não reportou a utilização de recursos humanos, em separado, para cada uma das rubricas e em muitos casos não foram identificadas as horas de trabalho afectadas a cada linha de

produção, apesar do pedido explícito para o fornecimento desta informação. Face a esta realidade, a equipa de investigação informou o Tribunal de Contas da impossibilidade de efectuar a análise de eficiência por linha de produção do ambulatório e colocou à consideração do TC, em alternativa, a possibilidade de alteração do modelo de “Data Envelopment Analysis” inicialmente planeado para o ambulatório de modo a admitir a estimativa de eficiência económica com múltiplos outputs (produção) por hospital. Esta sugestão foi aceite pela equipa de auditores do TC. A explicação apresentada não desvirtua a pertinência da sugestão do CHLC, a qual se reconhece e aceita. No entanto, a capacidade de actuação da equipa de consultores externos é diminuta no cenário de dificuldade de acesso aos dados no formato adequado à análise de eficiência económica. Parece-nos uma sugestão muito válida e a considerar em trabalhos futuros.

Q 0.39: “...relativamente à urgência foi apenas considerado o número de doentes atendidos, sem ajustamento adicional, baseado no pressuposto de que a produção da urgência nem sempre está relacionada com a complexidade clínica do hospital...parece-nos essencial que a análise considerasse grupos de hospitais em função da diferenciação da urgência...apenas numa análise considerando esta diferenciação, se poderia assumir que os recursos utilizados, em serviços de urgência do mesmo nível, são relativamente indiferentes ao volume da procura.”

R 0.39: A equipa de investigação considerou várias alternativas de ajuste da produção da urgência às características dos hospitais, entre elas a utilização dos ICM do ambulatório médico ou cirúrgico ou o grupo de financiamento. Como foi referido no relatório autónomo o ajustamento para a produção da urgência não foi realizado baseado no pressuposto de que a produção da urgência nem sempre está relacionada com a complexidade clínica do hospital. A decisão da equipa de investigação é subjectiva e não foi assente numa análise formal, mas sim na opinião da equipa de investigação de que o ICM do ambulatório não é necessariamente um bom ajustador para a urgência, uma vez que é calculado com base nos pesos relativos dos respectivos GDH (cirúrgicos e médicos), e estes calculados a partir dos preços fixados nas tabelas de GDH. O agrupamento de hospitais para efeito de financiamento também não se vislumbrou como um bom ajustador uma vez que esta classificação está relacionada com dimensão e complexidade global do hospital e não necessariamente com produção qualitativa da urgência. Assim sendo, foi considerado inadequado ajustar a produção da urgência face à inexistência de dados que permitissem relacionar directamente esta linha de produção aos resultados de saúde da população servida e/ou à complexidade dos procedimentos realizados na urgência. No entanto considera-se muito válida e pertinente a crítica do CHLC. Com base no conhecimento dos dados disponíveis não se antevê uma solução analítica diferente da adoptada pelo que se sugere ao Tribunal de Contas que deve constar uma nota adicional no relatório autónomo e relato de auditoria a alertar para a possibilidade dos índices de eficiência económica do ambulatório poderem estar enviesados pela ausência de ajuste da produção da urgência, bem como uma recomendação adicional para que o Ministério da Saúde providencie a elaboração de um indicador que permita colmatar esta limitação em futuras análises de eficiência económica.

Q 0.40: “...a conclusão da análise a eficiência técnica, no ambulatório, relativa ao CHLC, estabelecendo na fronteira das possibilidades de produção o CHLN...o CHMT e o CHVS, constitui um bom exemplo do enviesamento introduzido na análise, já que por exemplo o CHMT sendo um hospital da ARSLVT, referencia doentes para os hospitais centrais da região, nomeadamente para o CHLC.”

R 0.40: Reconhece-se a possibilidade de enviesamento pela via da urgência como referido na resposta anterior, mas recorda-se que a restante actividade do ambulatório foi ajustada. A questão da referenciação do nosso ponto de vista só pode enviesar a análise na proporção

que diz respeito à urgência já que o ICM do hospital CHMT é inferior ao do CHLC e esse facto está devidamente reflectido na produção de sessões de hospital de dia, consultas externas e cirurgia de ambulatório.

**Anexo XVII – Exercício de Contraditório: ACSS**

**Respostas ao exercício de contraditório por parte da Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS)**

Análise e Avaliação do Sistema de Pagamentos e de Formação de Preços Pagos aos Hospitais do Serviço Nacional de Saúde

357

---

EXIGO



1 de Agosto de 2011

### **Condições de acesso ao documento**

O presente documento sistematiza e responde aos comentários decorrente do exercício de contraditório relativamente à auditoria orientada à análise e avaliação do sistema de pagamentos e de formação de preços pagos aos hospitais do Serviço Nacional de Saúde.

Este documento foi integralmente realizado pela Exigo. Foi desenvolvido de modo independente sem qualquer imposição ou condicionalismo sobre o seu desenho ou métodos. As opiniões expressas são fruto da análise e interpretação da Exigo e não reflectem necessariamente outros pontos de vista.

O direito à divulgação do conteúdo deste documento é matéria que diz respeito à Direcção-Geral do Tribunal de Contas, enquanto entidade financiadora.

### Comentários gerais

No exercício de contraditório a ACSS apresenta um conjunto vasto de argumentos e explicações de cariz conceptual, bem como alude aos constrangimentos de natureza administrativa que no seu entender explicam alguns dos resultados e conclusões da auditoria supracitada. Os comentários da ACSS são maioritariamente orientados ao relato de auditoria produzido pelo TC. No texto produzido pela ACSS as referências ou comentários ao trabalho desenvolvido pela EXIGO/CEAUL são pouco frequentes. Contudo, alguns dos comentários dirigidos ao relato do TC decorrem da análise, dos resultados, ou das interpretações veiculadas no relatório dos consultores externos ao TC. Assim sendo, e sempre que se considerar adequado, serão clarificadas as dúvidas ou comentários suscitados pela ACSS, na justa medida em que os mesmos digam respeito aos objectivos estipulados inicialmente pelo TC para a consultoria solicitada à EXIGO, ou na medida em que os mesmos decorram de afirmações/recomendações/conclusões suportadas no relatório da responsabilidade da EXIGO/CEAUL.

No exercício de contraditório a ACSS sugere um conjunto de recomendações a outras entidades. As recomendações e conclusões da responsabilidade da EXIGO foram genericamente dirigidas ao Ministério da Saúde (MS) e não orientada a qualquer entidade do MS em particular. Assim, consideramos que esta postura deve ser mantida, pelo que não compete a EXIGO/CEAUL pronunciar-se sobre os destinatários das recomendações. Logo, a parte correspondente do documento da ACSS não será abordada.

Q 0.1: "...ressalta uma particular e insistente preocupação com o financiamento dos e o acesso aos medicamentos inovadores, acentuando-se inúmeras vezes, a necessidade de, quer o modelo de financiamento quer as tabelas de preços do SNS, reflectirem uma maior abertura à introdução de medicamentos inovadores na área do ambulatório...sem..qualquer referência à necessidade de essa introdução estar sustentada e alicerçada na sua adequação às necessidades em saúde no âmbito do SNS...racionalidade técnica...e ainda seu impacto financeiro."

R 0.1: Naquilo que diz respeito aos medicamentos, o relatório de consultoria externa [1] contém uma constatação, uma conclusão e uma recomendação. Constatou-se que os medicamentos de cedência hospitalar em ambulatório são a actividade mais frequentemente reportada pelos hospitais do SNS como actividade sem financiamento. Concluiu-se que o modelo actual de financiamento dos medicamentos hospitalares, dispensados aos utentes em regime de ambulatório, ou no hospital de dia, gera incentivos de ineficiência, particularmente preocupantes pela desmultiplicação de consultas e sessões de tratamentos em hospital de dia, como modo de garantir o financiamento, prejudicando as opções terapêuticas mais eficientes na gestão dos recursos não farmacológicos, ou na impossibilidade de aumento da produção nestas linhas gerando um incentivo para a contenção de custos com os medicamentos. Recomendou-se que o modelo de financiamento dos medicamentos de cedência hospitalar em ambulatório e dos medicamentos incluídos nos GDH de ambulatório fosse revisto, por forma a encontrar um financiamento mais adequado, sem prejuízo do acesso à terapêutica farmacológica mais adequada. O financiamento dos hospitais do SNS deve criar um sistema de incentivos à investigação clínica, epidemiológica e económica com o objectivo de melhor suportar o processo quotidiano de decisão intra e inter hospitalar.

Tal como mencionado na página 214 [1], o custo com produtos farmacêuticos (medicamentos) dispensados nos hospitais do SNS foi de 993 855 808 €, correspondendo a 20,3% dos custos totais dos hospitais do SNS (2008). Uma análise cuidada do relatório de consultoria externa permite verificar que o tema do financiamento dos medicamentos nos hospitais do SNS foi maioritariamente abordado no tópico "O caso particular dos



medicamentos” (páginas 214-216).

Assim sendo, face:

- 1) Ao peso relativo da despesa com medicamentos na estrutura de custos dos hospitais;
- 2) Ao facto de os medicamentos de cedência hospitalar em ambulatório terem sido identificados como a actividade sem financiamento mais frequente nos hospitais do SNS;
- 3) Ao facto de o financiamento dos medicamentos ter representado uma parcela manifestamente reduzida dos assuntos abordados no referido relatório. Recorde-se que os trabalhos realizados pela EXIGO abordaram 7 objectivos principais e cerca de 21 tópicos, devidamente identificados no relatório de consultoria externa.

Considera-se adequada a abordagem sugerida pela Exigo, no que diz respeito à análise dos medicamentos.

Quanto ao conteúdo dos elementos e análises relativos aos medicamentos.

Desde logo, se os próprios hospitais identificam os medicamentos de cedência hospitalar em ambulatório como a actividade mais frequentemente reportada como actividade sem financiamento, então a justificação para a necessidade de estudo do problema parece evidente. O relatório externo identificou com clareza que a eventual inadequação do modelo de financiamento não está dispersa por toda a actividade hospitalar, mas sim concentrada nas actividades do hospital de dia e consulta externa. Na página 214 refere-se “De acordo com estes dados é evidente que os custos com produtos farmacêuticos estão muito concentrados nas actividades do hospital de dia (265 325 288€, 77,9%) e consulta externa (267 802 804€, 46,2%). Em conjunto estas duas rubricas abrangem 69,9% dos custos com produtos farmacêuticos.”

Os trabalhos da equipa de consultores do TC, entre outras, incluíram uma análise de regressão (modelo logístico) para identificar algumas características associadas com a referência aos medicamentos enquanto actividade não financiada. Duas constatações são evidentes:

- i) os hospitais do grupo nº dois de financiamento são os mais prováveis de reportar a dispensa de medicamentos como actividade sem financiamento (valor- $p=0,068$ );
- ii) os hospitais em que peso relativo dos medicamentos no hospital de dia era mais elevado (2008) são mais prováveis de reportar os medicamentos como actividade sem financiamento.

Neste contexto, considerando a metodologia da ACSS para o apuramento de custos por GDH , para o caso dos GDH de ambulatório, maioritariamente dependente dos custos observados nos respectivos GDH de internamento, nos quais se verifica que o peso relativo dos medicamentos é substancialmente inferior, tal como referido no relatório (tabela 9.4, página 215), foi colocada a hipótese do custo com os medicamentos não estar devidamente reflectido no financiamento dos GDH de ambulatório.

Assim sendo, parece-nos que quer a recomendação, quer a conclusão efectuadas no relatório de consultoria externa, se encontram perfeitamente adequadas à evidência encontrada durante a fase de trabalhos de campo.

Q 0.2: “...não só não se encontram referências à necessidade de a “inovação” ter que provar ser custo-efectiva para a sociedade, dado que, como se sabe, grande parte da “inovação” na área do medicamento não o é.”

R 0.2: Concorda-se com o entendimento da ACSS que a inovação deve ser avaliada num contexto de custo-efectividade antes do uso pelos hospitais. Na actualidade, a avaliação sobre a adequabilidade do financiamento público dos novos medicamentos de utilização hospitalar é regulada pelo Decreto-lei nº 195/2006 e actualizações, competindo ao INFARMED aplicar a legislação nesta matéria. Por Lei, prevê-se que a avaliação prévia à utilização hospitalar, realizada pelo INFARMED, envolva a definição do valor terapêutico e económico dos novos medicamentos de uso hospitalar. Uma consulta à página da internet do INFARMED (27-07-2011) informa que desde a aplicação do referido diploma legal foram publicados 56 pareceres de avaliação prévia de novos medicamentos para utilização em hospital, 80% dos quais (45) foram positivos, isto é com recomendação de utilização por representarem uma aplicação eficiente dos recursos públicos da saúde. Ora estes dados parecem não suportar a afirmação da ACSS de que “ grande parte da “inovação” na área do medicamento não o é”.

Apesar de tudo esta matéria cai fora do âmbito da auditoria em questão. No entanto, a sua referência por parte da EXIGO é no sentido de reforçar o que foi dito relativamente à recomendação de revisão do modelo de financiamento dos medicamentos hospitalares. Como foi referido, face ao modelo actual, considerando níveis de eficiência económica constantes, os custos marginais com estes medicamentos aprovados pelo INFARMED tenderão a ser financiados pelo aumento da produção nas linhas da consulta externa e do hospital de dia, e que na impossibilidade de aumento da produção nestas linhas, por exemplo por restrições orçamentais ou contratuais, se gera um incentivo para a contenção de custos com os medicamentos.

361

---

Gostaríamos ainda de manifestar a nossa concordância com a alusão da ACSS ao facto desta actividade, assim como as restantes actividades dos hospitais, deverem ser financiadas de acordo com critérios de necessidades em saúde da população servida, facto também abordado e recomendado no relatório de auditoria externa (página 168) [1].

Q 0.3: “Não se entende assim a afirmação expressa no relato *Não considerar a ocorrência de internamentos de duração mais elevada pode resultar num subfinanciamento para este tipo de internamentos...* não se trata portanto de um subfinanciamento destes episódios mas antes de os não considerar nos cálculos dos limiares de excepção (tendo-se optado por outra modalidade de financiamento para estes episódios – a diária de evolução prolongada)

R 0.3: Este comentário da ACSS decorre do texto do relato do Tribunal de Contas e não reflecte necessariamente o texto da autoria da EXIGO. Alerta-se para o facto de no relatório de auditoria externa, tanto nas conclusões, como ao longo do texto, não há referência ao subfinanciamento, mas sim ao financiamento inadequado que pode ser resultante do truncamento dos dias de internamento dos episódios de duração prolongada ocorrido na etapa de “limpeza” no cálculo dos limiares de excepção. Na página 13 do relatório admite-se que “Os pressupostos sobre o tipo de distribuição utilizados pela ACSS no cálculo dos limiares de excepção têm uma influência imprevisível no nº de doentes equivalentes, não sendo possível antever o seu efeito no financiamento.”[1].

Assim, deixa-se à consideração da equipa de auditores do Tribunal de Contas a sugestão de revisão do texto do relato.

Q 0.4: “Acréscimo ainda ao facto da análise da metodologia de cálculo de limiares de excepção

não poder ser realizada por comparação aos limiares instituídos uma vez esses limiares resultaram da análise de uma produção diversa e de critérios de fixação de limiares extra estatísticos.”

R 0.4: As limitações ao método utilizado pela ACSS para o cálculo dos limiares de excepção do internamento foram amplamente discutidas no capítulo nº4 do relatório de consultoria externo (páginas 46 a 99). Salvo melhor opinião, a análise da metodologia de cálculo dos limiares de excepção só pode ser realizada por comparação com os limiares definidos pela ACSS, já que é sobre os últimos que assentam algumas das regras de financiamento dos hospitais do SNS. Na avaliação realizada pela EXIGO/CEAUL tentou alertar-se para a falta de fundamentação estatística de alguns pressupostos de natureza estatística usados nos procedimentos da ACSS e da sua inadequação aos objectivos a que se propõe. Foi inequivocamente demonstrada a inconsistência dos métodos da ACSS relativamente à duração do internamento e definição de limiares de excepção para alguns dos 25 GDH mais representativos. O relatório foi muito claro ao nível das recomendações realizadas as quais se assumem como tal.

Não se partilha da opinião de que critérios extra estatísticos são impeditivos do estudo estatístico rigoroso utilizado no relatório da EXIGO/CEAUL.

Q 0.5: “Relativamente ao estudo comparativo dos agrupadores de GDH afirma-se na página 18 do relatório “não se tendo operado em tempo útil a referida mudança. Porque razão não foi em tempo útil?”

R 0.5: Segundo a documentação à qual tivemos acesso, no dia 31 de Maio de 2004, o Ministro da Saúde emitiu um despacho autorizando a substituição do agrupador HCFA 16.0 pelo agrupador AP-DRG 18.0 (como é afirmado na página 18 do relatório). Tal alteração fundamentou-se num estudo comparativo dos dois agrupadores, no qual se avaliou o impacto de tal modificação. Porém, de acordo com a documentação, o agrupador AP-DRG 18.0 nunca foi efectivamente utilizado em Portugal. De facto, no momento de alteração de agrupador, o HCFA 16.0 foi substituído pela versão mais recente que existia no momento - AP-DRG 21.0. Deduzimos, uma vez que a documentação não nos auxiliou nessa tarefa, que a não utilização do agrupador AP-DRG 18.0 se deveu a um atraso de implementação, motivado por circunstâncias para nós desconhecidas. Consequentemente, a frase “Não tendo sido operado em tempo em tempo útil” pretendia unicamente sugerir um possível motivo que justificasse tal procedimento. A afirmação não tinha, de forma alguma, intenção de constituir um comentário menos abonatório acerca da acção das entidades responsáveis pela modificação dos agrupadores. Tal teria sido obviamente impróprio da nossa parte. Acrescentamos ainda que a ausência de precisão na noção de “tempo útil” corrobora tal afirmação.

Q 0.6: A ACSS não pode deixar de salientar que discorda do tipo de abordagem presente no relatório em análise onde se refere que a forma de financiamento da despesa com medicamentos limitar a incorporação de “medicamento inovadores...a limitação da incorporação de medicamentos inovadores “normalmente de custo elevado” (pág. 11 do relatório) não é um aspecto necessariamente mau..nem todos os medicamentos inovadores são, como é sabido, benéficos ou eficazes do ponto de vista do seu custo para a sociedade...é imprescindível a avaliação económica em termos de custo-efectividade e affordability...por outras palavras o modelo de financiamento deverá pagar, cada vez mais, produtos finais agregados e resultados em saúde, devendo os custos dos consumos intermédios ser tidos em conta no custo total no momento em que é comportada a formação do preço eficiente”

R 0.6: Para uma explicação sobre o tipo de abordagem dada à questão do financiamento dos medicamentos dispensados nos hospitais veja-se o texto de resposta à Q 0.1.

O relatório de consultoria externa não tece considerações quanto às características a que deve obedecer o modelo conceptual de financiamento dos medicamentos. O relatório limita-se a constatar as dificuldades de financiamento reportadas pelos hospitais, particularmente evidentes nos medicamentos de cedência obrigatória pela farmácia hospitalar não abrangidos pelas circulares normativas. Face a um conjunto de evidências devidamente identificadas e justificadas, foi sugerido que o modelo de financiamento dos medicamentos de cedência hospitalar em ambulatório e dos medicamentos incluídos nos GDH de ambulatório carece de uma revisão (página 216).

Q 0.7: “Assim, na pág. 15 do relatório da empresa consultora, não se entende quando se refere que “O modelo de financiamento dos medicamentos de cedência hospitalar em ambulatório e de medicamentos incluídos nos GDH de ambulatório carece de uma revisão, por forma a encontrar financiamento mais adequado, sem prejuízo do acesso à terapêutica mais adequada”. A que GDH de ambulatório se referem? Pode-se assumir que sejam os de ambulatório médico? E dentro destes, os de Quimioterapia? Os custos com medicamentos disponibilizados em sessão de hospital de dia de quimioterapia e de imunoterapia antineoplásica...foram considerados para o apuramento dos preços dos GDH de quimioterapia...Os medicamentos de toma oral ... não se encontram considerados no preço daqueles GDH.”

A ACSS reconhece, portanto, que existem tratamentos com uma evolução difícil de acompanhar pelo contrato-programa e pelo modelo dos GDH, nomeadamente a introdução de medicamentos de quimioterapia oral que substituem as sessões de quimioterapia tradicionais, tendo por isso sido proposto na revisão do modelo de financiamento dos hospitais de 2009 uma abordagem específica para a área da oncologia...tendo já abordado a Coordenação Nacional das Doenças Oncológicas para colaboração e parceria neste estudo.”

R 0.7: Apesar dos comentários e discordância manifestados pela ACSS referentes à conclusão e recomendação elaborada relativamente ao financiamento dos medicamentos de cedência hospitalar em ambulatório e dos medicamentos incluídos nos GDH de ambulatório, a ACSS reconhece os problemas identificados no relatório da autoria da EXIGO, informando que o problema já estava sinalizado para os medicamentos de quimioterapia oral, e que se planeia uma abordagem específica, facto que vem corroborar a necessidade de intervenção, tal qual havíamos sugerido.

Q 0.8: Não podemos deixar de discordar do tipo de análise comparativa entre “preços fixados e custos verificados” constante do relato da auditoria no ponto 4.7.2.(pág. 40) onde se procede a uma comparação...este tipo de análise está à partida comprometida pela fragilidade dos resultados do estudo do SCAH...teria sido mais interessante...efectuar-se o calculo do custo médio apurado no SCAH por GDH para o total das instituições em estudo com os preços desses mesmos GDH...ressalvando sempre..que numa perspectiva de contenção orçamental e indução de eficiência, os preços não devem igualar os custos...haveria que estimar que margem se deveria a ineficiências dos hospitais...definir preços que fossem incentivadores da redução dos custos unitários..o que enferma de um erro conceptual de base...Entendemos portanto que o relatório não tem claramente presente a perspectiva da tutela accionista e do controle orçamental, respondendo antes às necessidades de financiamento acrescido expressas pelas instituições hospitalares.”

R 0.8: A análise realizada pela EXIGO/CEAUL relativamente a este ponto obedece aos objectivos definidos pelo Tribunal de Contas, bem como às metodologias analíticas previamente aprovadas pelo TC. Naturalmente que outras perspectivas poderiam também ser interessantes, contudo não foram planeadas. Acreditamos que a análise realizada permite responder ao objectivo “Comparar os preços fixados com os custos verificados nos hospitais

seleccionados”. Os problemas de representatividade da amostra foram igualmente identificados e mencionados pela EXIGO, na página nº13 através da seguinte menção “O grupo de hospitais com SACH é reduzido e não representativo do universo dos hospitais do SNS.”

A sugestão de análise alternativa comporta os mesmos problemas de representatividade.

Q 0.9: “Parece-nos ainda excessivo que se conclua peremptoriamente, tendo por base a informação de custeio do SCAH, que os Hospitais da amostra do estudo “estavam sobrefinanciadas no ano de 2009”(pág. 45).”.

R 0.9: Esta afirmação “estavam sobrefinanciadas no ano de 2009” foi realizada no capítulo 4.7.2.4 do relato do TC e diz respeito ao caso particular da radioterapia. As conclusões e valores apresentados relativos à radioterapia estão fundamentados na informação reportada pelos hospitais em resposta ao inquérito realizado, durante o período da auditoria, e não foram obtidos a partir do SCAH da amostra de 6 hospitais referida pela ACSS. Parece existir algum tipo de equívoco, uma vez que a própria ACSS admite o sobrefinanciamento da actividade de radioterapia na pág. 12, último parágrafo do seu contraditório “No que respeita ao “sobrefinanciamento” da Radioterapia referido na página 45 do relatório de auditoria, esta situação é reconhecida pela ACSS...”

Q 0.10: Na página 29 do relatório apenso, onde se afirma que “os custos indirectos e directos neste centro de custo (UCI) sobrepõem-se com os custos de outras rubricas”...esclarece-se que ...não existe por isso sobreposição.

R 0.10: Aceita-se a informação que não há sobreposição de custos. Como igualmente referido no apenso ao relatório, para evitar uma sobreposição de custos nas diferentes rubricas, consideram-se todos os custos das contas 96/C, correspondentes aos serviços clínicos de internamento, excepto os da UCI (e dos quartos privados). O objectivo desta menção no relatório de consultoria externa era questionar a viabilidade da utilização da correspondência entre as rubricas utilizadas no Estado de Maryland e em Portugal, uma vez que não se conseguiu apurar se a particularidade acima referida, dos custos da rubrica UCI, no Estado de Maryland, também se apresenta.

Q 0.11: Não tendo tido, este instituto, tempo para analisar adequadamente as premissas de aplicação da Análise Envoltória de Dados (DEA) nem acesso à informação base da mesma, gostaríamos de manifestar apreensão nalguns dados apresentados, uma vez que os resultados do estudo apresentam no universo das instituições com “níveis de ineficiência baixos” (pág. 50) instituições que, mesmo por uma análise empírica dos dados, apresentam uma significativa ineficiência, ex.: Centro Hospitalar Médio Tejo. Também não compreendemos a inclusão dos hospitais psiquiátricos na análise efectuada, mas pensamos que deverão ter sido contempladas as especificidades da produção destas instituições. De qualquer modo, os valores apresentados na análise por serem tão díspares necessitam de tempo para serem interpretados convenientemente.”

R 0.11: Como pode ser lido no relatório (páginas 176-178) a informação base da análise envoltória de dados teve origem exclusivamente nas estruturas do Ministério da saúde, em particular:

**i) ACSS**

- a) doentes saídos do internamento (base de dados codificação ICD-9/GDH)
- b) mortalidade intra-hospitalar padronizada pela idade (base de dados codificação ICD-9/GDH)
- c) ICM (contratos de programa)

- d) Produção nos serviços clínicos de ambulatório (BDEA)
- e) Custos dos recursos (BDEA)
- ii) **Inquérito aos hospitais do SNS**
  - a) Recursos e tempo de trabalho
  - b) Relação entre 1<sup>as</sup> consultas externas e subsequentes

Assim sendo, a maioria dos dados utilizados foram facultados pela ACSS.

Relativamente à apreensão manifestada pela ACSS sobre os dados apresentado, julgamos que a mesma não se justifica, face ao cuidado da equipa da EXIGO/CEAUL no detalhe das fontes de informação, face à explicação exaustiva do método analítico, incluindo vários exemplos de interpretação dos resultados da análise de DEA, e ainda face ao pormenor da informação apresentada nos anexos respectivos. Contudo, a EXIGO está disponível para clarificar qualquer questão concreta relativa à análise de eficiência dos hospitais do SNS. Os elementos empíricos sobre a significativa ineficiência do Centro Hospitalar Médio Tejo (CHMT) não são do conhecimento da EXIGO/CEAUL pelo que não poderão ser comentados.

Na análise de eficiência efectuada, o CHMT revelou ser um hospital eficiente na produção do ambulatório (análise global e análise restrita). Naquilo que diz respeito ao internamento estimou-se que a ineficiência de custo, técnica e de afectação do CHMT seriam de 39%, 36% e 4%, respectivamente.

Para os hospitais especializados, monotemáticos ou de pequena dimensão, realçamos o facto de terem sido feitas duas análises de eficiência, uma primeira numa amostra global, e uma segunda numa amostra restrita, com os seguintes argumentos, mencionados no apenso ao relato do Tribunal de Contas: A análise de eficiência económica com os dados atrás descritos não excluiu nenhum dos hospitais com informação disponível no ano de 2008. Contudo, poder-se-á argumentar que existem diferenças assinaláveis entre os vários hospitais que compõem o SNS. Em particular a inclusão na análise de DEA de hospitais muito específicos, por exemplo psiquiátricos ou IPO, ou de pequena dimensão, quando revelados eficientes, poderão enviesar a interpretação dos resultados, dado que servem de referência ao cálculo do índice de ineficiência dos restantes. Tendo em vista esta questão, foi decidido realizar uma segunda análise de eficiência económica, restringindo a amostra aos hospitais com centro de custo “Oncologia Médica”, e assim tornar a amostra eventualmente mais comparável como os IPO. Esta análise não se aplica obviamente aos hospitais psiquiátricos que foram excluídos na análise na perspectiva da amostra restrita.

Q 0.12: “Algumas afirmações do relatório de auditoria careceriam de explicação adicional... refere-se que a matriz de Maryland consiste numa tabela de preços unitários...importando precisar que a mesma consiste numa tabela de custo unitário.”

R 0.12: A análise elaborada no capítulo “Metodologia de Apuramento dos Custos por GDH” menciona a matriz de Maryland como uma tabela de preços unitários. Esta menção decorreu da interpretação dos autores de que a referida tabela poderia ser interpretada à luz da designação das tabelas de GDH do Ministério da Saúde, as quais se referem aos preços a praticar pelo Serviço Nacional de Saúde. Contudo, admitindo que os valores constantes na Matriz de Maryland dizem respeito a custos esperados, e desde que excluam a componente de lucro, pode-se admitir a designação de custo unitário. Assim, aceita-se a precisão da ACSS referindo-se que esta mudança de terminologia (semântica) em nada altera as análises e conclusões do capítulo respectivo.



Q 0.13.: “Algumas afirmações do relatório de auditoria careceriam de explicação adicional...É importante esclarecer que, anualmente, são actualizados os preços-base do contrato-programa e do índice de casemix e efectuadas simulações do impacto financeiro...as alterações introduzidas, no modelo empresarial do SNS e no modelo de financiamento, conjugadas com as limitações orçamentais da área da Saúde (pelas quais o modelo não é responsável), não têm permitido conjugar todas as alterações e concomitantemente actualizar anualmente preços e ICM do modelo de financiamento. Seria benéfico que fosse explicitamente consagrado no relatório que limitações orçamentais não são originadas pelo modelo, mas sim que o modelo e as suas actualizações anuais têm, necessariamente, que se conformar às limitações orçamentais e às orientações da tutela neste domínio.”

R 0.13: Considera-se que este comentário não reflecte nenhum aspecto do relatório autónomo.

Q 0.14.: “Algumas afirmações do relatório de auditoria careceriam de explicação adicional...Na pág. 31, seria importante que o Relato da auditoria concretizasse a “verdadeira” distribuição da duração do internamento referida.”

R 0.14: O termo verdadeira distribuição refere-se à utilização de uma distribuição probabilística da população subjacente aos dados observados do tempo de internamento, de forma a detectar as verdadeiras características da(s) população(ões) (duração de internamento). Como foi amplamente discutido no capítulo nº4 no relatório de consultoria externo (páginas 46 a 99), tentou alertar-se para as consequências da eliminação dos tempos de internamento mais extremos e substituição por valores arbitrários.

366

Somos da opinião que se deve manter a conclusão e recomendação relativas a este tópico, respectivamente: i) Na globalidade, a metodologia utilizada na fixação dos limiares de excepção do tempo de internamento está insuficientemente fundamentada e envia a verdadeira distribuição da duração do internamento; 2) A truncatura dos dados à esquerda e à direita deve ser evitada porque envia os resultados do cálculo dos limites.

Q 0.15.: “Algumas afirmações do relatório de auditoria careceriam de explicação adicional...Já na pág. 46 – “considera-se um hospital tecnicamente ineficiente quando obtém o mesmo nível de produção que outros hospitais mas utilizando proporcionalmente mais recursos”. Esta asserção parece respeitar apenas a quantidades, não contemplando a análise da complexidade e diferenciação respectivas.”

R 0.15: A análise da eficiência económica envolveu indicadores para ajustar a produção aos resultados de saúde (morbi-mortalidade) da população servida pelos hospitais. O processo de ajuste foi equacionado com o objectivo de tornar a produção mais comparável face aos cuidados necessários e face aos resultados de saúde decorrentes. As opções da equipa de investigação na selecção de indicadores para ajustar a produção foram norteadas pelos seguintes pressupostos. Os indicadores serem abrangentes o suficiente para não dependerem das regiões em que os hospitais estão inseridos. Os indicadores serem o mais relacionado possível com a mortalidade ou morbilidade gerais ou específicas por causa. A informação relativa aos indicadores estar disponível para todos os hospitais em avaliação.

Neste sentido, em relação à análise de eficiência do internamento, foram considerados dois tipos de ajustamento. O número de doentes saídos do internamento (produção) foi ajustado pelo índice de case mix para tornar os hospitais mais comparáveis face à necessidade de saúde que gerou o internamento. A taxa de mortalidade intra-hospitalar foi utilizada para

ajustar a produção pelo resultado de saúde mais imediato e fácil de medir. No que diz respeito à análise de eficiência dos serviços clínicos de ambulatório, considerou-se um processo de ajuste diferente de acordo com as múltiplas linhas de produção. Não foi possível encontrar dentro das limitações de tempo e dados disponíveis, nenhum indicador que permitisse aferir os resultados de saúde decorrentes da produção de cuidados de saúde no ambulatório dos hospitais, pelo que a opção foi tornar a produção mais homogênea apenas com recurso ao ajuste para a necessidade de cuidados. No hospital de dia, optou-se por considerar o número de doentes tratados, ajustado pelo índice de case-mix dos GDH médicos do ambulatório. A produção da consulta externa foi dividida no número de primeiras consultas e no número de consultas subsequentes, ambos ajustados pelo índice de case-mix dos GDH médicos do ambulatório. Para a urgência, foi considerado o número de doentes atendidos, sem ajustamento adicional, baseado no pressuposto de que a produção da urgência nem sempre está relacionada com a complexidade clínica do hospital. Na cirurgia do ambulatório considerou-se o número de cirurgias, ajustado pelo índice de case-mix dos GDH cirúrgicos do ambulatório.

Reconhece-se que a maioria dos hospitais oriente a sua produção para os objectivos nacionais que são fixados nos contratos de programa, entre os quais se incluem indicadores de qualidade e serviço, acesso, desempenho assistencial, desempenho económico/financeiro e para os objectivos regionais: Norte – Infecção hospitalar, doentes padrão e tempo médico; Coimbra – Prescrição electrónica de medicamento, Lista de espera para 1as consultas; Lisboa – Produção de 1as consultas, tempo de espera, lista de inscritos para cirurgia; Alentejo – Custos unitários, medicamentos hospitalares de cedência no ambulatório, teleconsultas, utilização do internamento e urgência hospitalar; Algarve - Produção de 1as consultas, referenciação de doentes, produção cirúrgica do ambulatório.

Como se pode constatar dos objectivos nacionais determinados pelo Ministério da Saúde para os Hospitais, Centros Hospitalares e IPO do SNS poucos são orientados para os resultados de saúde decorrentes da prestação de cuidados hospitalares, com excepção da taxa de reinternamentos nos primeiros cinco dias, a qual se pode encarar como um indicador indirecto relacionado com a morbilidade e/ou mortalidade. Os restantes objectivos, apesar de meritórios, não estão necessariamente relacionados com o estado de saúde.

Assim sendo, complexidade e diferenciação dos hospitais encontra-se reflectida na análise de DEA. Pode-se contudo colocar a questão de saber se os indicadores utilizados são os mais adequados. A resposta não é fácil, mas o argumento da equipa EXIGO/CEAUL é o de que os indicadores utilizados foram os mais adequados face aos dados disponíveis. Recordar-se que o processo de ajuste deve ser o mais abrangente possível. Como foi explicado os objectivos nacionais e regionais constantes dos contratos de programa não constituem necessariamente indicadores validos para ajustar a produção aos resultados de saúde decorrentes dos cuidados prestados. Aliás, esta constatação esteve na origem da recomendação realizada pela equipa de investigação no sentido de que o “Ministério da Saúde deverá promover um projecto de investigação com o objectivo de identificar indicadores de medição de resultados de saúde nas populações servidas pelos hospitais do SNS. Estes indicadores deverão incluir aspectos relacionados com a mortalidade e a morbilidade intra-hospitalar e extra-hospitalar, qualidade de vida e necessidades de saúde. A existência destes indicadores no futuro permitirá uma avaliação do desempenho económico mais robusta e comparável entre as diferentes instituições hospitalares.”(página 167).



**Referências bibliográficas**

1. EXIGO/CEAUL. Análise e Avaliação do Sistema de Pagamentos e de Formação de Preços Pagos aos Hospitais do Serviço Nacional de Saúde - Relatório dos Consultores Externos. 2011.

## Anexo XVIII – Equipa de Consultores

Este trabalho foi realizado por uma equipa de 11 elementos, e resulta parcialmente da parceria técnico-científica existente entre a Exigo Consultores e o Centro de Estatística e Aplicações da Universidade de Lisboa. Os elementos da equipa de trabalho, tal como os seus graus académicos e as suas afiliações actuais, estão listados a seguir:

### Björn Vandewalle

**Formação:** Doutoramento em Matemática, University of Leuven, Leuven, Belgium

**Afiliação:** Analísta de Métodos Quantitativos, Exigo, Alhos Vedros, Portugal

### Jorge Félix

**Formação:** Mestrado em Economia da Saúde, University of York, York, United Kingdom

**Afiliação:** Economista da Saúde, Exigo, Alhos Vedros, Portugal

### Sara Rabiais

**Formação:** Licenciatura em Probabilidade e Estatística, Universidade de Lisboa, Lisboa, Portugal

**Afiliação:** Bioestatísta, Exigo, Alhos Vedros, Portugal

### Valeska Andreozzi

**Formação:** Doutoramento em Engenharia Biomédica, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil

**Afiliação:** Investigadora Auxiliar, Departamento de Estatística e Investigação Operacional, Universidade de Lisboa, Lisboa, Portugal

### Marília Cristina de Sousa Antunes

**Formação:** Doutoramento em Probabilidades e Estatística, Universidade de Lisboa, Lisboa, Portugal

**Afiliação:** Professora Auxiliar, Departamento de Estatística e Investigação Operacional, Universidade de Lisboa, Lisboa, Portugal

### Patrícia Cortés de Zea Bermudez

**Formação:** Doutoramento em Probabilidades e Estatística, Universidade de Lisboa, Lisboa, Portugal

**Afiliação:** Professora Auxiliar, Departamento de Estatística e Investigação Operacional, Universidade de Lisboa, Lisboa, Portugal

### Nuno Sepúlveda

**Formação:** Doutoramento em Ciências Biomédicas, Universidade do Porto, Porto, Portugal

**Afiliação:** London School of Hygiene and Tropical Medicine, University of London, London, United Kingdom

**Maria Antónia Amaral Turkman**

**Formação:** Doutoramento em Probabilidade e Estatística, University of Sheffield, Sheffield, United Kingdom – Agragação pela Universidade de Lisboa, Lisboa, Portugal

**Afiliação:** Professora Catedrática, Departamento de Estatística e Investigação Operacional, Universidade de Lisboa, Lisboa, Portugal

**Kamil Feridun Turkman**

**Formação:** Doutoramento em Probabilidade e Estatística, University of Sheffield, Sheffield, United Kingdom – Agragação pela Universidade de Lisboa, Lisboa, Portugal

**Afiliação:** Professor Catedrático, Departamento de Estatística e Investigação Operacional, Universidade de Lisboa, Lisboa, Portugal

**Francisco Alexandre Saldanha da Gama Nunes da Conceição**

**Formação:** Doutoramento em Estatística e Investigação Operacional, Universidade de Lisboa, Lisboa, Portugal

**Afiliação:** Professor Auxiliar, Departamento de Estatística e Investigação Operacional, Universidade de Lisboa, Lisboa, Portugal

**José Luís Guerreiro Nunes**

**Formação:** Licenciatura em Gestão, Universidade Lusíada, Lisboa, Portugal

**Afiliação:** Revisor Oficial de Contas - Sócio, “Isabel Paiva, Miguel Galvão & Associados, Sociedade de Revisores Oficiais de Contas, Lda”, Lisboa, Portugal



*Auditoria ao sistema de pagamentos e de  
formação dos preços pagos às unidades  
hospitalares do Serviço Nacional de  
Saúde*



**Processo n.º 42/2010 - Audit**

**Relatório n.º 30/2011 - 2ª Secção**

**Volume III**

Visão

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





## ÍNDICE

<b>1. ALEGAÇÕES.....</b>	<b>5</b>
1.1. ADMINISTRAÇÃO CENTRAL DO SISTEMA DE SAÚDE, IP .....	5
1.2. ADMINISTRAÇÃO REGIONAL DE SAÚDE DO ALENTEJO, IP .....	39
1.3. CENTRO HOSPITALAR BARREIRO MONTIJO, EPE .....	41
1.4. CENTRO HOSPITALAR DA COVA DA BEIRA, EPE.....	43
1.5. CENTRO HOSPITALAR DE ENTRE O DOURO E VOUGA, EPE .....	55
1.6. CENTRO HOSPITALAR DE LEIRIA -POMBAL, EPE .....	57
1.7. CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA CENTRAL, EPE.....	61
1.8. CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA NORTE, EPE .....	65
1.9. CENTRO HOSPITALAR DE SETÚBAL, EPE .....	67
1.10. CENTRO HOSPITALAR DE TORRES VEDRAS.....	69
1.11. CENTRO HOSPITALAR DE TRÁS-OS-MONTES E ALTO DOURO, EPE.....	79
1.12. CENTRO HOSPITALAR DE VILA NOVA DE GAIA/ESPINHO, EPE .....	83
1.13. CENTRO HOSPITALAR DO ALTO AVE, EPE .....	89
1.14. CENTRO HOSPITALAR DO BAIXO VOUGA, EPE .....	91
1.15. CENTRO HOSPITALAR DO BARLAVENTO ALGARVIO, EPE .....	93
1.16. CENTRO HOSPITALAR DO MÉDIO AVE, EPE .....	99
1.17. CENTRO HOSPITALAR DO MÉDIO TEJO, EPE .....	101
1.18. CENTRO HOSPITALAR DO NORDESTE, EPE .....	107
1.19. CENTRO HOSPITALAR DO TÂMEGA E SOUSA, EPE .....	115
1.20. CENTRO HOSPITALAR PÓVOA DE VARZIM/VILA DO CONDE, EPE.....	117
1.21. CENTRO HOSPITALAR PSIQUIÁTRICO DE LISBOA .....	119
1.22. CENTRO HOSPITALAR TONDELA -VISEU, EPE.....	123
1.23. HOSPITAL DE CURRY CABRAL, EPE .....	125
1.24. HOSPITAL DE FARO, EPE .....	129
1.25. HOSPITAL DE MAGALHÃES LEMOS, EPE .....	133
1.26. HOSPITAL DE SÃO MARCOS – BRAGA .....	137
1.27. HOSPITAL DISTRITAL DA FIGUEIRA DA FOZ, EPE.....	153
1.28. HOSPITAL DISTRITAL DE SANTARÉM, EPE .....	155
1.29. HOSPITAL DO ARCEBISPO JOÃO CRISÓSTOMO – CANTANHEDE.....	165
1.30. HOSPITAL DO ESPÍRITO SANTO DE ÉVORA, EPE.....	167
1.31. HOSPITAL DO LITORAL ALENTEJANO, EPE .....	169
1.32. HOSPITAL JOSÉ LUCIANO DE CASTRO – ANADIA .....	171
1.33. HOSPITAL SANTA MARIA MAIOR, EPE.....	173
1.34. INSTITUTO DE OFTALMOLOGIA DR. GAMA PINTO – LISBOA.....	175
1.35. INSTITUTO PORTUGUÊS DE ONCOLOGIA DE COIMBRA FRANCISCO GENTIL, EPE.....	177
1.36. INSTITUTO PORTUGUÊS DE ONCOLOGIA DE LISBOA FRANCISCO GENTIL, EPE .....	179
1.37. INSTITUTO PORTUGUÊS DE ONCOLOGIA DO PORTO FRANCISCO GENTIL, EPE .....	185
1.38. MATERNIDADE DO DR. ALFREDO DA COSTA – LISBOA .....	187
1.39. UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DA GUARDA, EPE .....	191
1.40. UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE CASTELO BRANCO, EPE .....	195
1.41. UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO NORTE ALENTEJANO, EPE .....	199
<b>2. NOTAS DE EMOLUMENTOS.....</b>	<b>201</b>



## 1. ALEGAÇÕES

### 1.1. Administração Central do Sistema de Saúde, IP



ACSS - 11342 - \*11/JUN/24

Sua referência: DAVI Proc.n.º 42/2010 – Audit, de 06-06-11

Nossa referência: 71-2011-UAGRA

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

Cc ao Gabinete de S.Exa.o Ministro da Saúde

*Da entrada  
Da DAVI 2011-06-27 2011*

**Assunto:** Auditoria de resultados orientada à análise e avaliação do sistema de pagamentos e de formação dos preços pagos aos hospitais do Serviço Nacional de Saúde

Na sequência da recepção e apreciação do relato e respectivo anexo da Auditoria de resultados ao sistema de pagamentos e de formação dos preços pagos às unidades do Serviço Nacional de Saúde – Proc. N.º 42/2010, o qual agradecemos, e de acordo com o solicitado, cumpre-nos dar o nosso contributo para o esclarecimento de algumas considerações, relativamente à análise recebida e às conclusões que dela resultam e ainda quanto às recomendações constantes neste relatório preliminar.

#### 1. Análise e Conclusões (Capítulo 4)

Reconhece-se que o actual modelo de financiamento dos hospitais, que tem a sua génese em 2003, momento da criação de 31 hospitais sociedades anónimas com estatuto jurídico de empresa pública, se encontra desajustado da realidade actual. O modelo de financiamento tem sofrido alterações ao longo destes anos, ao nível do universo de instituições, de introdução de novas linhas de pagamento de actividade, muitas vezes descolados da filosofia inicial que fundamentou a construção do modelo. Precisamente atendendo aos desajustamentos do modelo, a ACSS promoveu em 2009 o estudo de revisão do modelo de financiamento, propondo a sua aplicação a partir do ano 2010 e iniciando um novo triénio contratual, de 2010 a 2012. A revisão passava, essencialmente, pela adopção de novos grupos de financiamento dos hospitais (grupos estes que traduziam a actualização das semelhanças encontradas entre instituições em termos de estrutura, complexidade e produção, atendendo às alterações entretanto sofridas no universo das instituições do SNS e a uma metodologia estatística mais robusta) e pela adopção de novos preços unitários de eficiência económica. O estudo de revisão teve por base toda a informação actualizada e disponível na ACSS, dados de produção e de custos. A revisão do modelo foi



Ministério da Saúde

Administração Central do Sistema de Saúde, IP

Av. João Crisóstomo, nº11 | 1000-177 Lisboa | Tel: 217 925 800 | Fax: 217 925 848

www.acss.min-saude.pt | E-Mail: geral@acss.min-saude.pt

1



apresentada superiormente e aprovada, tendo sido posteriormente suspensa pela tutela a sua aplicação conforme despacho do Senhor Secretário de Estado e Adjunto da Saúde de 10 de Fevereiro de 2010.

Já em 2010 este Instituto deu continuidade à actualização do estudo efectuado em 2009, actualizando os dados base do modelo, os métodos estatísticos de suporte aos grupos de financiamento e aos preços base do contrato-programa. Este estudo teve em conta os contributos transmitidos pelas instituições hospitalares e Regiões de Saúde, na altura da apresentação da revisão do modelo de financiamento ocorrida em 2009. Esta revisão foi apresentada superiormente, tendo sido proposta a sua colocação à discussão pública de modo a acolher um amplo consenso e a facilitar a sua aplicação, não tendo merecido contudo despacho superior.

Destes factos e da documentação suporte à revisão do modelo de financiamento foi dado conhecimento à equipa auditora do Tribunal de Contas. Não há, no entanto, referência à extensão e profundidade dos trabalhos promovidos pela ACSS, no âmbito das suas competências, com vista à necessária revisão do modelo de financiamento hospitalar, nem ao facto de a proposta de revisão já ter sido colocada a despacho superior por duas vezes, nos últimos anos. Também ao nível das tabelas de preços do SNS, da actualização de meios complementares de diagnóstico e terapêutica e introdução de novos agrupadores em Grupos de Diagnóstico Homogêneos (GDH) que reflectam de modo mais adequado os cuidados de saúde hospitalares, tem constituído preocupação deste Instituto o aprofundamento do seu estudo, a sustentação e documentação técnico-científica, tendo proposto a aquisição de serviços com vista a este fim.

Recordam-se os graves constrangimentos orçamentais e de contratação pública, dada a conjuntura económica do país, que não têm permitido concretizar este objectivo.

Por sua vez, os recursos humanos de que este Instituto dispõe são reconhecidamente insuficientes para levar a cabo todas as atribuições indicadas na Lei Orgânica da ACSS, particularmente, neste caso, a Unidade Operacional de Financiamento e Contratualização que tem apenas duas técnicas superiores do quadro da ACSS, estando uma afectada à facturação do contrato-programa e outra às auditorias da codificação clínica, de entre um total de apenas seis elementos do quadro (dois dos quais são assistentes técnicos, um deles ausente por baixa médica, dois são da área informática e as restantes duas técnicas superiores citadas). Também a contratação de recursos e dotação técnica adequada dos quadros de pessoal das instituições estão fortemente dificultadas pelas restrições orçamentais e pela legislação que suporta a tramitação concursal, não tendo a ACSS, pese embora todos os esforços desenvolvidos, e demonstrada a existência de lugares técnicos do seu quadro de pessoal da ACSS, obtido as necessárias autorizações para proceder a estes recrutamentos externos.

O facto de o relatório preliminar em apreço não ter em conta nenhum destes constrangimentos de contexto, que impedem, de facto, que haja um corpo técnico estável e estabilizado na UOFC, e portanto impede que um conjunto de trabalhos de actualização no domínio do financiamento hospitalar sejam levados a cabo de forma contínua e rotineira, causa alguma estranheza.

Como é evidente, constitui uma preocupação deste Instituto a actualização das metodologias que suportam os modelos de financiamento e de pagamento às instituições, no sentido de que contribuam para a melhoria da eficiência técnica e económica do Serviço Nacional de saúde.

Neste sentido, tem-se procurado obter, apesar dos constrangimentos já elencados, a validação científica das metodologias utilizadas, na componente estatística, no custeio e formação de preços e na contabilidade analítica através de consultoria externa.

Do Relato da Auditoria do Tribunal de Contas surpreende o facto de se parecer confundir a limitação de dotação orçamental para o SNS destinada ao financiamento, determinação dos preços e quantidades a contratar com deficiências do próprio modelo em si.

Também é surpreendente que o relatório preliminar parecer defender o facto de o modelo de financiamento e as tabelas de preços deverem apontar para a cobertura dos custos totais das instituições, mesmo que estas trabalhem com reconhecidos níveis de ineficiência. Parece revelar-se, igualmente, paradoxal o facto de se apresentarem razões favoráveis à escolha de modelos de financiamento mais agregados e mistos, com maior passagem de risco financeiro e de gestão para os prestadores (segundo a tendência internacional) e, portanto, promovendo um maior controlo da despesa orçamental a par da resposta adequada à prestação de cuidados de saúde, mas, em simultâneo, o mesmo relatório proponha o alargamento das linhas de pagamento e atomização das linhas de actividade do contrato-programa, numa lógica totalmente contrária à anterior e, neste caso, não favorecedora da eficiência económica e da responsabilização do prestador pela gestão.

Por sua vez, reconhece-se a importância de no SNS se reforçar o conhecimento das necessidades em saúde das populações, a par da determinação das capacidades instaladas e de recursos humanos das instituições do SNS, de modo a contribuir para a compra mais efectiva de serviços no âmbito do contrato-programa. Contudo, há que salientar o trabalho desenvolvido no âmbito da contratualização hospitalar, nomeadamente pelos Departamentos de Contratualização das ARS, no sentido de se reflectir anualmente nas negociações e nos contratos-programa a análise da procura expressa conhecida, através da análise de vários indicadores de necessidades em saúde e, em especial, das listas de espera de consulta e cirurgia e enquadramento no planeamento de cuidados de saúde de cada uma das Regiões de Saúde.



Finalmente, não se pode deixar de sublinhar a nossa grande preocupação com o facto de ao longo dos diversos capítulos do Relato desta Auditoria e no relatório anexo da empresa consultora subcontratada por esse Tribunal, ressaltar uma particular e insistente preocupação com o financiamento dos e o acesso aos medicamentos "inovadores", acentuando-se inúmeras vezes, a necessidade de, quer o modelo de financiamento quer as tabelas de preços do SNS, reflectirem uma maior abertura à introdução de medicamentos inovadores na área do ambulatório, mas sem que haja, no entanto, qualquer referência à necessidade de essa introdução estar sustentada e alicerçada na sua adequação às necessidades em saúde no âmbito do SNS, racionalidade técnica do ponto de vista da sociedade (e não apenas do interesse da indústria) e ainda do seu impacto financeiro (*affordability*) na Conta do SNS.

Ou seja, não só não se encontram referências à necessidade de a "inovação" ter que provar ser custo-efectiva para a sociedade, dado que, como se sabe, grande parte da "inovação" na área do medicamento não o é. Analise-se o trabalho produzido pelo *NICE – National Institute for Clinical Excellency*, no Reino Unido, para se obter uma ideia clara acerca do facto de grande proporção dos produtos inovadores que a indústria farmacêutica pretende que sejam comprados pelo NHS não provarem ser custo-efectivos.

Passando a referir **aspectos mais específicos** avaliados no âmbito do Relato de Auditoria de resultados ao sistema de pagamento e de formação dos preços pagos às unidades hospitalares do SNS:

#### **Agrupamento da actividade hospitalar em Grupos de Diagnóstico Homogéneo (Capítulo 4.4)**

O projecto de implementação dos Grupos de Diagnósticos Homogéneos (GDH) em Portugal resultou de um contrato na década de 80 entre o Ministério da Saúde português e a *U.S. Agency for Intermantional Development*. Para os estudos de adaptação do modelo americano à realidade portuguesa, nomeadamente no que se refere à codificação de episódios pela ICD-9-CM, à metodologia de adaptação da matriz do estado de Maryland (utilizada nos GDH dos E.U.A) à contabilidade analítica recolhida nos hospitais do SNS para o cálculo de custos e pesos relativos por GDH e à metodologia de cálculo dos limiares de excepção por GDH, este projecto contou com a consultadoria do Health Systems Management Group, sob direcção do Prof. Robert Fetter da Universidade de Yale, e da empresa norte-americana Solon Consulting Group Ltd, (entretanto adquirida pela 3M norte-americana), sob direcção do Prof. James Vertrees.

A ACSS tem a responsabilidade de proceder à revisão de pesos relativos, limiares de excepção e custos por GDH, de acordo com a metodologia definida aquando da implementação deste sistema, e ainda aos estudos de análise do impacto da introdução de novos agrupadores de GDH. Este trabalho tem como consequência final a publicação da tabela de preços nacional de GDH que, para além de suportar o

modelo de financiamento dos hospitais do SNS, serve de referência às instituições privadas prestadoras de cuidados de saúde. Tendo em conta a especificidade que a contabilidade analítica foi ganhando ao longo destes anos (e na ausência de outro sistema de apuramento de custos hospitalares utilizado transversalmente por todas as instituições do SNS), bem como a crescente complexidade dos agrupadores de GDH (que, com um número alargado de grupos e níveis de severidade, permitem um maior detalhe da produção hospitalar), a ACSS reconhece a importância de se rever e documentar convenientemente as metodologias criadas e que se encontram a ser utilizadas. Para desenvolvimento e efectivação deste trabalho, a ACSS encontra-se, precisamente, a aguardar autorização por parte do Ministério das Finanças para a adjudicação de serviços de consultoria numa empresa especializada, com exercício e conhecimento profundo do sistema de classificação de doentes em GDH e da matriz de Maryland, respectivo cálculo de pesos relativos e limiares de excepção e com a colaboração dos peritos que, na década de 80, colaboraram com o Ministério da Saúde na implementação dos GDH em Portugal.

#### **Definição dos limiares de excepção dos GDH (capítulo 4.6.2)**

Embora a análise apresentada no relatório a respeito do **cálculo dos limiares de excepção dos GDH** seja interessante e relevante, e seja de facto pertinente proceder-se à revisão da metodologia estatística para o seu cálculo, providenciando a sua validação, há que ter em atenção que um modelo de financiamento não resulta nunca da aplicação pura de metodologias estatísticas mas antes da sua adaptação tendo em conta os critérios e regras que se pretendem implementar de forma a modelar a produção das instituições, encaminhando-a para os objectivos pretendidos.

Neste sentido, as tabelas de preços publicadas nas Portarias 567/2006 de 12 de Junho (com as alterações introduzidas pela Portaria nº 110-A/2007 de 23 de Janeiro) e 132/2009 de 30 de Janeiro (com as alterações introduzidas pela Portaria 839-A/2009 de 31 de Julho), vieram dar resposta às orientações da tutela de se incentivar o internamento de curta duração em detrimento do de evolução prolongada, em face da elevada demora média que persiste no sistema hospitalar português por comparação com outros países com sistemas comparáveis. Orientação esta veiculada por outras medidas levadas a cabo pelo Ministério da Saúde, nomeadamente a criação em 2006 da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, que deve lidar com as situações de evolução prolongada, ou a nomeação em 2007 da Comissão Nacional para o Desenvolvimento da Cirurgia de Ambulatório (CNADCA) e emissão do respectivo relatório em 2008.

Se, numa primeira fase, esta estratégia passou pelo reforço do financiamento dos episódios de curta duração com uma maior valorização no cálculo do financiamento destes episódios, numa segunda fase



os valores a adoptar para os limiares inferiores foram determinados administrativamente, sendo impostos por entidades exógenas à ACSS. Disso é exemplo a fixação do limiar inferior dos GDH cirúrgicos com preço para ambulatório para 1 dia, de acordo com o determinado pela Comissão Nacional para o Desenvolvimento da Cirurgia de Ambulatório<sup>1</sup> ou da determinação do limiar inferior naquele mesmo valor noutros GDH como forma de incentivar a o internamento de curta duração.

Conforme se refere no relatório em análise, não é possível antecipar a influência no financiamento face à duração real do internamento. Contudo, tendo em atenção o facto de, actualmente, os episódios com tempo de internamento superior ao limiar inferior serem contabilizados como um doente equivalente (independentemente do tempo de internamento ser mais ou menos prolongado) e de 60% dos GDH terem o limiar inferior fixado em 1 dia pelas razões atrás enunciadas, prevê-se que esse impacto seja reduzido reportando-se a uma parte reduzida da produção hospitalar.

Não se entende assim a afirmação expressa no relatório *Não considerar a ocorrência de internamentos de duração mais elevada pode resultar num subfinanciamento para este tipo de internamentos* (ver pág. 31 do Relato). O modelo de financiamento, ao contemplar preços distintos em função dos limiares de tempo de internamento, pretende desincentivar os hospitais a adoptarem práticas clínicas que se traduzam em consumos de tempos de internamento excessivos/prolongados consoante o tipo de doentes (GDH). Não se trata portanto de um subfinanciamento destes episódios mas antes de não os considerar no cálculo dos limiares de excepção (tendo-se optado por outra modalidade de financiamento para estes episódios - a diária de evolução prolongada) de forma a poder incluir no intervalo de distribuição normal do tempo de internamento os episódios com tempos de internamento "típicos" de cada grupo de doentes, como estratégia para se fomentar uma produção mais eficiente e com qualidade, canalizando as situações de evolução prolongada para outro tipo de instituições especializadas nesses casos que não os hospitais de agudos. O modelo de financiamento não visa, obviamente, reembolsar os hospitais pelos custos em que incorrem, mas sim incentivar a adopção de práticas de gestão clínica adequadas e eficientes.

Acresce ainda ao facto da análise da metodologia de cálculo de limiares de excepção não poder ser realizada por comparação aos limiares instituídos uma vez esses limiares resultaram da análise de uma produção diversa e de critérios de fixação de limiares extra estatístico.

<sup>1</sup> Ver Comissão Nacional para o Desenvolvimento da Cirurgia de Ambulatório - Relatório Final – Cirurgia de Ambulatório, um modelo de qualidade centrado no doente, Outubro 2008.

#### **Agrupador AP-DRG 21.0 (capítulo 4.4.1)**

Relativamente ao estudo comparativo dos agrupadores de GDH afirma-se, na página 18 do relatório "*Não se tendo operado em tempo útil a referida mudança*". Porque razão não foi em "tempo útil"? A que se refere este tempo útil? O que é, neste âmbito, tempo útil? Apesar de não se entender a presente afirmação, esclarece-se que a proposta de nova tabela de preços com base no agrupador AP 21 foi remetida ao gabinete do Senhor Secretário de Estado da Saúde em Maio de 2005. Devido à mudança de governo, aquela proposta só mereceu aprovação em Maio de 2006, tendo sido publicada em Junho de 2006.

Mais adiante na mesma página refere-se (...) *decisão de apoiar a escolha do agrupador AP-DRG 21.0 em substituição do agrupador HCFA 16.0 sem, aparentemente, ter sido realizado um estudo comparativo destes dois agrupadores, pelo que passamos a esclarecer o seguinte:*

Para o agrupamento de episódios em GDH é utilizado no nosso país software específico desenvolvido pela 3M americana – o agrupador em GDH. Portugal não tem por isso qualquer responsabilidade ou input em termos de desenvolvimento da aplicação. Para efeitos de aquisição do referido software, Portugal encontra-se dependente da 3M em Espanha, representante da 3M americana para a Península Ibérica, só sendo possível a adopção em Portugal de versões comercializadas pela 3M espanhola (mesmo que nos EUA existam versões mais recentes). A versão All Patient DRG 21 corresponde à versão editada pela 3M americana a seguir à versão All Patient DRG 18, tendo ficado disponível através da 3M espanhola apenas em 2004.

A lógica de agrupamento subjacente aos agrupadores de tipo HCFA e de tipo All Patient (AP) é bastante diversa já que se destinam a populações distintas. O HCFA-DRG foi desenvolvido para a Health Care Financing Administration (actual Centers for Medicare and Medicaid Services), destinando-se a doentes do Medicare (doentes com mais de 65 ou mais anos), pelo que reflecte predominantemente as características daquela população mais idosa, e estando menos preparado para traduzir a especificidade de uma população mais jovem.

O agrupador de tipo All Patient foi desenvolvido a partir do agrupador original da Medicare (HCFA-DRG), destinando-se a agrupar informação relativa a todos os pacientes dos hospitais de agudos (all patient), e não só aos beneficiários do Medicare, tendo em conta a necessidade de existir um agrupador que reflectisse as características deste tipo de doentes. Assim se entende que a lógica subjacente aos algoritmos de agrupamento de informação nos dois tipos de agrupadores é bastante diferente.



No que se refere às versões de agrupadores do mesmo tipo, estas dizem respeito às versões editadas cada 1 de Outubro nos EUA e que reflectem as alterações subjacentes à versão da ICD-9-CM publicada na mesma data. Podem-se considerar como *upgrades*, integrando novos códigos. Pelo que, não é possível ter uma tradução efectiva da produção, quando se aplicam agrupadores de versões mais recentes a bases de dados que não estejam codificadas com a edição da ICD-9-CM.

A passagem de um agrupador tipo HCFA para um de tipo All Patient (com lógicas distintas de agrupamento da informação) carece, naturalmente, de um estudo comparativo onde se avalie, entre outras questões, a forma como a produção se distribui, a homogeneidade do tempo de internamento em cada GDH em cada agrupador e o decorrente impacto no financiamento dos hospitais. Entre agrupadores de génese distinta importa antes de mais avaliar o impacto na tradução da produção hospitalar da utilização de um algoritmo diverso, independentemente das versões de cada tipo de agrupador (desde que as versões de cada tipo de agrupador sejam próximas). Assim, a informação de suporte à decisão para adopção novo agrupador teve por base um estudo comparativo entre o agrupador utilizado no nosso país à data do estudo, o HCFA-16 e o agrupador disponível na 3M espanhola à data do estudo, o AP 18. Tendo sido obtida concordância para a introdução de novo agrupador em Maio de 2005, não foi de facto reproduzido o estudo comparativo entre tipos de agrupadores (agora com a versão AP 21) uma vez que se encontravam documentadas as poucas diferenças entre as versões AP 18 e AP 21 pela própria 3M americana e por se considerar que o estudo de impacto de mudança de tipo de agrupador já se encontrava medido. Foi contudo realizada comparação do impacto no financiamento dos hospitais do SNS entre a utilização da versão HCFA 16 e AP 21, conforme proposta de tabela de preços remetida superiormente em Maio de 2005 (cujo ofício resumo se anexa).

Pelo antes descrito se entende que nunca se fazem alterações apenas num número restrito de GDH, como é sugerido na pág. 32 do relatório da auditoria quando se diz "... *revela eventual necessidade de alteração da classificação actual destes GDH [25 GDH mais representativos].*" Antes se adopta um agrupador de GDH na sua totalidade.

#### **Medicamentos Inovadores (Capítulo 4.5.6.1)**

A ACSS não pode deixar de salientar que discorda do tipo de abordagem presente no relatório em análise onde se refere que a forma de financiamento da despesa com medicamentos limita a incorporação de "**medicamentos inovadores**". A adopção de medicamentos inovadores por parte das instituições de saúde deve obedecer a critérios clínicos, de análise custo benefício e cálculo de mais-valias dentro da restrição orçamental (e independentemente do modelo de financiamento adoptado) que

permitam aos Conselhos de Administração decidir sobre a adopção de determinada terapêutica com base na evidência clínica, não devendo a sua adopção ser garantida de forma cega apenas por um modelo de financiamento hospitalar (numa mera óptica de reembolso de custos).

Esta ideia é, aliás, sustentada no acordo celebrado entre o Governo e a Comissão Europeia, o Banco Central Europeu e o Fundo Monetário Internacional no Memorando de entendimento sobre condicionantes específicas da política económica que aponta para a definição de regras claras de prescrição de medicamentos de acordo com *guidelines* internacionais e no objectivo preconizado para a criação na estrutura do Ministério da Saúde, de uma Agência de Avaliação da Inovação Tecnológica. A limitação da incorporação de medicamentos inovadores "normalmente de custo elevado" (pág. 11 do Relatório) não é um aspecto necessariamente mau, na medida em que nem todos os medicamentos inovadores são, como é bem sabido, benéficos ou eficazes do ponto de vista do seu custo para a sociedade, ou mesmo ao nível individual (doente). É imprescindível a cuidada avaliação económica dessas inovações em termos de custo-efectividade e *affordability*.

Podemos, no entanto, aceitar o argumento que a redução dos preços globais definidos para as linhas de produção globais dos hospitais, no actual contexto de crise orçamental do país, não incentivará a entrada de medicamentos inovadores de custo elevado nas instituições hospitalares, ou seja indirectamente poderá haver um desincentivo à entrada desta "inovação", embora não por existirem "falhas" do modelo de financiamento hospitalar em si, mas sim pelo contexto de fortes restrições orçamentais em que vivemos e que são bem conhecidas do Tribunal de Contas.

Em todo o caso, é entendimento destes Instituto que não deverá ser criada uma linha de financiamento directa e autónoma dos medicamentos inovadores a adquirir pelos hospitais. Os medicamentos são uma componente da estrutura de custos dos hospitais tais como outras componentes, por exemplo os meios complementares de diagnóstico, os recursos humanos, que naturalmente estão sujeitos à inovação e à evolução do estado da arte, devendo ser incorporada na actividade normal dos hospitais, sendo que, faz parte das competências de gestão dos hospitais fazer opções sobre a inovação prioritária, dada a população que servem e os recursos financeiros de que dispõem. Por outras palavras, o modelo de financiamento deverá pagar, cada vez mais, produtos finais agregados e resultados em saúde, devendo os custos dos consumos intermédios ser tidos em conta no custo total no momento em que é comportada a formação do preço eficiente.

Assim, na pág. 15 do relatório da empresa consultora, não se entende quando se refere que "*O modelo de financiamento dos medicamentos de cedência hospitalar em ambulatório e dos medicamentos incluídos nos GDH de ambulatório carece de uma revisão, por forma a encontrar financiamento mais*



*adequado, sem prejuízo do acesso à terapêutica farmacológica mais adequada". A que GDH de ambulatório se referem? Pode-se assumir que sejam os de ambulatório médico? E dentro destes, os de Quimioterapia? Os custos com medicamentos disponibilizados em sessões de hospital de dia de quimioterapia e de imunoterapia antineoplásica, administrados por via intravenosa (únicos procedimentos codificáveis através da ICD-9-CM e geradores dos GDH de quimioterapia respectivos) foram considerados para o apuramento dos preços GDH de quimioterapia de ambulatório. Os medicamentos de toma oral, muitas vezes disponibilizados aos doentes para toma no domicílio, não se encontram considerados no preço daqueles GDH.*

A ACSS reconhece, portanto, que existem tratamentos com uma evolução difícil de acompanhar pelo contrato-programa e pelo modelo dos GDH, nomeadamente a introdução de medicamentos de quimioterapia oral que substituem as sessões de quimioterapia tradicionais, tendo por isso sido proposto na revisão do modelo de financiamento dos hospitais de 2009 uma abordagem específica para a área da oncologia, constituindo objectivo da UOFC a realização de estudo a partir da Base de Dados de GDH para conhecimento e aprofundamento da área da Oncologia, tendo já abordado a Coordenação Nacional das Doenças Oncológicas para colaboração e parceria neste estudo. Mas é sabido que o modelo de financiamento é prospectivo e com linhas de produção agregadas, sendo expectável que quando certos GDH não reflectem o custo total actual de certas terapêuticas, outros se encontrarão, expectavelmente, sobre-financiados, também em virtude de inovações técnicas em certos segmentos de tratamento, não devendo a análise ser demasiado casuística.

#### **Sistema de Custeio e comparação dos preços com os custos verificados nas unidades hospitalares do SNS (Capítulos 4.6.4.2 e 4.7.)**

Concordando com a necessidade de se obterem custos reais detalhados da actividade das unidades hospitalares do SNS, a ACSS instituiu o projecto-piloto Sistema de Custeio por Actividades dos Hospitais-SCAH, referido no relato, e está neste momento a desenvolver uma parceria com a Faculdade de Economia do Porto no sentido de se melhorarem as metodologias adoptadas no âmbito do Serviço Nacional de Saúde.

No entanto, qualquer metodologia de custeio adoptada, numa óptica de contenção orçamental e de prática de um modelo de financiamento que procure incentivar a eficiência, não poderá ter a pretensão de igualar os preços aos custos efectivos. Por esta razão, e por os preços por GDH serem um preço médio nacional, não podemos deixar de discordar do tipo de análise comparativa entre "preços fixados e custos verificados" constante do relato da auditoria no ponto 4.7.2. (pág. 40), onde se procede a uma

comparação entre os custos apurados por GDH no Sistema de Custeio por Actividade Hospitalar (SCAH) nas diferentes instituições e os preços dos mesmos, instituição a instituição. Além de nos parecer que este tipo de análise está à partida comprometida pela fragilidade dos resultados do estudo do SCAH (que revelou várias limitações metodológicas e condicionantes tão complexas na sua implementação que levaram ao abandono do projecto por parte do Ministério da Saúde) teria sido mais interessante, apesar de a amostra não ser representativa, efectuar-se o cálculo do custo médio apurado no SCAH por GDH para o total das instituições em estudo com os preços desses mesmos GDH, ressalvando-se sempre que, numa perspectiva de contenção orçamental e indução da eficiência, os preços não devem igualar os custos (tónica que, no entanto, nunca é dada ao longo do relatório). Ainda que se concluisse que a maioria dos GDH apresentava custos unitários superiores aos preços fixados (pág. 43), haveria que estimar que margem se deveria a ineficiências dos hospitais, e, dependendo disso, definir **preços que fossem incentivadores da redução dos custos unitários**, de forma a aproximá-los do valor dos preços e não preços que igualassem esses custos, o que enferma de um erro conceptual de base. Parece-nos ainda excessivo que se conclua peremptoriamente, tendo por base a informação de custeio do SCAH, que os hospitais da amostra do estudo *"estavam sobrefinanciadas no ano de 2009"* (pág. 45).

Entendemos, portanto, que o relatório não tem claramente presente a perspectiva da tutela accionista e do controle orçamental, respondendo antes às necessidades de financiamento acrescido expressas pelas instituições hospitalares.

Este facto é particularmente evidente na afirmação que *"o cada vez maior número de linhas de financiamento específico"* contribuem para a maior adequação do financiamento (pág. 11 do relatório, no ponto 4.1), ou na afirmação *"A maior especificação das várias rubricas do financiamento hospitalar contribui para a maior adequação do financiamento atribuído aos custos verificados nas várias unidades hospitalares"* (pág. 21), que carecem de fundamentação teórica, porque, quanto mais subdividida fosse a actividade hospitalar e paga atomizadamente, maior seria o incentivo para que se criasse orçamentos parcelares e que se tentasse incrementar o valor global de cada um desses orçamentos parcelares (de programas ou áreas de actividade específicas), correndo-se o risco de se perder a visão compreensiva da actividade hospitalar e a gestão do risco financeiro global que, em modelos de separação entre financiador e prestador, se pretende que passe, crescentemente, para o prestador, por forma a incentivar a sua gestão clínica eficiente

Nesse sentido, o "não pagamento" autonomizado de toda a actividade hospitalar, ou melhor, a inclusão do pagamento de alguma actividade (como por exemplo consultas não-médicas, cujo custo é tido em conta no momento da formação do preço no valor pago das linhas de produção principais, não é uma inferioridade conceptual do modelo de pagamento, mas antes uma opção alicerçada em teoria conhecida



da economia e gestão da saúde. A atomização da actividade a orçamentar poderia levar a que o modelo de financiamento se aproximasse excessivamente ou tendencialmente de uma lógica de modelo com características de "pagamento ao acto", e que se afastasse por isso de uma lógica de incentivos financeiros da eficiência hospitalar através do financiamento de unidades de pagamento mais compreensivas.

Nessa medida, julgamos também carecer de justificação o objectivo da auditoria "avaliar se os valores pagos às unidades hospitalares, no âmbito do contrato-programa, abrangem toda a actividade". No nosso entender, o actual modelo de financiamento enferma precisamente do facto de terem sido introduzidas linhas autónomas de financiamento, sem reavaliação dos custos e preços das já existentes. Foi aliás uma das razões que levou a ACSS a efectuar a revisão do modelo em 2009 e em 2010.

A nosso ver está também a assumir-se no relatório, como positiva, a contestação da "maioria das unidades hospitalares do Serviço Nacional de Saúde (dois terços)" (pág. 11 do relatório de auditoria) que há actividades que "não têm fonte própria de financiamento" (ver também pág. 20, ponto 4.5), e que consideram que deveriam ter fonte própria de pagamento. Essas actividades ou programas específicos, no actual modelo de financiamento, devem ser excepcionais. O conceito de "orçamento global" aplica-se não só ao orçamento do SNS como um todo, mas também ao orçamento de cada instituição hospitalar. Os princípios de incentivo financeiro da eficiência através da limitação a um valor global pré-determinado e conhecido, que serve para pagar toda a actividade anual, servem tanto ao nível nacional como ao nível institucional. E embora este conceito à partida limite financeiramente os hospitais, confere-lhes simultaneamente autonomia e responsabilidade pelas suas decisões de gestão. Um pagamento "por orçamentos parcelares" iria progressivamente limitar as opções estratégicas e operacionais dos órgãos de gestão dos hospitais, e, simultaneamente, tornando mais opaca a capacidade de avaliar o nível de eficiência dos hospitais, e a qualidade da sua gestão clínica, uma vez que se iria perdendo a visão de conjunto da actividade hospital e do percurso do doente e do aproveitamento de sinergias entre as várias áreas de actividade dentro do hospital.

No que respeita ao "*sobrefinanciamento*" da **Radioterapia**, referido na pág. 45 do relatório de auditoria, esta situação é reconhecida pela ACSS e por isso se encontra a ser reavaliado no âmbito do apuramento de custos junto das principais instituições (apuramento que aliás permitiu a algumas das instituições apresentarem custos para o presente relatório). No entanto, este *sobrefinanciamento*, reportado a custos de 2004, permitiu às instituições ganhar alguma diferenciação e investir, precisamente, em capacidade tecnológica renovada.

#### **Formação das condições contratuais: Quantidade e Preço (Capítulo 4.6.)**

Os benefícios esperados com o processo de empresariação dos hospitais do SNS estão dependentes de múltiplos factores endógenos e exógenos às instituições (nomeadamente do próprio facto do universo de hospitais EPE que, como se sabe, se foi alterando e alargando desde a criação dos primeiros hospitais SA em 2003), não estando reféns unicamente da tabela de preços do SNS (conclusão do relatório na pág. 58). Não invalida que não seja considerado um importante instrumento de gestão para os hospitais empresariação, mas não é menos importante a informação de custeio válida, e o cruzamento legítimo da informação dos dois instrumentos.

Na página 29 do relatório apenso, onde se afirma que *"os custos indirectos e directos contidos neste centro de custo (UCI) sobrepõem-se com os custos de outras rubricas"* esclarece-se que, (e tal como vem descrito na frase seguinte do mesmo relatório) para determinar o custo total da rubrica Radiologia, por exemplo, consideram-se todos os custos da conta C2030000 (Imagiologia) correspondentes aos serviços clínicos de internamento, excepto os da UCI e dos quartos privados. Quer isto dizer, que na rubrica Radiologia são considerados apenas os custos incorridos pelos serviços de internamento, não considerando as UCI. O internamento em UCI é tratado como centro de custo autónomo correspondendo a rubrica UCI ao total de custos deste centro de custos. Não existe por isso sobreposição de custos como se refere no relatório.

O reconhecimento por parte da equipa de auditores do Tribunal de Contas de que os GDH se limitam à actividade codificável em GDH, "não abrangendo áreas relevantes ... como a Consulta Externa, a Urgência e parte do Hospital de Dia" (pág. 25) oferece-nos os seguintes comentários: os GDH foram originalmente concebidos e desenvolvidos para classificarem a actividade do internamento hospitalar, e as várias versões de actualização dessa classificação, que vão sendo editadas, continuam a ter o internamento como objecto de agrupamento. Contudo, a evolução tecnológica verificada nos últimos anos, traduzida numa progressiva transferência da realização das práticas clínicas em regime de hospitalização, para o regime de ambulatório, nomeadamente na área cirúrgica, começou a exigir que os sistemas de classificação reflectissem essa realidade. Nesse sentido desenvolveram-se estudos, a nível internacional e nacional, para encontrar sistemas de *casemix* que explicassem a nova realidade hospitalar. Desenvolveram-se, assim, sistemas de classificação de doentes específicos para o ambulatório (onde se inclui a consulta externa, a urgência, e o hospital de dia). E testou-se inclusivamente durante alguns anos em Portugal a implementação no terreno, recorrendo a experiências piloto em alguns hospitais do SNS, do sistema GDA (Grupos de Doentes de Ambulatório, na altura o sistema mais recentemente desenvolvido nos EUA). A exigência, naquela época, de recursos para a adaptação dos sistemas de informação, a exigência de disponibilidade de tempo dos profissionais



envolvidos no processo de colheita de dados, bem como a diversidade dos tipos de actividade de ambulatório que o sistema abrangia (a actividade em consulta externa, por exemplo, é bem distinta da actividade da urgência), e que impunha que se encontrassem soluções de recolha e de codificação da informação diferentes, travaram politicamente a implementação do projecto. Paralelamente, em Portugal, estudou-se e experimentou-se a adaptação dos GDH à área da cirurgia de ambulatório (à semelhança da experiência da Irlanda), opção que passou a vigorar até hoje. Concluiu-se que o sistema de *casemix* GDH se ajustava a alguns tipos de episódios de cirurgia de ambulatório, que em tempos anteriores já haviam sido tratados em regime de internamento e daí se ter implementado, em 1998, os GDH de cirurgia de ambulatório. Além disso, o facto de os GDH serem um sistema já instalado e rotinado nos hospitais facilitava essa mudança. E com o tempo, foi-se alargando a classificação por GDH a outras áreas de actividade, como o ambulatório médico, e abrangendo progressivamente mais tipos de doentes (mais GDH). Continua e continuará a existir, contudo, **actividade de ambulatório não elegível para ser classificada pelos GDH**, e essa actividade careceria de sistemas de *casemix*, mas com outras características e desenvolvidos especificamente para o efeito. Da experiência anterior, sabemos que são sistemas que vão requerer tempo e recursos avultados e vontade política para serem implementados nos hospitais. Igualmente, não existindo um sistema de classificação de doentes que considere a produção específica das consultas externas e da urgência, que traduzam a complexidade dos doentes ali atendidos, não é possível a adopção de um *casemix* para este tipo de produção, conforme se sugere nas recomendações quanto ao sistema de financiamento.

As condições contratuais a fixar nos contratos-programa dos hospitais incluem duas componentes essenciais, particulares à realidade do sector de actividade da saúde, que o distingue de outros sectores de actividade: o ajustamento do preço (ou das quantidades "produzidas") pela casuística (*casemix*) de cada hospital, e o ajustamento pelo peso da estrutura nos hospitais (preços distintos por grupo de hospitais). Estas componentes permitem retratar positivamente no financiamento a **diferenciação global** de cada instituição em função da maior ou menor complexidade dos doentes tratados, que por princípio se reflecte também no correspondente maior ou menor consumo de recursos, tanto no internamento, como no ambulatório. Sugere-se a referência a essas componentes no ponto 4.6. " *Formação das condições contratuais: quantidade e preço*" do relatório da auditoria (pág. 28).

#### **Eficiência global da actividade hospitalar no SNS**

Não tendo tido, este Instituto, tempo para analisar adequadamente as premissas de aplicação da Análise Envoltória de Dados (DEA), nem acesso à informação base da mesma, gostaríamos de manifestar apreensão nalguns dados apresentados, uma vez que os resultados do estudo apresentam no universo

das instituições com "níveis de ineficiência baixos" (pág. 50) instituições que, mesmo por uma análise empírica dos dados, apresentam uma significativa ineficiência, ex.: Centro Hospitalar do Médio Tejo. Também não compreendemos a inclusão dos hospitais psiquiátricos na análise efectuada, mas pensamos que deverão ter sido contempladas as especificidades da produção destas instituições. De qualquer modo, os valores apresentados na análise por serem tão díspares necessitariam de tempo para serem interpretados convenientemente.

### Considerações gerais

Consideramos ainda que algumas outras afirmações do relatório de auditoria careceriam de explicação ou fundamentação adicional.

Assim, ao longo do documento refere-se que a "matriz de Maryland" consiste numa tabela de preços unitários", importando precisar que a mesma consiste numa tabela de **custos** unitários.

Na pág. 11 refere-se que "as regras definidas relativas à produção marginal, embora conceptualmente adequadas, têm contribuído, na prática, para a diminuição dos preços médios pagos (...), o que é uma consequência intencional, inevitável e evidente do facto dos preços da produção marginal serem inferiores aos da restante produção. Ou seja, se as regras de pagamento da produção marginal são conceptualmente adequadas e na prática visam contribuir para a diminuição dos preços médios, não se entende em que medida é tal facto digno de ser tecnicamente criticado.

A fixação de preços marginais tem implícita que a realização dos actos acima da produção base normal tem um custo marginal para a instituição pelo que, o preço a pagar deve reflectir também esse menor custo. Tem também implícita a ideia de partilha risco entre o comprador-pagador e a entidade contratada, para além de introduzir uma pressão maior no momento da definição do pacote de serviços base a contratar, de modo a assegurar no montante de financiamento o pagamento dos custos médios para a realização da actividade contratada.

Admite-se no entanto a conclusão de que a existência de uma limitação orçamental no SNS leve à necessidade de fixação de preços com um menor grau de cobertura dos custos médios das instituições por linha de actividade, aspecto que se tentou, mais uma vez, corrigir no estudo de actualização do modelo de financiamento efectuado em 2010.

Na pág. 16, por seu turno, é referido que "... a prospectividade do sistema é limitada pela existência de limites orçamentais anuais para o SNS,... bem como pela persistência do denominado valor de



*convergência...*” Não se entende o alcance técnico de como as limitações orçamentais condicionam a *prospectividade* dos modelos de financiamento.

Quanto ao valor de convergência, cada vez mais diminuto no financiamento das instituições, constitui uma componente do financiamento que deveria estar associado a planos de recuperação das entidades empresariais e de compromissos assumidos pelos Conselhos de Administração no sentido melhorarem a sua eficiência económica face ao universo das restantes entidades empresariais do SNS ou deveria apontar para um tratamento ou enquadramento diferente face às suas especificidades e dificuldades em relação às restantes instituições. Estes factores são mais determinados pelas opções da sua incorporação no modelo empresarial e de não avaliação ou reavaliação da sua capacidade para acompanhar e permanecerem neste modelo de gestão empresarial, do que determinantes da *“prospectividade”* dos modelos de financiamento.

Na pág. 17 é feita referência a *“Países como Portugal, Irlanda e Espanha optaram pela adopção ou adaptação mínima do agrupador norte-americano ...”* – Importa clarificar o significado de *“mínimo”*. A adopção/adaptação do agrupador norte-americano foi uma opção técnica de vários países que evoluíram para sistemas de financiamento hospitalar baseados em sistemas de classificação de doentes como os GDHs, pesados, precisamente, os custos e benefícios relativos que os trabalhos de adaptação, tecnicamente muito complexos, longos e financeiramente dispendiosos, que a alternativa acarretaria. Isto só evidencia que o caso português não é de todo uma excepção no panorama internacional e que em Portugal houve um alinhamento com as melhores práticas internacionais neste domínio.

Na pág. 20 é afirmado que *“Por outro, a actualização dos preços não tem merecido o devido rigor, não cumprindo o indicado na legislação em vigor ...”* Seria útil ser concretizado no relatório em que medida não se cumpre a legislação em vigor.

É importante esclarecer que, anualmente, são actualizados os preços-base do contrato-programa e do índice de *casemix* e efectuadas simulações de impacto financeiro, no sentido de apoiar a decisão superior que orientará, quer a determinação da **dotação orçamental** para a contratualização hospitalar quer as orientações do quadro de referência em que se desenvolve a contratualização de cada ano, actualização de preços ou não, de ICM ou a sua manutenção, de introdução de novas linhas de financiamento ou não, definição de áreas a privilegiar na compra de serviços a sustentar em sede de contrato-programa, etc. Como se compreende, as alterações introduzidas, no modelo empresarial do SNS e no modelo de financiamento, conjugadas com as limitações orçamentais na área da Saúde (pelas quais o modelo não é responsável), não têm permitido conjugar todas as alterações e concomitantemente actualizar anualmente preços e ICM do modelo de financiamento. Seria benéfico que fosse explicitamente

consagrado no relatório que limitações orçamentais não são originadas pelo modelo, mas sim que o modelo e as suas actualizações anuais têm, necessariamente, que se conformar às limitações orçamentais e às orientações da tutela neste domínio.

Relativamente à conclusão contida na pág. 20 do relatório de auditoria, "*Conclui-se que as mudanças ocorridas na organização e na gestão hospitalar não foram direccionadas para uma gestão com total autonomia, como se constata no sector privado, ...*", questionamos em que medida esta afirmação pode ser assumida como uma conclusão de uma auditoria ao **sistema de pagamento das unidades hospitalares do SNS**, parecendo-nos que a mesma consagra mais uma opinião do que propriamente uma conclusão com base na evidência constante no relatório. Permitimo-nos ainda sublinhar que os objectivos das entidades hospitalares empresarializadas do SNS não são, nem devem ser, coincidentes com os objectivos de exploração das entidades hospitalares do sector privado, embora, obviamente, as práticas de gestão pública devam inspirar-se no melhor das práticas de gestão privada no que toca à promoção da eficiência (social).

Na pág. 25 é referido "*...tendo as novas unidades sido adicionadas administrativamente aos grupos existentes, com eventual aumento da heterogeneidade de cada grupo*". Esta constitui uma das razões que levou a ACSS a proceder ao estudo de revisão e de actualização do modelo de financiamento hospitalar, de modo a refazer o estudo dos preços em função dos novos custos hospitalares.

Na pág. 29, no ponto 4.6.1-1 – "*Os dados relativos à execução dos CP de 2007 a 2009 não revelam qualquer tendência de aproximação das quantidades produzidas às quantidades contratadas, ou seja, a produção não parece ter sido limitada pelas metas quantitativas estabelecidas*". Referir que não há tendência de aproximação das quantidades produzidas às quantidades contratadas ou que a produção não foi limitada pelas quantidades contratadas mereceria demonstração de evidência por linha de actividade paga pelo contrato-programa. De qualquer modo, o modelo de financiamento ao limitar o pagamento às quantidades-base contratadas e ao limitar o pagamento de produção marginal a 10% (neste caso) assume claramente a transferência de risco para a entidade contratante.

Na pág. 31, seria importante que o Relato da auditoria concretizasse a "*verdadeira*" distribuição da duração do internamento referida.

Já na pág. 46 – "*Considera-se um hospital tecnicamente ineficiente quando obtém o mesmo nível de produção que outros hospitais mas utilizando proporcionalmente mais recursos*". Esta asserção parece respeitar apenas a quantidades, não contemplando a análise da complexidade e diferenciação respectivas.



Por fim, quanto ao constante nas págs. 59 e 60 - no que respeita à fase de contraditório do presente Relato, manifesta-se igualmente a nossa grande perplexidade quanto ao envio de todo o corpo do relatório preliminar e anexos à extensa lista de instituições indicadas, atendendo a que, por um lado, grande parte do relatório respeita estritamente a trabalho técnico, denso e complexo, da exclusiva responsabilidade e competência da ACSS, de impossível compreensão por um público não especialista no tema, e que, por outro lado, apesar de haver capítulos / temas especificamente relacionados com a inquirição/investigação das práticas das entidades hospitalares (no domínio, em especial, da contabilidade analítica), nenhuma das recomendações lhes é, paradoxalmente, dirigida, apenas sendo emitidas recomendações à Senhora Ministra da Saúde e ao Presidente do Conselho Directivo da ACSS.

Note-se ainda, que o relatório preliminar também foi remetido às Unidades Locais de Saúde, entidades não analisadas no âmbito desta auditoria (pág. 16, ponto 4.3.).

Permita-nos, portanto, V. Ex.<sup>a</sup> referir que consideramos que apenas os capítulos respeitantes à análise de custos e de eficiência global deveriam, porventura, ter sido enviadas às instituições hospitalares e, adicionalmente, que um conjunto de fortes recomendações neste campo lhes poderia ter sido dirigida, no sentido de melhorarem as suas práticas de gestão, conforme é sua obrigação legal.

## **2. Recomendações (capítulo 5 do Relatório de Auditoria)**

### ***Quanto às metodologias de apuramento de custos por GDH e de determinação dos limiares de demora média do internamento e escolha de agrupadores de GDH***

De acordo com o referido atrás, ACSS encontra-se a aguardar autorização por parte do Ministério das Finanças para a adjudicação de serviços de consultadoria duma empresa especializada, com exercício e conhecimento profundo do sistema de classificação de doentes em GDH e da matriz de Maryland, respectivo cálculo de pesos relativos e limiares de excepção e com a colaboração dos peritos que, na década de 80, colaboraram com o Ministério da Saúde na implementação dos GDH em Portugal.

### ***Quanto à Contabilidade Analítica***

Em relação às recomendações relativas à contabilidade analítica, as quais mereceram a melhor atenção, a ACSS pronuncia-se globalmente, nos seguintes termos:

**A. Do novo modelo de contabilidade de custos**

1. Em Março de 2011 foi deliberado pelo Conselho Directivo da ACSS o início do procedimento da contratação de serviços no âmbito da Contabilidade de Custos, após as autorizações que foram necessárias obter por parte do Ministério das Finanças que demoraram cerca de 2 meses.
2. Após toda a tramitação administrativa necessária, foi estabelecido, em Maio de 2011 um contrato com a Faculdade de Economia da Universidade do Porto (FEP.UP);
3. O projecto é composto pelas seguintes fases (em semanas):

Fases	Descrição	Objectivos	Duração
Fase I	Diagnóstico	Caracterização da situação actual e oportunidades de melhoria	15
Fase II	Plano de Acção	Elaboração de uma proposta de revisão do modelo actual ("novo modelo").	15
Fase III	Discussão do Plano	Envolver as instituições destinatárias do novo modelo e análise dos seus contributos	8
Fase IV	Modelo Final	Entrega do modelo final, com proposta de requisitos funcionais da solução tecnológica	4
<b>Total</b>			<b>42</b>

**Fase I – Diagnóstico – Caracterização da situação actual e oportunidades de melhoria**

Esta fase envolve a realização, pela equipa técnica da FEP.UP, apoiada e sob coordenação da ACSS, de:

- Uma análise à situação actual relativamente à natureza, processos de recolha, produção e transmissão, e qualidade, da informação de contabilidade analítica/custos enviada à ACSS para o cumprimento por esta das suas funções de avaliação, financiamento e controlo do desempenho económico-financeiro dos serviços e estabelecimentos do Serviço Nacional de Saúde;
- Uma proposta de linhas orientadoras para actuação futura, no sentido de um reforço da qualidade da informação, exibindo as características da fiabilidade e comparabilidade.

Os objectivos expressos para esta fase serão prosseguidos, no essencial, através da realização de um inquérito à totalidade dos hospitais SPA e EPE, complementado com um estudo mais aprofundado de um conjunto seleccionado destas Instituições. Em detalhe, o trabalho a realizar incluirá as seguintes etapas:

**a) Recolha de informação de base para a elaboração do inquérito e dos estudos subsequentes**

Esta etapa envolverá a análise de documentação relativa ao sector da saúde em geral e da informação de contabilidade analítica actualmente enviada à ACSS. Subsequentemente, será promovido um conjunto restrito de entrevistas piloto, semi-estruturadas, com actores ligados ao sector.

Pretende-se deste modo constituir uma base de conhecimento que permita a identificação dos aspectos a abordar no inquérito.

**b) Elaboração e envio do inquérito**

O inquérito incluirá um conjunto de questões fechadas, de resposta simples e objectiva, e facilitadoras da desejável comparabilidade entre respondentes, mas também algumas questões abertas, que permitirão identificar aspectos não previsíveis e/ou idiossincráticos. O envio do inquérito será realizado em conjunto com a ACSS, por via automatizada (disponibilização *online*), ao universo das Instituições objecto do estudo.

**c) Análise das respostas**

Esta fase, central no estudo, envolverá a análise de cariz quantitativo e qualitativo às respostas obtidas. Os resultados obtidos nesta fase serão alvo de uma primeira apresentação à ACSS, e permitirão identificar o conjunto de hospitais alvo de estudo mais aprofundado. Em princípio, tratar-se-á dos hospitais "extremos", isto é, por um lado, os que sejam representativos das melhores práticas e, por outro lado, os que manifestem maiores problemas em termos de recolha, produção e transmissão de informação da contabilidade analítica. Entende-se com efeito que serão estes os hospitais relativamente aos quais futuros esforços de melhoria se poderão revelar mais sensíveis. Em qualquer caso, o inquérito – e especialmente as respectivas questões abertas – poderão também indiciar outros critérios para selecção dos hospitais alvo de estudo.

**d) Realização dos estudos nos hospitais seleccionados**

Não sendo possível nem desejável definir *a priori* um número exacto, aponta-se para um estudo aprofundado de entre quatro a seis Instituições. As visitas envolverão a realização de entrevistas junto dos principais decisores dessas Instituições, no sentido de reforçar os resultados obtidos e de perceber a sensibilidade desses decisores relativamente a eventuais propostas de mudança.

Conforme objectivos acima expressos, o relatório integrará, essencialmente, duas grandes componentes:



- uma análise aos resultados obtidos através do inquérito e dos estudos aprofundados, e;
- uma identificação de linhas de evolução desejáveis no sentido de um reforço da qualidade da informação de contabilidade analítica enviada à ACSS para o cumprimento por esta das suas funções de financiamento, avaliação e controlo, que tenham em conta o diagnóstico elaborado e atendendo, nomeadamente, aos diferentes níveis de desenvolvimento, em cada Instituição, dos sistemas de contabilidade analítica, dos recursos humanos e técnicos disponíveis, bem como das práticas e da cultura de controlo.

**Fase II – Plano de Acção e elaboração de um projecto de manual de contabilidade de custos das entidades hospitalares**

Pretende-se nesta fase que, tendo em conta os resultados expressos no relatório de diagnóstico resultante da fase I, seja elaborado um projecto de **manual de contabilidade de custos** das entidades hospitalares, o qual deverá ser objecto de discussão pública, sendo disponibilizado a todas as instituições interessadas e às Administrações Regionais de Saúde (ARS).

### **Fase III – Discussão do Plano**

Esta é a fase de discussão pública, cujos objectivos consistem na comunicação do novo modelo, na recepção de contributos das entidades destinatárias e na promoção da sua aceitação.

Prevê-se a realização de sessões de apresentação e discussão em todas as ARS's – uma por ARS – sendo fundamental, como factor facilitador da mudança, a presença de dirigentes de alto nível, nomeadamente da ACSS e das ARS's, a acompanhar a equipa de projecto composta por membros da ACSS e da FEP.UP.

### **Fase IV – Modelo Final**

Fase em que será elaborado o modelo final de contabilidade de custos ("Manual de Custeio") amplamente debatido e aceite pelas instituições, e que permitirá a definição da solução tecnológica a implementar posteriormente no sentido do alcance dos objectivos do projecto, e a monitorização da adopção de boas práticas da responsabilidade das instituições hospitalares.

#### **B. Da nova metodologia de reporte mensal dos custos directos**

1. Independentemente da validade e pertinência das observações que o Tribunal de Contas refere nesta sua auditoria, a ACSS tem realizado frequentemente diversas iniciativas e melhorias de processo, no sentido de incrementar a fiabilidade da recolha e análise dos elementos analíticos das instituições do SNS, desde da informatização inicial deste processo (meados de 2004).
2. Até recentemente, estas acções melhorativas apenas têm tido impacto anual, visto o processo de recolha dos elementos analíticos ser também de periodicidade anual. Ora, a ACSS reconhece que é mais difícil incrementar de forma significativa a qualidade dos dados (bem como a eficiência processual do processo de envio, análise e retorno) quando estes apenas são analisados apenas uma vez por ano.
3. Assim, pretende-se incrementar a periodicidade de recolha de elementos analíticos, de uma forma muito significativa: todos os meses, serão recolhidos custos analíticos de todas as instituições hospitalares do SNS. Todavia, e porque a ACSS tem consciência de que nem todas as instituições estariam em condições de realizar apuramentos da contabilidade analítica com periodicidade mensal, apenas serão recolhidos os custos directos; ou seja, os balancetes da classe 9 em cada mês, associados aos respectivos centros de custos a que foram imputados quando do respectivo registo contabilístico, sem ter sido ainda realizada a distribuição dos custos indirectos.

4. Acresce que as diversas instituições hospitalares apresentam níveis de desagregação dos seus centros de custos muito diferenciados, bem como sistemas de codificação que nem sempre correspondem, de forma linear, aos códigos preconizados pelo PCAH (como o Tribunal de Contas reconhece na pág. 37 desta auditoria). Desta forma, foi necessário desenvolver um sistema de informação que possibilite equiparar os centros de custos utilizados pelas diversas instituições hospitalares do SNS, permitindo incrementar a comparabilidade de custos entre os hospitais.
5. Desta forma, e sem esforço adicional a realizar pelos hospitais, a recolha mensal de custos directos permitirá à ACSS implementar análises e indicadores com uma periodicidade bastante elevada (no fundo, todos os meses), dando feedback a estas instituições dos respectivos desvios, evoluções e outras métricas, proporcionando importantes oportunidades de melhoria contínua no registo e envio dos custos das actividades realizadas em cada instituição.
6. Neste momento, o novo sistema de informação para a recolha dos custos directos está já operacional em 3 instituições hospitalares, que o estão a utilizar para efeitos de experiência-piloto. É nossa convicção que esta experiência será bem-sucedida (temos já evidência concreta nesse sentido), prevendo-se que o processo seja replicado para todas as instituições do SNS a partir de Julho do ano corrente.
7. Como tal, e já durante o 2º semestre do ano corrente, serão implementados mecanismos de feedback da análise efectuada pela ACSS sobre os custos directos mensais remetidos pelas instituições hospitalares do SNS, permitindo uma melhoria significativa no registo, codificação, análise interna e remessa dos custos nas próprias instituições.
8. Estas melhorias, nos processos mais basilares da gestão económico-financeira das instituições (trata-se da identificação e registo do custo), permitirão que outras medidas – algumas das quais também identificadas nesta auditoria – possam também ser implementadas, sem que sejam postas em causa pela fraca composição dos alicerces em que assentam; por outras palavras, se o registo e imputação do próprio custo não tiver a qualidade desejável, medida pela ACSS de forma mensal, de nada serve o acompanhamento de indicadores analíticos mais detalhados e/ou avançados.

Ao contrário do que refere o projecto de relatório do Tribunal de Contas, a escassez de análise não deriva de qualquer menor importância que a ACSS reconheça a esta área mas sim à inexistência de pessoal técnico no quadro de pessoal da ACSS em número suficiente para desempenhar com profundidade todas as tarefas que lhe estão cometidas.



Não obstante, a ACSS reconhece como pertinentes, na globalidade, no que respeita à contabilidade analítica, as recomendações realizadas pelo Tribunal de Contas, sendo de realçar os avanços em curso, conforme secção B acima, e os preconizados, conforme secção A, tendo em vista o seguinte resultado: a informação sobre custos (obtida através de um sistema de Contabilidade de Custos) deve ser tempestiva, fiável e comparável, o que lhe permite ser útil para efeitos de Gestão, nomeadamente para efeitos de planeamento, controlo, financiamento e contratualização e tomada de decisão.

Todavia, importa realçar que o sucesso destes projectos depende do envolvimento e responsabilização das entidades abrangidas, que devem ser as primeiras interessadas em terem implementados sistemas de contabilidade de gestão, pelo que julgamos que no Relatório Final do Tribunal de Contas deveria conter uma recomendação também às instituições nesse sentido específico, sendo surpreendente que tal não se verifique, conforme foi referido anteriormente.

#### **Quanto ao sistema de financiamento**

Como referido anteriormente, em 2010, este Instituto deu continuidade ao estudo de actualização do Modelo de Financiamento Hospitalar, actualizando os dados base do modelo, os métodos estatísticos de suporte aos grupos de financiamento e aos preços base do contrato-programa.

Este estudo teve em conta muitas dos aspectos reflectidos pelas instituições hospitalares e Regiões de Saúde, no momento da apresentação da revisão do modelo de financiamento ocorrida em 2009. Esta revisão será, de novo, apresentada superiormente, com vista à sua discussão pública e posterior aplicação no momento que a tutela decidir oportuno.

Sem prejuízo das recomendações do Tribunal de Contas, há um conjunto de passagens no relatório que sugerem também a necessidade da emissão de recomendações para as seguintes entidades (e não sendo as referências abaixo exaustivas, mas meramente exemplificativas):

#### **a) ARS**

##### **Avaliação das necessidades de saúde da população**

- Pág. 11, ponto 4.1.: "A sua capacidade de induzir a eficiência das unidades hospitalares, é limitada... e por uma insuficiente avaliação das necessidades de saúde da população."
- Pág. 16, ponto 4.3.: "... insuficiente avaliação das necessidades de saúde da população..."

## b) Unidades Hospitalares

### Informação de Gestão

- Pág. 11, ponto 4.1.: "A sua capacidade de induzir a eficiência das unidades hospitalares, é limitada... e pela ausência de informação completa e fidedigna sobre os custos efectivamente associados às várias actividades das unidades hospitalares...."
- Pág. 12, ponto 4.1., informação de suporte: a Contabilidade Analítica: "A nível de cada unidade hospitalar, ...a contabilidade analítica não é utilizada como instrumento de gestão..."
- Pag.35, ponto 4.6.4.1.: " ao nível de cada unidade hospitalar ...a contabilidade analítica não é utilizada como instrumento de gestão..."

### Utilização de recursos

- Pág. 13, ponto 4.1, Financiamento, Custos e Ineficiência: " Considerando que parte substancial das ineficiências encontradas são relativas a excesso de utilização de recursos (ineficiência técnica), então com ganhos de eficiência técnica será eventualmente possível diminuir o custo total nos hospitais mais ineficientes, com redução da diferença verificada entre financiamento e custos."
- Pág. 14, ponto 4.1.: "importa, assim, que os hospitais públicos, especialmente os menos eficientes, promovam medidas concretas de redução dos seus custos de estrutura."

"Tendo em conta a previsível necessidade de redução de transferências orçamentais para o SNS no curto prazo...a aproximação entre o financiamento e os custos...ser assegurada pela redução dos custos operacionais..."

Em conclusão, espera-se que, de acordo com a missão e atribuições deste Instituto (DL n.º 219/2007 de 29 de Maio, DR, 1.ª série, n.º 103 de 29 de Maio de 2007), tenha podido resultar claro que partilhamos com o Tribunal de Contas as preocupações de sustentabilidade dos modelos de financiamento de modo a induzir eficiência no SNS, e reitera-se o nosso compromisso, exposto anteriormente, de técnica, cientificamente e na medida das capacidades da ACSS, se dar continuidade ao aprofundamento dos estudos, à melhoria da documentação e suporte informático que sustentam as metodologias de



apuramento de custos, de aferição de preços, e à actualização do modelo de financiamento, com vista à prossecução de objectivos de melhoria da eficiência no Serviço Nacional de Saúde.

Com os melhores cumprimentos, *em* *Manuel Teixeira*.

*Manuel Teixeira*  
Manuel Teixeira  
(Presidente do Conselho Directivo)

DGTC 27 06'11 11939





À Consideração Superior

**Assunto: Proposta de Actualização da Tabela de Preços do Serviço Nacional de Saúde (SNS)**

**1. Introdução**

O artigo 25º do Estatuto do Serviço Nacional de Saúde, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 11/93, de 15 de Janeiro, determina que os preços a cobrar pelos cuidados prestados no quadro do SNS sejam estabelecidos por portaria do Ministro da Saúde tendo em conta os custos reais e o necessário equilíbrio de exploração. Cabe a este Instituto apresentar a proposta de preços a praticar pelas instituições e serviços integrados no SNS.

Os preços fixados pela Portaria n.º 132/2003, de 5 de Fevereiro, encontram-se desajustados face aos custos reais, importando, assim, proceder à actualização da tabela de preços a cobrar pelo SNS, de modo a concretizar a repartição da responsabilidade pelos encargos com cuidados de saúde prevista no artigo 23º do referido Estatuto.

**2. Enquadramento**

As alterações registadas no financiamento dos hospitais do SNS com a introdução do Contrato-Programa e o reconhecimento das vantagens na uniformização da metodologia de pagamento dos cuidados prestados pelos mesmos conduziu, no estudo que suporta a tabela de preços proposta, à aproximação do modelo de pagamento dos terceiros pagadores nos cuidados diferenciados, designadamente na área da urgência e hospital de dia oncológico. A aproximação das duas filosofias (pagamento por pacote ou por acto) na consulta externa, hospital de dia e serviço domiciliário deverá, em nosso entender, ser



gradual, uma vez que não se encontra disponível toda a informação necessária para medir o impacto das alterações a propor. Assim, propõe-se que a tabela a aprovar contemple já o pagamento dos cuidados prestados no Serviço de Urgência por pacote, sendo o respectivo preço ajustado por grupo, de acordo com os grupos de estrutura construídos para efeitos de pagamento dos cuidados prestados no âmbito dos contratos-programa (produção da responsabilidade financeira do SNS).

A proposta de convergência dos modelos de pagamento do SNS e de terceiros pagadores justifica a opção de utilização, no estudo efectuado, da produção total dos hospitais, em vez da produção da responsabilidade financeira exclusiva de terceiros pagadores, para se obter informação mais abrangente do impacto da tabela que for aprovada quer junto de terceiros pagadores quer do SNS.

### **3. Tabela de Preços por GDH**

A classificação dos doentes tratados em internamento na rede hospitalar do SNS em Grupos de Diagnósticos Homogêneos (GDH) permite medir a produção e financiar as instituições. Assim, o financiamento dos hospitais encontra-se estreitamente relacionado com o sistema de classificação utilizado. O agrupador utilizado actualmente (HCFA versão 16.0) não é suficientemente discriminatório do grau de complexidade dos casos tratados em internamento no nosso país, não diferencia adequadamente certas complicações e categorias de doentes.

A nova versão do agrupador em GDH, All Patients DRG, versão 21.0 (AP 21), desenvolvido nos EUA, apresenta mais 169 GDH do que a versão em vigor, num total de 669 grupos, e permite uma classificação da produção mais consentânea com o seu grau de complexidade. O acréscimo do número de grupos revela-se inquestionavelmente interessante, uma vez que permite uma maior homogeneidade do ponto de vista clínico e do consumo de recursos em cada um dos grupos considerados.

h



A mudança de agrupador foi autorizada por despacho do Senhor Ministro da Saúde de 31 de Maio de 2004, na sequência da proposta apresentada pelo IGIF, suportada pelo estudo que integra o Anexo 1.

A introdução do novo agrupador implicou a estimação de custos por GDH. O Anexo 2 contempla a metodologia utilizada para estimar os custos por GDH. Para este trabalho contou-se com a participação de peritos médicos de várias especialidades médicas e cirúrgicas que colaboraram na avaliação das Grandes Categorias de Diagnóstico (GCD) 5 - Doenças e Perturbações do Aparelho Circulatório; GCD 6 – Doenças e Perturbações do Aparelho Digestivo; GCD 7 – Doenças e Perturbações do Sistema Hepatobiliar e Pâncreas; GCD 8 – Doenças e Perturbações do Sistema Osteo-muscular e Tecido Conjuntivo; GCD 10 – Doenças e Perturbações Endócrinas Nutricionais e Metabólicas e GCD 17 – Doenças e Perturbações Mieloproliferativas e Mal-diferenciadas.

Com o intuito de incentivar a prestação de cuidados em ambulatório, alargou-se o leque de situações pagas em ambulatório, por GDH. Procedeu-se igualmente a uma valorização mais adequada dos episódios de internamento de curta duração. Dando um sinal na mesma direcção, eliminou-se o pagamento suplementar dos episódios com tempo de internamento entre os limiares superior e máximo de cada GDH. Esta abordagem metodológica visa pagar melhor os episódios de curta duração e desincentivar o prolongamento indevido dos internamentos.

Por último, procedeu-se ao estudo para actualização do preço-base da tabela dos GDH, medindo-se o impacto financeiro da mudança de agrupador, das novas regras de pagamento dos episódios normais e de curta duração bem como dos diferentes preços utilizados. Efectuaram-se quatro simulações com diferentes preços-base: Hipótese 0 considerando o preço-base de 2.129,44€ (preço-base da tabela de preços em vigor) - representa um decréscimo de financiamento desta área na ordem dos 5,8%; Hipótese 1 considerando o preço-base de 2.342,38€ (preço-base dos contratos-programa de 2005) - corresponde a um acréscimo de financiamento de 3,6%; Hipótese 2 considerando o

h





preço-base de 2.490€ - corresponde a um acréscimo de financiamento de 10,1% e a Hipótese 3, com o preço-base de 2.626,8€ (custo-base nacional por doente equivalente em 2003) - representa um acréscimo de financiamento na ordem dos 16,2% (Anexo 3).

Como já foi referido, as situações relativas a tratamentos realizados em ambulatório com aplicação de próteses (Cardiologia, Gastroenterologia, Nefrologia, etc.) e as situações que não têm sido codificadas por inexistência de códigos na versão em vigor da Classificação Internacional de Doenças - 9.ª Revisão - Modificação Clínica (por exemplo *stents* revestidos a fármaco), para as quais se apresenta preço,, não foram contempladas no estudo de impacto, face à tabela em vigor. O mesmo acontece com as alterações introduzidas a nível do pagamento dos tratamentos de Quimioterapia e de Radioterapia.

#### **4. Tabela de Actos e Procedimentos**

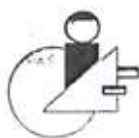
Para a actividade de ambulatório não facturada com base no sistema de classificação de doentes, procedeu-se ao aperfeiçoamento das nomenclaturas e actualização de preços das diferentes especialidades (Anexos 4 e 5).

De destacar nesta área a proposta de redução de um número significativo de preços por procedimentos realizados em hospital de dia e a proposta de pagamento por pacote para os atendimentos em urgência. Propõe-se ainda, que para os atendimentos em urgência que resultem em internamento apenas haja lugar à facturação do episódio de internamento, tendo este início com a admissão ao Serviço de Urgência.

#### **5. Regulamento das Tabelas de Preços das Instituições e Serviços Integrados no Serviço Nacional de Saúde**

O regulamento de facturação que integra o Anexo 6 sofreu as modificações resultantes da incorporação das alterações já referidas. Procurou-se também clarificar algumas

f



regras de facturação que têm colocado dificuldades de interpretação e de aplicação aos hospitais, as quais poderão ser analisadas pela comparação entre textos de portarias (Anexo 7).

## 6. Conclusão

Dos estudos efectuados com vista à preparação da proposta de Tabela de Preços do SNS destacariamos, na área do **internamento**, a mudança de agrupador em GDH que implica a actualização da Classificação Internacional de Doenças - 9.ª Revisão - Modificação Clínica; um melhor pagamento dos internamentos de curta duração simultaneamente com um pagamento menos atractivo dos episódios de longa duração.

Das simulações efectuadas, a **Hipótese 1** parece reunir as melhores condições para aprovação superior, uma vez que acarreta um impacto global sustentável quer para o SNS quer para terceiros pagadores.

No **ambulatório**, procedeu-se ao alargamento da lista de preços de GDH de ambulatório, dando cobertura a tratamentos médicos com aplicação de próteses, a tratamentos de quimioterapia e de radioterapia; introduziu-se o pagamento por pacote na urgência, sendo o preço ajustado por grupos de hospitais. Os preços propostos são os constantes nos contratos-programa de 2005 dos hospitais do SNS. Fixou-se um preço único para a consulta médica, independentemente da instituição prestadora; criou-se um preço de consulta para outros profissionais e reduziu-se o leque de actos e procedimentos a pagar isoladamente, como resultado do pagamento por pacote na urgência e da agregação de alguns actos.

Atendendo à necessidade de adaptação dos sistemas informáticos, dos impressos de recolha de informação, de formação de pessoal e, eventualmente, de ajustamento de alguns circuitos, propõe-se que haja um intervalo de, aproximadamente, dois meses entre



Ministério da Saúde

**IGIF**

Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde

a publicação da Portaria e a sua entrada em vigor e que esta coincida, de preferência, com o primeiro dia do mês.

Lisboa, 19 de Maio de 2005

O Presidente do Conselho de Administração

(José Taborda Farinha)

## Tabela de Preços por GDH

### Simulação de Encargos

De forma a medir o impacto da tabela de preços proposta para a actividade a facturar por GDH, foram efectuadas quatro simulações tendo em conta os seguintes pressupostos:

- Utilização da produção realizada, em 2003, pelos hospitais do SNS, constante na base de dados nacional dos GDH, classificada segundo os agrupadores HCFA 16 e AP 21;
- Hipótese 0: preço-base de 2.129,44€ (preço-base da tabela em vigor - Portaria n.º 132/2003);
- Hipótese 1: preço-base de 2.342,38€ - superior em 10% ao preço-base da tabela em vigor (preço-base dos contratos-programa de 2005);
- Hipótese 2: preço-base de 2.490€ - 17% acima do preço-base da tabela de preços em vigor;
- Hipótese 3: preço-base de 2.626,8€ - 23% acima do preço-base da tabela de preços em vigor (custo-base da produção do SNS em 2003).

	Preço-Base Nacional (euros)	Internament Doentes Equivalentes	Valor Internamento (euros)	Episódios Ambulatório	Valor Ambulatório (euros)	Valor Total (euros)	Impacto	
							Valor (euros)	%
HCFA 16	2.129,44	876.985	2.018.955.365	63.107	54.532.318	2.065.487.683	-	-
Hipótese 0	2.129,44	880.612	1.871.168.449	64.655	73.825.407	1.944.993.855	-120.493.828	-5,8%
Hipótese 1	2.342,38	880.612	2.058.281.778	64.655	81.207.808	2.139.489.587	74.001.904	3,6%
Hipótese 2	2.490,00	880.612	2.187.997.519	64.655	86.325.636	2.274.323.155	208.835.472	10,1%
Hipótese 3	2.626,80	880.612	2.308.205.575	64.655	91.068.346	2.399.273.921	333.786.238	16,2%



A Hipótese 0 representa o impacto da mudança de agrupador. A alteração do agrupador, para a produção base utilizada, resultaria num impacto negativo na ordem dos 5,8%. Este fenómeno explica-se pelo facto de, com um maior número de GDH, termos melhorado a coerência/homogeneidade dos grupos, o que se traduz num pagamento mais adequado das situações mais consumidoras de recursos. No sistema em vigor, em que os grupos são menos homogêneos do ponto de vista clínico e de consumo de recursos, os preços médios dos GDH pagam melhor situações menos consumidoras de recursos que se encontram agrupadas com as mais consumidoras e vice-versa.

A utilização do preço-base da Hipótese 1 (2.342,38€) representaria, tendo em conta a produção de 2003, um acréscimo da despesa, quer para os terceiros pagadores quer para o SNS, na ordem dos 3,6%.

O preço-base da Hipótese 2 (2.490€) significaria, a manter-se fixa a produção, um acréscimo de 10,1% dos encargos com o internamento e ambulatório contemplado.

A aprovação do preço-base da Hipótese 3 (2.626,8€), que corresponde ao custo-base de 2003, implicaria um acréscimo de 16,2% dos encargos com a produção em análise.

De salientar que as simulações efectuadas não contemplam, por inexistência da informação necessária, o impacto de algumas alterações nomeadamente no que diz respeito aos *Procedimentos cardiovasculares percutâneos com stent não tunelizado. com Enfarte Agudo do Miocárdio* (GDH 853) e *Procedimentos cardiovasculares percutâneos com stent tunelizado sem Enfarte Agudo do Miocárdio* (GDH 854). A colocação de um *stent* daquele tipo implica a utilização de um código da CID-9-MC que não existe na versão em uso nos hospitais.

A produção efectuada em hospital de dia de Quimioterapia não tem sido objecto de codificação e classificação em GDH, propondo-se que passe ser paga de acordo com o preço apurado para ambulatório para o GDH 410 – Quimioterapia. Em 2003, os hospitais do SNS realizaram 118.776 sessões de Quimioterapia. O impacto desta alteração não se encontra medido e reflectido no montante total apresentado. Não se encontra igualmente medido o impacto dos tratamentos de Radioterapia em ambulatório.

## 1.2. Administração Regional de Saúde do Alentejo, IP



ARSA SAIDA 17-6-11 9747

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

**CONFIDENCIAL**  
**Correio Registado**

**DA VI**  
**Processo n.º 42/2010-AUDIT**

**Sua referência: 8359**

**Sua comunicação de: 6 de Junho de 2011**

Reg. ARSA n.º 11518, de 07 Jun 11

**Assunto:** Auditoria de resultados ao sistema de pagamentos e de formação dos preços pagos às unidades hospitalares do Serviço Nacional de Saúde

Na sequência da notificação para pronúncia que foi apresentada no Processo em referência, designadamente do Relato de Auditoria, no que concerne às suas conclusões e recomendações, a Administração Regional de Saúde do Alentejo, IP manifesta junto de V. Ex.ª a sua concordância genérica em relação ao teor das mesmas e vem informar, conforme solicitado, o seguinte:

1. Em aditamento ao que consta no ponto 4.6.1. (pág. 28 e 29) do Relato e ao que foi informado no n.º ofício n.º 20330, de 13/12/2010, no âmbito das atribuições da ARS em matéria de contratação de produção com os Hospitais da Região e no que respeita ao levantamento de necessidades de saúde da população, além da fonte de informação ter origem nas listas de espera para as primeiras consultas e para as cirurgias programadas, a ARS Alentejo definiu o perfil de saúde da população da Região Alentejo, que se encontra disponível no *site* institucional e cujo contributo ao nível do planeamento em saúde se espera que venha a repercutir numa alocação mais eficiente e com mais qualidade de recursos.



Ministério da Saúde

Rua do Cícero, 18 - Apartado 2027 | 7001-901 Évora  
Tel. 266 758 770 Fax. 266 735 868  
e-mail. ars@arsalentejo.min-saude.pt

2. No ponto 4.7.2.4. (pág. 44), de notar que a Unidade de Radioterapia do Hospital do Espírito Santo, EPE iniciou funções apenas em Setembro de 2009.

Com os melhores cumprimentos,

O Conselho Directivo

/SS - AC1  
17 Jun, 11



*Maria da Conceição Margalha*  
Vogal do Conselho Directivo

DGTC 20 06'11 11528

## 1.3.Centro Hospitalar Barreiro Montijo, EPE

CENTRO HOSPITALAR  
BARREIRO MONTIJO, E.P.E.



Ministério da Saúde  
Administração Regional de Saúde  
de Lisboa e Vale do Tejo

16. JUN 11 004881

Ao Tribunal de Contas  
Direcção Geral  
Auditor Coordenador  
Dr. José António Carpinteiro  
Av. Barbosa du Bocage, nº 61  
1069-045 LISBOA

Data: 16/06/2011

**ASSUNTO: Auditoria de resultados ao sistema de pagamentos e de formação dos preços pagos às unidades hospitalares do SNS – Refº processo nº 42/2010/AUDIT**

Exmo. Sr. Auditor Coordenador

Recebemos o Relatório da Auditoria identificada em epígrafe e congratulamo-nos com as referências feitas ao Centro Hospitalar Barreiro Montijo, EPE, bem como com os resultados e recomendações realizados.

Estamos ao dispor para quaisquer esclarecimentos adicionais,

Com os nossos melhores cumprimentos,

O CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO

DGTC 21 06'11 11695

Dr.ª Nina de Sousa Santos  
Vogal do Conselho de Administração



## 1.4. Centro Hospitalar da Cova da Beira, EPE



Exm. Senhor  
Auditor Coordenador  
Dr. José António Carpinteiro  
Tribunal de Contas  
Av. Barbosa Du Bocage, 61  
1069-045 Lisboa

Registada com aviso de recepção

<i>Sua referência</i>	<i>Sua comunicação</i>	<i>Nossa referência</i>	<i>Data</i>
Proc. n.º 42/10	06/06/2011	N.º P.º	

**ASSUNTO:** Auditoria de resultados ao Sistema de Pagamentos e de Formação dos Preços Pagos às Unidades Hospitalares do Serviço Nacional de Saúde

Exmos. Senhores Auditores

Na sequência da notificação referida em epígrafe, por nós recepcionada em 8 de Junho, junto enviamos a pronúncia do Centro Hospitalar Cova da Beira, E.P.E. da qual solicitamos junção ao processo acima mencionado.

Com os melhores cumprimentos,

O Presidente do Conselho de Administração

(Dr. João José Casteleiro Alves)

Junta: 5 Anexos

BGTC 28 06\*11 12021



## **Auditoria de resultados ao Sistema de Pagamentos e de Formação dos Preços Pagos às Unidades Hospitalares do Serviço Nacional de Saúde**

### **Alegações do Centro Hospitalar Cova da Beira, E.P.E.**

Na sequência da notificação de V. Ex. as, com o objectivo de dar cumprimento aos 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, Auditoria do Tribunal de Contas Processo nº 42/2010 e em sede de contraditório, vêm o Conselho de Administração do Centro Hospitalar Cova da Beira E.P.E., apresentar as suas alegações em resposta às conclusões e recomendações relatadas, bem como, à análise de eficiência da nossa unidade hospitalar, o que faz nos seguintes termos:

#### **Enquadramento Geral**

O Centro Hospitalar da Cova da Beira, EPE, é uma Instituição prestadora de cuidados de saúde, de investigação e de ensino, que reflecte a escassez de recursos humanos altamente qualificados no campo da medicina, motivada pela sua inserção numa zona geográfica de interior.

De salientar que a existência de algumas especialidades altamente carenciadas ao nível do país, é um problema que se reflecte nesta região com impacto acrescido, o que se repercute, obviamente quer nos níveis de eficiência de recursos, quer na eficiência de preço, atendendo a que o mercado concorrencial é menor, apesar dos meios desenvolvidos e dos esforços alcançados para colmatar essa dificuldade.

Por seu turno, o envelhecimento do grupo de pessoal médico e os consequentes altos níveis de aposentação têm agravado essa escassez em determinadas valências. A idade média dos médicos do CHCB, EPE e as actuais regras de aposentação têm levado a uma redução significativa de colaboradores (48 dos médicos têm mais de 55 anos, representado cerca de 30% dos efectivos actuais). Nos três últimos anos aposentaram-se, vários médicos neste Hospital (cerca de 3,8 % do total de elementos deste grupo profissional), em virtude das sucessivas alterações que foram surgindo ao Estatuto de Aposentação.

Face ao contexto geográfico desfavorável, tem sido difícil a dinamização do recrutamento de profissionais médicos em regime de contrato individual de trabalho. Para além do mais, a

inexistência de uma tabela remuneratória que constitua referência na definição da remuneração a atribuir, quando está em causa este tipo de vínculo, tem gerado uma tendência inflacionista dos valores a auferir pelos médicos contratados, tendência esta a que este Hospital não tem aderido, por motivos de equidade com os restantes profissionais e de contenção de custos, procedendo sempre a um estudo prévio e negocial.

Assim, considerando estes pressupostos, que em termos comparativos no estudo apresentado, obviamente, nos distanciam dos grandes centros e grupos hospitalares como Porto, Lisboa e Coimbra, e atendendo objectivamente às recomendações e conclusões referidas no relatório relativas às unidades hospitalares, iremos proceder a uma análise sucinta deste estudo, bem como à demonstração da aplicação de medidas de melhoria nos anos que se sucederam ao estudo efectuado.

Uma vez que os dados apresentados não discriminam especificamente recomendações e conclusões por Instituição Hospitalar, ao que acresce a complexidade de análise dos resultados, cumpre-nos alegar o que seguidamente se expõe.

### **Recomendações e Medidas Implementadas**

De início é relevante referir que o Centro Hospitalar Cova da Beira, acata as recomendações referidas, salientando que já foram adoptados pela nossa Instituição procedimentos internos, bem como compromissos externos junto da Tutela, que reflectem uma evolução em termos económico financeiros, e consequentemente uma melhoria relativamente aos resultados referidos no relatório, considerando que estes se revêm apenas nos anos de 2008/2009. Melhoria de produção que se pode verificar nos documentos de gestão tornados públicos nos anos subsequentes, nomeadamente Relatório de Gestão e Contas, Plano Estratégico e Contratos Programa para 2010 e 2011.

### **Análise Económico-Financeira do CHCB**

O ano em análise, 2008, marca o 1º triénio do Centro Hospitalar Cova da Beira como Entidade Pública Empresarial. Procedendo-se a uma breve apreciação da situação económico-financeira, constata-se uma evolução conducente a uma situação mais confortável ao nível do



resultado líquido, com destaque para a progressiva melhoria ao longo do triénio. No primeiro ano como EPE, o resultado líquido cifrou-se em 6,2 milhões de euros negativos (no último ano do Hospital como SA foi de -12,75 milhões de euros), em 2007 o resultado obtido foi de 3,047 milhões negativos e em 2008 ficou-se pelos 2,8 milhões de euros negativos. Acresce ao exposto que ao longo dos 3 anos, os valores de custos registados apresentam redução ano após ano, cumprindo as metas de contenção estabelecidas pela Tutela (Anexo 1).

Por outro lado, ao nível da prestação de serviços verifica-se uma variação positiva em 2008, com aumentos de produção de 5,24%, influenciando o aumento dos proveitos essencialmente à conta de ganhos efectivos de produção. Estes traduzem-se numa melhoria e alargamento dos cuidados de saúde prestados, quer à população da área de influência deste Centro Hospitalar, bem como à população dos distritos da Guarda e Castelo Branco, em especialidades como a reumatologia ou a infecciologia, que se manifestam extremamente dispendiosas ao nível do consumo de medicamentos.

De forma genérica verificou-se um acréscimo de produção em todas as linhas. A nível de MCDT, o CHCB servindo-se da capacidade instalada, aumentou a produção de exames para o exterior, nomeadamente nas áreas de imagiologia e patologia clínica.

Também em 2008, foi encerrada a urgência no Hospital do Fundão dando lugar à Consulta Aberta, esta sob alçada da ARSCentro. Este factor teve repercussões negativas ao nível dos proveitos do CHCB na ordem dos 1,2 milhões de euros.

Quanto ao Plano de Convergência, e tendo em conta que esse valor se destina a cobrir as diferenças entre os valores pagos e os custos verificados de modo a contribuir para uma melhor performance económico-financeira, podemos referir que esse valor se situava em 2006 e 2007 em cerca de 13 milhões de euros e em 2008 teve um decréscimo de cerca de 3 milhões.

Pelo atrás exposto, verificam-se algumas contrariedades que influenciam o factor económico-financeiro criando discrepâncias entre os custos reais face aos valores pagos, o que, aliás, é referido pelos Revisores Oficiais de Contas, no Relatório do Encerramento de Contas no qual

alertam para o desajustamento do modelo de financiamento, face à realidade da complexa actividade do CHCB.

Após análise do triénio (com maior incidência ao ano em 2008), procuramos percorrer os dois anos subsequentes para melhor avaliação das medidas implementadas e dos resultados obtidos. Num enquadramento de situações que provocam aumento de custos em saúde, nomeadamente envelhecimento da população, aumento de produção, utilização de medicamentos inovadores, aplicação de novas tecnologias de diagnóstico e terapêutica, entre outras, conseguimos, através de boa e cuidada gestão eliminar desperdícios, obtendo ganhos de eficiência.

Assim, no exercício económico do ano 2009 verificou-se um aumento de 7,46% nos proveitos em relação a 2008. Com destaque para as prestações de serviços com acréscimo de 9,61% resultante das variações positivas ao nível da generalidade das linhas de produção. Os custos, embora registem ligeiro aumento em relação ao ano anterior motivado pelo aumento do valor na rubrica de recursos humanos, influenciado pela actualização salarial de 2,9%, obteve-se, contudo, em compensação um aumento dos proveitos provocando um resultado líquido mais favorável que o anterior (-1.826 milhões de euros).

O Centro Hospitalar no seu Plano Estratégico para o triénio 2010-2012 definiu várias medidas com o objectivo de melhorar o seu desempenho económico-financeiro, nomeadamente: a definição de limites máximos de aumento dos custos com Consumos, FSE e Pessoal, especificamente, 4%, 2% e 0%; a revisão das condições dos contratos e renegociação dos contratos de serviços de apoio; a assunção também do objectivo de aumento da produção em 5%, com aumentos inferiores ao nível dos custos, o que se traduz em ganhos de produtividade e qualidade.

Com a aplicação das medidas estratégicas atrás referidas bem como, as previstas no plano de redução da despesa dos Hospitais, E.P.E., o resultado líquido apresentado em 2010 foi de 579 mil euros negativos. Seria na presente data já positivo, se o exercício não fosse marcado por uma alteração significativa no modo da facturação, com consequências ao nível dos preços aplicados aos cuidados de saúde prestados aos beneficiários dos subsistemas públicos, que

passaram a ser da responsabilidade financeira do SNS e a ser pagos com base nos preços do contrato-programa, preços esses substancialmente inferiores aos anteriormente praticados (Anexo 2).

Os proveitos continuaram a apresentar acréscimos, com expressão a nível do aumento da produção em todas as linhas. Continuamos a implementar medidas orientadas para a contenção de custos e o cumprimento dos indicadores económico-financeiros preconizado. Verificaram-se, ainda, alterações ao nível das regras e normas de facturação uma vez que deixaram de ser facturados todos os medicamentos cedidos em ambulatório aos beneficiários dos subsistemas. Assiste-se, assim, a uma variação de regras que alteram os preços a praticar passando para valores inferiores aos anteriores, permanecendo o valor dos custos.

A nível financeiro a situação tende a agravar-se dado não haver pagamentos por parte da ARS cujo montante em dívida ascende em Dez 2010, a 4,3 milhões de euros, bem como o valor da dívida vencida dos subsistemas públicos por serviços prestados até ao ano 2009. Estas situações, entre outras, põem em causa a capacidade de tesouraria deste CHCB de modo a corresponder, em tempo útil, às responsabilidades com os seus credores/fornecedores. O não pagamento, nem a assunção da dívida, tornam pouco claras em termos de responsabilização dos devedores pondo em causa a certificação das contas, tendo os ROC's referenciado através da seguinte reserva: “ Considerando a falta de resposta ao pedido de confirmação de saldos com a ARS, considerando também as dificuldades sentidas na aplicação de procedimentos alternativos na validação dos saldos e transacções com esta entidade e considerando ainda a antiguidade relevada pelos valores a receber, não nos foi possível concluir sobre a recuperabilidade / exigibilidade dos saldos com a referida entidade”.

Quanto à responsabilidade dos complementos de pensões de aposentação e sobrevivência que, tal como o relatório de V. Ex.<sup>a</sup> menciona, deveriam ser assumidas e contabilizadas pelo CHCB, tal não aconteceu por impossibilidade de quantificação desse valor. No ano de 2010, em conformidade com o disposto no artº159 da Lei 55-A/2010, estes deixaram de ser imputados ao CHCB.



### A Contabilidade do Hospital

A contabilidade em geral e a analítica em particular são instrumentos de gestão importantes para a tomada de decisões e, mais concretamente a analítica por fornecer elementos de custos discriminados pelos vários recursos utilizados e por cada linha de produção, permitindo a sua racionalização de modo a tornar eficientes os recursos e os activos da Instituição.

Deste modo temos cumprido as determinações estabelecidas pelo PCAH, esforçando-nos, cada vez mais, em melhorar os critérios de afectação e imputação de custos directos e indirectos. Segundo os elementos fornecidos no estudo de V. Ex.<sup>a</sup>, em termos de fiabilidade, situamo-nos em 7º lugar com 94% nos custos directos e 75% nos custos indirectos o que perfaz globalmente uma percentagem acima dos 75%, (88%). Consideramos estes dados bastante satisfatórios, contudo procuramos ser ainda mais exigentes na sua contabilização, a fim de retirar mais vantagens dos seus elementos.

Para análise interna a contabilidade analítica é actualmente elaborada mensalmente com custos totais e disponibilizada a todos os serviços e departamentos de modo a melhorar a eficiência produtiva, económica e financeira.

A nível de confrontação de elementos com outros Hospitais consideramos que existe fraca disponibilidade de elementos, por serem intempestivos e pouco fiáveis tornando a comparabilidade bastante difícil e não conclusiva devido a arbitrariedade na contabilização de custos, bem como na sua imputação. Os nossos “custos não imputáveis” apenas representam 0,5% em relação aos totais o que comprova a especificidade e rigor de imputação.

No entanto a contabilidade analítica como instrumento de apoio à gestão ainda é um pouco incipiente, pois não fornece os custos por doente ou por GDH. Deste modo torna-se impossível a comparabilidade entre custos e financiamento.

Era nosso objectivo, fornecer ao utente no acto da alta médica a relação de custos originada pelos serviços de saúde que lhe foram prestados. Tal ainda não foi possível em virtude de não possuímos sistema de custeio por actividade hospitalar dado todos os elementos /estudos

sobre custo/preço de GDH ser elaborado de forma manual, sem apoio de sistema informático que torne mais eficaz a obtenção de resultados. Procuraremos indagar junto de outros Hospitais, por exemplo Barreiro/Montijo informação sobre esta matéria.

### **Preços fixados vs custos verificados**

#### **Metodologia de apuramento de custos**

Conforme já foi referido, a contabilidade analítica não possibilita o apuramento de custos por GDH e este Hospital não possui sistema de custeio por actividade. Este facto constitui uma lacuna que gostaríamos de ver ultrapassada.

Contudo, o Centro Hospitalar tem tido a preocupação de conhecer os custos das várias componentes relativas aos actos clínicos que pratica, apurando alguns valores tais como (Anexo 3):

- Custos unitários por GDH
- Custos globais por serviço de todos os departamentos do Hospital
- Custos directos por serviço, visualizando a taxa de execução do orçamento atribuído ao serviço, por linha de produção e de forma comparativa com o mesmo período em análise do ano anterior
- Custos relativos a subcontratos e exames solicitados ao exterior
- Estudo sobre a relação custos/proveitos de alguns serviços

Estes elementos são enviados mensalmente a todos os serviços e departamentos e constituem estudo e reflexão conjunta (entre Administração e Serviços) em reuniões bimensais, promovendo também a análise da produtividade face ao Contrato-Programa do Hospital (Anexo 4).

Embora os Contratos-Programa tenham apresentado alterações prevendo maior abrangência com linhas de financiamento específicas, as regras por vezes, não se ajustam às características do CHCB. Especificamente e, no que diz respeito a doentes tratados por HIV, apenas hospitais que tratem mais de 400 doentes recebem uma linha de financiamento (932 € / mês

por cada doente tratado), este Hospital trata cerca de 130 doentes oriundos de toda a região centro, sem por isso termos qualquer reforço de financiamento.

Em conclusão deste ponto poderemos registar que este Centro Hospitalar faz acompanhamento bastante apertado da evolução e cumprimento do Contrato-Programa, determina custos mensais reais confrontando-os com os preços/proveitos obtidos. Constata-se que os preços nem sempre são ajustados aos custos e, ainda mais grave, é o não financiamento de várias actividades (Anexo 5).

### **Actividades sem financiamento**

Na resposta apresentada pelo Centro Hospitalar Cova da Beira aquando do envio do inquérito prévio de recolha de elementos, a nossa Instituição procedeu ao envio de dados quantificáveis e valores concretos relativos às áreas desenvolvidas para cuja actividade não se encontra previsto financiamento. Assim, fizemos parte de um grupo restrito de Instituições, que possui valores económicos mensuráveis no que respeita a este tipo de actividades, conseguindo por isso identificar com clareza as actividades sem financiamento.

Apontamos como exemplo as seguir mencionadas:

<b>Custos Incorridos</b>	<b>Valor Registado em Maio</b>	<b>Valor Previsto para Dezembro</b>
VMER	142.040,09 €	340.896,00 €
Internos	362.965,69 €	871.117,66 €
Cateterismo Cardíaco no exterior	509.057,38 €	1.221.737,71 €
2 Doentes de Von WilleBrand	153.589,02 €	368.613,65 €
Fisioterapia	923.597,33 €	2.216.633,58 €
<b>Total</b>	<b>2.091.249,51 €</b>	<b>5.018.998,60 €</b>

Poderíamos enumerar outras situações, contudo, as cinco situações enumeradas totalizam aproximadamente 5 milhões de euros, o que é representativo da escassez de financiamento.



Para além dos elementos apresentados podemos inclusivamente acrescentar o facto do Centro Hospitalar Cova da Beira, investir grande parte dos seus recursos em actividades como o ensino e investigação uma vez que é também Hospital Nuclear da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade da Beira Interior, sendo o Hospital de formação de Institutos Politécnicos e Escolas de Enfermagem da região.

A ligação à Faculdade, Escolas e Institutos não obstante constituir uma mais valia inestimável, gera necessidades acrescidas, dada a responsabilidade directa na formação ao nível do ensino pré e pós graduado. Para cumprir tal desiderato, não só se impõe a existência de serviços clínicos com o número de profissionais adequados à formação dos alunos no contexto hospitalar, como ainda exige a utilização de horas de trabalho disponíveis para leccionar nas várias cadeiras dos cursos da área da saúde, bem como a formação prática a que os mesmos estão afectos.

Verifica-se por isso um envolvimento de diferentes grupos profissionais para além dos Médicos, Enfermeiros, Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica e outros, com o reflexo a nível de produção que tal colaboração exige, para alcance de níveis de elevada qualidade.

Este factor não é comum a todos os Hospitais auditados, mas em termos concretos constitui um factor que deverá ser tido em conta ao efectuarmos um estudo comparativo, pois reflecte-se nos níveis de eficácia de afectação de recursos e da produção, condicionando assim a evolução e a excelência a vários níveis da actividade hospitalar.

Os valores apresentados relativos à percentagem de recursos afectos ao ensino e investigação encontram-se plasmados nos Relatório de Gestão e Contas do CHCB e permitem-nos concluir o enorme esforço feito pela Instituição, de forma a dar resposta às solicitações nesta área, mas que por outro lado se torna fundamental, tal como é referido no V. relatório, para a actualização do conhecimento dos profissionais de saúde e para a melhoria dos cuidados de saúde prestados.

Concordamos por isso, com a criação de um sistema de incentivos, ao nível do financiamento, que permita equilibrar este factor a ter em conta num quadro comparativo, com o objectivo de melhor suportar o processo de decisão intra e inter-hospitalar.

É importante ainda referir que o Plano de Convergência anteriormente mencionado não foi atribuído para o ano de 2011. Esta situação vem comprometer o grande esforço e determinação que o presente Conselho de Administração tem desenvolvido para apresentar,

sucessivamente e ao longo dos últimos anos, melhorias no resultado líquido, verificando-se em 2010 um resultado -579 188 44 €. Se o referido valor tivesse sido atribuído, o CHCB previa um resultado positivo para o ano de 2011.

**Conclusões:**

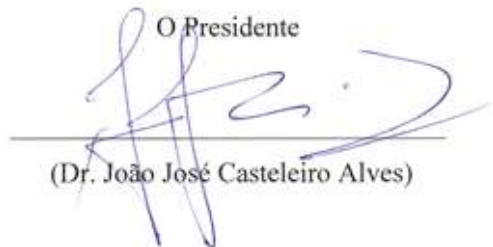
Face ao que antecede, formulam-se as seguintes conclusões:

- a) Os membros do Conselho de Administração do Centro Hospitalar Cova da Beira, E.P.E, acolhem as recomendações constantes do relato de auditoria, comprometendo-se na sua implementação tão rapidamente quanto possível e com os meios disponíveis de momento.

Com os melhores cumprimentos,

O Conselho de Administração  
Do Centro Hospitalar Cova da Beira, E.P.E.

O Presidente



(Dr. João José Casteleiro Alves)

Anexo: 5 Docs.





## 1.5. Centro Hospitalar de Entre o Douro e Vouga, EPE

### Pedro Fonseca

---

**De:** Fernando Silva [fernando.silva@chedv.min-saude.pt]  
**Enviado:** sexta-feira, 17 de Junho de 2011 18:12  
**Para:** Precos-SNS  
**Assunto:** Auditoria de resultados - Proc. nº 42/2010  
**Anexos:** Processo 42-2010.pdf

Exmo. Senhor

Director Geral do Tribunal de Contas

Conforme foi solicitado anexa-se as alegações do Centro Hospitalar de Entre o Douro e Vouga, EPE, a propósito da Auditoria de Resultados – Proc. Nº 42/2010.

Com os melhores cumprimentos,

*Fernando Silva*  
Presidente do Conselho de Administração  
Centro Hospitalar de Entre o Douro e Vouga, E.P.E.

BGTC 20 06'11 11608



**Auditoria de resultados ao sistema de pagamentos e de formação dos preços pagos às unidades hospitalares do Serviço Nacional de Saúde – Proc. N.º 42/2010 – Audit**

O Conselho de Administração vem manifestar a sua concordância com o referido na generalidade dos pontos respeitantes às Conclusões e às Recomendações do Relato, em particular no que respeita ao sistema de financiamento e ao sistema de informação da contabilidade analítica.

A este propósito apresenta-se os comentários que se entende como mais pertinentes:

**1. Sistema de financiamento dos Hospitais**

**1.1 Agrupamentos dos Hospitais**

O sistema de financiamento enquadra os Hospitais em quatro grupos. Não é de todo perceptível a grande diferença de preços entre os quatro grupos, para as principais linhas de produção, em especial no que respeita à Consulta Externa e à Urgência.

**1.2 Rigidez do Contrato-Programa**

O Contrato-Programa contempla uma produção fixa para cada linha de produção, não sendo permitida a "circulação" entre linhas de produção de idêntica natureza, como é o caso do Internamento Cirúrgico Convencional, Internamento Cirúrgico Urgente e Internamento Médico. Esta situação pode traduzir-se numa forte penalização financeira para um Hospital, quando umas das linhas de produção fica muito acima e outra muito abaixo do que foi contratado.

**1.3 Preços para a Cirurgia de Ambulatório**

A cirurgia de ambulatório tem vindo a ser fortemente incentivada pelo Ministério da Saúde. No entanto, mantém-se um forte desajustamento nos preços em comparação com os fixados para a cirurgia convencional.

**2. Contabilidade Analítica**

Como é relatado, a generalidade dos Hospitais apresenta grandes deficiências no sistema de informação da Contabilidade Analítica. Neste campo, entende-se que é fulcral que a ACSS promova um maior envolvimento dos Hospitais, designadamente através da promoção de ações de formação dirigidas aos colaboradores que desempenham funções na área financeira. Por outro lado, subsistindo entre os Hospitais critérios distintos na imputação de custos e na definição das unidades de medida de produção, compete à ACSS a normalização necessária.

## 1.6. Centro Hospitalar de Leiria -Pombal, EPE



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

Conselho de Administração

SAL.HSA 06475\*11-06-21

**Assunto:** Auditoria de resultados ao sistema de pagamentos e de formação dos preços pagos às unidades hospitalares do Serviço Nacional de Saúde

Tendo por referência o ofício de V. Ex.<sup>a</sup> nº 8374, de 06/06/2011, vimos, em conformidade com o disposto nos art.<sup>os</sup> 13º e 87º, nº 3 da Lei 98/97, de 26 de Agosto, com as alterações introduzidas pela Lei 48/2006, de 29 de Agosto, transmitir a V. Ex.<sup>a</sup> as seguintes considerações, não obstante o Hospital não ser destinatário directo das respectivas recomendações, sobre o Relato referente à Auditoria em epigrafe, no que concerne às suas conclusões, recomendações e à análise de eficiência das unidades hospitalares do Serviço Nacional de Saúde (SNS):

1. Acompanhamos, em geral, as conclusões e recomendações constantes do Relato, destacando, em particular, o seguinte:

a) Quanto às conclusões – a necessidade de revisão das linhas de financiamento, de modo a contemplar linhas de produção específicas não consideradas no modelo actual; que as regras relativas à produção marginal, aplicadas em contexto de negociação rígida das quantidades produzidas (por razões decorrentes das limitações orçamentais), não configurem mecanismos de redução dos preços unitários; as restrições existentes (decorrentes do modelo e do plafond orçamental) no processo de negociação do contrato programa (CP), designadamente quanto a quantidades a contratar, linhas de produção a incluir, critérios de elegibilidade de determinados custos (v.g. medicamentos); transparência da metodologia de fixação de preços unitários; limitações do sistema de informação de gestão dos hospitais, designadamente no apuramento de custos.

b) Quanto às recomendações – a importância da revisão do sistema de obtenção de preços unitários, de modo a tornar o processo transparente (com metodologias conhecidas dos

N/Ref.<sup>o</sup> 346/2011/CR  
Rua das Olhalvas  
Pousos 2410 – 197 Leiria

tel. 244817005 – fax. 244817080  
email. secadm@hsaleiria.min-saude.pt

destinatários) e pertinente (de forma a promover a eficiência e o combate aos desperdícios), a necessidade de se garantir a implementação de modelos de custeio que produzam informação fiável, actual e comparável, que viabilizem racionalidade acrescida dos métodos de gestão e de decisão; adaptar os planos de redução de custos operacionais ao estadió de eficiência económica de cada organização hospitalar ao invés da adopção de medidas de redução de custos gerais e transversais.

2. O Hospital de Santo André tem procurado desenvolver uma cultura empresarial, para a qual a disponibilização de informação de gestão – a utilizar nos processos de contratualização interna, com vista à melhoria da eficiência, da produtividade, da acessibilidade e da qualidade da prestação – tem constituído objectivo prioritário. Neste contexto, e tendo em conta as limitações da Contabilidade Analítica enquanto instrumento de produção de informação de gestão de indicadores de custo ajustados ao detalhe da produção realizada pelos serviços e aos correspondentes preços de referência fixados (dado que a referida técnica trabalha com custos médios de unidades de obra agrupados em várias linhas de produção), o Hospital de Santo André, aderiu ao projecto piloto de implementação de um sistema de custeio de actividades hospitalares (SCAH), patrocinado pela ACSS, exactamente com a expectativa de que tal projecto poderia constituir uma oportunidade de melhoria da informação de gestão, em termos de fiabilidade, especificidade, adequação e comparabilidade, permitindo a obtenção de mais-valias para o processo de gestão e de decisão. No entanto, tal expectativa não se concretizou em termos de consolidar ao nível da organização um novo modelo de custeio baseado em actividades – em parte, pelas razões constantes do Relato -, pelo que se pondera, imediatamente após a regularização do processo de fusão dos Hospitais de Santo André e do Hospital de Pombal, que originou a criação, pelo DL 30/2011, de 2 de Março, do Centro Hospitalar de Leiria-Pombal, E.P.E. a retoma das nossas diligências de reforma do nosso sistema de custeio (envolvendo, desde logo, a melhoria da fiabilidade da contabilidade analítica), de modo a atingir – se possível no quadro de modelos estabelecidos pela ACSS, como se recomenda no Relato – os objectivos de melhorar a informação de gestão, que viabilizem ganhos nos processos de decisão, de planeamento e de gestão de recursos e de resultados.

3. No que concerne à análise da eficiência constante do Relato – que indica, em regra, resultados globalmente positivos para o desempenho do Hospital de Santo André, o que, aliás, se revela coincidente com outras metodologias de análise utilizadas por outras entidades em contexto diverso -, este Conselho de Administração tomou boa nota dos resultados obtidos em função da metodologia adoptada, na medida em que, apesar de se reportar a informação



pontual e agregada, evidencia áreas de intervenção específicas onde poderão existir factores condicionantes de melhoria da eficiência.

Não obstante, a efectiva implementação de acções de melhoria de eficiência e respectiva avaliação sistemática e fiável, dependerá – como, aliás, se recomenda no Relato – da criação de instrumentos de medida (por exemplo elaboração de índice de eficiência económica dos hospitais do SNS), que integrem todas as componentes de eficiência económica e que sejam obtíveis de forma fiável e regular, de modo a potenciar, sem limitações ou condicionantes, a tomada de acções de gestão e a consequente monitorização de resultados.

4. Finalmente, como aspecto de mero detalhe, que justifica nota de correcção, na pag. 41 do Relato, refere-se no quadro 9 (comparação entre custos unitários e os preços fixados no CP Ano 2007) que o Hospital de Santo André, para a linha de produção "Serviço domiciliário", tem um custo unitário (SCAH) de € 18.017,02. Verificados os registos, concluiu-se que tal valor aberrante decorre de lapso, dado que esse valor corresponde ao custo total, pelo que, considerando um total de 869 visitas domiciliárias realizadas, o custo unitário efectivo é, na verdade, de € 20,73.

Com os melhores cumprimentos.

O PRESIDENTE DO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO

  
(HELDER MANUEL MATIAS ROQUE)



## 1.7. 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  
Presidente do Tribunal de Contas  
Avenida da República, 65  
1069 - 045 Lisboa

Data	N./Refº	Data
	266/CA	21-06-2011

**Assunto:** Auditoria de resultados ao sistema de pagamentos e formação dos preços pagos às unidades hospitalares do SNS

O Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE, (CHLC), vem, na sequência da recepção do relatório da auditoria identificada, apresentar alguns comentários ao mesmo, necessariamente breves, uma vez que para uma reflexão mais aprofundada seria necessário um maior período tempo.

Em primeiro lugar, é de salientar o enorme interesse e oportunidade do trabalho efectuado, que constituirá certamente um importante elemento de reflexão para os decisores e para as instituições integradas no SNS. O CHLC sublinha a importância das recomendações apresentadas e irá utilizar o presente relatório no processo de melhoria contínua que tem vindo a implementar.

Concordamos inteiramente com a necessidade de garantir um financiamento adequado às instituições através da fixação de preços que traduzam de forma mais adequada os custos da produção do SNS, nomeadamente quanto aos aspectos principais referidos, actualização do Índice de Case Mix, consideração de variações com significado no tempo de internamento (quer relativos a doentes com tempos mais elevados, quer a doentes de curta duração), adequação do modelo de financiamento dos medicamentos em paralelo com revisão da legislação sobre cedência hospitalar gratuita em ambulatório, introdução de incentivos à investigação, atribuição de preço a actividades actualmente não financiadas, incluindo a introdução de mecanismos de ajustamento do financiamento que incorporem a evolução tecnológica e a inovação.

Torna-se igualmente necessário ponderar o financiamento dos novos Centros Hospitalares, como o CHLC constituído por diferentes hospitais, fisicamente separados, utilizando estruturas centenárias o que tem custos de funcionamento completamente diferentes de instituições que funcionem num único pólo, ainda que no seu conjunto a produção realizada (em quantidade e níveis de serviço) seja aparentemente comparável. Efectivamente se pela agregação das instituições se conseguem obter importantes economias de escala e assim aumentar a rentabilização dos recursos, reduzindo paralelamente o financiamento atribuído por parte do SNS,



a mera existência de estruturas separadas implica a existência de custos adicionais impossíveis de eliminar.

Quanto à Contabilidade Analítica, julgamos particularmente importante a recomendação para a definição de um novo modelo de apuramento de custos unitários. A lógica do plano de contabilidade analítica dos hospitais (PCAH) terá de ser repensada e abandonados os modelos centrados, por exemplo, na área do internamento em serviços por especialidade, caminhando no sentido do apuramento dos custos por doente, agrupáveis em GDH.

Em muitas unidades, é já hoje praticada uma lógica de gestão de camas em função de vagas que abandona o conceito do internamento num serviço físico associado à especialidade e é assim, certamente, que os hospitais se terão de organizar, numa filosofia cada vez mais centrada no doente, baseada em clinical pathways, com os profissionais, nomeadamente os médicos a deslocarem-se de acordo com as necessidades dos doentes.

De acordo com as recomendações neste sentido, o CHLC está a preparar os procedimentos para o início da implementação de um sistema de imputação de custos ao doente, ainda durante o corrente ano, sendo imprescindível a colaboração da ACSS para assegurar a ligação ao sistema SONHO.

Paralelamente, temos vindo a investir na implementação de sistemas informáticos integrados que permitem melhorar a afectação dos custos e o controlo interno das prescrições que conduzem não só à obtenção de poupanças, como permitem aumentar a fiabilidade da informação e da afectação de custos, nomeadamente ao nível da contabilidade analítica.

A título de exemplo no CHLC, toda a informação das urgências se encontra informatizada e integrada com as restantes aplicações existentes, sem papel. O circuito de prescrição e transmissão de resultados da Patologia Clínica dos quatro hospitais que constituem o CHLC é feito por via informática, o mesmo acontecendo para a Anatomia Patológica.

A imagem produzida nos quatro pólos da Radiologia é já distribuída através de sistema PACS, encontrando-se em fase de implementação a requisição informática dos exames, evitando a deslocação dos doentes. Encontram-se igualmente informatizados os exames de gastroenterologia, pneumologia, Orl pediátrica entre outros, sempre com ligação aos sistemas informáticos da urgência, ao SAM e ao SONHO.

Para além da prescrição de medicamentos (interna e externa) encontra-se em expansão a requisição informática de alimentação para os doentes internados. Decorrente da legislação recentemente publicada sobre transporte de doentes, foi dado início ao processo para instalação do sistema informático nela previsto.

Para além das óbvias vantagens clínicas da disponibilização da informação e normalização de procedimento, estes sistemas permitem poupanças directas (redução do número de análises e exames, número de películas e reveladores, reagentes, etc) e indirectas (pessoal de apoio, por exemplo), e contribuem para aumentar a fiabilidade da contabilidade analítica, aumentando a percentagem de custos imputados directamente.

Neste capítulo, temos a convicção que temos um longo caminho a percorrer, no entanto, consideramos que desde 1 de Março de 2007, data de criação deste Centro Hospitalar, até ao

presente temos vindo a melhorar a fiabilidade da contabilidade analítica. O CHLC resulta da junção de quatro hospitais, que tinham perfis e metodologias diferentes, tendo vindo a ser gradualmente uniformizadas, recaindo o estudo sobre o ano de 2008, temos a convicção de que não retrata integralmente a situação actual. Consideramos importante e foi desde já solicitada, uma análise interna aos critérios de imputação actualmente utilizados face aos previstos no PCAH, de modo a avaliar o actual grau de fiabilidade e comparabilidade da informação produzida.

Quanto ao problema específico do custo com pensões, com um valor particularmente importante nesta instituição, a Lei do Orçamento para 2011 resolveu a questão, encontrando-se ultrapassada a necessidade de realização de estudos actuariais.

Actualmente os custos directos são publicados mensalmente através da intranet do CHLC, encontrando-se acessíveis e sendo utilizados para avaliar o cumprimento dos objectivos das diferentes áreas.

Quanto à nossa experiência de implementação do custeio (SCAH) no Hospital de Santa Marta, projecto que nos mereceu um empenhamento muito significativo, tendo sido um dos primeiros hospitais a apresentar resultados (baseados na contabilidade analítica de 2006), e faltando ainda conhecer o feed-back final do projecto por parte da ACSS, sublinhamos a referencia constante no relatório do enorme peso que o sistema implica, uma vez que se baseia em estudos específicos de consumo de recursos, medidos e afectos a cada tipo de actividade, implicando a realização de novos estudos sempre que ocorram alterações, nomeadamente na composição das equipas.

Quanto à constatação dos preços obtidos no Hospital de Santa Marta serem superiores aos preços fixados em todas as linhas de produção, parece-nos justificada pelo facto de se tratar de um hospital especializado, de fim de linha, de vocação cardio vascular, com forte componente de actividade de cardiologia de intervenção, cirurgia endovascular e cardio torácica, incluindo transplantação cardíaca (adultos e crianças) e sendo o único centro nacional onde se realiza transplante do pulmão. Os custos obtidos nesta instituição ainda que associados aos mesmos GDHs não são claramente comparáveis com os custos dos Hospitais de Faro e Aveiro e são assim superiores ao preço médio de referencia do GDH, encontrando-se o hospital subfinanciado.

No que respeita à avaliação da eficiência dos hospitais ressalta um aspecto essencial que não é mencionado na análise e que nos parece que deveria ser considerado e que reside no facto dos hospitais do SNS funcionarem em rede.

Este aspecto da organização dos cuidados de saúde, imporia uma análise mais fina, já que embora se encontrem as mesmas especialidades em muitos hospitais, o seu nível de diferenciação não é igual e, como tal, os recursos necessários não são equiparáveis.

Se na análise do internamento a metodologia utilizada, com recurso ao número de doentes saídos do internamento ajustado pela complexidade clínica de cada hospital, através do índice de case-mix do internamento, constitui uma aproximação a esta realidade, subsistindo um eventual enviesamento introduzido pelo facto de ser utilizar a base de dados do ano em estudo (2008) para cálculo dos doentes saídos e o ICm utilizado nos contratos programa desse ano (calculados com base na produção de 2005).



Já quanto ao ambulatório, a análise conjunta de hospital de dia, consulta externa, gdh ambulatórios, médicos e cirúrgicos, e urgência, constitui um grupo demasiado heterogéneo. No mínimo, a urgência mereceria uma análise autónoma.

Como se constata da leitura do relatório relativamente à urgência foi apenas considerado o número de doentes atendidos, sem ajustamento adicional, baseado no pressuposto de que a produção da urgência nem sempre está relacionada com a complexidade clínica do hospital.

Se relativamente às restantes áreas do ambulatório, se podem aplicar considerações idênticas às apontadas para o internamento, relativamente à urgência, parece-nos essencial que a análise considerasse grupos de hospitais em função da diferenciação da urgência, já que os níveis de serviço inerentes a uma urgência polivalente são substancialmente diferentes dos necessários numa urgência básica e implica a existência de mais recursos e mais diferenciados. Apenas numa análise considerando esta diferenciação, se poderia assumir que os recursos utilizados, em serviços de urgência do mesmo nível, são relativamente indiferentes ao volume da procura.

Assim, a conclusão da análise da eficiência técnica, no ambulatório, relativa ao CHLC, estabelecendo na fronteira das possibilidades de produção o CHLN (hospital com o mesmo nível de diferenciação) o CHMT e o CHVS, constitui um bom exemplo do enviesamento introduzido na análise, já que por exemplo o CHMT sendo um hospital da ARSLVT, referencia doentes para os hospitais centrais da região, nomeadamente para o CHLC.

É, ainda na análise do ambulatório que a nota incluída pelos auditores externos indicada no próprio relatório, relativamente à não inclusão das horas extraordinárias, Subcontratos e Fornecimentos e Serviços Externos, nos merece as maiores reservas, já que na urgência as horas extraordinárias tem significado muito relevante e, conforme é sabido, é onde tem ocorrido alguns casos de subcontratação de serviços, nomeadamente médicos, para assegurar determinadas especialidades com mais carência de especialistas.

Certos de que os nossos comentários irão merecer a melhor atenção por parte de V.Exas, com os melhores cumprimentos,

*p* O Conselho de Administração

*laura silveira*

LAURA SILVEIRA  
Vogal Executivo

LS

DGTC 22 06'11 11783

4

## 1.8. Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE

### Pedro Fonseca

---

**De:** José Carlos Ferreira Caiado [jose.caiado@chln.min-saude.pt]  
**Enviado:** quinta-feira, 16 de Junho de 2011 18:28  
**Para:** Precos-SNS  
**Cc:** João Álvaro L Correia Cunha; Sónia Bento; Cristina Marques  
**Assunto:** FW: Tribunal de Contas - Auditoria de resultados ao sistema de pagamentos e de formação dos preços pagos às unidades hospitalares do Serviço Nacional de Saúde - Proc. N.º 42/2010 - Audit

**Importância:** Alta

Exmo. Senhor  
Auditor Coordenador  
Dr. José Carpinteiro,

O conselho de administração do Centro Hospitalar Lisboa Norte, concorda na generalidade com as conclusões que são apresentadas pelo Tribunal de Contas no seu relatório "Auditoria de resultados ao sistema de pagamentos e de formação dos preços pagos às unidades hospitalares do Serviço Nacional de Saúde - Proc. N.º 42/2010 – Audit", bem como com as recomendações que são sugeridas, pelo que entende não ter nenhum comentário adicional a fazer sobre o relatório referido.

Apresentamos os melhores cumprimentos,

José Carlos Caiado  
Vogal do Conselho de Administração  
Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE

---

**From:** Administração CHLN  
**Sent:** quinta-feira, 16 de Junho de 2011 16:48  
**To:** João Álvaro L Correia Cunha  
**Cc:** Cristina Marques  
**Subject:** FW: Tribunal de Contas - Auditoria de resultados ao sistema de pagamentos e de formação dos preços pagos às unidades hospitalares do Serviço Nacional de Saúde - Proc. N.º 42/2010 - Audit

---

**De:** Precos-SNS [precos.sns@tcontas.pt]  
**Enviado:** quinta-feira, 16 de Junho de 2011 16:22  
**Assunto:** Tribunal de Contas - Auditoria de resultados ao sistema de pagamentos e de formação dos preços pagos às unidades hospitalares do Serviço Nacional de Saúde - Proc. N.º 42/2010 - Audit

Exmo.s Senhores  
Presidentes de Conselho de Administração

Serve a presente comunicação para relembrar que termina no próximo dia **17 de Junho, 6ª Feira**, o prazo para V. Ex.ª apresentar, nos termos e para os efeitos do disposto nos artigos 13.º e 87.º, nº 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, as alegações que tenha por convenientes, relativas ao processo supra referenciado.

Reforçando o pedido anteriormente formulado, salienta-se a importância da obtenção dos comentários de V. Ex.ª no que concerne às conclusões e recomendações do relato, bem como à análise de eficiência das unidades hospitalares do SNS.

Com os melhores cumprimentos,

**José António Carpinteiro**

Auditor-Coordenador

*Tribunal de Contas*  
DGTC, Departamento de Auditoria VI  
Av. Barbosa do Bocage, 61  
1069-045 Lisboa

tel: +351 21794 51 45

fax: +351 21793 60 33

e-mail: [jose.carpinteiro@tcontas.pt](mailto:jose.carpinteiro@tcontas.pt)

web: [www.tcontas.pt](http://www.tcontas.pt)

---

### **Tribunal de Contas - Portugal**

Av. da República, N.º65  
1050-159 Lisboa

A informação contida nesta mensagem, bem como eventuais anexos, é confidencial e poderá ser privilegiada. Esta mensagem destina-se apenas à(s) pessoa(s) mencionada(s). Se recebeu esta mensagem por engano, por favor elimine-a imediatamente, bem como eventuais cópias existentes no seu sistema, destrua eventuais impressões e notifique o remetente. Não é permitida, directa ou indirectamente, utilizar, distribuir, imprimir ou copiar a totalidade ou parte desta mensagem se não for um dos destinatários. O TRIBUNAL DE CONTAS reserva-se ao direito de monitorizar todas as comunicações de correio electrónico efectuadas através das suas redes. Quaisquer opiniões expressas na mensagem são do próprio remetente, não representando a posição da instituição, excepto quando explicitamente indicado o contrário e por remetentes autorizados.

*The information contained in this message and any attachments is confidential and may be privileged. This message is for the named person's use only. If you received this message by mistake, please delete it and all copies from your system immediately, destroy any printed copies and notify the sender. You must not, directly or indirectly, use, disclose, distribute, print or copy any part of this message if you are not the intended recipient. TRIBUNAL DE CONTAS reserves the right to monitor all e-mail communications through its networks. Any views expressed in this message are those of the individual sender, except where the message states otherwise and the sender is authorized to state them on behalf of TRIBUNAL DE CONTAS.*

<http://www.tcontas.pt>  
[webmaster@tcontas.pt](mailto:webmaster@tcontas.pt)

---

DGTC 17 06'11 11497

## 1.9. Centro Hospitalar de Setúbal, EPE

### Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E.

Hospital de São Bernardo  
Hospital Ortopédico Santiago do Outão

Exmo. Senhor  
Auditor Coordenador do Tribunal de Contas  
Dr. José António Carpinteiro

Av<sup>ª</sup> Barbosa du Bocage, n<sup>º</sup> 61  
1069-045 LISBOA

V/Ref<sup>ª</sup>                      de:                      N/Ref<sup>ª</sup>      478/C.A.                      2011.06.16

**Assunto:** *Auditoria de resultados ao sistema de pagamentos e de formação dos preços pagos às unidades hospitalares do Serviço Nacional de Saúde.*

1. Tomámos conhecimento formal do Relato da Auditoria supra mencionada, realizada em cumprimento dos Programas de Fiscalização aprovados pelo Tribunal de Contas para os anos de 2010 e 2011, e do Apenso da auditoria do consultor externo EXIGO Consultores, Lda.  
Ambos os trabalhos, são, sem dúvida, de alta qualidade técnica e meritórios dos maiores elogios que gentilmente subscrevemos na plenitude.
2. Referenciamos, no entanto, algumas realidades vividas neste Centro Hospitalar e que, apesar de tratadas globalmente no Relato e no Apenso à Auditoria, julgamos pertinente a sua referência aqui.

#### 2.1 Pagamento da actividade das unidades hospitalares do SNS

A páginas 11 do Relato, no ponto 4.1 (Avaliação Global) integrado nas Conclusões, refere-se a determinado passo “que o actual sistema de pagamento da actividade das unidades hospitalares do SNS... apresenta deficiências na sua concepção...e tem tendência para não valorizar adequadamente a actividade desenvolvida pelos hospitais do SNS”.

De facto constatamos que presentemente os hospitais continuam integrados em grupos que em determinadas situações, caso do Centro Hospitalar de Setúbal, não correspondem à sua diferenciação técnica pelo que não são devidamente compensados financeiramente.



## Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E.

Hospital de São Bernardo  
Hospital Ortopédico Sant'Iago do Outão

O Conselho de Administração do CHS, EPE, tem, de facto, insistido junto do Ministério da Saúde com a necessária e justa revisão do seu modelo de financiamento, mas não tem obtido tal desiderato.

### 2.2 Despesa com medicamentos em regime ambulatório

A páginas 11 do Relato, no ponto 4.1, faz-se referência a que as unidades hospitalares do SNS, cerca de dois terços, realizam “actividades para as quais não têm fonte própria de financiamento”, destacando-se ali alguns tipos de medicamentos em ambulatório sujeitos a tal regime.

A páginas 212 do Apenso, ao tratar-se esta situação, faz-se referência individual ao Centro Hospitalar de Coimbra, EPE, com encargos no valor de 5.514.460 euros e a outros hospitais com valores inferiores.

Evidenciamos, a este propósito, que o Centro Hospitalar de Setúbal, apesar de em 2009 ter registado um encargo não objecto de financiamento específico com medicamentos fornecidos em regime de ambulatório nas áreas de Oncologia e Infeciologia, no valor de 6.262.341 euros, não foi ali referenciado.

Com os melhores cumprimentos,

O Presidente do Conselho de Administração



Alfredo Lacerda Cabral

BGTC 17 06'11 11493

## 1.10. Centro Hospitalar de Torres Vedras

### Pedro Fonseca

---

**De:** Soraia Gomes [soraia.gomes@chtvedras.min-saude.pt]  
**Enviado:** sexta-feira, 17 de Junho de 2011 08:46  
**Para:** Precos-SNS  
**Assunto:** Auditoria de resultados ao sistema de pagamentos e de formação dos preços do SNS  
**Anexos:** TC- MCDT's não Financiados.xls; TC-Consultas Externas não Financiadas.xls; TC-Cedência de Medicamentos em Ambulatório.xls; TC-Hospital de Dia de Oncologia.xls; Ofício Tribunal Contas.pdf; Ofício Tribunal Contas 001.pdf; Ofício Tribunal Contas 002.pdf; Ofício Tribunal Contas 003.pdf

Exmo. Senhor Auditor-Coordenador  
Dr. José António Carpinteiro

Conforme solicitado por V. Exa., em ofício com a referência DAVI Proc. n.º 42/2010 – Audit e sobre o assunto acima mencionado, junto se anexa informação e respectivo ofício.

Com os melhores cumprimentos,

---

**Soraia Gomes**  
**Assistente Técnica**  
**Conselho de Administração**  
[soraia.gomes@chtvedras.min-saude.pt](mailto:soraia.gomes@chtvedras.min-saude.pt)  
[administracao@chtvedras.min-saude.pt](mailto:administracao@chtvedras.min-saude.pt)  
Tel.: 261 319 373 - Fax: 261 319 261



Rua Dr. Aurélio Ricardo Belo  
2560-324 Torres Vedras  
Tel. 261 319 300 - Fax. 261 319 299  
[www.chtvedras.pt](http://www.chtvedras.pt)

---

BGTC 17 06'11 11500





Exmo. Senhor  
Auditor – Coordenador  
Dr. José António Carpinteiro  
Tribunal de Contas  
Av. Barbosa du Bocage, nº 61  
1069 – 045 Lisboa

V/ Referência: DAVI Proc. n.º 42/2010 – Audit  
V/ Ofício n.º 008411 de 06/06/2011

N/ Of. N.º 118/11 – C. A./sc

T. Vedras, 16 de Junho de 2011

**Assunto: Auditoria de resultados ao sistema de pagamentos e de formação dos preços pagos às unidades hospitalares do Serviço Nacional de Saúde.**

Exmo. Senhor Auditor-Coordenador

No seguimento da apreciação do documento enviado por vossa excelência relativo ao relato de auditoria, Processo nº 42/10 – Audit, vem o Centro Hospitalar de Torres Vedras manifestar a sua posição quanto aos seguintes pontos os quais devem merecer destaque:

- 1- Sistema de Financiamento desajustado, em que as metas são definidas e impostas pela ARS tendo por base a verba disponível anualmente no Orçamento do SNS, não assentando num processo aberto de negociação entre as ARS e as unidades hospitalares em que se deveria ter em conta as necessidades da população e os recursos disponíveis.  
Imposição constante de cortes substanciais nos custos operacionais, que condicionam a actividade e os serviços prestados, bem como ajustes forçados nos preços fixados que conduziram por força dos cortes orçamentais a uma redução dos preços unitários contratualizados no contrato programa para 2011 em 4% em praticamente todas as linhas de produção, (Consultas Externas, primeiras e subsequentes, GDH's de Internamento e Ambulatório, médicos e cirúrgicos, Urgências e Hospital de Dia), com excepção de alteração dos preços estabelecidos para os dias de internamento dos doentes crónicos de Pneumologia e IVG (Interrupção Voluntária da Gravidez).



2- Existência de actividades que não são objecto de financiamento de onde se destacam a cedência de medicamentos em ambulatório, os MCDT's realizados e as consultas realizadas por pessoal não médico que não estando na primeira linha da prestação de cuidados directos aos doentes são essenciais para a garantia da segurança, bem estar e qualidade dos serviços prestados.

- Relativamente aos medicamentos dispensados em ambulatório que não são objecto de financiamento, e no caso concreto do CHTV, destacam-se como mais significativas as patologias de HIV, Artrite Reumatóide, bem como a medicação prescrita no âmbito do Planeamento Familiar, consulta da dor e referente à Imunoglobulina anti-D. Segue em anexo ficheiro em Excel com identificação dos custos suportados com medicamentos dispensados em ambulatório nos anos de 2008, 2009 e 2010 de onde se ressalva o facto de em 2010 apenas 4% do total de custos suportados com a cedência de medicamentos serem financiados directamente no âmbito do contrato programa.  
Em 2010, os custos com a cedência de medicamentos das patologias mencionadas totalizaram 309.758€, o que correspondeu a 22% do total de custos com a cedência de medicamentos em ambulatório. Salienta-se aqui o elevado crescimento que se tem assistido com o custo dos medicamentos referentes a estas patologias no período em análise, uma vez que em 2008 estas patologias apenas representavam 9%.
- Quanto aos meios complementares de diagnóstico e terapêutica realizados que não são financiados evidenciam-se pelo avultado valor de custos suportados os tratamentos de Medicina Física e Reabilitação, às quais se acresce as Técnicas de Cardiologia e de Pneumologia.  
Junta-se em anexo ficheiro em Excel com os custos apurados na contabilidade analítica nos anos 2008, 2009 e 2010. no total estes MCDT's em 2010 totalizaram de custos directos 792.432,67€.
- No que concerne às consultas externas não médicas que não são financiadas, consultas de psicologia e nutrição e dietética destaca-se o aumento do custo unitário médio verificado nos últimos 3 anos, conforme ficheiro em anexo, que passou de 31,71€ em 2008 para 37,92€ em 2010.

Acresce às actividades que não são financiadas a existência de financiamentos abaixo dos custos unitários determinados de onde se ressaltam os doentes crónicos de pneumologia cujo financiamento é processado em dias de internamento de doentes tratados, a um preço de 85,22€ por dia e os custos directos médios por dia de internamento suportados pelo Hospital fixaram-se nos 118,71€ em 2008, 173,79€ em 2009 e 188,36€ em 2010. Constata-se desta forma que os custos suportados por dia de internamento têm aumentado, conduzindo que em 2010 o financiamento apenas permitiu cobrir 45% dos custos suportados.

Paralelamente à insuficiência no financiamento verificada para os doentes crónicos de pneumologia, encontra-se o financiamento do Hospital de dia de





Ministério da Saúde

chtv

CENTRO  
HOSPITALAR  
DE TORRES  
VEDRAS

Oncologia. Os custos com esta linha de actividade totalizaram 1.572.174,45€ em 2008, 1.587.187,60€ em 2009 e 1.385.891,65€ em 2010 o que correspondeu a custo unitário por sessão de 213,18€, 209,39€ e 180,45€ respectivamente. Esta redução do custo unitário resultou essencialmente da substancial redução dos preços com medicamentos de grande consumo que se obteve graças ao reforço do poder negocial junto de alguns fornecedores aliado a um aumento da produção. O número de sessões de Hospital de dia aumentou de 7.375 sessões em 2008 para 7.680 em 2010. O financiamento destas sessões é processado no âmbito do contrato programa de duas formas distintas:

- As sessões de quimioterapia que são facturadas em GDH's médicos de ambulatório ao preço de 297,51€;

- As outras sessões que são facturadas ao preço unitário de 25,27€.

Nos anos em análise, e conforme ficheiro em anexo têm-se assistido a um aumento do número de sessões de quimioterapia, verificando-se uma taxa de crescimento de 68% de 2008 para 2010. Desta forma, constata-se que o financiamento, segundo os termos definidos no contrato programa apenas permitiu cobrir 34,28% dos custos directos em 2008 e 56,77% dos custos directos suportados no ano 2010.

- 3- Embora se admita que existem melhorias que deverão ser introduzidas na Contabilidade Analítica para a tornar mais fiável, têm vindo a ser desenvolvidos esforços por parte do CHTV para que os valores se aproximem o mais possível da realidade e permitam aos gestores e Conselho de Administração a tomada de decisões com base na informação gerada, impulsionando-a como um importante instrumento de gestão.

A Contabilidade Analítica da forma como está a ser utilizada e trabalhada nas instituições, embora importante, é insuficiente uma vez que não permite a determinação dos custos das actividades realizadas, por forma a medir a sua eficiência e produtividade e detectar a ineficiências e desperdícios na utilização dos recursos. Da mesma forma não possibilita o apuramento de custos por doente/episódio, isto é, por GDH.

Para colmatar estas ineficiências reforça-se a necessidade de implementação de um sistema de custeio baseado nas actividades (ABC/CBA) que permita a obtenção de custos reais detalhados da actividade realizada na unidade hospitalar e uma adequada e rigorosa comparação entre os preços fixados e os custos suportados. Esta metodologia deve ter por base sistemas de informação fáceis de trabalhar que permitam a directa imputação de custos ao doente, permitam a replicação e comparabilidade dos dados e sejam passíveis de melhorias e desenvolvimentos futuros.

O Centro Hospitalar de Torres Vedras está receptivo a iniciativas que possam surgir por parte da tutela neste sentido desde que estas sejam devidamente financiadas.

- 4- As ineficiências detectadas e mencionadas no documento em análise são fundamentalmente técnicas e de afectação de recursos. As ineficiências técnicas correspondem aos pontos fracos da instituição e resultam



Ministério da Saúde

chtv

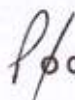
CENTRO  
HOSPITALAR  
DE TORRES  
VEDRAS

essencialmente da estrutura física existente, deterioração de instalações e equipamentos, deficientes condições hoteleiras, equipamentos e tecnologias de informação insuficientes e desactualizadas.

As ineficiências de afectação de recursos correspondem essencialmente à imposição do regime jurídico existente no CHTV que restringe a contratação de novos profissionais e impede o "afastamento" de recursos humanos desnecessários e ineficientes. Deste modo o CHTV encontra-se bastante dependente da contratação de profissionais especializados em regime de prestação de serviços. Este facto é revelador da ineficiência da actual política de gestão de recursos humanos.

Torna-se essencial a redefinição de um novo modelo organizacional que incorpore um sistema de avaliação de desempenho adequado com uma correcta política de atribuição de remunerações que premeie o mérito e a atribuição de incentivos.

Com os melhores cumprimentos,

 Conselho de Administração,



MANUEL RODRIGUES  
Vogal Executivo

Medicamentos Dispensados em Ambulatório, por Patologia

	Ano 2008		Ano 2009		Ano 2010	
	Nº de Doentes Medicados em Ambulatório	Encargos com Medicamentos em Ambulatório	Nº de Doentes Medicados em Ambulatório	Encargos com Medicamentos em Ambulatório	Nº de Doentes Medicados em Ambulatório	Encargos com Medicamentos em Ambulatório
Fibrose Quística						
Insuficientes Crónicos e Transplantados Renais	154	59.408 €	3	375 €	3	294 €
HIV	11	86.000 €	12	71.964 €	10	83.121 €
Deficiência Hormona de Crescimento						
Síndrome Turner						
Esclerose Lateral Amiotrófica						
Esclerose Múltipla	3	9.257 €				
Síndrome de Lennox-Gastaut						
Paraplegias Espásticas Familiares						
Ataxias Cerebelosas Hereditárias						
Doentes Acromegálicos						
Profilaxia Rejeição Aguda Transp. Crónico						
Profilaxia Rejeição Aguda T. Card. Alog.						
Hepatite C	9	58.729 €	16	40.237 €	18	55.691 €
Hemofilia						
Tuberculose e Lepra						
Patologia Oncológica <sup>(1)</sup>	647	1.193.134 €	595	1.185.293 €	612	1.025.526 €
Doença de Gaucher						
Doença de Crohn Activa Grave ou com Formação de Fistulas						
Artrite Reumatóide	74	3.507 €	4	25.171 €	1	2.163 €
Planeamento Familiar	153	62.907 €	57	4.889 €	106	99.434 €
Outras Patologias <sup>(1)</sup>			138	85.259 €	174	119.720 €
<b>TOTAL</b>	<b>1.051</b>	<b>1.452.942 €</b>	<b>825</b>	<b>1.413.188 €</b>	<b>936</b>	<b>1.393.432 €</b>
<b>Patologias incluídas no Contrato Programa</b>	<b>166</b>	<b>127.394 €</b>	<b>19</b>	<b>40.612 €</b>	<b>21</b>	<b>55.985 €</b>
<b>Medicamentos não Participados</b>	<b>885</b>	<b>1.325.548 €</b>	<b>806</b>	<b>1.372.576 €</b>	<b>915</b>	<b>1.337.447 €</b>
<b>Patologias que deveriam ser financiadas de forma autónoma (HIV, Artrite Reumatóide, Planeamento familiar e Outras Patologias)</b>	<b>238</b>	<b>132.414 €</b>	<b>211</b>	<b>187.283 €</b>	<b>302</b>	<b>309.798 €</b>

<sup>(\*)</sup> Inclui: Consulta da dor e imunoglobulina anti-D.

<sup>(1)</sup> Inclui os medicamentos referentes ao Hospital de Dia de Oncologia cujo custo é parcialmente coberto pela facturação das sessões de Hospital de dia/Quimioterapia



Financiamento do Hospital de Dia de Oncologia e respectivos custos

Especialidade	ANO 2008		ANO 2009		ANO 2010	
	Nº sessões	Custos Directos	Nº sessões	Custos Directos	Nº sessões	Custos Directos
Hospital de Dia Oncologia (total)	7.375	1.572.174,45 €	7.580	1.587.187,60 €	7.680	1.385.891,65 €
Quimioterapia	1.295		1.527		2.177	
<b>C. Unitário médio</b>		<b>213,18 €</b>		<b>209,39 €</b>		<b>180,45 €</b>
Financiamento no âmbito do contrato programa Quimioterapia - GDH médico preço unit. 297,51€ e outras sessões ao preço unit.25,27€		538.917,05 €		607.257,08 €		786.740,08 €

MCDT's não Financiados

Especialidade	ANO 2008			ANO 2009			ANO 2010		
	Nº Exames/Análises	Custos Directos	Peso dos Custos Directos	Nº Exames/Análises	Custos Directos	Peso dos Custos Directos	Nº Exames/Análises	Custos Directos	
M. F. R.	<b>129.387</b>	<b>824.217,18 €</b>	<b>85,88%</b>	<b>121.427</b>	<b>604.219,04 €</b>	<b>84,72%</b>	<b>129.076</b>	<b>580.885,83 €</b>	
Fisioterapia	121.565	744.859,40 €		114.342	524.110 €		123.456	506.763 €	
Terapia Ocupacional	4.557	44.398,54 €		4.479	46.071 €		4.053	44.559 €	
Terapia da Fala	3.265	34.959,24 €		2.606	34.037 €		1.567	29.564 €	
<b>CARDIOLOGIA</b>	<b>8.820</b>	<b>110.139,79 €</b>	<b>85,64%</b>	<b>8.009</b>	<b>116.214,51 €</b>	<b>86,01%</b>	<b>6.140</b>	<b>125.475,86 €</b>	
<b>PNEUMOLOGIA</b>	<b>4.229</b>	<b>134.413,53 €</b>	<b>81,10%</b>	<b>3.843</b>	<b>129.603,29 €</b>	<b>81,91%</b>	<b>4.110</b>	<b>86.070,98 €</b>	
<b>TOTAL</b>	<b>142.436</b>	<b>1.068.770,50 €</b>		<b>133.279</b>	<b>850.036,84 €</b>		<b>139.326</b>	<b>792.432,67 €</b>	

Consultas Externas não Médicas que não são objeto de Financiamento

Especialidade	ANO 2008			ANO 2009			ANO 2010		
	N.º Consultas		Custos Directos	N.º Consultas		Custos Directos	N.º Consultas		Custos Directos
	Primeiras	Subsequentes		Primeiras	Subsequentes		Primeiras	Subsequentes	
Psicologia	406	2.023	86.504,49 €	301	1.397	61.843,08 €	376	1.445	82.864,16 €
Nutrição e Dietética	287	732	22.844,62 €	279	662	23.433,72 €	276	627	20.623,14 €
<b>Total</b>	<b>693</b>	<b>2.755</b>	<b>109.349,11 €</b>	<b>580</b>	<b>2.079</b>	<b>85.276,80 €</b>	<b>652</b>	<b>2.072</b>	<b>103.307,32 €</b>
C. Unitário médio			31,71 €			32,07 €			37,92 €





## 1.11. Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE

**Pedro Fonseca**

---

**De:** Jose Carpinteiro  
**Enviado:** sexta-feira, 24 de Junho de 2011 10:09  
**Para:** Pedro Fonseca  
**Assunto:** FW: Auditoria de resultados ao sistema de pagamentos e de formação dos preços pagos às unidades hospitalares do Serviço Nacional de Saúde.  
**Anexos:** SVR-IMP1-AD11062219200.pdf

---

**De:** Director-Geral  
**Enviada:** sexta-feira, 24 de Junho de 2011 09:08  
**Para:** Jose Carpinteiro  
**Assunto:** FW: Auditoria de resultados ao sistema de pagamentos e de formação dos preços pagos às unidades hospitalares do Serviço Nacional de Saúde.

José F.F. Tavares  
*Director-Geral*  
Tribunal de Contas  
Av. Barbosa do Bocage, 61  
1069-045 LISBOA  
Telef.: ++351-217945138/9  
Fax: ++351-21-7940567

---

**De:** ANA MARIA RODRIGUES NOBREGA [<mailto:anan@chtmad.min-saude.pt>]  
**Enviada:** quarta-feira, 22 de Junho de 2011 19:26  
**Para:** Gab. Director-Geral  
**Cc:** CARLOS ALBERTO VAZ; MANUEL MARIA ANTUNES PIMENTEL; HUGO FERREIRA MOREIRAS  
**Assunto:** Auditoria de resultados ao sistema de pagamentos e de formação dos preços pagos às unidades hospitalares do Serviço Nacional de Saúde.

Exm.º Senhor:  
Auditor-Coordenador, Dr. José António Carpinteiro

Por orientação do Vogal do Conselho de Administração – Sr. Dr. Manuel Maria Antunes Pimentel, remeto a V. Ex.ª o anexo em causa, relativo ao assunto em epígrafe.

Com os melhores cumprimentos,

Ana Nóbrega – Secretariado do Conselho de Administração

DGTC 24 06'11 11895

Ex.mo Sr.  
Director-Geral do Tribunal de Contas  
Av. Barbosa du Bocage, 61  
1069-045 LISBOA

Doc nº 423/2011-CA de 2011/06/22

**Assunto:** Auditoria de resultados ao sistema de pagamentos e de formação dos preços pagos às unidades hospitalares do Serviço Nacional de Saúde

Exmº Sr Auditor-Ccoordenador  
Dr. José António Carpinteiro

Queremos desde já transmitir a Vª Exª que, no tempo que nos foi atribuído para resposta ao solicitado sobre o relato da auditoria de resultados ao sistema de pagamentos e de formação dos preços pagos às unidades hospitalares do Serviço Nacional de Saúde, não nos foi possível dar a resposta que a qualidade e profundidade do mesmo merecia. Acresce que um dos colaboradores que tinha em mãos a preparação da resposta, por motivos alheios à sua vontade, não pode completar a informação. Nesta circunstância, iremos apenas abordar as questões mais relevantes e que se prendem mais directamente com o Centro Hospitalar Trás-os-Montes e Alto Douro.

Em termos genéricos importa referir não só a pertinência do tema, mas também o âmbito e profundidade em que foi abordado, merecendo da nossa parte a concordância com a metodologia adoptada e com a maioria das conclusões retiradas.

De acordo com a análise que fazemos da nossa própria realidade, importa desde já referir que o sistema de pagamento da actividade das unidades hospitalares do SNS tem evoluído significativamente, contribuindo para a introdução de instrumentos que têm permitido melhorar a eficiência económica dos recursos postos à sua disposição. Reconhecendo que as limitações orçamentais introduzem alguns factores de distorção nos preços, ao acrescentarem elementos de monitorização e reporte, têm permitido ganhos de produtividade, compensadores ainda que parciais das restrições de financiamento. A título de exemplo, ao valorizar-se a componente dos Objectivos, Institucionais Comuns, Regionais e Institucionais da Região, afectando-lhe uma parte significativa do orçamento contratualizado, exigiu das U. Hospitalares uma monitorização baseada em informação relevante dos recursos utilizados, no sentido da melhoria simultânea da eficiência da sua

1/2

utilização, bem como dos resultados alcançados, desenvolvendo uma política gestonária de melhoria de qualidade e da eficácia da sua actividade.

No domínio da informação indispensável para uma gestão eficiente dos recursos, tem sido feito um esforço assinalável para a sua melhoria, mas reconhecemos que a leitura do relato nos alertou para necessidade da sua melhoria, nomeadamente ao nível da contabilidade analítica. Nesse sentido, iniciámos de imediato a revisão da afectação dos recursos e em particular dos recursos humanos aos diferentes centros de custos, e é nossa convicção que as ineficiências técnicas encontradas, devidas a excesso de utilização de recursos, apresentarão valores mais consentâneos com a nossa realidade logo que actualizemos os dados da BDEA.

Em termos de estrutura orgânica, introduzimos uma gestão assente em departamentos e que reconhecemos ainda não estar a funcionar em pleno, pelo que, continuando a apostar no reforço da melhoria das suas potencialidades como unidades de gestão, poderemos obter com ganhos de eficiência técnica, nomeadamente ao nível do internamento, contribuindo para reduzir os custos do Centro Hospitalar. De referir que o Centro Hospitalar Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE tem vindo a apresentar uma dinâmica de crescimento decorrente da passagem a Hospital Central e do alargamento da sua área de intervenção em especialidades exigentes em termos de recursos, o mesmo acontecendo com a evolução para Urgência Polivalente na sua sede, com exigências acrescidas em recursos em geral e humanos em particular. As próprias instalações desajustadas da nova realidade estão em remodelação e ampliação profundas, permitindo já em 2012, condições para uma prestação de qualidade em simultâneo com ganhos de eficiência dos recursos disponíveis.

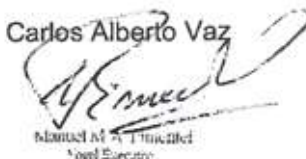
Também a construção do Novo Hospital de Proximidade de Lamego, vai permitir ganhos de eficiência, comparativamente ao actual a funcionar em instalações muito desajustadas das necessidade e exigência de unidade de saúde prestadoras de cuidados de saúde de qualidade, e reforçará a especialização do Ambulatório, reduzindo significativamente os índices de ineficiência.

Cientes de que a nossa resposta deveria ser mais objectiva e quantificada, resta-nos apelar para a compreensão de V<sup>ª</sup> Ex.<sup>ª</sup>, esperando que nos permitam complementar esta informação como era nossa intenção.

Com os melhores cumprimentos,

Ø Presidente do Conselho de Administração

Carlos Alberto Vaz



Handwritten signature of Carlos Alberto Vaz in black ink, written over a printed name and a small logo.

MEMORIAL À PRESIDÊNCIA  
Vice-Presidente

2/2





## 1.12. Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho, EPE



CENTRO  
HOSPITALAR  
VILA NOVA DE GAIA ESPINHO

Exm<sup>o</sup>. Senhor  
Dr. José António Carpinteiro  
Auditor Coordenador do Tribunal de Contas  
Av. Barbosa do Bocage, n<sup>o</sup>. 61  
1069 – 045 Lisboa

007304 17-JUN '11

S/ Ref.	Data	Proc. n <sup>o</sup> .	N/ Ref.	Data
			CA/	17. Junho. 2011

### ASSUNTO: Auditoria de Resultados ao Sistema de Pagamentos e de Formação dos Preços do Serviço Nacional de Saúde

O Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho, EPE (CHVNG) tem participado activamente na reflexão sobre a temática do sistema de pagamentos e de formação de preços do Serviço Nacional de Saúde (SNS).

Com efeito, este Centro Hospitalar pronunciou-se oportunamente sobre esta matéria quer a propósito da discussão pública das tabelas de preços do Serviço Nacional de Saúde (SNS) e da proposta da Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS) para a revisão do actual modelo de financiamento quer já no âmbito da Auditoria de Resultados em epígrafe promovida pelo Tribunal de Contas, conforme documentos em anexo.

Em sede do exercício do contraditório com Relato correspondente ao Processo n<sup>o</sup> 42/10 – Auditoria de Resultados ao Sistema de Pagamentos e de Formação dos Preços do Serviço Nacional de Saúde, vem este Centro Hospitalar expor o seguinte:

#### • Metodologia de financiamento e formação de preços

O actual modelo de financiamento português é um modelo prospectivo por caso que, por defeito, se baseia no princípio "pagador a estabelecer preços" e, independentemente do nível de eficiência técnica de cada Instituição, o mesmo produto terá sempre o mesmo preço nos termos da tabela de preço do SNS.

Espera-se que as diferenças entre Instituições decorram de diferentes níveis de gravidade dos doentes e da eficiência técnica, existindo uma reconfiguração do processo produtivo e do tratamento dos doentes com vista à sua optimização e não uma selecção de casuística resultante de incentivos desregulados que situem preferencialmente perfil produtivo da Instituição em linhas de produção que lhes sejam favoráveis.

Entende-se que a prospectividade – que resulta do facto de se conhecer antecipadamente o tipo, volume e preços dos serviços a prestar, sendo normalmente apontada como indutora de eficiência técnica e capaz de conter custos – é essencialmente prejudicada pela revisão das metas contratualizadas e pelo desconhecimento/alteração das regras de pagamento no decurso dos respectivos exercícios, bem como pela definição de preços assente nos custos observados, o que acaba por lhe conferir um carácter retrospectivo.

BCTC 21 06'11 11693

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 n<sup>o</sup> 508 142 156





- **GDH e Matriz de Maryland**

O sistema de classificação de doentes em GDH suporta a constituição de grupos de doentes semelhantes com base em atributos da oferta pelo que privilegia as características relacionadas com a complexidade e o nível de diferenciação de cada Instituição em detrimento dos atributos da procura, isto é, das características relacionadas com a gravidade. Será também de salientar que a absoluta homogeneidade do consumo de recursos de cada doente dentro de cada GDH não é em si um objectivo uma vez que o grau de variação é conhecido, previsível e levado em conta no cálculo do preço.

Embora existam diversas versões dos GDH, entende-se que a alteração de agrupador constituiu necessariamente uma mais-valia porquanto introduziu uma maior discriminação dos casos clínicos e do consumo de recursos, acrescentando um nível de complexidade/severidade com complicações ou comorbilidades.

No que diz respeito à Matriz de Maryland enquanto mecanismo de formação de preços, as limitações identificadas correspondem, em geral, às apontadas na literatura, entre as quais se salienta a cobertura deficitária do ambulatório o que se afigura incompatível com o objectivo de promoção desta área.

- **Negociação do Contrato-Programa**

A negociação dos Contratos-Programa é condicionada pela existência de limites orçamentais anuais para o SNS, o que nalguns casos se revela desajustado das necessidades sentidas e expressas da população a que as Instituições dão resposta.

Acontece que num contexto de forte restrição orçamental, a definição de quantidades por linha de produção fica muitas vezes abaixo dessas necessidades identificadas pelas Instituições em sede de negociação, dando origem a que a produção realizada ultrapasse as quantidades contratualizadas podendo inclusive ir além da produção marginal.

Efectivamente, os cortes sistemáticos na actividade contratualizada não são compatíveis com a actual pressão da procura e a produção marginal pode ser, à partida, integrada nas previsões de produção das Instituições.

Porém, o modelo de financiamento não pressupõe a contratação de quantidades às quais a produção realizada fique estritamente limitada, antes se define uma contratualização relacional que permita uma contínua adequação da resposta das instituições de saúde à complexidade e às necessidades da população.

- **Contrato-Programa e Tabela de Preços do SNS**

Atendendo a que a esmagadora maioria da actividade prestada pelas Instituições públicas se destina a beneficiários do SNS, a modalidade de financiamento relevante é o Contrato-Programa.

Ora, para além dos constrangimentos apontados à definição da tabela de preços do SNS, importa salientar que os preços praticados na actividade classificável em GDH em sede de Contrato-Programa podem afastar-se dos preços da tabela de preços do SNS em função de três factores: preços de referência contratualizados, casuística e doentes equivalentes.

Entende este Centro Hospitalar que a modalidade de financiamento teria a beneficiar com o seguinte:

- A coincidência entre preços contratualizados no Contrato-Programa e o preço de referência da tabela de SNS que corresponde a um GDH com peso relativo igual a 1.





- A definição de um tecto para o orçamento de cada linha de produção classificável em GDH não é incompatível com a aplicação do ICM correspondente à casuística do exercício em curso, garantindo-se, assim, que a cada momento o financiamento corresponde ao perfil produtivo da Instituição. Adicionalmente, seria possível minimizar eventuais práticas de selecção de casuística em função de estratégias de optimização de proveitos no curto ou médio/longo prazo.
- O cálculo de doentes equivalentes mais do que rever a situação dos doentes de evolução prolongada – cuja penalização da ineficiência em termos de tempos de internamentos nos parece defensável – deverá atentar na problemática da introdução de técnicas inovadoras que permitem diminuir os tempos de internamentos para níveis abaixo dos limiares inferiores estabelecidos, prática que surge indevidamente penalizada.
- **Inovação**

A propósito da penalização resultante da introdução de técnicas inovadoras ainda não reconhecidas pelo modelo de financiamento, cumpre salientar que esta situação não é exclusiva da rubrica dos medicamentos. Veja-se o caso da implantação de dispositivos valvulares por via percutânea, técnica introduzida pela primeira vez no nosso país por este Centro Hospitalar e cujo procedimento não se encontra sequer contemplado na Codificação Internacional das Doenças – 9ª Revisão – Modificação Clínica (CID-9-MC) de 2004 – sendo actualmente enquadrado em *"outros procedimentos nas válvulas cardíacas"*.

- **Actividades sem financiamento**

O CHVNG tem vindo a alertar para a existência de actividades sem financiamento, designadamente no que diz respeito a consultas não médicas, a GDH realizados sem preços para ambulatório e a MCDT não reconhecidos na tabela de preços do SNS.

A este respeito cumpre ainda reflectir sobre a problemática dos cidadãos portugueses sem número do SNS e nalguns casos já com pedido efectuado no respectivo centro de saúde, mas ainda não atribuído.

Trata-se de actividade assistencial prestada, precisamente, à população alvo do Contrato-Programa (cidadãos portugueses) e que, por motivos alheios às Instituição públicas que não podem – nem devem – recusar a prestação de cuidados, não é passível de facturação.

Assim, atendendo a que qualquer cidadão português pode ser beneficiário do SNS, questiona-se porque razão a atribuição do número do SNS não ocorre simultaneamente ao momento do registo de nascimento e independentemente do centro de saúde da sua área de residência.

Também no caso da actividade assistencial decorrente de agressões ou de mordedura animal, são inúmeros os casos anualmente não facturados.

Efectivamente, as Instituições enfrentam sérias dificuldades na facturação aos terceiros legalmente responsáveis por diversos motivos, entre os quais:

- Desconhecimento por parte da vítima da identidade do agressor;
- Não apresentação de queixa por parte da vítima às entidades oficiais competentes;
- Ausência de título que legitime a facturação ao terceiro responsável.



Para além de se tratar de um processo necessariamente sujeito à morosidade inerente à tramitação judicial, desde logo incompatível com a facturação dos respectivos exercícios, muitos destes casos resultam no não apuramento de responsabilidades. Ora, não podendo facturar directamente à vítima beneficiária do SNS e não podendo apresentar esta facturação à sua entidade responsável, a actividade prestada pela Instituição não é facturável.

Entende-se que tal acontece apenas por não ter havido a devida actualização da legislação aplicável nestes casos uma vez que reporta a um período em que o financiamento dos Instituições se processava através da reposição de custos.

Ora, nesse caso, não havia qualquer penalização nem para a vítima, beneficiário do SNS, nem para a Instituição do SNS prestadora dos cuidados porquanto os custos suportados se encontravam incluídos nos montantes repostos anualmente. Com a alteração de estatuto jurídico das instituições hospitalares e a opção por uma modalidade de pagamento pela produção, estas – impossibilitadas de recusar a prestação de cuidados – asseguram o atendimento da vítima e não têm qualquer garantia de que sejam remuneradas por essa prestação.

Veja-se o exemplo de um utente beneficiário do SNS que dê entrada no serviço de urgência devido a uma mordedura de um cão e que desconheça o seu proprietário. Tal assistência resultará, logo à partida, num atendimento para o qual a Instituição não poderá processar qualquer facturação.

Entendendo este Centro Hospitalar que as Instituições prestadoras não podem ser penalizadas e que o longo período de tempo decorrido entre a assistência e a determinação do terceiro responsável é incompatível com a gestão de instituições públicas empresariais, impõe-se a revisão urgente desta situação.

No caso particular do CHVNG, estima-se que no exercício de 2010 o montante não facturável por esta razão não imputável à Instituição ascenderia a um montante nunca inferior a 278.323 € (atendimentos de urgência valorizados ao preço base do Contrato-Programa).

#### • **Contabilidade Analítica e Imputação de custos**

Embora não tenha sido divulgada qualquer discussão metodológica quantos aos constrangimentos e limitações do estudo que suporta a presente Auditoria, entende-se que será consensualmente aceite que a actual contabilidade continua a apresentar fragilidades e que é premente desenvolver um sistema de custeio enquanto instrumento para a definição de preços em consonância com as melhores práticas clínicas.

Porém, num contexto de fortes fragilidades na imputação dos custos e na formação dos preços, as comparações entre custos e proveitos não são fiáveis. Acresce que os hospitais com sistema de custeio por actividades em implementação não são – como reconhecido na presente Auditoria – representativos das Instituições do SNS.

Salienta-se, ainda assim, o esforço desenvolvido por este Centro Hospitalar na melhoria da qualidade da contabilidade analítica, como disso resulta a diminuição da percentagem de custos não imputáveis de 5,1% em 2008 para 1,7% (dados provisórios de 2010).

Acresce que nos anos de 2009 e de 2010 este Centro Hospitalar promoveu a imputação aos respectivos centros de custo quer das amortizações quer dos custos com pessoal, incluindo o trabalho temporário.



De facto, os principais constrangimentos ao actual sistema de custeio resultam de problemas de operacionalização, entre os quais a falta de uniformização de critérios de imputação entre Instituições ou a má afectação da carga horária dos profissionais.

Embora se reconheçam as vantagens do sistema de custeio por actividades no apuramento do custo por doente, o longo processo de implementação na fase piloto ainda não concluído indicia elevados custos de implementação e de manutenção que podem comprometer a fiabilidade dos custos apurados.

Com efeito, entende este Centro Hospitalar que, sempre que possível, deverá ser privilegiado o método directo de imputação dos custos aos doentes. Admite-se que este será essencialmente aplicável às rubricas com custos mais significativos em linha com o já implementado pelo CHVNG:

- Imputação directa de consumos por doente (material clínico nos serviços com maior representatividade do CHVNG e medicamentos em todos serviços com prescrição ao doente);
- Implementação de armazéns avançados;
- Definição de Kits (material clínico e medicamentos) por procedimento cirúrgico, com imputação de consumos ao doente.

Entende-se também que se deverá simultaneamente assegurar a manutenção de custos por serviço prescriptor para que se sustente a revisão de casos e a identificação de áreas de melhoria da eficiência. A responsabilização dos níveis de gestão permitirá o envolvimento de todos os profissionais no esforço de melhoria do desempenho, cuja avaliação terá necessariamente de incorporar a casuística de cada Instituição e o ajustamento pelo risco de cada doente tratado.

Apenas assim será possível formar preços de eficiência económica que constituam um verdadeiro sistema de incentivos produtivos.

Com os melhores cumprimentos,

O Presidente do Conselho de Administração



(João Ferreira)





## 1.13. Centro Hospitalar do Alto Ave, EPE

**Pedro Fonseca**

---

**De:** Secretariado Administração Centro Hospitalar do Alto Ave, EPE [sec.direccao@chaa.min-saude.pt]  
**Enviado:** sexta-feira, 17 de Junho de 2011 19:22  
**Para:** Precos-SNS  
**Assunto:** Tribunal de Contas - Auditoria de resultados ao sistema de pagamentos e de formação dos preços pagos às unidades hospitalares do Serviço Nacional de Saúde - Proc. N.º 42/2010 - Audit

Exmo. Senhor  
Auditor Coordenador do Tribunal de Contas  
Dr. José António Carpinteiro

Na sequência da auditoria levada a cabo pelo Tribunal de Contas, respeitante ao sistema de pagamentos e de formação de preços pagos às unidades hospitalares do SNS, e de forma a responder ao solicitado no ofício n.º 8413 de 6 de Junho de 2011, respeitante ao processo 42/2010 – Audit - DA VI, vem por este meio o Centro Hospitalar do Alto Ave, EPE (CHAA) pronunciar-se sobre as conclusões do relatório no sentido de:

- Congratular-se com a análise efectuada pelo Tribunal de Contas em colaboração com a equipa de colaboradores externos requisitada para o efeito, numa área tão sensível como seja o sistema de pagamentos e formação de preços pagos aos hospitais do SNS.
- Subscrever a generalidade das conclusões emanadas do relatório, nomeadamente no que concerne à necessidade de estabelecimento de uma política homogénea de utilização de um sistema de custeio por parte dos hospitais do universo EPE; necessidade de revisão dos tempos de internamento e preços associados a cada GDH; promoção de actividades de benchmarking entre hospitais, ao nível da eficiência económica e medição de resultados em saúde; actualização do modelo de financiamento dos hospitais através de ajustamentos em algumas linhas de financiamento ou criação de novos sistemas de incentivo, na área da investigação clínica. Acreditamos que o estabelecimento de uma política homogénea de utilização de um sistema de custeio e de registo da actividade assistencial constituem passos importantes para assegurar o cumprimento dos restantes objectivos: promoção do benchmarking, actualização do modelo de financiamento, criação de novos sistemas de incentivo. O CHAA está a trabalhar com outros hospitais no sentido de harmonizar a informação proporcionada por vários indicadores, justamente com o objectivo de criar condições para o benchmarking dos resultados em saúde.
- Confirmar o nosso interesse, no que respeita à situação específica do CHAA, para melhorarmos os sistemas de informação - o que estamos a fazer - no sentido de facilitar a avaliação da eficiência económica e do desempenho assistencial.

Encontramo-nos, naturalmente, disponíveis para qualquer esclarecimento adicional.

Melhores cumprimentos

**António Barbosa**

Presidente do Conselho de Administração



Centro Hospitalar do Alto Ave, EPE

06TC 20 06'11 11611



## 1.14. Centro Hospitalar do Baixo Vouga, EPE

### Pedro Fonseca

---

**De:** Luis Coelho [lcoelho@hdaveiro.min-saude.pt]  
**Enviado:** sexta-feira, 17 de Junho de 2011 14:06  
**Para:** Precos-SNS  
**Cc:** Jose Carpinteiro  
**Assunto:** Auditoria de Resultados ao sistema de pagamentos e de formação dos preços pagos Às unidades Hospitalares do SNS (Proc nº 42/2010 - Audit)

Tribunal de Contas  
Exmo Sr. Auditor Coordenador  
Dr. José António Carpinteiro

Em resposta ao Vosso Ofício nº 8400 de 6 de Junho de 2011, relativo ao assunto em epígrafe, após leitura atenta e entusiasmada dos "valiosos" documentos que nos foram remetidos para pronúncia, vimos informar o seguinte:

- o Hospital Infante D. Pedro (HIP) tem tido, desde Setembro de 2008, uma profunda preocupação em tudo quanto respeite aos critérios de criação de centros de custos, imputação de custos e registos contabilísticos, como base de trabalho sólido para uma informação contabilística interna, fiável e rigorosa e como potencial de exploração para um contributo sistémico via "*benchmarking*";

- não registámos nos documentos agora apresentados qualquer apontamento que colida com o nosso pensamento estratégico sobre a matéria – quer numa visão estritamente confinada à realidade micro do Hospital quer numa visão macro mais abrangente, nomeadamente no que respeita às preocupações com uma maior justiça e transparência no financiamento das estruturas hospitalares (página 58 de Relato) e consequentemente maior equidade na distribuição dos recursos. O modelo da nossa actuação desde Set2008 têm convergido para os princípios subjacentes às conclusões e recomendações dos documentos que nos foram remetidos para análise;

- apraz-nos registar as várias referências positivas ao HIP no que respeita a esta matéria – resultado da nossa permanente preocupação empenhada em contribuir para um sistema de informação que permita introdução de melhorias sistémicas.

Disponível para qualquer esclarecimento.

Com os melhores cumprimentos,

Luis Coelho  
Vogal Executivo

BGTQ 17 06'11 11520





## 1.15. Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio, EPE



Portimão (sede):  
Tel. 282 450 300 Fax. 282 450 390  
Sítio do Poço Seco, 8500-338 Portimão  
Lagos: --  
Tel. 282 770 100 Fax. 282 763 115  
R. Castelo dos Governadores, 8600-563 Lagos

Exmo. Senhor  
Dr. José António Carpinteiro  
Auditor-Coordenador do  
Tribunal de Contas  
Av. Barbosa du Bocage, 61  
1069-045 LISBOA

S/ Ref <sup>a</sup>	N.º	DA VI – Proc. N.º 42/10 – Audit	N/Ref <sup>a</sup>	N.º	501/PCA/si
	Data:	06/06/2011		Data:	17/06/2011

**Assunto:** Auditoria de resultados ao sistema de pagamentos e de formação dos preços pagos às unidades hospitalares do Serviço Nacional de Saúde.

Dando cumprimento ao solicitado por V. Ex.<sup>ª</sup>, no âmbito do processo em referência, cumpre remeter as alegações referentes ao salientado no relato da auditoria de resultados ao sistema de pagamentos e de formação dos preços pagos às unidades hospitalares do Serviço Nacional de Saúde.

Com os melhores cumprimentos,  
O Presidente do Conselho de Administração,



(Dr. Luís Batalau)

**Anexo:** Alegações referentes ao Processo n.º 42/10 – Audit.

Entidade Pública Empresarial criada pelo Decreto-Lei n.º 233/2005, de 29 de Dezembro

DGTC 22 06'11 11780



Ministério da Saúde

**Excelentíssimo Sr. Conselheiro da Área**

Luís Manuel de Andrade Rodrigues Batalau, na qualidade de Presidente do Conselho de Administração do Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio, EPE, e de representante legal desta instituição hospitalar, conforme o estatuído na alínea d) do artigo 8º do Decreto-Lei 233/2005 de 29 de Dezembro, vem em sede de resposta à notificação recebida do Tribunal de Contas, no âmbito do Processo n.º 42/10 – Auditoria de resultados ao sistema de pagamentos e de formação dos preços pagos às unidades hospitalares do Serviço Nacional de Saúde apresentar as seguintes alegações:

1. Cumpre em primeiro lugar reconhecer e destacar a elevada qualidade técnica do Relatório da presente auditoria, assim como a relevância e pertinência da temática objecto da mesma, cujo desenvolvimento constituirá, seguramente, um contributo muito relevante para a gestão hospitalar.
2. A espiral crescente dos custos hospitalares, aliada à opinião generalizada de que o sector público de saúde é economicamente ineficiente, tem captado múltiplas atenções para a questão da eficiência hospitalar e respectivas formas de medição.
3. Esta Instituição reconhece a relevância da análise de eficiência desenvolvida pelo consultor externo em termos de metodologia utilizada – DEA (*Data Envelopment Analysis*) – como método por excelência para a medição da eficiência técnica dos Hospitais do SNS e, acima de tudo, quando ineficientes, apontar a magnitude da ineficiência e *caminhos a serem trilhados* de modo a alcançar Fronteiras de Eficiência, quando comparados com outros Hospitais.
4. O CHBA, EPE compromete-se a promover uma auditoria aos dados da contabilidade analítica e acima de tudo olhar criticamente o seu desempenho económico relativo ao universo dos Hospitais do SNS e a adoptar medidas para a sua melhoria.
5. Daí a importância deste estudo ser iniciado e monitorizado pela ACSS, que inicialmente se deve debruçar sobre a fiabilidade e comparabilidade dos dados da contabilidade analítica dos Hospitais do SNS, muito heterogéneos a nível nacional.
6. Só depois de se verificar alguma homogeneidade nos dados da contabilidade analítica, da uniformidade de critérios adoptados pelos Hospitais do SNS, que neste momento não existem, é que se poderá adoptar a metodologia de análise de eficiência proposta pelo relatório em análise.
7. Reconhece-se que a Contabilidade Analítica não tem tido o desenvolvimento desejado, atendendo à sua importância na emissão de informação de suporte para a gestão hospitalar, existindo falta de meios nesta área.

8. Este Centro Hospitalar não dispõe de um sistema de informação integrado que permita registar desde as matérias de consumo até à distribuição dos recursos, por acto médico, por forma a viabilizar a elaboração de estudos sobre os custos médios unitários dos GDH's com o objectivo de se obter e compreender o custo real das actividades desenvolvidas, não havendo qualquer incentivo para o fazer no actual contexto de pagamento dos contrato programa agregados por linha de produção.

9. No estudo do relatório em questão, foi adoptada uma orientação *Input* na metodologia DEA, procurando-se no estudo identificar "fronteiras de eficiência" para os Hospitais que para a mesma produção consumam menos recursos.

Poder-se-á também, complementando a análise numa óptica de *output*, identificar Hospitais que com a mesma estrutura de recursos apresentem a máxima produção. Aí um Hospital é tecnicamente ineficiente se não maximizar os seus *outputs*, dados os *inputs* empregues. Apontar-se-iam aí caminhos a alcançar para os Hospitais ineficientes por forma a maximizarem os seus resultados/produção de modo a conseguirem pertencer à fronteira dos Hospitais Eficientes.

10. Concorde-se com a elaboração de um índice de eficiência económica dos hospitais do SNS, promovida pelo Ministério da Saúde, que sirva de referência à Gestão Hospitalar para que cada Hospital obtenha ganhos de eficiência nas várias linhas de actuação.

11. No que concerne às conclusões apresentadas, nomeadamente no que se refere às insuficiências do actual sistema de financiamento das actividades desenvolvidas pelos Hospitais do Serviço Nacional de Saúde, conforme mencionado no último parágrafo da fls. 11 do douto relato, no que a este Centro Hospitalar diz respeito, são diversas as actividades que não têm fonte própria de financiamento, situação que a seguir se apresenta:

Subcontratação de serviços sem receita para o CHBA					
	2006	2007	2008	2009	2010
<b>62-Fornecimentos e serviços externos</b>					
6218-Trabalhos executados no exterior	6.043.369,92	3.998.622,60	4.183.278,33	3.996.222,10	3.520.712,78
62181-Em entidades do M. Saúde	1.235.253,81	479.311,51	382.807,85	684.538,94	999.571,48
621811-Assistência ambulatória	26.112,34	9.776,35	15.872,30	11.964,07	8.013,90
621812-Meios complementares de diagnóstico	861.092,78	417.164,17	302.155,22	594.525,82	912.357,95
621813-Meios complementares de terapêutica	262.193,09	31.633,93	46.792,37	60.831,16	65.522,88
621814-Prescrição medicam. e cuid. farmac.	2.544,76	9.060,48	2.655,28	4.223,61	
621815-Internamentos e transporte de doentes	81.370,84	11.360,38	15.320,98	12.994,28	12.918,65
621819-Outros trabalhos executados no exterior	1.940,00	316,20	11,70		758,10
<b>62189-Em outras entidades</b>	<b>4.808.116,11</b>	<b>3.519.311,09</b>	<b>3.800.470,48</b>	<b>3.311.683,16</b>	<b>2.521.141,30</b>
621891-Assistência ambulatória	27.839,92	191.990,73	157.290,19	130.902,36	85.991,13
621892-Meios complementares diagnóstico	2.433.517,73	1.709.962,85	1.737.784,72	1.001.752,74	775.051,04
621893-Meios complementares terapêutica	465.643,10	672.248,09	645.206,20	653.584,13	243.370,47
621894-Prescrição medicam. e cuid. farmac.					
621895-Internamentos e transporte de doentes	1.745.907,50	944.792,42	1.260.189,37	1.525.443,93	1.416.728,66
621896-Aparelhos complementares de terapêutica	135.207,86				
621897-Assistência no estrangeiro					
621898-Termalismo social					
621899-Outros trabalhos executados no exterior		317,00			
6219-Outros subcontratos	197.528,95	195.355,68	193.287,13	142.157,80	93.618,43
<b>621-Subcontratos</b>	<b>6.240.890,87</b>	<b>4.193.978,28</b>	<b>4.376.565,46</b>	<b>4.138.379,90</b>	<b>3.614.331,21</b>



- O recurso a subcontratação de serviços externos, por falta de recursos internos, bem como por falta de resposta na rede de referênciação, tem representado um custo bastante elevado, na estrutura de custos deste Centro Hospitalar. Dos custos acima referidos, destacamos a Radioterapia, a Hemodinâmica e o elevado custo com Transporte de Doentes em virtude da situação geográfica (periférico). Para todos estes custos não existe modelo de financiamento definido, nem forma de reembolso.

Medicamentos de Cedência Hospitalar					
Medicamentos prescritos em Ambulatório	2006	2007	2008	2009	2010
Esclerose Lateral Aminotrófica	10.539,03 €	17.547,92 €	24.674,91 €	11.347,12 €	9.864,00 €
Esclerose Múltipla	562.877,54 €	532.415,21 €	584.655,83 €	551.290,48 €	557.415,00 €
Hepatite C	324.758,55 €	215.972,18 €	223.360,51 €	258.395,66 €	210.000,00 €
HIV	1.965.811,47 €	2.287.270,48 €	2.765.658,54 €	3.327.625,75 €	3.756.711,00 €
Insuficientes Renais Crónicos e Transplantados Renais	303.409,30 €	256.900,71 €	71.796,47 €	- €	- €
Patologia Oncológica	768.979,81 €	652.934,76 €	707.600,83 €	495.126,74 €	478.853,00 €
Tuberculose e Lepra	722,23 €	558,45 €	658,36 €	6.797,14 €	151,00 €
Doenças Dermatológicas	- €	- €	50.066,26 €	52.658,61 €	- €
Artrite Reumatóide	- €	- €	55.517,77 €	300.647,15 €	472.053,00 €
Doenças de Chron	- €	- €	32.296,11 €	23.732,94 €	11.910,00 €
<b>Total</b>	<b>3.937.097,93 €</b>	<b>3.963.599,71 €</b>	<b>4.516.285,59 €</b>	<b>5.027.621,59 €</b>	<b>5.496.957,00 €</b>
<b>Pagamento pela ACSS dos Medicamentos de Cedência Hospitalar</b>	<b>- €</b>	<b>- €</b>	<b>549.448,02 €</b>	<b>558.351,88 €</b>	<b>655.631,13 €</b>
<b>Saldo</b>	<b>- 3.937.097,93 €</b>	<b>- 3.963.599,71 €</b>	<b>- 3.966.837,57 €</b>	<b>- 4.469.269,71 €</b>	<b>- 4.841.325,87 €</b>

- Outro dos elevados custos suportados por este Centro Hospitalar, prende-se com os medicamentos de cedência hospitalar, para os quais durante muito tempo não existiu qualquer financiamento, e posteriormente o financiamento existente fica bastante aquém do custo que os mesmos representam.

12. Relativamente ao grau de ineficiência expresso, no caso do Internamento, devido à ineficiência de afectação de recursos, há a referir as conhecidas limitações legais, no caso concreto dos normativos em vigor, para a carreira médica hospitalar, que impedem uma reorganização efectiva e um maior rigor na afectação dos horários de trabalho, em função das necessidades assistenciais e de funcionamento dos serviços.

Neste âmbito, refere-se também um condicionante que constitui um aspecto particular, existente ao nível da instalação e dimensão das enfermarias / internamento da Unidade Hospitalar de Portimão que não permitem uma lotação superior a 24 camas, mas que exige uma dotação de pessoal auxiliar e de enfermagem idêntica a enfermarias com dotação de 30 camas, por exemplo, por forma a assegurar a qualidade dos serviços prestados e a segurança do doente.

A título ilustrativo da situação supra descrita, no que se refere à dotação do pessoal de enfermagem, apresenta-se o gráfico seguinte referente ao ano de 2010 que traduz a taxa de utilização de enfermagem, de acordo com os indicadores do sistema de classificação de doentes por níveis de dependência de cuidados de enfermagem.

RELATÓRIO DE UTILIZAÇÃO DE FERRAL DE ENTERRAGEM

Data Inicial: 01-01-2010

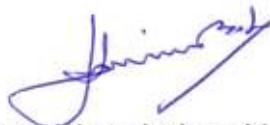
Data Final: 31-12-2010

Serviço	Das Entradas	BCN	BCP	BCP Corrigido	Varição Corrigida	BCN DE	BCP DE Corrigido	% Utilização Corrigida
Cirurgia 1	7348	31882.10	30649.10	28649.10	- 3133.00	4.88	1.70	131.78
Patologia	3638	17707.50	17601.00	17693.00	- 76.50	1.81	1.80	100.43
Obstetrícia	3817	16088.00	16088.10	20310.10	1262.10	4.88	1.58	91.80
Oncologia	10208	48470.50	17169.50	17169.50	- 22301.00	4.82	2.48	180.24
Medicina 1	8581	58301.10	17860.50	17880.10	- 20441.00	6.79	1.24	209.28
Medicina 2	8834	31291.10	17438.00	17438.00	- 24853.10	5.91	1.33	180.58
Genetologia	2822	11128.00	12282.10	12282.10	754.10	4.08	4.35	81.88
Especialidades Cirúrgicas	7441	38718.00	21188.00	21388.00	- 18330.00	3.34	3.34	100.82
Especialidades Médicas	8118	31838.00	21887.10	21887.10	- 8750.90	4.81	3.28	144.51
Cirurgia 2	7090	38190.00	17348.00	17348.00	- 22842.00	3.30	3.88	144.78
Preparato	4432	11840.10	17118.00	17118.00	1717.90	3.37	3.88	80.22
Medicina 3 - Lagos	12801	87148.10	48444.41	48444.41	- 38703.69	8.88	3.40	134.18
Unidade De Cuidados Primários	3387	20791.10	11208.00	11208.00	- 7983.10	6.17	3.92	117.28
<b>Total:</b>	<b>88891</b>	<b>477868.80</b>	<b>388487.40</b>	<b>388808.40</b>	<b>- 187260.40</b>	<b>5.81</b>	<b>3.88</b>	<b>182.89</b>

No que se refere ao ambulatório, designadamente ao serviço de urgência, existem imposições para a constituição das equipas mínimas necessárias, consideradas indispensáveis ao atendimento e tratamento da população utente, no caso concreto do CHBA, que dispõe de duas urgências, uma Urgência Básica, na Unidade Hospitalar de Lagos e uma Urgência Médico - Cirúrgica na Unidade Hospitalar de Portimão.

Eis o que se oferece dizer sobre este assunto.

Com os melhores cumprimentos,  
**O Presidente do Conselho de Administração,**



**Dr. Luís Manuel de Andrade Rodrigues Batalau**







## 1.16. Centro Hospitalar do Médio Ave, EPE

### Pedro Fonseca

---

**De:** Administração [administracao@chma.min-saude.pt]  
**Enviado:** segunda-feira, 20 de Junho de 2011 18:27  
**Para:** Precos-SNS  
**Assunto:** FW: Tribunal de Contas - Auditoria de resultados ao sistema de pagamentos e de formação dos preços pagos às unidades hospitalares do Serviço Nacional de Saúde - Proc. N.º 42/2010 - Audit

Ao Tribunal de Contas  
A/c Exmo. Senhor  
Auditor-Coordenador  
Dr. José António Carpinteiro

Assunto: Proc. N.º 42/2010 – Audit

Exmo. Senhor

Recebeu este Centro Hospitalar o resultado da Auditoria ao sistema de pagamentos e de formação dos preços pagos às unidades hospitalares do Serviço Nacional de Saúde. Face ao teor do documento, este Centro Hospitalar, pretende debruçar-se com a atenção que o mesmo requer, facto que está prejudicado pela escassez de tempo disponível para o efeito.

Por tal razão, vimos comunicar a V. Exa., que nesta data não estamos em condições de remeter “resposta **objectiva e quantificada** que referencie os pontos do relato que merecem observação”. Contudo e sem prejuízo das conclusões a extrair do relatório em apreço, no que concerne às recomendações, ainda que não dirigidas aos Conselho de Administração, estas irão merecer estudo aturado dada a relevância que assumem em termos futuros. Ao dispor

Com os melhores cumprimentos  
O Presidente do Conselho de Administração  
Dr. José Maria Dias

---

**De:** Precos-SNS [<mailto:precos.sns@tcontas.pt>]  
**Enviada:** terça-feira, 7 de Junho de 2011 11:22  
**Para:** Undisclosed recipients  
**Assunto:** Tribunal de Contas - Auditoria de resultados ao sistema de pagamentos e de formação dos preços pagos às unidades hospitalares do Serviço Nacional de Saúde - Proc. N.º 42/2010 - Audit

Exmo. Senhor  
Presidente do Conselho de Administração

Em cumprimento de despacho do Excelentíssimo Senhor Conselheiro da Área, exarado no processo supra referenciado, foi remetido a V. Ex.ª, através de ofício datado de 6 de Junho, o relato de auditoria referido em epígrafe, para que, **até 17 de Junho p.f.**, inclusive, apresentasse, 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, as alegações que tivesse por convenientes referentes sobre o mesmo, em especial no que concerne às conclusões e recomendações e à análise de eficiência das unidades hospitalares do SNS.

Na sequência desse ofício, em cumprimento do referido despacho, e no sentido de facilitar a análise da informação, junto se remete, o relato e respectivo apenso, em formato PDF.

Reforçando a o pedido constante do referido ofício, solicita-se, ainda, a V. Ex.ª que a resposta seja **objectiva e quantificada** e referencie os pontos do relato que merecem observação, e que a mesma seja também enviada, em suporte compatível com o tratamento da informação, por exemplo PDF ou Word/Excel, para este endereço de correio electrónico.

Com os melhores cumprimentos,  
Pedro Fonseca

---

**Tribunal de Contas - Portugal**

Av. da República, N.º65  
1050-159 Lisboa

A informação contida nesta mensagem, bem como eventuais anexos, é confidencial e poderá ser privilegiada. Esta mensagem destina-se apenas à(s) pessoa(s) mencionada(s). Se recebeu esta mensagem por engano, por favor elimine-a imediatamente, bem como eventuais cópias existentes no seu sistema, destrua eventuais impressões e notifique o remetente. Não é permitida, directa ou indirectamente, utilizar, distribuir, imprimir ou copiar a totalidade ou parte desta mensagem se não for um dos destinatários. O TRIBUNAL DE CONTAS reserva-se ao direito de monitorizar todas as comunicações de correio electrónico efectuadas através das suas redes. Quaisquer opiniões expressas na mensagem são do próprio remetente, não representando a posição da instituição, excepto quando explicitamente indicado o contrário e por remetentes autorizados.

*The information contained in this message and any attachments is confidential and may be privileged. This message is for the named person's use only. If you received this message by mistake, please delete it and all copies from your system immediately, destroy any printed copies and notify the sender. You must not, directly or indirectly, use, disclose, distribute, print or copy any part of this message if you are not the intended recipient. TRIBUNAL DE CONTAS reserves the right to monitor all e-mail communications through its networks. Any views expressed in this message are those of the individual sender, except where the message states otherwise and the sender is authorized to state them on behalf of TRIBUNAL DE CONTAS.*

<http://www.tcontas.pt>  
[webmaster@tcontas.pt](mailto:webmaster@tcontas.pt)

---

DCIC 21 06'11 11722

## 1.17. Centro Hospitalar do Médio Tejo, EPE

CP.157/11



Propõe-se que se nomeie  
o Senhor Conselheiro  
Eunício Lopes, acusando-se  
o supracitado.  
4/7/2011

Registado com A/R

Do Senhor Conselheiro  
Eunício Lopes  
Presidente do Tribunal de Contas

Exmo. Senhor  
4.7.11

Presidente do Tribunal de Contas

Dr. Guilherme d' Oliveira Martins

Tribunal de Contas

Av. da República, N°65

1050-159 LISBOA

DA VI  
ass. V. G. S. C.  
04.07.2011  
Tejo

V/ Ref.: Processo n.º 42/10-Audit

N/Ref.: 9674/2011/DHO

Data: ----

Data: 28-06-2011

**Assunto:** Processo n.º 42/10–Audit – Auditoria de Resultados ao Sistema de pagamentos e de formação dos preços pagos às unidades hospitalares do Serviço Nacional de Saúde

Exmo. Senhor Presidente do Tribunal de Contas,

Na sequência do despacho do Venerando Juiz Conselheiro da Área, datado de 31 de Maio p. p., proferido no âmbito do processo de Auditoria n.º 42/10, realizada ao sistema de pagamentos e de formação dos preços pagos às unidades hospitalares do Serviço Nacional de Saúde vem o Centro Hospitalar do Médio Tejo, E.P.E. apresentar as seguintes considerações:

O Centro Hospitalar do Médio Tejo, E.P.E. integrou a amostra das 49 unidades hospitalares auditadas, pelo que se impõe responder às conclusões do relato.

Antecipadamente, salienta-se que todas as limitações apontadas no relato da auditoria em epígrafe vão subscritas por este Centro Hospitalar.

BGTC 29 06'11 12094

UNIDADE DE ABRANTES  
Lg. Eng.º Bilucas  
2200-702 Abrantes PORTUGAL  
tel. 241 360 700 fax 241 363 211  
g.abrantes@chtm-m-saude.pt

UNIDADE DE TOMAR  
Av. Maria de Lurdes Meão e Castro - Apartado 118  
2304-909 Tomar PORTUGAL  
tel. 249 320 100 fax 249 320 122  
t.tomar@chtm-m-saude.pt

UNIDADE DE TORRES NOVAS  
Av. Xanana Gusmão - Apartado 45  
2350-754 Torres Novas PORTUGAL  
tel. 249 810 100 fax 249 810 108  
g.torresnovas@chtm-m-saude.pt

O modelo de financiamento CHMT, EPE assenta na celebração anual de um contrato-programa com a Tutela, no qual são definidas as quantidades a produzir e as regras do sistema de financiamento. O modelo de Contabilidade Analítica adoptado neste Centro Hospitalar segue a metodologia definida pela ACSS, IP, encontrando-se organizado por Centro de Custos, agrupado em *Secções Homogéneas Principais, Auxiliares, Administrativas e Custos não imputáveis*, tudo de acordo com o Plano de Contabilidade Analítica dos Hospitais. Anualmente, é produzido um ficheiro respeitante ao Centro Hospitalar, que, após ser enviado à ACSS, IP, integrará a base de dados utilizada para o apuramento dos custos / preços unitários.

Tendo em conta a Contabilidade Analítica de 2010, realizar-se-á uma breve abordagem entre o preço fixado no Contrato Programa 2010 e os custos com o doente tratado do mesmo ano.

Preço Unitário Contrato Programa 2010 versus Custo Doente Tratado

Linha de Produção	Pr.Un.-(CP 2010)	Cust. (Dt.Trat.2010)	Desvio ( Pr vs Cus.)
<b>1. Consulta Externa</b>			
Média Pr. Consulta	73,50 €	65,57 €	-7,93 €
<b>2. Internamento</b>			
PMP GDH	1.843,67 €	2.705,22 €	861,55 €
<b>3. GDH Ambulatório</b>			
GDH Médicos	299,83 €	ND	
GDH Cirúrgico	1.086,99 €	ND	
<b>4. Urgência</b>			
	69,11 €	124,27 €	55,16 €
<b>5. Sessões Hospital Dia</b>			
Imuno-Hemoterapia	368,28 €	ND	
Infecciologia	517,64 €	ND	
Psiquiatria	38,28 €	57,21 €	18,93 €
Hemodiálise ( semana / doente)	547,94 €	ND	
Outros	25,27 €	N.Facturáveis	

Tabela1: Preço Unitário Contrato Programa (2010) / Custo Doente Tratado (Dados Analítica 2010)



### Consulta Externa

Relativamente à linha de produção da Consulta, não existe linha de financiamento para as consultas não médicas. No ano 2010 realizaram-se 15.210, representando 8,9% do total das consultas médicas. As consultas não médicas integram Consultas de Neuropsicologia, Psicologia, Dietética e Enfermagem.

### GDH Internamento

Quanto aos custos dos GDH (Ponto 2) existem algumas limitações (apontadas no relatório), na medida que não é possível determinar o custo unitário de cada GDH (Médicos, Cirúrgicos Programados e Urgentes) com os actuais sistemas de custeio. Seria possível obter o custo do GDH num sistema que passasse pela imputação directa a cada doente e não a cada Centro de Custo, agrupando os doentes e respectivos custos em função do GDH, e, conseqüentemente, determinando um Custo Médio de cada GDH.

No entanto, após uma estimativa de um Preço Médio Ponderado dos GDH e o apuramento do Custo do doente tratado (dados da analítica 2010), verifica-se um desvio de aproximadamente (+862€) por doente tratado. Conclui-se que o preço médio do contrato-programa é inferior ao Custo do doente tratado, mesmo admitindo o pagamento da produção total.

Relativamente à actualização do Preço Unitário do GDH Médico e Cirúrgico, resulta do estudo baseado no custo do doente equivalente de 2005, apurado pela Contabilidade Analítica de 2004. Nos anos subsequentes foram actualizados tendo por base as Taxas de Inflação dos anos 2007 e 2008 e, desde então, não existe actualização do preço.

Na actividade classificada em GDH (Médicos, Cirúrgicos, Cirurgia do Ambulatório) o valor pago ao Centro Hospitalar resulta da aplicação da seguinte fórmula: (*Nº doentes Equivalentes \* preço unitário ajustado ao índice case-mix (ICM)*). Este reflecte algumas limitações relativamente ao financiamento: Aplica-se apenas à actividade que gera GDH, não abrangendo actividades como a Consulta Externa, parte da produção do Hospital Dia e a Urgência;

O ICM incluído no contrato-programa do ano N é calculado com base na actividade desenvolvida pelo Centro Hospitalar em (N-2). O ICM dos Contratos-Programa 2010 e 2011 não foi actualizado, reflectindo a actividade desenvolvida pelo Centro Hospitalar em 2007, pelo que não caracteriza a diferenciação do hospital e a relatividade dos custos. Com a crescente ambulatorização da actividade cirúrgica, verificando-se uma transferência de procedimentos do regime de internamento para o de

ambulatório, é expectável que ocorra um aumento da complexidade relativa dos internamentos e dos ambulatorios, originando, conseqüentemente, intervenções mais caras e ICM mais elevados, tanto no ambulatório, como no internamento.

O facto do ICM não se encontrar actualizado pode resultar num desincentivo ao desenvolvimento do ambulatório, dado que, desta forma, o modelo continua a privilegiar a actividade cirúrgica em regime de internamento. Esta situação não ocorre no caso deste Centro Hospitalar em resultado dos recentes investimentos realizados nas Unidades de Cirurgia de Ambulatório (UCA) e constante crescimento da taxa de ambulatorização, como se apresenta na tabela seguinte (Tabela2). Por outro lado, assume-se na íntegra todo o prejuízo decorrente do subfinanciamento.

	2008	2009	2010	PD 2011
Peso da Cir. Ambulatória na Cir. Programada	38,21%	42,95%	47,20%	50,80%

Tabela 2: Tx. Ambulatorização

O modelo actual financia o doente de ambulatório a um preço bastante inferior ao que é pago ao doente internado. Na sequência deste raciocínio, existe um subfinanciamento que acaba por reflectir um impacto negativo na exploração, não sendo possível a sua quantificação, por falta de elementos, como já referido.

### GDH Ambulatório

#### *GDH cirúrgico de Ambulatório*

Nos *GDH de Ambulatório Cirúrgico*, também se verifica uma limitação para o apuramento do custo unitário, na medida em que alguns doentes de ambulatório partilham os mesmos circuitos que o doente internado, consumindo os recursos como se tivessem internados. Com a conclusão da (UCA), tenderá a haver uma diferenciação dos circuitos dos doentes nas Unidades de Tomar e Torres Novas. Posto isto, não é, ainda, possível determinar o custo com o GDH Cirúrgico de Ambulatório.



### *GDH Médico de Ambulatório*

Os GDH Médicos de ambulatório (Ponto 3), no que concerne às Sessões de Oncologia que geram GDH, não é possível determinar o custo unitário do GDH, dado que no Centro de Custo da Oncologia estão incluídos custos de sessões de oncologia sem administração de químico que não geram GDH.

Na cedência gratuita de medicamentos a doentes oncológicos em regime de ambulatório, ao abrigo da Portaria n.º 1474/2004, de 21 de Dezembro, que permite o fornecimento gratuito desta medicação, não obstante os encargos com estes medicamentos. Em 2010, correspondeu ao montante de 1.022.619€, (20%) do total dos medicamentos dispensados em ambulatório, custo que não está incluído em nenhuma rubrica de financiamento, suportado na totalidade pelo Centro Hospitalar. Existe um constrangimento no financiamento da medicação fornecida em ambulatório que, em 2010, correspondeu a 1.024€/ doente, montante que não é financiado.

### Urgência

O serviço de Urgência, como mencionado no relatório, sofreu uma actualização de preços em 2007 com base na taxa de inflação de 2005. A linha de actividade da Urgência, tal como se apresenta na (tabela1), evidencia um grande desvio entre o custo do atendimento e o preço pago por via do contrato-programa.

### Hospital Dia

Relativamente ao custo da sessão do Hospital Dia, também se verificam alguns constrangimentos, na medida em que os custos do Hospital Dia ao nível da Contabilidade Analítica não estão a ser imputados ao respectivo Centro de Custo, não permitindo o apuramento do custo da sessão.

Aos doentes de Infecçologia é cedida medicação em ambulatório pela farmácia hospitalar que, em 2010, perpez um valor aproximado de 700 €/ doente/ mês. A cedência desta medicação conduz a um acompanhamento do doente em Hospital Dia de Infecçologia, que origina um registo de sessão. O preço unitário da sessão abrangida pelo contrato programa é de 517€ / sessão.

As sessões (outros) de Diabetologia, Urologia e de Oncologia sem GDH, não constam do financiamento.

Em síntese, segundo o relatório em crise, existem limitações ao actual sistema de financiamento, o mesmo sugerindo a necessidade da sua revisão, já assumida pela ACSS, IP ao propor um novo modelo de financiamento para 2010, cuja entrada em vigor foi adiada.

Mais se acrescenta que o Contrato-Programa de 2011 estabeleceu uma redução do preço unitário em todas as linhas de produção em (-4%), excepto na Hemodiálise e Diálise Peritoneal (-1,95%), e nas IVG, que mantiveram o preço. Na linha da Urgência, a redução do preço médio correspondeu a



cerca de 25%, resultado da introdução de um preço para a urgência básica e para a médico-cirúrgica.

Esta situação vem agravar ainda mais as situações de subfinanciamento das linhas de produção.

Convictos que os esclarecimentos ora prestados são susceptíveis de contribuir para a elevada função desse Tribunal de Contas, subscrevemo-nos com os nossos mais respeitosos cumprimentos.



---

**António Andrade (Dr.)**  
**Presidente**  
**Conselho de Administração**

## 1.18. Centro Hospitalar do Nordeste, EPE

### Pedro Fonseca

---

**De:** Jose Carpinteiro  
**Enviado:** segunda-feira, 20 de Junho de 2011 10:34  
**Para:** Pedro Fonseca  
**Assunto:** FW: Auditoria de resultados ao sistema de pagamentos e de formação dos preços pagos às unidades hospitalares do Serviço Nacional de Saúde - Proc. N.º 42/2010 - Audit  
**Anexos:** Ofício TC Auditoria Resultados ao sistema pagamentodef.doc

---

**De:** António Marçoa [<mailto:admar@chne.min-saude.pt>]  
**Enviada:** sexta-feira, 17 de Junho de 2011 20:49  
**Para:** Jose Carpinteiro  
**Assunto:** Auditoria de resultados ao sistema de pagamentos e de formação dos preços pagos às unidades hospitalares do Serviço Nacional de Saúde - Proc. N.º 42/2010 - Audit

Exmo Sr. Auditor-Coordenador  
Dr. José António Carpinteiro:

Remete-se em anexo, carta do CA deste CHNE, com o contributo desta instituição para tão importante matéria.

Com os melhores cumprimentos  
António Coelho Marçoa  
Vogal

**Centro Hospitalar do Nordeste, E.P.E.**  
Tel: 273 310 800 Fax: 273 310 813  
Av. Abade de Baçal 5301 - 852 Bragança  
[www.chne.min-saude.pt](http://www.chne.min-saude.pt)

---

**De:** Precos-SNS [<mailto:precos.sns@tcontas.pt>]  
**Enviada:** quinta-feira, 16 de Junho de 2011 16:22  
**Para:** Undisclosed recipients  
**Assunto:** Tribunal de Contas - Auditoria de resultados ao sistema de pagamentos e de formação dos preços pagos às unidades hospitalares do Serviço Nacional de Saúde - Proc. N.º 42/2010 - Audit

Exmo.s Senhores  
Presidentes de Conselho de Administração

Serve a presente comunicação para lembrar que termina no próximo dia **17 de Junho, 6ª Feira**, o prazo para V. Ex.ª apresentar, nos termos e para os efeitos do disposto nos artigos 13.º e 87.º, nº 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, as alegações que tenha por convenientes, relativas ao processo supra referenciado.

Reforçando o pedido anteriormente formulado, salienta-se a importância da obtenção dos comentários de V. Ex.ª no que concerne às conclusões e recomendações do relato, bem como à análise de eficiência das unidades hospitalares do SNS.

Com os melhores cumprimentos,

*José António Carpinteiro*  
Auditor-Coordenador

*Tribunal de Contas*  
DGTC, Departamento de Auditoria VI  
Av. Barbosa do Bocage, 61

DGTC 20 06 11 11613

1069-045 Lisboa  
tel: +351 21794 51 45  
fax: + 351 21793 60 33  
e-mail: [jose.carpinteiro@tcontas.pt](mailto:jose.carpinteiro@tcontas.pt)  
web: [www.tcontas.pt](http://www.tcontas.pt)

---

### **Tribunal de Contas - Portugal**

Av. da República, N°65  
1050-159 Lisboa

A informação contida nesta mensagem, bem como eventuais anexos, é confidencial e poderá ser privilegiada. Esta mensagem destina-se apenas à(s) pessoa(s) mencionada(s). Se recebeu esta mensagem por engano, por favor elimine-a imediatamente, bem como eventuais cópias existentes no seu sistema, destrua eventuais impressões e notifique o remetente. Não é permitida, directa ou indirectamente, utilizar, distribuir, imprimir ou copiar a totalidade ou parte desta mensagem se não for um dos destinatários. O TRIBUNAL DE CONTAS reserva-se ao direito de monitorizar todas as comunicações de correio electrónico efectuadas através das suas redes. Quaisquer opiniões expressas na mensagem são do próprio remetente, não representando a posição da instituição, excepto quando explicitamente indicado o contrário e por remetentes autorizados.

*The information contained in this message and any attachments is confidential and may be privileged. This message is for the named person's use only. If you received this message by mistake, please delete it and all copies from your system immediately, destroy any printed copies and notify the sender. You must not, directly or indirectly, use, disclose, distribute, print or copy any part of this message if you are not the intended recipient. TRIBUNAL DE CONTAS reserves the right to monitor all e-mail communications through its networks. Any views expressed in this message are those of the individual sender, except where the message states otherwise and the sender is authorized to state them on behalf of TRIBUNAL DE CONTAS.*

<http://www.tcontas.pt>  
[webmaster@tcontas.pt](mailto:webmaster@tcontas.pt)

---

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

Sua Referência  
Proc. N.º 42/2010 - Audit

Sua Comunicação de  
06-06-2011

Nossa Referência

Data  
17-06-2011

**ASSUNTO: Auditoria de resultados ao sistema de pagamentos de formação dos preços às unidades hospitalares do Serviço Nacional de Saúde.**

Exmo. Sr. Director Geral do Tribunal de Contas,

Foi com grande interesse e atenção que o Conselho de Administração do Centro Hospitalar do Nordeste, E.P.E. tomou conhecimento do relatório da auditoria por V. Exas remetida, tendo merecido da nossa parte cuidada análise, dada a pertinência do estudo, bem como o rigor com que foi desenvolvido, para além do facto de se tratar de uma área chave da gestão hospitalar algo carente de aprofundados e rigorosos estudos.

No entanto, na nossa opinião há alguns aspectos que nos parece não terem sido considerados na avaliação realizada à eficiência da actividade hospitalar no SNS. Efectivamente, o relatório não discrimina positivamente as Unidades Hospitalares, em aspectos tão relevantes e com impacto tão significativo na eficiência das mesmas, como são os aspectos demográficos, estruturais, sociais, culturais e políticos, sendo sabido que cada instituição tem as suas especificidades e condicionantes, o que condiciona a leitura dos resultados da forma como são apresentados.

Como exemplo, poder-se-á efectuar uma breve análise comparada entre o CHNE e o Hospital de Santo André em Leiria, ambos Hospitais enquadrados no Grupo 4 de financiamento, mas com especificidades completamente divergentes. O primeiro abrange uma área de cerca de 7.000 km<sup>2</sup>, servindo uma população total de cerca de 148.000 habitantes, enquanto o segundo se restringe a uma área de cerca de 2.650 km<sup>2</sup>, mas com uma população de cerca de 390.000 habitantes. Para além das próprias características da população (taxa de envelhecimento, índice de poder de compra, etc.)



que poderá condicionar a comparação (muito embora neste matéria não aconteça porque a análise efectuada foi ao nível do GDH), este simples facto condiciona de forma relevante as próprias estruturas de cada uma das instituições e consequentemente os custos e logo a eficiência. Se por um lado o Hospital de Santo André é composto por apenas uma Unidade Hospitalar, o Centro Hospitalar do Nordeste agrupa três Unidades Hospitalares, que apenas existem devido à vasta área geográfica coberta pelo CHNE, pois a população servida, e consequente produção, não justificariam a existência destas três Unidades.

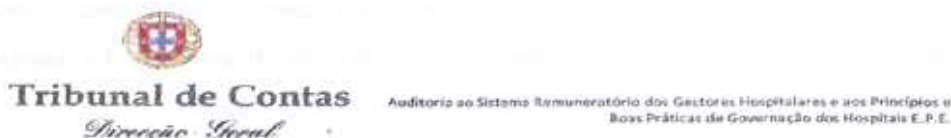
Tal facto, agravado pela rigidez da legislação em vigor, que dificulta a mobilidade e reafecção de recursos humanos entre Unidades Hospitalares, conduz à existência de Serviços redundantes (como por exemplo a existência de duas urgências hospitalares, dois laboratórios, três serviços de Imagiologia, etc.), com impacto directo óbvio, tanto no número, como nos custos com Recursos Humanos e restantes custos, sem retorno proporcional em termos de produção. Estas condicionantes meramente geográficas, sociais, estruturais e por vezes políticas não permitem ao CHNE nem a outras hospitais com as mesmas características (nomeadamente do interior do país) atingir níveis de eficiências semelhantes aos do Hospital de Santo André ou outros do litoral, tanto em termos das referidas eficiência técnica como de eficiência de preço.

Deve assim perceber-se que, grande parte das ineficiências apontadas, em nosso entender, deveriam ser apresentadas, não como ineficiências técnicas ou de preço, mas sim como **ineficiências estruturais, geográfico-sociais ou até mesmo políticas e que resultam do facto de as populações do interior deterem o mesmo direito ao acesso aos cuidados de saúde que detêm as populações dos grandes centros urbanos e do litoral**. Esta situação pode, por exemplo, ser ilustrada através da apresentação do impacto de um estudo recentemente realizado pelo CHNE, e incluído no Plano de Contenção de Despesa para 2011, que estima que o encerramento da Unidade Hospitalar de Macedo de Cavaleiros proporcionaria uma redução de custos na ordem dos **3.500.000€**. Tal medida não pode ser tomada sem a análise do impacto no acesso aos cuidados de saúde das populações. Na mesma linha de raciocínio, enquadra-se um potencial encerramento da urgência da Unidade Hospitalar de Mirandela, cuja manutenção representa anualmente um custo de cerca de **4.000.000€**. Estes são apenas dois dos exemplos mais significativos das causas de ineficiências, associadas às especificidades do CHNE e de outras instituições hospitalares com as mesmas características e que, como é óbvio, têm forte impacto no custo unitário (seja do GDH, seja do doente padrão saído). A acrescer a estas especificidades e factor nada despreciando, os elevados custos de transporte de doentes que o CHNE suporta e que a maioria dos hospitais do litoral e dos grandes centros urbanos não assumem com proporcional dimensão.

Por outro lado, as características do CHNE, mas também da generalidade dos Hospitais do interior do país, condicionam a sua eficiência de preço, na medida em que a escassez de atractividade dos profissionais médicos, por parte destas instituições, obriga à prática de valores remuneratórios mais elevados do que nos Hospitais mais atractivos do litoral, para fixação destes profissionais, agravando assim a ineficiência de preço destas instituições. Este aspecto poderá ser designado como **ineficiência da necessidade de fixação de recursos especializados no interior**.

Esta escassez de Recursos Humanos, em particular de pessoal Médico, origina o pagamento de um elevado número de horas extraordinárias na cobertura dos dois serviços de urgência, já por si redundantes. A estes últimos dois aspectos, pode ser associada a designação de **ineficiência da escassez de recursos especializados no interior**.

Por outro lado, o presente relatório, se bem que academicamente rigoroso e complexo, apresenta conclusões algo contraditórias com outros estudos anteriores, embora mais simples mas de interpretação mais acessível, nomeadamente com as conclusões apresentadas no Processo 20/10 – audit do Tribunal de Contas. Este último apresenta, como um dos indicadores de avaliação da performance das instituições (e dos CA) em análise nesse documento, o Custo Unitário por Doente Padrão (Anexo 36 – Indicadores utilizados para análise estatística da correlação – pág. 26).



Anexo 36 - Indicadores utilizados para análise estatística da correlação

Hospitais EPE - 2007 a 2010	Média do custo unitário por doente padrão, 2007 a 2010	Média do N° de Membros do CA, 2007 a 2010	Média da Escassez Médica 2007 a 2010	Média dos doentes admitidos por médico, 2007 a 2010
Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio, EPE	4.379,33	5	8,30	244,86
Centro Hospitalar Cova da Beira, EPE	3.673,62	5	7,62	521,46
Hospital Distrital da Figueira da Foz, EPE	3.260,42	4	7,22	280,35
Hospital Infante D. Pedro, EPE	3.021,98	4	6,78	231,42
Hospital S. Teotónio, EPE	3.339,70	4	8,13	177,50
Hospital Santo André, EPE	2.763,81	5	6,63	262,50
Instituto Português Oncologia de Coimbra, EPE	3.527,73	4	7,11	210,33
Centro Hospitalar do Nordeste, EPE	3.611,08	7	7,53	450,62
Hospital Santa Maria Maior, EPE	2.437,23	6	6,83	329,74
Hospital São João, EPE	5.492,75	5	6,16	109,84
Instituto Português Oncologia do Porto, EPE	5.167,76	5	7,60	177,93
Unidade Local de Saúde de Matosinhos, EPE	5.557,39	5	7,75	159,18
Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE	7.770,56	7	9,42	96,48
Centro Hospitalar de Setúbal, EPE	5.467,90	5	7,02	202,02
Centro Hospitalar Médio Tejo, EPE	3.923,69	6	7,30	222,38
Hospital Distrital de Santarém, EPE	3.743,52	4	7,31	281,39
Hospital Garcia de Orta, EPE	4.942,83	5	7,87	161,10
Instituto Português Oncologia de Lisboa, EPE	6.816,07	5	7,23	273,06

Depreende-se, deste relatório, que as instituições com menor custo unitário por doente padrão devem ser consideradas as mais eficientes, no tocante à componente económica.

Toma-se o exemplo do Hospital de São João que é apontado agora como sendo o Hospital mais eficiente no Internamento e acima da média no Ambulatório, quando nas conclusões do Processo 20/10 – audit é o 4º Hospital com pior resultado, com um custo unitário por doente padrão de 5.492,75€, quando o mesmo indicador para o CHNE é de apenas 3.611,88€. Mas existem casos ainda mais díspares como o CH Lisboa Ocidental e outros (Matosinhos, Setúbal) que mesmo considerando o doente padrão ajustado pelo ICM apresentam resultados comparativos com o CHNE contraditórios com o actual relatório. E caso se analisasse o outro indicador apresentado no citado estudo, o nº de doentes saídos por médico ainda pareceria mais contraditório.

Por fim, considera-se que o estudo, embora muito pertinente na análise da eficiência, i.e. na componente de custos (unitários por gdh), não alarga com tanto detalhe a abordagem aos resultados económicos (custos *versus* proveitos), o que conduziria à análise de alguns aspectos importantes, tal como questionar a adequação do actual sistema de financiamento, nomeadamente, nos critérios utilizados nos últimos anos, para inclusão das Unidades Hospitalares nos diferentes grupos de financiamento. Do mesmo modo, levantam-se dúvidas nos critérios utilizados para atribuição dos valores de convergência e de incentivos institucionais, que beneficia “*virtualmente*” a obtenção de melhores resultados por parte de determinadas Instituições Hospitalares. Os aspectos agora apontados encontram-se explicitamente apresentados no quadro seguinte.



Hospitais EPE's	ARS	GRUPO	ICM Médico	ICM Cirúrg.	ICM Global	Doentes Padrão	Incentivos	Convergência	Total Incentivos	Valor Total Do Contrato	Prov. Unit. / Dia Padrão
CH Alto Ave	Norte	4	0,7198	1,1906	<b>0,8540</b>	36.502	3.197.963,22 €	- €	3.197.963,22 €	73.155.268,24 €	2.004,14 €
CHTMAD	Norte	2	0,7495	1,2269	<b>0,9041</b>	40.708	4.919.108,11 €	- €	4.919.108,11 €	112.044.827,53 €	2.752,40 €
CH do Nordeste	Norte	4	0,7334	1,1999	<b>0,8734</b>	18.388	1.808.016,56 €	3.323.656,86 €	5.131.673,42 €	44.643.520,99 €	2.427,86 €
CHDo Porto	Norte	2	0,7964	1,7864	<b>1,2377</b>	73.393	9.061.800,70 €	- €	9.061.800,70 €	206.260.272,01 €	2.810,35 €
CH entre Douro e Vouga	Norte	4	0,6780	1,1744	<b>0,8963</b>	43.004	3.740.911,13 €	- €	3.740.911,13 €	85.189.716,11 €	1.980,97 €
CH Médio Ave	Norte	4	0,6700	1,0572	<b>0,8118</b>	27.495	2.122.926,35 €	- €	2.122.926,35 €	48.418.745,56 €	1.761,00 €
CH Pov. Varzim/Vila Do Conde	Norte	4	0,5449	1,1452	<b>0,7548</b>	12.015	1.138.563,43 €	- €	1.138.563,43 €	24.040.477,86 €	2.000,87 €
CH Tamega e Sousa	Norte	4	0,6710	1,1709	<b>0,8341</b>	40.667	3.311.982,28 €	- €	3.311.982,28 €	75.159.148,73 €	1.848,16 €
CH Vila Nova de Gaia e Espinho	Norte	2	0,7775	1,6147	<b>1,1101</b>	54.125	6.233.042,06 €	- €	6.233.042,06 €	149.540.251,56 €	2.762,87 €
Hospital Magalhães Lemos	Norte	1	1,0785	0,0000	<b>1,0785</b>	11.646	635.249,06 €	- €	635.249,06 €	14.578.880,90 €	1.251,84 €
Hospital Santa Maria Maior	Norte	4	0,8165	1,1033	<b>0,9117</b>	11.470	988.165,21 €	- €	988.165,21 €	22.689.708,10 €	1.978,18 €
Hospital São João	Norte	2	1,0027	2,0911	<b>1,4777</b>	101.517	12.216.328,09 €	- €	12.216.328,09 €	277.678.720,86 €	2.735,29 €
IPO Do Porto	Norte	1	1,2360	2,0800	<b>1,4875</b>	39.755	4.663.922,59 €	- €	4.663.922,59 €	107.241.460,53 €	2.697,56 €
ULS Alto Minho	Norte	4	0,7594	1,2873	<b>0,9224</b>	35.722	14.472.604,10 €	- €	14.472.604,10 €	145.393.686,27 €	n.a.
ULS Matosinhos	Norte	4	0,7894	1,3632	<b>1,0033</b>	30.729	11.472.231,31 €	- €	11.472.231,31 €	115.329.484,60 €	n.a.
<b>TOTAL ARS NORTE</b>						<b>577.136</b>	<b>79.982.814,20 €</b>	<b>3.323.656,86 €</b>	<b>83.306.471,06 €</b>	<b>1.501.364.129,85 €</b>	<b>2.231,65 €</b>
CH Barreiros/ Montijo	LVT	4	0,7286	1,2103	<b>0,9057</b>	33.525	1.983.435,88 €	- €	1.983.435,88 €	67.735.580,96 €	2.020,45 €
CH De Lisboa Central	LVT	2	0,9571	2,0572	<b>1,4230</b>	94.733	6.908.410,71 €	42.350.731,51 €	49.259.142,22 €	307.277.283,58 €	3.243,61 €
CH de Setúbal	LVT	4	0,7265	1,5171	<b>1,0289</b>	35.747	1.961.148,47 €	9.883.731,53 €	11.844.880,00 €	83.304.670,33 €	2.330,40 €
CH Lisboa Norte	LVT	2	1,0192	1,9453	<b>1,3753</b>	131.755	9.885.815,47 €	- €	9.885.815,47 €	365.019.225,95 €	2.770,44 €
CH Médio Tejo	LVT	4	0,7513	1,3257	<b>0,9403</b>	33.386	1.790.614,69 €	9.055.110,10 €	10.845.724,79 €	77.225.354,50 €	2.313,11 €
Hospital Distrital De Santarém	LVT	4	0,7348	1,3597	<b>0,9235</b>	29.384	1.608.262,24 €	3.283.587,71 €	4.891.849,95 €	63.347.565,89 €	2.155,85 €
Hospital Fernando de Fonseca	LVT	2	0,7931	1,0543	<b>0,8922</b>	59.020	4.592.656,49 €	- €	4.592.656,49 €	163.272.255,56 €	2.766,39 €
IPO de Lisboa	LVT	1	1,439	1,9651	<b>1,6363</b>	34.707	2.737.506,73 €	- €	2.737.506,73 €	91.081.587,67 €	2.624,30 €
<b>TOTAL ARS LVT</b>						<b>452.257</b>	<b>31.467.850,58 €</b>	<b>64.573.160,85 €</b>	<b>96.041.011,53 €</b>	<b>1.218.263.524,44 €</b>	<b>2.693,74 €</b>
CH Cova Da Beira	Centro	4	0,8209	1,2609	<b>0,9364</b>	21.903	2.064.014,12 €	10.252.417,12 €	12.316.431,24 €	52.031.352,19 €	2.375,54 €
CH de Coimbra	Centro	2	0,7906	1,5017	<b>1,0369</b>	40.175	5.689.499,80 €	- €	5.689.499,80 €	114.336.367,10 €	2.845,96 €
Hospital Figueira Da Foz	Centro	4	0,9142	1,4238	<b>1,1074</b>	12.012	1.310.200,27 €	- €	1.310.200,27 €	26.207.764,70 €	2.181,80 €
Hospital Infante D. Pedro	Centro	4	0,7331	1,2747	<b>0,9061</b>	27.180	2.997.307,47 €	- €	2.997.307,47 €	54.989.907,57 €	2.023,18 €
Hospital Santo André	Centro	4	0,7019	1,3747	<b>0,8934</b>	33.062	3.553.693,88 €	- €	3.553.693,88 €	67.088.030,42 €	2.029,16 €
Hospital São Tatório	Centro	2	0,7634	1,4215	<b>0,9478</b>	34.504	4.881.842,10 €	- €	4.881.842,10 €	95.390.525,17 €	2.764,62 €
Hospital Universitário Coimbra	Centro	2	0,9567	1,9511	<b>1,3543</b>	85.717	11.935.386,02 €	- €	11.935.386,02 €	240.720.577,70 €	2.808,32 €
IPO De Coimbra	Centro	1	0,9961	1,4328	<b>1,1988</b>	15.781	2.117.857,97 €	- €	2.117.857,97 €	43.461.119,65 €	2.754,02 €
ULS Castelo Branco	Centro	4	0,8379	1,3659	<b>1,0288</b>	14.794	7.427.693,52 €	- €	7.427.693,52 €	74.710.217,35 €	n.a.
ULS Guarda	Centro	4	0,8233	1,1781	<b>0,9289</b>	18.196	9.006.662,05 €	- €	9.006.662,05 €	90.596.705,02 €	n.a.
<b>TOTAL ARS CENTRO</b>						<b>303.324</b>	<b>50.984.157,20 €</b>	<b>10.252.417,12 €</b>	<b>61.236.574,32 €</b>	<b>859.532.566,87 €</b>	<b>2.472,82 €</b>
CH Do Barlavento Algarvio	Algarve	4	0,6917	1,2805	<b>0,8531</b>	24.390	2.091.129,06 €	17.677.308,19 €	19.768.437,25 €	62.995.292,49 €	2.582,83 €
Hospital De Faro	Algarve	2	0,7567	1,4804	<b>0,9544</b>	37.509	3.763.646,16 €	- €	3.763.646,16 €	106.206.486,30 €	2.831,49 €
<b>TOTAL ARS ALGARVE</b>						<b>61.899</b>	<b>5.854.775,22 €</b>	<b>17.677.308,19 €</b>	<b>23.531.883,41 €</b>	<b>169.201.778,79 €</b>	<b>2.733,51 €</b>
Hospital Espírito Santo Évora	Alent.	2	0,7627	1,2728	<b>0,9597</b>	24.386	2.901.786,14 €	- €	2.901.786,14 €	68.179.139,59 €	2.795,83 €
Hospital Litoral Alentejo	Alent.	4	0,9693	1,5878	<b>1,1654</b>	10.383	968.521,53 €	- €	968.521,53 €	20.146.845,05 €	1.940,37 €
ULS Baixo Alentejo	Alent.	4	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	- €	- €	- €	86.841.615,88 €	n.a.
ULS Norte Alentejo	Alent.	4	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	9.591.808,52 €	- €	9.591.808,52 €	96.263.647,67 €	n.a.
<b>TOTAL ARS ALENTEJO</b>						<b>34.769</b>	<b>13.462.116,19 €</b>	<b>- €</b>	<b>13.462.116,19 €</b>	<b>271.431.248,19 €</b>	<b>2.368,10 €</b>
<b>TOTAL</b>						<b>1.429.385</b>	<b>168.289.397,30 €</b>	<b>95.826.543,02 €</b>	<b>264.115.940,32 €</b>	<b>3.748.361.999,95 €</b>	<b>2.622,36 €</b>

Fica bem patente, através do quadro supra apresentado, que o enquadramento nos grupos de financiamento carece de critérios devidamente fundamentados, pois o mesmo não se prende nem com o nível de complexidade das instituições (ICM), nem com o volume de actividade. Esta afirmação pode ser ilustrada tomando como exemplo o Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, inserido no grupo 2, e o Centro Hospitalar de entre Douro e Vouga, do grupo 4. As duas Unidades Hospitalares têm ICM's muito próximos, tendo até o Centro Hospitalar de entre Douro e Vouga um volume de actividade superior, estando no entanto inserido num grupo de financiamento inferior, somando assim, os proveitos associados ao seu Contrato Programa do ano 2010, um montante inferior em mais de **26.000.000€**, relativamente ao CHTMAD.

Tal como também já foi referido, não se percebe os montantes recebidos, por determinadas instituições, a título de valor de convergência ou mesmo de incentivo institucional, com impacto

directo mais do que relevante nos seus resultados. Repare-se que o Centro Hospitalar de Lisboa Central recebeu, por si só, cerca de 45% dos montantes distribuídos a nível nacional a título de valor de convergência. De notar as elevadas discrepâncias que daqui resultam nas receitas unitárias (por doente padrão) mesmo que ajustadas pelo ICM.

Pensa-se, pelos factos apontados, que uma análise aos resultados, para além da análise à eficiência, em termos de custos, permitiria espelhar e por em evidência estas contingências, que condicionam actualmente a comparabilidade do desempenho económico-financeiro das instituições do SNS.

Espera-se, em conclusão, que as observações apontadas pela Administração do Centro Hospitalar do Nordeste constituam uma mais-valia, no sentido de contribuir positivamente para uma análise pertinente e justa da avaliação de desempenho das instituições hospitalares do Serviço Nacional de Saúde.

Com os melhores cumprimentos,

O Presidente do Conselho de Administração

Dr. Henrique Capelas



## 1.19. Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, EPE

**Pedro Fonseca**

---

**De:** Madalena Oliveira [madalena@chts.min-saude.pt]  
**Enviado:** segunda-feira, 20 de Junho de 2011 11:26  
**Para:** Precos-SNS  
**Assunto:** RE: Tribunal de Contas - Auditoria de resultados ao sistema de pagamentos e de formação dos preços pagos às unidades hospitalares do Serviço Nacional de Saúde - Proc. N.º 42/2010 - Audit

*Exmo. Senhor  
Auditor Coordenador  
José António Carpinteiro*

*Acusámos a recepção do Vosso Ofício nº 008396, de 06.06.2011, V. Ref. DAVI-Proc. Nº42/2010-Audit, que agradecemos.*

*O Relato recebido mereceu a nossa melhor atenção, consideramos um excelente trabalho sobre um tema da máxima importância no contexto actual, que aponta as condicionantes e limitações do actual modelo de financiamento dos Hospitais EPE, em termos do seu desejável papel como gerador de eficiência económica.*

*Salientamos que o facto do actual sistema de financiamento não atender às diferenças de estrutura e actividade entre hospitais, bem como às características sócio-demográficas das populações que servem, é fortemente limitador da prestação de serviços adequados às suas necessidades de saúde.*

*Por outro lado, o facto de não valorizar toda a actividade hospitalar desenvolvida, nem incentivar a melhoria da sua eficiência económica, cria fortes dificuldades na redução de custos, factor essencial no actual contexto de forte restrição orçamental.*

*Consideramos que as recomendações efectuadas pelo Tribunal de Contas, têm por base os princípios e as boas práticas de gestão empresarial, constituindo um importante contributo para enfrentar os novos desafios que se impõem ao Serviço Nacional de Saúde.*

*Agradecendo a oportunidade de expormos as considerações que o Vosso Relato nos suscitaram, apresentamos os nossos melhores cumprimentos,*

*O Presidente do Conselho de Administração  
José Luís Catarino*

**Madalena Oliveira**  
Secretaria do CA

Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, EPE  
Lugar do Tapadinho  
4564 - 007 Guilhufe PNF  
Tele: 255 714 098  
Fax: 255 714 014  
e-mail: [administracao@chts.min-saude.pt](mailto:administracao@chts.min-saude.pt)

BGTC 20 06'11 11600



## 1.20. Centro Hospitalar Póvoa de Varzim/Vila do Conde, EPE

**Pedro Fonseca**

---

**De:** Conselho de Administração [ca@chpvvc.min-saude.pt]  
**Enviado:** sexta-feira, 17 de Junho de 2011 16:22  
**Para:** Precos-SNS  
**Assunto:** RE: Tribunal de Contas - Auditoria de resultados ao sistema de pagamentos e de formação dos preços pagos às unidades hospitalares do Serviço Nacional de Saúde - Proc. N.º 42/2010 - Audit

Analisado o Relatório remetido no âmbito do Processo nº 42/2010 – Audit, que mereceu a nossa melhor atenção, oferece-nos tecer, de forma sucinta, as seguintes considerações:

Dispondo a tutela do Contrato-Programa, como mecanismo privilegiado de incremento da produtividade e eficiência dos hospitais, bem como de orientação e organização da oferta de cuidados de saúde afigura-se-nos que se trata de uma ferramenta não negligenciável que poderia ter repercussões ao nível dos seguintes pontos:

1. **Financiamento da linha de actividade relacionada com o Serviço de Urgência por capitação:** o actual modelo de financiamento por doente atendido tem desvantagens e é gerador de resultados indesejáveis, nomeadamente pelos seguintes motivos:
  - a. Não sendo, por natureza, a actividade do Serviço de Urgência planeada, todos os recursos utilizados, designadamente os meios humanos (equipas-tipo) são fixos, independentemente de serem ou não utilizados. São, assim, empregues recursos fixos para uma produção variável;
  - b. O actual modelo potencia as chamadas "falsas urgências", que normalmente implicam menos recursos, obtêm o mesmo financiamento;
  - c. O actual modelo não incentiva a diferenciação entre emergência e consulta aberta, com a consequente e desejável orientação da procura para os locais apropriados. O pagamento por doente atendido estimula, naturalmente, o atendimento de mais doentes, em detrimento da devida orientação para outros serviços, organismos ou instituições mais vocacionados para o seguimento do caso.
2. **Contratualização do índice case mix:** actualmente, a tutela não fornece qualquer indicador aos hospitais sobre a complexidade pretendida, deixando tal critério integralmente à discricionariedade dos gestores, uma vez que utilizam um ICM passado o qual não vincula a qualquer tipo de cumprimento, o que acarreta, em nosso entender, as seguintes incongruências:
  - a. Não há qualquer compensação pelo investimento na complexidade;
  - b. A não negociação do case mix provoca injustiça no preço final e eventual manipulação da produção, com prejuízo final para o utente, podendo ser gerador de discriminação.
  - c. Enquanto não for actualizado, penaliza a produção em ambulatório porque é, pela sua natureza, menos complexa.
3. **Utilização do indicador de demora média para especialidades cirúrgicas:** este índice de cariz qualitativo utilizado para avaliar a eficiência dos serviços prestados a nível cirúrgico necessita, para não resultar numa inaceitável distorção da realidade, de sofrer uma correcção, no sentido de ser atribuído 1 dia a cada doente saído da cirurgia de ambulatório. A realização das cirurgias de menor complexidade em regime de ambulatório, não obstante se revele, na prática, uma escolha mais eficiente, implica um aumento do indicador de demora média das cirurgias programadas, dando a impressão (errada, artificial) de ineficiência. A correcção do índice pela atribuição de um dia à cirurgia de ambulatório daria um resultado de estadia/demora média mais próximo do real.

Esperando ter contribuído para a discussão, com o objectivo da optimização do Serviço Nacional de Saúde e, em última análise, de melhor servir os seus utentes.

Com os melhores cumprimentos.  
O Presidente do CA,  
Dr. Gaspar Pais

---

**CENTRO HOSPITALAR PÓVOA DE VARZIM-VILA DO CONDE, EPE**  
Largo da Misericórdia • 4490-421 Póvoa de Varzim  
Telefone: 252 690 601  
Fax: 252 611 120

---

DGTC 17 06'11 11523



## 1.21. Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa

**Pedro Fonseca**

---

**De:** Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa Administração [ca.chpl@gmail.com]  
**Enviado:** sexta-feira, 17 de Junho de 2011 13:21  
**Para:** Precos-SNS  
**Cc:** gms@ms.gov.pt; geral@acss.min-saude.pt; ruipt@arslvt.min-saude.pt  
**Assunto:** Auditoria de resultados ao sistema de pagamentos e de formação dos preços pagos às unidades do Serviço Nacional de Saúde - Proc. n.º 42/2010  
**Anexos:** Resposta TC\_Auditoria\_Proc 42-2010.docx

Exmo.  
Tribunal de Contas  
Direcção-Geral

Relativamente ao assunto mencionado em epigrafe, na sequência da recepção do v/ email de 7/6/2011, tal como solicitado, procede-se ao envio, em anexo, de documento com a apreciação que o referido documento mereceu por parte do Conselho de Administração do Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa.

Com os melhores cumprimentos

O Secretariado do Conselho de Administração

DGTC 17.06.11 11518



Exmo.  
Tribunal de Contas  
Direcção-Geral

Na sequência da recepção e apreciação do relato e respectivo apenso da Auditoria de resultados ao sistema de pagamentos e de formação dos preços pagos às unidades do Serviço Nacional de Saúde – Proc. N.º 42/2010, o qual agradecemos, consideramos oportuno, como aliás nos foi solicitado, tecer alguns comentários que, pensamos nós, podem eventualmente contribuir para o enriquecimento e fiabilidade do tratamento dos dados efectuado, manifestando, desde já, o nosso apreço pela oportunidade e qualidade da auditoria realizada, quer na vertente de tratamento de dados, quer pela pertinência das conclusões e recomendações formuladas.

No que concerne à análise efectuada no ponto 4.8. Eficiência Global da actividade Hospitalar no SNS, pág. 45 e seguintes do relato, ao efectuar a análise final, em valores absolutos e relativos, para o internamento e por unidade hospitalar, identificando as perdas por ineficiência mediante a decomposição do custo total, o Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa (CHPL) surge, na ordenação da eficiência de custo total, posicionado em último lugar, quer em valores absolutos, quer em relativos.

Concretamente, no Anexo VII Decomposição do Custo – Amostra Global relativa ao Internamento, pág. 259 do apenso, nos índices de eficiência de custo e técnica, o CHPL revela respectivamente 0.12 e 0.15, registando assim o menor valor dos hospitais que integram a amostra alargada.

Consideramos que o valor dos índices em apreço, registados pelo CHPL no internamento, não obstante a inquestionável validade e precisão da metodologia de Data Envelopment Analysis utilizada, a qual permite a decomposição da análise económica em eficiência técnica, eficiência de preço e eficiência na afectação, encontram-se, na nossa perspectiva, inequivocamente enviesados mercê da formulação das variáveis de produção e de recursos utilizadas, subvertendo assim a comparação relativa entre indicadores de eficiência dos diversos hospitais.

Efectivamente, a elaboração das variáveis de produção e recursos seleccionadas suscita-nos as seguintes considerações:

- I. A variável de produção utilizada para os serviços clínicos de internamento foi Doentes Saídos ajustado pelo índice case-mix e, adicionalmente, a taxa de mortalidade intra-hospitalar padronizada pela idade, tendo como fonte a base de dados dos GDH e o contrato programa celebrado com a ACSS. O CHPL regista 2250 doentes saídos.
- II. Como variáveis de recursos, foram considerados o n.º de profissionais médicos, de enfermagem e outros com base hora-equivalente e um número misto de consumo de medicamentos e MCDT.

O CHPL tem por missão a prestação de serviços especializados unicamente em psiquiatria e saúde mental, para populações de áreas geodemográficas definidas e a implementação de programas de prevenção primária. A prestação de cuidados, no que concerne ao internamento, inclui:

- unidades de doentes agudos cujos episódios geram GDH;

- unidades de internamento de residentes;
- unidades de internamento de reabilitação;
- unidade de internamento de psiquiatria forense;

sendo que, nestas unidades, o apuramento da actividade/produção e a facturação de episódios é por dia de internamento, não se procedendo, portanto, à codificação em GDH.

1. No internamento, circunscrever a variável de produção ao n.º de doentes saídos cujos episódios geraram GDH afigura-se-nos assim demasiado redutor, por duas ordens de razões:
  - a. No âmbito do cumprimento da Portaria 110-A de 23 de Janeiro de 2007, os episódios cuja data de admissão ocorram até 60 dias após um episódio de internamento anterior deverão ser facturados pela diária, o que equivale, em 2008, a que o n.º de doentes saídos do internamento foi de 3174, ou seja, 29.11% dos episódios não foram codificados por se tratarem de reinternamentos, registando o CHPL, no ano em apreço, uma taxa de reinternamento de 20.1%, expectável face à especificidade do conjunto de patologias identificadas no âmbito do tratamento da psiquiatria e saúde mental.
  - b. Por outro lado, o n.º de doentes tratados no internamento de agudos foi de 3286 doentes, o que traduz claramente a dimensão desta linha de produção, sendo que, a utilização de recursos disponíveis não se esgota, longe disso, no internamento de doentes agudos cujos episódios geraram GDH.
  - c. Analisada a produção do CHPL na vertente dos dias de internamento, constata-se que o internamento de agudos, cuja produção foi incluída na auditoria, significa somente 28.7% do total de dias de internamento registados no CHPL, de fácil visualização no Quadro 1.

**Quadro 1**

**ACTIVIDADE - ANO 2008**

INTERNAMENTO	DOENTES SAÍDOS	DIAS INTERNAMENTO	DOENTES TRATADOS
<b>AGUDOS</b>	<b>3.174</b>	<b>55.783</b>	<b>3.286</b>
<b>UNIDADES DE RESIDENTES</b>	<b>162</b>	<b>93.478</b>	<b>397</b>
<b>UNIDADES DE REABILITAÇÃO</b>	<b>47</b>	<b>34.606</b>	<b>124</b>
<b>FORENSE</b>	<b>5</b>	<b>10.741</b>	<b>35</b>
<b>TOTAL</b>	<b>3.388</b>	<b>194.608</b>	<b>3.842</b>
<b>PESO % AGUDOS</b>	<b>93,7%</b>	<b>28,7%</b>	<b>85,5%</b>
<b>PESO % RESID + REAB + FORENSE</b>	<b>6,3%</b>	<b>71,3%</b>	<b>14,5%</b>

2. O facto da base de dados de elementos analíticos não permitir realizar o desdobramento do custo das horas extraordinárias dos profissionais identificados, permitindo obter o preço médio por ano dos recursos humanos, impossibilita a sua inclusão na variável, o que se traduz numa evidente limitação da análise de eficiência



económica, constituindo uma fonte de enviesamento de dados certamente significativa. No caso do CHPL, o peso correspondente ao encargo com horas extraordinárias no valor total de custos com remunerações é de somente 1.65% em 2008.

Tal significa que o CHPL, comparativamente a outros hospitais que eventualmente registem maior peso percentual de horas extraordinárias para um determinado nível de produção, utilizou um nível mais eficiente de recursos, logo registaria um índice de eficiência técnica (e eficiência global) que a limitação na construção da variável não permite evidenciar.

3. Ainda na variável recursos, na ausência de uma unidade natural de medida de consumo de medicamentos e MCDT, procedeu-se à elaboração de um n.º misto de consumo destes recursos o qual traduz o respectivo contributo na produção registada. No internamento, a componente de consumo de medicamentos o CHPL regista um peso relativo face ao consumo nacional de 0.2% apenas, em linha com outros hospitais psiquiátricos. Mas no que concerne à realização de MCDT, importa esclarecer que o CHPL regista, no âmbito do regime convencionado, uma percentagem muito significativa de exames e análises que não se destinam a auxiliar a formulação de diagnósticos e tratamentos a doentes internados. Efectivamente, a título de exemplo, na área da radiologia, 91.5% da produção de exames respeitam a requisições provenientes do exterior, sobretudo de Centros de Saúde. Na electroencefalografia é de 41.9%, na patologia clínica de 25.9% e na electroconvulsivoterapia de 54.3%. (ver Quadro 2)

Tal significa que o n.º misto de consumo no recurso medicamentos/MCDT no internamento se encontra sobreavaliado e desfasado da realidade, contribuindo de modo claro para um índice de eficiência técnica no internamento muito incipiente, influenciado certamente por esta componente da variável.

Quadro 2

**Meios Complementares de Diagnóstico Terapêutica - ANO 2008**

Designação	ANO 2008				
	Exames realizados para CHPL	Exames realizados para Exterior	Total Exames realizados	% Realizados p/ CHPL	% Realizados p/Exterior
Electroencefalografia	778	562	1.340	58,1%	41,9%
Estudo do Sono	26	10	36	72,2%	27,8%
Electroconvulsivoterapia	298	348	646	46,2%	53,8%
Radiologia	361	3.802	4.163	8,5%	91,5%
Patologia Clínica	60.271	21.074	81.345	74,1%	25,9%
Electrocardiografia	70	88	158	44,3%	55,7%

Com os melhores cumprimentos

O Conselho de Administração

## 1.22. Centro Hospitalar Tondela -Viseu, EPE

**Pedro Fonseca**

---

**De:** sec.presidente [sec.presidente@hstviseu.min-saude.pt]  
**Enviado:** quarta-feira, 22 de Junho de 2011 16:47  
**Para:** Precos-SNS  
**Assunto:** FW: Tribunal de Contas - Auditoria de resultados ao sistema de pagamentos e de formação dos preços pagos às unidades hospitalares do Serviço Nacional de Saúde - Proc. N.º 42/2010 - Audit

Exmos. Srs.

Encarrega-me o Sr. Dr. Alexandre Ribeiro, Presidente do Conselho de Administração do CHTV, EPE de informar o seguinte:

“O Conselho de Administração considera genericamente, as conclusões do Tribunal de Contas correctas, não havendo nada a alegar ao documento em referência”.

Com os melhores cumprimentos,

O Secretariado do CA, do HST,EPE  
*Manuela Velhuco*

---

**De:** geral  
**Enviada:** quinta-feira, 16 de Junho de 2011 17:00  
**Para:** sec.presidente  
**Assunto:** FW: Tribunal de Contas - Auditoria de resultados ao sistema de pagamentos e de formação dos preços pagos às unidades hospitalares do Serviço Nacional de Saúde - Proc. N.º 42/2010 - Audit

---

**De:** Precos-SNS [<mailto:precos.sns@tcontas.pt>]  
**Enviada:** quinta-feira, 16 de Junho de 2011 16:22  
**Assunto:** Tribunal de Contas - Auditoria de resultados ao sistema de pagamentos e de formação dos preços pagos às unidades hospitalares do Serviço Nacional de Saúde - Proc. N.º 42/2010 - Audit

Exmo.s Senhores  
Presidentes de Conselho de Administração

Serve a presente comunicação para relembrar que termina no próximo dia **17 de Junho, 6ª Feira**, o prazo para V. Ex.ª apresentar, nos termos e para os efeitos do disposto nos artigos 13.º e 87.º, nº 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, as alegações que tenha por convenientes, relativas ao processo supra referenciado.

Reforçando o pedido anteriormente formulado, salienta-se a importância da obtenção dos comentários de V. Ex.ª no que concerne às conclusões e recomendações do relato, bem como à análise de eficiência das unidades hospitalares do SNS.

Com os melhores cumprimentos,

*José António Carpinteiro*  
Auditor-Coordenador

*Tribunal de Contas*

BGTC 24 06'11 11859

DGTC, Departamento de Auditoria VI  
Av. Barbosa do Bocage, 61  
1069-045 Lisboa  
tel: +351 21794 51 45  
fax: + 351 21793 60 33  
e-mail: [jose.carpinteiro@tcontas.pt](mailto:jose.carpinteiro@tcontas.pt)  
web: [www.tcontas.pt](http://www.tcontas.pt)

---

### **Tribunal de Contas - Portugal**

Av. da República, N°65  
1050-159 Lisboa

A informação contida nesta mensagem, bem como eventuais anexos, é confidencial e poderá ser privilegiada. Esta mensagem destina-se apenas à(s) pessoa(s) mencionada(s). Se recebeu esta mensagem por engano, por favor elimine-a imediatamente, bem como eventuais cópias existentes no seu sistema, destrua eventuais impressões e notifique o remetente. Não é permitida, directa ou indirectamente, utilizar, distribuir, imprimir ou copiar a totalidade ou parte desta mensagem se não for um dos destinatários. O TRIBUNAL DE CONTAS reserva-se ao direito de monitorizar todas as comunicações de correio electrónico efectuadas através das suas redes. Quaisquer opiniões expressas na mensagem são do próprio remetente, não representando a posição da instituição, excepto quando explicitamente indicado o contrário e por remetentes autorizados.

*The information contained in this message and any attachments is confidential and may be privileged. This message is for the named person's use only. If you received this message by mistake, please delete it and all copies from your system immediately, destroy any printed copies and notify the sender. You must not, directly or indirectly, use, disclose, distribute, print or copy any part of this message if you are not the intended recipient. TRIBUNAL DE CONTAS reserves the right to monitor all e-mail communications through its networks. Any views expressed in this message are those of the individual sender, except where the message states otherwise and the sender is authorized to state them on behalf of TRIBUNAL DE CONTAS.*

<http://www.tcontas.pt>  
[webmaster@tcontas.pt](mailto:webmaster@tcontas.pt)

---



## 1.23. Hospital de Curry Cabral, EPE

### Pedro Fonseca

---

**De:** Conselho de Administração [mxconselhoadm@hccabral.min-saude.pt]  
**Enviado:** sexta-feira, 24 de Junho de 2011 16:44  
**Para:** Precos-SNS  
**Cc:** Jose Carpinteiro  
**Assunto:** FW: Tribunal de Contas - Auditoria de resultados ao sistema de pagamentos e de formação dos preços pagos às unidades hospitalares do Serviço Nacional de Saúde - Proc. N.º 42/2010 - Audit  
**Anexos:** Questionario\_TC 2009 corrigido fase relatorio.xlsx; Questionario\_TC 2007 corrigido fase relatorio.xlsx; Questionario\_TC 2008 corrigido fase relatorio.xlsx

Exmos. Senhores,

Sobre o assunto em epígrafe e em resposta aos esclarecimentos solicitados entende-se como adequado trazer ao douto conhecimento de V. Exa. o seguinte:

1. O V/Relatório de Auditoria no ponto "4.8.1.2. Resultados - Ambulatório (pág. 49)", conclui que o Hospital Curry Cabral apresenta uma elevada ineficiência de preços e de afectação de recursos;
2. Adicionalmente o "Anexo X – Eficiência de Custo, quadro: Custo de Recursos e Custos Unitários do Ambulatório (pag. 282)" do Relatório dos Consultores Externos, indica um custo unitário por médico de 1.285.269 Euros. Este custo unitário corresponde à distribuição dos custos por apenas 4 médicos, o que é de todo impossível face aos níveis de produção apresentados na Urgência, Consultas, Hospitais de Dia e Cirurgia de Ambulatório;
3. Com efeito, nos dados reportados ao TC, foi utilizada a alocação de recursos que consta da Base de Dados da Gestão de Recursos Humanos, a qual não reflecte, de modo algum, a repartição da carga horária dos médicos e dos outros profissionais pelas actividades onde efectivamente são utilizadas;
4. Não obstante, o Hospital dispõe de informação fidedigna referente aos anos em causa, informação essa que foi utilizada noutras circunstâncias como, por exemplo, a elaboração do Plano de Negócios 2009-2011. Neste quadro e como imputação correcta da repartição da carga horária dos médicos deve ser considerada a seguinte:

Serviços Clínicos - Ambulatório	2007		2008		2009	
	nº	Total horas	nº	Total horas	nº	Total horas
Hospital de Dia	4.0	6 160.0	4.4	6 776.0	5.0	7 744.0
Urgência	86.6	133 364.0	107.1	164 934.0	79.2	121 968.0
Consulta Externa	62.5	96 250.0	65.0	100 100.0	61.6	94 797.9
Serviço Domiciliário						
Cirurgia de Ambulatório	8.9	13 706.0	9.1	14 014.0	10.7	16 412.0
	<b>162.0</b>	<b>249 480.0</b>	<b>185.6</b>	<b>285 824.0</b>	<b>156.4</b>	<b>240 921.9</b>

**Nota:** os valores foram calculados em equivalentes a tempo completo (7h X220 dias)

Face ao exposto solicita-se a V.Exa a correcção dos dados referentes ao HCC, manifestando a nossa inteira disponibilidade para qualquer e eventual futuro esclarecimento.

Com os melhores cumprimentos,

Ana Paula Sousa Uva

Presidente do Conselho de Administração  
do Hospital de Curry Cabral

✉ Rua da Beneficência, nº8 1069-166 Lisboa

☎ (+ 351) 217924202 ☎ (+ 351) 217924392

✉: cadm@hccabral.min-saude.pt

**De:** Precos-SNS [mailto:precos.sns@tcontas.pt]

**Enviada:** terça-feira, 7 de Junho de 2011 11:22

**Para:** Undisclosed recipients

**Assunto:** Tribunal de Contas - Auditoria de resultados ao sistema de pagamentos e de formação dos preços pagos às unidades hospitalares do Serviço Nacional de Saúde - Proc. N.º 42/2010 - Audit

Exmo. Senhor

Presidente do Conselho de Administração

Em cumprimento de despacho do Excelentíssimo Senhor Conselheiro da Área, exarado no processo supra referenciado, foi remetido a V. Ex.ª, através de ofício datado de 6 de Junho, o relato de auditoria referido em epígrafe, para que, **até 17 de Junho p.f.**, inclusive, apresentasse, nos termos e para os efeitos do disposto nos artigos 13.º e 87.º, nº 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, as alegações que tivesse por convenientes referentes sobre o mesmo, em especial no que concerne às conclusões e recomendações e à análise de eficiência das unidades hospitalares do SNS.

Na sequência desse ofício, em cumprimento do referido despacho, e no sentido de facilitar a análise da informação, junto se remete, o relato e respectivo apenso, em formato PDF.

Reforçando a o pedido constante do referido ofício, solicita-se, ainda, a V. Ex.ª que a resposta seja **objectiva e quantificada** e referencie os pontos do relato que merecem observação, e que a mesma seja também enviada, em suporte compatível com o tratamento da informação, por exemplo PDF ou Word/Excel, para este endereço de correio electrónico.

Com os melhores cumprimentos,

Pedro Fonseca







## 1.24. Hospital de Faro, EPE

### Pedro Fonseca

---

**De:** Valeria Santos Luis [valeria@hdfaro.min-saude.pt]  
**Enviado:** sexta-feira, 17 de Junho de 2011 17:53  
**Para:** Precos-SNS  
**Assunto:** RE: Tribunal de Contas - Auditoria de resultados ao sistema de pagamentos e de formação dos preços pagos às unidades hospitalares do Serviço Nacional de Saúde - Proc. N.º 42/2010 - Audit  
**Anexos:** TC - Auditoria sistema de pagamentos.pdf

Exmo. Senhor  
José António Carpinteiro  
Auditor Coordenador  
Tribunal de Contas

Na sequência do vosso e-mail de 16.06.2011, sobre o assunto em epigrafe, vimos por este meio remeter a V. Exa. ofício digitalizado.  
Se assim o entender posteriormente poderemos remeter o mesmo via correio.

Com os melhores cumprimentos,

Ana Paula Gonçalves  
Presidente do Conselho de Administração  
Hospital de Faro, EPE

---

**De:** Precos-SNS [mailto:precos.sns@tcontas.pt]  
**Enviada:** quinta-feira, 16 de Junho de 2011 16:22  
**Assunto:** Tribunal de Contas - Auditoria de resultados ao sistema de pagamentos e de formação dos preços pagos às unidades hospitalares do Serviço Nacional de Saúde - Proc. N.º 42/2010 - Audit

Exmo.s Senhores  
Presidentes de Conselho de Administração

Serve a presente comunicação para lembrar que termina no próximo dia **17 de Junho, 6ª Feira**, o prazo para V. Ex.ª apresentar, nos termos e para os efeitos do disposto nos artigos 13.º e 87.º, nº 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, as alegações que tenha por convenientes, relativas ao processo supra referenciado.

Reforçando o pedido anteriormente formulado, salienta-se a importância da obtenção dos comentários de V. Ex.ª no que concerne às conclusões e recomendações do relato, bem como à análise de eficiência das unidades hospitalares do SNS.

Com os melhores cumprimentos,

*José António Carpinteiro*  
Auditor-Coordenador

*Tribunal de Contas*  
DGTC, Departamento de Auditoria VI  
Av. Barbosa do Bocage, 61  
1069-045 Lisboa  
tel: +351 21794 51 45  
fax: +351 21793 60 33  
e-mail: jose.carpinteiro@tcontas.pt  
web: [www.tcontas.pt](http://www.tcontas.pt)

DGTC 20 06'11 11606

Exmo. Senhor  
Dr. José António Carpinteiro  
Auditor - Coordenador  
Tribunal de Contas  
Av. Barbosa du Bocage, 61  
1069 – 045 Lisboa

Sua Referência	Sua Comunicação	Nossa Referência	Data
Ofício n.º 8382 Processo n.º 42/2010- Audit.	Ofício de 06.06.2011	C.A. – 15.06.2011	17.06.2011

**ASSUNTO: Auditoria de resultados ao sistema de pagamentos e de formação dos preços pagos às unidades hospitalares do Serviço Nacional de Saúde.**

Na sequência do ofício acima identificado e após análise das recomendações formuladas por esse Tribunal cumpre-nos transmitir o seguinte:

1.O Hospital de Faro, pese embora o facto de lhe ser conferido por quase todas as Redes de Referência Hospitalar o papel de fim de linha, é, conforme declaramos a pags. 50 e 51 do Relatório de Gestão de 2010, oportunamente remetido a esse Tribunal, uma organização que sofre as consequências de se encontrar a cerca de 300 quilómetros dos centros mais diferenciados estando por esse motivo obrigado a desenvolver e a manter serviços/actividades estruturalmente deficitárias, mas imprescindíveis ao cumprimento da sua missão e às crescentes exigências de uma Região que apresenta as mais elevadas taxas de natalidade, imigração e envelhecimento do país;

2. É, pois à luz deste enquadramento, que, salvo melhor opinião, têm de ser analisadas algumas das conclusões do Relatório em apreço e compreendida a posição relativa ocupada por esta instituição nos indicadores selecionados;

3. Entendemos também dever salientar que, no que diz respeito ao alegado sobre financiamento das sessões de radioterapia o custo unitário indicado (apenas o valor da sessão) não incorpora a despesa assegurada com o transporte dos utentes que deles beneficiam, os quais, por força da sua situação clínica, carecem, na sua maioria, de deslocação em ambulância, facto que onera substancialmente os tratamentos em referência e influencia os valores finais da despesa;

4. Atualmente, fruto do trabalho vindo a desenvolver, desde o início do processo de empresarialização, o Hospital dispõe de um conjunto de ferramentas informáticas no domínio dos sistemas de informação para a gestão, as quais, em nossa opinião, têm vindo a contribuir para a identificação de constrangimentos, permitindo a adoção das necessárias medidas corretivas;

5. Também recentemente se iniciou o processo de substituição do atual software de contabilidade - SIDC – medida que permitirá melhorar significativamente o sistema de contabilidade analítica do Hospital, permitindo evidenciar melhor os verdadeiros custos associados a cada ato.

Esperando que este contributo permita aprofundar a análise em curso, subscrevemo-nos, com os melhores cumprimentos

**A Presidente do Conselho de Administração**



**(Ana Paula Gonçalves)**



## 1.25. Hospital de Magalhães Lemos, EPE

**Pedro Fonseca**

---

**De:** Antonio Leuschner [ALeuschner@hmlemos.min-saude.pt]  
**Enviado:** segunda-feira, 20 de Junho de 2011 15:45  
**Para:** Precos-SNS  
**Assunto:** Auditoria de resultados orientada à análise e avaliação do sistema de pagamentos e formação de preços pagos aos Hospitais do Serviço Nacional de Saúde  
**Anexos:** OfTC\_AuditPrecos\_r.pdf

Ex.mos Senhores,

Tendo saído com uma incorrecção o texto que enviei hoje de manhã (uma alínea truncada no ponto 5.), solicito que seja substituído o documento pelo que ora envio.

Cumprimentos,

António Leuschner

BGTC 29 06'11 12101



Ex.mo Senhor  
Auditor-Coordenador do Tribunal de Contas  
Av. Barbosa du Bocage, nº 61  
1069-045 LISBOA

N/ refª 1797 20.JUN.2011

**Assunto:** Auditoria de resultados orientada à análise e avaliação do sistema de pagamentos e formação de preços pagos aos Hospitais do Serviço Nacional de Saúde.

Em referência ao ofício de V. Exª nº 8381 – Pª 42/2010 Audit DAVI, de 6 do corrente, como pedido de desculpas pelo atraso no envio desta resposta, tenho a informar o seguinte:

1 - Gostaríamos de começar por sublinhar a excelente qualidade da auditoria cujo relatório tivemos o privilégio de conhecer.

2 - Sem querer pôr em causa a metodologia, cuja solidez não contestamos, gostaríamos de referir algumas questões que poderão condicionar as conclusões relativas ao HML, EPE.

2.1. A análise do internamento baseia-se na produção medida em GDH.

2.1.1. O internamento do HML divide-se em curta duração (até 6 dias) e agudos onde os GDH são usados, embora no primeiro com algumas limitações, mas também de residentes cuja unidade de medida é o dia de internamento - o preço é igualmente referido a esta unidade. A inclusão dos doentes residentes pode alterar a eficiência calculada para o internamento;

2.1.2. O ano de 2008 foi o primeiro em que o HML classificou os doentes em GDH, tendo-o feito para os doentes dos subsistemas (10% do total), depois usado como estimativa para os restantes doentes. Esta operação pode enfraquecer as conclusões relativamente ao internamento de agudos.

2.2. O internamento na psiquiatria é manifestamente distinto do internamento "normal/típico" nos hospitais gerais: no mix de recursos e de produtos intermédios usados; na facilidade de normalização de produtos e práticas clínicas; na complexidade e heterogeneidade (que são menores). Também é diferente a repartição da produção de cuidados com os restantes prestadores: hospitais, CSP, CCI e cuidados sociais. Acreditamos que os hospitais psiquiátricos deveriam comparar-se apenas entre si e com os serviços da mesma natureza (psiquiatria de hospitais gerais), doutro modo as conclusões podem sair enfraquecidas.

2.3. A dimensão do HML, EPE, é susceptível de prejudicar a eficiência de preço, por exemplo na aquisição de materiais e SFE. Daí que a comparação com o conjunto de hospitais e com hospitais que representam mais de 25 vezes a sua despesa possa ser problemática.

3 - O estudo considera, implicitamente, que é fácil alterar a situação de partida dos hospitais, por exemplo no *mix* de recursos enfermeiros/médicos ou no preço pago pelos recursos. Ora a situação revela-se rígida e difícil de melhorar dado que:

- a) Uma percentagem elevada de profissionais tem estatuto de funcionário público e salário fixo. A estrutura etária tem efeitos substanciais na remuneração paga e conduz a preços muito inferiores em serviços de constituição recente (ex. psiquiatria em hospitais gerais), além disso aí a produtividade esperada será maior e o absentismo menor;
- b) A divisão de trabalho entre grupos profissionais é relativamente fixa e dificilmente modificável, dado o poder das Ordens, Associações e Sindicatos dos profissionais de saúde;
- c) O referido na alínea anterior aplica-se também à dificuldade de reduzir cargas horárias de médicos e enfermeiros para um determinado volume de produção;
- d) Nos mercados de produtos - farmacêuticos, consumo clínico, análises, etc.- predominam as imperfeições de concorrência (oligopólio/monopólio) e o poder dos fornecedores é elevado - facilidades de melhorar aqui também não existem.

4 - Relativamente ao contrato programa e ao financiamento da produção a abordagem pareceu-nos adequada. Notamos apenas que o ponto de partida devia ser a determinação das necessidades da população pelo comprador (ARS), não a aquisição do que os hospitais querem oferecer, seguindo-se:

- a) Efectiva negociação com o melhor prestador para determinados actos (preço, qualidade, quantidade, tempo), desse modo colocando verdadeiro risco e alguma competição (contestabilidade) nos serviços hospitalares;
- b) O acompanhamento da produção não deve ser apenas de "números" e à distância mas também auditorias no local para verificar as condições concretas em que a actividade decorreu, com incentivos e penalizações nos casos em que se justifiquem;
- c) Não financiar cuidados inapropriados nem a produção que não revele possuir a qualidade contratada (ou cujo tempo foi completamente desajustado).

5 - Na contabilidade analítica concordamos com a análise, comentários e recomendações da auditoria. Gostaríamos apenas de frisar que este Conselho de Administração procedeu recentemente a revisão profunda da contabilidade analítica em 2011, nomeadamente:

- a) Nas práticas e métodos de afectação dos custos indirectos e no cálculo dos custos unitários globais da produção principal;
- b) Na sua utilização para a gestão global, por exemplo na determinação de margens de actividades e serviços que requerem mudança substancial bem como na definição de objectivos e metas para o hospital;
- c) Uso na gestão de serviços, desde a discussão dos recursos necessários até à definição de objectivos para inclusão nos contratos internos;
- d) Na individualização e especificação de alguns centros de custos, sobretudo nos casos em que há dúvida sobre a adequação do preço (financiamento).

Por tudo que fica dito, não podemos deixar de considerar que o carácter muito específico dos hospitais psiquiátricos retira alguma comparabilidade relativamente aos hospitais gerais, pelo que alguns dos itens em apreço acabam por penalizar o posicionamento dos mesmos no conjunto dos hospitais, sem que isso traduza os mesmos níveis de performance.



MINISTÉRIO DA SAÚDE

Com os melhores cumprimentos,

António Leuschner  
Presidente do C.A.

## 1.26. Hospital de São Marcos – Braga



N/ Referência: 34-CA

00367 16 JUN 2011

V/ Referência:

Exmo. Senhor

Director Geral do Tribunal de Contas

Av. Barbosa du Bocage, 61

1069-045 LISBOA

**ASSUNTO: Auditoria de resultados orientada à análise e avaliação do sistema de pagamentos e de formação dos preços pagos aos hospitais do SNS**

Em resposta ao v/ ofício nº 8385 de 06.06.2011, cumpre-nos confirmar o envio do n/ ofício nº 255 de 26.11.2010, de que se anexa fotocópia.

Com os melhores cumprimentos.

**O Presidente do Conselho  
de Administração do HSM**

Lino Mesquita Machado

**O Vogal Executivo do Conselho  
de Administração do HSM**

Custodio Lima

DGTC 21 06 11 11649





Ministério da Saúde



HOSPITAL DE SÃO MARCOS  
BRAGA



The Health Quality Service



N/ Referência: 145-CA

00255 26 NOV 2010

V/ Referência:

Exmo. Senhor

Director Geral do Tribunal de Contas

Av. Barbosa du Bocage, 61

1069-045 LISBOA

**ASSUNTO: Auditoria de resultados orientada à análise e avaliação do sistema de pagamentos e de formação dos preços pagos aos hospitais do SNS**

Na sequência do n/ofício nº 244 de 19.11.2010, que mereceu a resposta do tribunal de Contas transmitida pelo fax nº 1435/10 DA VI, de 22.11.2010 e, como já demos conhecimento a V. Exa., enviámos para o Sr. Presidente da Comissão Executiva da Escala Braga o n/ ofício nº 251 de 22.11.2010, de que se anexa fotocópia para melhor enquadramento, através do qual se tentou a articulação sugerida pelo Tribunal de Contas "no sentido do preenchimento ou de disponibilização dos dados necessários ao preenchimento dos restantes campos".

Não se tendo recebido qualquer resposta nem contacto por parte da Escala Braga, e uma vez que hoje se esgota o prazo dado pelo Tribunal de Contas, nada mais nos resta senão enviar o questionário com os dados que pudemos preencher, o que se faz através do e-mail [precos.sns@tcontas.pt](mailto:precos.sns@tcontas.pt).

Com os melhores cumprimentos.

**O Presidente do Conselho de Administração  
do Hospital de São Marcos**

Lino Mesquita Machado

Anexos: Os referidos no texto

LMM/GAB

Apartado 2242 \* 4701- 965 BRAGA \* Telefone 253689050-915303517 \* Telefax 253 689059  
E-mail: [gracinda@hsmbraga.min-saude.pt](mailto:gracinda@hsmbraga.min-saude.pt) \* Home-page na Internet: [www.hsmbraga.min-saude.pt](http://www.hsmbraga.min-saude.pt)



N/ Referência: 142-CA

00251 22 NOV 2010

C/Conhecimento: Tribunal de Contas

Exmo. Senhor

Presidente da Comissão Executiva da Escala

Braga

Sociedade Gestora do Estabelecimento, S.A.

Braga

RECEBI ORIGINAL  
Rúb. *H. José Ambrósio*  
Nº mecan. *2010*  
Em *23/11/2010*

ASSUNTO: **Auditoria de resultados orientada à análise e avaliação do sistema de pagamentos e de formação dos preços pagos aos hospitais do Serviço Nacional de Saúde**

1. Através da mensagem fax nº 1398/10 – DA VI de 12.11.2010, do Tribunal de Contas, fomos informados da realização da auditoria acima referenciada (conforme anexo1).
2. No dia 19 de Novembro, pelo n/ ofício nº 244 informamos o Tribunal de Contas que *"não nos é possível dar cumprimento ao solicitado na sua totalidade, uma vez que a resposta ao questionário obriga à contribuição de recursos humanos/técnicos de que neste momento não dispomos"* e solicitamos que *"ou nos dispense do preenchimento do questionário, pelas razões aduzidas, ou que nos permita que o seu preenchimento se faça apenas parcialmente nos campos para os quais haja dados disponíveis e capacidade na actual estrutura mínima de gestão do HSM, dando-nos para isso prazo compatível. Caso o TC entenda que o HSM deve providenciar o preenchimento do questionário na sua totalidade vimos solicitar que esse preenchimento seja feito parcialmente (com os dados disponíveis) no HSM e o restante seja remetido à Escala Braga para que os profissionais que lhe estão afectos e que trabalham (ou trabalharam nos anos respectivos) nas áreas técnicas a que o mesmo se refere (nomeadamente Contabilidade e Recursos Humanos) o possam completar."* (anexo 2)
3. No dia 22 de Novembro recebemos a mensagem fax nº 1435/10 – DA VI, do Tribunal de Contas informando *"que pretende o preenchimento total do questionário"* (anexo 3). Neste documento solicita que se *"diligencie pelo preenchimento dos campos cuja informação tenha disponível e pela articulação com a Escala Braga no sentido do preenchimento ou da disponibilização dos dados necessários ao preenchimento dos restantes campos"*.
4. Para se dar cumprimento ao solicitado pelo Tribunal de Contas, junto enviamos em suporte de papel os questionários referentes aos anos de 2007, 2008 e 2009, já preenchidos nos campos que foi possível pela actual estrutura de gestão do Hospital de São Marcos, para serem

ENC. / GAB.

Apartado 2242 • 4701 - 965 BRAGA • Telefone 253689050-915303517 • Telefax 253 689059  
E-mail: [gracinda@hsmbraga.min-saude.pt](mailto:gracinda@hsmbraga.min-saude.pt) • Home-page na Internet: [www.hsmbraga.min-saude.pt](http://www.hsmbraga.min-saude.pt)

*67*



completados pelos respectivos profissionais que trabalham ou já trabalharam nas áreas técnicas onde poderão ser recolhidos os dados necessários ao respectivo preenchimento.

5. Os questionários preenchidos em suporte de papel deverão ser entregues no Hospital de São Marcos até ao próximo dia 25 de Novembro, para que se complete o preenchimento dos ficheiros que, em suporte electrónico, serão por nós remetidos ao Tribunal de Contas no dia 26 de Novembro.

Com os melhores cumprimentos.

**O Presidente do Conselho de Administração do  
Hospital de São Marcos**

Lino Mesquita Machado

Anexos: os referidos no texto

CVI: 048

---

Apartado 2242 \* 4701- 965 BRAGA \* Telefone 253689050-915303517 \* Telefax 253 689059  
E-mail: [gracinda@hsmbraga.min-saude.pt](mailto:gracinda@hsmbraga.min-saude.pt) \* Home-page na Internet: [www.hsmbraga.min-saude.pt](http://www.hsmbraga.min-saude.pt)



12. NOV. 2010 17:07

217936033

Nº 156


P. 1/1



**Tribunal de Contas**  
*Atendimento - Geral*

Av. Barbosa du Bocage, 61  
1069-045 LISBOA  
Tel.: 21 794 51 00  
Fax: 21 793 60 33  
Linha Azul 21 793 60 08/9  
E-mail: geral@tcontas.pt  
URL: http://www.tcontas.pt

**Mensagem Fax n.º 1388/110—DA VI**

Para	Exmo. Senhor Presidente do Conselho de Administração do Hospital de São Marcos - Braga	Fax nº:	253613334
De:	Direcção-Geral do Tribunal de Contas Departamento de Auditoria VI	Data:	12-11-2010
Nº de páginas (incluindo a capa):	1	Processo:	42/10 - Audit
Assunto:	Auditoria de resultados orientada à análise e avaliação do sistema de pagamentos e de formação dos preços pagos aos hospitais do Serviço Nacional de Saúde		
<p>Na prossecução das atribuições conferidas por lei ao Tribunal de Contas, decorrem os trabalhos da auditoria supra identificada, prevista no Programa de Fiscalização de 2010, da 2ª Secção, aprovado pela Resolução n.º 6/09 - 2ª S. de 3 de Dezembro.</p> <p>Após o desenvolvimento dos trabalhos preliminares nesta Direcção-Geral, e de trabalho de campo junto de algumas unidades hospitalares do Serviço Nacional de Saúde, pretende-se com este questionário obter informação relativa a esse Hospital, no que respeita a:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Geografia/Demografia da área de influência;</li> <li>- Instalações;</li> <li>- Afectação de Recursos Humanos;</li> <li>- Actividade;</li> <li>- Sistema de Financiamento;</li> <li>- Contabilidade Analítica;</li> <li>- Facturação;</li> <li>- Indicadores de Resultados.</li> </ul> <p>Para facilitar a recolha da informação, foi criado um questionário em formato Excel, oportunamente remetido para o endereço de correio electrónico desse Hospital (hsm.geral@hsmbraga.min-saude.pt), pelo que solicito a V. Exa. que diligencie pelo seu preenchimento e envio, de acordo com as instruções constantes do mesmo, até ao próximo dia 19 de Novembro.</p> <p>O questionário, após o correcto preenchimento, deverá ser remetido para o seguinte endereço de correio electrónico: <a href="mailto:prcos@sns@tcontas.pt">prcos@sns@tcontas.pt</a>.</p> <p>Com os melhores cumprimentos.</p>			
		<p>Pel' O Director-Geral (por delegação de assinatura)</p>  Abílio Augusto Pereira de Matos (Auditor Coordenador)	

ANEXO I

141 TC 159/03



N/ Referência: 139-CA

00244 19 NOV 2010

V/ Referência:

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

**ASSUNTO: Auditoria de resultados orientada à análise e avaliação do sistema de pagamentos e de formação dos preços pagos aos hospitais do SNS**

1. Através do fax de V. Exa. nº 1398/10 – DA VI de 12.11.2010, fomos informados da realização da Auditoria acima referenciada
2. Nesse fax é referido que o ficheiro para resposta ao questionário que suporta a auditoria seria remetido para o e-mail: [hsm.geral@hsmbraga.min-saude.pt](mailto:hsm.geral@hsmbraga.min-saude.pt).
3. Dado esse endereço de e-mail está ser utilizado pela Escala Braga, Sociedade Gestora do Estabelecimento, SA, pelas razões que adiante se indicam, solicitou-se àquela entidade que nos reencaminhasse o e-mail com o respectivo ficheiro.
4. Não tendo aquela entidade procedido conforme solicitamos, informando até (telefonicamente) que não teriam recebido o e-mail, solicitou-se ao Tribunal de Contas que nos fosse remetido o mesmo para o endereço do Hospital de São Marcos: [gracinda@hsmbraga.min-saude.pt](mailto:gracinda@hsmbraga.min-saude.pt).
5. No dia 18 de Novembro foi recebido o e-mail do Tribunal de Contas contendo o ficheiro para resposta ao questionário, cujo prazo termina hoje, dia 19 de Novembro.
6. Confrontados com a solicitação do TC e o conteúdo do ficheiro a responder, temos a informar que não nos é possível dar cumprimento ao solicitado na sua totalidade, uma vez que a resposta ao questionário obriga à contribuição de recursos humanos/técnicos de que neste momento não dispomos.
7. De facto, e como deve ser do conhecimento do TC que visou o respectivo Contrato de Gestão, a partir de 01-09-2009 o Hospital de São Marcos transmitiu o estabelecimento hospitalar, incluindo os seus recursos humanos, para a Escala Braga, Sociedade Gestora do Estabelecimento, SA., no âmbito de Processo de Parceria Público Privada em que o Hospital de São Marcos foi incluído. Anexa-se cópia do contrato de transmissão para melhor esclarecimento e fundamentação.

CMH/GAS

Apartado 2242 \* 4701- 965 BRAGA \* Telefone 253689050-915303517 \* Telefax 253 689059  
 E-mail: [gracinda@hsmbraga.min-saude.pt](mailto:gracinda@hsmbraga.min-saude.pt) \* Home-page na Internet: [www.hsmbraga.min-saude.pt](http://www.hsmbraga.min-saude.pt)



8. Nesta fase da actividade do Hospital de São Marcos (HSM), apenas existe uma estrutura mínima de gestão composta pelos elementos do Conselho de Administração que se mantiveram em funções após a transmissão acima referida (Presidente do Conselho de Administração e 1 Vogal Executivo) e apoiada por 5 profissionais administrativos cedidos pela Escala Braga, destinados a cumprir as tarefas previstas no contrato de transmissão, não tendo nenhum deles conhecimentos técnicos que permitam o preenchimento do questionário na sua totalidade.

Face ao exposto vimos solicitar ao Tribunal de Contas que ou nos dispense do preenchimento do questionário, pelas razões aduzidas, ou que nos permita que o seu preenchimento se faça apenas parcialmente nos campos para os quais haja dados disponíveis e capacidade na actual estrutura mínima de gestão do HSM, dando-nos para isso prazo compatível. Caso o TC entenda que o HSM deve providenciar o preenchimento do questionário na sua totalidade vimos solicitar que esse preenchimento seja feito parcialmente (com os dados disponíveis) no HSM e o restante seja remetido à Escala Braga para que os profissionais que lhe estão afectos e que trabalham (ou trabalharam nos anos respectivos) nas áreas técnicas a que o mesmo se refere (nomeadamente Contabilidade e Recursos Humanos) o possam completar.

Com os melhores cumprimentos.

**O Presidente do Conselho de Administração  
do Hospital de São Marcos**

Lino Mesquita Machado

Anexos: Os referidos no texto

2007/0003

Apartado 2242 • 4701- 965 BRAGA • Telefone 253689050-915303517 • Telefax 253 689059  
E-mail: [gracinda@hsmbraga.min-saude.pt](mailto:gracinda@hsmbraga.min-saude.pt) • Home-page na Internet: [www.hsmbraga.min-saude.pt](http://www.hsmbraga.min-saude.pt)

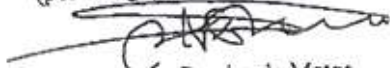


  
**Tribunal de Contas**  
*Direcção-Geral*

Av. Barbosa do Bocage, 61  
 1069-045 LISBOA  
 E-mail: geral@tcontas.pt  
 URL: http://www.tcontas.pt

Tel.: 21 794 51 00  
 Fax: 21 793 60 33  
 Linha Azul 21 793 60 08/9

Mensagem Fax n.º 435/10-DA VI

Para: Exmo. Senhor Dr. Lino Mesquita Machado Presidente do Conselho de Administração do Hospital de São Marcos	Fax nº: 253 689 059
De: Direcção-Geral do Tribunal de Contas Departamento de Auditoria VI	Data: 22-11-2010
Nº de páginas (incluindo a capa): 1	Processo: 42/10 - Audit
Assunto: Auditoria de resultados orientada à análise e avaliação do sistema de pagamentos e de formação dos preços pagos aos hospitais do Serviço Nacional de Saúde	
<p>Reportando-me ao V/ofício n.º 244, datado de 19.11.2010, sobre o assunto em epígrafe, informo V. Exa. que se pretende o preenchimento total do questionário.</p> <p>Neste sentido, e tendo em conta que, segundo a informação prestada por V. Exa., não existem na actual estrutura do Hospital de São Marcos os elementos necessários ao completo preenchimento do questionário, tanto em termos de recursos humanos, como em termos de acesso a bases de dados, solicito que diligencie pelo preenchimento dos campos cuja informação tenha disponível e pela articulação com a Escala Braga no sentido do preenchimento ou da disponibilização dos dados necessários ao preenchimento dos restantes campos.</p> <p>Mais informo que a resposta ao questionário deverá ser remetida até ao próximo dia 26 de Novembro.</p> <p>Com os melhores cumprimentos,</p> <p style="text-align: right;">Pel' O Director-Geral (por delegação de assinatura)  Abílio Augusto Pereira de Matos (Auditor Coordenador)</p>	



N/ Referência: 145-CA

00255 26 NOV 2010

V/ Referência:

Exmo. Senhor

Director Geral do Tribunal de Contas

Av. Barbosa du Bocage, 61

1069-045 LISBOA

**ASSUNTO: Auditoria de resultados orientada à análise e avaliação do sistema de pagamentos e de formação dos preços pagos aos hospitais do SNS**

Na sequência do n/ofício nº 244 de 19.11.2010, que mereceu a resposta do tribunal de Contas transmitida pelo fax nº 1435/10 DA VI, de 22.11.2010 e, como já demos conhecimento a V. Exa., enviámos para o Sr. Presidente da Comissão Executiva da Escala Braga o n/ ofício nº 251 de 22.11.2010, de que se anexa fotocópia para melhor enquadramento, através do qual se tentou a articulação sugerida pelo Tribunal de Contas "no sentido do preenchimento ou de disponibilização dos dados necessários ao preenchimento dos restantes campos".

Não se tendo recebido qualquer resposta nem contacto por parte da Escala Braga, e uma vez que hoje se esgota o prazo dado pelo Tribunal de Contas, nada mais nos resta senão enviar o questionário com os dados que pudemos preencher, o que se faz através do e-mail [precos.sns@tcontas.pt](mailto:precos.sns@tcontas.pt).

Com os melhores cumprimentos.

**O Presidente do Conselho de Administração  
do Hospital de São Marcos**

Lino Mesquita Machado

Anexos: Os referidos no texto

LHM/GAB

Apartado 2242 \* 4701- 965 BRAGA \* Telefone 253689050-915303517 \* Telefax 253 689059  
E-mail: [gracinda@hsbraga.min-saude.pt](mailto:gracinda@hsbraga.min-saude.pt) \* Home-page na Internet: [www.hsbraga.min-saude.pt](http://www.hsbraga.min-saude.pt)



N/ Referência: 142-CA

00251 22 NOV 2010

C/Conhecimento: Tribunal de Contas

Exmo. Senhor

Presidente da Comissão Executiva da Escala  
Braga

Sociedade Gestora do Estabelecimento, S.A.  
Braga

RECEBI ORIGINAL  
Rúb. *H. de São Marcos*  
Nº mecan. *2010*  
Em *23/11/2010*

ASSUNTO: **Auditoria de resultados orientada à análise e avaliação do sistema de pagamentos e de formação dos preços pagos aos hospitais do Serviço Nacional de Saúde**

1. Através da mensagem fax nº 1398/10 – DA VI de 12.11.2010, do Tribunal de Contas, fomos informados da realização da auditoria acima referenciada (conforme anexo1).
2. No dia 19 de Novembro, pelo n/ ofício nº 244 informamos o Tribunal de Contas que *"não nos é possível dar cumprimento ao solicitado na sua totalidade, uma vez que a resposta ao questionário obriga à contribuição de recursos humanos/técnicos de que neste momento não dispomos"* e solicitamos que *"ou nos dispense do preenchimento do questionário, pelas razões aduzidas, ou que nos permita que o seu preenchimento se faça apenas parcialmente nos campos para os quais haja dados disponíveis e capacidade na actual estrutura mínima de gestão do HSM, dando-nos para isso prazo compatível. Caso o TC entenda que o HSM deve providenciar o preenchimento do questionário na sua totalidade vimos solicitar que esse preenchimento seja feito parcialmente (com os dados disponíveis) no HSM e o restante seja remetido à Escala Braga para que os profissionais que lhe estão afectos e que trabalham (ou trabalharam nos anos respectivos) nas áreas técnicas a que o mesmo se refere (nomeadamente Contabilidade e Recursos Humanos) o possam completar."* (anexo 2)
3. No dia 22 de Novembro recebemos a mensagem fax nº 1435/10 – DA VI, do Tribunal de Contas informando *"que pretende o preenchimento total do questionário"* (anexo 3). Neste documento solicita que se *"diligencie pelo preenchimento dos campos cuja informação tenha disponível e pela articulação com a Escala Braga no sentido do preenchimento ou da disponibilização dos dados necessários ao preenchimento dos restantes campos"*.
4. Para se dar cumprimento ao solicitado pelo Tribunal de Contas, junto enviamos em suporte de papel os questionários referentes aos anos de 2007, 2008 e 2009, já preenchidos nos campos que foi possível pela actual estrutura de gestão do Hospital de São Marcos, para serem

EMPLGAS

Apartado 2242 • 4701- 965 BRAGA • Telefone 253689050-915303517 • Telefax 253 689059  
E-mail: [gracinda@hsmbraga.min-saude.pt](mailto:gracinda@hsmbraga.min-saude.pt) • Home-page na Internet: [www.hsmbraga.min-saude.pt](http://www.hsmbraga.min-saude.pt)

*67*



Ministério da Saúde



completados pelos respectivos profissionais que trabalham ou já trabalharam nas áreas técnicas onde poderão ser recolhidos os dados necessários ao respectivo preenchimento.

5. Os questionários preenchidos em suporte de papel deverão ser entregues no Hospital de São Marcos até ao próximo dia 25 de Novembro, para que se complete o preenchimento dos ficheiros que, em suporte electrónico, serão por nós remetidos ao Tribunal de Contas no dia 26 de Novembro.

Com os melhores cumprimentos.

**O Presidente do Conselho de Administração do  
Hospital de São Marcos**

Lino Mesquita Machado

Anexos: os referidos no texto.

DPL - GAF

---

Apartado 2242 \* 4701- 965 BRAGA \* Telefone 253689050-915303517 \* Telefax 253 689059  
E-mail: [gracinda@hsmbraga.min-saude.pt](mailto:gracinda@hsmbraga.min-saude.pt) \* Home-page na Internet: [www.hsmbraga.min-saude.pt](http://www.hsmbraga.min-saude.pt)



12. NOV. 2010 17:07

217936033

Nº 156 P. 1/1




**Tribunal de Contas**  
*Divisão - Geral*

Av. Barbosa do Bocage, 61  
1069-045 LISBOA  
E-mail: geral@tcontas.pt  
URL: http://www.tcontas.pt

Tel: 21 794 51 00  
Fax: 21 793 60 33  
Linha Azul 21 793 60 08/9

**Mensagem Fax n.º 1398/10—DA VI**

<b>Para</b>	Exmo. Senhor Presidente do Conselho de Administração do Hospital de São Marcos - Braga	<b>Fax nº:</b>	253613334
<b>De:</b>	Direção-Geral do Tribunal de Contas Departamento de Auditoria VI	<b>Data:</b>	12-11-2010
<b>Nº de páginas</b> (incluindo a capa):	1	<b>Processo:</b>	42/10 - Audit
<b>Assunto:</b>	Auditoria de resultados orientada à análise e avaliação do sistema de pagamentos e de formação dos preços pagos aos hospitais do Serviço Nacional de Saúde		
<p>Na prossecução das atribuições conferidas por lei ao Tribunal de Contas, decompem os trabalhos da auditoria supra identificada, prevista no Programa de Fiscalização de 2010, da 2ª Secção, aprovado pela Resolução n.º 6/09 - 2ª S, de 3 de Dezembro.</p> <p>Após o desenvolvimento dos trabalhos preliminares nesta Direção-Geral, e de trabalho de campo junto de algumas unidades hospitalares do Serviço Nacional de Saúde, pretende-se com este questionário obter informação relativa a esse Hospital, no que respeita a:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Geografia/Demografia da área de influência;</li> <li>- Instalações;</li> <li>- Afectação de Recursos Humanos;</li> <li>- Actividade;</li> <li>- Sistema de Financiamento;</li> <li>- Contabilidade Analítica;</li> <li>- Facturação;</li> <li>- Indicadores de Resultados.</li> </ul> <p>Para facilitar a recolha da informação, foi criado um questionário em formato Excel, oportunamente remetido para o endereço de correio electrónico desse Hospital (hsm.geral@hsmbraga.min-saude.pt), pelo que solicito a V. Exa. que diligencie pelo seu preenchimento e envio, de acordo com as instruções constantes do mesmo, até ao próximo dia 19 de Novembro.</p> <p>O questionário, após o correcto preenchimento, deverá ser remetido para o seguinte endereço de correio electrónico: <a href="mailto:pregos.sns@tcontas.pt">pregos.sns@tcontas.pt</a>.</p> <p>Com os melhores cumprimentos,</p>			
		<p>Pel' O Director-Geral (por delegação de assinatura)</p>  Abílio Augusto Pereira de Matos (Auditor Coordenador)	

Anexo 1

14 DE 15/03/2010



N/ Referência: 139-CA

0024 19 NOV 2010

V/ Referência:

Exmo. Senhor

Director Geral do Tribunal de Contas

Av. Barbosa du Bocage, 61

1069-045 LISBOA

**ASSUNTO: Auditoria de resultados orientada à análise e avaliação do sistema de pagamentos e de formação dos preços pagos aos hospitais do SNS**

1. Através do fax de V. Exa. nº 1398/10 – DA VI de 12.11.2010, fomos informados da realização da Auditoria acima referenciada
2. Nesse fax é referido que o ficheiro para resposta ao questionário que suporta a auditoria seria remetido para o e-mail: [hsm.geral@hsmbraga.min-saude.pt](mailto:hsm.geral@hsmbraga.min-saude.pt).
3. Dado esse endereço de e-mail está ser utilizado pela Escala Braga, Sociedade Gestora do Estabelecimento, SA, pelas razões que adiante se indicam, solicitou-se àquela entidade que nos reencaminhasse o e-mail com o respectivo ficheiro.
4. Não tendo aquela entidade procedido conforme solicitamos, informando até (telefonicamente) que não teriam recebido o e-mail, solicitou-se ao Tribunal de Contas que nos fosse remetido o mesmo para o endereço do Hospital de São Marcos: [gracinda@hsmbraga.min-saude.pt](mailto:gracinda@hsmbraga.min-saude.pt).
5. No dia 18 de Novembro foi recebido o e-mail do Tribunal de Contas contendo o ficheiro para resposta ao questionário, cujo prazo termina hoje, dia 19 de Novembro.
6. Confrontados com a solicitação do TC e o conteúdo do ficheiro a responder, temos a informar que não nos é possível dar cumprimento ao solicitado na sua totalidade, uma vez que a resposta ao questionário obriga à contribuição de recursos humanos/técnicos de que neste momento não dispomos.
7. De facto, e como deve ser do conhecimento do TC que visou o respectivo Contrato de Gestão, a partir de 01-09-2009 o Hospital de São Marcos transmitiu o estabelecimento hospitalar, incluindo os seus recursos humanos, para a Escala Braga, Sociedade Gestora do Estabelecimento, SA., no âmbito de Processo de Parceria Público Privada em que o Hospital de São Marcos foi incluído. Anexa-se cópia do contrato de transmissão para melhor esclarecimento e fundamentação.

149-043

Apartado 2242 \* 4701- 965 BRAGA \* Telefone 253689050-915303517 \* Telefax 253 689059  
E-mail: [gracinda@hsmbraga.min-saude.pt](mailto:gracinda@hsmbraga.min-saude.pt) \* Home-page na Internet: [www.hsmbraga.min-saude.pt](http://www.hsmbraga.min-saude.pt)



8. Nesta fase da actividade do Hospital de São Marcos (HSM), apenas existe uma estrutura mínima de gestão composta pelos elementos do Conselho de Administração que se mantiveram em funções após a transmissão acima referida (Presidente do Conselho de Administração e 1 Vogal Executivo) e apoiada por 5 profissionais administrativos cedidos pela Escala Braga, destinados a cumprir as tarefas previstas no contrato de transmissão, não tendo nenhum deles conhecimentos técnicos que permitam o preenchimento do questionário na sua totalidade.

Face ao exposto vimos solicitar ao Tribunal de Contas que ou nos dispense do preenchimento do questionário, pelas razões aduzidas, ou que nos permita que o seu preenchimento se faça apenas parcialmente nos campos para os quais haja dados disponíveis e capacidade na actual estrutura mínima de gestão do HSM, dando-nos para isso prazo compatível. Caso o TC entenda que o HSM deve providenciar o preenchimento do questionário na sua totalidade vimos solicitar que esse preenchimento seja feito parcialmente (com os dados disponíveis) no HSM e o restante seja remetido à Escala Braga para que os profissionais que lhe estão afectos e que trabalham (ou trabalharam nos anos respectivos) nas áreas técnicas a que o mesmo se refere (nomeadamente Contabilidade e Recursos Humanos) o possam completar.

Com os melhores cumprimentos.

**O Presidente do Conselho de Administração  
do Hospital de São Marcos**

Lino Mesquita Machado

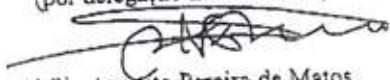
Anexos: Os referidos no texto

157-041

Apartado 2242 \* 4701 - 965 BRAGA \* Telefone 253689050 915303517 \* Telefax 253 689059  
E-mail: [gracinda@hsmbraga.min-saude.pt](mailto:gracinda@hsmbraga.min-saude.pt) \* Home-page na Internet: [www.hsmbraga.min-saude.pt](http://www.hsmbraga.min-saude.pt)



Mensagem Fax n.º 5435/10-DA VI

Para: Exmo. Senhor Dr. Lino Mesquita Machado Presidente do Conselho de Administração do Hospital de São Marcos	Fax nº: 253 689 059
De: Direcção-Geral do Tribunal de Contas Departamento de Auditoria VI	Data: 22-11-2010
Nº de páginas (incluindo a capa): 1	Processo: 42/10 - Audit
Assunto: Auditoria de resultados orientada à análise e avaliação do sistema de pagamentos e de formação dos preços pagos aos hospitais do Serviço Nacional de Saúde	
<p>Reportando-me ao V/ofício n.º 244, datado de 19.11.2010, sobre o assunto em epígrafe, informo V. Exa. que se pretende o preenchimento total do questionário.</p> <p>Neste sentido, e tendo em conta que, segundo a informação prestada por V. Exa., não existem na actual estrutura do Hospital de São Marcos os elementos necessários ao completo preenchimento do questionário, tanto em termos de recursos humanos, como em termos de acesso a bases de dados, solicito que diligencie pelo preenchimento dos campos cuja informação tenha disponível e pela articulação com a Escala Braga no sentido do preenchimento ou da disponibilização dos dados necessários ao preenchimento dos restantes campos.</p> <p>Mais informo que a resposta ao questionário deverá ser remetida até ao próximo dia 26 de Novembro.</p> <p>Com os melhores cumprimentos,</p> <p style="text-align: right;">Pel' O Director-Geral (por delegação de assinatura)  Abílio Augusto Pereira de Matos (Auditor Coordenador)</p>	



## 1.27. Hospital Distrital da Figueira da Foz, EPE

**Pedro Fonseca**

---

**De:** hdff [hdff@hdfigueira.min-saude.pt]  
**Enviado:** terça-feira, 14 de Junho de 2011 15:06  
**Para:** Precos-SNS  
**Assunto:** Auditoria de resultados ao sistema de pagamentos e de formação dos preços pagos às unidades Hospitalares do SNS

V. Ref. - DAVI Proc N. 42/2010 - Audit

Exmo Senhor  
Dr. José António Carpinteiro  
Auditor-Coordenador,

Encarrega-me o Senhor Presidente do Conselho de Administração do Hospital Distrital da Figueira da Foz, EPE, Dr. José António de Sousa Alves, de informar V. Exa. que da análise do relato e do respectivo apenso referente à auditoria em epígrafe, não existe necessidade de proceder a qualquer alegação adicional sobre as conclusões, recomendações e análise de eficiência das unidades hospitalares do SNS do referido relato.

**Atentamente,**

**Ana Rita Pereira**  
**Secretariado do Conselho de Administração**  
**Hospital Distrital da Figueira da Foz, E.P.E.**  
Gala  
3094 - 001 Figueira da Foz  
Telf.: 233 40 20 51 - 233 40 21 58  
Fax: 233 43 12 68  
E-mail: [hdff@hdfigueira.min-saude.pt](mailto:hdff@hdfigueira.min-saude.pt)

DGTC 14 06\*11 11232





## 1.28. Hospital Distrital de Santarém, EPE



Exmo. Senhor  
Dr. José António Carpinteiro  
Auditor-Coordenador do Tribunal de Contas  
Av.ª Barbosa du Bocage, 61

1069 - 045 LISBOA

Sua Referência

Sua Comunicação

Nossa Referência  
Of. n.º 07966

Data  
17/06/2011

**Assunto: Auditoria de resultados ao sistema de pagamentos e de formação dos preços pagos às unidades hospitalares do SNS.**

Em cumprimento da notificação do Tribunal de Contas para que apresente nos termos e para os efeitos do disposto nos artigos 13º e 87º, 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, cumpre fazer as seguintes alegações que, mais do que exercício do contraditório, são afirmação ou corroboração de princípios, juízos ou conclusões.

E é nestes termos que nos posicionamos por nos parecer que, apesar do pouco tempo disponível para análise de um documento de trabalho com tanta profundidade e vigor, o Relato reproduz uma imagem muito real e objectiva da situação do financiamento e do desempenho económico dos Hospitais. Contudo, sempre se reporta de indispensável, um pouco mais de tempo e o domínio das fórmulas e dos algoritmos que dão corpo à parte mais técnica e científica do trabalho, particularmente do Relatório.

De qualquer modo, e antes de outras considerações, o documento transformou-se num desafio para o Conselho de Administração e para os Serviços, e será objecto de reflexão interna, desde que o levantamento do seu carácter de confidencialidade o permita, embora parte significativa das considerações e conclusões produzidas sejam de conhecimento geral.

Mod. HDS - 3.05

Av. Bernardo Santarém 2005-177 Santarém  
Tel.: 243 300 200 | Fax: 243 370 220  
Site: www.hds.min-saude.pt

DGTC 22 06 11 11778

Sempre consigo, a cuidar de si

1/9

Passemos às considerações:

- 1) O segundo e terceiro parágrafos do sumário executivo caracterizam muito bem a realidade económica subjacente aos Contratos Programa.  
O Estado, através do SNS, é o grande cliente (quase único) das empresas hospitalares prestadoras de cuidados de saúde.  
É o Estado que define as quantidades a produzir pelas empresas.  
É o Estado que define unilateralmente quanto vão pagar pela produção, independentemente dos custos, muitas vezes muito desajustados.  
O terceiro parágrafo diz-nos que urge insistir na procura da eficiência e na eliminação de desperdícios num ambiente caracterizado por aumentos sucessivos de consumo de cuidados, associados aos estilos de vida, ao envelhecimento acentuado das populações, melhoria indiscutível da oferta e por uma industria dominante (farmacêutica e de tecnologias) que também dita regras, hábitos e comportamentos dos profissionais.
  
- 2) É entendimento comum que o sistema de pagamento da actividade dos hospitais é inadequado, desde logo porque assenta em preços (médios) formulados a partir de custos médios obtidos por uma ferramenta que está longe de constituir um exemplo de qualidade e rigor. De qualquer modo, e honra seja feita à ACSS, tem havido um esforço muito significativo de melhoria, embora muito ensombrado por plafonamentos orçamentais.  
Por outro lado, a filosofia de "penalização" da produção marginal é, em saúde pública, desadequada, tendo em atenção a aleatoriedade da procura e a existência de uma porta aberta 24/24 horas todos os dias do ano que em caso algum pode recusar o atendimento aos utentes, verdadeiramente doentes ou não. Porta aberta que é muitas vezes a última e a única, quando muitas outras se fecham, até por razões meramente administrativas.
  
- 3) No penúltimo parágrafo da página 11 coloca-se a questão do peso dos custos com medicamentos, nomeadamente inovadores (e muitas vezes exclusivos) na formulação dos custos dos hospitais, nos desequilíbrios dos seus orçamentos e Contratos Programa.  
Utilizemos, entre vários, o exemplo dos doentes com HIV(SIDA). Falamos de uma doença tornada crónica, com uma sobrevida quase igual à dos cidadãos sem a patologia, mas

suportada por uma componente farmacoterapêutica determinante e em permanente inovação.

O Hospital de Santarém segue em tratamento cerca de 300 doentes com esta patologia. Trata-se de doença permanentemente apoiada por terapêuticas de última linha fruto da investigação e frequentemente de exclusivos.

Estes doentes são assistidos em Hospitais de Dia, cuja actividade de mede em sessões, financiadas nesta linha com preços unitário de 496,93€.

Não existe qualquer razão clínica ou humana para que o doente se desloque ao Hospital mais do que seis sessões por ano, podendo até ser menos se o doente merecer a confiança do médico, quanto ao cumprimento da terapêutica, o que gera uma receita por doente de 2.981,58€/ano.

O mesmo doente beneficiou no mesmo ano de um envelope farmacológico de valor entre 10.000€ e 12.000€ (o quadruplo dos proveitos).

Como se trataram cerca de 300 doentes, o financiamento do Hospital foi deficitário para esta linha em, cerca de 2,5 milhões de euros (considerando apenas o envelope de medicamentos).

Numa lógica meramente comercial, suscitar-se-ia a "necessidade" de vinda mensal do doente ao Hospital e duplicar-se-ia a receita. Numa perspectiva clínica e humana, seria absurdo.

- 4) A utilização da metodologia do custo médio para fixar o preço médio, ainda que ajustado pelo ICM, revela-se de grande fragilidade, especialmente para os hospitais com actividade mais diferenciada, e geralmente suportada por MCDT, também mais diferenciados.

Para um Serviço de cardiologia como o do Hospital de Santarém, com um nível de diferenciação elevado e com a competência de Pacing, a tabela de preços que remunera a actividade do internamento é de 1.344€ para o doente saído com o GDH médico e 2.596€ para o doente saído com GDH cirúrgico.

Em 2010 geraram GDH cirúrgicos os 330 doentes submetidos à implantação/Substituição de PaceMaker.

Os 330 doentes geraram uma receita de 856.680€ correspondendo a 330 x 2.596€.

Para cada um destes doentes foi adquirido um dispositivo PaceMaker com custo médio de 4.000€ pelo que o custo total dos dispositivos ascendeu a cerca de 1.320.000€ (330 x



4.000€), donde se depreende que a receita gerada apenas financiou 65% do custo do dispositivo, ficando por financiar todos os outros custos directos e indirectos próprios do episódio de internamento cirúrgico.

Assim se demonstra a fragilidade da metodologia de fixação dos preços, a partir dos custos médios.

- 5) A questão dos custos dos Serviços de Urgência e dos preços praticados enferma de três razões de reflexão a considerar.

Em primeiro lugar é urgente classificar correctamente em todos os hospitais os verdadeiros custos dos Serviços de Urgência e, de uma vez por todas, a sua apropriação.

Em segundo lugar, o apuramento do custo médio deve restringir-se muito rigorosamente a Serviços de Urgência homogéneos e comparáveis, o que permitiria um exercício imediato de harmonização e a fixação de preço mais razoável.

Por fim, é imperioso rever o regime de trabalho e horários dos médicos, o qual há mais de 20 anos estabelece que o trabalho médico apenas é ordinário das 8 às 20 horas de 2ª a 6ª feira, tornando "extraordinário" todo o restante, curiosamente o melhor remunerado, por ser em período nocturno e fins de semana. Isto é, 60% da cobertura dos Serviços de Urgência é assegurado com trabalho extraordinário.

- 6) Na observação e análise dos índices de eficiência da actividade do Hospital de Santarém, e utilizando a fasquia do Relato "eficiência total de custos relativamente elevada" (acima dos 75%), verificamos que na generalidade se situam entre os 0,75 e 1.

Confessamos que o tempo de análise e a complexidade da matéria não nos permitiu tirar grandes conclusões, mas é assunto que nos despertou muito interesse e sobre ele iremos trabalhar com maior profundidade.

De qualquer modo, a nossa sensibilidade leva-nos a aceitar sem reservas que grande parte da ineficiência dos hospitais, e também no nosso, se deve a afectação excessiva ou inadequada de recursos, em toda a linha: o tempo, os recursos humanos, os consumíveis, os serviços, nomeadamente os MCDT, etc..

É sobre esta realidade que temos que trabalhar e, nesse sentido este Relatório é um instrumento precioso, embora não seja fácil descodificar a metodologia utilizada para a tornar perceptível aos nossos dirigentes e interlocutores.

- 7) Naturalmente que nos modelos de financiamento dos hospitais públicos aquele que capta mais simpatia e interesse de gestão é o de capitação e, por maioria de razão, se for utilizado em estrutura de Unidade Local de Saúde, com o compromisso de todos os níveis e agentes do Serviço Nacional de Saúde.

Promove a prevenção da doença, é envolvente para as populações abrangidas, pode permitir algum sucesso na contenção dos custos e não é indutor da produção, podendo torná-la correctamente selectiva.

- 8) Como se disse anteriormente o actual processo de contratualização é um modelo que procura aproximar o financiador do prestador, com supermacia daquele e total dependência deste, circunstância que reduz o processo negocial à expressão mínima. De qualquer modo não pode deixar de se considerar uma metodologia em permanente evolução e aperfeiçoamento, tendo em conta as necessidades em saúde das populações que servimos. O papel das Agências de Contratualização tem sido meritório.

O plafonamento e os constrangimentos orçamentais são outras questões.

A penalização financeira por razões de produção marginal em actividades de procura livre e espontânea não é sensata e pode introduzir factores de injustiça no processo assistencial.

A empresarialização é um movimento que deu alguns passos, mas por aí se ficou, o que pode até ser compreensível num contexto de falso mercado e de espartilho jurídico-administrativo, onde o espectro do económico nunca deixou de pairar.

Não esquecer ainda que se contratualizam linhas de produção que não esgotam a totalidade das actividades do Hospital, não sendo liquido que os preços das linhas financiadas tenham um carácter verdadeiramente compreensivo.

Efectivamente é fácil enunciar várias actividades, das quais o quadro 5 da pág. 27 do Relato dá exemplo cujos custos não são orçamentalmente suportados.

- 9) Os desvios em relação ao Contrato são compreensíveis e devem ser sempre objecto de contratualização sem qualquer penalização, considerando que apesar do histórico, existe sempre uma forte aleatoriedade da procura e o direito à saúde, gratuita e universal, aliados à natureza cultural do Hospital enraizada nos cidadãos.

10) É correcto admitir que para várias linhas de actividade, particularmente em Hospital de Dia os custos com medicamentos não estão devidamente financiados.

Já foi apresentada a situação da Infeciologia, mas outros podem ser enunciados, como seja a Oncologia, mas também a Imunohemoterapia, a Hipertensão Pulmonar, etc..

No Hospital de Dia de Oncologia os doentes de determinada patologia fazem terapêutica mensal, a partir de uma sessão de Hospital de Dia mensal que o Hospital factura a 296,15€. Para esse mês, se a doente foi tratada com:

- Erlotinib – A medicação fornecida custa 2.100€

se a opção terapêutica for

- Sunitinib – A receita fornecida custa 5.100€

Como é fácil de compreender, os custos com medicamentos nem sempre estão suportados nos preços praticados.

11) Na fixação dos preços a metodologia do preço único por hospital para o GDH médico ou para o GDH cirúrgico, independentemente da especialidade, é indutor de resultados nem sempre coerentes.

Outra conclusão que se pode tirar (genérica) é a de que o que está mal formado é o preço e que por razões de austeridade e da ausência de recursos, se pretende esmagar os custos a partir dos preços. Falta fundamentar que estejam esgotados os mecanismos de eficiência que permitem reduzir e apropriar os custos e, para isso, a Contabilidade Analítica pode constituir uma ferramenta de apoio.

Tal não dispensa, contudo, que se avance para um sistema de custeio que permita apurar o custo efectivo ao nível do doente, passo determinante para avaliação do desempenho dos serviços e dos profissionais.

12) Quanto aos resultados obtidos com os estudos desenvolvidos nos seis hospitais, não faremos comentários, por manifesta falta de tempo e de informação e por dificuldade de interpretação de valores díspares, em hospitais também diferentes.



13) No que respeita a matéria que inclui directamente informação sobre o Hospital de Santarém (ponto 4.8), e com a modéstia de uma análise despretensiosa, tendo em conta a qualidade, o rigor e a profundidade do trabalho apresentado, cabe-nos dizer:

- a) A metodologia de divisão da eficiência económica em técnica, de preço e na afecção mostra-nos em forma de gráfico uma imagem de 49 hospitais, com valores absolutos e valores relativos de custo mínimo e de perdas de ineficiência.
- b) Numa perspectiva metodológica manifestamos alguma dificuldade, de análise desconhecendo as regras e a matriz de cálculos, que permitam a comparabilidade de hospitais tão díspares como o CHLN, o Hospital de Estarreja ou de Peniche, ou o de Santarém, Hospital de Anadia, os IPOs e o Hospital do Montjo, etc..
- c) Analisando as fig. 10 e 11 (pág. 48) verificamos que no internamento o HDS revela "ineficiência" técnica em cerca de 22% do custo e ligeiras perdas ao nível da ineficiência do preço e da afectação.

A interpretação imediata leva-nos a confirmar algumas suspeitas que vínhamos acumulando, mas reconhecemos que só uma análise mais profunda e o conhecimento das regras de cálculo nos poderão ajudar de forma consequente.

Em relação ao Ambulatório, fig. 13 (pág. 50) a situação é ligeiramente diferente, com ineficiência zero em relação ao preço mas com acentuada perda em eficiência técnica. Esta realidade afigura-se-nos mais verosímil e ajuda-nos à interpretação dos factos incluindo extrapolada para os valores atrás referidos para o internamento.

Continuamos a falar de análise de sensibilidade por ter sido de todo impossível ter o tempo suficiente para aprofundar o assunto.

A conclusão de que a principal ineficiência encontrada no estudo para a generalidade dos hospitais e também para o HDS é a técnica, leva-nos a reflectir sobre o modelo interno de afectação de recursos e, envolvendo todos os actores do processo, procurar formas de tomar medidas que permitam por via da redução de recursos alcançar melhor performance de eficiência económica.

Não se trata de uma descoberta, saber que afectamos excesso de recursos ao processo produtivo, quer sejam recursos de tempo, recursos humanos, consumíveis, MCDTs, FSE, etc.. O que se trata é de saber como intervir a cada um dos níveis



anteriores sem com isso comprometer o cumprimento da missão do HDS e a prestação de cuidados ao melhor nível, garantindo a quem os presta, directa ou indirectamente a satisfação social e a realização profissional.

14) Quanto às recomendações, aos mais diversos níveis não podemos deixar de dar toda a nossa concordância.

Não nos parece correcto ser as Instituições Hospitalares a fazer considerações em concreto sobre as Recomendações à Sr.<sup>a</sup> Ministra da Saúde e ao Sr. Presidente da ACSS. Contudo, e porque nelas estão espelhadas grandes preocupações das Administrações Hospitalares, não nos parece deselegante deixar referências ao que julgamos mais pertinente para uma nova política de financiamento. Por preços justos, ou no mínimo ajustadas aos custos,

- Por uma procura incessante de eficiência económica, incluindo as suas diversas dimensões;
- Por uma nova metodologia de gestão dos GDHs de Internamento e de Ambulatório;
- Pelo reforço e incentivo da cultura empresarial, com avaliação do desempenho por Contrato Programa verdadeiramente contratualizador;
- Por novos e mais rigorosos sistemas de custeio que permitam apurar custos ao doente;
- Por uma aposta em novos sistemas de informação, uniformizados, que permitam comparar tudo o que for verdadeiramente comparável e explorar práticas de Benchmarking;
- Por um novo sistema de financiamento assente em preços unitários economicamente eficientes e que libertem margens para o investimento;
- Pela cobertura de financiamento alargada à generalidade das linhas de actividade dos hospitais;
- Pelo alargamento da utilização do ICM a todo o ambulatório, diminuindo para 1 ano a "decalage" do seu apuramento;




- Por fim, corroborar da proposta de incorporar no modelo de financiamento, um sistema de incentivos ao desempenho, à investigação clínica, epidemiológica e económica e contribuir para melhorar a capacidade de decisão para a gestão.

E é tudo o que uma leitura não tão cuidada e aprofundada quanto desejaríamos e que o estudo e a interpretação da informação disponibilizada nos permitiu, nos leva a alegar, certos que uma maior e melhor reflexão (que obviamente iremos fazer) nos poderia levar a outras considerações.

Com os melhores cumprimentos.

O Presidente do Conselho de Administração



---

Dr. José Rianço Josué



## 1.29. Hospital do Arcebispo João Crisóstomo – Cantanhede

### Pedro Fonseca

---

**De:** Contabilidade - Hospital do Arcebispo João Crisóstomo [contab@hdcantanhede.min-saude.pt]  
**Enviado:** sexta-feira, 17 de Junho de 2011 14:38  
**Para:** Precos-SNS  
**Cc:** Dr. Vitor Leonardo  
**Assunto:** Auditoria de resultados ao sistema de pagamentos e de formação dos preços pagos às unidades hospitalares do Serviço Nacional de Saúde - Proc. N.º 42/2010 - Audit  
**Anexos:** Ofício TContas.doc

Exmos Senhor  
Director Geral do Tribunal de Contas

Conforme solicitado, junto enviamos em anexo a resposta ao Ofício de V.Exas nº 008407 datado de 06 de Junho de 2011, Refª DAVI, Proc. Nº42/2010-Audit.

Com os melhores cumprimentos,

Marta Branco  
Unidade Financeira

#### Hospital Arcebispo João Crisóstomo - Cantanhede

Rua Padre Américo - Apartado 61  
3061-909 Cantanhede

Telf. 231 419 210- ext.510  
Fax. 231 419 219  
Email: [contab@hdcantanhede.min-saude.pt](mailto:contab@hdcantanhede.min-saude.pt)

DGTC 17 06 11 11521

Exmo Senhor  
Director-Geral do Tribunal de Contas  
Rua Barbosa do Bocage, 61  
1069-045 LISBOA

**Assunto:** Auditoria de resultados ao sistema de pagamentos e de formação dos preços pagos às unidades hospitalares do Serviço Nacional de Saúde

Conforme solicitado no Ofício de V. Exas. nº 008407, datado de 6 de Junho de 2011, Referência DAVI, Proc. Nº 42/2010 – Audit., o Conselho de Administração do Hospital do Arcebispo João Crisóstomo vem por este meio demonstrar a sua concordância no que concerne às conclusões e recomendações do relato de auditoria realizada.

No tocante à análise de eficiência das unidades hospitalares do SNS salientamos apenas o seguinte aspecto: foi incluído o Hospital Arcebispo João Crisóstomo na análise ao internamento (reportamo-nos ao ponto "4.8.1 Resultados - Amostra Global" – Figura 10 e 11) quando efectivamente este Hospital não dispõe de Serviço de Internamento desde Dezembro de 2005. Com efeito, as actividades de internamento foram convertidas em unidades de cuidados continuados integrados, as quais são financiadas de forma autónoma.

Com os melhores cumprimentos,

O Presidente do Conselho de Administração

  
(Dr. Vítor Manuel Costa Leonardo)

MB/UFT

Hospital Arcebispo João Crisóstomo  
Rua Padre Américo  
Apartado 61  
3061-909 CANTANHEDE

Tel: 231 419 210  
Fax: 231 419 219  
geral@hdcantanhede.min-saude.pt  
www.hdcantanhede.min-saude.pt



## 1.30. Hospital do Espírito Santo de Évora, EPE



17 06'11 07397

Exm.º Senhor Auditor Coordenador  
Dr. José António Carpinteiro  
Tribunal de Contas  
Av. Barbosa do Bocage, 61  
1069-045 LISBOA

Sua referência	Sua comunicação de	Nossa referência	Data
----------------	--------------------	------------------	------

Processo 42/10 - Audit

**Assunto:** Auditoria de resultados orientada à análise e avaliação do sistema de pagamentos e de formação dos preços pagos aos hospitais do Serviço Nacional de Saúde

Tendo recebido de V. Ex.<sup>as</sup> o Relato referente à auditoria identificada em epígrafe para, 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, apresentarmos as alegações que tivesse por convenientes referentes sobre o mesmo, informamos que o mesmo recebeu desde logo toda a nossa atenção.

Apresentamos de seguida as informações/observações complementares que entendemos poderem ser úteis:

- Entendemos ser importante salientar que a Unidade de Radioterapia do HESE iniciou a sua actividade em Setembro de 2009, pelo que a informação constante nas páginas 44 e 45 deve ser melhor enquadrada. No caso da nossa instituição, a actividade de radioterapia em 2009 apenas se dividiu entre produção interna e externa em resultado do início da unidade interna em Setembro.

Até essa data, toda a produção relativa à valência de radioterapia era subcontratada. Após o arranque da Unidade de Radioterapia do Alentejo, em virtude da sua diferenciação técnica, toda a produção é assegurada internamente.

- Ainda sobre este assunto, esclarecemos que os custos unitários identificados no quadro 10, têm por base a contabilidade analítica celebrada anualmente. O valor apurado diz respeito ao custo médio anual, não tendo existido diferenciação relativamente à actividade subcontratada e produção interna.

BGTC 20 06'11 11595



Largo Senhor da Pobreza • 7000-811 Évora • Telf. 266 740 100 • Fax: 266 701 821 • Cont. 508 085 888

[www.hevora.min-saude.pt](http://www.hevora.min-saude.pt)



- Pensamos que os indicadores de eficiência apurados/estimados pela empresa de consultoria por V. Ex.<sup>as</sup> contratada, devem ser alvo de análise cuidada uma vez que são desconsiderados factores deterministas dos custos unitários, como o são os custos de estrutura associados aos perfis/níveis de diferenciação do hospital (em particular ao nível da urgência) e as características demográficas da região.

Não havendo nada mais a acrescentar, despeço-me com os melhores cumprimentos, *também pessoais*



**Maria Filomena Mendes**  
Presidente do Conselho de Administração

TRIBUNAL DE CONTAS	
DIRECÇÃO GERAL	
DA VI	
Registo nº	408
Data	22 / 6 / 11
Assinatura	<i>SA</i>
Vice-Auditor Geral	





## 1.31. Hospital do Litoral Alentejano, EPE

**Pedro Fonseca**

---

**De:** Adelaide Belo [adelaidebelo@hlalentejano.min-saude.pt]  
**Enviado:** sexta-feira, 17 de Junho de 2011 14:59  
**Para:** Precos-SNS  
**Assunto:** FW: Tribunal de Contas - Auditoria de resultados ao sistema de pagamentos e de formação dos preços pagos às unidades hospitalares do Serviço Nacional de Saúde - Proc. N.º 42/2010 - Audit

Ex.º Sr.º  
Dr.º Jose Antonio Carpinteiro

Auditor Coordenador  
Tribunal de Contas

Em resposta ao solicitado informamos que de um modo geral concordamos com as conclusões apresentadas. A desadequação do sistema de contratualização e elaboração dos valores de referência é um problema já por nós identificado, que é ainda mais premente num Hospital com as nossas características. Como é previsível esta situação torna por vezes muito difícil a gestão dos Recursos Humanos.

Os meus cumprimentos

**Adelaide Belo**



**Presidente do Conselho de Administração**

[adelaidebelo@hlalentejano-min-saude.pt](mailto:adelaidebelo@hlalentejano-min-saude.pt)

Monte do Gilbardinho  
7540-230 Santiago do Cacém  
Tel: 269 818 101  
Fax: 269 818 173

---

**De:** Precos-SNS [mailto:[precos.sns@tcontas.pt](mailto:precos.sns@tcontas.pt)]  
**Enviada:** quinta-feira, 16 de Junho de 2011 16:22  
**Assunto:** Tribunal de Contas - Auditoria de resultados ao sistema de pagamentos e de formação dos preços pagos às unidades hospitalares do Serviço Nacional de Saúde - Proc. N.º 42/2010 - Audit

Exmo.s Senhores  
Presidentes de Conselho de Administração

Serve a presente comunicação para lembrar que termina no próximo dia **17 de Junho, 6ª Feira**, o prazo para V. Ex.ª apresentar, nos termos e para os efeitos do disposto nos artigos 13.º e 87.º, nº 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, as alegações que tenha por convenientes, relativas ao processo supra referenciado.

Reforçando o pedido anteriormente formulado, salienta-se a importância da obtenção dos comentários de V. Ex.ª no que concerne às conclusões e recomendações do relato, bem como à análise de eficiência das unidades hospitalares do SNS.

DGTC 17 06'11 11522

Com os melhores cumprimentos,

**José António Carpinteiro**

Auditor-Coordenador

*Tribunal de Contas*  
DGTC, Departamento de Auditoria VI  
Av. Barbosa do Bocage, 61  
1069-045 Lisboa  
tel: +351 21794 51 45  
fax: +351 21793 60 33  
e-mail: [jose.carpinteiro@tcontas.pt](mailto:jose.carpinteiro@tcontas.pt)  
web: [www.tcontas.pt](http://www.tcontas.pt)

---

**Tribunal de Contas - Portugal**

Av. da República, N.º65  
1050-159 Lisboa

A informação contida nesta mensagem, bem como eventuais anexos, é confidencial e poderá ser privilegiada. Esta mensagem destina-se apenas à(s) pessoa(s) mencionada(s). Se recebeu esta mensagem por engano, por favor elimine-a imediatamente, bem como eventuais cópias existentes no seu sistema, destrua eventuais impressões e notifique o remetente. Não é permitida, directa ou indirectamente, utilizar, distribuir, imprimir ou copiar a totalidade ou parte desta mensagem se não for um dos destinatários. O TRIBUNAL DE CONTAS reserva-se ao direito de monitorizar todas as comunicações de correio electrónico efectuadas através das suas redes. Quaisquer opiniões expressas na mensagem são do próprio remetente, não representando a posição da instituição, excepto quando explicitamente indicado o contrário e por remetentes autorizados.

*The information contained in this message and any attachments is confidential and may be privileged. This message is for the named person's use only. If you received this message by mistake, please delete it and all copies from your system immediately, destroy any printed copies and notify the sender. You must not, directly or indirectly, use, disclose, distribute, print or copy any part of this message if you are not the intended recipient. TRIBUNAL DE CONTAS reserves the right to monitor all e-mail communications through its networks. Any views expressed in this message are those of the individual sender, except where the message states otherwise and the sender is authorized to state them on behalf of TRIBUNAL DE CONTAS.*

<http://www.tcontas.pt>  
[webmaster@tcontas.pt](mailto:webmaster@tcontas.pt)

---

## 1.32. Hospital José Luciano de Castro – Anadia

### Pedro Fonseca

---

**De:** José Afonso [jafonso@hdanadia.min-saude.pt]  
**Enviado:** sexta-feira, 17 de Junho de 2011 11:52  
**Para:** Precos-SNS  
**Assunto:** RE: Tribunal de Contas - Auditoria de resultados ao sistema de pagamentos e de formação dos preços pagos às unidades hospitalares do Serviço Nacional de Saúde - Proc. N.º 42/2010 - Audit

O conselho de Administração do Hospital José Luciano de Castro congratula-se com o elevado nível técnico da auditoria em análise, concordando com as recomendações aí feitas.

Correndo o risco de repetir algumas propostas, sem conseguir o brilhantismo e tecnicidade do relatório, as nossas alegações vão no sentido apresentarmos o nosso modesto contributo que se resume no seguinte:

- 1- Parece-nos haver conveniência na implementação da Carta de Missão para os dirigentes máximos das instituições, com clarificação das consequências tanto do não cumprimento como da superação dos objectivos no âmbito da cultura da meritocracia;
- 2- A implementação do sistema de financiamento com base na capitação, a título experimental, numa Região de Saúde, ULS ou outra, permitiria a avaliação da eficiência do sistema e permitiria a identificação dos ganhos em saúde e definição mais rigorosa nos investimentos na prestação de cuidados de proximidade.
- 3- O conceito de Convergência deve integrar limites temporais;
- 4- A avaliação do desempenho deve ser transversal a todas as classes profissionais.

Melhores cumprimentos

José Afonso

---

**De:** José Pedro Ferreira [mailto:pferreira@hdanadia.min-saude.pt]  
**Enviada:** quinta-feira, 16 de Junho de 2011 16:51  
**Para:** jafonso@hdanadia.min-saude.pt; administrativo@hdanadia.min-saude.pt  
**Assunto:** FW: Tribunal de Contas - Auditoria de resultados ao sistema de pagamentos e de formação dos preços pagos às unidades hospitalares do Serviço Nacional de Saúde - Proc. N.º 42/2010 - Audit

---

**De:** Precos-SNS [mailto:precos.sns@tcontas.pt]  
**Enviada:** quinta-feira, 16 de Junho de 2011 16:22  
**Para:** Undisclosed recipients:  
**Assunto:** Tribunal de Contas - Auditoria de resultados ao sistema de pagamentos e de formação dos preços pagos às unidades hospitalares do Serviço Nacional de Saúde - Proc. N.º 42/2010 - Audit

Exmo.s Senhores  
Presidentes de Conselho de Administração

Serve a presente comunicação para relembrar que termina no próximo dia **17 de Junho, 6ª Feira**, o prazo para V. Ex.ª apresentar, 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, as alegações que tenha por convenientes, relativas ao processo supra referenciado.

Reforçando o pedido anteriormente formulado, salienta-se a importância da obtenção dos comentários de V. Ex.ª no que concerne às conclusões e recomendações do relato, bem como à análise de eficiência das unidades hospitalares do SNS.

Com os melhores cumprimentos,

*José António Carpinteiro*  
Auditor-Coordenador



Tribunal de Contas  
DGTC, Departamento de Auditoria VI  
Av. Barbosa do Bocage, 61  
1069-045 Lisboa  
tel: +351 21794 51 45  
fax: +351 21793 60 33  
e-mail: [jose.carpinteiro@tcontas.pt](mailto:jose.carpinteiro@tcontas.pt)  
web: [www.tcontas.pt](http://www.tcontas.pt)

---

### Tribunal de Contas - Portugal

Av. da República, N°65  
1050-159 Lisboa

A informação contida nesta mensagem, bem como eventuais anexos, é confidencial e poderá ser privilegiada. Esta mensagem destina-se apenas à(s) pessoa(s) mencionada(s). Se recebeu esta mensagem por engano, por favor elimine-a imediatamente, bem como eventuais cópias existentes no seu sistema, destrua eventuais impressões e notifique o remetente. Não é permitida, directa ou indirectamente, utilizar, distribuir, imprimir ou copiar a totalidade ou parte desta mensagem se não for um dos destinatários. O TRIBUNAL DE CONTAS reserva-se ao direito de monitorizar todas as comunicações de correio electrónico efectuadas através das suas redes. Quaisquer opiniões expressas na mensagem são do próprio remetente, não representando a posição da instituição, excepto quando explicitamente indicado o contrário e por remetentes autorizados.

*The information contained in this message and any attachments is confidential and may be privileged. This message is for the named person's use only. If you received this message by mistake, please delete it and all copies from your system immediately, destroy any printed copies and notify the sender. You must not, directly or indirectly, use, disclose, distribute, print or copy any part of this message if you are not the intended recipient. TRIBUNAL DE CONTAS reserves the right to monitor all e-mail communications through its networks. Any views expressed in this message are those of the individual sender, except where the message states otherwise and the sender is authorized to state them on behalf of TRIBUNAL DE CONTAS.*

<http://www.tcontas.pt>  
[webmaster@tcontas.pt](mailto:webmaster@tcontas.pt)

---

DGTC 17 06'11 11498

### 1.33. Hospital Santa Maria Maior, EPE



N/ Referência: 175 - PCA



V/ Referência: of. 8403 de 06-06-2011

DAVI - Proc. Nº 42/2010 - Audit

Exmo. Senhor  
Auditor-Coordenador  
Dr. José António Carpinteiro  
Tribunal de Contas  
Avª Barbosa du Bocage, 61  
1069-045 LISBOA

**ASSUNTO:** Auditoria de resultados ao sistema de pagamentos e de formação dos preços pagos às unidades hospitalares do Serviço Nacional de Saúde

Em resposta ao V/ ofício 8403 de 06-06-2011, cumpre-nos informar que o Conselho de Administração tomou conhecimento, na sua reunião de 15-06-2011, do Relato de Auditoria relativo ao Processo nº 42/2010 - Audit, nada tendo a alegar sobre o mesmo.

Com os melhores cumprimentos,

O Presidente do Conselho de Administração

Lino Mesquita Machado

DGTC 21 06\*11 11694

MJS/CV

Campo da República – Apartado 181 \* 4754-909 BARCELOS \* Telefone 253 809 200 \* Telefax 253 817 379  
E-mail: [secadm@hbarcelos.min-saude.pt](mailto:secadm@hbarcelos.min-saude.pt)



**Pedro Fonseca**

---

**De:** Administração [Administracao@igpinto.min-saude.pt]  
**Enviado:** sexta-feira, 17 de Junho de 2011 13:28  
**Para:** Precos-SNS  
**Assunto:** Tribunal de Contas - Auditoria de resultados ao sistema de pagamentos e de formação dos preços pagos às unidades hospitalares do Serviço Nacional de Saúde - Proc. N.º 42/2010 - Audit

Exmo. Senhor  
Dr. José António Carpinteiro  
M.I. Auditor-Coordenador  
Do Tribunal de Contas

Em resposta ao vosso ofício de 06 de Junho de 2011 e, nos termos e para os efeitos do disposto nos artigos 13.º e 87.º, nº 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, somos a informar as alegações que temos por convenientes, relativas ao processo supra mencionado.

Lido o Relato, verificamos que o Instituto de Oftalmologia Dr. Gama Pinto (IOGP) não consta da análise realizada, talvez pela sua diminuta dimensão e/ou por ser monotemático, contudo, não queremos deixar aqui a nossa apreciação à auditoria por vós superiormente conduzida.

**É a primeira vez que vemos um estudo realizado sobre esta temática às unidades hospitalares do SNS com um tal nível de aprofundamento.**

A este propósito, e aproveitando o ensejo, pretendemos deixar as nossas apreciações:

- Todos os hospitais, independentemente da sua dimensão e da sua organização em monotemáticos ou polivalentes, deveriam ser financiados de igual modo, isto é, pela sua produção.
- Pretende-se com isto dizer que os hospitais do Sector Público Administrativo (SPA), apesar de negociarem um Contrato Programa e este ser valorizado, continuam a ser financiados por duodécimos que, no caso do IOGP, nada tem que ver com o negociado em sede de contratualização.
- Assim, consideramos ser indispensável o apuramento dos preços das várias linhas de produção e que estas sejam efectivamente pagas como tal.
- Por outro lado, os constrangimentos processuais vividos nos hospitais do SPA são uma desvantagem comparativa face aos hospitais do sector empresarial (EPE) e geram ineficiências com que se debatem no dia a dia da gestão, nomeadamente no que se refere à gestão de recursos humanos.
- Consideramos importante para uma gestão eficiente a recomendação dada de criação de um índice nacional de eficiência económica dos hospitais do SNS, que sirva de referência à gestão hospitalar.
- A gestão hospitalar deve ser coerente e, como tal, os planos de redução de despesa devem actuar sobre as ineficiências próprias de cada hospital e não, de uma forma cega, sobre determinadas rubricas em especial, onde em alguns hospitais poderá gerar constrangimentos graves levando a diminuição de produção e pondo em risco a adequação dos cuidados de saúde.
- Consideramos muito importante que a capacidade instalada dos hospitais do SNS, nomeadamente em meios complementares de diagnóstico e terapêutica seja bem gerida e aproveitada, podendo e devendo ser prioritariamente utilizada por este em termos de parcerias interinstitucionais, isto é, só depois de esgotada a sua capacidade se deve recorrer aos meios fora do SNS.
- Nesta área há uma larga margem de emagrecimento da factura paga aos serviços externos ao SNS.

BGTC 17 06'11 11519



- A exemplo do que está em implementação para os medicamentos – prescrição electrónica – a prescrição de meios complementares deveria ser também por via electrónica.
- Muitas das ineficiências que se geram nas unidades hospitalares provêm da ausência de planeamento central ou regional das novas tecnologias de diagnóstico e terapêutica.

Estes são, de uma forma sucinta, os comentários que se nos apraz partilhar com vista a uma maior eficiência do SNS.

A Presidente do Conselho de Administração  
Dra. Luisa Coutinho Santos

**De:** Precos-SNS [mailto:precos.sns@tcontas.pt]

**Enviada:** quinta-feira, 16 de Junho de 2011 16:22

**Assunto:** Tribunal de Contas - Auditoria de resultados ao sistema de pagamentos e de formação dos preços pagos às unidades hospitalares do Serviço Nacional de Saúde - Proc. N.º 42/2010 - Audit

Exmo.s Senhores

Presidentes de Conselho de Administração

Serve a presente comunicação para lembrar que termina no próximo dia **17 de Junho, 6ª Feira**, o prazo para V. Ex.ª apresentar, nos termos e para os efeitos do disposto nos artigos 13.º e 87.º, nº 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, as alegações que tenha por convenientes, relativas ao processo supra referenciado.

Reforçando o pedido anteriormente formulado, salienta-se a importância da obtenção dos comentários de V. Ex.ª no que concerne às conclusões e recomendações do relato, bem como à análise de eficiência das unidades hospitalares do SNS.

Com os melhores cumprimentos,

**José António Carpinteiro**

Auditor-Coordenador

*Tribunal de Contas*  
DGTC, Departamento de Auditoria VI  
Av. Barbosa do Bocage, 61  
1069-045 Lisboa  
tel: +351 21794 51 45  
fax: +351 21793 60 33  
e-mail: [jose.carpinteiro@tcontas.pt](mailto:jose.carpinteiro@tcontas.pt)  
web: [www.tcontas.pt](http://www.tcontas.pt)

---

#### **Tribunal de Contas - Portugal**

Av. da República, Nº65  
1050-159 Lisboa

A informação contida nesta mensagem, bem como eventuais anexos, é confidencial e poderá ser privilegiada. Esta mensagem destina-se apenas à(s) pessoa(s) mencionada(s). Se recebeu esta mensagem por engano, por favor elimine-a imediatamente, bem como eventuais cópias existentes no seu sistema, destrua eventuais impressões e notifique o remetente. Não é permitida, directa ou indirectamente, utilizar, distribuir, imprimir ou copiar a totalidade ou parte desta mensagem se não for um dos destinatários. O TRIBUNAL DE CONTAS reserva-se ao direito de monitorizar todas as comunicações de correio electrónico efectuadas através das suas redes. Quaisquer opiniões expressas na mensagem são do próprio remetente, não representando a posição da instituição, excepto quando explicitamente indicado o contrário e por remetentes autorizados.

*The information contained in this message and any attachments is confidential and may be privileged. This message is for the named person's use only. If you received this message by mistake, please delete it and all copies from your system immediately, destroy any printed copies and notify the sender. You must not, directly or indirectly, use, disclose, distribute, print or copy any part of this message if you are not the intended recipient. TRIBUNAL DE CONTAS*

## 1.35. Instituto Português de Oncologia de Coimbra Francisco Gentil, EPE



IPOCFG, E.P.E.

IPO COIMBRA - FRANCISCO GENTIL, E.P.E.

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

IPO COIMBRA 20 06'11 2002

TContas/sca  
Nossa referência

**Assunto:** Auditoria de resultados ao sistema de pagamentos e de formação dos preços pagos às unidades hospitalares do Serviço Nacional de Saúde.

Correspondendo à solicitação constante do ofício nº 8361, de 06/06/2001, informa-se V. Exa. que o IPO de Coimbra, tendo em conta a complexidade do relatório e o relativamente curto espaço de tempo que teve para o analisar, entende não produzir quaisquer alegações, nos termos e para os efeitos da legislação invocada, sem prejuízo de uma análise mais detalhada que efectuaremos internamente.

Com os melhores cumprimentos.

PEL'O CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO  
O PRESIDENTE

(Dr. Manuel António L. da Silva)

IC

BGTC 24 06'11 11855



## 1.36. Instituto Português de Oncologia de Lisboa Francisco Gentil, EPE

### Pedro Fonseca

---

**De:** ipofg [ipofg@ipolisboa.min-saude.pt]  
**Enviado:** sexta-feira, 17 de Junho de 2011 19:01  
**Para:** Precos-SNS  
**Assunto:** Auditoria de resultados ao sistema de pagamento e de formação dos preços pagos às unidades hospitalares do SNS  
**Anexos:** OF\_CA130- Auditoria resultados ao sistema de pagamento.pdf

Exmo. Senhor  
Auditor-Coordenador Dr. José António Carpinteiro

Encarrega-me o Senhor Presidente do Conselho de Administração Dr. Francisco Matoso de enviar a V. Exas., o ofício anexo de resposta ao V/ Ofício nº 008362 de 06/06/2011 sobre o assunto em epigrafe.

Com os melhores cumprimentos,

*Susana Costa*  
Conselho de Administração  
IPOLFG, E.P.E.  
Rua Prof. Lima Basto 1099-023 Lisboa  
Telf. 21 722 98 11  
Fax: 21 722 98 80

DGTC 20 06'11 11610



**INSTITUTO PORTUGUÊS DE ONCOLOGIA DE LISBOA  
FRANCISCO GENTIL, E.P.E.**

**Conselho de Administração**

---

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

V/Ref <sup>o</sup> .	Data	N/Ref <sup>o</sup> .	Data
008362	06-06-2011	CA – 130	17-06-2011

**Assunto:** Auditoria de resultados ao sistema de pagamentos e de formação dos preços pagos às unidades hospitalares do Serviço Nacional de Saúde.

Em resposta ao ofício n.º 8362 dessa instituição, com a referência Proc. N.º 42/2010 – Audit, de 6 do corrente mês, e no que respeita ao relato da auditoria mencionada em epígrafe, genericamente o IPOLFG concorda com as conclusões e considera as recomendações apresentadas como hipóteses de trabalho válidas.

No que respeita à análise de eficiência das unidades hospitalares do SNS e apesar do curto intervalo de tempo concedido por esse Tribunal para que este Instituto responda de forma objectiva e quantificada aos trabalhos de consultoria externa que suportaram a presente auditoria, cumpre apenas apresentar alguns comentários à metodologia utilizada.

Com efeito, este Instituto analisou com a profundidade possível os resultados dos diversos estudos efectuados e tentou ter em consideração, na interpretação dos resultados da análise de eficiência, as limitações resultantes das discrepâncias dos elementos estatísticos de alguns hospitais e as conclusões aparentemente divergentes quando, a propósito da eficiência económica global dos hospitais, se comparam os preços fixados e os custos verificados. Contudo, e sem querer retirar importância ou valor ao estudo, existem alguns pontos que nos parece importante referir.

Sendo um estudo quantitativo e tanto quanto parece bastante robusto do ponto de vista estatístico, não considera alguns factores qualitativos e de eficiência que

1/3





importará realçar, dada a sua relevância para aferição do nível de eficiência das instituições. Podem referir-se, a título de exemplo, os Indicadores de Qualidade e Eficiência que são parte integrante do contrato-programa celebrado entre os hospitais e as Administrações Regionais de Saúde.

Em 2010 foram utilizados: i) objectivos nacionais relativos a qualidade e serviço (reinternamentos nos primeiros cinco dias após alta, profissionais envolvidos em programas de formação na área de controlo da infecção hospitalar), acessibilidade (doentes referenciados para a Rede Nacional de Cuidados de Saúde Continuados e peso das primeiras consultas no total de consultas médicas), desempenho assistencial (peso das cirurgias em ambulatório no total de cirurgias programadas e demora média); ii) objectivos regionais associados aos tempos de espera para tratamento cirúrgico, em patologia oncológica ou noutra.

Também nos parece fazer algum sentido que o estudo pudesse relevar de forma diferente os níveis de especialização dos diversos hospitais e de complexidade dos tratamentos efectuados, uma vez que estes se inserem numa rede de cuidados diferenciados e no Serviço Nacional de Saúde, o que implica complementaridade entre hospitais, embora se tenham tido em conta no estudo os diversos ajustamentos descritos na Metodologia, nomeadamente a consideração de uma amostra restrita com hospitais com serviços de Oncologia Médica.

A título de exemplo, na linha do Internamento, na Amostra Global (página 238 do Apenso), onde o índice de eficiência técnica do IPOL é de 0,69, são apresentados como hospitais de referência o CH Alto Alentejo, o CH Cova da Beira e H Estarreja. Sem pôr em causa a qualidade do tratamento estatístico dos respectivos dados, dificilmente estes hospitais podem ser comparados com o IPOL se considerarmos a dimensão, complexidade e diferenciação respectivas. O mesmo se verifica quando passamos para a Amostra Restrita, onde o IPOL mantém uma eficiência técnica de 0,69 e os mesmos hospitais de referência, com excepção do H Estarreja que é substituído pelo H Caldas da Rainha.

Só assim se pode compreender que nas projecções na fronteira de eficiência do Internamento (página 240 para a amostra global e 265 para a restrita), se conclua que para ser eficiente o IPOLFG teria que reduzir cerca de 30% nos recursos humanos e 60% nos Medicamentos/MCDT, em ambas as amostras, o que se revela perfeitamente



**INSTITUTO PORTUGUÊS DE ONCOLOGIA DE LISBOA  
FRANCISCO GENTIL, E.P.E.**

**Conselho de Administração**

---

desajustado do perfil e responsabilidade que este hospital detém dentro do SNS pondo em causa a sua missão que é a prestação de cuidados de saúde.

No que se refere à linha do Ambulatório, na Amostra Global (página 242 e seguintes do Apenso), onde o IPOL apresenta um índice de eficiência técnica de apenas 0,52, são hospitais de referência o H Anadia, o CH Porto e o CH Vale do Sousa, novamente hospitais com dimensões, diferenciação e complexidade dos cuidados prestados completamente heterogénea e não passíveis de comparação com o IPOL, com a agravante de o primeiro hospital indicado representar 70% na fronteira de referência. Quando se passa para a Amostra Restrita, onde o IPOL apresenta uma eficiência técnica de 0,87, apresentam-se como referências o IPO Coimbra, comparável na complexidade mas não na dimensão, e de novo hospitais que não podem constituir referência como o H Litoral Alentejano ou H Castelo Branco.

O atrás referido traduz-se nas projecções na fronteira de eficiência do Internamento (página 240 para a amostra global e 265 para a restrita), onde se conclui que para ser eficiente o IPOL teria que reduzir cerca de 30% nos recursos humanos e 60% nos Medicamentos/MCDT, em ambas as amostras, o que seria igualmente incompatível com a prestação de cuidados que se espera desta instituição. O mesmo se passa, de forma genérica, no Ambulatório (reduções superiores a 50% nos recursos e de 86% nos Medicamentos/MCDT, na amostra global) e nas diferentes eficiências analisadas.

Por último gostaríamos de confirmar que este Instituto continua a apostar no aumento da fiabilidade da Contabilidade Analítica e a investir na manutenção do sistema de custeio para obtenção dos custos da actividade realizada como uma preciosa ferramenta de gestão.

Com os melhores cumprimentos,

O Presidente do Conselho de Administração

Francisco Matoso

---

3/3







## 1.37. Instituto Português de Oncologia do Porto Francisco Gentil, EPE



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

SUA REFERÊNCIA	DATA	NOSSA REFERÊNCIA	DATA
008363	2011.06.06	165 / CA	2011.06.17

**Assunto:** Auditoria de resultados ao sistema de pagamentos e de formação dos preços pagos às unidades hospitalares do Serviço Nacional de Saúde.

Tendo sido recebido através do vosso ofício com a referência *DAVI – Proc. N.º 42/2010 – Audit*, de 6 de Junho de 2011, o relato de auditoria acima referido, o mesmo foi objecto de uma cuidada análise da nossa parte, tendo-nos suscitado os comentários a seguir apresentados. Estes não são de exercício de contraditório, por não haver motivos para tal, uma vez que os dados apresentados foram por nós fornecidos em sede de inquérito.

*Ponto 4.7.2.4 – O caso particular da Radioterapia*

É referido neste ponto que "...no IPO do Porto o valor do financiamento supera em cerca de 2,5 vezes o valor do custo médio da produção, por sessão de radioterapia produzida nas unidades."

A radioterapia é uma técnica cujo custo principal advém das amortizações do investimento em equipamento. Neste sentido, o preço referido no estudo apresentado, relativo ao ano de 2009 não contempla o valor da componente das amortizações, uma vez que os equipamentos afectos nesse ano à actividade já estavam totalmente amortizados.

Adicionalmente, existem um conjunto de actividades não financiadas, como a formação de profissionais e a investigação que também não contribuem para o cálculo do custo médio unitário apresentado.

Com os melhores cumprimentos,

  
Pelw Dr. Laranja Pontes  
Presidente do Conselho de Administração

DGTC 22 06'11 11768

RUA DE ANTÓNIO BERNARDINO DE ALMEIDA  
4200-072 PORTO - PORTUGAL

T. (+351) 22 508 40 00 E-MAIL: [dirgeral@ipoporto.min-saude.pt](mailto:dirgeral@ipoporto.min-saude.pt)  
F. (+351) 22 508 40 01

Capital Social: 30.900.000,00€ Registado na Conservatória do Registo Comercial do Porto com o N.º 57984 - NCP 506 362 299

MEMBRO

QUALIDADE





## 1.38. Maternidade do Dr. Alfredo da Costa – Lisboa

### **Pedro Fonseca**

---

**De:** Conselho de Administração [secretariadoca@mac.min-saude.pt]  
**Enviado:** quarta-feira, 22 de Junho de 2011 12:07  
**Para:** Precos-SNS  
**Assunto:** FW: Resposta ao Relatório referente à fixação de preços SNS- Tribunal de Contas  
**Anexos:** TC.doc

Exm<sup>o</sup> Senhor  
Dr. Pedro Fonseca

Reportando-nos ao v/ mail datado de 07.06.11, junto enviamos em anexo a resposta ao v/ pedido de esclarecimentos.

Com os melhores cumprimentos.

**A Vogal Executiva do Conselho de Administração**

*Margarida Moura Theias, Mestre*

BGTC 24 06,11 11858

Em resposta ao pedido efectuado por V.Exas, para a realização de uma análise crítica ao relatório de fixação de preços, tendo em conta a realidade existente na nossa Instituição, abaixo expomos a nossa posição.

Assim, após uma análise do relatório, acabámos por ver espelhado nele muitas das nossas preocupações, no que ao sistema de fixação de preços e financiamento diz respeito. Segue-se um conjunto de considerações enquadradas com as conclusões e recomendações constantes do relatório, e estruturadas e ordenadas em função do mesmo.

#### Avaliação Global

Mais do que uma forma de possibilitar a distribuição dos recursos disponíveis pelos vários prestadores, o sistema de pagamento, acaba por funcionar como uma ferramenta indutora de comportamentos, que a tutela pretende fomentar por parte dos prestadores. Dentro desta lógica, qualquer tipo de enviesamento no sistema acaba por ter efeitos contrários à lógica de eficiência, que se pretende instituir nas unidades hospitalares.

Relacionando estes princípios condutores com a realidade da Maternidade encontram-se, desde logo, alguns factores de enviesamento atrás referidos. Fruto da sua natureza enquanto instituição SPA, leva a que ao contrário das suas congéneres EPE's, o orçamento financeiro inicial, fique logo à partida aquém do valor contratualizado através do Contrato-Programa, levando automaticamente a um subfinanciamento da produção realizada, provocando um clima de incerteza, que cria graves dificuldades ao nível da gestão e a um progressivo aumento da dívida perante terceiros.

Esta situação associada aos restantes factores de desequilíbrio neste sistema de financiamento, acaba por em causa muitos objectivos a que o mesmo se propõe.

#### Contrato Programa

##### Actividades não financiadas

##### **- Consultas não Médicas**

Uma parte significativa do nosso movimento assistencial, ao nível de ambulatório é realizada dentro destes moldes, onde a utente é acompanhada por um técnico de saúde, complementando, assim a, prestação de cuidados médicos. Estatisticamente na nossa Instituição contabilizamos apenas as consultas de Nutrição e de Psicologia, representando 15% (11.323 consultas não médicas) do total de consultas médicas da Maternidade. O constante e contínuo acompanhamento do corpo de enfermagem acaba por não ser contabilizado em termos de consultas. Facilmente se compreende o peso que estas actividades acabam por representar na alocação de recursos, desde a estrutura física necessária para o atendimento das utentes, todo o circuito montado para a prestação destes cuidados, até aos recursos humanos disponibilizados. Como se encontra referido no relatório todas estas actividades acabam por ser financiadas,



pelas restantes linhas de produção, colocando assim uma pressão extra sobre a afectação das verbas disponibilizadas.

#### **- Medicamentos em Ambulatório**

Os medicamentos cedidos em ambulatório (Consulta Externa), que não se enquadram na legislação que define as categorias de medicamentos de dispensa obrigatória, abrangidos pelo contrato programa, acabam também por se tornar uma significativa despesa suportada pela Maternidade, que neste caso não tem um financiamento específico. Esta despesa, tem um significativo peso, tanto na Especialidade de Senologia, onde uma boa parte das utentes recebe medicação mensalmente, como no acompanhamento de utentes grávidas infectadas com o VIH, que não se enquadram no plano específico da luta contra o VIH. A utilização destes medicamentos, neste enquadramento, resulta no gasto de um montante de mais de 120 mil euros. Para além da dispensa da medicação na Consulta Externa, também ao nível do HDI, na especialidade de Pediatria, a vacinação dos recém-nascidos, durante período de Inverno, com o Palizumab, resultou durante o ano de 2010 num gasto a rondar a casa dos 270 mil euros, mais uma vez uma despesa não contemplada no financiamento através do contrato programa.

#### **- Hospital de Dia**

Quase toda a da linha de produção de Hospital de Dia, realizada na nossa Instituição, acaba por não se enquadrar em nenhuma das especialidades especificadas na metodologia do Contrato Programa, englobando-se, assim, na categoria Outros, que como vem referido no relatório, acaba por ser uma actividade não financiada. Mais de 3000 sessões, efectuadas nas especialidades quer Obstetrícia, quer de Ginecologia, acabam por repetir a situação que já havíamos descrito atrás, em relação às consultas não médicas.

#### **- Transporte de Doentes**

Por último, uma palavra relativamente aos gastos com os transportes de doentes, que proporcionalmente com as restantes situações, acaba por não ter o mesmo peso, mas, mesmo assim, foi gasta em 2010 quase 17 mil euros em transportes de doentes, sem representação no financiamento através do Contrato Programa. Dentro deste item encontram-se incluídas uma variedade de situações, sendo as três mais relevantes: os transportes de emergência de utentes grávidas para a nossa urgência, as transferências do nosso serviço de internamento para outras unidades hospitalares e, por fim, os transportes de utentes para tratamentos de quimioterapia e radioterapia. No entanto, independentemente da sua natureza a Maternidade é sempre responsável, pelo pagamento deste tipo de serviços.

## Internamento

### - ICM

A crónica desactualização deste índice, face à realidade da actividade quer na linha de produção de internamento, como na cirurgia de ambulatório, acaba também por provocar um desajustamento, entre a produção e o financiamento. Nos últimos 2 anos esta situação tem vindo a prejudicar particularmente a Maternidade, ao nível dos GDH cirúrgicos programados, onde o início da prática de intervenções do foro plástico, nas utentes de Senologia, levou a um aumento do nível de complexidade dos nossos casos cirúrgicos, realidade essa que ainda não se encontra espelhada no ICM utilizado para valorar a nossa produção.

### - Episódios de evolução prolongada

O cálculo, do valor dos doentes equivalentes, para efeitos de financiamento, ao não levar em conta os episódios que ultrapassam o limite máximo de cada GDH, acabam também, por levar a um subfinanciamento de parte da nossa produção. Durante o ano de 2010, cerca de 3% dos doentes saídos tiveram tempo de internamento que ultrapassou o limite máximo do GDH, pelo qual foi codificado levando, assim, a uma subcontabilização da nossa produção para fins de financiamento.

### - Sistema de Custeio por Doente e Comparação como valor do GDH

O sistema de custeio utilizado na nossa Instituição é o método das secções, preconizado pela ACSS, para fins de reporte da nossa actividade. Apesar de na prática a sua utilização permitir um conjunto de outputs consistentes e fiáveis, a verdade é que, as características deste sistema de contabilidade analítica acabam por não possibilitar uma destrição dos custos ao nível de cada doente saído, acabando apenas por levar à determinação do custo médio de cada doente saído por especialidade. Estes resultados não permitem uma efectiva comparação doente a doente, entre o seu custo e o valor do GDH. Face a este quadro, a Maternidade tem desenvolvido um conjunto de esforços, com o intuito de fornecer à Contabilidade Analítica informação mais pormenorizada por doente, quer em relação à utilização de medicamentos, material clínico, alocação de recursos humanos, com o intuito de no futuro existir a possibilidade de efectuarmos uma comparação caso a caso, patologia a patologia, entre os custos individuais e específicos de cada doente saído e o valor do seu GDH.

## Plano de Redução da Despesa

De referir, que Maternidade tem desde 2010 um plano de contenção de custos, apresentado e aprovado pela tutela, que é constituído por um conjunto de linhas de acção, indutoras da eficiência e racionalização dos recursos, que tem vindo a surtir efeitos desde a sua implementação durante o segundo semestre de 2010, mas com resultados mais visíveis em 2011. A comparação entre os primeiros cinco meses de 2011 e período homólogo de 2010, revela uma diminuição de quase 15% no total dos custos.

## 1.39. Unidade Local de Saúde da Guarda, EPE

### **Pedro Fonseca**

---

**De:** Vítor Mendes da Mota [vitormota.uls@gmail.com]  
**Enviado:** sexta-feira, 17 de Junho de 2011 18:03  
**Para:** Precos-SNS  
**Assunto:** Auditoria de resultados ao sistema de pagamentos e de formação de preços pagos às unidades hospitalares do Serviço Nacional de Saúde  
**Anexos:** Ofício Tribunal Contas - Contraditorio Auditoria.pdf

Permito-me remeter a V.Ex<sup>as</sup> o documento em anexo

--

Cumprimentos

Vitor Manuel Alves Mendes da Mota  
Unidade Local de Saúde da Guarda, EPE  
Conselho de Administração  
Vogal Executivo

DCTC 2010611 11607





Exmo. Senhor

Director Geral do Tribunal de Contas

Av. Barbosa du Bocage, 61

1069-045 Lisboa

Sua Ref#:

Sua comunicação:

Nossa Ref#:

Data: 17/06/2011

**ASSUNTO:** Auditoria de resultados ao sistema de pagamentos e de formação de preços pagos às unidades hospitalares do Serviço Nacional de Saúde

No exercício do princípio do contraditório, postulado no artigo 13.º e 87.º da Lei 98/97, de 26 de Agosto, alterada pela Lei 48/2006, de 29 de Agosto, vem a Unidade Local de Saúde da Guarda, E.P.E., apresentar as considerações atinentes à Auditoria de resultados ao sistema de pagamentos e de formação dos preços pagos às unidades hospitalares do Serviço Nacional de Saúde (SNS).

#### **Considerações Gerais**

A situação actual do Serviço Nacional de Saúde caracterizada por défices crónicos justifica, ou mesmo impõe, o esclarecimento das origens e das causas de um nível de custos superior ao nível dos proveitos. Neste sentido, no que tange ao nível de proveitos importa avaliar "se o sistema de pagamentos às unidades hospitalares do SNS é gerador de eficiência económica, nomeadamente quanto aos preços fixados e às regras de financiamento estabelecidas". Reconhecendo a importância e pertinência do tema de saúde-se a realização do presente estudo que em muito contribui para a identificação de falhas e sua correcção.

As apreciações/ comentários que a seguir se apresentam pretendem essencialmente salientar o caminho que já foi trilhado pela Instituição, no sentido de ultrapassar algumas das falhas referidas no Relatório de Auditoria, nos anos de 2007, 2008 e 2009, mas que ao longo do ano de 2010 foram sendo corrigidas.

#### **Apreciações/ Comentários**

1. O estudo reportou-se apenas ao sistema de financiamento da actividade hospitalar, excluindo o modelo de financiamento adoptado para as Unidades Locais de Saúde, que assenta numa base capitolacional (com base na população abrangida), e que hodiernamente assume uma importância crescente, pois entre nós já existem sete Unidades Locais de Saúde<sup>1</sup> (ver relatório Ponto 4.3.).

<sup>1</sup> Unidade Local de Saúde da Guarda, Matosinhos, Norte Alentejano, Castelo Branco, Alto Minho, Baixo Alentejo e mais recentemente do Nordeste.

2. A Contabilidade Analítica da Unidade Local de Saúde da Guarda (ULSG) é analisada mensalmente, sendo extraídos os custos directos de cada unidade produtiva (por rúbrica) e reportados ao Conselho de Administração e aos responsáveis dos serviços e unidades que compõem a ULSG, de modo a envolver todos os profissionais numa desejável cultura de gestão de recursos racional, eficiente e efectiva (ver relatório ponto 4.6.4.1.).
3. Através da informação proporcionada pela Contabilidade Analítica tornou-se possível a elaboração de Orçamentos de custos para cada unidade produtiva, que pretendem ser uma referência de eficiência na alocação de recursos financeiros (ver relatório ponto 4.6.4.1.).
4. Face ao exposto nos dois pontos anteriores conclui-se que a Unidade Local de Saúde da Guarda, utiliza a Contabilidade Analítica para “melhorar a eficiência na gestão dos recursos e os dados disponibilizados [...] são utilizados para acompanhar e monitorizar as diversas administrações hospitalares relativamente à boa gestão dos recursos envolvidos” (ver relatório ponto 4.6.4.1.).
5. No sentido de garantir a fiabilidade da informação contida na Contabilidade Analítica destacamos em seguida as principais medidas tomadas:
  - Criação de um Plano de Contabilidade Analítica adaptado às Unidades Locais de Saúde seguindo as orientações da ACSS, de modo a garantir a uniformização de Centros de Custos.
  - Actualização dos recursos humanos e sua distribuição horária por Centro de Custos.
  - Análise dos Fornecimentos e Serviços Externos e sua distribuição por Centros de Custos.Brevemente serão incluídos de forma mensal os custos com Amortizações por Centros de Custos.

Com os melhores cumprimentos.

Peço Conselho de Administração

O Vogal Executivo



(Dr. Vítor Manuel Alves Mendes da Mota)





## 1.40. Unidade Local de Saúde de Castelo Branco, EPE

### Pedro Fonseca

---

**De:** Jose Carpinteiro  
**Enviado:** segunda-feira, 20 de Junho de 2011 10:26  
**Para:** Pedro Fonseca  
**Assunto:** FW: Auditoria ao Sistema de pagamentos e de formação dos preços.  
**Anexos:** Scan 001.pdf

-----Mensagem original-----

**De:** Sandra Maria Mendes Cardoso [<mailto:scardoso@ulscb.min-saude.pt>]  
**Enviada:** sexta-feira, 17 de Junho de 2011 16:42  
**Para:** Jose Carpinteiro  
**Cc:** [ccanaveira@ulscb.min-saude.pt](mailto:ccanaveira@ulscb.min-saude.pt)  
**Assunto:** Fwd: Auditoria ao Sistema de pagamentos e de formação dos preços.

Boa tarde,

Dr. José António Carpinteiro,

Junto se envia N/ ofício nº 3762, datado de 17/06/2011

Com os melhores cumprimentos

O Secretariado da ULSCB

Sandra Galvão

BGTC 20 06'11 11612

Exmo. Senhor  
 Dr. José António Carpinteiro  
 MI Auditor – Coordenador  
 Tribunal de Contas  
 Av. Barbosa do Bocage, 61  
 1069-045 LISBOA

Sua Referência	Sua comunicação	N.º Ofício - Data Administração HAL
E-mail	16/06/2011	HAL 01 3762 2011-06-17 16:35:44
Assunto:		Auditoria ao Sistema de pagamentos e de formação dos preços

Na resposta indicar a nossa referência. Em cada ofício tratar apenas um assunto.

Dando cumprimento à V. solicitação relativamente ao assunto supracitado, somos a dizer o seguinte:

A contabilidade analítica do Hospital e Centros de Saúde – entidades integradas na Unidade Local de Saúde de Castelo branco, EPE (ULSCB) não possui a fiabilidade necessária ao apuramento dos custos associados às diversas linhas de produção.

A resolução deste problema, que temos como prioritário, passa em parte significativa por um forte investimento em tecnologias de informação, que não foi possível concretizar no 1º ano de funcionamento da ULSCB.

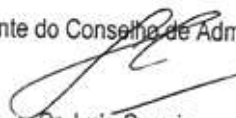
Estamos cientes do papel primordial que esta questão tem na eficácia económica e produtiva da ULSCB.

Está concluída a 1ª fase de articulação dos diversos serviços integrados na ULSCB, que passou nomeadamente pela centralização dos serviços financeiros e de todos os outros serviços de apoio geral; iniciou-se já um processo de melhoria da qualidade da informação que torne possível, a todos os níveis gestonários e no curto prazo, a tomada de decisões mais fundamentadas.

A recente homologação pela tutela da proposta de Regulamento Interno, em 23/05/2011, permitindo uma nova orgânica e responsabilização das chefias intermédias, contribuirá também por alcançar este objectivo.

Com os melhores cumprimentos,

O Presidente do Conselho de Administração

  
 Dr. Luís Correia

SC





## 1.41. Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano, EPE



Sede: Hospital Doutor José Maria Grande de Portalegre  
Av. de Santo António 7301-853 Portalegre  
Tel. 245 301 000 Fax: 245 330 359

Instituição remetente:

Exm.º Sr.  
Presidente Tribunal de Contas  
Av. Barbosa Du Bocage, 61  
1069-045 Lisboa

03501 16 JUN '11 ULSNA

SUA REFERÊNCIA	SUA COMUNICAÇÃO	NOSSA REFERÊNCIA	DATA
Proc. N.º 42/2010 Audit			13-06-2011

### ASSUNTO: Contabilidade Analítica das Unidades Hospitalares

Na sequência do processo de Auditoria, supra referido, cumpre-nos informar que a Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano, EPE tem vindo a promover algumas acções no sentido de obter uma melhor informação ao nível da contabilidade analítica.

Neste sentido e ao longo dos anos de 2010 e 2011, foram propostas algumas chaves de imputação aos serviços de forma a otimizar a informação relativa aos custos directos dos diversos serviços que constituem a ULSNA, EPE, estamos a falar por exemplo de custos com vigilância, água, luz, lavandaria, que eram imputados indirectamente com base na proporcionalidade dos custos directos e que temos por objectivo imputar pelas áreas de ocupação dos serviços e pelos consumos efectivos de cada serviço.

Ainda durante o ano de 2010, a ULSNA fez parte do grupo de trabalho da ACSS, no sentido de se elaborar um Plano de Contabilidade Analítica para as ULS, que permita a comparação nacional das ULS bem como uniformizar critérios utilizados em cada uma das Unidades. Este processo ainda se encontra a decorrer, no entanto existe já uniformização do plano de contas e de critérios de imputação de custos.

Com os melhores cumprimentos,

 O Presidente do Conselho de Administração

António Guerreiro

LP/SF

  
Victor Silva  
Direcção Clínica

BGTC 17 06'11 11438







## 2. NOTAS DE EMOLUMENTOS

Entidade	Emol.	Consultor	Total	Entidade	Emol.	Consultor	Total
Administração Central do Sistema de Saúde, IP	(a) 438,64	(b) 1204,68	1.643,32	Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa	285,11	782,93	1.068,04
Admin. Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, IP	328,97	903,38	1.232,35	Centro Hospitalar Tondela -Viseu, EPE	285,11	782,93	1.068,04
Admin. Regional de Saúde do Alentejo, IP	241,25	662,48	903,73	Hospital de Curry Cabral, EPE	285,11	782,93	1.068,04
Admin. Regional de Saúde do Algarve IP	241,25	662,48	903,73	Hospital de Faro, EPE	404,33	1.110,33	1.514,66
Admin. Regional de Saúde do Centro, IP	241,25	662,48	903,73	Hospital de Magalhães Lemos, EPE	285,11	782,93	1.068,04
Admin. Regional de Saúde do Norte, IP	241,25	662,48	903,73	Hospital de Reynaldo dos Santos	285,11	782,93	1.068,04
Centro de Med de Reab da Região Centro -Rovisco Pais	285,11	782,93	1.068,04	Hospital Distrital da Figueira da Foz, EPE	404,33	1.110,33	1.514,66
Centro Hospitalar Barreiro Montijo, EPE	404,33	1.110,33	1.514,66	Hospital Distrital de Santarém, EPE	285,11	782,93	1.068,04
Centro Hospitalar da Cova da Beira, EPE	285,11	782,93	1.068,04	Hospital do Arcebispo João Crisóstomo –Cantanhede	285,11	782,93	1.068,04
Centro Hospitalar de Entre o Douro e Vouga, EPE	285,11	782,93	1.068,04	Hospital do Espírito Santo de Évora, EPE	285,11	782,93	1.068,04
Centro Hospitalar de Leiria-Pombal, EPE	404,33	1.110,33	1.514,66	Hospital do Litoral Alentejano, EPE	285,11	782,93	1.068,04
Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE	372,84	1.023,84	1.396,68	Hospital Dr. Francisco Zagalo – Ovar	285,11	782,93	1.068,04
Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE	285,11	782,93	1.068,04	Hospital Garcia de Orta, EPE	285,11	782,93	1.068,04
Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE	285,11	782,93	1.068,04	Hospital José Luciano de Castro –Anadia	285,11	782,93	1.068,04
Centro Hospitalar de São João, EPE	285,11	782,93	1.068,04	Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca, EPE	285,11	782,93	1.068,04
Centro Hospitalar de Setúbal, EPE	285,11	782,93	1.068,04	Hospital Santa Maria Maior, EPE	285,11	782,93	1.068,04
Centro Hospitalar de Torres Vedras	285,11	782,93	1.068,04	Instituto de Oftalmologia Dr. Gama Pinto – Lisboa	285,11	782,93	1.068,04
Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE	285,11	782,93	1.068,04	Inst. Port. Oncologia de Coimbra Francisco Gentil, EPE	285,11	782,93	1.068,04
Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho, EPE	285,11	782,93	1.068,04	Inst. Port. Oncologia de Lisboa Francisco Gentil, EPE	372,84	1.023,84	1.396,68
Centro Hospitalar do Alto Ave, EPE	285,11	782,93	1.068,04	Inst. Port. Oncologia do Porto Francisco Gentil, EPE	285,11	782,93	1.068,04
Centro Hospitalar do Baixo Vouga, EPE	404,33	1.110,33	1.514,66	Maternidade do Dr. Alfredo da Costa – Lisboa	285,11	782,93	1.068,04
Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio, EPE	285,11	782,93	1.068,04	Unidade Local de Saúde da Guarda, EPE	285,11	782,93	1.068,04
Centro Hospitalar do Médio Ave, EPE	285,11	782,93	1.068,04	Unidade Local de Saúde de Castelo Branco, EPE	285,11	782,93	1.068,04
Centro Hospitalar do Médio Tejo, EPE	285,11	782,93	1.068,04	Unidade Local de Saúde de Matosinhos, EPE	285,11	782,93	1.068,04
Centro Hospitalar do Oeste Norte	285,11	782,93	1.068,04	Unidade Local de Saúde do Alto Minho, EPE	285,11	782,93	1.068,04
Centro Hospitalar do Porto, EPE	404,33	1.110,33	1.514,66	Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, EPE	285,11	782,93	1.068,04
Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, EPE	285,11	782,93	1.068,04	Unidade Local de Saúde do Nordeste, EPE	285,11	782,93	1.068,04
Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE	285,11	782,93	1.068,04	Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano, EPE	285,11	782,93	1.068,04
Centro Hospitalar Póvoa de Varzim/Vila do Conde, EPE	285,11	782,93	1.068,04				
				Subtotal	8.309,25	22.817,75	31.127,00
Subtotal	8.854,75	24.315,88	33.170,63	TOTAL	17.164,00	47.133,63	64.297,63

(a) Acerto de € +0,01 por motivo de arredondamentos.

(b) Acerto de € +0,17 por motivo de arredondamentos.





# Tribunal de Contas

Direcção-Geral

ajudar o Estado e a sociedade  
a gastar melhor

## Emolumentos e outros encargos (D.L. nº 66/96, de 31.5)

Departamento de Auditoria VI – UAT 1		Procº nº 42/10 – Audit	
		Relatório nº 30/11 – 2ª Secção	
Entidade fiscalizada:	Administração Central do Sistema de Saúde, IP		
Entidade devedora:	Administração Central do Sistema de Saúde, IP		
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
- Acções na área da residência oficial .....	€ 88,29	20		€ 1765,8
- 1% s/ Receitas Próprias .....				
- 1% s/ Lucros .....				
<b>Emolumentos calculados</b>				<b>€ 1765,8</b>
<b>Emolumentos Limite máximo (VR) .....</b>				<b>€ 438,64</b>
<b>Emolumentos a pagar .....</b>				<b>€ 438,64</b>

a) cf. Resolução nº 4/98 – 2ªS

## Consultores externos (Lei n.º 98/97 – art.º 56.º)

- Prestação de serviços .....	€ 1204,68 b)
- Outros encargos .....	
<b>Total a suportar pela entidade fiscalizada</b>	<b>€ 1643,32</b>

b) Repartição proporcional às Unidades de Tempo utilizadas, do total de € 38.500,00, ao qual acresceu IVA à taxa legal em vigor.

O Coordenador da Equipa de Auditoria





# Tribunal de Contas

Direcção-Geral

ajudar o Estado e a sociedade  
a gastar melhor

## Emolumentos e outros encargos (D.L. nº 66/96, de 31.5)

Departamento de Auditoria VI – UAT 1		Procº nº 42/10 – Audit	
		Relatório nº 30/11 – 2ª Secção	
Entidade fiscalizada:	Admin. Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, IP		
Entidade devedora:	Admin. Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, IP		
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
- Acções na área da residência oficial .....	€ 88,29	15		€ 1324,35
- 1% s/ Receitas Próprias .....				
- 1% s/ Lucros .....				
<b>Emolumentos calculados</b>				<b>€ 1324,35</b>
<b>Emolumentos Limite máximo (VR) .....</b>				<b>€ 328,97</b>
<b>Emolumentos a pagar .....</b>				<b>€ 328,97</b>

a) cf. Resolução nº 4/98 – 2ªS

## Consultores externos (Lei n.º 98/97 – art.º 56.º)

- Prestação de serviços .....	€ 903,38 b)
- Outros encargos .....	
<b>Total a suportar pela entidade fiscalizada</b>	<b>€ 1232,35</b>

b) Repartição proporcional às Unidades de Tempo utilizadas, do total de € 38.500,00, ao qual acresceu IVA à taxa legal em vigor.

O Coordenador da Equipa de Auditoria







# Tribunal de Contas

Direcção-Geral

ajudar o Estado e a sociedade  
a gastar melhor

## Emolumentos e outros encargos (D.L. nº 66/96, de 31.5)

Departamento de Auditoria VI – UAT 1		Procº nº 42/10 – Audit	
		Relatório nº 30/11 – 2ª Secção	
Entidade fiscalizada:	Admin. Regional de Saúde do Alentejo, IP		
Entidade devedora:	Admin. Regional de Saúde do Alentejo, IP		
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
- Acções na área da residência oficial .....	€ 88,29	11		€ 971,19
- 1% s/ Receitas Próprias .....				
- 1% s/ Lucros .....				
<b>Emolumentos calculados</b>				<b>€ 971,19</b>
<b>Emolumentos Limite máximo (VR) .....</b>				<b>€ 241,25</b>
<b>Emolumentos a pagar .....</b>				<b>€ 241,25</b>

a) cf. Resolução nº 4/98 – 2ªS

## Consultores externos (Lei n.º 98/97 – art.º 56.º)

- Prestação de serviços .....	€ 662,48 b)
- Outros encargos .....	
<b>Total a suportar pela entidade fiscalizada</b>	<b>€ 903,73</b>

b) Repartição proporcional às Unidades de Tempo utilizadas, do total de € 38.500,00, ao qual acresceu IVA à taxa legal em vigor.

O Coordenador da Equipa de Auditoria





# Tribunal de Contas

Direcção-Geral

ajudar o Estado e a sociedade  
a gastar melhor

## Emolumentos e outros encargos (D.L. nº 66/96, de 31.5)

Departamento de Auditoria VI – UAT 1		Procº nº 42/10 – Audit	
		Relatório nº 30/11 – 2ª Secção	
Entidade fiscalizada:	Admin. Regional de Saúde do Algarve IP		
Entidade devedora:	Admin. Regional de Saúde do Algarve IP		
		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
- Acções na área da residência oficial .....	€ 88,29	11		€ 971,19
- 1% s/ Receitas Próprias .....				
- 1% s/ Lucros .....				
<b>Emolumentos calculados</b>				<b>€ 971,19</b>
<b>Emolumentos Limite máximo (VR) .....</b>				<b>€ 241,25</b>
<b>Emolumentos a pagar .....</b>				<b>€ 241,25</b>

a) cf. Resolução nº 4/98 – 2ªS

## Consultores externos (Lei n.º 98/97 – art.º 56.º)

- Prestação de serviços .....	€ 662,48 b)
- Outros encargos .....	
<b>Total a suportar pela entidade fiscalizada</b>	<b>€ 903,73</b>

b) Repartição proporcional às Unidades de Tempo utilizadas, do total de € 38.500,00, ao qual acresceu IVA à taxa legal em vigor.

O Coordenador da Equipa de Auditoria





# Tribunal de Contas

Direcção-Geral

ajudar o Estado e a sociedade  
a gastar melhor

## Emolumentos e outros encargos (D.L. nº 66/96, de 31.5)

Departamento de Auditoria VI – UAT 1		Procº nº 42/10 – Audit	
		Relatório nº 30/11 – 2ª Secção	
Entidade fiscalizada:	Admin. Regional de Saúde do Centro, IP		
Entidade devedora:	Admin. Regional de Saúde do Centro, IP		
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
- Acções na área da residência oficial .....	€ 88,29	11		€ 971,19
- 1% s/ Receitas Próprias .....				
- 1% s/ Lucros .....				
<b>Emolumentos calculados</b>				<b>€ 971,19</b>
<b>Emolumentos Limite máximo (VR) .....</b>				<b>€ 241,25</b>
<b>Emolumentos a pagar .....</b>				<b>€ 241,25</b>

a) cf. Resolução nº 4/98 – 2ªS

## Consultores externos (Lei n.º 98/97 – art.º 56.º)

- Prestação de serviços .....	€ 662,48 b)
- Outros encargos .....	
<b>Total a suportar pela entidade fiscalizada</b>	<b>€ 903,73</b>

b) Repartição proporcional às Unidades de Tempo utilizadas, do total de € 38.500,00, ao qual acresceu IVA à taxa legal em vigor.

O Coordenador da Equipa de Auditoria





# Tribunal de Contas

Direcção-Geral

ajudar o Estado e a sociedade  
a gastar melhor

## Emolumentos e outros encargos (D.L. nº 66/96, de 31.5)

Departamento de Auditoria VI – UAT 1		Procº nº 42/10 – Audit	
		Relatório nº 30/11 – 2ª Secção	
Entidade fiscalizada:	Admin. Regional de Saúde do Norte, IP		
Entidade devedora:	Admin. Regional de Saúde do Norte, IP		
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
- Acções na área da residência oficial .....	€ 88,29	11		€ 971,19
- 1% s/ Receitas Próprias .....				
- 1% s/ Lucros .....				
<b>Emolumentos calculados</b>				<b>€ 971,19</b>
<b>Emolumentos Limite máximo (VR) .....</b>				<b>€ 241,25</b>
<b>Emolumentos a pagar .....</b>				<b>€ 241,25</b>

a) cf. Resolução nº 4/98 – 2ªS

## Consultores externos (Lei n.º 98/97 – art.º 56.º)

- Prestação de serviços .....	€ 662,48 b)
- Outros encargos .....	
<b>Total a suportar pela entidade fiscalizada</b>	<b>€ 903,73</b>

b) Repartição proporcional às Unidades de Tempo utilizadas, do total de € 38.500,00, ao qual acresceu IVA à taxa legal em vigor.

O Coordenador da Equipa de Auditoria







# Tribunal de Contas

Direcção-Geral

ajudar o Estado e a sociedade  
a gastar melhor

## Emolumentos e outros encargos (D.L. nº 66/96, de 31.5)

Departamento de Auditoria VI – UAT 1		Procº nº 42/10 – Audit	
		Relatório nº 30/11 – 2ª Secção	
Entidade fiscalizada:	Centro de Med de Reab da Região Centro - Rovisco Pais		
Entidade devedora:	Centro de Med de Reab da Região Centro - Rovisco Pais		
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
- Acções na área da residência oficial .....	€ 88,29	13		€ 1147,77
- 1% s/ Receitas Próprias .....				
- 1% s/ Lucros .....				
<b>Emolumentos calculados</b>				<b>€ 1147,77</b>
<b>Emolumentos Limite máximo (VR) .....</b>				<b>€ 285,11</b>
<b>Emolumentos a pagar .....</b>				<b>€ 285,11</b>

a) cf. Resolução nº 4/98 – 2ªS

## Consultores externos (Lei n.º 98/97 – art.º 56.º)

- Prestação de serviços .....	€ 782,93 b)
- Outros encargos .....	
<b>Total a suportar pela entidade fiscalizada</b>	<b>€ 1068,04</b>

b) Repartição proporcional às Unidades de Tempo utilizadas, do total de € 38.500,00, ao qual acresceu IVA à taxa legal em vigor.

O Coordenador da Equipa de Auditoria





# Tribunal de Contas

Direcção-Geral

ajudar o Estado e a sociedade  
a gastar melhor

## Emolumentos e outros encargos (D.L. nº 66/96, de 31.5)

Departamento de Auditoria VI – UAT 1		Procº nº 42/10 – Audit	
		Relatório nº 30/11 – 2ª Secção	
Entidade fiscalizada:	Centro Hospitalar Barreiro Montijo, EPE		
Entidade devedora:	Centro Hospitalar Barreiro Montijo, 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	4		€ 479,96
- Acções na área da residência oficial .....	€ 88,29	13		€ 1147,77
- 1% s/ Receitas Próprias .....				
- 1% s/ Lucros .....				
<b>Emolumentos calculados</b>				<b>€ 1627,73</b>
<b>Emolumentos Limite máximo (VR) .....</b>				<b>€ 404,33</b>
<b>Emolumentos a pagar .....</b>				<b>€ 404,33</b>

a) cf. Resolução nº 4/98 – 2ªS

## Consultores externos (Lei n.º 98/97 – art.º 56.º)

- Prestação de serviços .....	€ 1110,33 b)
- Outros encargos .....	
<b>Total a suportar pela entidade fiscalizada</b>	<b>€ 1514,66</b>

b) Repartição proporcional às Unidades de Tempo utilizadas, do total de € 38.500,00, ao qual acresceu IVA à taxa legal em vigor.

O Coordenador da Equipa de Auditoria





# Tribunal de Contas

Direcção-Geral

ajudar o Estado e a sociedade  
a gastar melhor

## Emolumentos e outros encargos (D.L. nº 66/96, de 31.5)

Departamento de Auditoria VI – UAT 1		Procº nº 42/10 – Audit	
		Relatório nº 30/11 – 2ª Secção	
Entidade fiscalizada:	Centro Hospitalar da Cova da Beira, EPE		
Entidade devedora:	Centro Hospitalar da Cova da Beira, 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
- Acções na área da residência oficial .....	€ 88,29	13		€ 1147,77
- 1% s/ Receitas Próprias .....				
- 1% s/ Lucros .....				
<b>Emolumentos calculados</b>				<b>€ 1147,77</b>
<b>Emolumentos Limite máximo (VR) .....</b>				<b>€ 285,11</b>
<b>Emolumentos a pagar .....</b>				<b>€ 285,11</b>

a) cf. Resolução nº 4/98 – 2ªS

## Consultores externos (Lei n.º 98/97 – art.º 56.º)

- Prestação de serviços .....	€ 782,93 b)
- Outros encargos .....	
<b>Total a suportar pela entidade fiscalizada</b>	<b>€ 1068,04</b>

b) Repartição proporcional às Unidades de Tempo utilizadas, do total de € 38.500,00, ao qual acresceu IVA à taxa legal em vigor.

O Coordenador da Equipa de Auditoria







# Tribunal de Contas

Direcção-Geral

ajudar o Estado e a sociedade  
a gastar melhor

## Emolumentos e outros encargos (D.L. nº 66/96, de 31.5)

Departamento de Auditoria VI – UAT 1		Procº nº 42/10 – Audit	
		Relatório nº 30/11 – 2ª Secção	
Entidade fiscalizada:	Centro Hospitalar de Entre o Douro e Vouga, EPE		
Entidade devedora:	Centro Hospitalar de Entre o Douro e Vouga, 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
- Acções na área da residência oficial .....	€ 88,29	13		€ 1147,77
- 1% s/ Receitas Próprias .....				
- 1% s/ Lucros .....				
<b>Emolumentos calculados</b>				<b>€ 1147,77</b>
<b>Emolumentos Limite máximo (VR) .....</b>				<b>€ 285,11</b>
<b>Emolumentos a pagar .....</b>				<b>€ 285,11</b>

a) cf. Resolução nº 4/98 – 2ªS

## Consultores externos (Lei n.º 98/97 – art.º 56.º)

- Prestação de serviços .....	€ 782,93 b)
- Outros encargos .....	
<b>Total a suportar pela entidade fiscalizada</b>	<b>€ 1068,04</b>

b) Repartição proporcional às Unidades de Tempo utilizadas, do total de € 38.500,00, ao qual acresceu IVA à taxa legal em vigor.

O Coordenador da Equipa de Auditoria





# Tribunal de Contas

Direcção-Geral

ajudar o Estado e a sociedade  
a gastar melhor

## Emolumentos e outros encargos (D.L. nº 66/96, de 31.5)

Departamento de Auditoria VI – UAT 1		Procº nº 42/10 – Audit	
		Relatório nº 30/11 – 2ª Secção	
Entidade fiscalizada:	Centro Hospitalar de Leiria -Pombal, EPE		
Entidade devedora:	Centro Hospitalar de Leiria -Pombal, 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	4		€ 479,96
- Acções na área da residência oficial .....	€ 88,29	13		€ 1147,77
- 1% s/ Receitas Próprias .....				
- 1% s/ Lucros .....				
<b>Emolumentos calculados</b>				<b>€ 1627,73</b>
<b>Emolumentos Limite máximo (VR) .....</b>				<b>€ 404,33</b>
<b>Emolumentos a pagar .....</b>				<b>€ 404,33</b>

a) cf. Resolução nº 4/98 – 2ªS

## Consultores externos (Lei n.º 98/97 – art.º 56.º)

- Prestação de serviços .....	€ 1110,33 b)
- Outros encargos .....	
<b>Total a suportar pela entidade fiscalizada</b>	<b>€ 1514,66</b>

b) Repartição proporcional às Unidades de Tempo utilizadas, do total de € 38.500,00, ao qual acresceu IVA à taxa legal em vigor.

O Coordenador da Equipa de Auditoria





# Tribunal de Contas

Direcção-Geral

ajudar o Estado e a sociedade  
a gastar melhor

## Emolumentos e outros encargos (D.L. nº 66/96, de 31.5)

Departamento de Auditoria VI – UAT 1		Procº nº 42/10 – Audit	
		Relatório nº 30/11 – 2ª Secção	
Entidade fiscalizada:	Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE		
Entidade devedora:	Centro Hospitalar de 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
- Acções na área da residência oficial .....	€ 88,29	17		€ 1500,93
- 1% s/ Receitas Próprias .....				
- 1% s/ Lucros .....				
<b>Emolumentos calculados</b>				<b>€ 1500,93</b>
<b>Emolumentos Limite máximo (VR) .....</b>				<b>€ 372,84</b>
<b>Emolumentos a pagar .....</b>				<b>€ 372,84</b>

a) cf. Resolução nº 4/98 – 2ªS

## Consultores externos (Lei n.º 98/97 – art.º 56.º)

- Prestação de serviços .....	€ 1023,84 b)
- Outros encargos .....	
<b>Total a suportar pela entidade fiscalizada</b>	<b>€ 1396,68</b>

b) Repartição proporcional às Unidades de Tempo utilizadas, do total de € 38.500,00, ao qual acresceu IVA à taxa legal em vigor.

O Coordenador da Equipa de Auditoria





# Tribunal de Contas

Direcção-Geral

ajudar o Estado e a sociedade  
a gastar melhor

## Emolumentos e outros encargos (D.L. nº 66/96, de 31.5)

Departamento de Auditoria VI – UAT 1		Procº nº 42/10 – Audit	
		Relatório nº 30/11 – 2ª Secção	
Entidade fiscalizada:	Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE		
Entidade devedora:	Centro Hospitalar de 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
- Acções na área da residência oficial .....	€ 88,29	13		€ 1147,77
- 1% s/ Receitas Próprias .....				
- 1% s/ Lucros .....				
<b>Emolumentos calculados</b>				<b>€ 1147,77</b>
<b>Emolumentos Limite máximo (VR) .....</b>				<b>€ 285,11</b>
<b>Emolumentos a pagar .....</b>				<b>€ 285,11</b>

a) cf. Resolução nº 4/98 – 2ªS

## Consultores externos (Lei n.º 98/97 – art.º 56.º)

- Prestação de serviços .....	€ 782,93 b)
- Outros encargos .....	
<b>Total a suportar pela entidade fiscalizada</b>	<b>€ 1068,04</b>

b) Repartição proporcional às Unidades de Tempo utilizadas, do total de € 38.500,00, ao qual acresceu IVA à taxa legal em vigor.

O Coordenador da Equipa de Auditoria







# Tribunal de Contas

Direcção-Geral

ajudar o Estado e a sociedade  
a gastar melhor

## Emolumentos e outros encargos (D.L. nº 66/96, de 31.5)

Departamento de Auditoria VI – UAT 1		Procº nº 42/10 – Audit	
		Relatório nº 30/11 – 2ª Secção	
Entidade fiscalizada:	Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE		
Entidade devedora:	Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, 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
- Acções na área da residência oficial .....	€ 88,29	13		€ 1147,77
- 1% s/ Receitas Próprias .....				
- 1% s/ Lucros .....				
<b>Emolumentos calculados</b>				<b>€ 1147,77</b>
<b>Emolumentos Limite máximo (VR) .....</b>				<b>€ 285,11</b>
<b>Emolumentos a pagar .....</b>				<b>€ 285,11</b>

a) cf. Resolução nº 4/98 – 2ªS

## Consultores externos (Lei n.º 98/97 – art.º 56.º)

- Prestação de serviços .....	€ 782,93 b)
- Outros encargos .....	
<b>Total a suportar pela entidade fiscalizada</b>	<b>€ 1068,04</b>

b) Repartição proporcional às Unidades de Tempo utilizadas, do total de € 38.500,00, ao qual acresceu IVA à taxa legal em vigor.

O Coordenador da Equipa de Auditoria





# Tribunal de Contas

Direcção-Geral

ajudar o Estado e a sociedade  
a gastar melhor

## Emolumentos e outros encargos (D.L. nº 66/96, de 31.5)

Departamento de Auditoria VI – UAT 1		Procº nº 42/10 – Audit	
		Relatório nº 30/11 – 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	0		€ 0
- Acções na área da residência oficial .....	€ 88,29	13		€ 1147,77
- 1% s/ Receitas Próprias .....				
- 1% s/ Lucros .....				
<b>Emolumentos calculados</b>				<b>€ 1147,77</b>
<b>Emolumentos Limite máximo (VR) .....</b>				<b>€ 285,11</b>
<b>Emolumentos a pagar .....</b>				<b>€ 285,11</b>

a) cf. Resolução nº 4/98 – 2ªS

## Consultores externos (Lei n.º 98/97 – art.º 56.º)

- Prestação de serviços .....	€ 782,93 b)
- Outros encargos .....	
<b>Total a suportar pela entidade fiscalizada</b>	<b>€ 1068,04</b>

b) Repartição proporcional às Unidades de Tempo utilizadas, do total de € 38.500,00, ao qual acresceu IVA à taxa legal em vigor.

O Coordenador da Equipa de Auditoria





# Tribunal de Contas

Direcção-Geral

ajudar o Estado e a sociedade  
a gastar melhor

## Emolumentos e outros encargos (D.L. nº 66/96, de 31.5)

Departamento de Auditoria VI – UAT 1		Procº nº 42/10 – Audit	
		Relatório nº 30/11 – 2ª Secção	
Entidade fiscalizada:	Centro Hospitalar de Setúbal, EPE		
Entidade devedora:	Centro Hospitalar de Setúbal, 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
- Acções na área da residência oficial .....	€ 88,29	13		€ 1147,77
- 1% s/ Receitas Próprias .....				
- 1% s/ Lucros .....				
<b>Emolumentos calculados</b>				<b>€ 1147,77</b>
<b>Emolumentos Limite máximo (VR) .....</b>				<b>€ 285,11</b>
<b>Emolumentos a pagar .....</b>				<b>€ 285,11</b>

a) cf. Resolução nº 4/98 – 2ªS

## Consultores externos (Lei n.º 98/97 – art.º 56.º)

- Prestação de serviços .....	€ 782,93 b)
- Outros encargos .....	
<b>Total a suportar pela entidade fiscalizada</b>	<b>€ 1068,04</b>

b) Repartição proporcional às Unidades de Tempo utilizadas, do total de € 38.500,00, ao qual acresceu IVA à taxa legal em vigor.

O Coordenador da Equipa de Auditoria







# Tribunal de Contas

Direcção-Geral

ajudar o Estado e a sociedade  
a gastar melhor

## Emolumentos e outros encargos (D.L. nº 66/96, de 31.5)

Departamento de Auditoria VI – UAT 1		Procº nº 42/10 – Audit	
		Relatório nº 30/11 – 2ª Secção	
Entidade fiscalizada:	Centro Hospitalar de Torres Vedras		
Entidade devedora:	Centro Hospitalar de Torres Vedras		
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
- Acções na área da residência oficial .....	€ 88,29	13		€ 1147,77
- 1% s/ Receitas Próprias .....				
- 1% s/ Lucros .....				
<b>Emolumentos calculados</b>				<b>€ 1147,77</b>
<b>Emolumentos Limite máximo (VR) .....</b>				<b>€ 285,11</b>
<b>Emolumentos a pagar .....</b>				<b>€ 285,11</b>

a) cf. Resolução nº 4/98 – 2ªS

## Consultores externos (Lei n.º 98/97 – art.º 56.º)

- Prestação de serviços .....	€ 782,93 b)
- Outros encargos .....	
<b>Total a suportar pela entidade fiscalizada</b>	<b>€ 1068,04</b>

b) Repartição proporcional às Unidades de Tempo utilizadas, do total de € 38.500,00, ao qual acresceu IVA à taxa legal em vigor.

O Coordenador da Equipa de Auditoria





# Tribunal de Contas

Direcção-Geral

ajudar o Estado e a sociedade  
a gastar melhor

## Emolumentos e outros encargos (D.L. nº 66/96, de 31.5)

Departamento de Auditoria VI – UAT 1		Procº nº 42/10 – Audit	
		Relatório nº 30/11 – 2ª Secção	
Entidade fiscalizada:	Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE		
Entidade devedora:	Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, 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
- Acções na área da residência oficial .....	€ 88,29	13		€ 1147,77
- 1% s/ Receitas Próprias .....				
- 1% s/ Lucros .....				
<b>Emolumentos calculados</b>				<b>€ 1147,77</b>
<b>Emolumentos Limite máximo (VR) .....</b>				<b>€ 285,11</b>
<b>Emolumentos a pagar .....</b>				<b>€ 285,11</b>

a) cf. Resolução nº 4/98 – 2ªS

## Consultores externos (Lei n.º 98/97 – art.º 56.º)

- Prestação de serviços .....	€ 782,93 b)
- Outros encargos .....	
<b>Total a suportar pela entidade fiscalizada</b>	<b>€ 1068,04</b>

b) Repartição proporcional às Unidades de Tempo utilizadas, do total de € 38.500,00, ao qual acresceu IVA à taxa legal em vigor.

O Coordenador da Equipa de Auditoria





# Tribunal de Contas

Direcção-Geral

ajudar o Estado e a sociedade  
a gastar melhor

## Emolumentos e outros encargos (D.L. nº 66/96, de 31.5)

Departamento de Auditoria VI – UAT 1		Procº nº 42/10 – Audit	
		Relatório nº 30/11 – 2ª Secção	
Entidade fiscalizada:	Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho, EPE		
Entidade devedora:	Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho, 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
- Acções na área da residência oficial .....	€ 88,29	13		€ 1147,77
- 1% s/ Receitas Próprias .....				
- 1% s/ Lucros .....				
<b>Emolumentos calculados</b>				<b>€ 1147,77</b>
<b>Emolumentos Limite máximo (VR) .....</b>				<b>€ 285,11</b>
<b>Emolumentos a pagar .....</b>				<b>€ 285,11</b>

a) cf. Resolução nº 4/98 – 2ªS

## Consultores externos (Lei n.º 98/97 – art.º 56.º)

- Prestação de serviços .....	€ 782,93 b)
- Outros encargos .....	
<b>Total a suportar pela entidade fiscalizada</b>	<b>€ 1068,04</b>

b) Repartição proporcional às Unidades de Tempo utilizadas, do total de € 38.500,00, ao qual acresceu IVA à taxa legal em vigor.

O Coordenador da Equipa de Auditoria





# Tribunal de Contas

Direcção-Geral

ajudar o Estado e a sociedade  
a gastar melhor

## Emolumentos e outros encargos (D.L. nº 66/96, de 31.5)

Departamento de Auditoria VI – UAT 1		Procº nº 42/10 – Audit	
		Relatório nº 30/11 – 2ª Secção	
Entidade fiscalizada:	Centro Hospitalar do Alto Ave, EPE		
Entidade devedora:	Centro Hospitalar do Alto Ave, 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
- Acções na área da residência oficial .....	€ 88,29	13		€ 1147,77
- 1% s/ Receitas Próprias .....				
- 1% s/ Lucros .....				
<b>Emolumentos calculados</b>				<b>€ 1147,77</b>
<b>Emolumentos Limite máximo (VR) .....</b>				<b>€ 285,11</b>
<b>Emolumentos a pagar .....</b>				<b>€ 285,11</b>

a) cf. Resolução nº 4/98 – 2ªS

## Consultores externos (Lei n.º 98/97 – art.º 56.º)

- Prestação de serviços .....	€ 782,93 b)
- Outros encargos .....	
<b>Total a suportar pela entidade fiscalizada</b>	<b>€ 1068,04</b>

b) Repartição proporcional às Unidades de Tempo utilizadas, do total de € 38.500,00, ao qual acresceu IVA à taxa legal em vigor.

O Coordenador da Equipa de Auditoria







# Tribunal de Contas

Direcção-Geral

ajudar o Estado e a sociedade  
a gastar melhor

## Emolumentos e outros encargos (D.L. nº 66/96, de 31.5)

Departamento de Auditoria VI – UAT 1		Procº nº 42/10 – Audit	
		Relatório nº 30/11 – 2ª Secção	
Entidade fiscalizada:	Centro Hospitalar do Baixo Vouga, EPE		
Entidade devedora:	Centro Hospitalar do Baixo Vouga, 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	4		€ 479,96
- Acções na área da residência oficial .....	€ 88,29	13		€ 1147,77
- 1% s/ Receitas Próprias .....				
- 1% s/ Lucros .....				
<b>Emolumentos calculados</b>				<b>€ 1627,73</b>
<b>Emolumentos Limite máximo (VR) .....</b>				<b>€ 404,33</b>
<b>Emolumentos a pagar .....</b>				<b>€ 404,33</b>

a) cf. Resolução nº 4/98 – 2ªS

## Consultores externos (Lei n.º 98/97 – art.º 56.º)

- Prestação de serviços .....	€ 1110,33 b)
- Outros encargos .....	
<b>Total a suportar pela entidade fiscalizada</b>	<b>€ 1514,66</b>

b) Repartição proporcional às Unidades de Tempo utilizadas, do total de € 38.500,00, ao qual acresceu IVA à taxa legal em vigor.

O Coordenador da Equipa de Auditoria





# Tribunal de Contas

Direcção-Geral

ajudar o Estado e a sociedade  
a gastar melhor

## Emolumentos e outros encargos (D.L. nº 66/96, de 31.5)

Departamento de Auditoria VI – UAT 1		Procº nº 42/10 – Audit	
		Relatório nº 30/11 – 2ª Secção	
Entidade fiscalizada:	Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio, EPE		
Entidade devedora:	Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio, 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
- Acções na área da residência oficial .....	€ 88,29	13		€ 1147,77
- 1% s/ Receitas Próprias .....				
- 1% s/ Lucros .....				
<b>Emolumentos calculados</b>				<b>€ 1147,77</b>
<b>Emolumentos Limite máximo (VR) .....</b>				<b>€ 285,11</b>
<b>Emolumentos a pagar .....</b>				<b>€ 285,11</b>

a) cf. Resolução nº 4/98 – 2ªS

## Consultores externos (Lei n.º 98/97 – art.º 56.º)

- Prestação de serviços .....	€ 782,93 b)
- Outros encargos .....	
<b>Total a suportar pela entidade fiscalizada</b>	<b>€ 1068,04</b>

b) Repartição proporcional às Unidades de Tempo utilizadas, do total de € 38.500,00, ao qual acresceu IVA à taxa legal em vigor.

O Coordenador da Equipa de Auditoria





# Tribunal de Contas

Direcção-Geral

ajudar o Estado e a sociedade  
a gastar melhor

## Emolumentos e outros encargos (D.L. nº 66/96, de 31.5)

Departamento de Auditoria VI – UAT 1		Procº nº 42/10 – Audit	
		Relatório nº 30/11 – 2ª Secção	
Entidade fiscalizada:	Centro Hospitalar do Médio Ave, EPE		
Entidade devedora:	Centro Hospitalar do Médio Ave, 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
- Acções na área da residência oficial .....	€ 88,29	13		€ 1147,77
- 1% s/ Receitas Próprias .....				
- 1% s/ Lucros .....				
<b>Emolumentos calculados</b>				<b>€ 1147,77</b>
<b>Emolumentos Limite máximo (VR) .....</b>				<b>€ 285,11</b>
<b>Emolumentos a pagar .....</b>				<b>€ 285,11</b>

a) cf. Resolução nº 4/98 – 2ªS

## Consultores externos (Lei n.º 98/97 – art.º 56.º)

- Prestação de serviços .....	€ 782,93 b)
- Outros encargos .....	
<b>Total a suportar pela entidade fiscalizada</b>	<b>€ 1068,04</b>

b) Repartição proporcional às Unidades de Tempo utilizadas, do total de € 38.500,00, ao qual acresceu IVA à taxa legal em vigor.

O Coordenador da Equipa de Auditoria







# Tribunal de Contas

Direcção-Geral

ajudar o Estado e a sociedade  
a gastar melhor

## Emolumentos e outros encargos (D.L. nº 66/96, de 31.5)

Departamento de Auditoria VI – UAT 1		Procº nº 42/10 – Audit	
		Relatório nº 30/11 – 2ª Secção	
Entidade fiscalizada:	Centro Hospitalar do Médio Tejo, EPE		
Entidade devedora:	Centro Hospitalar do Médio Tejo, 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
- Acções na área da residência oficial .....	€ 88,29	13		€ 1147,77
- 1% s/ Receitas Próprias .....				
- 1% s/ Lucros .....				
<b>Emolumentos calculados</b>				<b>€ 1147,77</b>
<b>Emolumentos Limite máximo (VR) .....</b>				<b>€ 285,11</b>
<b>Emolumentos a pagar .....</b>				<b>€ 285,11</b>

a) cf. Resolução nº 4/98 – 2ªS

## Consultores externos (Lei n.º 98/97 – art.º 56.º)

- Prestação de serviços .....	€ 782,93 b)
- Outros encargos .....	
<b>Total a suportar pela entidade fiscalizada</b>	<b>€ 1068,04</b>

b) Repartição proporcional às Unidades de Tempo utilizadas, do total de € 38.500,00, ao qual acresceu IVA à taxa legal em vigor.

O Coordenador da Equipa de Auditoria





# Tribunal de Contas

Direcção-Geral

ajudar o Estado e a sociedade  
a gastar melhor

## Emolumentos e outros encargos (D.L. nº 66/96, de 31.5)

Departamento de Auditoria VI – UAT 1		Procº nº 42/10 – Audit	
		Relatório nº 30/11 – 2ª Secção	
Entidade fiscalizada:	Centro Hospitalar do Oeste Norte		
Entidade devedora:	Centro Hospitalar do Oeste Norte		
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
- Acções na área da residência oficial .....	€ 88,29	13		€ 1147,77
- 1% s/ Receitas Próprias .....				
- 1% s/ Lucros .....				
<b>Emolumentos calculados</b>				<b>€ 1147,77</b>
<b>Emolumentos Limite máximo (VR) .....</b>				<b>€ 285,11</b>
<b>Emolumentos a pagar .....</b>				<b>€ 285,11</b>

a) cf. Resolução nº 4/98 – 2ªS

## Consultores externos (Lei n.º 98/97 – art.º 56.º)

- Prestação de serviços .....	€ 782,93 b)
- Outros encargos .....	
<b>Total a suportar pela entidade fiscalizada</b>	<b>€ 1068,04</b>

b) Repartição proporcional às Unidades de Tempo utilizadas, do total de € 38.500,00, ao qual acresceu IVA à taxa legal em vigor.

O Coordenador da Equipa de Auditoria





# Tribunal de Contas

Direcção-Geral

ajudar o Estado e a sociedade  
a gastar melhor

## Emolumentos e outros encargos (D.L. nº 66/96, de 31.5)

Departamento de Auditoria VI – UAT 1		Procº nº 42/10 – Audit	
		Relatório nº 30/11 – 2ª Secção	
Entidade fiscalizada:	Centro Hospitalar do Porto, EPE		
Entidade devedora:	Centro Hospitalar do Porto, 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	4		€ 479,96
- Acções na área da residência oficial .....	€ 88,29	13		€ 1147,77
- 1% s/ Receitas Próprias .....				
- 1% s/ Lucros .....				
<b>Emolumentos calculados</b>				<b>€ 1627,73</b>
<b>Emolumentos Limite máximo (VR) .....</b>				<b>€ 404,33</b>
<b>Emolumentos a pagar .....</b>				<b>€ 404,33</b>

a) cf. Resolução nº 4/98 – 2ªS

## Consultores externos (Lei n.º 98/97 – art.º 56.º)

- Prestação de serviços .....	€ 1110,33 b)
- Outros encargos .....	
<b>Total a suportar pela entidade fiscalizada</b>	<b>€ 1514,66</b>

b) Repartição proporcional às Unidades de Tempo utilizadas, do total de € 38.500,00, ao qual acresceu IVA à taxa legal em vigor.

O Coordenador da Equipa de Auditoria





# Tribunal de Contas

Direcção-Geral

ajudar o Estado e a sociedade  
a gastar melhor

## Emolumentos e outros encargos (D.L. nº 66/96, de 31.5)

Departamento de Auditoria VI – UAT 1		Procº nº 42/10 – Audit	
		Relatório nº 30/11 – 2ª Secção	
Entidade fiscalizada:	Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, EPE		
Entidade devedora:	Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, 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
- Acções na área da residência oficial .....	€ 88,29	13		€ 1147,77
- 1% s/ Receitas Próprias .....				
- 1% s/ Lucros .....				
<b>Emolumentos calculados</b>				<b>€ 1147,77</b>
<b>Emolumentos Limite máximo (VR) .....</b>				<b>€ 285,11</b>
<b>Emolumentos a pagar .....</b>				<b>€ 285,11</b>

a) cf. Resolução nº 4/98 – 2ªS

## Consultores externos (Lei n.º 98/97 – art.º 56.º)

- Prestação de serviços .....	€ 782,93 b)
- Outros encargos .....	
<b>Total a suportar pela entidade fiscalizada</b>	<b>€ 1068,04</b>

b) Repartição proporcional às Unidades de Tempo utilizadas, do total de € 38.500,00, ao qual acresceu IVA à taxa legal em vigor.

O Coordenador da Equipa de Auditoria







# Tribunal de Contas

Direcção-Geral

ajudar o Estado e a sociedade  
a gastar melhor

## Emolumentos e outros encargos (D.L. nº 66/96, de 31.5)

Departamento de Auditoria VI – UAT 1		Procº nº 42/10 – Audit	
		Relatório nº 30/11 – 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	0		€ 0
- Acções na área da residência oficial .....	€ 88,29	13		€ 1147,77
- 1% s/ Receitas Próprias .....				
- 1% s/ Lucros .....				
<b>Emolumentos calculados</b>				<b>€ 1147,77</b>
<b>Emolumentos Limite máximo (VR) .....</b>				<b>€ 285,11</b>
<b>Emolumentos a pagar .....</b>				<b>€ 285,11</b>

a) cf. Resolução nº 4/98 – 2ªS

## Consultores externos (Lei n.º 98/97 – art.º 56.º)

- Prestação de serviços .....	€ 782,93 b)
- Outros encargos .....	
<b>Total a suportar pela entidade fiscalizada</b>	<b>€ 1068,04</b>

b) Repartição proporcional às Unidades de Tempo utilizadas, do total de € 38.500,00, ao qual acresceu IVA à taxa legal em vigor.

O Coordenador da Equipa de Auditoria





# Tribunal de Contas

Direcção-Geral

ajudar o Estado e a sociedade  
a gastar melhor

## Emolumentos e outros encargos (D.L. nº 66/96, de 31.5)

Departamento de Auditoria VI – UAT 1		Procº nº 42/10 – Audit	
		Relatório nº 30/11 – 2ª Secção	
Entidade fiscalizada:	Centro Hospitalar Póvoa de Varzim/Vila do Conde, EPE		
Entidade devedora:	Centro Hospitalar Póvoa de Varzim/Vila do Conde, 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
- Acções na área da residência oficial .....	€ 88,29	13		€ 1147,77
- 1% s/ Receitas Próprias .....				
- 1% s/ Lucros .....				
<b>Emolumentos calculados</b>				<b>€ 1147,77</b>
<b>Emolumentos Limite máximo (VR) .....</b>				<b>€ 285,11</b>
<b>Emolumentos a pagar .....</b>				<b>€ 285,11</b>

a) cf. Resolução nº 4/98 – 2ªS

## Consultores externos (Lei n.º 98/97 – art.º 56.º)

- Prestação de serviços .....	€ 782,93 b)
- Outros encargos .....	
<b>Total a suportar pela entidade fiscalizada</b>	<b>€ 1068,04</b>

b) Repartição proporcional às Unidades de Tempo utilizadas, do total de € 38.500,00, ao qual acresceu IVA à taxa legal em vigor.

O Coordenador da Equipa de Auditoria





# Tribunal de Contas

Direcção-Geral

ajudar o Estado e a sociedade  
a gastar melhor

## Emolumentos e outros encargos (D.L. nº 66/96, de 31.5)

Departamento de Auditoria VI – UAT 1		Procº nº 42/10 – Audit	
		Relatório nº 30/11 – 2ª Secção	
Entidade fiscalizada:	Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa		
Entidade devedora:	Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa		
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
- Acções na área da residência oficial .....	€ 88,29	13		€ 1147,77
- 1% s/ Receitas Próprias .....				
- 1% s/ Lucros .....				
<b>Emolumentos calculados</b>				<b>€ 1147,77</b>
<b>Emolumentos Limite máximo (VR) .....</b>				<b>€ 285,11</b>
<b>Emolumentos a pagar .....</b>				<b>€ 285,11</b>

a) cf. Resolução nº 4/98 – 2ªS

## Consultores externos (Lei n.º 98/97 – art.º 56.º)

- Prestação de serviços .....	€ 782,93 b)
- Outros encargos .....	
<b>Total a suportar pela entidade fiscalizada</b>	<b>€ 1068,04</b>

b) Repartição proporcional às Unidades de Tempo utilizadas, do total de € 38.500,00, ao qual acresceu IVA à taxa legal em vigor.

O Coordenador da Equipa de Auditoria







# Tribunal de Contas

Direcção-Geral

ajudar o Estado e a sociedade  
a gastar melhor

## Emolumentos e outros encargos (D.L. nº 66/96, de 31.5)

Departamento de Auditoria VI – UAT 1		Procº nº 42/10 – Audit	
		Relatório nº 30/11 – 2ª Secção	
Entidade fiscalizada:	Centro Hospitalar Tondela -Viseu, EPE		
Entidade devedora:	Centro Hospitalar Tondela -Viseu, 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
- Acções na área da residência oficial .....	€ 88,29	13		€ 1147,77
- 1% s/ Receitas Próprias .....				
- 1% s/ Lucros .....				
<b>Emolumentos calculados</b>				<b>€ 1147,77</b>
<b>Emolumentos Limite máximo (VR) .....</b>				<b>€ 285,11</b>
<b>Emolumentos a pagar .....</b>				<b>€ 285,11</b>

a) cf. Resolução nº 4/98 – 2ªS

## Consultores externos (Lei n.º 98/97 – art.º 56.º)

- Prestação de serviços .....	€ 782,93 b)
- Outros encargos .....	
<b>Total a suportar pela entidade fiscalizada</b>	<b>€ 1068,04</b>

b) Repartição proporcional às Unidades de Tempo utilizadas, do total de € 38.500,00, ao qual acresceu IVA à taxa legal em vigor.

O Coordenador da Equipa de Auditoria





# Tribunal de Contas

Direcção-Geral

ajudar o Estado e a sociedade  
a gastar melhor

## Emolumentos e outros encargos (D.L. nº 66/96, de 31.5)

Departamento de Auditoria VI – UAT 1		Procº nº 42/10 – Audit	
		Relatório nº 30/11 – 2ª Secção	
Entidade fiscalizada:	Hospital de Curry Cabral, EPE		
Entidade devedora:	Hospital de Curry Cabral, 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
- Acções na área da residência oficial .....	€ 88,29	13		€ 1147,77
- 1% s/ Receitas Próprias .....				
- 1% s/ Lucros .....				
<b>Emolumentos calculados</b>				<b>€ 1147,77</b>
<b>Emolumentos Limite máximo (VR) .....</b>				<b>€ 285,11</b>
<b>Emolumentos a pagar .....</b>				<b>€ 285,11</b>

a) cf. Resolução nº 4/98 – 2ªS

## Consultores externos (Lei n.º 98/97 – art.º 56.º)

- Prestação de serviços .....	€ 782,93 b)
- Outros encargos .....	
<b>Total a suportar pela entidade fiscalizada</b>	<b>€ 1068,04</b>

b) Repartição proporcional às Unidades de Tempo utilizadas, do total de € 38.500,00, ao qual acresceu IVA à taxa legal em vigor.

O Coordenador da Equipa de Auditoria





# Tribunal de Contas

Direcção-Geral

ajudar o Estado e a sociedade  
a gastar melhor

## Emolumentos e outros encargos (D.L. nº 66/96, de 31.5)

Departamento de Auditoria VI – UAT 1		Procº nº 42/10 – Audit	
		Relatório nº 30/11 – 2ª Secção	
Entidade fiscalizada:	Hospital de Faro, EPE		
Entidade devedora:	Hospital de Faro, 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	4		€ 479,96
- Acções na área da residência oficial .....	€ 88,29	13		€ 1147,77
- 1% s/ Receitas Próprias .....				
- 1% s/ Lucros .....				
<b>Emolumentos calculados</b>				<b>€ 1627,73</b>
<b>Emolumentos Limite máximo (VR) .....</b>				<b>€ 404,33</b>
<b>Emolumentos a pagar .....</b>				<b>€ 404,33</b>

a) cf. Resolução nº 4/98 – 2ªS

## Consultores externos (Lei n.º 98/97 – art.º 56.º)

- Prestação de serviços .....	€ 1110,33 b)
- Outros encargos .....	
<b>Total a suportar pela entidade fiscalizada</b>	<b>€ 1514,66</b>

b) Repartição proporcional às Unidades de Tempo utilizadas, do total de € 38.500,00, ao qual acresceu IVA à taxa legal em vigor.

O Coordenador da Equipa de Auditoria





# Tribunal de Contas

Direcção-Geral

ajudar o Estado e a sociedade  
a gastar melhor

## Emolumentos e outros encargos (D.L. nº 66/96, de 31.5)

Departamento de Auditoria VI – UAT 1		Procº nº 42/10 – Audit	
		Relatório nº 30/11 – 2ª Secção	
Entidade fiscalizada:	Hospital de Magalhães Lemos, EPE		
Entidade devedora:	Hospital de Magalhães Lemos, 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
- Acções na área da residência oficial .....	€ 88,29	13		€ 1147,77
- 1% s/ Receitas Próprias .....				
- 1% s/ Lucros .....				
<b>Emolumentos calculados</b>				<b>€ 1147,77</b>
<b>Emolumentos Limite máximo (VR) .....</b>				<b>€ 285,11</b>
<b>Emolumentos a pagar .....</b>				<b>€ 285,11</b>

a) cf. Resolução nº 4/98 – 2ªS

## Consultores externos (Lei n.º 98/97 – art.º 56.º)

- Prestação de serviços .....	€ 782,93 b)
- Outros encargos .....	
<b>Total a suportar pela entidade fiscalizada</b>	<b>€ 1068,04</b>

b) Repartição proporcional às Unidades de Tempo utilizadas, do total de € 38.500,00, ao qual acresceu IVA à taxa legal em vigor.

O Coordenador da Equipa de Auditoria







# Tribunal de Contas

Direcção-Geral

ajudar o Estado e a sociedade  
a gastar melhor

## Emolumentos e outros encargos (D.L. nº 66/96, de 31.5)

Departamento de Auditoria VI – UAT 1		Procº nº 42/10 – Audit	
		Relatório nº 30/11 – 2ª Secção	
Entidade fiscalizada:	Hospital de Reynaldo dos Santos		
Entidade devedora:	Hospital de Reynaldo dos Santos		
		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
- Acções na área da residência oficial .....	€ 88,29	13		€ 1147,77
- 1% s/ Receitas Próprias .....				
- 1% s/ Lucros .....				
<b>Emolumentos calculados</b>				<b>€ 1147,77</b>
<b>Emolumentos Limite máximo (VR) .....</b>				<b>€ 285,11</b>
<b>Emolumentos a pagar .....</b>				<b>€ 285,11</b>

a) cf. Resolução nº 4/98 – 2ªS

## Consultores externos (Lei n.º 98/97 – art.º 56.º)

- Prestação de serviços .....	€ 782,93 b)
- Outros encargos .....	
<b>Total a suportar pela entidade fiscalizada</b>	<b>€ 1068,04</b>

b) Repartição proporcional às Unidades de Tempo utilizadas, do total de € 38.500,00, ao qual acresceu IVA à taxa legal em vigor.

O Coordenador da Equipa de Auditoria





# Tribunal de Contas

Direcção-Geral

ajudar o Estado e a sociedade  
a gastar melhor

## Emolumentos e outros encargos (D.L. nº 66/96, de 31.5)

Departamento de Auditoria VI – UAT 1		Procº nº 42/10 – Audit	
		Relatório nº 30/11 – 2ª Secção	
Entidade fiscalizada:	Hospital Distrital da Figueira da Foz, EPE		
Entidade devedora:	Hospital Distrital da Figueira da Foz, 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	4		€ 479,96
- Acções na área da residência oficial .....	€ 88,29	13		€ 1147,77
- 1% s/ Receitas Próprias .....				
- 1% s/ Lucros .....				
<b>Emolumentos calculados</b>				<b>€ 1627,73</b>
<b>Emolumentos Limite máximo (VR) .....</b>				<b>€ 404,33</b>
<b>Emolumentos a pagar .....</b>				<b>€ 404,33</b>

a) cf. Resolução nº 4/98 – 2ªS

## Consultores externos (Lei n.º 98/97 – art.º 56.º)

- Prestação de serviços .....	€ 1110,33 b)
- Outros encargos .....	
<b>Total a suportar pela entidade fiscalizada</b>	<b>€ 1514,66</b>

b) Repartição proporcional às Unidades de Tempo utilizadas, do total de € 38.500,00, ao qual acresceu IVA à taxa legal em vigor.

O Coordenador da Equipa de Auditoria





# Tribunal de Contas

Direcção-Geral

ajudar o Estado e a sociedade  
a gastar melhor

## Emolumentos e outros encargos (D.L. nº 66/96, de 31.5)

Departamento de Auditoria VI – UAT 1		Procº nº 42/10 – Audit	
		Relatório nº 30/11 – 2ª Secção	
Entidade fiscalizada:	Hospital Distrital de Santarém, EPE		
Entidade devedora:	Hospital Distrital de Santarém, 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
- Acções na área da residência oficial .....	€ 88,29	13		€ 1147,77
- 1% s/ Receitas Próprias .....				
- 1% s/ Lucros .....				
<b>Emolumentos calculados</b>				<b>€ 1147,77</b>
<b>Emolumentos Limite máximo (VR) .....</b>				<b>€ 285,11</b>
<b>Emolumentos a pagar .....</b>				<b>€ 285,11</b>

a) cf. Resolução nº 4/98 – 2ªS

## Consultores externos (Lei n.º 98/97 – art.º 56.º)

- Prestação de serviços .....	€ 782,93 b)
- Outros encargos .....	
<b>Total a suportar pela entidade fiscalizada</b>	<b>€ 1068,04</b>

b) Repartição proporcional às Unidades de Tempo utilizadas, do total de € 38.500,00, ao qual acresceu IVA à taxa legal em vigor.

O Coordenador da Equipa de Auditoria







# Tribunal de Contas

Direcção-Geral

ajudar o Estado e a sociedade  
a gastar melhor

## Emolumentos e outros encargos (D.L. nº 66/96, de 31.5)

Departamento de Auditoria VI – UAT 1		Procº nº 42/10 – Audit	
		Relatório nº 30/11 – 2ª Secção	
Entidade fiscalizada:	Hospital do Arcebispo João Crisóstomo – Cantanhede		
Entidade devedora:	Hospital do Arcebispo João Crisóstomo – Cantanhede		
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
- Acções na área da residência oficial .....	€ 88,29	13		€ 1147,77
- 1% s/ Receitas Próprias .....				
- 1% s/ Lucros .....				
<b>Emolumentos calculados</b>				<b>€ 1147,77</b>
<b>Emolumentos Limite máximo (VR) .....</b>				<b>€ 285,11</b>
<b>Emolumentos a pagar .....</b>				<b>€ 285,11</b>

a) cf. Resolução nº 4/98 – 2ªS

## Consultores externos (Lei n.º 98/97 – art.º 56.º)

- Prestação de serviços .....	€ 782,93 b)
- Outros encargos .....	
<b>Total a suportar pela entidade fiscalizada</b>	<b>€ 1068,04</b>

b) Repartição proporcional às Unidades de Tempo utilizadas, do total de € 38.500,00, ao qual acresceu IVA à taxa legal em vigor.

O Coordenador da Equipa de Auditoria





# Tribunal de Contas

Direcção-Geral

ajudar o Estado e a sociedade  
a gastar melhor

## Emolumentos e outros encargos (D.L. nº 66/96, de 31.5)

Departamento de Auditoria VI – UAT 1		Procº nº 42/10 – Audit	
		Relatório nº 30/11 – 2ª Secção	
Entidade fiscalizada:	Hospital do Espírito Santo de Évora, EPE		
Entidade devedora:	Hospital do Espírito Santo de Évora, 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
- Acções na área da residência oficial .....	€ 88,29	13		€ 1147,77
- 1% s/ Receitas Próprias .....				
- 1% s/ Lucros .....				
<b>Emolumentos calculados</b>				<b>€ 1147,77</b>
<b>Emolumentos Limite máximo (VR) .....</b>				<b>€ 285,11</b>
<b>Emolumentos a pagar .....</b>				<b>€ 285,11</b>

a) cf. Resolução nº 4/98 – 2ªS

## Consultores externos (Lei n.º 98/97 – art.º 56.º)

- Prestação de serviços .....	€ 782,93 b)
- Outros encargos .....	
<b>Total a suportar pela entidade fiscalizada</b>	<b>€ 1068,04</b>

b) Repartição proporcional às Unidades de Tempo utilizadas, do total de € 38.500,00, ao qual acresceu IVA à taxa legal em vigor.

O Coordenador da Equipa de Auditoria





# Tribunal de Contas

Direcção-Geral

ajudar o Estado e a sociedade  
a gastar melhor

## Emolumentos e outros encargos (D.L. nº 66/96, de 31.5)

Departamento de Auditoria VI – UAT 1		Procº nº 42/10 – Audit	
		Relatório nº 30/11 – 2ª Secção	
Entidade fiscalizada:	Hospital do Litoral Alentejano, EPE		
Entidade devedora:	Hospital do Litoral Alentejano, 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
- Acções na área da residência oficial .....	€ 88,29	13		€ 1147,77
- 1% s/ Receitas Próprias .....				
- 1% s/ Lucros .....				
<b>Emolumentos calculados</b>				<b>€ 1147,77</b>
<b>Emolumentos Limite máximo (VR) .....</b>				<b>€ 285,11</b>
<b>Emolumentos a pagar .....</b>				<b>€ 285,11</b>

a) cf. Resolução nº 4/98 – 2ªS

## Consultores externos (Lei n.º 98/97 – art.º 56.º)

- Prestação de serviços .....	€ 782,93 b)
- Outros encargos .....	
<b>Total a suportar pela entidade fiscalizada</b>	<b>€ 1068,04</b>

b) Repartição proporcional às Unidades de Tempo utilizadas, do total de € 38.500,00, ao qual acresceu IVA à taxa legal em vigor.

O Coordenador da Equipa de Auditoria





# Tribunal de Contas

Direcção-Geral

ajudar o Estado e a sociedade  
a gastar melhor

## Emolumentos e outros encargos (D.L. nº 66/96, de 31.5)

Departamento de Auditoria VI – UAT 1		Procº nº 42/10 – Audit	
		Relatório nº 30/11 – 2ª Secção	
Entidade fiscalizada:	Hospital Dr. Francisco Zagalo – Ovar		
Entidade devedora:	Hospital Dr. Francisco Zagalo – Ovar		
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
- Acções na área da residência oficial .....	€ 88,29	13		€ 1147,77
- 1% s/ Receitas Próprias .....				
- 1% s/ Lucros .....				
<b>Emolumentos calculados</b>				<b>€ 1147,77</b>
<b>Emolumentos Limite máximo (VR) .....</b>				<b>€ 285,11</b>
<b>Emolumentos a pagar .....</b>				<b>€ 285,11</b>

a) cf. Resolução nº 4/98 – 2ªS

## Consultores externos (Lei n.º 98/97 – art.º 56.º)

- Prestação de serviços .....	€ 782,93 b)
- Outros encargos .....	
<b>Total a suportar pela entidade fiscalizada</b>	<b>€ 1068,04</b>

b) Repartição proporcional às Unidades de Tempo utilizadas, do total de € 38.500,00, ao qual acresceu IVA à taxa legal em vigor.

O Coordenador da Equipa de Auditoria







# Tribunal de Contas

Direcção-Geral

ajudar o Estado e a sociedade  
a gastar melhor

## Emolumentos e outros encargos (D.L. nº 66/96, de 31.5)

Departamento de Auditoria VI – UAT 1		Procº nº 42/10 – Audit	
		Relatório nº 30/11 – 2ª Secção	
Entidade fiscalizada:	Hospital Garcia de Orta, EPE		
Entidade devedora:	Hospital Garcia de Orta, 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
- Acções na área da residência oficial .....	€ 88,29	13		€ 1147,77
- 1% s/ Receitas Próprias .....				
- 1% s/ Lucros .....				
<b>Emolumentos calculados</b>				<b>€ 1147,77</b>
<b>Emolumentos Limite máximo (VR) .....</b>				<b>€ 285,11</b>
<b>Emolumentos a pagar .....</b>				<b>€ 285,11</b>

a) cf. Resolução nº 4/98 – 2ªS

## Consultores externos (Lei n.º 98/97 – art.º 56.º)

- Prestação de serviços .....	€ 782,93 b)
- Outros encargos .....	
<b>Total a suportar pela entidade fiscalizada</b>	<b>€ 1068,04</b>

b) Repartição proporcional às Unidades de Tempo utilizadas, do total de € 38.500,00, ao qual acresceu IVA à taxa legal em vigor.

O Coordenador da Equipa de Auditoria





# Tribunal de Contas

Direcção-Geral

ajudar o Estado e a sociedade  
a gastar melhor

## Emolumentos e outros encargos (D.L. nº 66/96, de 31.5)

Departamento de Auditoria VI – UAT 1		Procº nº 42/10 – Audit	
		Relatório nº 30/11 – 2ª Secção	
Entidade fiscalizada:	Hospital José Luciano de Castro – Anadia		
Entidade devedora:	Hospital José Luciano de Castro – Anadia		
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
- Acções na área da residência oficial .....	€ 88,29	13		€ 1147,77
- 1% s/ Receitas Próprias .....				
- 1% s/ Lucros .....				
<b>Emolumentos calculados</b>				<b>€ 1147,77</b>
<b>Emolumentos Limite máximo (VR) .....</b>				<b>€ 285,11</b>
<b>Emolumentos a pagar .....</b>				<b>€ 285,11</b>

a) cf. Resolução nº 4/98 – 2ªS

## Consultores externos (Lei n.º 98/97 – art.º 56.º)

- Prestação de serviços .....	€ 782,93 b)
- Outros encargos .....	
<b>Total a suportar pela entidade fiscalizada</b>	<b>€ 1068,04</b>

b) Repartição proporcional às Unidades de Tempo utilizadas, do total de € 38.500,00, ao qual acresceu IVA à taxa legal em vigor.

O Coordenador da Equipa de Auditoria





# Tribunal de Contas

Direcção-Geral

ajudar o Estado e a sociedade  
a gastar melhor

## Emolumentos e outros encargos (D.L. nº 66/96, de 31.5)

Departamento de Auditoria VI – UAT 1		Procº nº 42/10 – Audit	
		Relatório nº 30/11 – 2ª Secção	
Entidade fiscalizada:	Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca, EPE		
Entidade devedora:	Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca, 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
- Acções na área da residência oficial .....	€ 88,29	13		€ 1147,77
- 1% s/ Receitas Próprias .....				
- 1% s/ Lucros .....				
<b>Emolumentos calculados</b>				<b>€ 1147,77</b>
<b>Emolumentos Limite máximo (VR) .....</b>				<b>€ 285,11</b>
<b>Emolumentos a pagar .....</b>				<b>€ 285,11</b>

a) cf. Resolução nº 4/98 – 2ªS

## Consultores externos (Lei n.º 98/97 – art.º 56.º)

- Prestação de serviços .....	€ 782,93 b)
- Outros encargos .....	
<b>Total a suportar pela entidade fiscalizada</b>	<b>€ 1068,04</b>

b) Repartição proporcional às Unidades de Tempo utilizadas, do total de € 38.500,00, ao qual acresceu IVA à taxa legal em vigor.

O Coordenador da Equipa de Auditoria







# Tribunal de Contas

Direcção-Geral

ajudar o Estado e a sociedade  
a gastar melhor

## Emolumentos e outros encargos (D.L. nº 66/96, de 31.5)

Departamento de Auditoria VI – UAT 1		Procº nº 42/10 – Audit	
		Relatório nº 30/11 – 2ª Secção	
Entidade fiscalizada:	Hospital Santa Maria Maior, EPE		
Entidade devedora:	Hospital Santa Maria Maior, 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
- Acções na área da residência oficial .....	€ 88,29	13		€ 1147,77
- 1% s/ Receitas Próprias .....				
- 1% s/ Lucros .....				
<b>Emolumentos calculados</b>				<b>€ 1147,77</b>
<b>Emolumentos Limite máximo (VR) .....</b>				<b>€ 285,11</b>
<b>Emolumentos a pagar .....</b>				<b>€ 285,11</b>

a) cf. Resolução nº 4/98 – 2ªS

## Consultores externos (Lei n.º 98/97 – art.º 56.º)

- Prestação de serviços .....	€ 782,93 b)
- Outros encargos .....	
<b>Total a suportar pela entidade fiscalizada</b>	<b>€ 1068,04</b>

b) Repartição proporcional às Unidades de Tempo utilizadas, do total de € 38.500,00, ao qual acresceu IVA à taxa legal em vigor.

O Coordenador da Equipa de Auditoria





# Tribunal de Contas

Direcção-Geral

ajudar o Estado e a sociedade  
a gastar melhor

## Emolumentos e outros encargos (D.L. nº 66/96, de 31.5)

Departamento de Auditoria VI – UAT 1		Procº nº 42/10 – Audit	
		Relatório nº 30/11 – 2ª Secção	
Entidade fiscalizada:	Instituto de Oftalmologia Dr. Gama Pinto – Lisboa		
Entidade devedora:	Instituto de Oftalmologia Dr. Gama Pinto – Lisboa		
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
- Acções na área da residência oficial .....	€ 88,29	13		€ 1147,77
- 1% s/ Receitas Próprias .....				
- 1% s/ Lucros .....				
<b>Emolumentos calculados</b>				<b>€ 1147,77</b>
<b>Emolumentos Limite máximo (VR) .....</b>				<b>€ 285,11</b>
<b>Emolumentos a pagar .....</b>				<b>€ 285,11</b>

a) cf. Resolução nº 4/98 – 2ªS

## Consultores externos (Lei n.º 98/97 – art.º 56.º)

- Prestação de serviços .....	€ 782,93 b)
- Outros encargos .....	
<b>Total a suportar pela entidade fiscalizada</b>	<b>€ 1068,04</b>

b) Repartição proporcional às Unidades de Tempo utilizadas, do total de € 38.500,00, ao qual acresceu IVA à taxa legal em vigor.

O Coordenador da Equipa de Auditoria





# Tribunal de Contas

Direcção-Geral

ajudar o Estado e a sociedade  
a gastar melhor

## Emolumentos e outros encargos (D.L. nº 66/96, de 31.5)

Departamento de Auditoria VI – UAT 1		Procº nº 42/10 – Audit	
		Relatório nº 30/11 – 2ª Secção	
Entidade fiscalizada:	Inst. Port. Oncologia de Coimbra Francisco Gentil, EPE		
Entidade devedora:	Inst. Port. Oncologia de Coimbra Francisco Gentil, 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
- Acções na área da residência oficial .....	€ 88,29	13		€ 1147,77
- 1% s/ Receitas Próprias .....				
- 1% s/ Lucros .....				
<b>Emolumentos calculados</b>				<b>€ 1147,77</b>
<b>Emolumentos Limite máximo (VR) .....</b>				<b>€ 285,11</b>
<b>Emolumentos a pagar .....</b>				<b>€ 285,11</b>

a) cf. Resolução nº 4/98 – 2ªS

## Consultores externos (Lei n.º 98/97 – art.º 56.º)

- Prestação de serviços .....	€ 782,93 b)
- Outros encargos .....	
<b>Total a suportar pela entidade fiscalizada</b>	<b>€ 1068,04</b>

b) Repartição proporcional às Unidades de Tempo utilizadas, do total de € 38.500,00, ao qual acresceu IVA à taxa legal em vigor.

O Coordenador da Equipa de Auditoria





# Tribunal de Contas

Direcção-Geral

ajudar o Estado e a sociedade  
a gastar melhor

## Emolumentos e outros encargos (D.L. nº 66/96, de 31.5)

Departamento de Auditoria VI – UAT 1		Procº nº 42/10 – Audit	
		Relatório nº 30/11 – 2ª Secção	
Entidade fiscalizada:	Inst. Port. Oncologia de Lisboa Francisco Gentil, EPE		
Entidade devedora:	Inst. Port. Oncologia de Lisboa Francisco Gentil, 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
- Acções na área da residência oficial .....	€ 88,29	17		€ 1500,93
- 1% s/ Receitas Próprias .....				
- 1% s/ Lucros .....				
<b>Emolumentos calculados</b>				<b>€ 1500,93</b>
<b>Emolumentos Limite máximo (VR) .....</b>				<b>€ 372,84</b>
<b>Emolumentos a pagar .....</b>				<b>€ 372,84</b>

a) cf. Resolução nº 4/98 – 2ªS

## Consultores externos (Lei n.º 98/97 – art.º 56.º)

- Prestação de serviços .....	€ 1023,84 b)
- Outros encargos .....	
<b>Total a suportar pela entidade fiscalizada</b>	<b>€ 1396,68</b>

b) Repartição proporcional às Unidades de Tempo utilizadas, do total de € 38.500,00, ao qual acresceu IVA à taxa legal em vigor.

O Coordenador da Equipa de Auditoria







# Tribunal de Contas

Direcção-Geral

ajudar o Estado e a sociedade  
a gastar melhor

## Emolumentos e outros encargos (D.L. nº 66/96, de 31.5)

Departamento de Auditoria VI – UAT 1		Procº nº 42/10 – Audit	
		Relatório nº 30/11 – 2ª Secção	
Entidade fiscalizada:	Inst. Port. Oncologia do Porto Francisco Gentil, EPE		
Entidade devedora:	Inst. Port. Oncologia do Porto Francisco Gentil, 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
- Acções na área da residência oficial .....	€ 88,29	13		€ 1147,77
- 1% s/ Receitas Próprias .....				
- 1% s/ Lucros .....				
<b>Emolumentos calculados</b>				<b>€ 1147,77</b>
<b>Emolumentos Limite máximo (VR) .....</b>				<b>€ 285,11</b>
<b>Emolumentos a pagar .....</b>				<b>€ 285,11</b>

a) cf. Resolução nº 4/98 – 2ªS

## Consultores externos (Lei n.º 98/97 – art.º 56.º)

- Prestação de serviços .....	€ 782,93 b)
- Outros encargos .....	
<b>Total a suportar pela entidade fiscalizada</b>	<b>€ 1068,04</b>

b) Repartição proporcional às Unidades de Tempo utilizadas, do total de € 38.500,00, ao qual acresceu IVA à taxa legal em vigor.

O Coordenador da Equipa de Auditoria





# Tribunal de Contas

Direcção-Geral

ajudar o Estado e a sociedade  
a gastar melhor

## Emolumentos e outros encargos (D.L. nº 66/96, de 31.5)

Departamento de Auditoria VI – UAT 1		Procº nº 42/10 – Audit	
		Relatório nº 30/11 – 2ª Secção	
Entidade fiscalizada:	Maternidade do Dr. Alfredo da Costa – Lisboa		
Entidade devedora:	Maternidade do Dr. Alfredo da Costa – Lisboa		
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
- Acções na área da residência oficial .....	€ 88,29	13		€ 1147,77
- 1% s/ Receitas Próprias .....				
- 1% s/ Lucros .....				
<b>Emolumentos calculados</b>				<b>€ 1147,77</b>
<b>Emolumentos Limite máximo (VR) .....</b>				<b>€ 285,11</b>
<b>Emolumentos a pagar .....</b>				<b>€ 285,11</b>

a) cf. Resolução nº 4/98 – 2ªS

## Consultores externos (Lei nº 98/97 – art.º 56.º)

- Prestação de serviços .....	€ 782,93 b)
- Outros encargos .....	
<b>Total a suportar pela entidade fiscalizada</b>	<b>€ 1068,04</b>

b) Repartição proporcional às Unidades de Tempo utilizadas, do total de € 38.500,00, ao qual acresceu IVA à taxa legal em vigor.

O Coordenador da Equipa de Auditoria





# Tribunal de Contas

Direcção-Geral

ajudar o Estado e a sociedade  
a gastar melhor

## Emolumentos e outros encargos (D.L. nº 66/96, de 31.5)

Departamento de Auditoria VI – UAT 1		Procº nº 42/10 – Audit	
		Relatório nº 30/11 – 2ª Secção	
Entidade fiscalizada:	Unidade Local de Saúde da Guarda, EPE		
Entidade devedora:	Unidade Local de Saúde da Guarda, 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
- Acções na área da residência oficial .....	€ 88,29	13		€ 1147,77
- 1% s/ Receitas Próprias .....				
- 1% s/ Lucros .....				
<b>Emolumentos calculados</b>				<b>€ 1147,77</b>
<b>Emolumentos Limite máximo (VR) .....</b>				<b>€ 285,11</b>
<b>Emolumentos a pagar .....</b>				<b>€ 285,11</b>

a) cf. Resolução nº 4/98 – 2ªS

## Consultores externos (Lei n.º 98/97 – art.º 56.º)

- Prestação de serviços .....	€ 782,93 b)
- Outros encargos .....	
<b>Total a suportar pela entidade fiscalizada</b>	<b>€ 1068,04</b>

b) Repartição proporcional às Unidades de Tempo utilizadas, do total de € 38.500,00, ao qual acresceu IVA à taxa legal em vigor.

O Coordenador da Equipa de Auditoria







# Tribunal de Contas

Direcção-Geral

ajudar o Estado e a sociedade  
a gastar melhor

## Emolumentos e outros encargos (D.L. nº 66/96, de 31.5)

Departamento de Auditoria VI – UAT 1		Procº nº 42/10 – Audit	
		Relatório nº 30/11 – 2ª Secção	
Entidade fiscalizada:	Unidade Local de Saúde de Castelo Branco, EPE		
Entidade devedora:	Unidade Local de Saúde de Castelo Branco, 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
- Acções na área da residência oficial .....	€ 88,29	13		€ 1147,77
- 1% s/ Receitas Próprias .....				
- 1% s/ Lucros .....				
<b>Emolumentos calculados</b>				<b>€ 1147,77</b>
<b>Emolumentos Limite máximo (VR) .....</b>				<b>€ 285,11</b>
<b>Emolumentos a pagar .....</b>				<b>€ 285,11</b>

a) cf. Resolução nº 4/98 – 2ªS

## Consultores externos (Lei n.º 98/97 – art.º 56.º)

- Prestação de serviços .....	€ 782,93 b)
- Outros encargos .....	
<b>Total a suportar pela entidade fiscalizada</b>	<b>€ 1068,04</b>

b) Repartição proporcional às Unidades de Tempo utilizadas, do total de € 38.500,00, ao qual acresceu IVA à taxa legal em vigor.

O Coordenador da Equipa de Auditoria





# Tribunal de Contas

Direcção-Geral

ajudar o Estado e a sociedade  
a gastar melhor

## Emolumentos e outros encargos (D.L. nº 66/96, de 31.5)

Departamento de Auditoria VI – UAT 1		Procº nº 42/10 – Audit	
		Relatório nº 30/11 – 2ª Secção	
Entidade fiscalizada:	Unidade Local de Saúde de Matosinhos, EPE		
Entidade devedora:	Unidade Local de Saúde de Matosinhos, 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
- Acções na área da residência oficial .....	€ 88,29	13		€ 1147,77
- 1% s/ Receitas Próprias .....				
- 1% s/ Lucros .....				
<b>Emolumentos calculados</b>				<b>€ 1147,77</b>
<b>Emolumentos Limite máximo (VR) .....</b>				<b>€ 285,11</b>
<b>Emolumentos a pagar .....</b>				<b>€ 285,11</b>

a) cf. Resolução nº 4/98 – 2ªS

## Consultores externos (Lei n.º 98/97 – art.º 56.º)

- Prestação de serviços .....	€ 782,93 b)
- Outros encargos .....	
<b>Total a suportar pela entidade fiscalizada</b>	<b>€ 1068,04</b>

b) Repartição proporcional às Unidades de Tempo utilizadas, do total de € 38.500,00, ao qual acresceu IVA à taxa legal em vigor.

O Coordenador da Equipa de Auditoria





# Tribunal de Contas

Direcção-Geral

ajudar o Estado e a sociedade  
a gastar melhor

## Emolumentos e outros encargos (D.L. nº 66/96, de 31.5)

Departamento de Auditoria VI – UAT 1		Procº nº 42/10 – Audit	
		Relatório nº 30/11 – 2ª Secção	
Entidade fiscalizada:	Unidade Local de Saúde do Alto Minho, EPE		
Entidade devedora:	Unidade Local de Saúde do Alto Minho, 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
- Acções na área da residência oficial .....	€ 88,29	13		€ 1147,77
- 1% s/ Receitas Próprias .....				
- 1% s/ Lucros .....				
<b>Emolumentos calculados</b>				<b>€ 1147,77</b>
<b>Emolumentos Limite máximo (VR) .....</b>				<b>€ 285,11</b>
<b>Emolumentos a pagar .....</b>				<b>€ 285,11</b>

a) cf. Resolução nº 4/98 – 2ªS

## Consultores externos (Lei n.º 98/97 – art.º 56.º)

- Prestação de serviços .....	€ 782,93 b)
- Outros encargos .....	
<b>Total a suportar pela entidade fiscalizada</b>	<b>€ 1068,04</b>

b) Repartição proporcional às Unidades de Tempo utilizadas, do total de € 38.500,00, ao qual acresceu IVA à taxa legal em vigor.

O Coordenador da Equipa de Auditoria





# Tribunal de Contas

Direcção-Geral

ajudar o Estado e a sociedade  
a gastar melhor

## Emolumentos e outros encargos (D.L. nº 66/96, de 31.5)

Departamento de Auditoria VI – UAT 1		Procº nº 42/10 – Audit	
		Relatório nº 30/11 – 2ª Secção	
Entidade fiscalizada:	Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, EPE		
Entidade devedora:	Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, 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
- Acções na área da residência oficial .....	€ 88,29	13		€ 1147,77
- 1% s/ Receitas Próprias .....				
- 1% s/ Lucros .....				
<b>Emolumentos calculados</b>				<b>€ 1147,77</b>
<b>Emolumentos Limite máximo (VR) .....</b>				<b>€ 285,11</b>
<b>Emolumentos a pagar .....</b>				<b>€ 285,11</b>

a) cf. Resolução nº 4/98 – 2ªS

## Consultores externos (Lei n.º 98/97 – art.º 56.º)

- Prestação de serviços .....	€ 782,93 b)
- Outros encargos .....	
<b>Total a suportar pela entidade fiscalizada</b>	<b>€ 1068,04</b>

b) Repartição proporcional às Unidades de Tempo utilizadas, do total de € 38.500,00, ao qual acresceu IVA à taxa legal em vigor.

O Coordenador da Equipa de Auditoria







# Tribunal de Contas

Direcção-Geral

ajudar o Estado e a sociedade  
a gastar melhor

## Emolumentos e outros encargos (D.L. nº 66/96, de 31.5)

Departamento de Auditoria VI – UAT 1		Procº nº 42/10 – Audit	
		Relatório nº 30/11 – 2ª Secção	
Entidade fiscalizada:	Unidade Local de Saúde do Nordeste, EPE		
Entidade devedora:	Unidade Local de Saúde do Nordeste, 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
- Acções na área da residência oficial .....	€ 88,29	13		€ 1147,77
- 1% s/ Receitas Próprias .....				
- 1% s/ Lucros .....				
<b>Emolumentos calculados</b>				<b>€ 1147,77</b>
<b>Emolumentos Limite máximo (VR) .....</b>				<b>€ 285,11</b>
<b>Emolumentos a pagar .....</b>				<b>€ 285,11</b>

a) cf. Resolução nº 4/98 – 2ªS

## Consultores externos (Lei n.º 98/97 – art.º 56.º)

- Prestação de serviços .....	€ 782,93 b)
- Outros encargos .....	
<b>Total a suportar pela entidade fiscalizada</b>	<b>€ 1068,04</b>

b) Repartição proporcional às Unidades de Tempo utilizadas, do total de € 38.500,00, ao qual acresceu IVA à taxa legal em vigor.

O Coordenador da Equipa de Auditoria





# Tribunal de Contas

Direcção-Geral

ajudar o Estado e a sociedade  
a gastar melhor

## Emolumentos e outros encargos (D.L. nº 66/96, de 31.5)

Departamento de Auditoria VI – UAT 1		Procº nº 42/10 – Audit	
		Relatório nº 30/11 – 2ª Secção	
Entidade fiscalizada:	Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano, EPE		
Entidade devedora:	Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano, 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
- Acções na área da residência oficial .....	€ 88,29	13		€ 1147,77
- 1% s/ Receitas Próprias .....				
- 1% s/ Lucros .....				
<b>Emolumentos calculados</b>				<b>€ 1147,77</b>
<b>Emolumentos Limite máximo (VR) .....</b>				<b>€ 285,11</b>
<b>Emolumentos a pagar .....</b>				<b>€ 285,11</b>

a) cf. Resolução nº 4/98 – 2ªS

## Consultores externos (Lei n.º 98/97 – art.º 56.º)

- Prestação de serviços .....	€ 782,93 b)
- Outros encargos .....	
<b>Total a suportar pela entidade fiscalizada</b>	<b>€ 1068,04</b>

b) Repartição proporcional às Unidades de Tempo utilizadas, do total de € 38.500,00, ao qual acresceu IVA à taxa legal em vigor.

O Coordenador da Equipa de Auditoria