



Teresa Margarida **Relatório sobre a Informação de Gestão no Centro**
Abade Ribeiro Moura **Hospitalar do Porto**



**Teresa Margarida
Abade Ribeiro Moura**

**Relatório sobre a Informação de Gestão no Centro
Hospitalar do Porto**

Relatório apresentado à Universidade de Aveiro para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Contabilidade e Administração Pública, realizado sob a orientação científica do Doutor Rui Mota, Professor Adjunto do Instituto Superior de Contabilidade e Administração da Universidade de Aveiro

Dedicatória

Dedico este trabalho à minha querida Mãe, à minha Avó e a todos os Amigos e Primos pelo incansável apoio.

Ao meu Pai, que infelizmente já não se encontra entre nós. A ele, fonte de inspiração que me fez lutar por este objetivo com toda a garra e determinação, onde quer que esteja, um especial agradecimento e a minha homenagem.

o júri

Presidente

Prof. Doutora Augusta da Conceição Santos Ferreira
Prof. Adjunta da Universidade de Aveiro

Arguente

Prof. Doutora Agostinha Patrícia da Silva Gomes
Prof. Adjunta do Instituto Politécnico do Cávado e do Ave

Orientador

Prof. Mestre Rui Mário Magalhães Gomes Mota
Prof. Adjunto da Universidade de Aveiro

Agradecimentos

A realização deste Relatório apenas foi possível com o apoio e motivação incondicional de algumas pessoas, sem as quais este projeto não seria possível executar. Assim, uma enorme gratidão:

Ao Dr. Delfim Garrido, que se disponibilizou inteiramente para orientar e cooperar neste estágio e a quem devo todo o êxito profissional;

Ao Dr. Rui Mota, pela sua disponibilidade e compreensão que manifestou para a orientação deste trabalho;

Aos grandes amigos do CHP, especialmente do Serviço de Informação de Gestão do CHP, que sempre me incentivaram e ajudaram a fazer deste relatório uma realidade;

A minha Mãe por todas as regalias conferidas e por todo o apoio disponibilizado;

A todos os amigos, a quem retirei bastante tempo, mas que sempre se mostraram absoluta compreensão e cooperação para o sucesso deste relatório.

Palavras-chave

Afetação; Apuramento de custos; benchmarking; centro de custos; centro hospitalar; Contabilidade Analítica; controlo de gestão; custos; imputação; indicadores; informação de gestão; instituição pública hospitalar; repartição de custos; secções homogéneas; sistema de apuramento de custos.

Resumo

Elaborado no âmbito do Mestrado em Contabilidade e Administração Pública, o propósito do presente relatório consiste em expor as atividades executadas ao longo do estágio desenvolvido no Centro Hospitalar do Porto, com vista ao levantamento dos procedimentos de apuramento de custos, ao tratamento de dados estatísticos e à monitorização de indicadores de suporte à informação de gestão.

Para alcançar os objetivos pretendidos, recorreu-se a diversas fontes, tais como: levantamentos bibliográficos, recolha de informação legal e regulamentar sobre o funcionamento e organização da entidade, observação direta de procedimentos e atividades, audição de opiniões de Técnicos e Diretores do Centro Hospitalar do Porto sobre a temática em causa, bem como análise e interpretação de mapas, quadros, relatórios e outra informação contabilística e administrativa.

A partir da informação reunida, foi possível desenvolver um projeto para melhorar a prestação da informação de gestão aos decisores do Centro Hospitalar e promover a efetiva utilização, por esses decisores, da informação de gestão

Keywords

Cost distribution; cost determination; benchmarking; cost centers; hospital center; Cost Accounting; management control; costs; cost tracing; indicators; management information; public hospital institution; cost allocation; homogeneous departments; cost determination system;

Abstract

Written under the Master on Accounting and Public Administration, the purpose of this report is to set out the activities performed during the internship conducted at the Hospital Center of Oporto, collecting cost determination procedures, treatment of statistical data and monitoring indicators to support management information.

To achieve the desired goals, various sources were used, such as: literature surveys, collection of legal and regulatory information concerning activities and organization of the entity, direct observation of procedures and activities, listening to the opinions of Technicians and Directors of Hospital Center of Oporto, as well as analysis and interpretation of maps, charts, reports and other accounting and administrative information.

From the information gathered, it was possible to develop a project to improve the provision of management information to the decision makers of the Hospital Center and to promote the effective use, by those responsible, of the management information.

Índice

| | |
|---|----|
| Índice de Ilustrações | 10 |
| Abreviaturas..... | 11 |
| Glossário..... | 13 |
| Tema..... | 17 |
| Capítulo I - Revisão de contributos científicos sobre a Contabilidade de Custos em entidades públicas do setor da saúde | 22 |
| 1.1.) Informação e Controlo de Gestão | 22 |
| 1.1.1.) Enquadramento: Custos no Setor da Saúde..... | 22 |
| 1.1.2.) Informação de Gestão – Contextualização | 25 |
| Capítulo II - A Contabilidade de Custos nos Centros Hospitalares - especificidades e aspetos característicos..... | 32 |
| 2.1) Contextualização da Contabilidade Analítica..... | 32 |
| 2.1.1.) O modelo de Contabilidade de Custos assente no PCAH | 32 |
| 2.1.2.) Apuramento de custos | 35 |
| 2.2) Contratualização dos hospitais..... | 39 |
| 2.2.1) A plataforma SICA..... | 43 |
| 2.3) Informação de gestão | 45 |
| Capítulo III - Apresentação da entidade de acolhimento: enquadramento legal, orçamental, económico e financeiro da entidade, organização, sistema contabilístico e informático, sistema de apuramento e controlo de custos..... | 48 |
| 3.1.) Contextualização da entidade de acolhimento | 48 |
| 3.2.) Enquadramento do Centro Hospitalar na Região..... | 49 |
| 3.3.) O Centro Hospitalar do Porto | 52 |
| 3.3.1.) Fundação e objetivos estratégicos | 52 |
| 3.3.2.) Instalações físicas | 54 |
| 3.3.3.) Especialidades e Valências do Centro Hospitalar | 56 |
| 3.3.4.) Estrutura organizacional | 56 |
| 3.3.5.) Caracterização dos Recursos Humanos..... | 59 |
| 3.3.6.) Regulamentação patente ao CHP (Legislação Aplicável)..... | 60 |
| 3.4.) O Serviço de Informação de Gestão | 64 |

| | |
|--|-----|
| Capítulo IV - A Contabilidade de Custos - detalhe do sistema de apuramento de custos do Centro Hospitalar do Porto | 66 |
| 4.1) Recolha de informações sobre a Informação de Gestão do CHP - Descrição funcional das tarefas desempenhadas no SIG | 66 |
| 4.2) Processos da Contabilidade Analítica no CHP | 69 |
| 4.2.1) Organização dos dados | 72 |
| 4.2.2) Imputação de Custos Indiretos | 73 |
| 4.2.3) Imputação das Secções Administrativas..... | 74 |
| 4.2.4) Imputação dos Custos com Pessoal Médico..... | 77 |
| 4.2.5) Imputação do Subsidio de Refeição | 78 |
| 4.2.6) Imputação do Subsidio de Férias..... | 79 |
| 4.2.7) Apuramento dos Encargos sobre Remunerações..... | 79 |
| 4.3) Apresentação dos dados analíticos (Quadros) | 80 |
| 4.4) A informação controlo de gestão | 81 |
| 4.4.1) Processos correntes no apuramento da informação de gestão..... | 81 |
| 4.4.2) Interpretação pertinente na análise dos mapas de controlo de Gestão | 84 |
| 4.4.3) Dados passíveis de melhoria..... | 84 |
| Capítulo V - A informação obtida e o controlo realizado | 86 |
| 5.1.) Construção de indicadores | 89 |
| 5.1.1.) Indicadores de apoio à análise e à gestão | 90 |
| 5.2.) Quadros de custos | 94 |
| 5.3.) Conceção de gráficos | 96 |
| Capítulo VI - Considerações finais e recomendações | 100 |
| Cronograma | 103 |
| Bibliografia..... | 104 |
| Anexos | 108 |

Índice de Ilustrações

| | |
|---|----|
| Ilustração 1 Método de Distribuição Recíproca..... | 38 |
| Ilustração 2. Fases do processo de contratualização | 41 |
| Ilustração 3 Áreas de influência do Centro Hospitalar do Porto na região do distrito do Porto e no distrito de Aveiro..... | 49 |
| Ilustração 4 Organograma do Centro Hospitalar do Porto..... | 56 |
| Ilustração 5. Gráfico representativo do total de pessoal efetivo no CHP | 60 |
| Ilustração 6. Repartição do valor das Secções Administrativas..... | 75 |
| Ilustração 7. Representação da imputação das secções administrativas (nomeadamente da rubrica órgãos de administração e direção) ao centro de custo internamento de fisioterapia... .. | 77 |
| Ilustração 8. Resultado final do Quadro de Indicadores elaborados para o serviço de Internamento de Fisioterapia, a prestar no reporte da Informação de Gestão | 92 |
| Ilustração 9. Resultado final do Quadro de Indicadores elaborados para a Consulta Externa de Medicina Física e Reabilitação do Hospital Maria Pia | 93 |
| Ilustração 10. Quadros de custos relativa á informação analítica anteriormente reportada à gestão do CHP | 94 |
| Ilustração 11. Quadro de custos relativos à informação analítica, melhorada no presente projeto desenvolvido no CHP..... | 95 |

Abreviaturas

AAM – Auxiliares de Ação Médica

ACSS – Administração Central do Sistema da Saúde

ARS – Administração Regional de Saúde

BDEA – Base de Dados dos Elementos Analíticos

BI – Business Intelligence

CHKS – Caspe Healthcare Knowledge

CHP- Centro Hospitalar do Porto

CMIN – Centro Materno Infantil do Norte

CR – Centros de Responsabilidade

DEFI – Departamento de Ensino, Formação e Investigação

EPE – Entidades Públicas Empresariais

Ex-CICAP - Antigo Centro de Instrução de Condutores Auto do Porto
(aquartelamento militar)

GDH – Grupos de Diagnósticos Homogéneos

HGSA – Hospital Geral de Santo António

HJU - Hospital Joaquim Urbano

HMP - Hospital Maria Pia

ICM – Índice Case Mix

IGAS - Inspeção Geral das Atividades em Saúde

IGIF – Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde

MCDT – Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica

MFR – Medicina Física e Reabilitação

MJD - Maternidade Júlio Dinis

NGP – Nova Gestão Pública

PCAH – Plano de Contabilidade Analítica dos Hospitais

POCMS - Plano Oficial de Contabilidade do Ministério da Saúde

POCP – Plano Oficial de Contabilidade Pública

SNS – Sistema Nacional de Saúde

SCC – Sistema de Contabilidade de Custos

SCI – Sistema de Controlo Interno

SICA - Sistema de Informação para Contratualização e Acompanhamento

SIG – Serviço de Informação de Gestão

Glossário

Admissão: Internamento (permissão de internamento) de um doente, num serviço de internamento, com estadia mínima de 24 horas. No caso de permanência inferior a 24 horas, por abandono, alta contra parecer médico, falecimento ou transferência para outro estabelecimento de saúde, considera-se que a permanência ocupou um dia de hospitalização.

Ambulatório: conjunto de serviços que prestam cuidados de saúde a indivíduos não internados.

Cirurgia de ambulatório: intervenção cirúrgica programada, realizada sob anestesia geral, loco-regional ou local que, embora habitualmente efetuada em regime de internamento, pode ser realizada com permanência do doente inferior a 24 horas.

Intervenção cirúrgica programada que não requer a permanência do doente no estabelecimento de saúde durante a noite.

Cirurgia urgente: cirurgia efetuada, sem data de realização previamente marcada, por imperativo da situação clínica.

Comissões: são órgãos multidisciplinares de apoio ao conselho de administração, tendo em vista abranger determinados aspetos fundamentais dos problemas de uma determinada área específica do hospital com atividade assistencial, ensino universitário e investigação.

Consulta externa: unidade orgânica-funcional de um hospital onde os doentes, com prévia marcação, são atendidos para observação, diagnóstico, terapêutica e acompanhamento, assim como para pequenos tratamentos cirúrgicos ou exames similares.

Demora/Duração média de internamento num período: indicador que exprime o número médio de dias de internamento por doente saído de um estabelecimento de saúde em dado período. É obtido pela divisão do número de dias de internamento num período pelo número de doentes saídos do estabelecimento de saúde nesse mesmo período.

Demora média de internamento no ano: média anual de dias de internamento por doentes saídos do estabelecimento. Calcula-se pelo quociente entre o total de dias de internamento dos doentes saídos e o total de doentes saídos no ano (também pode excluir o berçário).

Departamento Hospitalar: Agrupamento de serviços num estabelecimento de saúde.

Dias de internamento num período: total de dias utilizados por todos os doentes internados, nos diversos serviços de um estabelecimento de saúde com internamento, num período, excetuando os dias das altas dos mesmos doentes nesse estabelecimento de saúde. Não são incluídos os dias de entrada em berçário ou em observação no serviço de urgência.

Doente equivalente: episódios de internamento que se obtêm após a transformação dos dias de internamento de curta duração e dos doentes transferidos, em episódios equivalentes aos episódios, para cada GDH, considerados típicos ou normais.

Doentes entrados no ano: doentes admitidos nos serviços de internamento do estabelecimento, através do serviço de consulta, do serviço de urgência ou por transferência direta de outro estabelecimento de saúde, num determinado ano.

Doentes saídos num ano: doentes que deixaram de permanecer nos serviços de internamento do estabelecimento, devido a alta, num determinado ano.

Doentes tratados num estabelecimento de saúde num período: doentes que deixam de permanecer internados num estabelecimento de saúde num determinado período e os que transitam para o período seguinte.

Hospital de Dia: Serviço de um estabelecimento de saúde onde os doentes recebem, de forma programada, cuidados de saúde, permanecendo sob vigilância, num período inferior a 24 horas.

Hospital Geral: Hospital que integra diversas valências. Assegura serviços diferenciados em diversas patologias.

Internamento: conjunto de serviços que prestam cuidados de saúde a indivíduos que, após serem admitidos, ocupam cama (ou berçário), para diagnóstico, tratamento ou cuidados paliativos, com permanência de, pelo menos, 24 horas ou uma noite.

Internamentos inválidos: correspondem ao internamento de um utente que, não cama para diagnóstico ou tratamento, ou não permaneceu num mínimo de 24 horas. Excetuam-se os episódios terminados por óbito, saída contra parecer médico ou por transferência para outro estabelecimento nos quais os utentes, não tendo chegado a permanecer durante 24 horas nesse estabelecimento de saúde, contam como válidos. Para efeitos de faturação apenas serão considerados os doentes saídos contra parecer médico ou por óbito.

Indicador: constitui um instrumento de gestão e medição (mensuração) sem o qual é impossível a avaliação criteriosa de qualidade, custos ou produtividade. É uma unidade de medida de uma atividade com a qual se está relacionada; é uma representação quantitativa ou não, do resultado, ocorrência ou evento de um sistema. Pode ser expresso por facto, no absoluto, por proporção, coeficiente, índice. Medir resultados, processos, níveis desejados ou indesejados.

K: designação do índice de ponderação relativo ao custo do ato médico, constante da tabela de códigos de nomenclatura e valor relativo dos atos médicos, definida pela ordem dos médicos.

Lotação oficial: número de camas (incluindo berços) oficialmente definido, para um estabelecimento de saúde com internamento, discriminado por especialidade/valências.

Lotação praticada: número de camas (incluindo berços) disponíveis e apetrechadas para internamento imediato de doentes, discriminadas por especialidade/valências num estabelecimento de saúde (no momento a que se referem os dados estatísticos).

Primeira consulta: consulta médica, em hospitais, em que o utente é examinado pela primeira vez numa especialidade e referente a um episódio de doença. Considera-se que o episódio de doença termina no momento da alta da especialidade.

Procedimentos não realizados: não aplicados porque o doente se recusou ou por complicações ocorridas.

Produção hospitalar: resultado do processo de tratamento numa organização hospitalar, tendo em vista a satisfação do utente. A definição de produção hospitalar passa pela definição de sistemas de classificação de doentes (GDH's) como metodologia para identificar produtos e a criação de índices de *case mix*¹ para se compararem esses mesmos produtos.

Serviço de urgência: unidade orgânica de um estabelecimento de saúde para tratamento de situações de emergência médica, cirúrgica, pediátrica e obstetrícia, a doentes vindos do exterior, a qualquer hora do dia ou da noite.

Tempo de espera: número de dias compreendido entre a data da inscrição para consulta, cirurgia, exame ou tratamento e a data prevista para a realização dos mesmos.

Tempo de intervenção cirúrgica: período durante o qual o doente é submetido a uma ou mais intervenções, simultâneas ou consecutivas.

Total de consultas no ano: número total das primeiras consultas e das subsequentemente prestadas durante um ano, nos serviços de especialidade/valência dum estabelecimento de saúde.

Total de internamentos num estabelecimento de saúde num período: existência inicial de doentes, adicionado do número de doentes entrados, durante o período, num estabelecimento de saúde. Esse total tem que igualar a soma do número de doentes saídos no mesmo período, com a existência final de doentes.

Valência/serviço de especialidade: conjunto de meios humanos e físicos, integrando um estabelecimento de saúde e permitindo a aplicação de saberes específicos em medicina, originando geralmente unidades orgânicas.

¹ Índice de case mix (ICM) refere-se ao “coeficiente global de ponderação da produção que reflete a relatividade de um hospital face aos outros, em termos da sua maior ou menor proporção de doentes com patologias complexas e, consequentemente, mais consumidoras de recursos”. (Administração Central do Sistema de Saúde)

Tema

“Informação para a Gestão no Centro Hospitalar do Porto”

Obtenção e tratamento de dados relativos a Informação de Gestão, incluindo apuramento de custos

Introdução

Em face da oportunidade da realização de um estágio para a obtenção do grau de Mestre em Contabilidade e Administração Pública, entendemos optar por essa via, visto que, após a conclusão da Licenciatura em Administração Pública, impôs-se-nos a necessidade de “perceber por dentro” a realidade de um organismo público.

O protocolo celebrado entre o Instituto Superior de Contabilidade e Administração da Universidade de Aveiro (ISCA-UA) e o Centro Hospitalar do Porto (CHP), para a realização de estágios curriculares, permitiu que concretizássemos a nossa aspiração.

Iniciámos, assim, o nosso estágio no CHP, em 4 de Dezembro de 2012, com termo em 30 de Abril de 2013, perfazendo o total de 680 horas.

Desenvolvemos atividades sob a orientação do Professor Dr. Rui Mota, professor adjunto do ISCA-UA e do técnico superior do Serviço de Informação de Gestão do CHP, Dr. Delfim Garrido.

Fomos recebidos no Serviço de Informação de Gestão (SIG) do CHP, e trabalhamos neste serviço, o qual é uma estrutura de assessoria do Conselho de Administração.

O estágio no CHP incidiu na informação para gestão (com especial ênfase no apuramento e controlo de custos) do Hospital Geral de Santo António, do Hospital Maria Pia, da Maternidade Júlio Dinis e do Hospital Joaquim Urbano, visto que a entidade de acolhimento agrupa as referidas unidades hospitalares.

As nossas atividades ganharam consistência na forma de relatório.

Com efeito, o relatório não apenas dá cumprimento a uma determinação regulamentar, como constitui, sobretudo, o meio que obriga à sistematização dos levantamentos efetuados e das conclusões alcançadas, permitindo realmente consolidar conhecimentos.

O presente relatório teve, por conseguinte, como principais objetivos apresentar o elenco das atividades desenvolvidas ao longo do estágio realizado no SIG do CHP, sob a

temática dos apuramentos da Contabilidade Analítica, e, mais geralmente, do tratamento da informação de gestão no Centro Hospitalar, trabalhando-se estes conteúdos com o intuito de melhorar a informação da Contabilidade Analítica que é reportada aos decisores da instituição.

Para esse efeito, os objetivos a serem atingidos com a realização do estágio consistiram em:

- Compreender e transmitir o funcionamento geral e a organização do CHP;
- Analisar os processos da Contabilidade Analítica, apreciando a conformidade com o Plano de Contabilidade Analítica dos Hospitais (PDAH), nomeadamente no que respeita ao sistema de apuramento de custos na área hospitalar;
- Apreender o funcionamento do Sistema de Contabilidade de Custos (SCC) do Centro Hospitalar e perceber a respetiva estrutura de custos;
- Recolher e tratar informação contabilística, com especial ênfase no apuramento de custos, sendo capaz de monitorizar o processo desde a criação ao funcionamento dos centros de custo;
- Elaborar e avaliar diversos indicadores de Gestão Hospitalar, que sirvam de suporte à análise da atividade do CHP, e identificar informação necessária à prestação de informação de gestão de qualidade;
- Dinamizar uma melhor prestação de informação para controlo de gestão, capaz de captar o interesse dos destinatários;
- Apresentar recomendações, visando a melhoria contínua.

Desenvolvemos tarefas, relativas à apreensão do sistema de informação de gestão, tendentes em especial:

- à percepção de todo o processo de apuramento de custos, desde a criação à atribuição dos custos aos correspondentes centros;
- à prossecução de contactos internos e externos ao SIG, necessários aos adequados registos da Contabilidade Analítica, garantindo a conformidade com o PCAH;
- à promoção de diligências necessárias à manutenção atualizada dos critérios de imputação;
- à monitorização de indicadores, existentes ou a desenvolver, para reporte da informação de gestão;
- à recolha e análise de informação estatística;
- ao levantamento e sistematização de documentação estatística de interesse para o serviço e necessária ao desenvolvimento de estudos específicos.

As atividades desenvolvidas ao longo do período do estágio proporcionaram-nos uma análise global do tratamento da informação de gestão do CHP.

Sublinhe-se, por último, que o presente relatório estrutura-se como se segue:

- Após esta introdução, passamos ao primeiro capítulo, que apresenta uma breve revisão da literatura sobre os contributos da Contabilidade Analítica em entidades públicas no setor da saúde;
- Posteriormente, no segundo capítulo, tratamos da entidade de acolhimento, o CHP, apresentando o respetivo enquadramento legal, orçamental, e o organigrama, bem como o SIG;
- No terceiro capítulo, contextualizamos o apuramento de custos nas entidades públicas de saúde, tratando do PCAH e de aspetos da contratualização com a tutela;

- No quarto capítulo, descrevemos as tarefas inerentes ao SIG, detalhamos os procedimentos respeitantes ao apuramento de custos e da informação de gestão em geral, na entidade de acolhimento;

- No quinto capítulo, apresentamos o projeto que desenvolvemos, visando a melhoria da informação de gestão prestada aos decisores, bem como a atração desses mesmos decisores no sentido de utilizarem efetivamente a informação;

- Terminamos com conclusões, expondo recomendações e indicando perspectivas de trabalhos futuros.

Apresentamos, também, as referências bibliográficas que suportaram o nosso trabalho. Incluímos nos anexos elementos de auxílio à interpretação de tabelas, quadros e gráficos que constam do corpo do relatório.

Capítulo I - Revisão de contributos científicos sobre a Contabilidade de Custos em entidades públicas do setor da saúde

1.1.) Informação e Controlo de Gestão

É de sublinhar a atenção que tem vindo a ser atribuída ao apuramento de custos e à respetiva gestão no âmbito das organizações públicas, não só por parte dos gestores mas também por investigadores da área da contabilidade.

A complexidade e a especificidade do setor público hospitalar requerem especiais cuidados sobre a informação que é transmitida à gestão.

Relativamente à contabilidade de custos, é necessário que esta seja obtida em tempo útil e com qualidade, assim se revelando útil, válida e isenta de erros, tornando-se efetivamente relevante na tomada de decisões.

Iremos começar o nosso relatório por efetuar uma breve abordagem à evolução da informação de gestão, bem como ao seu enquadramento no mundo atual e à sua crescente importância.

Posteriormente, tratamos da informação de gestão que é desenvolvida no Centro Hospitalar do Porto (CHP), a instituição de acolhimento do presente estágio, incidindo sobre os aspetos gerais da sua elaboração.

Apresentaremos, por último uma conclusão concisa sobre os aspetos mais relevantes que sobressaem neste tema, que é a informação de gestão no CHP e, em particular, a informação sobre custos.

1.1.1.) Enquadramento: Custos no Setor da Saúde

Apesar do registo de algumas realizações que nos orgulham, o setor da saúde em Portugal não pode estabilizar diante da crescente competitividade a que se tem vindo a assistir, uma vez que a opção pelo setor privado está cada vez mais facilitada, sendo, por outro lado, previsível a manutenção de contenções na despesa pública com a saúde, ou mesmo novas reduções nessa despesa.

As entidades privadas detêm um forte poder de negociação no setor, influenciando os preços, pelo que a pressão exercida tende a reduzir a rendibilidade dos hospitais públicos, comprometendo a qualidade dos serviços e a própria continuidade das suas atividades.

Em face disso, a fixação dos preços dos serviços hospitalares com base nos custos vem sendo inviabilizada pelo ambiente altamente competitivo.

Atualmente as organizações operam e competem num ambiente onde a informação sobre custos pode ser considerada como um recurso estratégico para a sua sobrevivência. É reconhecido à informação produzida pelo Sistema de Contabilidade de Custos (SCC) o papel de contribuir para a qualidade das decisões tomadas pelos gestores, nos diferentes níveis de decisão.

É neste contexto, que os sistemas de apuramento de custos têm vindo a representar uma relevante diferença entre as organizações. “Atendendo às pressões para a gestão e redução de custos no contexto do setor público, concretamente no setor da saúde, é de esperar maior atenção sobre os sistemas de contabilidade de custos.” (Pereira, Sá, e Jorge, p. 18)

Mas, como se caracterizam os sistemas de contabilidade de custos implementados? Qual a perceção dos utilizadores relativamente à informação produzida?

No presente contexto, a avaliação das lacunas e a identificação de potenciais áreas de melhoria tornam-se fundamentais.

Relativamente aos custos hospitalares, Ray (cit. in (Camacho e Rocha, 2008, p. 20) afirma que qualquer serviço ou produto hospitalar envolve entre 20% a 30% de custos desnecessários (cujos recursos não adicionam valor) e que, portanto, poderiam ser eliminados sem se afetar os correspondentes atributos.

No entanto, o uso de SCC no “âmbito do setor público não tem constituído grande preocupação atendendo à inevitabilidade dos custos, [dada a] ênfase que é colocada no orçamento e ao facto do seu principal objetivo não ser a obtenção de lucros.” (Pereira et al., p. 3)

A metodologia do custo alvo², enquanto instrumento de gestão de custos, é uma das que podem apoiar os processos de decisão, com a vantagem de intervir no início do ciclo

² Custo alvo é “um sistema de planeamento e gestão de custos desde a fase inicial do seu desenvolvimento até ao seu lançamento no mercado. (...) Trabalha de forma interdisciplinar, (...) com base nas exigências e preferências percebidas do mercado, tenta-se apresentar no produto as funções ou qualidades requeridas pelo consumidor, com

de desenvolvimento, influenciando decisivamente as características do produto ou do serviço a ser criado, com vista à redução de custos futuros.

Pode questionar-se se o custo-alvo (*target costing*) é aplicável em entidades hospitalares.

De acordo com Cooper e Slagmulder (cit. in (Soares, 2009, p. 20), o custo alvo assenta nas ideias chave de que “o mercado determina o custo, (...) o custo de produção identificado para um novo produto deve ser tal que, uma vez esse produto vendido, gera a rentabilidade desejada, estabelecida no plano da empresa a longo prazo, [efetuando-se] (...) o desenvolvimento de produtos com preços reduzidos que satisfaçam as necessidades dos clientes [e conseguindo-se] a redução do custo alvo através de alterações [logo] na fase de desenvolvimento e [também] ao longo do ciclo de vida do produto, utilizando metodologias de melhoria contínua”. (Soares, 2009, p. 21)

O custo-alvo é, portanto, um instrumento de gestão estratégica de custos, também podendo ser implementado no segmento hospitalar, visto que, partindo dos constrangimentos do mercado, assenta na lógica da melhoria contínua.

Acresce que tendo em consideração que o custo-alvo é altamente recomendável em situações em que exista pouca ou nenhuma possibilidade de gestão das receitas, resta como opção concentrar esforços na gestão dos custos.

A utilização do custo-alvo pelo setor hospitalar pode representar um fator de diferenciação significativo para que as instituições tenham êxito no alcançar dos seus objetivos. “Acresce o facto de existirem grandes pressões por parte dos governos para a redução dos custos na área dos cuidados públicos da saúde, o que constitui um estímulo para as reformas tendentes a uma maior sofisticação dos sistemas de contabilidade de custos.” (Pereira et al., p. 4)

Tem, porém, que se ir muito mais além do que o cálculo propriamente dito dos custos. É, assim, de primordial importância que se institua mecanismos de retorno sobre a qualidade dos serviços prestados (ex.: adequabilidade dos custos calculados) e se tomem as medidas corretivas que se mostrem necessárias.

o menor custo possível.” (Soares, 2009, p. 8). Estamos, assim, perante um *market driven cost*, isto é, perante um custo pretendido que é determinado pelas condições (preços) do mercado: na fase de conceção determina-se logo o custo máximo a que vai produzir / prestar.

1.1.2.) Informação de Gestão – Contextualização

Conforme Gonçalves e Aché (1999) argumentam, o hospital também pode ser tratado como uma empresa, que deve ser analisada e gerida como qualquer outra.

O setor da saúde está igualmente sujeito às condições do mercado, onde a concorrência visa oferecer uma prestação de serviço em saúde com mais qualidade e abrangência, a um menor preço.

Nesta perspectiva, o controlo de custos torna-se ainda mais necessário para “fazer a diferença” no momento da renegociação de contratos.

Uma vez que a saúde assume elevada importância no contexto social, evidencia--se como cada vez mais premente o paradigma básico da disciplina económica: recursos escassos e limitados debatendo-se com necessidades e expectativas crescentes.

No decorrer da década de 90 do séc. XX, foram implementadas diversas reformas visando a promoção da eficiência no setor da saúde. Caminhava-se para um maior controle de custos e volume de produção, bem como para a restrição da autonomia decisória médica. Implementaram-se parâmetros de gestão e sistemas de informação sobre os custos das diversas opções de cuidado à saúde.

Com efeito,

Gerir não é apenas organizar algo que já existe, mas também produzir novas relações e articular processos de melhoria, criar instrumentos e estratégias que possam levar a instituição hospitalar a atingir os seus objetivos e fins. Gerir é fazer com que a empresa preste serviços ou faça produtos com excelência em excelência para as pessoas. Garantir a qualidade dos seus produtos e a satisfação do seu cliente. (Kudlawicz, p. 2)

Segundo Costa, Ribeiro e Silva (200), no decurso das últimas décadas a gestão hospitalar passou a contar com mecanismos de controlo e regulamentação, bem como com uma integração mais sofisticada das novas tecnologias.

No entanto, apesar de largos passos já percorridos, este processo ainda se encontra muito “fragmentado, localizado e experimental”(Costa, Ribeiro, e Silva, 2000, p. 431), não havendo um consenso sobre qual será a melhor solução para a gestão hospitalar.

Recomenda-se, de forma geral, o uso efetivo e responsável da avaliação das intervenções na saúde, pretendendo-se que o processo de tomada de decisões se baseie, cada vez mais, em informações sustentadas.

Uso insuficiente, uso excessivo e uso inadequado são críticas correntes a grande parte dos sistemas de saúde.

Revela-se cada vez mais importante dispor de informação valiosa para planejar, desenvolver e avaliar ações de saúde.

A disponibilidade de sistemas adequados de informações sobre custos e sobre a qualidade é um fator crítico na saúde.

As informações devem permitir não só a avaliação económica, como também a avaliação da qualidade dos serviços prestados.

Este tema requer muita reflexão para o aprimoramento da gestão dos hospitais e de outros serviços de saúde, salientando-se cada vez mais a relevância da informação para a gestão.

No âmbito global, o processo de controlo assenta na obtenção de informação que possibilite a formulação de diretrizes e a mensuração de resultados, tornando-se fundamental no auxílio à gestão.

O conjunto de instrumentos de apoio à gestão deve estar adaptado à dimensão e complexidade das organizações, por forma a promover uma adequada atuação que permita responder aos desafios do meio ambiente.

Toda a informação recolhida e tratada, que seja relevante, enriquece cada uma das funções da organização.

A partir da existência de um sistema de informação que recolha, sistematize e trate a informação relevante, a função controlo avalia o desempenho de cada elemento responsável e da organização como um todo e proporciona, eventualmente, o desencadear de ações corretivas.

O controlo organizacional é, assim, exercido através de diferentes mecanismos que tratam de motivar, orientar e contribuir para que o acompanhamento individual e organizacional seja o mais conveniente para alcançar os objetivos da organização.

Nesta perspetiva, o controlo não é apenas realizado pela gestão de topo, mas sim por todas e por cada uma das pessoas que fazem parte da mesma organização.

O controlo não é apenas realizado *à posteriori*, mas sim permanentemente, é adequado à estrutura de cada organização e não se centra exclusivamente nos resultados. Deve ser utilizado de forma flexível e constituir um instrumento orientado para aperfeiçoamento contínuo das pessoas e dos próprios processos.

Em termos práticos, o controlo de gestão pressupõe a existência de objetivos definidos, concretizados muitas vezes através da elaboração de orçamentos, planos e metas, que se assumem como linhas de orientação para o desenvolvimento da instituição no período a que se referem.

Nesse contexto, o controlo de gestão possibilita a comparação entre a *performance* prevista aos mais diversos níveis e aquela que efetivamente se vai verificando, proporcionando a partir daí tomadas de decisões corretivas, caso se constatem desvios face ao previsto.

Por outras palavras, à medida que os gestores têm acesso à informação, vão confrontando a *performance* efetiva comparativamente à planeada. Caso sejam verificadas diferenças relevantes, ou a existência de problemas, torna-se necessário a tomada de decisões de correção ou, eventualmente, a revisão dos objetivos previamente delineados.

Para uma atuação eficaz, a ferramenta fundamental para o controlo de gestão é a informação, que deve ser acima de tudo fiável e oportuna, na medida em que informação errada e, ou, tardia pode ter efeitos perversos ou, no mínimo, tornar-se irrelevante.

O processo de recolha da informação de gestão deve estar adequado às necessidades dos responsáveis pela tomada de decisões.

O tratamento de informação estatística que complementa a informação contabilística revela-se importante, reforçando-se mutuamente na qualidade final da informação.

Sem números e indicadores não é possível gerir, sem números e indicadores adequados é impossível tomar decisões fundamentadas!

Esta é uma das áreas muitas vezes esquecida pelos gestores. Conquanto, tal como supracitado por Gouveia e Ranito (2004), como só pode ser mudado o que pode ser medido, torna-se imprescindível implementar um sistema que meça o desempenho global, por área, produto, cliente, distribuição, ou seja, por segmento.

Para além da orçamentação e do controlo orçamental, sobressai o *Tableau de Bord*, quadro de síntese apresentando um conjunto limitado de indicadores críticos de sucesso, obtidos e transmitidos em cima do acontecimento e que pode proporcionar comparações com os indicadores dos concorrentes ou dos melhores concorrentes (benchmarking).

Ainda não existe, contudo, consenso sobre qual o conjunto de indicadores mais adequados para avaliar o setor hospitalar. Ressalta-se que “os indicadores proporcionam informações apreciáveis para descrever tanto a realidade de saúde, como as modificações devidas à presença do serviço ou programa de saúde, (...) assim como são capazes de quantificar o nível de desempenho das atividades em relação a metas específicas, revelando também o grau de satisfação.” (Gouveia e Ranito, 2004, p. 8)

A qualidade de um indicador depende das propriedades dos componentes utilizados na sua formulação e precisão da informação, definindo-se o seu grau de excelência pela sua validade e confiabilidade. Outros atributos desejáveis para um indicador são a sua mensurabilidade, relevância e custo-efetividade.

É também desejável que os indicadores possam ser facilmente analisados e interpretados, sendo facilmente inteligíveis por todos os seus utilizadores.

Além disso, os indicadores precisam de ser simples e, particularmente, éticos!

Porém, a seleção de indicadores não se revela de todo pormenorizada, nem de todo enquadrada com as estratégias específicas de cada hospital, assumindo-se meramente listas “clássicas” de indicadores.

Apela-se para a continuidade dos esforços já encetados no que concerne à melhoria contínua dos indicadores, sendo possível encontrar muita informação essencial já existente nas bases de dados, uma vez que, apesar de alguns problemas de qualidade e integridade, existem muitas variáveis disponíveis nos sistemas da Administração Central do Sistema da Saúde (ACSS), evidenciando-se possibilidades passíveis de exploração.

A exploração da informação existente nas bases de dados dos nossos sistemas de saúde, complementando-as com levantamentos específicos de cada instituição, pode revelar um potencial de melhoria significativa neste setor.

No mesmo sentido, sobressaem limitações políticas e culturais das nossas organizações de saúde, deficiências na formação e capacitação das equipes, articulação deficiente entre os órgãos produtores de informação e falta de integração entre os sistemas informatizados, sendo todas essas barreiras importantes a serem superadas para se ampliar o uso de informações técnicas na gestão dos serviços e nos sistemas de saúde.

Recorda-se, por outro lado, que a implementação da contabilidade de custos nas entidades públicas auxilia a elaboração de orçamentos, a medição da eficiência, eficácia e economia, a identificação de sub-atividades e sobre-atividades, sustenta decisões, facilita informação a entidades financiadoras, permite elaborar comparações entre períodos homólogos, bem como entre custos reais e custos previsionais ou entre custos reais e contratados.

A Contabilidade Analítica ou de custos, também denominada de contabilidade de gestão (com o mesmo significado ou significado mais amplo), proporciona aos gestores a informação necessária ao planeamento e execução das funções de controlo, constituindo um eficaz instrumento de gestão por parte dos administradores públicos.

Deste modo, dada a habitual dimensão das instituições de saúde e a complexidade das atividades desenvolvidas, o PCAH instituiu um potente instrumento de gestão e um poderoso fator de análise dos elementos da saúde.

Na opinião de Macedo e Macedo (cit in (Carvalho, Costa, e Macedo, 2008, p. 31), a Contabilidade Analítica integra, assim, uma das peças fundamentais do sistema de informação de qualquer organização hospitalar.

Sublinhe-se que, nas entidades públicas, verificamos que os hospitais estão entre as que mais têm implementado a contabilidade analítica.

Este resultado talvez não surpreenda, tendo em conta o facto de o primeiro PCAH ter sido aprovado em 1996, bem como devido à premente necessidade de se promover a sustentabilidade financeira do setor da saúde.

A Contabilidade Analítica não deve (apesar de ser o que pode suceder), no entanto, existir apenas para reportar a informação exigida pela ACSS, não sendo utilizada pelos médicos e outros gestores no processo de decisão. “Existe um longo caminho a percorrer, antes que a informação sobre custos seja legitimada nas decisões médicas.” (Pereira et al., p. 6)

Nunca é, portanto, demais referir que muito ainda há para fazer.

É necessária “investigação que permita não só apoiar a gestão das unidades hospitalares na identificação das técnicas que são eficazes e quais não são, como também observar como se comportam os instrumentos de cariz contabilístico em ambientes para os quais não foram pensados inicialmente.” (Pereira et al., p. 7)

Considerando a complexidade da implementação da contabilidade de custos em entidades com características tão particulares, como são as organizações públicas do setor da saúde, haverá que captar devidamente as especificidades dessas entidades e do setor, promovendo, a partir daí, a permanente melhoria dos SCC na saúde.

Perfazendo, o contexto de mudança que hoje se caracteriza por uma intensa limitação e escassez de recursos, ao não permitir a satisfação de todas as necessidades, reforça a importância das dimensões da eficácia e da efetividade da informação que sustentem a tomada de decisões.

É neste contexto que a contabilidade está a alterar-se. Os gestores têm de recorrer a sistemas de informação eficazes.

Há que ter em atenção determinados fatores, considerando, muito para além do custo, o meio envolvente e as especificidades das entidades e dos setores de atividade.

Contribui-se no SIG substancialmente para a alteração do paradigma da gestão.

Incentiva-se uma gestão empresarial assente em informação relevante e atempadamente prestada.

O controlo de gestão destaca-se como uma função essencial de gestão. Sem números e outros *outputs* informativos não é possível gerir adequadamente.

Apesar do longo caminho já percorrido, há ainda muito que progredir, em particular na gestão do setor da saúde.

Todavia, com a continuidade dos esforços já encetados, será possível obter enormes resultados, uma vez que já se possui muita experiência, conhecimento das especificidades do setor e bastante informação. Esta ainda se encontra, porém, muito fragmentada.

Capítulo II - A Contabilidade de Custos nos Centros Hospitalares - especificidades e aspetos característicos

2.1) Contextualização da Contabilidade Analítica

2.1.1.) O modelo de Contabilidade de Custos assente no PCAH

A criação de um sistema de contabilidade analítica, quer nas organizações públicas quer nas privadas, revela-se de extrema importância, num contexto em que as várias entidades se deparam com a necessidade gerir adequadamente os recursos ao seu dispor, com eficácia, eficiência e economia.

A aprovação do Plano Oficial de Contabilidade Pública (POCP) veio tornar obrigatória a contabilidade analítica nas entidades públicas, não criando contudo regras para o seu desenvolvimento.

Segundo Jones e Pendleburg (1996) (cit. in Carvalho et al., 2008, p. 30), a Contabilidade Analítica ou de gestão tem como objetivo básico proporcionar aos gestores a informação necessária para levar a cabo o planeamento e executar as funções de controlo. Efetivamente, “quando direcionada para a administração pública, a contabilidade analítica é o sistema que regista e analisa, em pormenor, componentes do património da instituição para finalidades de gestão.” (Carvalho et al., 2008, p. 30)

Deste modo, a implementação de um sistema de contabilidade analítico nas entidades públicas pretende obter dados, tais como comparações de centros de produtos, custos reais e previsionais; facilitar informação a entidades financiadoras; apoiar decisões, medir eficiência, eficácia, economia, subatividade e sobreatividade.

Neste seguimento, a *Nova Gestão Pública* (NGP) veio reformar a contabilidade pública em Portugal, o que levou ao reforço do papel da contabilidade analítica na avaliação e controlo dos resultados de gestão.

Não obstante, os vários planos (POCM, POCAL, POC-EDU, POCISSSS³) que foram despontando na sequência da aprovação do POCP, criaram uma série de

³ POCP – Plano Oficial de Contabilidade Pública; POCAL – Plano Oficial de Contabilidade das Autarquias Locais; POCMS - Plano Oficial de Contabilidade do Ministério da Saúde; POCISSSS - Plano Oficial das Instituições do Sistema de Solidariedade e de Segurança Social; POC-Educação

mecanismos e regras conducentes ao efetivo apuramento de custos e, nalguns casos, também de proveitos e resultados das entidades públicas.

Deste modo, a Contabilidade Analítica aprovada no Plano Oficial de Contabilidade do Ministério da Saúde (POCMS) é igualmente de aplicação obrigatória nas instituições do Serviço Nacional de Saúde, para as quais foi aprovado um plano de contabilidade analítica, e que constitui “um potente instrumento de gestão e um importante fator de análise dos elementos da saúde. Na opinião de macedo e macedo (2005), a Contabilidade Analítica constitui uma das peças fundamentais do sistema de informação do hospital.” (Carvalho et al., 2008, p. 31)

Para o conjunto de instituições abrangidas pelo Sistema Nacional de Saúde (SNS) foi aprovado, a 27 de novembro, 1996 o PCAH, tendo já sido revisto e atualizado, apresentando-se atualmente na 3ª edição (datado de maio, 2006). O PCAH “é de aplicação obrigatória nos hospitais do SNS e compreende as normas e procedimentos para preparação deste sistema contabilístico.”(Carvalho et al., 2008, p. 32) Revela-se, porém, um instrumento de trabalho fundamental para todos os que, direta ou indiretamente, trabalham com a contabilidade de custos e/ou analítica.

No entanto, dada a complexidade destes sistemas, as várias entidades públicas têm relegado para segundo plano a correspondente implementação.

Sendo a contabilidade analítica interna fundamental para a gestão de qualquer instituição hospitalar, o plano vem definir/estabelecer linhas orientadoras para uma uniformização dos critérios de imputação e formas de distribuição dos custos e proveitos, possibilitando com esses dados diversos estudos entre várias unidades hospitalares.

O referido plano pretende, assim e essencialmente, contribuir para o apuramento de dados analíticos e para um adequado controlo de gestão, que permitam a utilização dos recursos de uma forma racional. Por si, “conjugando as regras previstas nos Planos Oficiais de Contas analisados, um possível modelo para apuramento de custos, nas entidades públicas, poderia partir de uma conjugação do método das secções homogéneas com o sistema de custos,”(Carvalho et al., 2008, p. 36) onde “os custos da classe 6, da Contabilidade Geral, são classificados, numa primeira fase, em diretos e indiretos, na medida em que todos os planos sugerem esta reclassificação. (Carvalho et al., 2008, p. 36)

Neste sentido, atento ao estipulado no PCAH, e conforme o estabelecido pelo Decreto-Lei nº 19/1988, de 21 de janeiro, que estabelece o regime jurídico da gestão hospitalar, os hospitais organizam-se por centro de custos, sendo estes constituídos por níveis intermédios de administração com algum grau de autonomia.

Segundo a definição exposta no PCAH, as secções homogéneas constituem centros de custos/proveitos, caracterizados pela subordinação a dado responsável, pela homogeneidade de funções e pelo estabelecimento de unidades de medida da respetiva atividade.

Deste modo, os custos das várias entidades são agrupados em função da sua classificação orgânica, pelo que o organigrama da instituição irá permitir identificar, distinguir e distribuir os diversos custos pelos centros relacionados com as distintas funções e serviços. Esta distribuição permite a comparação entre centros de custos análogos no seio do mesmo organismo.

Em cada centro desenvolvem-se, geralmente, diversas atividades.

Assim sendo, os custos dos vários centros devem ser repartidos pelas atividades desenvolvidas nesses mesmos centros.

Identificados os *cost drivers* (indutores de custo, tradicionalmente designados, no método das secções homogéneas, por unidades de obra, isto é, medidas representativas dos níveis de atividade desenvolvidos) de cada uma das atividades, os custos correspondentes devem ser transferidos para respetivos beneficiários.

Os “centros de custos” são, portanto, segmentos da estrutura organizacional, que recolhem os respetivos custos diretos (isto é, os custos exclusivos ou específicos do segmento), bem como a parte que a cada um compete dos custos indiretos, ou seja, dos custos comuns a vários centros. Haverá, de seguida, que atender às atividades desenvolvidas em cada centro e, através de unidades de medida ou de ponderações, determinar os custos unitários das secções homogéneas,

As instituições para efeitos de gestão interna poderão proceder ao desdobramento dos centros de custos até ao nível pretendido (limite máximo de sete dígitos para cada desdobramento de acordo com aplicação do SIDC – Sistema de Informação Descentralizado de Contabilidade. Contudo, no envio dos elementos analíticos, ao IGIF [Instituto de Gestão Informática e

Financeira da Saúde], as unidades hospitalares deverão respeitar os centros de custos do PCAH. (Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde, 2007, p. 9)

O PCAH impõe ainda que as instituições hospitalares, ao desenvolverem atividades diferenciadas, agrupem essas atividades em secções principais e auxiliares, administrativas e secções com custos não imputáveis.

Secções principais são aquelas que correspondem a atividades diretamente ligadas aos fins da instituição (por exemplo o internamento, a consulta externa, etc.). Estas secções são, para efeitos de codificações, inicializadas com o dígito 1.

São secções auxiliares as que concorrem com os seus serviços para outras secções, subdivididas em secções de apoio clínico, que se iniciam com o código 2 (anestesiologia, bloco operatório, etc.) e secções de apoio geral, (alimentação e dietética, lar, etc.), estas codificadas com 31 e/ou 32.

Há também as secções administrativas, codificadas com o dígito inicial 4, que correspondem a atividades gerais e que prestam serviços a todas atividades; exemplos, administração, contabilidade, aprovisionamento, entre outras.

Por último, o PCAH define secções não imputáveis, que são as que integram custos e proveitos considerados não imputáveis (não atribuíveis a quaisquer outros centros), agregando, por exemplo, custos de exames requisitados pelo exterior. Todos os custos não imputáveis são assim integrados na codificação inicializada pelo dígito 9.

No sentido de garantir a gestão controlada dos custos das secções e possibilitar a comparação de custos/proveitos interserviços, as instituições hospitalares devem, portanto, observar imputações respeitando o *método das secções homogéneas*.

Além da estatística prevista no POCMS, os hospitais devem transmitir mensalmente à secção da contabilidade analítica, elementos estatísticos das unidades produzidas, por secção homogénea.

2.1.2.) Apuramento de custos

De acordo com os critérios estabelecidos no PCAH, o apuramento dos custos das secções homogéneas efetua-se em quatro níveis, designadamente:

- um primeiro nível, que consiste na atribuição dos custos diretos pelas secções principais, auxiliares e administrativas; ou seja, os custos que são exclusivos ou específicos de dada secção são afetados a essa mesma secção;

- um segundo nível, que integra agora o primeiro nível de atribuição dos custos indiretos (indiretos, bem entendido, quanto às secções de destino), consiste na distribuição dos custos totais das secções administrativas pelas secções auxiliares e principais;

- o terceiro nível consiste, por sua vez, na distribuição dos custos diretos e indiretos agregados nas secções auxiliares de apoio geral às secções beneficiárias das respetivas atividades.

- no quarto e último nível, distribuem-se os custos totais das secções auxiliares de apoio clínico às secções principais beneficiárias dessas atividades.

Este processo de imputação encontra-se esquematizado no anexo IV.

Detalhando com maior especificidade o processo de apuramento de custos, salienta-se que determinados custos são consequência direta da atividade de uma secção homogénea, associando-se a esta sem qualquer dificuldade. É a estes custos que chamamos diretos - exclusivos ou específicos de dada secção - cuja afetação à secção a que respeitam corresponde ao primeiro nível de imputação dos custos.

Consoante vão ocorrendo custos, estes são inicialmente classificados, por naturezas, em contas de contabilidade geral, sendo reconhecidos, no final de cada período, consumos variados, fornecimentos e serviços externos, custos com pessoal, entre outros custos por naturezas.

E, de seguida, os custos por naturezas são reclassificados e atribuídos aos vários centros previstos pelo plano da contabilidade analítica.

No processo de apuramento dos custos diretos, o PCAH refere alguns aspetos a ter em consideração, tais como à medida que as secções vão requisitando bens e serviços para consumo deve registrar-se corretamente o centro de custo.

A repartição das despesas com pessoal pelas várias secções homogéneas obedece a regras como: para os profissionais que desenvolvem a sua atividade num único setor, o

departamento de recursos humanos deve afetar o funcionário a esse centro de custo – trata-se de um custo exclusivo do centro; para os funcionários que desenvolvam atividades em mais do que um setor, “a distribuição da sua carga horária pelos diferentes centros de custos deverá ser repartida pelas diversas secções homogéneas de acordo com atividade desenvolvida em cada uma delas. Por exemplo, as funções de direção de serviço, formação, ensino e investigação devem ser imputadas às secções homogéneas afetas à sua atividade.” (Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde, 2007, p. 29)

Os fluxos (isto é, os movimentos de documentos e de informação) entre as unidades de saúde, resultantes de subcontratos, são imputados pelos serviços financeiros às secções principais e auxiliares de apoio clínico, de acordo com as prescrições efetuadas em cada uma dessas secções.

A atribuição dos restantes custos, nomeadamente fornecimentos e serviços e outros custos e perdas operacionais, deverá ser efetuada pelos serviços financeiros à medida que as faturas (ou outros documentos) são contabilizadas nas contas de contabilidade geral.

As amortizações devem ser determinadas de acordo com as taxas de amortização previstas na legislação em vigor.

Após os apuramentos dos custos descrito anteriormente, é necessário distribuir os custos das secções auxiliares e administrativas pelas diversas secções utilizadoras dos serviços daquelas.

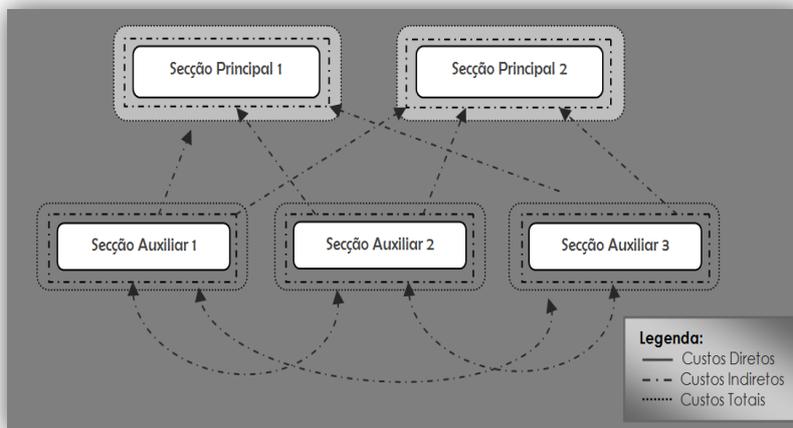
Com vista a imputar os custos da instituição às diversas secções principais, há que assentar numa metodologia que permita distribuir os custos das secções auxiliares pelas principais, com base em critérios de utilização dos recursos das secções auxiliares. Essencialmente, é possível distinguir três formas de se conseguir essa distribuição: o método da distribuição direta, o método da distribuição sequencial e o método da distribuição recíproca.

Centrar-nos-emos no terceiro método, o método da distribuição recíproca, uma vez que se revela como o mais preciso e é a abordagem prevista pelo PCAH.

Verifica-se, com efeito, que falta fiabilidade ao método da distribuição direta, uma vez que presume que as atividades das secções auxiliares e administrativas apenas se reportam às secções principais, numa relação direta. Também o método da distribuição sequencial, apesar de distribuir os custos pela secções principais, administrativas e

auxiliares, não prevê que uma secção auxiliar preste serviços a uma outra secção auxiliar da qual receba, reciprocamente, serviços/custos.

A fim de superar tais limitações, recorre-se ao método da distribuição recíproca. Este é, portanto, o único dos três métodos que reflete todas as relações de prestação de serviços, permitindo que as prestações recíprocas ou mútuas sejam tidas em conta na distribuição dos custos, considerando devidamente casos em que, por exemplo, a secção



A fornece serviços à secção B e, simultaneamente, recebe serviços da secção B.

O método da distribuição recíproca envolve, no entanto, operações complexas. “A sua aplicação prática obriga à utilização de ferramentas informáticas, nomeadamente ao nível da folha de cálculo, uma vez a resolução de equações que este método implica devido às prestações recíprocas apenas é possível através da álgebra matricial.” (Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde, 2007, p. 50)

A sua representação gráfica encontra-se na ilustração 1.

Tendo em conta que é o único método conceptualmente preciso, o IGIF disponibiliza uma ferramenta auxiliar para que seja possível a qualquer instituição hospitalar recorrer à utilização do referido método.

Assim, de forma simples e rápida, é possível a qualquer instituição hospitalar obter a completa distribuição dos custos das suas secções auxiliares e administrativas.

Há, agora, que sublinhar que os custos totais de uma secção homogénea resultam do somatório dos respetivos custos diretos e indiretos, sendo o custo unitário da secção o valor dado pela divisão entre o correspondente custo total e o nível de atividade/produção da secção em causa.

Designa-se, assim, por custo unitário direto o valor que resulta da divisão entre o custo direto de uma secção pela atividade/produção da mesma e por custo unitário indireto o valor que resulta da divisão entre o custo indireto de uma secção pela atividade/produção da mesma.

O PCAH estabelece algumas aspetos a serem observados, tais como a hora de trabalho, nas oficinas, dever ser apurada pela divisão dos custos totais de cada secção pelo respetivo número de horas trabalhadas.

Há, portanto, que apurar as “horas/trabalho” envolvidas em cada tarefa requisitada, por forma a que se possa imputar, a cada serviço requisitante, o custo das horas de trabalho de que beneficiou.

Está também estabelecido que a “central de incineração” deve criar e manter informação estatística facultando o número de “kg de lixo tratado”, que se destinem a ser incinerados e que tenham sido remetidos por cada serviço.

No serviço de viaturas, e na medida do possível, deve criar e manter-se informação estatística que traduza o número de “km” percorridos ao serviço de cada uma das várias secções.

Por forma a existir homogeneidade entre as diversas instituições hospitalares, no que respeita à produção/atividade de cada secção homogénea, são apresentados pelo PCAH um conjunto de mapas especificando grelhas para o apuramento do custo das unidades de obra das mesmas, ou seja, tabelas com vista ao apuramento uniformizado do custo, das unidades de obra das secções homogéneas.

Em anexo V segue o mapa exemplo da realização das secções homogéneas, retirada da 3ª edição do PCAH.

2.2) Contratualização dos hospitais

A contratualização dos hospitais, centros hospitalares e unidades locais de saúde do SNS visa enquadrar, regular e normalizar objetivos a serem atingidos e, em contrapartida, financiamentos das instituições prestadoras de cuidados de saúde diferenciados.

Definimos, assim, contratualização como o relacionamento que se estabelece entre financiadores, compradores e prestadores dos cuidados de saúde, baseado em autonomia e responsabilidade das partes e assente numa filosofia de direitos e obrigações, tornando explícita a ligação entre financiamentos atribuídos e resultados esperados, definindo como

objetivos metas de produção, acessibilidades, efetividades e desempenhos económico-financeiros, no pressuposto de que a monitorização e acompanhamento destas dimensões estratégicas do sistema de saúde contribuem para assegurar o objetivos fixados.

Desde 2007, o processo de contratualização implica uma prévia calendarização das ações a executar, as quais contam com a participação da ACSS, Ministério da Saúde, Administração Regional de Saúde (ARS), (departamentos de contratualização) e as entidades prestadoras (hospitais, centros hospitalares, unidades locais de saúde (ULS)).

De entre as iniciativas tomadas para se alcançar as metas visadas, implementou-se um processo de planeamento estratégico ao nível dos hospitais, com a definição de planos a três anos, que permitam garantir a sustentabilidade a médio prazo de cada unidade hospitalar.

No mesmo sentido, deu-se “cumprimento à unificação dos documentos previsionais existentes (i. é Plano de Negócios; Plano de Desempenho; Plano de ajustamento; Demonstrações Financeiras). Assim, as entidades passam a utilizar um instrumento previsional único de acordo com orientações da Tutela para o triénio.” (Administração Central do Sistema de Saúde, 2012, p. 4)

Todos os anos as entidades têm o dever de rever este instrumento, de acordo com a execução corrente e as previsões ajustadas, estando o referido instrumento previsional único associado ao processo de contratualização hospitalar.

De forma decisiva, o instrumento previsional único deve proporcionar um melhor alinhamento estratégico dos vários níveis da administração e a melhoria dos mecanismos de controlo de gestão.

Detalhando o processo de contratualização, esta é inicializada por um estudo e aprofundamento metodológico preparatório, passando por revisões e atualizações de preços, modelos e grupos de financiamento, bem como por distribuição de dotações.

Posteriormente a este estudo prévio, dá-se início ao processo de contratualização propriamente dito.

Neste sentido, o referido processo acomoda três fases explícitas, que se diferenciam pelos distintos objetivos a que se propõem e que determinam interlocutores e responsabilidades distintas no horizonte temporal abrangido.



Ilustração 2. Fases do processo de contratualização

Fonte: Elaboração própria, baseado no Manual do Processo de Contratualização (2011) p.6

Dando início à contratualização é realizado um planejamento e avaliação das necessidades em saúde e a definição das prioridades de investimento.

Neste âmbito, é definida, pelas Administrações Regionais de Saúde, uma metodologia de distribuição de recursos financeiros, definindo preços e fixando objetivos.

A essa etapa equipara-se a revisão de matrizes do plano de desempenho, onde são identificadas as linhas estratégicas de desenvolvimento da atividade para o ano seguinte.

O plano de desempenho revela-se um instrumento de gestão que serve de suporte à gestão, integrando em si a finalidade de ajustar os níveis de atividades aos resultados a obter, enquadrados por linhas orientadoras de atividade e desempenho das instituições. Apresenta a proposta global da atividade, identifica recursos humanos e a capacidade instalada associados à proposta de atividade e por último recolhe informação de suporte ao Contrato-Programa.

Numa segunda fase desencadeia-se a fase de negociação, procedendo-se a recolha de informação junto das instituições a contratualizar, no intuito de rever falhas, proceder a ajustamentos e melhorias, definindo necessidades em saúde e prioridades de investimento. Caracteriza-se pelo preenchimento, por parte das instituições prestadoras, de um conjunto de tarefas disponibilizadas na plataforma de Sistema de Informação para Contratualização e Acompanhamento, designada de SICA e que no seu conjunto integra-se igualmente no plano de desempenho.

O tratamento e validação desta informação, possibilita a disponibilização de relatório *standard* (mapas de apoio às negociações e mapas resumo), assim como proporcionam a seleção e disponibilização de dados necessários à simulação de montantes de financiamento a atribuir às instituições.

O referido plano de desempenho a preencher é disponibilizado em tempo adequado na plataforma SICA (apresentada no próximo subcapítulo), possibilitando a recolha de dados das instituições prestadoras ao nível da atividade e estrutura.

Para tal, a plataforma SICA suporta a integração de dados do plano de desempenho anual (efetuada por cada instituição interveniente), a consulta central de dados inseridos pelas instituições, o controlo do processo de contratualização, a possibilidade de efetuar simulações a partir de dados já integrados, com vista a atingir um determinado orçamento, a produção de outputs.

Nesta etapa assume igual importância a elaboração ou atualização da metodologia do contrato-programa para o ano seguinte, de acordo com as orientações superiormente emanadas, assim como a preparação do documento que consubstanciará o contrato-programa.

Dá cumprimento à celebração de contratos-programa com as ARS, nos quais sejam definidos os objetivos a atingir acordos com a tutela, assim como os indicadores de atividade que permitam aferir o desempenho das respetivas unidades.

A negociação do contrato-programa tem como objetivo ajustar as propostas de produção às necessidades em saúde da população, acordando-se níveis de produção que assegurem os princípios de equidade, eficiência e efetividade do sistema, bem como da sustentabilidade económico-financeira.

O contrato-programa é o documento que formaliza o acordo, definindo os termos e as condições a que as partes se obrigam. Tendo vigência trienal, os anexos e apêndices são anualmente alvo de processos de revisão.

Por último, após as devidas negociações, estando acordadas as quantidades e volumes financeiros de cada contrato, formalizados (através de assinatura) e seguidos da homologação e publicação dos contratos-programa, inicia-se a fase de monitorização e acompanhamento. Ou seja, procede-se ao acompanhamento e avaliação dos desempenhos dos objetivos contratualizados.

No sentido de um contínuo acompanhamento efetivo, é definido e estipulada a metodologia de pagamento aos hospitais públicos relativamente à produção contratada e aos resultados previstos.

Quanto ao acompanhamento, o modelo de monitorização, operacionalizado na plataforma do SICA, descreve o conjunto de tarefas que visam a recolha sistemática de dados necessários à construção de indicadores que reflitam uma imagem instantânea sobre

aspectos específicos do desempenho. Para este efeito são consideradas dimensões de análise capazes de traduzir as perspetivas consideradas, selecionando-se indicadores relevantes e sobretudo operacionais.

A fase de monitorização e acompanhamento assume um papel fundamental no controlo orçamental e no efetivo cumprimento dos cuidados de saúde a realizar no âmbito do SNS.

Cumulativamente, é prestado apoio às ARS no processo de negociação, acompanhamento e avaliação dos hospitais, bem como realizado o acompanhamento da execução dos contratos-programa, nas vertentes produção e económico-financeira.

São igualmente realizadas validações e é executado um efetivo controlo à faturação da atividade contratada com os hospitais do SNS.

Complementarmente, são desenvolvidos projetos, como por exemplo estudos do sistema de custeio baseado em atividades, nos hospitais do SNS, para aperfeiçoamento dos preços.

Todo o processo de contratualização é suportado na aplicação informática SICA, modelada em função das necessidades de informação que suportam as fases do processo, de modo a receber todos os *inputs* e emitir os *outputs* necessários ao processo de contratualização.

O processo global de contratualização é normalmente iniciado a partir do segundo trimestre do ano anterior ao ano para o qual se pretende contratualizar.

A fase de monitorização, pela natureza do exercício em si, decorre durante o ano contratualizado.

Finda a avaliação do grau de cumprimento das metas contratadas e dos objetivos de desempenho alcançados, dá-se por terminado o processo de contratualização, o que ocorre após o encerramento do ano de referência, procedendo-se de seguida a acertos de contas respeitantes ao processo de faturação do contrato-programa. “O processo de contratualização hospitalar deve demonstrar a sua mais-valia enquanto provedor do acesso e garante da sustentabilidade das instituições e do SNS” (Administração Central do Sistema de Saúde, 2012, p. 3)

2.2.1) A plataforma SICA

Para suportar o modelo de contratualização, a ACSS encetou o desenvolvimento de uma plataforma informática, por forma a assegurar o cumprimento das necessidades

funcionais, quer do ponto de vista operacional (eficácia e eficiência) quer do ponto de vista analítico e de suporte às decisões (monitorização e planeamento), a par de melhorias operacionais em cada fase do processo.

A essa plataforma foi atribuída a designação SICA, “*Sistema de Informação para Contratualização e Acompanhamento*”.

É assim prestado apoio de gestão, desenvolvimento e exploração por parte do SICA, o qual possibilita aceder (ininterruptamente) à visualização da execução do contrato-programa, sendo possível verificar valores referentes à produção contratada, faturada, à diferença entre o contratado e o faturado e aos valores referentes à produção marginal.

Com base no SICA, é enviada a previsão para contratualizar com o Ministério, sendo reportado mensalmente, até ao dia 21 do mês seguinte, os dados da linha de produção.

Deste modo, é possibilitada a comparação entre a produção e o contratualizado, elaborando-se documentos de estimativa do valor de faturação ao SNS.

Na mesma base de dados é possível aceder-se aos indicadores dos hospitais nacionais, bem como aos objetivos regionais e nacionais, entre outros.

No âmbito das reformas em curso para os cuidados de saúde primários, e com o objetivo de consolidar o processo de contratualização com as respetivas entidades prestadoras de cuidados de saúde, a ACSS promoveu a inclusão do modelo de contratualização resultante das recomendações propostas pelo Grupo de Trabalho para o Desenvolvimento da Contratualização com os Cuidados de Saúde Primários, na plataforma SICA, no sentido de assegurar a necessária adequabilidade funcional do processo.

As tarefas disponibilizadas na plataforma SICA, no seu conjunto, constituem o que chamam de “plano de desempenho anual”.

Os planos de atividade realizados são sujeitos a contratualização, pelo que o desenvolvimento das atividades dos departamentos/centros de resultados e serviços têm por base planos de atividade anuais, da responsabilidade dos respetivos conselhos de gestão ou direção.

Esses planos de atividades são elaborados por cada departamento ou serviço e submetido à apreciação do Conselho de Administração até 31 de julho, devendo contemplar, entre outros aspetos, a previsão da atividade e os recursos necessários, quer de exploração, quer de investimento.

Após negociação com o Conselho de Administração, será formalizado, em conjunto com o conselho de gestão ou direção respetiva (sempre que não estiverem integrados em Departamentos), o programa anual que constituirá o principal instrumento de avaliação da atividade do departamento ou serviço.

Até ao dia 28 de Fevereiro do ano seguinte, o conselho de gestão ou a direção do serviço, conforme o caso, elaborará relatório anual da atividade, a submeter à apreciação do Conselho de Administração.

Com base em informação de gestão, são emitidos relatórios de acompanhamento dos hospitais EPE⁴ (Entidades Públicas Empresariais) e relatórios de contas anuais, nos quais são apresentados os dados económicos e financeiros por hospital bem como para toda a rede EPE no respetivo ano e no ano anterior.

2.3) Informação de gestão

Desde 2002, é possível aceder a todos os dados analíticos, até ao último ano publicado, na Base de Dados dos Elementos Analíticos, a BDEA, plataforma “on-line” que é uma ferramenta auxiliar permitindo consultar de forma dinâmica os elementos analíticos remetidos pelos hospitais do SNS.

No mesmo âmbito, semestralmente são publicados os custos diretos de forma pormenorizada.

No *website* da ACSS são divulgados os relatórios, estatísticas, informação financeira e de gestão no âmbito do SNS, publicados sob diversas formas: relatórios, indicadores, estudos, publicações, estatísticas, bem como análises e outras informações.

É também possível aceder às contas globais do serviço nacional de saúde, ao PCAH e a outros *outputs* da contabilidade analítica relativos aos hospitais.

⁴ Hospitais EPE: Entende-se por empresarialização de hospitais “a criação de um modelo organizativo, económico-financeiro e cultural centrado no utente e assente na eficiência de gestão. E m termos jurídicos, estas alterações de modelo representam a transformação dos hospitais em entidades públicas empresariais.” (Centro Hospitalar do Porto EPE, 2012a)

Quanto a informação de atividade, anualmente é publicado o relatório nacional de GDH⁵, bem como estatísticas relativas ao movimento assistencial dos hospitais centrais, distritais, nível 1 e centros de saúde.

São apresentados a inventariação do pessoal do setor da saúde, constituindo um instrumento de atividade de planeamento do SNS.

O inventário do pessoal do setor é atualizado anualmente, sendo apresentados planos regulares anuais referentes à afetação de recursos humanos. O inventário de pessoal do setor detalha o total de empregos (médicos e enfermeiros), desagregados por categoria, região, entidade, instituição e administração direta e indireta.

Os balanços sociais constituem instrumentos de planeamento e gestão nas áreas sociais e de recursos humanos.

Para além dos indicadores relativos ao ano em análise, os balanços sociais do Ministério da Saúde apresentam análises comparativas com anos anteriores, facilitando reflexões relativamente às tendências observadas como consequência das políticas seguidas, corrigindo-as ou consolidando-as. O balanço social é um instrumento essencial à gestão das organizações, na medida em que permite avaliar o seu desempenho social e o desenvolvimento do respetivo capital humano, através de um conjunto de indicadores nas áreas dos recursos humanos e financeiros. O balanço social constitui, assim, um instrumento privilegiado de informação de gestão, que através da consolidação anual dos dados de recursos humanos serve de base ao diagnóstico e planeamento das organizações.

Elaborar o balanço social geral do Ministério da Saúde é responsabilidade da ACSS, o que salienta a importância de as entidades registarem rigorosamente a informação, tornando-a fidedel e permitindo consolidações adequadas.

⁵ “Os Grupos de Diagnósticos Homogéneos (GDH) constituem um sistema de classificação de doentes internados em hospitais de agudos que agrupa doentes em grupos clinicamente coerentes e similares do ponto de vista do consumo de recursos. Permite definir operacionalmente os produtos de um hospital, que mais não são que o conjunto de bens e serviços que cada doente recebe em função das suas necessidades e da patologia que o levou ao internamento e como parte do processo de tratamento definido.” (Ministério da Saúde, 2013)

Na sequência do despacho n.º 11374/2011, de 07 de setembro, a ACSS publica no seu *website* os principais dados de atividade, desempenho assistencial e económico-financeiro das entidades do SNS.

Tendo como objetivos a melhoria da informação e o conhecimento pela comunidade nacional do sistema de saúde português, uma das prioridades de intervenção governativa na área da saúde reside na disponibilização de informação pública mensal sobre o desempenho das instituições, competindo à ACSS acompanhar, avaliar e controlar o desempenho económico-financeiro dos serviços e estabelecimentos do SNS.

Capítulo III - Apresentação da entidade de acolhimento: enquadramento legal, orçamental, económico e financeiro da entidade, organização, sistema contabilístico e informático, sistema de apuramento e controlo de custos

3.1.) Contextualização da entidade de acolhimento

A entidade acolhimento onde se realiza este estágio é o Centro Hospitalar do Porto. O estágio foi executado no Serviço de Informação e Gestão (SIG), sobre a temática “obtenção e tratamento de dados para informação de gestão, incluindo apuramento de custos.”

Ao longo deste relatório, conforme solicitado pelo orientador Prof. Dr. Rui Mota, e de acordo com a mestrandia, Teresa Ribeiro, e o orientador do CHP, Dr. Delfim Garrido, iremos referir a informação geral recolhida, relativa à entidade de acolhimento, nomeadamente no que respeita à sua estrutura, organização e funcionamento.

Iremos começar por um breve enquadramento do Centro Hospitalar na região, nomeadamente a sua área de influência, a situação económico-social e demográfica da região, bem como dados regionais sobre a saúde e educação.

Posteriormente e com maior importância, abordaremos o CHP em concreto, nomeadamente a sua constituição, fundação, objetivos e linhas estratégicas, as respetivas especialidades, instalações físicas, caracterização dos recursos humanos e legislação aplicável.

Incidiremos essencialmente sobre a estrutura organizacional do Hospital, designadamente os seus níveis organizacionais, Comissões⁶, Departamentos, Serviços e Unidades.

Por último, finalizamos com uma breve abordagem ao serviço onde o estágio decorreu, isto é, o SIG, pelo que iremos prestar informação sobre a sua organização, competências e funções.

⁶ Designam-se de comissões, órgãos multidisciplinares de apoio ao conselho de administração, tendo em vista abranger aspetos fundamentais dos problemas de uma determinada área específica do hospital com atividade assistencial, ensino universitário e investigação.

De seguida, realizamos uma caracterização sucinta da população das áreas de influência e referência do CHP, em três vertentes: demografia, situação económico-social e educação e saúde.

Relativamente à demografia, a Região Norte é a mais populosa de Portugal, representando 37% da população residente do Continente, sendo que o Grande Porto é a unidade territorial do Norte com mais população (35% dentro da região norte).

Verificamos que ao contrário ao sucedido antes de 2001, a região do Norte entre 2001 e 2011 apresenta uma taxa de crescimento populacional bastante inferior à registada no Continente. Segundo o Relatório de Contas de 2011 (2012) “a população residente na cidade do Porto e em Gondomar tem vindo a decrescer desde 1991 até 2011.” (Centro Hospitalar do Porto EPE, 2012c, p. 7)

Quanto à estrutura etária, verificou-se que mais de metade da população (60%) pertence ao grupo da população ativa. “A distribuição da população por sexo segue a mesma tendência ao longo dos grupos etários definidos, ou seja, existe uma prevalência do sexo feminino sobre o masculino. A exceção encontra-se no grupo etário dos 15 aos 24 anos.” (Centro Hospitalar do Porto EPE, 2012c, p. 7)

No decorrer dos anos tem-se verificado a tendência para se planear cada vez mais tarde o nascimento do primeiro filho. Em particular, “na zona do Grande Porto, verificamos que a idade média da mãe para ao nascimento do primeiro filho é superior à média nacional, registando um valor de 29,1 anos.” (Centro Hospitalar do Porto EPE, 2012c, p. 8)

A esperança de vida à nascença tem apresentado, ao longo dos tempos, um ligeiro crescimento, rondando os 79 anos. Destaca-se que “a taxa bruta de natalidade apresentou, entre 2003 e 2010, uma tendência generalizada de decréscimo, embora comparando o ano 2010 com o ano 2009 se tenham registado ligeiros aumentos. Também neste indicador, o Grande Porto regista valores acima dos registados em Portugal.” (Centro Hospitalar do Porto EPE, 2012c, p. 8)

No que respeita à taxa de mortalidade, constata-se um ligeiro aumento em 2010 (relativamente a 2009), sendo que a região do Norte e do Grande Porto mantêm a sua taxa inferior à dos registos nacionais.

Nas taxas de mortalidade infantil (neonatal precoce, neonatal tardia, neonatal, pós-neonatal e infantil), averiguou-se que esta é relativamente maior nas crianças do sexo masculino (dados de 2011, fonte INE), registando-se em 2010 os valores mais baixos desde

2005, não se notando nesse ano qualquer diferença entre a taxa de mortalidade feminina e masculina.

Segundo o relatório de contas de 2011 (2012),

A taxa de mortalidade neonatal, em 2010, diminuiu para 1,7 óbitos por mil nados vivos, face ao valor de 2,5% registado em 2009, em consequência quer da redução no número de óbitos neonatais, quer do acréscimo registado no número de nados vivos.

A tendência global de redução da mortalidade neonatal reflete, sobretudo, o declínio da mortalidade neonatal precoce, ou seja, a redução dos óbitos ocorridos na primeira semana de vida. (Centro Hospitalar do Porto EPE, 2012c, p. 10)

Quanto à situação económico-social, analisando períodos homólogos, verificamos um aumento da taxa de desemprego, destacando-se a zona Norte (no 4º trimestre de 2011), com uma taxa de 15,8% no sexo feminino. “O aumento do desemprego em Portugal tem assumido na Região Norte os seus contornos mais graves, com consequências no poder de compra *per capita*.” (Centro Hospitalar do Porto EPE, 2012c, p. 11)

A Região Norte demonstra um Índice de Renovação da População Ativa superior à média nacional.

No setor da educação e da saúde, de uma maneira geral, a Região Norte apresenta uma população com baixos níveis de instrução formal; porém, a cidade do Porto é uma exceção.

A taxa de abandono escolar diminuiu fortemente entre o período de 1991 e 2011, sendo que a Região Norte apresenta uma taxa de abandono escolar inferior à média do Continente (a taxa de abandono de Portugal, em 2011, situou-se em 1,58%, ao passo que a região Norte registou 1,45% - dados do INE)⁷

⁷Dados retirados do Instituto Nacional de Estatística, disponível em: http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0007139&contexto=bd&selTab=tab2

A área do Grande Porto é, depois do Baixo Mondego (que apresenta cerca 12,7 médicos por 1000 habitantes em 2011), uma das regiões com maiores rácios de enfermeiros e médicos por 1000 habitantes (7,1 médicos por 1000 habitantes, em 2011), situando-se acima da média nacional.

A tendência nacional, até 2011, de decréscimo do número de camas dos hospitais, não foi observada na zona Norte, tendo até então registado uma evolução crescente no número de camas nos respetivos hospitais.

3.3.) O Centro Hospitalar do Porto

3.3.1.) Fundação e objetivos estratégicos

Criado em Outubro de 2007, o CHP resultou da fusão de três hospitais da cidade, o Hospital Geral de Santo António (HGSA) , o Hospital Central especializado de crianças Maria Pia (HMP) e a Maternidade Júlio Dinis (HJD).

O Centro Hospitalar do Porto, EPE, adiante designado como CHP, é uma “pessoa coletiva de direito público de natureza empresarial dotada de autonomia administrativa, financeira e patrimonial, criada pelo Decreto-Lei n.º 326/2007, de 28 de Setembro, com sede no Largo Professor Abel Salazar e instalações no Hospital Geral de Santo António.” (Centro Hospitalar do Porto E.P.E., 2008, p. 1)

Este novo aglomerado hospitalar englobou, desde o seu início, um conjunto de três unidades: o HGSA, o HJU e a MJD, estando sediado nas instalações do Hospital de Santo António, que é a unidade central do aglomerado.

Tal como refere Dr. Sollari Allegro (2012), presidente do CHP, “o ano de 2011 foi extremamente atípico. O CHP viu a sua responsabilidade alargada com a fusão em Abril com o Hospital Joaquim Urbano” (Centro Hospitalar do Porto EPE, 2012c, p. 3)

Através do Decreto-Lei n.º30/2011 de 2 de Março, o Centro Hospitalar passa, assim, a contar com um universo de quatro unidades hospitalares, englobando o HGSA, o HMP, a MJD e o Hospital Joaquim Urbano (HJU).

O CHP é um hospital central e universitário que “visa a excelência em todas as suas atividades, numa perspetiva global e integrada da saúde.” (Centro Hospitalar do Porto EPE, 2012a, p. 1)

A sua missão centra-se na prestação de cuidados humanizados competitivos e de referência, “que melhorem a saúde dos doentes e da população, em atividades de elevada diferenciação e no apoio e articulação com as restantes instituições de saúde.” (Centro Hospitalar do Porto EPE, 2012a, p. 1)

Privilegia e valoriza o ensino pré e pós graduado e incentiva a investigação, com o objetivo de contribuir para o desenvolvimento da ciência e tecnologia da saúde.

Transmite a sua visão como se segue: “Melhor Hospital para Cuidar e Tratar dos doentes, melhor Local para Trabalhar, destacando-se pelas Boas Práticas Clínicas e de Gestão” (Centro Hospitalar do Porto EPE, 2012c, p. 23)

Na sua atividade, o CHP e as pessoas que o constituem orientam-se pelos seguintes valores: orgulho e sentimento de pertença; qualidade, assegurando os melhores níveis de resultados e de serviço; respeito pelo utente e pelos seus direitos, através do reconhecimento do carácter único de cada pessoa que procura seus serviços; cortesia profissional. (Centro Hospitalar do Porto E.P.E., 2008, p. 1)

Os princípios estruturantes e duradouros que orientam o comportamento e a atuação do centro hospitalar são: atitude centrada no utente e na promoção da saúde na comunidade; cultura do trabalho em equipa e do bom relacionamento interprofissional e interpessoal; diferenciação técnica e valorização profissional e pessoal.

Os seus valores resumem-se em SERVIR, ou seja, as políticas da organização assentam em:

Saúde dos doentes e qualidade de serviço estão primeiro.

Excelência em todas as atividades, num ambiente que privilegia a qualidade e a segurança.

Respeito pelas pessoas, trabalho de equipa e colaboração com outros profissionais.

Valor acrescentado para a população e sociedade.

Inovação para melhor servir o doente, para maior qualidade e sustentabilidade do hospital.

Responsabilidade, integridade e ética em tudo o que fazemos. (Centro Hospitalar do Porto E.P.E., 2008, p. 1)

Podemos afirmar que o CHP tem como objetivo principal a prestação de cuidados de saúde à população, desenvolvendo complementarmente atividades de investigação, formação e ensino.

Saliente-se, porém, que “o CHP vive desde a sua criação numa situação de défice estrutural. Este facto condiciona o seu desenvolvimento e afirmação num contexto regional e nacional.” (Centro Hospitalar do Porto EPE, 2012c, p. 63)

Os resultados desfavoráveis vêm contribuindo para diminuir os capitais próprios, conduzindo rapidamente, se a tendência não for invertida, a enormes dificuldades no cumprimento de responsabilidades para com terceiros.

Considerando tais dificuldades, “impõe-se claramente a necessidade de alterar a direção dos acontecimentos modificando o rumo do CHP de forma a garantir uma situação sustentável no futuro”. (Centro Hospitalar do Porto EPE, 2012c, p. 63)

Objetivos ambiciosos e medidas persistentes e adequadas no sentido de alcançar o equilíbrio económico da instituição constituirão o caminho para resolver uma situação estrutural preocupante para o futuro do CHP.

Observe-se, além disso, que:

A promoção da sustentabilidade ambiental é uma preocupação de fundo da Gestão do CHP, a qual mereceu consagração no seu Código de Ética que estabelece, no nº 8, a obrigatoriedade do Respeito pelo Ambiente e Sustentabilidade, estatuidando que *os profissionais do CHP, E.P.E., no exercício da sua atividade devem promover uma utilização racional dos meios que são colocados à sua disposição por forma a evitar desperdícios e danos ambientais, promovendo a reutilização e reciclagem sempre que tal seja possível.* (Centro Hospitalar do Porto EPE, 2012c, p. 87)

3.3.2.) Instalações físicas

Fazem parte dos edifícios do centro as instalações do HGSA, do HMP, da MJD, do HJU e do CMIN.

A unidade Hospitalar de Santo António é, por si só, constituída por vários edifícios. Integra, com efeito, o edifício neoclássico construído no séc. XVIII, considerado

monumento nacional, o edifício Dr. Luís de Carvalho, ligado ao anterior por uma galeria de dois pisos, bem como as instalações do Ex-Cicap.

O Centro Integrado de Cirurgia de Ambulatório (CICA) foi inaugurado em 2011, contando com um edifício constituído por 6 pisos (localizado nos terrenos posteriores ao edifício das consultas externas do Ex-Cicap), o qual foi concebido para a atividade de ambulatório.

A unidade HJU foi “fundada em 1884, integrando 22 edifícios implantados num espaço arejado da cidade com cerca de 2,3 hectares” (Centro Hospitalar do Porto EPE, 2012c, p. 22). Esta unidade encontra-se direcionada para o tratamento de doenças infecciosas e pneumológicas.

A unidade Maternidade Júlio Dinis (MJD) foi planeada, desde a sua origem (Setembro de 1939), para funcionar como maternidade, função que manteve ininterruptamente. O edifício principal é constituído por dois pisos no subsolo, um rés-do-chão e dois andares superiores. O atual pavilhão da Consulta Externa foi construído nos jardins da MJD.

O Serviço de Pedopsiquiatria tem as suas Instalações no Hospital Magalhães Lemos.

A Unidade HMP viu as suas instalações encerradas em outubro de 2012, pelo que a transferência dos serviços foi feita de forma gradual, para a unidade do HSA, na qual se manterá até à transferência definitiva para o Centro Materno Infantil do Norte (CMIN).

Atualmente encontra-se em construção um novo edifício, idealizado há mais de duas décadas, onde vão ser incluídas as valências de cuidados às utentes grávidas e às crianças, o CMIN.

Aproveitando o edifício da MJD e construindo um edifício contíguo de raiz, o CMIN ocupará uma área de cerca de 70 mil metros quadrados e disponibilizará 176 camas para pediatria e mais de 150 para obstetrícia. Será constituído por 13 pisos, dos quais dois subterrâneos, quatro para os 13 blocos operatórios, consultas externas, fisioterapia, pedopsiquiatria e outros serviços, mais sete exclusivos para internamento, para além de um heliporto.

Este novo Centro, irá concentrar o HMP, a MJD e os serviços de pediatria e obstetrícia o HSA e do Centro Hospitalar de Gaia.

Quanto aos recursos físicos afetos ao CHP, as unidades hospitalares contam com diversos equipamentos técnicos para desenvolvimento da atividade assistencial complementar.

Desses equipamentos destacam-se o da angiografia digital, o do ecógrafo colorido, o do mamógrafo, o da radiologia telecomandada com imagem digital, o da radiologia fixa convencional, o da ressonância magnética, o da tomografia axial computadorizada, os equipamentos para arquivo imagiológico, o da câmara gama, o osteodensitómetro, e, entre outros, o da litotricia extracorpórea.

3.3.3.) Especialidades e Valências do Centro Hospitalar

O CHP desenvolve a sua atividade em variadíssimas valências, repartidas por cinco linhas principais: internamento, cirurgia de ambulatório, hospital de dia, consulta externa e urgência.

Sumariamente as áreas vocacionais que mais se salientam do CHP são a cirurgia de ambulatório, cirurgia geral, gastroenterologia, cardiologia, angiologia e cirurgia vascular, dermatologia, endocrinologia, estomatologia, ginecologia e obstetrícia, neurologia, hematologia clínica, medicina física e de reabilitação, medicina interna, neurocirurgia, ortopedia, oftalmologia, otorrinolaringologia, paramiloidose, sono, urologia e pediatria.

3.3.4.) Estrutura organizacional

Encontra-se, de seguida, sintetizada a organização do CHP, a qual passamos posteriormente a descrever:

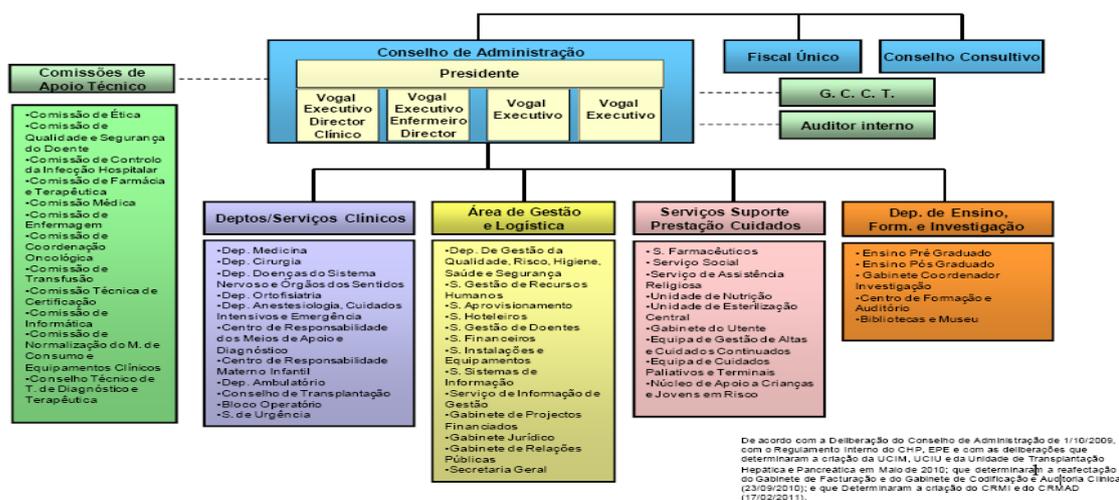


Ilustração 4 Organograma do Centro Hospitalar do Porto

Fonte: Informação disponível em: <http://www.chporto.pt/organograma.php>

Para melhor visualização, encontra-se em anexo e em tamanho maior, o presente organograma.

Segundo o Regulamento Interno da instituição, o qual rege toda a atividade e organização, os órgãos sociais do CHP são o Conselho de Administração, o Fiscal Único e o Conselho Consultivo.

O Conselho de Administração é composto pelo presidente e quatro vogais, integrando um diretor clínico e um enfermeiro diretor.

A função de Fiscal Único é exercida por uma sociedade de Revisores Oficiais de Contas, representada por um sócio.

Paralelamente, existe também um Auditor Interno, designado pelo Conselho de Administração, sendo a sua atividade articulada com a Inspeção Geral de Finanças e a Inspeção Geral das Atividades em Saúde (IGAS).

Encontram-se igualmente constituídas Comissões de Apoio Técnico, sendo estas órgãos de carácter consultivo que colaboram com o Conselho de Administração em matérias da sua competência.

São Comissões de Apoio Técnico obrigatórias a Comissão de Ética, a Comissão de Qualidade e Segurança do Doente, a Comissão de Controlo e Infeção Hospitalar e a Comissão de Farmácia e Terapêutica.

Para além das referidas comissões obrigatórias, o CHP dispõe ainda das seguintes comissões: Comissão Médica, Comissão de Enfermagem, Comissão de Coordenação Oncológica, Comissão de Transfusão, Comissão Técnica de Certificação, Comissão de Informática, Comissão de Normalização do Material de Consumo Clínico e Equipamentos, Conselho Técnico dos Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica.

As comissões dispõem de regulamentos próprios aprovados pelo conselho de administração.

Os Níveis Intermédios de Gestão englobam os Departamentos/Serviços Clínicos, a Área de Gestão e Logística, os Serviços de Suporte à Prestação de Cuidados, e o Departamento de Ensino, Formação e Investigação (DEFI).

Saliente-se que:

A organização das áreas de ação clínica em Departamentos e Centros de Responsabilidade (CR) é pressuposto fundamental ao modelo empresarial, constituindo o adequado nível intermédio de autoridade, autonomia e responsabilidade.

Os departamentos e CR são estruturas funcionais com objetivos próprios, integrados nos objetivos e estratégia definidos para o centro hospitalar. (Centro Hospitalar do Porto E.P.E., 2008, p. 10)

O CHP compreende os seguintes departamentos, sob os quais estão integrados diversos serviços e unidades:

Departamento de Medicina, Cirurgia, Doenças do Sistema Nervoso e Órgãos dos Sentidos, Ortofisiatria, Anestesiologia Cuidados Intensivos e Emergência, Patologia Laboratorial, Imagiologia, Ambulatório, Transplantação, Mulher e de Neonatologia, da Infância e da Adolescência, Pedopsiquiatria e Saúde Mental da Infância e da Adolescência.

O quadro que se encontra em anexo II destaca a constituição dos departamentos, serviços e unidades que integram o CHP.

Os departamentos ou CR são geridos por um conselho de gestão constituído por um diretor, um administrador hospitalar e um enfermeiro ou técnico (este pode ser um médico ou enfermeiro com experiência em gestão, um administrador hospitalar ou licenciado com experiência em gestão de unidades de saúde).

Quanto à constituição do Nível Intermédio de Gestão - Serviços de Suporte à Prestação de Cuidados, o CHP compreende os seguintes serviços e unidades: Serviços Farmacêuticos, Serviço Social, Serviço de Assistência Religiosa, Unidade de Nutrição, Unidade de Esterilização Central, Gabinete do Utente, Equipa de Gestão de Altas e Cuidados Continuados.

O Nível Intermédio de Gestão - área da gestão e logística compreende: o Departamento de Gestão da Qualidade, do Risco, Higiene, Saúde e Segurança, Serviço de Gestão de Recursos Humanos, Serviço de Aprovisionamento, Serviços Hoteleiros, Serviço de Gestão de Doentes (no qual se insere o Gabinete de Gestão da Documentação Clínica e o Gabinete de Faturação), Serviços Financeiros, Serviço de Instalações e Equipamentos, Serviço de Sistemas

de Informação, Serviço de Informação de Gestão, Gabinete de Gestão de Projetos Financiados, Gabinete Jurídico, Gabinete de Relações Públicas (Secretaria Geral).

Estes “departamentos, serviços ou gabinetes deverão dispor de regulamento próprio a aprovar pelo conselho de administração.” (Centro Hospitalar do Porto E.P.E., 2008, p. 21)

É neste nível intermédio que se encontra a área na qual se realizou o presente estágio, que decorreu, como já se referiu, no SIG.

Por ser um serviço que importa reter, descreveremos adiante a correspondente estrutura, organização e funcionamento.

O último Nível Intermédio de Gestão do CHP é o Departamento de Ensino, Formação e Investigação, conhecido por “DEFI”. Revela-se “um departamento de âmbito transversal, que funciona na dependência direta do diretor clínico. Tem como objetivos desenvolver o ensino, a formação e a investigação aplicados à saúde e promover o desenvolvimento científico e tecnológico do CHP.” (Centro Hospitalar do Porto E.P.E., 2008, p. 29)

O referido departamento engloba o ensino pré graduado, o ensino pós graduado, o Gabinete Coordenador da investigação, o Centro de Formação, o Auditório, as Bibliotecas e o Museu.

3.3.5.) Caraterização dos Recursos Humanos

O centro hospitalar conta com cerca de 4450 efetivos (dados do Relatório de Contas de 2011, Centro Hospitalar do Porto, 2012c, p. 19). Como exposto na representação abaixo, tem aproximadamente 30 dirigentes, 1000 médicos, 50 técnicos superiores de saúde, 70 técnicos superiores, 20 informáticos, 1350 enfermeiros, 280 técnicos de diagnóstico e terapêutica, 450 assistentes técnicos, 1080 assistentes operacionais e outros trabalhadores.

O conjunto dos grupos profissionais de médicos, enfermeiros e técnicos superiores representa mais de metade do total do pessoal.

Segundo o Relatório de Contas de 2011 do CHP, o “Contrato de Funções Públicas por Tempo Indeterminado” é o tipo de vínculo com maior representatividade tendo, no entanto, vindo a perder terreno para o “Contrato do Código do Trabalho”.

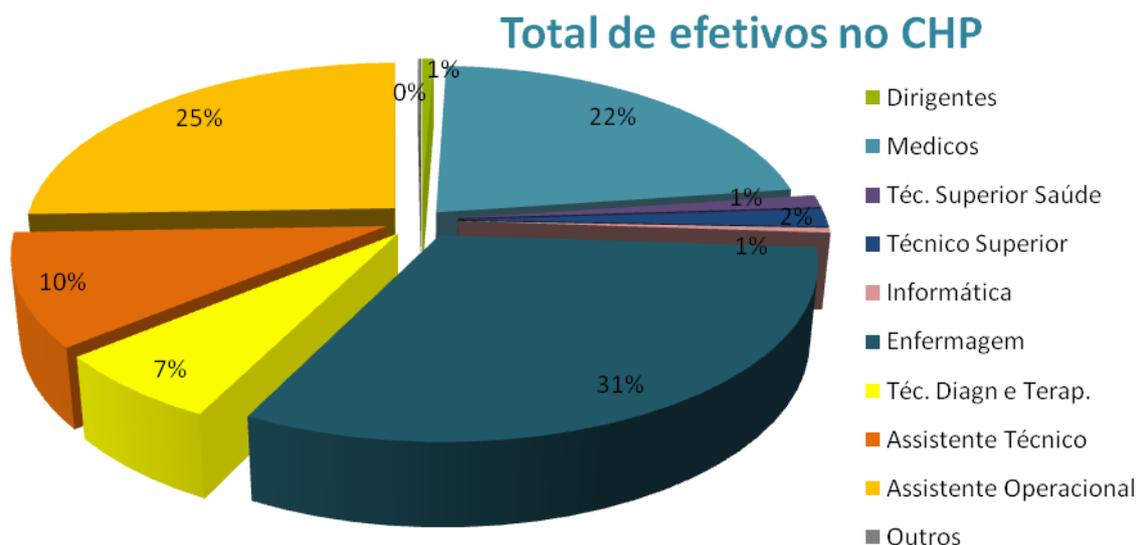


Ilustração 5. Gráfico representativo do total de pessoal efetivo no CHP

Fonte: Elaboração própria, segundo dados recolhidos do Relatório e Contas 2011 do CHP (2012) p.12

Verificamos que,

Apenas na classe dirigente há mais paridade entre sexos. À medida que avançamos para as classes profissionais mais ligadas às atividades com o hospital, acentua-se a desproporção em favor do sexo feminino, com especial ênfase nos enfermeiros, assistentes técnicos e operacionais. No total do CHP, o sexo masculino representa aproximadamente 27% dos efetivos. A idade média dos colaboradores do CHP é de 41 anos, sendo que sensivelmente 48% do total tem entre 25 e 40 anos. A antiguidade média é de 14,3anos. (Centro Hospitalar do Porto EPE, 2012c, p. 20)

3.3.6.) Regulamentação patente ao CHP (Legislação Aplicável)

No ano de 2008, foi aprovado pela tutela o Regulamento Interno do CHP, o qual passou a reger a atividade do Centro.

Para assegurar o adequado funcionamento dos departamentos e serviços, existem, por outro lado, diversos regulamentos internos, alguns dos quais ainda se encontram em fase de

revisão para posterior aprovação do Conselho de Administração. Há ainda documentos visando objetivos específicos (como o código de ética, princípios de bom governo, entre outros). “Em particular na unidade do HSA existe um manual de políticas e procedimentos enquadrado no processo de acreditação da qualidade, cuja extensão às outras unidades se vai fazendo de forma gradual.” (Centro Hospitalar do Porto EPE, 2012c, p. 70)

O Hospital é assim acreditado pelo “Caspe Healthcare Knowledge” (CHKS), pelo que obedece a regras muito rigorosas de funcionamento.

São detalhados inúmeros princípios comuns às empresas detidas pelo Estado, entre os quais o “tratamento de absoluta igualdade em termos de género, bem como obediência escrupulosa a regras de não discriminação religiosa, de orientações sociais, de nacionalidade” (Centro Hospitalar do Porto EPE, 2007, p. 3), entre outras.

A responsabilidade social do Hospital encontra aplicação em vários domínios. Como exemplos desse facto, refiram-se:

A integração de um invisual como telefonista, o protocolo com estabelecimentos prisionais para a integração de reclusos em práticas de trabalho, a disponibilização de computadores desativados para instituições de cariz social (escuteiros, Cruz Vermelha, escolas, lares, etc.). Ao nível do desenvolvimento e investigação, foi desenvolvida a compilação para edição em livro de todos os artigos científicos produzidos pelos funcionários do Centro Hospitalar. Há mesmo desenvolvimentos internos de aplicações informáticas de relevante interesse para o sector da Saúde e que pensamos vir a vender a outras instituições, numa lógica de racionalização de meios ao dispor. (Centro Hospitalar do Porto EPE., 2007, p. 3)

O cumprimento da legislação e da regulamentação em vigor estão em primeiro lugar, além de que “existe uma preocupação no tratamento dos trabalhadores com respeito e integridade, despendendo-se anualmente muitos milhares de horas de formação, num plano aprovado pela Administração” (Centro Hospitalar do Porto EPE, 2012c, p. 92).

Para além da regulamentação acima referida, há ainda um conjunto de procedimentos administrativos e contabilísticos nas áreas da contabilidade orçamental e analítica, na contratualização, gestão de recursos humanos, gestão de contas a pagar e a receber, na gestão de compras, logística e farmácia, na gestão do imobilizado e gestão de tesouraria, os quais proporcionam informação de suporte ao Sistema de Controlo Interno (SCI) do CHP.

Os procedimentos constantes nos manuais do SCI estão em consonância com as orientações emanadas da ACSS, que estabeleceu e divulgou as melhores práticas de controlo em relação aos principais processos da atividade hospitalar, de forma a permitir o desenvolvimento de manuais próprios de procedimentos e a implementação de um SCI.

São realizadas diversas auditorias anuais, o “que constitui parte integrante do sistema de monitorização de controlo interno do hospital, através de uma abordagem sistemática e disciplinada e de verificação da adequação e cumprimento das políticas e procedimentos definidos” (Centro Hospitalar do Porto EPE, 2012c, pp. 93-94)

As auditorias conduzem à elaboração de relatórios sobre a atividade desenvolvida, em que se referem os controlos efetuados, as anomalias detetadas e as medidas corretivas a adotar.

Anualmente é emitido um relatório de fiscalização pelo ROC, auditor externo, sendo as contas examinadas de forma regular e independente, pelo que com este trabalho, a auditoria interna e a externa complementam-se e o nível do controlo torna-se substancial.

A instituição também está sujeita a auditorias por parte do Tribunal de Contas, da Inspeção Geral das Finanças, da IGAS, recorrendo, além disso, a consultorias externas (Price, Ditame, entre outras).

Sempre que se justifique, há a publicação de informações relevantes que possam afetar o centro hospitalar.

Como já foi referido, o CHP dispõe de um código de ética, aplicável a todos os profissionais, ligados à instituição a título permanente ou eventual.

As questões éticas têm uma importância crescente na vida das organizações. Acresce que “os hospitais enquanto instituições que inscrevem na sua missão a prestação

de cuidados médicos, o ensino e a investigação, estão numa situação em que o tratamento destes temas é feito de forma mais exigente.” (Centro Hospitalar do Porto EPE, p. 1)

O código de ética, de forma complementar à enunciação dos valores institucionais feita no artigo 3º do Regulamento Interno do CHP, vem estabelecer orientações de conduta aos profissionais, órgãos e dirigentes.

O código de ética salienta como valores fundamentais o serviço público, a imparcialidade e isenção, a responsabilidade, o profissionalismo e integridade. Todos os profissionais devem reger-se pelo respeito e sigilo profissional, pela criação e manutenção de um bom ambiente de trabalho, pela preservação do património e do ambiente e sustentabilidade do mesmo, bem como pela cortesia. “A infração, ou desvio ao cumprimento das normas e (dos) deveres neste código, constitui falta grave passível de procedimento disciplinar, e é punível nos termos da lei.” (Centro Hospitalar do Porto EPE, p. 7)

Relativamente à sustentabilidade, trabalha-se no sentido de alcançar o equilíbrio económico e a sustentabilidade financeira da instituição.

A sustentabilidade ambiental tem sido igualmente uma preocupação muito presente da gestão do CHP, evidenciando-se a inclusão, no Código de Ética da instituição, de um ponto que refere especialmente a obrigatoriedade do respeito pelo ambiente, considerando que “os profissionais do CHP, E.P.E., no exercício da sua atividade devem promover uma utilização racional dos meios que são colocados à sua disposição de forma a evitar desperdícios e danos ambientais, promovendo a reutilização e reciclagem sempre que tal seja possível” (Centro Hospitalar do Porto EPE, p. 6)

No mesmo sentido, estima-se que em breve o centro hospitalar inicie a sua “intervenção com vista à obtenção de ganhos de eficiência energética nas áreas de ventilação e ar condicionado.” (Centro Hospitalar do Porto EPE, 2012c, p. 87)

Estas iniciativas “proporcionam a permanente identificação de oportunidades de melhoria e a implementação de medidas que incrementam a racionalidade e eficiência no uso dos recursos e em simultâneo e por consequência, a promoção da sustentabilidade ambiental.” (Centro Hospitalar do Porto EPE, 2012c, p. 87)

3.4.) O Serviço de Informação de Gestão

Por ser o serviço mais importante para o propósito do estágio, vamos descrever a respetiva constituição e funções.

O Serviço de Informação e Gestão, adiante designado de SIG, “é uma estrutura de assessoria ao Conselho de Administração proporcionando-lhe informação de apoio à decisão e tem a seu cargo a elaboração dos documentos de suporte à concretização da sua estratégia de intervenção.” (Centro Hospitalar do Porto E.P.E., 2008, p. 27)

Este serviço é constituído pela Diretora do Serviço, a Dr. Mónica Carvalho, e por quatro Técnicos Superiores e três assistentes técnicos.

Conforme estabelecido no Regulamento Interno do CHP, o SIG tem como funções preparar informação de gestão (elaborando documentos previsionais de gestão e relatórios de gestão), efetuar estudos económicos com análise de custos de eficiência e custos benefício, recolher, tratar, sistematizar e divulgar toda a informação estatística relativa à produção e consumos da organização, alertar sobre elementos observados quanto à informação de gestão de custos e proveitos, elaborar a contabilidade analítica. Compete-lhe assim:

Elaborar e manter atualizada a contabilidade de custos, desenvolver uma contabilidade de proveitos, estudar e propor critérios de imputação de custos e proveitos em conformidade como o PCAH, monitorizar todo o processo desde a criação ao funcionamento de centros de custos e centros de resultados bem como desenvolver novos sistemas de custeio em consonância com as políticas e estratégias do Conselho de Administração. (Centro Hospitalar do Porto E.P.E., 2008, p. 27)

O serviço é coordenado por um profissional nomeado pelo Conselho de Administração, sob proposta do responsável pelo pelouro, tendo em consideração o perfil e competências técnicas.

Rematando, denota-se ao longo deste relatório a exposição da história, o enquadramento regional, a estrutura, a organização e funcionamento do CHP, entidade que acolheu a realização do estágio, no âmbito da obtenção e tratamento de dados para informação de gestão, incluindo o apuramento de custos.

Para efeito, apresentaram-se alguns indicadores sobre a região onde se encontra inserido o Centro Hospitalar, bem como as instituições que o constituem, sendo estas o HGSA, o HMP, a MJD e, mais recentemente, o HJU.

Abordou-se igualmente, as competências, as especialidades e a organização do centro, e verificamos que se encontra estruturado por unidades, serviços e departamentos, operando cada um destes segmentos em níveis e áreas de intervenção definidos.

*“Melhor Hospital para CUIDAR E TRATAR doentes, melhor
LOCAL PARA TRABALHAR, destacando-se pelas BOAS PRÁTICAS
CLÍNICAS E DE GESTÃO.”*

(Centro Hospitalar do Porto, 2012c, p. 20).

Capítulo IV - A Contabilidade de Custos - detalhe do sistema de apuramento de custos do Centro Hospitalar do Porto

4.1) Recolha de informações sobre a Informação de Gestão do CHP - Descrição funcional das tarefas desempenhadas no SIG

Como já referimos, o controlo de gestão visa assegurar a execução da estratégia através da comparação de resultados com objetivos, atuando sobre o comportamento humano no sentido de o orientar para os objetivos.

O CHP dá particular ênfase à informação de gestão, com vista ao controlo, integrando um serviço especializado na análise e tratamento da informação.

O SIG desenvolve, portanto, informação de suporte à tomada de decisão, sendo uma estrutura de assessoria à gestão e ao Conselho de Administração.

Ao mesmo tempo, colabora na elaboração de documentos de suporte à concretização da estratégia de intervenção do Conselho de Administração e em diversas tarefas definidas em regulamento interno.

Ou seja, elabora informação necessária sobre toda a atividade do hospital, tanto para reporte interno como externo (tutela e outras entidades).

O serviço prepara informação sobre consumos e investimentos, elabora estudos económicos, assegura a atualização e a coerência de critérios de agregação de informação que servem de base à informação produzida e desenvolve mecanismos de modernização de processos de recolha de informação. Executa análises económicas dos ensaios clínicos e dos estudos de investigação, de acordo com a regulamentação interna do CHP.

O serviço integra um técnico superior responsável pela elaboração, divulgação e atualização da contabilidade analítica, tanto para fins internos como para a tutela, mantendo todo o registo adequado em conformidade com o PCAH em vigor.

No desenvolvimento do apuramento de custos, monitoriza todo o processo desde a criação ao funcionamento dos centros de custos e proveitos, garantindo a atualização dos critérios de imputação. O apuramento dos custos unitários e mensais permite gerir tendências dos custos (unitários e totais) em cada centro de custos.

É igualmente encarregado de rececionar e compilar todas as comunicações de transferência de funcionários recebidas no serviço, com vista à preparação de comunicações periódicas ao Serviço de Gestão de Recursos Humanos.

Ao mesmo tempo, o SIG trata de informação estatística que suporta o apuramento de custos e que, essencialmente, sustenta a construção de indicadores que refletem o desempenho.

Complementando a informação estatística do hospital, procede-se também ao tratamento estatístico de inquéritos de satisfação realizados no hospital, e analisam-se indicadores para fins de avaliação de desempenho dos departamentos/serviços, bem como de contratos por objetivos dos profissionais.

É desenvolvida pelo SIG a recolha sistemática de dados necessários à construção de indicadores, ou seja, obtêm-se e tratam-se indicadores de suporte à análise da atividade do CHP.

Com base na plataforma SICA, é possível assegurar a necessária adequabilidade funcional do processo de contratualização entre a tutela e as entidades prestadoras de cuidados de saúde.

Para este fim, o SIG assegura o carregamento da informação do hospital no SICA, apoiando-se em diversas tarefas inerentes ao sistema de contratualização externa.

Prepara e compila informação de suporte necessária à contratualização, monitoriza indicadores, trabalha bases de dados relativas a informação estatística diversa.

A informação de gestão produzida possibilita assegurar uma imagem de qualidade e de credibilidade do processo de informação que é usada pelos gestores, garantindo que essa mesma informação seja efetivamente credível, isenta de erros, fiável e válida.

Proporciona informação (intermédia) fiável e atempada (oportuna), com vista a encetarem-se diligências caso sejam necessárias.

Ao mesmo tempo, e em resultado de todo o trabalho desenvolvido, o SIG monitoriza toda a atividade do Hospital, tendo em vista detetar e alertar as tendências de evolução observadas.

A informação estatística do CHP é elaborada sobre mapas padronizados pelo serviço, passando todos os dados por testes, com vista à identificação de eventuais erros de registo, que possam desvirtuar os indicadores.

Há a necessidade de os preparadores da informação e os utilizadores estarem em perfeita consonância, pelo que os elementos do serviço prestam apoio administrativo ao desenvolvimento de tarefas do Conselho de Administração e da Gestão Intermédia, nomeadamente na produção de relatórios e tratamento de informação e estudos diversos.

De forma geral, o CHP ocupa-se da informação de gestão útil na tomada de decisões.

Realça-se a importância que está atribuída, sob regulamento interno, à produção de informação estatística, à análise e tratamento de informação relativa a consumos, à elaboração de relatórios de atividades e do movimento assistencial, à expedição da informação requisitada em impressos próprios para aos “clientes internos”, passando toda a informação por testes de controlo que garantam a fiabilidade e validade da informação prestada.

No entanto, um dos problemas que sobressai na informação de gestão, nomeadamente na Contabilidade de Custos, é o papel efetivamente desempenhado pelos *outputs* informativos na gestão das instituições de saúde ser bastante reduzido, limitando-se as entidades a cumprir as obrigações legais e não utilizando, de facto, a informação internamente.

Nessa medida, “assume crescente importância a avaliação da satisfação associada ao SCC, nas suas diferentes dimensões, por forma a se identificarem em concreto as diferentes lacunas de informação entre preparadores e utilizadores.”(Pereira et al., p. 4)

Há a necessidade de compreender efetivamente o papel desempenhado pelo controlo de custos, no atual contexto das reformas verificadas nos hospitais públicos portugueses, nomeadamente quanto à perceção dos utilizadores em termos do grau de satisfação com o sistema.

O CHP encontra-se, neste sentido já a desenvolver uma plataforma Business Intelligence (BI)⁸.

Este instrumento integra um portal com um conjunto alargado de indicadores de produção agrupados por atividade. O utilizador poderá analisar a *performance* da sua área, quer se trate de uma linha de produção, serviço clínico ou departamento. Integra informação concisa e uniforme, adequada ao perfil do utilizador e garantindo que este acesse apenas à informação que lhe é relevante, disponibilizada de forma atempada.

⁸ Business Intelligence é um “software” que transforma dados brutos em informações úteis e significativas. Permite lidar com grandes quantidades de informação para auxiliar a identificar e desenvolver novas oportunidades, as quais, conciliadas com uma estratégia eficaz, podem proporcionar vantagens competitivas e promover a estabilidade a longo prazo.

Permite a exploração *ad-hoc*, através da disponibilização de ferramentas para integração, como o “Excel”, proporcionando ao utilizador total liberdade para explorar a informação contida nos modelos.

A execução destas atividades contribuirá para o processo de formulação de objetivos e para a simulação de cenários, levando em conta as condições internas e externas à entidade e à sua evolução esperada.

Permitirá analisar de uma forma sumária a *performance* da área ou áreas que se pretenda consultar, fazendo-se tal análise sob períodos homólogos, sendo possível visualizar a contratualização externa, o objetivo anual esperado para o respetivo indicador e o nível atual realizado.

Ao mesmo tempo, permite ao utilizador seleccionar os dados até ao último dia do período em análise. Consente efetuar *drill-down*, ou seja, possibilita obter resultados com detalhe das especialidades até à unidade.

Na mesma plataforma serão inventariadas todas as linhas de produção.

A informação enviada quinzenalmente pela diretora do SIG para os gestores deixará de ocorrer, passando a estar disponível na rede, agilizando-se consideravelmente o trabalho.

4.2) Processos da Contabilidade Analítica no CHP

A contabilidade de custos ou analítica centra-se no apuramento dos custos de uma determinada organização, destacando-se como o ramo da contabilidade que valoriza, regista e relata informações sobre custos, no que respeita aos processos internos da organização - e não às relações entre o conjunto da organização e o exterior. Fornece, assim, informação analítica relativa ao custo dos produtos e serviços gerados pela organização, assumindo o nível de desagregação que se considere oportuno em cada situação.

Porém, há quem defenda, que o custo não é o único nem o principal objetivo dessa análise, salientando, também, que a utilidade da contabilidade de custos não se limita às empresas industriais, revelando-se igualmente válida e útil a qualquer empresa e/ou organização, designadamente a instituições públicas hospitalares.

A contabilidade de custos ou analítica revela-se, pela informação que proporciona sobre o desempenho e para a tomada de decisões racionais, um instrumento fundamental para a autonomia dos serviços, a responsabilização das chefias e o acompanhamento da *performance* dos serviços.

Para se dar início à implementação contabilidade analítica de qualquer organização é imperativo que se conheça aprofundadamente a organização em causa. Após o conhecimento da organização dá-se início ao processo, delineando-se os centros de custos dessa mesma organização.

Tal como previsto pelas normas da contabilidade analítica, constantes do PCAH, além dos centros de custos que este estabelece, o CHP procede ao desdobramento de vários centros até ao nível pretendido, distribuídos por forma a otimizar a alocação dos custos por processo ao objeto de custo em apreço, qualquer que seja o valor paciente/dia.

A partir deste sistema, é permitido criar a demonstração dos custos hospitalares, o qual é entregue a cada utilizador.

São identificados os principais geradores e consumidores. O custo final não pode/não deve ser sobreavaliado nem subavaliado.

O método de apuramento de custos é baseado em atividades, procurando-se mensurar de forma apropriada a atribuição dos custos indiretos aos objetos de custo, produtos ou serviços. Identifica-se um conjunto de custos que são atribuídos às atividades, e, posteriormente, aos produtos ou serviços que as consomem através de indutores de atividade.

Este sistema de apuramento de custos oferece níveis mais elaborados de detalhe do processo de prestação de serviço hospitalar. Percebe-se o consumo dos recursos durante o atendimento, apurando-se, em consequência, o custo de cada paciente com maior precisão.

Pretende-se apurar o custo médio por paciente e dia de internamento, com discriminações de tipos variados de consumos.

Para uma melhor perceção dos procedimentos a seguir nos apuramentos da contabilidade analítica, procedemos, no decurso do estágio, ao desenvolvimento de um protótipo refletindo o sistema de determinação de custos num hospital de dimensão reduzida, com vista a salientar os procedimentos essenciais nos apuramentos da contabilidade analítica no setor da saúde. O protótipo integrou, assim, os centros de custo fundamentais no funcionamento de um hospital público.

Para proceder à elaboração do sistema de apuramentos da contabilidade analítica do hospital, designamos o projeto de *hospital protótipo*.

A estrutura do *hospital protótipo* observa, quanto aos centros de custos, os procedimentos determinados pelo PCAH.

O projeto foi desenvolvido sobre o programa “Excel”, *software* que, como se sabe, permite criar tabelas, calcular e analisar dados.

O anexo VI ilustra a estrutura da organização e os respetivos centros de custos.

Na decorrer do projeto foi dada atenção às principais considerações, nomeadamente regras e procedimentos, que são executados nos processos da analítica do CHP, destacando-se desde já algumas notas pertinentes:

Determinados custos do hospital têm afetações próprias, destacando-se desde já centros de custos a estes imputados:

- O custo de prestações de serviços noutros hospitais, como por exemplo serviços de cirurgia transferidos para o Hospital de São João, EPE, afetam-se ao centro de custo *custos não imputados*.
- Os custos das seções auxiliares são, como previsto na legislação aplicável, repartidos aos centro de custo que beneficiários, sendo custos indiretos destes. Ou seja, no centro de custo *Bloco Operatório* os custos dos serviços/doentes/dias de internamento são repartidos pelos serviços a que se destinam.
- Os custos do *serviço e tratamento de roupa* da secção auxiliar de apoio geral são, igualmente, nas devidas proporções, repartidos aos centros de custos beneficiários. Por outras palavras, o *serviço e tratamento de roupa* presta x serviços à *anatomia*, y serviços ao *bloco operatório* e z serviços a *cuidados intensivos*. Deste modo, os custos do *serviço e tratamento de roupa* são repartidos por estes centros de custos na proporção resultante de x , y e z , respetivamente.

- Os serviços de *cuidados intensivos* servem determinadas atividades, pelo que repartem os custos dos doentes saídos/dias de internamento pelos custos das atividades para as quais os doentes foram transferidos.
- Na imputação dos custos com pessoal médico, o CHP atribui todos os custos com os médicos ao internamento, sendo, posteriormente, aqui repartidos.

Os custos destas secções auxiliares são repartidos para outras secções auxiliares e para secções principais e o total dos custos concentrados nas secções após estas repartições é distribuído pelos custos das linhas de atividade - ex., Internamento, Consulta Externa, etc., obtendo-se o total e sendo zero a diferença entre o custo total das secções auxiliares e principais, por um lado, e o total dos custos agora distribuídos, por outro.

4.2.1) Organização dos dados

A partir dos dados provenientes dos serviços financeiros/contabilidade, integram-se, com o auxílio de ferramentas do programa “Excel”, as contas da contabilidade externa em centros de custos.

Através de filtragem de dados, facilmente são eliminadas as “contas 97”, que, por respeitarem a proveitos/rendimentos extraexploração, não são trabalhados.

O valor obtido após a eliminação dos dados anteriores iguala o total da “conta 6” do balancete – total dos custos, sendo agora necessário proceder-se à repartição dos custos diretos que estão apresentados por naturezas.

Todos os procedimentos são realizados em folhas de cálculo diferentes, integrando a primeira folha os dados originais, o que irá permitir que em anos posteriores a imputação e as repartições sejam automaticamente apuradas após a colagem da nova listagem dos custos. Todos os procedimentos estão interligados por forma a simplificar os processos nos apuramentos da contabilidade analítica.

Determinado o saldo de cada rubrica, a folha de cálculo passa a integrar sete colunas, nomeadamente a codificação a que corresponde o centro de custo relacionado com a respetiva conta, uma listagem dos centros de custos existentes, as contas e a

correspondente designação, o respetivo débito e crédito por linha e, por último, o saldo apurado.

Com o auxílio de matrizes e as funções que lhes estão associadas, são ordenadas as rubricas que permitem as devidas correspondências; as funções permitem procurar um valor numa coluna e localizar o valor correspondente na mesma linha de outra coluna ou tabela.

Construída e ordenada a *base de dados* pretendida, é efetuado um *controlo de contas*, no sentido de garantir a integridade de toda a informação ao longo do processo de apuramento da contabilidade analítica. Tal procedimento permite certificar, desde logo, que o total geral da matriz elaborada ainda iguala o total de custos de exploração.

Posteriormente, em folha de cálculo diferente, são ordenadas as contas da rubrica “Outras remunerações adicionais” nos respetivos centros de custos, bem como o correspondente saldo, dados ainda não atribuídos e que irão, portanto, ser sujeitos a repartições e imputações.

Organizadas as contas, é elaborada uma folha de cálculo, que designamos de “passagem”.

Esta folha irá servir de base para transferir os dados/custos para os quadros de custos diretos e indiretos, estando alguns ainda sujeitos a repartição.

Para facilitar a atribuição dos dados, que aqui já se encontram devidamente organizados, segue-se uma lógica decrescente dos centros de custos, explicitando as subcontas que cada um integra.

Estando os dados devidamente ordenados, os quadros da contabilidade analítica são automaticamente preenchidos com os valores provenientes da folha de “passagem”.

Torna-se agora necessário proceder à repartição dos custos indiretos e à imputação dos custos das secções administrativas.

Posteriormente, um dos passos a cumprir é a repartição dos custos com o pessoal médico, carecendo esta imputação de procedimentos específicos, adiante descritos.

4.2.2) Imputação de Custos Indiretos

No método das secções homogéneas, os custos distribuem-se por secções auxiliares e principais.

E, em dada fase, há que distribuir os custos das secções auxiliares pelas secções que beneficiam dos respetivos serviços. Vamos aqui salientar, somente, a repartição dos custos auxiliares de apoio clínico.

Para apurar os custos indiretos com as secções de apoio clínico, a serem imputados a cada centro de custo/secção principal, procede-se à elaboração de uma matriz de correlação, a qual reparte todos os custos por todas as linhas beneficiárias.

Neste sentido são registados as unidades de obra e o respetivo custo das secções auxiliares. Esse custo respeita ao total dos custos diretos somados do total dos custos das secções administrativas repartido pelas secções auxiliares.

As unidades de obra são a unidade de medida que serve de base à imputação do serviço na devida proporção.

Primeiramente são distribuídos os custos respetivos entre as secções auxiliares, sendo seguidamente apurados os custos a imputar às secções principais.

Assim, para se apurar o custo indireto com a *anatomia patológica* no *internamento de ortopedia*, considera-se a proporção entre as unidades de obra usufruídas pelo *internamento de ortopedia* da secção auxiliar *anatomia patológica* relativamente ao total das unidades de obra desta secção (*anatomia patológica*), multiplicando-se a referida proporção pelo custo total da anatomia patológica.

4.2.3) Imputação das Secções Administrativas

Para apurar o valor das secções administrativas, transferem-se os valores correspondentes dos quadros (que provêm da folha “passagem”) para uma tabela, organizando-os por colunas e em correspondência com o respetivo centro de custos.

As secções administrativas do *hospital protótipo* apenas contam com três centros de custos, designadamente, *órgãos de administração e direção*; *serviços financeiros* e *serviço de aprovisionamento*. No entanto, a imagem que se segue referência também, com valores zero, os restantes centros de custos que integram as secções administrativas do CHP.

A ilustração 6 evidencia as operações visando a repartição do valor das secções administrativas pelos devidos centros de custos.

| | A | B | C | D |
|----|-------------------------------------|----------------|-------------------|---|
| 1 | | | | |
| 2 | VALOR DAS SECÇÕES ADMINISTRATIVAS | | X | |
| 3 | | | | |
| 4 | Orgãos de Administração e Direcção | Y ₁ | y ₁ /x | |
| 5 | Serviços Financeiros | Y ₂ | y ₂ /x | |
| 6 | Serviço de Aprovisionamento | Y ₃ | y ₃ /x | |
| 7 | Serviço de Pessoal | 0 | =B7/\$B\$2 | |
| 8 | Serviço de Doentes | 0 | =B8/\$B\$2 | |
| 9 | Serviços de Informática | 0 | =B9/\$B\$2 | |
| 10 | Serviço de Formação e Biblioteca | 0 | =B10/\$B\$2 | |
| 11 | Administração Geral | 0 | =B11/\$B\$2 | |
| 12 | Serviços Jurídicos e de Contencioso | 0 | =B12/\$B\$2 | |
| 13 | Outros Serviços de Administração | 0 | =B13/\$B\$2 | |
| 14 | | | | |
| 15 | | | =SOMA(C7:C1 | |
| 16 | | | | |

Ilustração 6. Repartição do valor das Secções Administrativas

Fonte: Elaboração própria baseado nos processos de apuramento da analítica no protótipo desenvolvido

As secções administrativas não integram custos indiretos, isto é, provenientes de outras secções.

O mapa resumo do total do custo das secções administrativas não é obrigatório, havendo, no entanto, hospitais que, para simplificar, o utilizam. É o total dos custos das secções

administrativas que vai ser repartido por todos os centros de custos que cada hospital integra.

Para obtermos o valor a imputar das secções administrativas atenta-se primeiramente no somatório do total dos custos diretos das secções principais, excluindo o valor dos custos não imputados (total dos custos diretos do total de internamento, total da consulta externa, total do serviço de urgência e hospital de dia) e no total dos custos diretos das secções auxiliares, sendo este o valor de x .

O valor de y reflete o total dos custos diretos do centros de custos correspondentes, sendo o valor de y_1 relativo ao centro de custo *órgãos de administração e direcção* (valor que provém da folha de “passagem”).

Preenchidos estes valores, apura-se a respetiva proporção ($\frac{y_n}{x}$), a qual conduz ao valor a repartir por cada centro de custo.

Reparte-se, assim, o custo das secções administrativas em função dos custos diretos de cada centro de custo. A repartição é feita com base na lógica de as secções administrativas prestarem mais trabalho aos centros de custos que registam custos diretos mais elevados, uma lógica, portanto, de proporcionalidade.

Deste modo, para apurar o valor a imputar do custo do centro de custo *órgãos da administração e direcção* (conta que integra custos das secções administrativas), divide-se o total dos custos diretos pelo valor apurado do total das secções administrativas ($\frac{y_1}{x}$).

Repartidos os custos das secções administrativas, imputam-se os centros de custos que as integram aos restantes de que são beneficiários. Ou seja, pretendendo-se imputar o custo da rubrica *órgãos de administração e direcção* ao centro de custo *internamento de fisioterapia*, multiplica-se o total dos custos directos do centro de custo *internamento de fisioterapia* pelo rácio obtido no valor a imputar das secções administrativas da conta *órgãos de administração e direcção*, exemplificado na ilustração 6 por $\frac{y_1}{x}$.

A imagem que se segue ilustra os valores a apurar, em que:

$X = \Sigma$ do total dos custos directos do total de internamento, consulta externa, urgência e hospital de dia, e o total dos custos directos das secções auxiliares.

Y_1 = total dos custos directos do centro de custo *órgãos de administração e direcção*

Y_2 = total dos custos directos do centro de custo *serviços financeiros*

Y_3 = total dos custos directos do centro de custo *serviço de aprovisionamento*

$\frac{y}{x}$ = Valor apurado a repartir na respetiva imputação

β = Total dos custos directos do *internamento de fisioterapia* $\times \frac{y}{x}$.

O valor/resultado de β_1 reflete o custo dos *órgãos de administração e direcção* no centro de custo de *internamento de fisioterapia*.

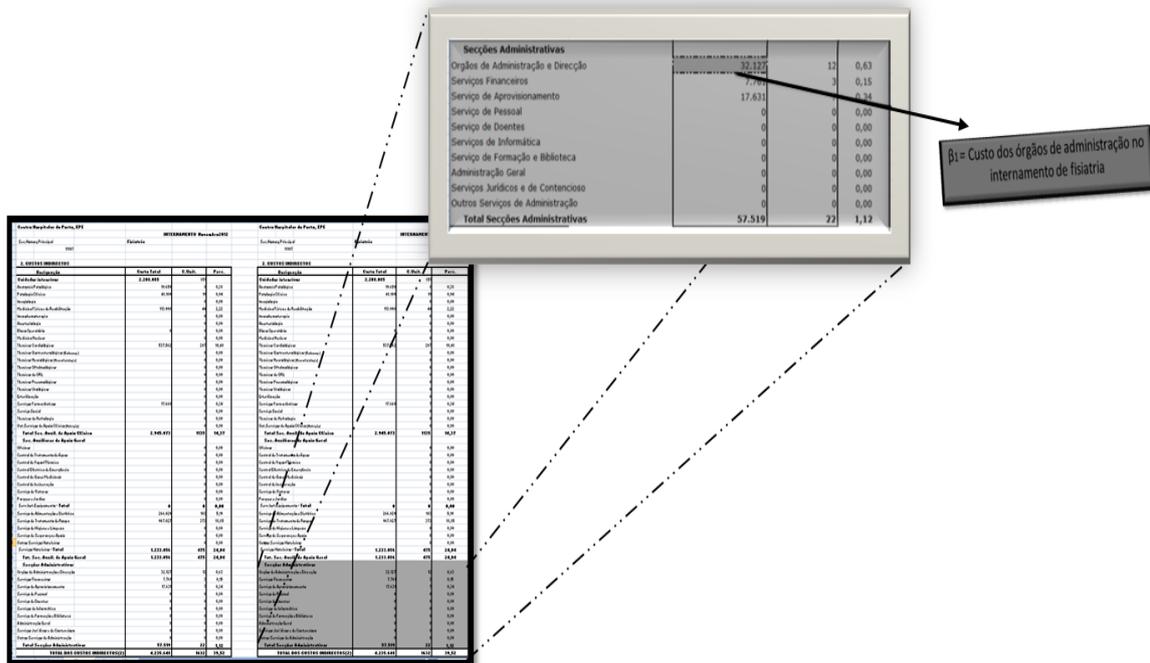


Ilustração 7. Representação da imputação das secções administrativas (nomeadamente da rubrica órgãos de administração e direção) ao centro de custo internamento de fisioterapia.

Fonte: Elaboração própria com base no protótipo desenvolvido

A repartição dos custos com pessoal médico é efetuada de acordo com o número de horas prestada pelos médicos em cada atividade.

O salário fixo advém do valor das remunerações dos médicos, considerando o CHP os médicos no internamento, sendo, posteriormente, repartido o correspondente custo. O valor total é distribuído pelas linhas de atividade em que o médico especialista presta serviços.

Admita-se, assim, um médico ortopedista exercendo 35 horas semanais de trabalho no CHP. Dessas 35 horas semanais, 6 horas são dedicadas a prestações de serviço no internamento de ortopedia, 7 horas a consultas externas de ortopedia, 10 horas realizadas em serviço de urgência, 9 horas no bloco operatório, 2 horas no serviço do centro de custo comissões e 1 h dispensada ao ensino pré-graduado.

Destarte e na devida proporção, é repartido o custo efetivo dos médicos ortopedistas pelas atividades de internamento de ortopedia, consulta externa de ortopedia, urgência, bloco operatório, em comissões e em ensino pré-graduado. Caso o médico seja requisitado pelo serviço de internamento de fisioterapia, o seu custo é igualmente repartido na devida proporção e imputado ao centro de custo *fisioterapia*. É assim repartido o custo efetivo do salário fixo total do pessoal médico.

O processo de repartição é elaborado sobre uma matriz, a qual dá igualmente a conhecer o total do custo por serviço bem como por linha atividade, ou seja, reflete o total do custo com pessoal médico em ortopedia, tal como o custo total do custo de pessoal médico em internamento, e até mesmo o custo total com pessoal médico na consulta externa de anestesiologia, ou em qualquer outro centro de custo.

4.2.5) Imputação do Subsídio de Refeição

Servindo-nos da matriz anterior, verifiquemos agora como se processa a distribuição dos subsídios de refeição.

O valor que consta nas rubricas *subsídio de refeição* concerne ao valor global dos funcionários, incluindo o subsídio do pessoal médico e do restante pessoal (pessoal não médico). Há, assim, que repartir este valor na justa medida, a fim de se apurar o custo do subsídio de refeição do pessoal médico, a distribuir depois a cada linha de atividade.

Detalhado o número de funcionários (nomeadamente o número de médicos da especialidade), calcula-se na devida proporção o valor equivalente ao subsídio de refeição do pessoal médico e não médico.

$$\text{Custo do subsídio de refeição do pessoal médico cardiologista em cardiologia de intervenção} = \frac{\text{Custo do subsídio de refeição do pessoal médico cardiologista} \times \text{Nº de horas efetivas do pessoal médico cardiologista em cardiologia de intervenção}}{\text{Total de horas efetivas do pessoal médico cardiologista}}$$

Posteriormente, pormenoriza-se o valor equivalente consoante o número de horas prestadas em cada atividade. Ou seja, apura-se o rácio do número de horas correspondentes às atividades e por número de funcionários, na devida proporção de médicos e não médicos.

Para se obter o custo do subsídio de refeição do pessoal médico cardiologista em

$$\text{Custo do subsídio de refeição do pessoal não médico em cardiologia} = \frac{\text{Nº de pessoal não médico em cardiologia} \times \text{Custo do subsídio de refeição em cardiologia}}{\text{Nº total de funcionários em cardiologia}}$$

cardiologia de intervenção, calcula-se o produto do subsídio de refeição do pessoal médico cardiologista

pelo número de horas efetivas de cardiologistas no serviço de *cardiologia de intervenção*, colocando-o no numerador, colocando-se no denominador o número total de horas efetivas

dos médicos cardiologistas. Caso exista outro médico de outra especialidade, a esta operação adiciona-se o custo desse médico a executar horas na atividade supracitada.

Para calcularmos, por exemplo, o custo do subsídio de refeição com pessoal médico em *ensino pós graduado*, soma-se o custo do subsídio de refeição de pessoal médico de todas áreas que prestem serviço em *ensino pós graduado*.

4.2.6) Imputação do Subsídio de Férias

Aplica-se a mesma lógica na repartição do subsídio de férias do pessoal médico, a ser distribuído a cada centro de custos.

Há que salientar que se cumpriram rigorosamente, no protótipo, as normas legais, pelo que se considerou, segundo regras do Orçamento do Estado, que a maior parte dos funcionários não recebeu subsídio de férias nem de Natal no ano de 2012, (ano de referência nos nossos apuramentos) - vide Lei n.º 64-B/2011 de 30 de dezembro, artigo 21º.

Durante a vigência do Programa de Assistência Económica e Financeira (PAEF), como medida excecional de estabilidade orçamental é suspenso o pagamento de subsídios de férias e de Natal ou quaisquer prestações correspondentes aos 13.º e, ou, 14.º meses às pessoas (...) cuja remuneração base mensal seja superior a (euro) 1100 ("Lei n.º 64-B/2011 de 30 de dezembro da Assembleia da República," 2011, p. 12)

4.2.7) Apuramento dos Encargos sobre Remunerações

A rubrica encargos sobre remunerações carece de tratamento, a fim de se apurar o valor a imputar desta rubrica a cada centro de custo.

O valor a imputar é dado por:

$$\text{Encargos sobre Remunerações da Consulta Externa de Fisiatria} = \frac{\text{Custo total dos ordenados e salários em consulta externa de fisiatria} \times \text{Custo total dos encargos sobre Remunerações no CHP}}{\text{Custo total dos ordenados e salários no CHP}}$$

O valor registado em encargos sobre remunerações é, portanto, repartido por todos os centros de custos: apura-se o custo dos ordenados do centro de custo em causa no total dos custos dos ordenados da instituição hospitalar, sendo esse peso multiplicado pelo valor dos encargos totais.

Para certificação, o valor que é transferido inicialmente da folha de “passagem” deve igualar ao valor total depois das repartições.

4.3) Apresentação dos dados analíticos (Quadros)

Os custos afetados e imputados são agrupados em quadros de centros de custos a fim de, posteriormente obterem-se os totais por linha de atividade.

São elaborados quadros correspondentes a cada centro de custos, nomeadamente e no caso do *hospital protótipo*, o quadro de internamento de cardiologia, internamento de fisiatria, consulta externa de ortopedia, serviço de urgência, unidade hospital de dia polivalente, entre outras especialidades.

O preenchimento destes quadros específicos origina agora quadros resumos dos totais por linha de atividade, nomeadamente total de internamento, total de consulta externa, etc.

O mesmo acontece com custos dos centros que se transferem como custos indiretos de outros centros; esses custos transferidos são agrupados em quadros relativos a secções auxiliares de apoio clínico e secções auxiliares de apoio geral.

São ainda discriminados os custos não imputados, que integram, por exemplo, o ensino pré-graduado.

O anexo VI ilustra os cabeçalhos de todos os quadros/ centros de custos elaborados, bem como os que são integrados.

Preenchidos os diferentes quadros de custos, chega-se ao custo por linha de atividade geral, elaborando-se um mapa resumo das seções principais, um outro mapa resumo das seções auxiliares e um mapa resumo das seções administrativas. Esses quadros são automaticamente preenchidos, consoante são apurados os custos dos quadros a que respeitam.

Por último, todos os custos são reagrupados, obtendo-se os custos totais da instituição hospitalar, refletidos no quadro que designamos por “custo total de exploração”.

Todos estes procedimentos são obtidos com o apoio das diversas fórmulas da ferramenta Excel, as quais permitem, perante novos dados, que se verifique o automatismo nos apuramentos.

Ou seja, o desenvolvimento dos processos descritos não carece que haja sempre execução através de meios humanos diretos, pois a plataforma desenvolvida possibilita processamentos automáticos.

4.4) A informação controlo de gestão

4.4.1) Processos correntes no apuramento da informação de gestão

A definição e medição da produção dos hospitais é, naturalmente, tema que tem preocupado os gestores da área.

Várias foram as razões que conduziram a que a produção hospitalar raramente tivesse sido medida com precisão, mas a definição complexa dos produtos hospitalares foi, seguramente, uma dessas razões.

O setor hospitalar comporta um dos mais complicados sistemas de produção existentes, uma vez que integra em si dados intangíveis e/ou difíceis de medir (como é o caso da dor e o isolamento social, entre outros), processos de tomada de decisão que se revelam analiticamente complicados e altamente heterogéneos (como são os casos das admissões dos doentes, dos diagnósticos e das modalidades de tratamento ou dos momentos das altas). A isso acresce uma profunda inter-relação entre as decisões, uma vez que os serviços prestados são, em cada momento e em cada fase, influenciados por um conjunto de decisões de diferentes profissionais, tendo a afetação de recursos realizada e as decisões tomadas numa fase implicações em todas as outras.

Pode afirmar-se com completa segurança que os produtos dos hospitais vão muito para além dos exames laboratoriais, dos diagnósticos, dos internamentos, das refeições, etc.. São um output integrado de um complexo processo produtivo.

Produto hospitalar pode assim definir-se como o conjunto específico de *outputs* que cada doente recebe em função das suas necessidades e como parte do processo de tratamento definido pelo médico. Recebendo os doentes diferentes quantidades de bens e serviços, dependendo da gravidade e do processo de tratamento, cada hospital proporcionará, nos limites, tantos produtos diferentes quantos os doentes que tratar.

Perante a complexidade do sistema e os valores humanos e sociais que estão presentes, a ACSS exige um rigoroso e contínuo acompanhamento da produção hospitalar.

O acompanhamento da produção compreende a comparação entre períodos homólogos, bem como a informação refletida por indicadores de qualidade e de eficiência disponibilizados de forma discriminada, assim como, de forma global, a informação relativa ao total da produção do CHP.

A informação é enviada para a ACSS de forma geral, mensalmente, e, de forma pormenorizada e exigindo a maior atenção, quinzenalmente.

Deste modo, a informação integra quinzenalmente dados da produção detalhados sobre a atividade do hospital de dia, consulta externa, bloco operatório, serviços domiciliários, urgência e partos.

Toda essa informação cumulativa dá origem à preparação de um “mapa controlo de gestão”.

Este mapa é, como referimos, elaborado quinzenalmente, servindo de base à preparação de indicadores no final de cada mês, contemplando o acompanhamento dos objetivos relativamente ao contrato-programa relativo ano em causa.

Pormenorizando o “mapa controlo de gestão”, a primeira coluna indica as metas orçamentais (com sazonalidade), indicando-se depois a comparação/evolução (refletida no período homólogo) e apresentando-se as metas orçamentais em duodécimos.

Detalhada em cada uma das referidas colunas, integra-se a previsão da contratualização para ano em causa, a obter a 31 de dezembro, definido em contrato-programa. A comparar com este último, indica-se o valor efetivamente realizado no mês de

referência, bem como a percentagem diferencial, ou seja a diferença entre o realizado e o previsto em percentagem.

No mesmo sentido segue a evolução constatada no período homólogo, tendo-se em atenção a sazonalidade do ano anterior, sendo também detalhada a mesma informação em duodécimos.

Para uma melhor interpretação, o mapa controlo de gestão reflete “a verde” as metas/evolução alcançadas, e “a vermelho” as que requerem maior atenção.

No CHP esta informação é enviada a todos os departamentos, de modo a produzir os devidos efeitos, uma vez que é disponibilizado o acompanhamento permanente e tempestivo, revelador do progresso, ou não, do departamento.

A informação da produção que é mensalmente obtida integra, por seu turno, o acompanhamento dos objetivos do contrato-programa do ano em causa. Essa informação é detalhada em quadro sob a forma de indicadores, refletindo a estimativa do valor de faturação do SNS.

Destarte, são refletidos objetivos institucionais comuns, detalhados em indicadores de acesso, indicadores de desempenho assistencial e de desempenho económico-financeiro. Complementa essa informação a apresentação dos objetivos regionais.

Para cada indicador é detalhado o seu valor correspondente, assim como o respetivo objetivo e a percentagem efetivamente realizada.

Em pormenor, segue em anexo VII um “mapa controlo de gestão”, relatando a produção apurada no ano de 2012. Neste mapa constata-se as metas apuradas ou não, estando destacadas a cor verde e vermelho, respetivamente. Apenas são reembolsáveis as despesas cujos indicadores atinjam, pelo menos, 50%.

O mapa de acompanhamento dos objetivos contém ainda a percentagem do grau de cumprimento e de cumprimento ajustado, apresentando, por último, a ponderação do grau de cumprimento ajustado.

Fechando a listagem sob análise, encontra-se salientado o incentivo institucional (estimado), o qual reflete o valor a receber caso o ano cessasse, sendo este valor estimado de acordo com o valor contratualizado em percentagem da eficiência global apurada.

Este índice de eficiência global é normalmente calculado pelo SIG, enquanto aguarda a criação no SICA do relatório individual de acompanhamento.

4.4.2) Interpretação pertinente na análise dos mapas de controlo de Gestão

A análise e interpretação do mapa de controlo de gestão é efetuada essencialmente através de limiares.

A diferença entre as diversas unidades de medida está nos limiares, tal como se sucede aquando verificamos a diferença entre os doentes saídos e os doentes equivalentes, sendo que este limiar deverá ser o mais baixo possível, ansiando-se igualar os doentes saídos aos doentes equivalentes.

O mesmo sucede com a taxa de reinternamento (sendo esta diferenciada em SNS e não SNS aquando da faturação, sendo faturados ao nível do contrato-programa e em termos de portaria, respetivamente), situada, idealmente, em 0.0.

Relativamente à percentagem de cirurgia no Bloco no total de cirurgia programa, espera-se um valor o maior possível, uma vez que tal traduz a realização de mais cirurgias em ambulatório do que em convencional, sendo menos as camas a permanecerem ocupadas, acarretando custos menores. Por outras palavras, a percentagem em cirurgia de ambulatório na cirurgia programada deve ser maior do que na última.

Para salientar tal acontecimento, integra-se individualmente na grelha uma alínea com a percentagem em cirurgia de ambulatório relativamente à cirurgia programada, a qual deverá apresentar-se a maior possível.

Já na taxa de cesarianas, alínea que finda o mapa controlo de gestão, espera-se a menor percentagem possível, por se associar a menos custos, uma vez que o parto normal conduz, normalmente, a menos dias de internamento.

4.4.3) Dados passíveis de melhoria

O *indicador de rendimento* é determinado a partir do tempo padrão, que é definido pelo tempo médio de cada ato cirúrgico. O tempo médio de uma cirurgia é definido pelo somatório dos tempos médios dos atos cirúrgicos.

Um dos pontos passíveis de melhoria é a pormenorização do cálculo de tempo de realização de tarefas, sendo este refletido no “indicador ocupação”, o qual é determinado a partir dos tempos efetivos de cada ato, isto é, ato cirúrgico e até hoteleiro. No CHP estes tempos são obtidos a partir dos registos efetuados pelos colaboradores durante os referidos

procedimentos. Este indicador reflete o tempo de ocupação da sala cirúrgica para cada intervenção cirúrgica que, em comparação com o indicador rendimento, revela o aumento ou a diminuição de eficiência na utilização dos recursos para uma mesma intervenção.

Um dos indicadores de produtividade do bloco operatório para cirurgias programadas é a hora a que começa a primeira cirurgia no primeiro turno. Para além do tempo de arranque, pretende-se quantificar os tempos cirúrgicos de ocupação e o rendimento por especialidade.

Há a expectativa do reforço dos mecanismos de acompanhamento das instituições, na medida em que será criada uma ferramenta de benchmarking para comparar o desempenho e proceder à publicação de informação sobre as instituições hospitalares, numa base mensal, através de uma solução informática que disponibilize conteúdos de informação sobre as diferentes dimensões em análise do Sistema de Saúde (acesso, eficiência, efetividade, produção e satisfação) destinadas a públicos-alvo diversos.

Essa ferramenta possibilitará igualmente às instituições prestadoras de cuidados de saúde e às administrações regionais efetuarem o acompanhamento da atividade desenvolvida ao longo do ano, com um maior nível de detalhe e de flexibilidade do que aquele até agora possível, aumentando os conhecimentos dos protagonistas do sistema.

O processo de contratualização prevê também reforçar a componente de análise dos planos de investimento das instituições, os quais deverão ser elaborados e negociados de acordo com as orientações da tutela.

Capítulo V - A informação obtida e o controlo realizado

Constatada a necessidade de informação de gestão adequada, com vista a melhor cumprir a missão e objetivos a que a instituição se propõe, ressaltam aspetos particulares e desafios que importa vencer na obtenção de informação eficaz, progredindo-se com maior transparência e eficiência.

Neste caminho, sobressai a necessidade de uma infraestrutura adequada para a recolha, armazenamento, processamento, apresentação e distribuição da informação.

Surge a preocupação dos gestores em converter a informação em produtividade com qualidade. É nesse ponto que queremos ajudar.

Nas organizações de saúde, como em muitas outras, a informação de gestão tem um papel fundamental para o desenvolvimento das competências dos gestores. As competências essenciais e o conhecimento coletivo baseiam-se em informações, conhecimento e experiência. Deste modo, o desafio reside em identificar, desenvolver e implementar meios que apoiem a comunicação na organização.

Não basta simplesmente criar ou gerar informação, há sim que reunir, reorganizar e atribuir prioridades à informação. Por outras palavras, há que obter e comunicar informação adequada. Extrair, sintetizar e apresentar dados relevantes e compreensíveis.

A capacidade para, partindo de um grande volume de dados, identificar os mais importante, reestruturá-los de maneira acessível, com sentido e sendo utilizáveis por uma ampla variedade de diferentes utilizadores, é, cada vez mais, uma capacidade essencial.

A informação produzida deverá ser efetivamente fiável e utilizada pelos demais utilizadores na gestão do centro hospitalar.

E há que perceber qual o impacto da informação de gestão para a gestão intermédia, através da perceção dos respetivos utilizadores.

Sobressai, no âmbito das instituições de saúde, que o papel desempenhado pelo SCC na gestão das organizações é bastante reduzido, limitando-se, frequentemente, ao cumprimento das obrigações legais.

No CHP, a contabilidade analítica que integra parte da informação de gestão é apenas enviada para as chefias e para a tutela, sendo muito rudimentar, baseada meramente em indicadores e em quadros que integram a totalidade das rubricas de custos diretos e indiretos, que são exigidos por regulamento.

Essa informação releva-se complexa e excessiva, vaga e pouco detalhada. Tende, assim, a ser ignorada, não sendo realmente utilizada.

Relativamente aos vários indicadores obtidos, apesar de sobressaírem como uma ferramenta importante, proporcionando apreciáveis vantagens, ainda se encontram em fase muito rudimentar de desenvolvimento.

Pretende-se, portanto, progredir, tornando a informação de gestão fiável, relevante e oportuna, induzindo/atraindo o interesse dos respetivos utilizadores.

Foi essa orientação que conduziu ao desenvolvimento de um projeto, incidindo em dados concretos e relevantes para cada serviço utilizador de informação de gestão.

Partindo desse princípio, questionou-se como poderia desenvolver-se a efetiva melhoria na qualidade da informação prestada.

Quais os elementos para que a informação possa apoiar a decisão ou servir como elemento de controlo? Em custos diretos? Indiretos? Controláveis e não controláveis?

O papel desempenhado pelos sistemas de contabilidade de custos é central na produção de informação relevante para o apoio à tomada de decisão de gestão, controlo e responsabilização? Reconhece-se o contributo da informação produzida pelo SCC para a qualidade de decisões tomadas pelos gestores dos setores da saúde nos diferentes níveis de decisão (operacional, de gestão e estratégico)? Ou o sistema limita-se a cumprir as obrigações legais, a reportar a informação exigida pela ACSS, e não é utilizado pelos gestores no processo de tomada de decisão?

Haverá falta de informação que permita uma gestão adequada das organizações hospitalares? É esse um dos principais problemas?

Como são efetivamente utilizados os *outputs* da contabilidade analítica nos processos de decisão?

O sucesso de um sistema de informação e a sua eficácia deve considerar as necessidades do utilizador e a sua satisfação de forma atingir-se a eficácia organizacional.

E há vários níveis a serem considerados. Nível técnico: relativo à eficiência e fiabilidade do sistema; nível semântico, em termos da capacidade de transmitir informação, de forma que os utilizadores apreendam o sentido pretendido; nível da eficácia do sistema, relativamente aos efeitos que provoca nos utilizadores.

Foi necessário avaliar alternativas para se ponderarem caminhos de melhoria.

Após inúmeras análises, sobressaíram determinadas áreas às quais deve ser dada maior atenção em termos do SCC, sendo estas: a capacidade de informação para a gestão dos custos; o acompanhamento da execução orçamental; a avaliação do desempenho dos departamentos/serviços; e sobretudo, e muito importante, atentar no benchmarking entre departamentos do mesmo hospital e até mesmo no benchmarking entre hospitais nacionais.

É necessário instituir mecanismos de retorno sobre a qualidade e relevância da informação prestada, a fim de se satisfazer as necessidades dos vários utilizadores.

A fim de se detetarem as carências da informação de gestão facultada, entrou-se em contacto com diretores clínicos, procurando identificar no seu discurso, aspirações, valores, crenças e atitudes aquilo que é relevante na informação de gestão.

Ao mesmo tempo, pretendeu-se saber como é que os diretores seleccionam as informações e se as comparam com as de outros hospitais de referência.

Solicitaram-se exemplos do uso de indicadores visando identificar “a intenção” em usar indicadores no quotidiano do trabalho.

Ao analisar as características do sistema de informação existente, buscou-se, assim, não apenas conhecer a situação desses sistemas nos hospitais (grau de informação, definição de fluxos, profissionais envolvidos, etc.), como investigar o nível do interesse e dedicação dos diretores ao assunto. Foram também questionados sobre as suas avaliações relativamente à qualidade dos sistemas de informação existentes no hospital. Colheram-se opiniões “sobre um elenco ideal” de indicadores.

Sintetizaram-se, em consequência do processo desenvolvido, os quadros das rubricas mais significativas para a área hospitalar. No mesmo sentido, foram concebidos indicadores de gestão que revelam informação mais precisa e completa, possibilitando a avaliação da situação real do centro hospitalar, e mesmo por serviço, quanto a eficiência, custos, qualidade, produção.

Para complementar tal informação, recorreu-se à elaboração de gráficos, os quais ajudam a comparar seções homogéneas importantes na análise dos custos.

A informação foi resumida e agregada, apresentando-se, no final, numa mera folha A4, que sintetiza a informação essencial à tomada de decisões por parte dos gestores.

5.1.) Construção de indicadores

Para uma melhor perceção e organização da informação, a contabilidade analítica é transmitida através de indicadores. Na seleção desses indicadores, tanto os *inputs* como os *outputs* são escolhidos para avaliar a eficiência técnica, não sendo consideradas algumas variáveis por não serem significativas ou equívocas para o processo produtivo.

Aquando a construção de indicadores há que ter em atenção a sua “psicometria”.

Os indicadores devem estar isentos de erros, incorporando validade e fiabilidade dos dados. Devem ainda ser objetivos, possíveis de diferenciação e proporcionar feedbacks.

As comparações não devem incorrer em efeito de halo, devendo apenas ser realizadas entre realidades homólogas, não induzindo conclusões erróneas. Em situações diferentes devem utilizar-se instrumentos diferentes.

Acresce a necessidade de isenção de erros de julgamento e de juízos de valor.

Este tema tem que ir muito mais além do cálculo propriamente dito para se construírem elementos de apoio efetivo à gestão nos mais diversos níveis.

A qualidade de um indicador depende dos respetivos atributos, devendo, em qualquer caso, ser simples, fiáveis e válidos.

5.1.1.) Indicadores de apoio à análise e à gestão

Em análise e gestão financeira utilizam-se com frequência uma técnica que consiste em estabelecer relações entre contas e grupamentos de contas do balanço e das demonstrações de resultados. Estas relações têm muitas denominações – rácios, indicadores, coeficientes, índices, etc.

Essas relações não são um fim em si mesmos, não dando respostas: são apenas um instrumento de apoio que permite sintetizar uma grande quantidade de dados e comparar o desempenho económico-financeiro das empresas e a sua evolução no tempo.

Recorrem a esse método inúmeras pessoas e entidades, por exemplo, instituições financeiras.

Podem-se construir muitos tipos de relações (rácios e indicadores), conforme o objetivo e o campo de análise e controlo.

As realidades e os fenómenos acompanhar e estudar podem ser de natureza diversa: financeira, económica, técnica, económico-financeira, etc.

Os indicadores podem construir-se com base em diferentes fontes de informação: documentos contabilísticos, orçamentos, médias do setor de atividade, concorrentes mais importantes ou com melhor desempenho, etc.

Caso sejam extraídos de documentos financeiros históricos e de estatísticas realizadas, são indicadores efetivos ou reais. Se efetuados sobre orçamentos e previsões, constituem indicadores previsionais.

As centrais de balanços e as bases de dados existentes e muito utilizadas hoje em dia permitem apurar indicadores setoriais.

Assim sendo, os indicadores monitorizados resultaram do cruzamento de custos já apurados mas até então não explorados, podendo agora constituir informação relevante, transmitida de forma clara, recorrendo, por exemplo, à noção de peso.

Desta forma, os custos referentes ao internamento deram origem a indicadores como, “lotação média acumulada”, “doente equivalente/doente saído”; “demora média”; custo do pessoal (enfermeiro e auxiliar de ação médica) por dia de internamento; peso das noites e suplementos no total dos custos com pessoal; peso dos custos com pessoal no total

dos custos diretos; peso dos custos com dias de cuidados intensivos nos custos totais; e por ultimo, nesta secção, o peso do bloco operatório nos custos totais.

Anteriormente, já se encontravam calculados três indicadores, designadamente o custo do dia de internamento, o custo do doente tratado e o respetivo custo do doente saído.

Pormenorizando os indicadores afetos ao internamento:

| Indicador | Designação |
|--|---|
| Lotação média acumulada | Média do número de camas ocupadas, tendo em conta os dias de internamento e o total de doentes tratados |
| Doente equivalente/doente saído | Peso dos episódios de internamento tendo em conta o tempo e intervalo de internamento ocorrido dividido pelo total de doentes que deixaram de permanecer no respetivo serviço (de internamento) |
| Demora média | Número médio de dias de internamento hospitalar por doente tratado no respetivo serviço, num determinado período de tempo. |
| Custo do pessoal enfermeiro e/ou AAM por cama | Custos com pessoal enfermeiro e/ou pessoal auxiliar de ação médica (custo ordenado base) por cama ocupada |
| Custo do pessoal enfermeiro e/ou AAM por dia de internamento | Custos com pessoal enfermeiro e/ou pessoal auxiliar de ação médica (Custo ordenado base) por dia de internamento. |
| Peso das noites e suplementos no total dos custos com pessoal | Percentagem do custo com noites e suplementos em internamento no total do custo das despesas com pessoal |
| Peso dos custos com pessoal nos custos diretos | Percentagem do custo de despesas com pessoal em internamento no total dos custos diretos afetos ao internamento |
| Peso dos custos com dias de cuidados intensivos nos custos totais | Percentagem do custo em cuidados intensivos em internamento no total dos custos (diretos e indiretos) no mesmo serviço de internamento |
| Peso do bloco operatório nos custos totais | Percentagem do custo afeto ao bloco operatório no total dos custos (diretos e indiretos) em internamento |

Sublinha-se que entendemos por “dia de internamento” o número de dias utilizados por todos os doentes internados, nos diversos serviços de internamento, num determinado período, excetuando-se os dias em que ocorreram as altas desse estabelecimento de saúde (nesta contagem não são incluídos os dias de estada em berçário ou em serviço de observação de serviço de urgência).

“Doente tratado” refere-se ao número de doentes submetidos a observação/tratamento médica/o nos diversos serviços de internamento.

“Doente saído” número de doentes que deixaram de permanecer no respetivo serviço de internamento de acordo com as seguintes situações: alta, transferência para outro hospital, óbito.

A ilustração que se segue evidência o resultado obtido na elaboração dos indicadores referentes ao internamento de fisioterapia, a enviar aos decisores clínicos:

| CENTRO HOSPITALAR DO PORTO, EPE | | | | INTERNAMENTO Setembro 2012 | |
|--|-------------|------------|------------|----------------------------|------------|
| Sec.Homog.Principal | | | | Fisiatria | |
| 1.1.1.0700 | | | | | |
| UNIDADE DE OBRA | Indicadores | | | CUSTOS | UNITÁRIOS |
| | 2010 | 2011 | 2012 | 2011 | 2012 |
| Dia de Internamento | 3.576 | 3.501 | 3.595 | 556,2 € | 573,3 € |
| Doente Tratado | 126 | 128 | 129 | 15.184,6 € | 15.977,8 € |
| Doente Saído | 107 | 108 | 109 | 18.031,7 € | 18.909,6 € |
| Doente Equivalente | 69 | 71 | 92 | 27.492,6 € | 22.411,7 € |
| Lotação Média Acumulada | 14,4 | 14,0 | 13,7 | | |
| Doente equivalente / Doente saído | 0,6 | 0,7 | 0,8 | | |
| Demora Média | 28,4 | 27,3 | 27,9 | | |
| Enfermeiro/Cama (custo ordenado base) | 13.745,9 € | 12.316,1 € | 14.533,9 € | | |
| AAM/Cama (custo ordenado base) | 4.962,2 € | 6.132,3 € | 4.522,6 € | | |
| Enfermeiro/Dias de Internamento (custo ordenado base) | 55,3 € | 49,3 € | 55,4 € | | |
| AAM/Dias de Internamento (custo ordenado base) | 20,0 € | 24,5 € | 17,2 € | | |
| Peso das Noites e Supl. No Total dos Custos com Pessoa | 7,3% | 7,2% | 8,3% | | |
| Peso dos custos com pessoal nos custos diretos | 61,6% | 61,9% | 60,8% | | |
| Peso dos Custos c/dias de C. Intensivos nos C. Totais | 27,5% | 26,6% | 29,6% | | |
| Peso do Bloco Operatório nos Custos Totais | 8,2% | 8,8% | 11,3% | | |

Ilustração 8. Resultado final do Quadro de Indicadores elaborados para o serviço de Internamento de Fisiatria, a prestar no reporte da Informação de Gestão

Fonte: Print Screen do projeto desenvolvido para o reporte da contabilidade analítica aos decisores clínicos – indicadores do internamento de fisioterapia

Pormenorizando os indicadores afetos à consulta externa:

| Indicador | Designação |
|--|--|
| Nº de consultas | Número de consultas prestadas, num determinado serviço, podendo consistir em observação clínica, diagnóstico, prescrição terapêutica, aconselhamento ou verificação da evolução do seu estado de saúde |
| Peso dos produtos farmacêuticos nos custos totais | Peso percentual do custo com produtos farmacêuticos num determinado serviço de consulta externa, no total dos custos (diretos e indiretos) do mesmo serviço de consulta externa |
| Peso dos subcontratos nos custos totais | Peso percentual do custo com subcontratos num serviço de consulta externa nos custos totais de um determinado serviço de consulta externa |
| Peso dos MCDT nos custos totais | Peso percentual do custo com Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica no total dos custos (diretos e indiretos) de um determinado serviço de consulta externa |
| Peso da MFR requisitada internamente no apoio clínico | Peso percentual da Medicina Física e Reabilitação no total dos custos com a secção auxiliar de apoio clínico |
| Duração média de Consulta | Tempo médio por consulta – valor ainda não apurado (ainda a ser apurado/ainda não obtido) |

No mesmo sentido, segue a ilustração do resultado do quadro de indicadores elaborados para a consulta externa de Medicina Física e Reabilitação do HMP.

| CENTRO HOSPITALAR DO PORTO, EPE | | CONSULTA EXTERNA Setembro 2012 | | | |
|---|--------------------|---|-------------|-------------------------|-------------|
| Sec.Homog.Principal | | Medicina Física e reabilitação-C.Ext.- HMP | | | |
| 7 123 21 | | | | | |
| UNIDADE DE OBRA | Indicadores | | | CUSTOS UNITÁRIOS | |
| | 2010 | 2011 | 2012 | 2011 | 2012 |
| Nº de Consultas | 1.351 | 668 | 464 | 337 | 79 |
| Peso dos Produtos Farmacêuticos nos Custos Totais | 35,8% | 2,2% | 7,8% | | |
| Peso dos SubContratos nos Custos Totais | 0,9% | 0,1% | 0,0% | | |
| Peso dos MCDT nos Custos Totais | 23,6% | 82,3% | 12,6% | | |
| Peso da MFR requisitada internamente no Apoio Clínico | 0,0% | 94,3% | 24,1% | | |
| Duração média de Consulta | | | | | |

Ilustração 9. Resultado final do Quadro de Indicadores elaborados para a Consulta Externa de Medicina Física e Reabilitação do Hospital Maria Pia

Fonte: Print Screen do projeto desenvolvido para o reporte da contabilidade analítica aos decisores clínicos – Indicadores da consulta externa de medicina física e reabilitação

5.2.) Quadros de custos

O resultado final do quadro analítico referente aos custos diretos e indiretos resultaram num total de 27 rubricas, isto é, as que se destacam com custos mais significativos e/ou que se revelam essenciais na atividade da organização.

Este agregado de informação respeita a cerca de metade de uma folha A5, a integrar a informação de gestão que é reportada às chefias e aos demais decisores.

Foram apurados custos em três anos consecutivos, possibilitando uma análise da evolução, uma rápida e fácil comparação homogénea, bem como a avaliação da eficiência, através de conclusões relativas às decisões anteriormente tomadas.

Os custos servem de base ao cálculo de muitos dos indicadores anteriormente referidos.

The image displays two side-by-side spreadsheets from the Hospital de São Marcos, detailing cost data for the year 2012. The left spreadsheet, titled 'ESTATÍSTICA CUSTOS', provides a summary of costs for various departments, including 'Unidade de Cuidado', 'Prontuário', 'Laboratório', 'Farmácia', 'Serviço de Radiologia', and 'Serviço de Anestesiologia'. It lists costs for 2010, 2011, and 2012, along with average costs (C. Méd.) and average percentages (P. Méd.). The right spreadsheet, titled 'CUSTOS INDIRETOS', details indirect costs for the same departments, listing specific cost categories such as 'Serviço de Radiologia', 'Serviço de Anestesiologia', 'Serviço de Diagnóstico por Imagem', and 'Serviço de Patologia Clínica'. It also provides cost data for 2010, 2011, and 2012, along with average costs and percentages.

Ilustração 10. Quadros de custos relativa á informação analítica anteriormente reportada à gestão do CHP
Print Screen da informação controlo de gestão reportada à gestão do CHP – custos relativos ao Internamento de Pediatria Médico Cirúrgica

Apresenta-se, desseguida, os quadros relativos aos custos diretos e indiretos do CHP, a enviar aos decisores.

Para uma comparação clara do trabalho efetuado, a ilustração 10 refere-se a um dos quadros anteriormente reportado à direção. Apresenta a informação da contabilidade analítica que era reportada.

O anexo VIII detalha a referida ilustração em pormenor.

De seguida encontra-se na ilustração 11, a apresentação do quadro (resumido) de custos, diretos e indiretos, a integrar agora na informação de gestão, relativa à contabilidade analítica, a enviar aos demais decisores do CHP.

| Designação | Custo Total | | | (Em Euros) | |
|---|-------------------|-------------------|-------------------|------------|---------------|
| | 2010 | 2011 | 2012 | C. UNIT | Perc. |
| Produtos Farmacêuticos | 5.555.137 | 5.236.165 | 4.758.203 | 30 | 5,89 |
| Material de Consumo Clínico | 1.284.020 | 1.247.794 | 1.167.512 | 7 | 1,45 |
| Total Consumos | 7.146.298 | 6.812.338 | 6.235.657 | 39 | 7,72 |
| Subcontratos | 513.090 | 558.128 | 472.078 | 3 | 0,58 |
| Ornecimentos e Serviços | 2.230.785 | 2.118.389 | 1.633.834 | 10 | 2,02 |
| Jrd.Sal. - Pessoal Médico | 3.448.996 | 3.400.020 | 3.474.012 | 22 | 4,30 |
| Jrd.Sal. - Pessoal de Enfermagem | 7.551.343 | 7.606.104 | 7.080.266 | 44 | 8,76 |
| Jrd.Sal. - Pessoal Operário e Auxiliar | 1.648.579 | 1.819.509 | 1.629.947 | 10 | 2,02 |
| Total Ordenados e Salários | 13.095.678 | 13.298.887 | 12.622.055 | 79 | 15,62 |
| Horas Extraordinárias | 658.300 | 571.766 | 411.635 | 3 | 0,51 |
| Joites e Suplementos | 1.950.095 | 1.938.069 | 1.919.419 | 12 | 2,38 |
| Prevenções | 253.615 | 216.195 | 249.058 | 2 | 0,31 |
| Total Outras Desp. C/Pessoal ... | 9.363.372 | 8.617.330 | 6.987.718 | 44 | 8,85 |
| Total Outras Despesas | 1.038.591 | 1.086.156 | 830.163 | 5 | 1,03 |
| TOTAL DOS CUSTOS DIRECTOS (1) | 33.387.814 | 32.491.229 | 28.781.506 | 180 | 35,62 |
| Cuidados Intensivos | 13.483.361 | 11.478.729 | 11.554.071 | 72 | 14,30 |
| Anatomia Patológica | 400.662 | 475.026 | 519.855 | 3 | 0,64 |
| Patologia Clínica | 2.626.212 | 2.421.081 | 1.949.667 | 12 | 2,41 |
| Neurologia | 1.082.628 | 1.124.873 | 1.011.807 | 6 | 1,25 |
| Medicina Física e de Reabilitação | 153.337 | 137.958 | 128.186 | 1 | 0,16 |
| Transfusão | 874.086 | 741.898 | 955.011 | 6 | 1,18 |
| Anestesiologia | 511.253 | 463.255 | 381.030 | 2 | 0,47 |
| Bloco Operatório | 28.807.593 | 27.415.156 | 24.014.522 | 150 | 29,72 |
| Medicina Nuclear | 88.036 | 77.873 | 87.515 | 1 | 0,11 |
| Técnicas Cardiológicas | 3.441.828 | 3.225.406 | 2.874.353 | 18 | 3,56 |
| Técnicas Gastroenterológicas (Excl. cap.) | 299.388 | 285.470 | 272.681 | 2 | 0,34 |
| Total Sec. Auxil. de Apoio Clínico | 53.322.685 | 49.367.044 | 45.171.070 | 283 | 55,91 |
| Serviço de Alimentação e Dietética | 2.160.616 | 1.955.784 | 1.910.932 | 12 | 2,37 |
| Tot. Sec. Auxil. de Apoio Geral | 4.966.584 | 4.903.744 | 4.740.834 | 30 | 5,87 |
| Total Secções Administrativas | 2.470.933 | 2.301.308 | 2.101.772 | 13 | 2,60 |
| TOTAL DOS CUSTOS INDIRECTOS(2) | 60.760.201 | 56.572.096 | 52.013.676 | 325 | 64,38 |
| TOTAL DOS CUSTOS (1+2) | 94.148.016 | 89.063.325 | 80.795.182 | 506 | 100,00 |

Ilustração 11. Quadro de custos relativos à informação analítica, melhorada no presente projeto desenvolvido no CHP. Print Screen do projeto desenvolvido para o reporte da contabilidade analítica aos decisores clínicos – Total do Internamento do CHP

Ressalta deste modo, um conjunto de rubricas de custos relevantes e sintetizados por forma a atraírem a atenção dos seus utilizadores e produzirem os seus respectivos frutos.

5.3.) Conceção de gráficos

Na prestação de informação relativa a custos há a necessidade de observar um fator crítico: deve apresentar-se em termos comparativos.

Para este fim, elaborou-se um conjunto de gráficos para análise e comparação entre rubricas e serviços, por forma, a que determinados alertas sejam facilmente perceptíveis.

É nítida, por exemplo, a constatação do comportamento evolutivo dos custos totais por linha de produção, sendo possível constatar-se a comparação entre as médias registadas no total de internamentos do CHP, a média numa determinada valência, por exemplo no serviço de internamento de ortopedia, bem como no total do departamento de Ortofisiatria.

Isto posto, foram elaborados gráficos por cada quadro de custo relevante para a análise de gestão de cada serviço. Pormenorizando, detalhar-se-ão os gráficos que integram a informação de gestão a enviar para os decisores/diretores do Departamento de Ortofisiatria.

Exemplificando, segue em anexo IX o projeto elaborado para o Departamento de Ortofisiatria, sendo este o resultado final para o reporte da informação de gestão aos demais decisores.

Neste projeto, constam comparações pertinentes relativas aos custos totais do CHP, ao total do internamento do CHP, bem como a custos específicos relativamente ao custo total do departamento. Neste aspeto, especificam-se, nomeadamente, os custos afetos ao internamento de fisiatria, de ortopedia e da unidade vertebro medular. Estes dois últimos são agregados num total de ortopedia.

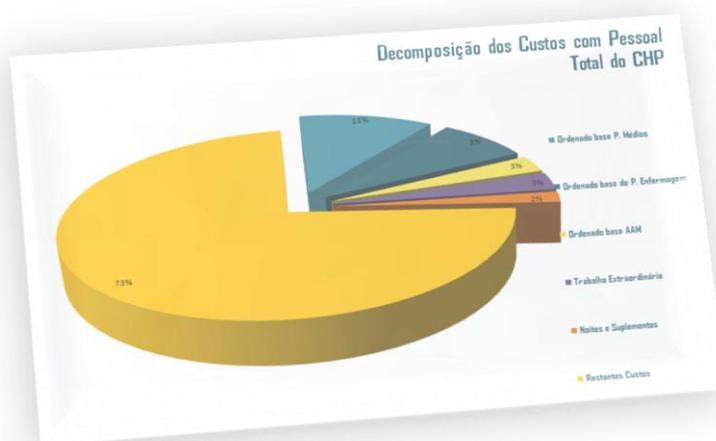
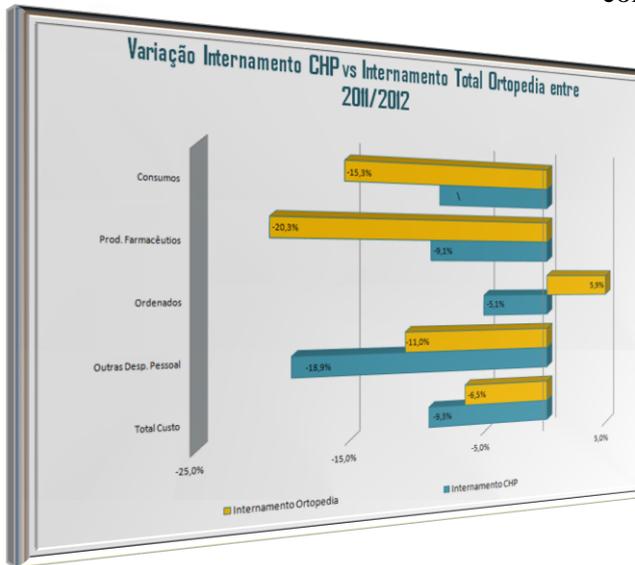


Gráfico 1. Decomposição dos Custos com Pessoal no Total do CHP

Classificam-se, do mesmo modo, as comparações dos custos na consulta externa de fisioterapia, ortopedia, medicina física e reabilitação-HMP (fisioterapia pediátrica), e ortopedia pediátrica.

Destarte, para mais detalhes e análises, são apresentados os gráficos comparativos entre serviços homólogos, bem



como com a média registada no total da mesma atividade do CHP. Ou seja, são igualmente detalhados, por exemplo, os custos com pessoal, a demora média, o custo unitário por dia de internamento, normalmente ao longo de um período de três anos, no serviço de internamento de fisioterapia.

Gráfico 2. Variação entre 2011/2012 registada nas principais rubricas, no Total do Internamento do CHP e no Total do internamento de Ortopedia (internamento de ortopedia e internamento de Unidade Vertebro Medular) afetos a cada serviço integrante do mesmo departamento.

São apresentados gráficos refletindo análise dos custos do CHP no geral e por departamento, bem como os custos detalhados que são

Assim, comparativamente aos custos totais do CHP ressaltam gráficos, os quais ilustram a decomposição dos custos afetos ao total do CHP, nomeadamente custos com pessoal, bem como a variação registada nos últimos dois anos, nas principais rubricas no total internamento do CHP, respetivamente.

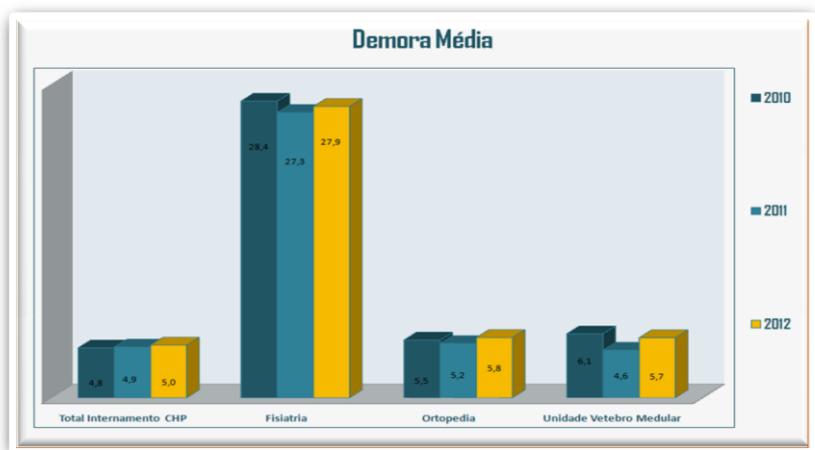


Gráfico 3. Demora media registada, nos últimos três anos, no internamento de Fisioterapia

Refletindo a importância de determinadas rubricas, detalha-se em gráfico a decomposição dos custos com

pessoal afetos a cada serviço, bem como as variações registadas, nos últimos dois anos, nas principais rubricas no total do CHP, em cada departamento e até mesmo em cada linha de atividade, como se exemplifica no gráfico 2, relativo aos custos do internamento de ortopedia.

Para uma análise com maior homogeneidade, realçam-se também os custos em cada departamento. Proporcionam-se comparações pertinentes: os serviços são comparados com a média registada no total do CHP. São, assim, efetuadas comparações, nomeadamente entre determinado serviço, o total do internamento do departamento em questão, e os custos constatados no total do internamento do CHP.

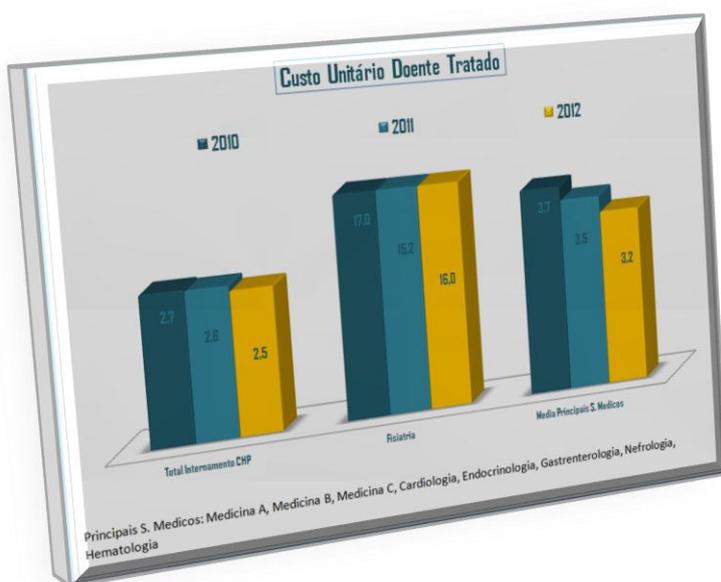


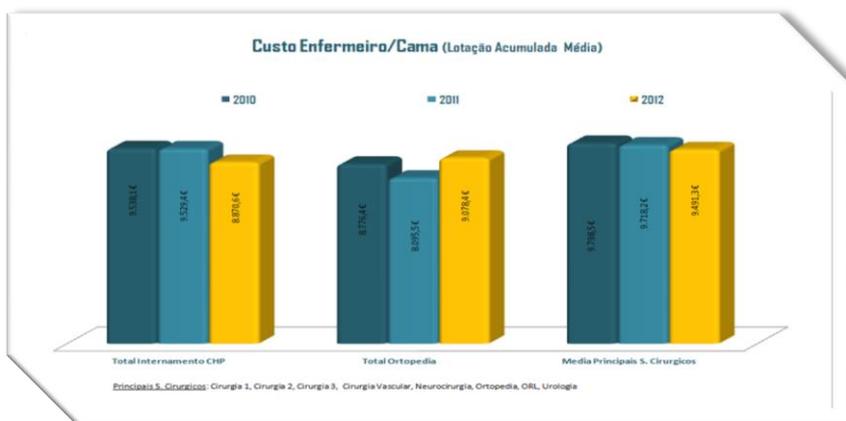
Gráfico 4. Custo Unitário Doente Tratado no total do internamento de Fisiatria em 2010/2011/2012

Detalha-se o custo unitário do doente tratado ao longo dos últimos três anos e/ou do período homólogo, apresentando-se ao mesmo tempo a evolução registada no total do internamento do CHP e o total registado no departamento.

Atente-se, assim, no gráfico 3, relativo à evolução da demora média no total do internamento de fisiatria.

Uma análise relevante e pertinente é a comparação do serviço em questão com a média apurada, nos mesmos indicadores, em serviços homólogos. Isto para além das comparações do custo unitário doente tratado, ao longo dos três anos, no total do internamento do CHP, do internamento de fisiatria e/ou ortopedia. Faculta-se a média do custo unitário doente tratado nos principais serviços médicos e/ou cirúrgicos para possíveis análises pertinentes e relevantes.

Salientam-se ainda custos em produtos farmacêuticos por doente tratado, o peso de



MCDT nos custos totais, no total registado no departamento em questão, por serviço, bem como por total do CHP. Do mesmo modo ilustra-se a evolução, sob a mesma análise, do peso de produtos

farmacêuticos por número de consultas.

Quanto à linha de atividade consultas externas são expostos gráficos comparativos, por exemplo, do custo unitário por consulta externa, nos últimos três anos,

no total registado das consultas externas do CHP e nos principais serviços que integram o departamento em questão. Ou seja, no departamento de Ortofisiatria, transparece a análise da consulta externa de fisioterapia, ortopedia, comparativamente ao apurado na consulta externa de fisioterapia

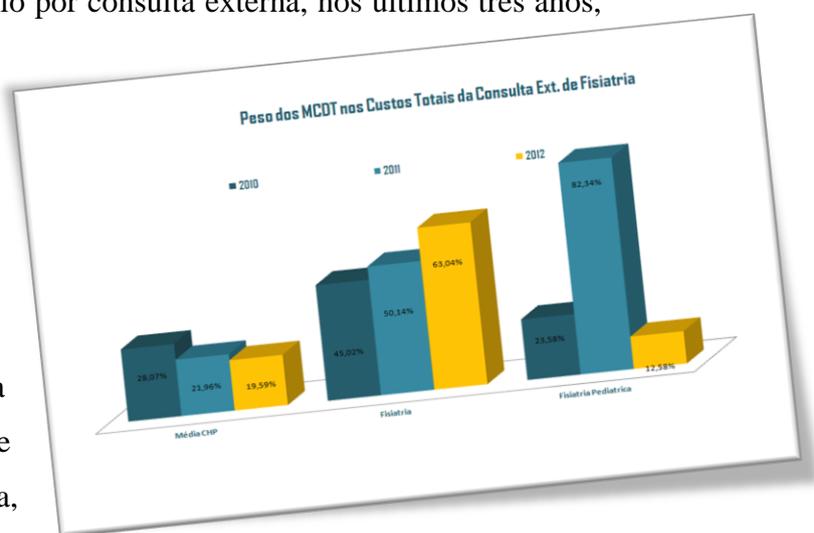


Gráfico 6. Peso do MCDT nos custos totais da Consulta Externa de Fisioterapia, nos anos de 2010/2011/2012

pediátrica (medicina física e reabilitação – HMP) e ortopedia pediátrica, respetivamente.

Equitativamente, são disponibilizados gráficos para cada consulta externa.

Evidencia-se ainda, tal como no internamento, o peso dos custos indiretos, repartidos pelas principais rubricas.

Estas mesmas comparações são efetuadas igualmente e na mesma sequência para outros indicadores, serviços e linhas de atividade, detalhados no anexo IX, referente ao trabalho integral elaborado para o departamento de Ortofisiatria.

Capítulo VI - Considerações finais e recomendações

Como se verificou ao longo do desenvolvimento do presente relatório, uma instituição de saúde constitui uma realidade complexa e diversificada, absorvendo vultosos recursos, pelo que se revela necessário elevar o grau de eficiência na gestão dos respetivos meios.

Na execução do nosso relatório, destacaram-se diversos aspetos relativos ao CHP, sobressaíram algumas limitações no estudo e surgiram pistas para futuros aprofundamentos, que passamos a referir.

No CHP, o SIG é responsável pela análise e produção de toda a informação para gestão, a qual posteriormente é enviada aos decisores de vários níveis.

Verificamos, no entanto, que a informação produzida, apesar do volume de dados já desenvolvidos, carece de considerável exploração.

A isso acresce a falta de *feedback* por parte da tutela para os hospitais, sendo esse um dos motivos que dificultam comparações entre hospitais.

A seleção de indicadores por parte da tutela não é adaptada aos hospitais, obedecendo a listas clássicas. Revela-se necessário aprimorar os critérios de padronização e adaptar informações às características e necessidades da gestão dos hospitais, uma vez que a atual classificação do “case mix” inviabiliza a comparação dos indicadores.

Recomenda-se uma prática regular e contínua de sensibilização e treino para estimular a análise dos indicadores e o uso das informações para a gestão.

É imperioso que haja continuidade nos esforços já encetados.

Salientam-se determinadas limitações, no que concerne à melhoria contínua dos indicadores, sendo possível encontrar muita informação essencial nas bases de dados. Com efeito, apesar de alguns problemas de qualidade e integridade, respeitantes à informação, existem muitas variáveis disponíveis nos sistemas da ACSS, que evidenciam imensas possibilidades passíveis de exploração.

É necessário explorar as bases de dados, complementando-as com a de cada instituição.

De forma geral, parece existir pouco investimento no sistema de informação dos hospitais.

Destaca-se a necessidade de maior recurso ao *benchmarking* entre hospitais e até mesmo entre serviços, por iniciativa dos próprios gestores.

Sublinha-se que há problemas nos critérios de imputação de custos. A contabilidade de custos está ainda pouco desenvolvida.

Os critérios de imputação para os hospitais não são explícitos. A ACSS não estabelece padronizações para práticas uniformizadas da Contabilidade Analítica entre os hospitais.

Se não há padronização dos critérios, como poderão efetuar-se comparações entre os hospitais?

Com a complexidade e diversidade dos hospitais, as dificuldades de padronização agravam-se.

A quantidade de processos e recursos é imensa, o que dificulta ou mesmo impossibilita a obtenção de dados reais. Muitos dados são, por isso, baseados em médias e em unidades ponderadas. Contudo, nem todos os hospitais tratam dados com base nas mesmas unidades de medida, revelando-se falhas ao proceder-se ao *benchmarking*.

Há, por tudo isso, que desencadear passos para uma padronização dos custos mais efetiva.

Os procedimentos específicos de apuramento dos custos devem ir evoluindo e ser claros.

As comparações serão muito mais rigorosas. Propõe-se o desenvolvimento da padronização dos critérios da Contabilidade Analítica, entre os quais critérios de imputação dos custos indiretos e a definição das bases para o resultado final.

Outra necessidade é integrar o contrato-programa, de forma detalhada, nos programas internos de cada unidade hospitalar do CHP.

Visando a melhoria dos sistemas de informação hospitalar, a adoção de metodologias de clarificação de determinados procedimentos para construir grupos homogêneos de hospitais, a fim de comparar os respetivos indicadores, é, igualmente, uma das potencialidades a ser explorada. A fim de se aprimorar o sistema de informação hospitalar, deve-se explorar a construção de GDH's com vista à comparação dos indicadores.

As unidades de saúde, em particular, devem explorar os dados já existentes mas ainda não utilizados, refletindo com qualidade e integridade a informação estatística e contabilística a ser disponibilizada aos decisores, sendo essa informação efetivamente válida, fiável e praticável.

Especificando a temática em causa, propõe-se o desenvolvimento de indicadores pertinentes para descrever a realidade do CHP, explorando-se, para isso, dados relacionados com a produtividade do pessoal, como por exemplo: “o nº de horas disponíveis para consulta”, “internamento, hospital de dia” e conseqüentemente a “duração média por consulta”, “nº de horas por dia de internamento”, “por sessão de hospital de dia e por cirurgia”, concomitantemente com o apuramento de custos já hoje realizado.

Pretende-se uma melhoria na apresentação e compreensibilidade da informação disponibilizada, através da monitorização de um conjunto de indicadores apresentados sob forma gráfica, que permita a análise e comparação com serviços idênticos, bem como com a situação geral do próprio CHP.

Poderão, depois, ser efetuadas comparações com outros hospitais.

A informação é vital! É a ferramenta específica do gestor: se não for fiável não se pode decidir adequadamente. Tem, por isso, que ser avaliada e melhorada. Neste caminho, há muito a fazer! Há que fazer progredir processos para boas tomadas de decisões, reduzindo gastos e aumentando, simultaneamente, a qualidade.

Há muito a melhorar na informação produzida pelo SCC dos hospitais.

Há que avaliar, permanentemente, o grau de satisfação associado ao SCC, para uma melhoria contínua por produtores e utilizadores da informação sobre custos.

Os esforços encetados, os recursos despendidos, a experiência alcançada, os resultados já obtidos constituem incentivo para prosseguir, com vista ao permanente aperfeiçoamento do sistema.

A tutela são os advogados dos doentes!

Têm o dever e a obrigação de o fazer!!

“O médico que só sabe Medicina, nem Medicina sabe”

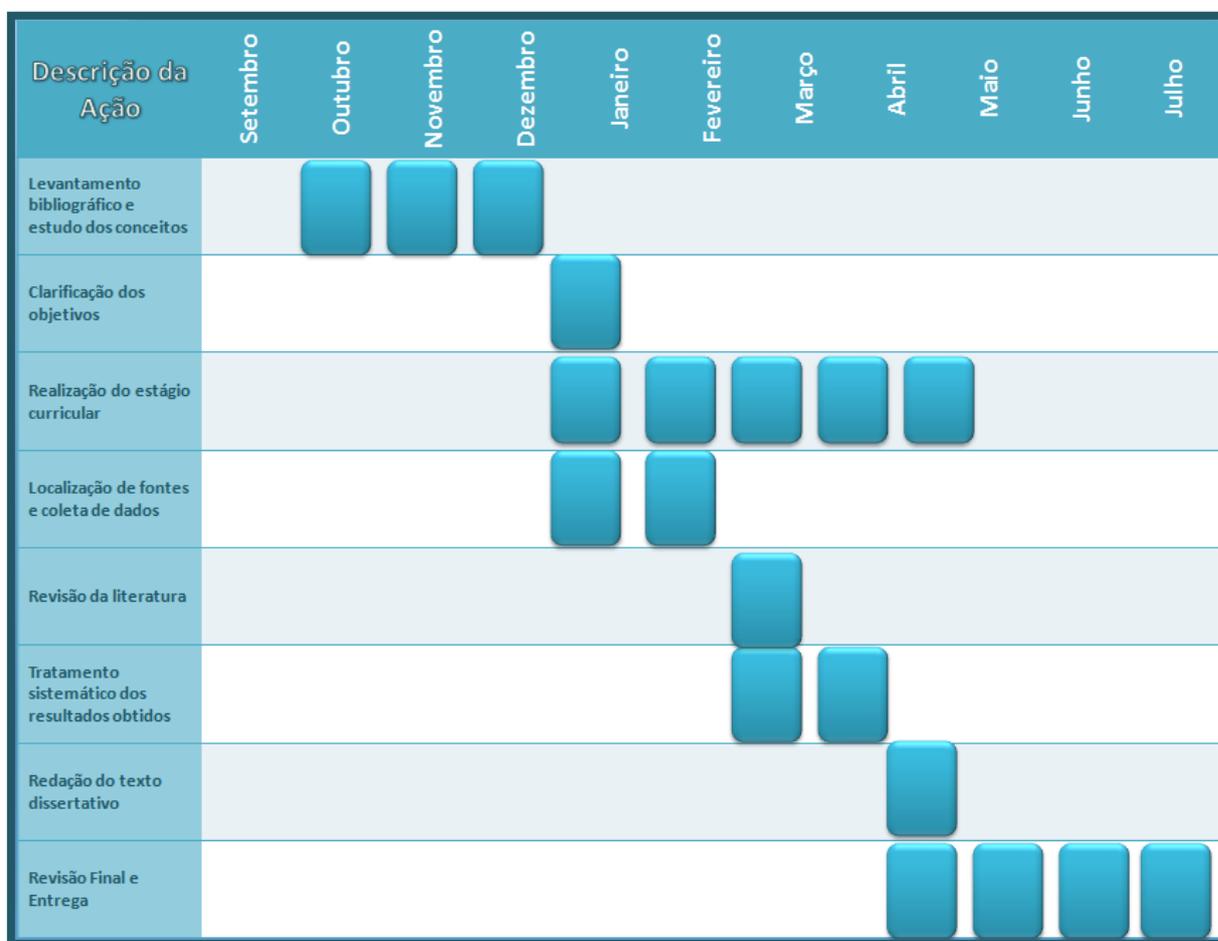
Abel de Lima Salazar (1889-1946)

Cronograma

Para conclusão do mestrado em Contabilidade e Administração Pública, equivalente a tese de mestrado, exige-se o desenvolvimento de um estágio curricular bem como um relatório das atividades e conclusões obtidas.

O estágio teve data de início no dia 4 de Dezembro de 2012 e o seu final, como programado, no dia 30 de Abril de 2013, decorrendo num total de 680 horas obrigatórias.

De seguida expõe-se o cronograma das atividades, inerentes à presente elaboração do relatório de estágio, onde elencamos as tarefas realizadas, bem como o seu momento e tempo despendido.



Bibliografia

- Administração Central do Sistema de Saúde IP. (2011). *Manual do Processo de Contratualização - Hospitais e ULS*. Lisboa: Administração Central do Sistema de Saúde IP,.
- Administração Central do Sistema de Saúde. Índice de Case-Mix Retrieved 25 de Outubro, 2013, 2013, from http://portalcodgdh.min-saude.pt/index.php/%C3%8Dndice_de_Case-Mix_%28ICM%29
- Administração Central do Sistema de Saúde, IP., (2012). *Contrato-Programa 2013 Metodologia para definição de preços e fixação de objetivos* (pp. 1-38). Retrieved 14 de junho, 2013 from http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/Metodologia_HH_ULS_2013.pdf
- Camacho, R., e Rocha, W. (2008). Custeio-alvo em Serviços Hospitalares: um estudo sob o enfoque da gestão estratégica de custos. *Rev. Cont. Fin.*, Vol. 19, n. 47., São Paulo (pp. 19-30). ISSN 1808-057X. Retrived 2 de fevereiro, 2013 from <http://www.scielo.br/pdf/rcf/v19n47/v19n47a03.pdf>
- Carvalho, J., Costa, T., e Macedo, N. (2008). A Contabilidade Analítica ou de Custos no Sector Público Administrativo. *Revista da Câmara do Técnicos Oficiais de Contas*, 96, 30-41.
- Centro Hospitalar do Porto E.P.E. (2008). *Regulamento Interno do CHP*. Centro Hospitalar do Porto (Ed.) (pp. 1-34). Porto. Retrieved 05 de dezembro, 2012 from http://www.chporto.pt/pdf/Regulamento_CHP_2008.pdf
- Centro Hospitalar do Porto EPE. Centro Hospitalar do Porto, EPE. - Código de Ética (pp. 1-7). Retrieved 05 de dezembro, 2012 from http://www.chporto.pt/pdf/Codigo_etica.pdf

- Centro Hospitalar do Porto EPE. (2007). Princípios de Bom Governo das empresas do Sector Empresarial do Estado Retrieved 07 de janeiro, 2013 from http://www.chporto.pt/pdf/princ_bom_gov/Principios_de_Bom_Governo.pdf
- Centro Hospitalar do Porto EPE. (2012a). Apresentação da empresa (pp. 1-2). Retrieved 04 de janeiro, 2013 from http://www.chporto.pt/pdf/princ_bom_gov/Identificacao_empresa.pdf
- Centro Hospitalar do Porto EPE. (2012b). Organização - Organigrama Centro Hospitalar do Porto, Retrieved 04 de janeiro, 2013 from <http://www.chporto.pt/organigrama.php>
- Centro Hospitalar do Porto EPE. (2012c). *Relatório e Contas 2011 do Centro Hospitalar do Porto*. Porto.
- Centro Hospitalar do Porto EPE. Especialidades do CHP Retrieved 10 de janeiro, 2013, from <http://www.chporto.pt/ver.php?cod=0C0D>
- Costa, N., Ribeiro, J., e Silva, P.. (2000). Reforma do Estado e mudança organizacional: um estudo de hospitais públicos. *Ciência & Saúde Coletiva*, Vol. 5, n. 2., pp. 427-442. ISSN 1413-8123 Retrieved 5 de março, 2013 from <http://www.scielosp.org/pdf/csc/v5n2/7106.pdf>
- Decreto-Lei n.º19/1988 de 21 de janeiro do Ministério da Saúde, Lei da Gestão Hospitalar. Diário da República: I Série, N.º 17 (1988).
- Decreto-Lei n.º30/2011 de 2 de março do Ministério da Saúde, funde várias unidades de saúde. Diário da República: I Série, N.º 43 (2011).

- Gonçalves, E. & Aché, C., (1999).Administração Hospitalar- O Hospital Empresa: Do planeamento à conquista do Mercado. *Revista de Administração de empresas*, v.39, n.1, janeiro/março, São Paulo, (pp.84-97). Retrieved 8 de março, 2013 from <http://www.scielo.br/pdf/rae/v39n1/v39n1a09.pdf>

- Gouveia, L., e Ranito, J. (2004). Sistemas de Informação de Apoio à Gestão. In Coleção Inovação e Governação nas Autarquias (Series Ed.) Manual VII. SPI - Sociedade Portuguesa de Inovação (Ed.) *Porto*. (pp.1-96) ISBN: 972-8589-43-3. Retrieved 3 de março, 2013 from http://ufpbdigital.ufp.pt/dspace/bitstream/10284/264/1/Manual_VII.pdf

- INE. (2009, 2009). Proporção de poder de compra (% - no total do País) por Localização geográfica; Bial Retrieved 07 de janeiro, 2013, from http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_main

- INE. (2011). Médicos (N.º) por Local de residência; Anual Retrieved 07 de janeiro, 2013, from http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_main

- Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde. (2007). Plano de Contabilidade Analítica dos Hospitais M. d. Saúde (Ed.) (pp. 1-80). Retrieved 08 de dezembro, 2013 from http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/DownloadsPublicacoes/SNS/Info_gestao/PCAH_3Edicao.pdf

- Kudlawicz, C. Gestão de Custos Hospitalar: um Estudo de Caso. 1-16. Retrieved 6 de março, 2013 from <http://congressoup.fipecafi.org/artigos102010/270.pdf>

- Lei n.º 64-B/2011 de 30 de dezembro da Assembleia da República, Orçamento do Estado para 2012. Diário da República: I Série, N.º 250 (2011) Retrieved from <http://dre.pt/pdf1s/2011/12/25001/0004800244.pdf>

- Ministério da Saúde. (2013). Grupos de Diagnósticos Homogéneos Retrieved 12 de janeiro, 2013, from <http://www.acss.min-saude.pt/%C3%81reaseUnidades/DepartamentoGest%C3%A3oeFinanciamentoPreStSa%C3%BAde/SClassifica%C3%A7%C3%A3oDoentes/GruposdeDiagn%C3%B3sticosHomog%C3%A9neos/tabid/460/language/pt-PT/Default.aspx>

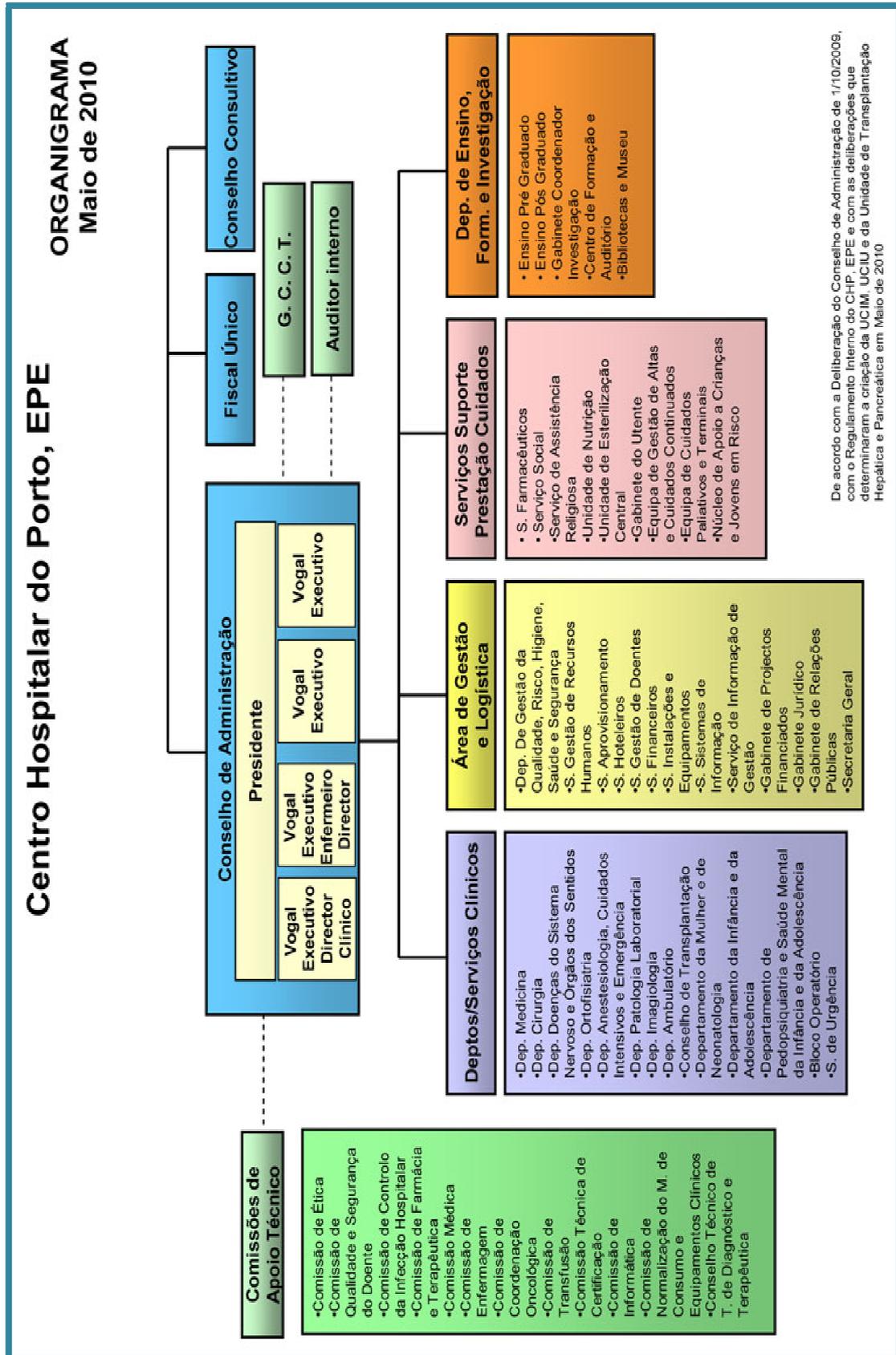
- Pereira, R., Sá, P., e Jorge, S. Informação Produzida pelos sistemas de contabilidade de custos nos hospitais públicos portugueses: características e lacunas. (pp.1-24). Retrieved 3 de março, 2013 from http://www.aeca.es/pub/on_line/comunicaciones_xivencuentroaeca/cd/52d.pdf

- Soares, F. R. M. (2009). *O Custo Alvo - Ferramenta de Gestão Estratégica*. Tese de Mestrado em Contabilidade, Faculdade de Economia da Universidade do Porto, Porto. Retrieved 25 de fevereiro, 2013 from <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/20594/2/O%20CUSTO%20ALVOFERR%C2%AA%20GEST%C3%83O%20ESTRATGICA.pdf>

Anexos

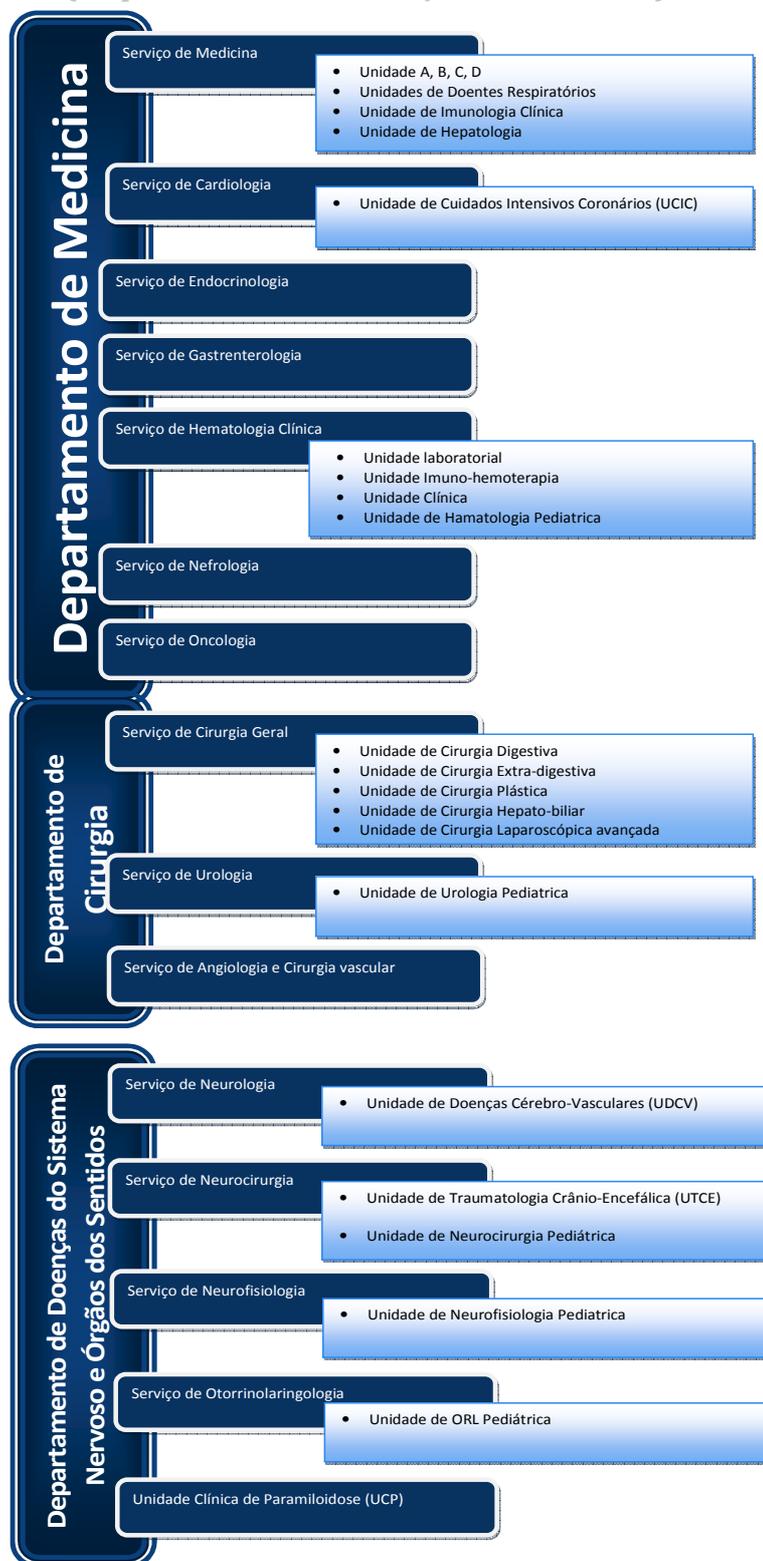
Anexo I

Organigrama do Centro Hospitalar do Porto



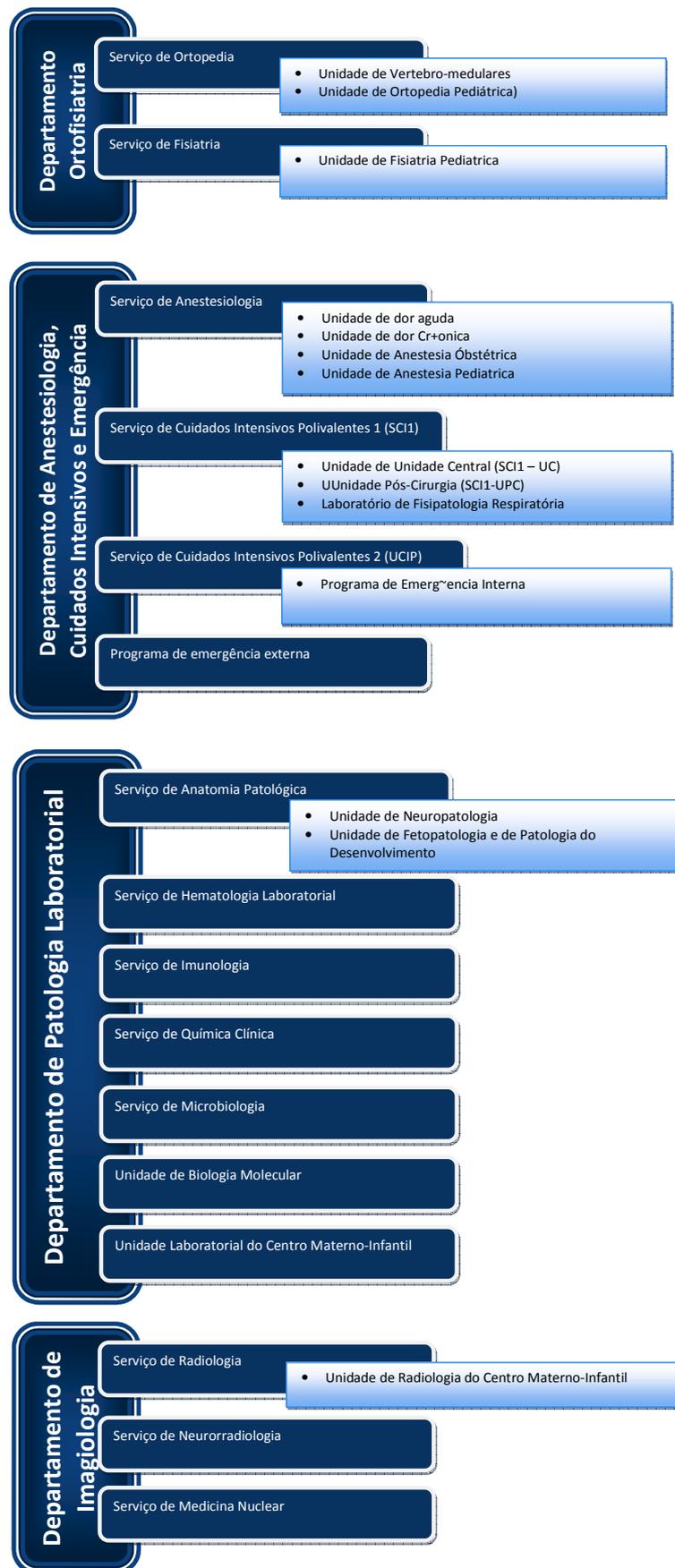
Anexo II

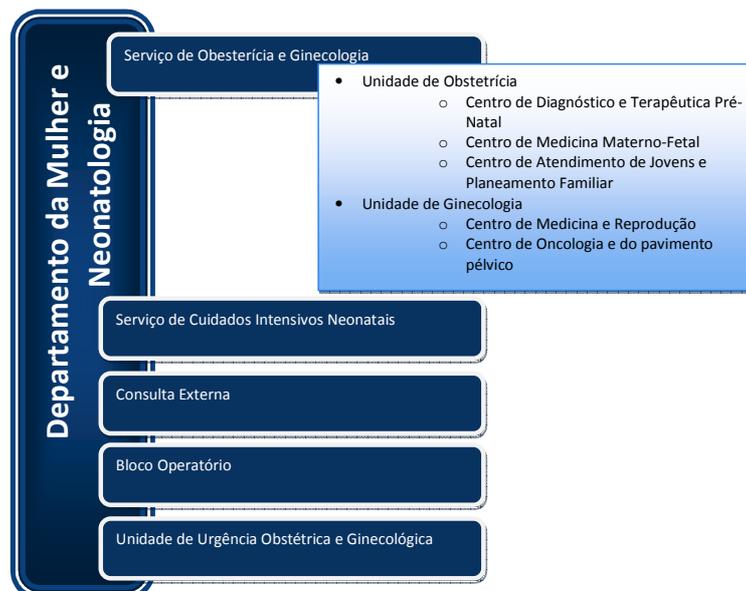
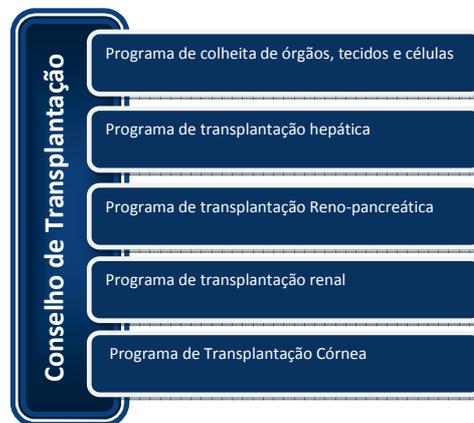
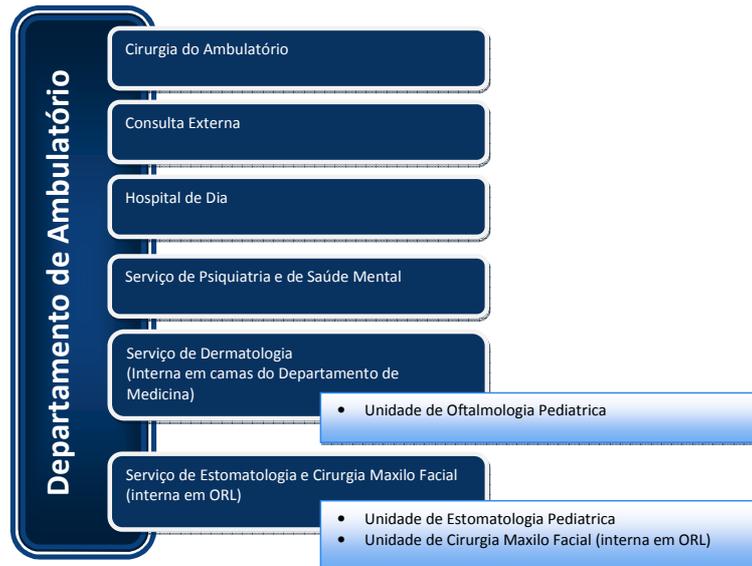
Constituição dos Níveis Intermédios de Gestão do CHP (Departamentos, serviços e unidades)

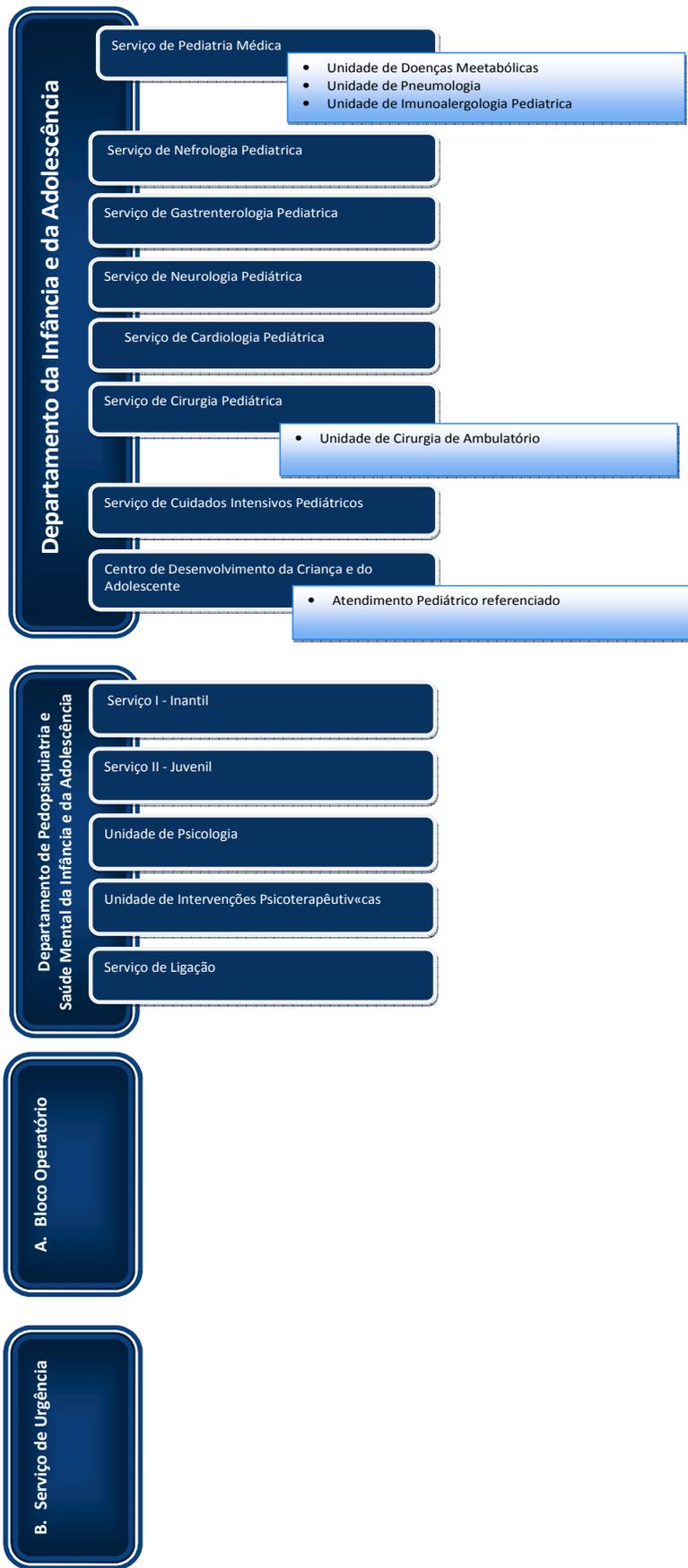


Fonte: Elaboração Própria, baseada no Regulamento Interno do Centro Hospitalar do Porto, (2008) Pág. 10

Informação disponível em http://www.chporto.pt/pdf/Regulamento_CHP_2008.pdf

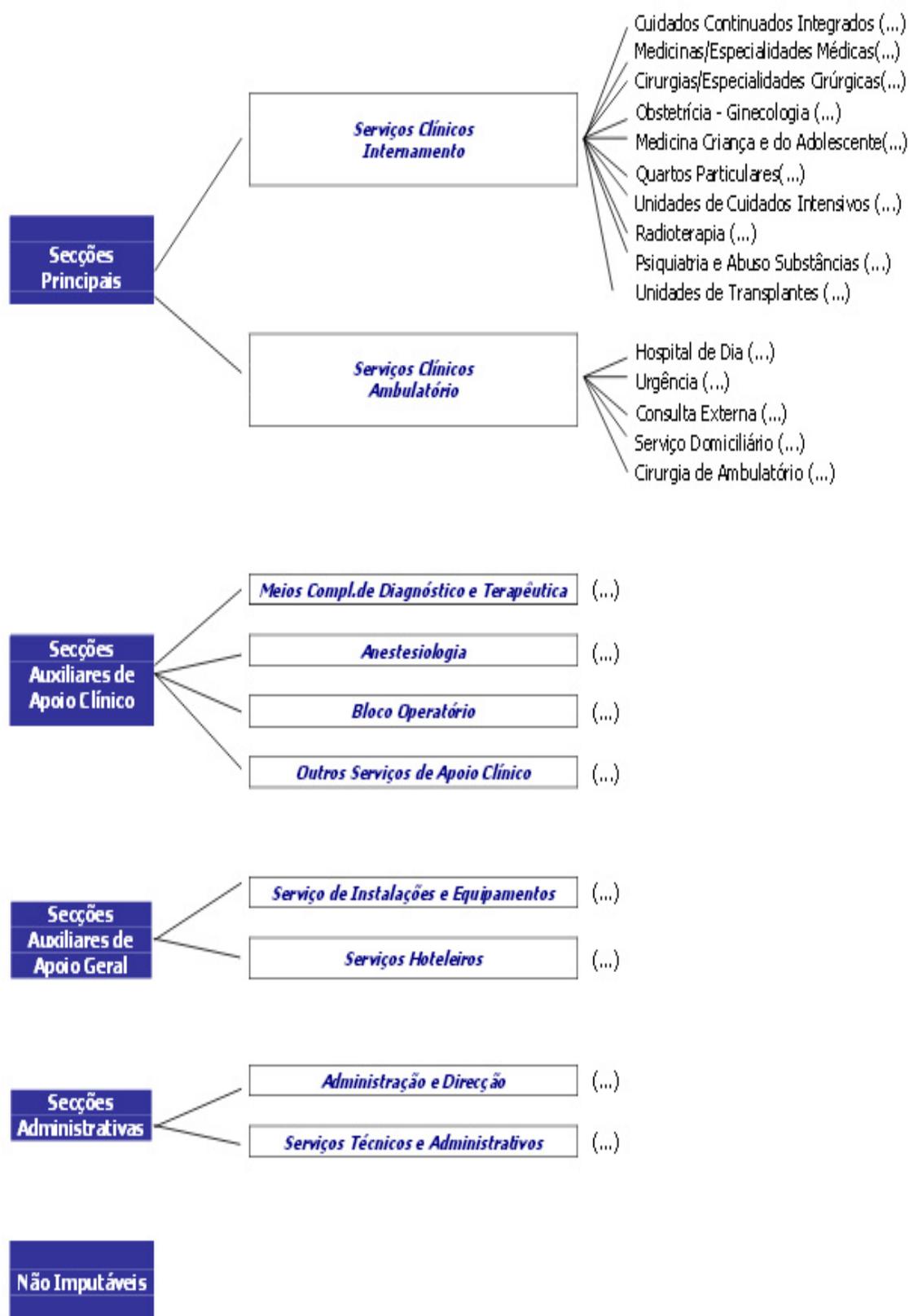






Anexo III

Representação Gráfica das Secções Homogêneas

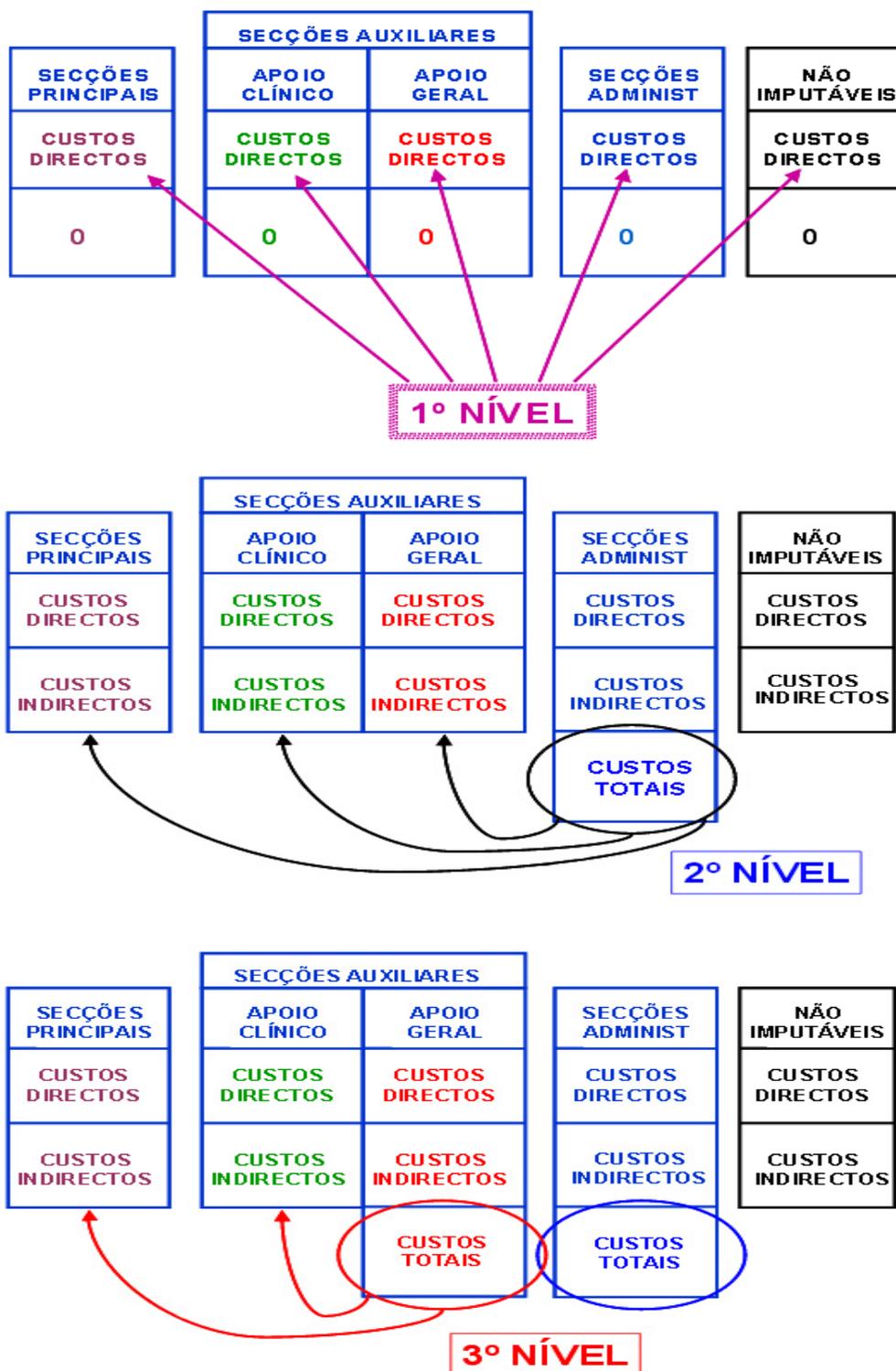


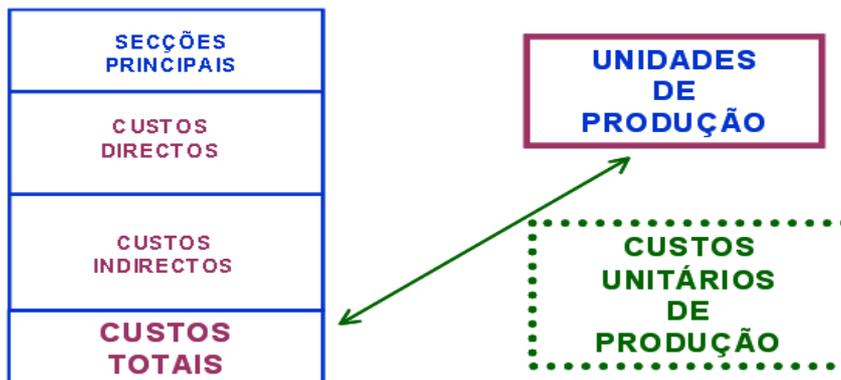
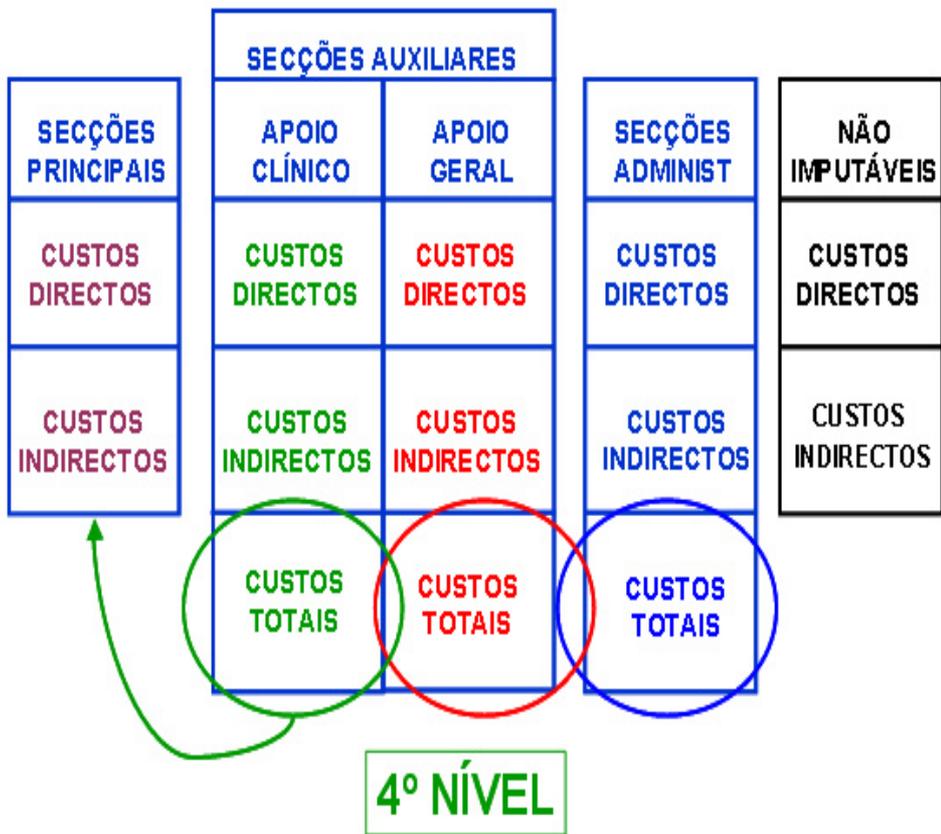
Fonte: Plano de Contabilidade Analítica dos Hospitais, (2007). Pág. 25.

Informação disponível em http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/Downloads/Publicacoes/SNS/Info_gestao/PCAH_3Edicao.pdf.

Anexo IV

Esquematização das regras para o apuramento de custos





Anexo V

Mapas de Realização das Seções Homogéneas – Custos

Hospital : _____ Ano: _____
 Serviços Financeiros

| Designação da Unid. de Obra | Dados Estatísticos ^a | Custo Unitário Total |
|-----------------------------|---------------------------------|----------------------|
| (...) | (...) | (...) |
| (...) | (...) | (...) |

Secção Homogénea: _____ (A elaborar para cada Secção Homogénea)
 (em euros)

| CÓDIGO CONTAS | DESIGNAÇÃO | CUSTO TOTAL | CUSTO UNITÁRIO | DECOMP. % |
|---------------|--|-------------|----------------|-----------|
| | ELEMENTOS DIRECTOS | | | |
| 612 | Mercadorias | | | |
| 6161 | Produtos Farmacêuticos | | | |
| 6162 | Material de Consumo Clínico | | | |
| 6163 | Produtos Alimentares | | | |
| 6164 | Material Consumo Hoteleiro | | | |
| 6165 | Material Consumo Administrativo | | | |
| 6166 | Material Manutenção e Conservação | | | |
| 6169 | Outro Material de Consumo | | | |
| 621 | Subcontratos | | | |
| 622 | Fornecimentos e Serviços | | | |
| 63 | Transferências Correntes Concedidas e Prestações Sociais | | | |
| 641 | Remunerações dos Órgãos Directivos | | | |
| 64211 | Pessoal Dirigente | | | |
| 642121 | Pessoal Médico | | | |
| 642122 | Pessoal Técnico Superior Saúde | | | |
| 642123 | Pessoal Técnico Superior Serviço Social | | | |
| 642129 | Outro Pessoal Técnico Superior | | | |
| 64213 | Pessoal de Enfermagem | | | |
| 642141 | Pessoal Técnico de Diagnóstico e Terapêutica | | | |
| 642149 | Outro Pessoal Técnico | | | |
| 64215 | Pessoal Técnico Profissional | | | |
| 64216 | Pessoal de Administração | | | |
| 64217 | Pessoal Operário e Auxiliar | | | |
| 64218 | Pessoal Docente | | | |
| 64219 | Outro Pessoal | | | |
| 642211 | Horas Extraordinárias | | | |
| 64221121 | Pessoal Médico | | | |
| 6422113 | Pessoal de Enfermagem | | | |
| 64221141 | Pessoal Técnico de Diagnóstico e Terapêutica | | | |
| 6422117 | Pessoal Operário e Auxiliar | | | |
| | Outro Pessoal | | | |
| 642212 | Prevenções | | | |
| 64221221 | Pessoal Médico | | | |
| 6422123 | Pessoal de Enfermagem | | | |
| 64221241 | Pessoal Técnico de Diagnóstico e Terapêutica | | | |
| 6422127 | Pessoal Operário e Auxiliar | | | |
| | Outro Pessoal | | | |
| 642221 | Noites e Suplementos | | | |
| 64222121 | Pessoal Médico | | | |
| 6422213 | Pessoal de Enfermagem | | | |
| 64222141 | Pessoal Técnico de Diagnóstico e Terapêutica | | | |
| 6422217 | Pessoal Operário e Auxiliar | | | |
| | Outro Pessoal | | | |
| 642222 | Subsídio de Turno | | | |
| 64223 | Abono para Falhas | | | |
| 64224 | Subsídio de Refeição | | | |
| 64225 | Ajudas de Custo | | | |
| 64226 | Vestuário e Artigos Pessoais | | | |
| 64227 | Alimentação e Alojamento | | | |
| 64228 | Outros Suplementos | | | |
| 6423 | Prestações Sociais Directas | | | |
| 6424 | Subsídio de Férias e Natal | | | |
| 643 | Pensões | | | |
| 645 | Encargos sobre Remunerações | | | |
| 646 | Seguros Acidentes Trab. e Doenças Profissionais | | | |
| 647 | Encargos Sociais Voluntários | | | |
| 648 | Outros Custos com Pessoal | | | |
| 65 | Outros Custos e Perdas Operacionais | | | |
| 66 | Amortizações do Exercício | | | |
| 67 | Provisões do Exercício | | | |
| 68 | Custos e Perdas Financeiras | | | |
| 69 | Custos e Perdas Extraordinários | | | |
| | Total dos Elementos Directos | | | |

| Designação da Unid. de Obra | Custo Unitário Directo |
|-----------------------------|------------------------|
| (...) | (...) |
| (...) | (...) |

Fonte: Plano de Contabilidade Analítica dos Hospitais (2007) Pág. 69

Informação disponível em: http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/DownloadsPublicacoes/SNS/Info_gestao/PCAH_3Edicao.pdf

Hospital : _____ Ano: _____

Serviços Financeiros

Secção Homogénea: _____

(A elaborar para cada Secção Homogénea)

(em euros)

| CÓDIGO CONTAS | DESIGNAÇÃO | Dados Estatísticos Ponderados * | CUSTO DISTRIBUIDO | DECOMP. % |
|---------------|--|---------------------------------|-------------------|-----------|
| | ELEMENTOS INDIRECTOS | | | |
| 2010000 | Anatomia Patológica ☉ ☉ | | | |
| 2020000 | Patologia Clínica ☉ ☉ | | | |
| 2030000 | Imagiologia ☉ ☉ | | | |
| 2040000 | Técnicas de Medicina Física e Reabilitação ☉ ☉ | | | |
| 2050000 | Imuno - Hemoterapia ☉ ☉ | | | |
| 2080000 | Medicina Nuclear ☉ ☉ | | | |
| 2090000 | Radioterapia ☉ ☉ | | | |
| 2100000 | Técnicas de Cardiologia ☉ ☉ | | | |
| 2110000 | Técnicas de Gastrenterologia ☉ ☉ | | | |
| 2120000 | Técnicas de Neurofisiologia, Neurologia e outros procedimentos de disciplinas neurológicas ☉ ☉ | | | |
| 2130000 | Técnicas de Oftalmologia ☉ ☉ | | | |
| 2140000 | Técnicas de Otorrinolaringologia ☉ ☉ | | | |
| 2150000 | Técnicas de Pneumologia ☉ ☉ | | | |
| 2160000 | Técnicas de Urologia ☉ ☉ | | | |
| 2200000 | Técnicas de Ginecologia ☉ ☉ | | | |
| 2210000 | Técnicas de Dermatologia ☉ ☉ | | | |
| 2220000 | Técnicas de Nefrologia ☉ ☉ | | | |
| 2230000 | Crioconservação e Cultura de tecidos ☉ ☉ | | | |
| 2240000 | Desenvolvimento ☉ ☉ | | | |
| 2250000 | Medicina da Reprodução ☉ ☉ | | | |
| 2260000 | Técnicas de Cirurgia Maxilo - Facial ☉ ☉ | | | |
| 2270000 | Técnicas de Estomatologia ☉ ☉ | | | |
| 2280000 | Técnicas de Genética ☉ ☉ | | | |
| 2290000 | Técnicas de Imuno - Alergologia ☉ ☉ | | | |
| 2300000 | Técnicas de Obstetrícia ☉ ☉ | | | |
| 2310000 | Técnicas de Ortopedia ☉ ☉ | | | |
| 2320000 | Técnicas de Psiquiatria ☉ ☉ | | | |
| 2330000 | Técnicas de Oncologia Médica ☉ ☉ | | | |
| 2340000 | Técnicas de Reumatologia ☉ ☉ | | | |
| 2400100 | Anestesiologia ☉ ☉ | | | |
| 2400200 | Terapia da Dor Crónica ☉ ☉ | | | |
| 2500000 | Bloco Operatório ☉ | | | |
| 2990100 | Cirurgia Experimental | | | |
| 2990200 | Dietética / Nutrição | | | |
| 2990300 | Esterilização | | | |
| 2990400 | Física Médica | | | |
| 2990500 | Perícias Médico-Legais e Médicas ☉ | | | |
| 2990600 | Psicologia | | | |
| 2990700 | Serviço Social | | | |
| 2990800 | Serviços Farmacêuticos | | | |
| 3100000 | Serviço de Instalações e Equipamentos | | | |
| 3201000 | Serviço de Alimentação e Dietética ☉ | | | |
| 3202000 | Serviço de Tratamento de Roupas | | | |
| 3203000 | Serviço de Higiene e Limpeza | | | |
| 3204000 | Serviço de Segurança e Apoio | | | |
| 3205000 | Barbearia | | | |
| 3206000 | Lar ☉ | | | |
| 3207000 | Parques e Jardins | | | |
| 3208000 | Serviço de Viaturas | | | |
| 4000000 | Secções Administrativas | | | |
| | Total dos Elementos Indirectos | | | |
| | TOTAL GERAL | | | |

| Designação da Unidade de Obra | Custo Unitário Indirecto |
|-------------------------------|--------------------------|
| (...) | (...) |
| (...) | (...) |

NOTAS:

☉ Recomenda-se a consulta ao sub - capítulo III.2.2.-Secções Auxiliares de Apoio Clínico.

☉ Portaria nº 110-A/2007, de 23 de Janeiro.

☉ Recomenda-se a consulta ao sub - capítulo III.2.3.-Secções Auxiliares de Apoio Geral.

- * Preencher para as secções auxiliares de apoio clínico, com os dados estatísticos ponderados que estiverem associados aos custos distribuídos.

- * Nas Secções Auxiliares de Apoio Clínico, deverão constar os exames absolutos e os exames ponderados.

- Para o Orçamento Económico, o preenchimento dos mapas deverá ser feito ao nível do Internamento, Hospital de Dia, Urgências, Consultas Externas e Actividade Complementar.

Fonte: Plano de Contabilidade Analítica dos Hospitais (2007) Pág. 70

Informação disponível em: http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/DownloadsPublicacoes/SNS/Info_gestao/PCAH_3Edicao.pdf

Anexo VI

Estrutura do Hospital Protótipo especificando os respectivos centros de custos

Custo total de exploração

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | | |
|--|--|--|--|

 = A + B + C

Mapa Resumo das Secções Principais

| | | | |
|--|---|--|--|
| | A | | |
|--|---|--|--|

 = 1 + 2 + 3 + 4 + 5 + 6

Mapa Resumo das Secções Auxiliares

| | | | |
|--|---|--|--|
| | B | | |
|--|---|--|--|

 = 7 + 8

Mapa Resumo Secções Administrativas

| | | | |
|--|---|--|--|
| | C | | |
|--|---|--|--|

 =

| | | | |
|--|---|--|--|
| | Custos com órgãos da Administração e Direção | | |
|--|---|--|--|

 +

| | | | |
|--|---------------------------------------|--|--|
| | Custos com Serviços Financeiros | | |
|--|---------------------------------------|--|--|

 +

| | | | |
|--|--------------------------------|--|--|
| | Custos com Aprovisionamento | | |
|--|--------------------------------|--|--|

Total Internamento

| | | | |
|--|---|--|--|
| | 1 | | |
|--|---|--|--|

 =

| | | | |
|--|---|--|--|
| | Custos do Internamento de Cardiologia | | |
|--|---|--|--|

 +

| | | | |
|--|---|--|--|
| | Custos do Internamento de Fisiatria | | |
|--|---|--|--|

 +

| | | | |
|--|---|--|--|
| | Custos do Internamento de Cardiologia | | |
|--|---|--|--|

Total Consulta Externa

| | | | |
|--|---|--|--|
| | 2 | | |
|--|---|--|--|

 =

| | | | |
|--|--|--|--|
| | Custos da consulta externa de cardiologia | | |
|--|--|--|--|

 +

| | | | |
|--|--|--|--|
| | Custos da consulta externa de fisiatria | | |
|--|--|--|--|

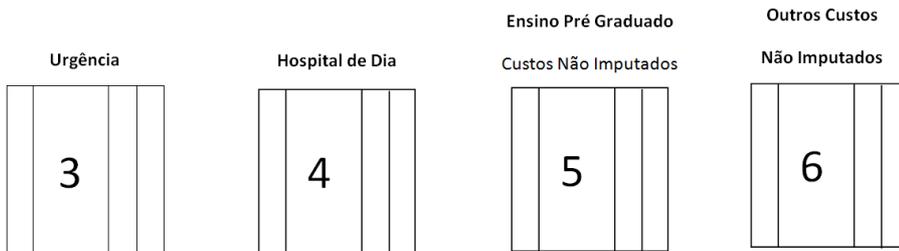
 +

| | | | |
|--|--|--|--|
| | Custos da consulta externa de ortopedia | | |
|--|--|--|--|

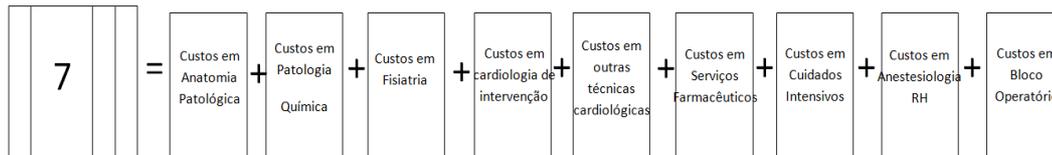
 +

| | | | |
|--|--|--|--|
| | Custos da consulta externa de ortopedia | | |
|--|--|--|--|

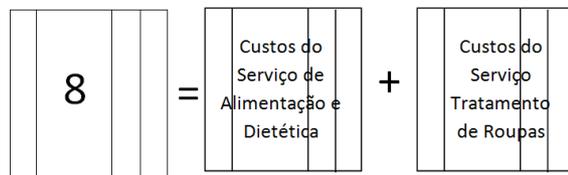
Fonte: Elaboração própria, baseada na estrutura do “Hospital Protótipo” desenvolvido para a exemplificação do Apuramento da Analítica



Total das Secções de Apoio Clínico



Total das Secções de Apoio Geral



Fonte: Elaboração própria, baseada na estrutura do “Hospital Protótipo” desenvolvido para a exemplificação do Apuramento da Analítica

Anexo VII

Exemplo do Mapa Controle de Gestão do CHP

Área da Produção

| Actividade | Metas Orçamentais (c/ sazonalidade) | | | Evolução (período homólogo) | | |
|--|-------------------------------------|----------------------|-------------|-----------------------------|----------------------|-------------|
| | Prev 2012* | 31 Dezembro Acum. 12 | +/- % | 31 Dezembro Acum. 11 | 31 Dezembro Acum. 12 | +/- % |
| Internamento: | | | | | | |
| Doentes Saídos ²⁾ | 35.418 | 34.295 | -3,2 | 35.571 | 34.295 | -3,6 |
| Doentes Provenientes da Urgência ²⁾ | - | 15.674 | - | 16.096 | 15.674 | -2,6 |
| Doentes Provenientes Urgência (Obstetria/Ginecologia/Neonatalogia) ²⁾ | - | 2.999 | - | 3.415 | 2.999 | -12,2 |
| Demora Média ²⁾ | - | 6,84 | - | 6,64 | 6,84 | 3,0 |
| Lotação Média ^{1) (**)} | - | 722 | - | 764 | 722 | -5,5 |
| Doentes Saídos ¹⁾ | 32.462 | 31.523 | -2,9 | 32.533 | 31.523 | -3,1 |
| Doentes Saídos/Cama ¹⁾ | - | 43,66 | - | 42,57 | 43,66 | 2,6 |
| Demora Média ¹⁾ | - | 7,17 | - | 6,98 | 7,17 | 2,7 |
| Demora Média CP ^{1) 8)} | 7,20 | 7,17 | -0,4 | 6,99 | 7,17 | 2,6 |
| Taxa Ocupação ¹⁾ | - | 85,5% | - | 81,5% | 85,5% | 5,0 |
| Partos | 3.256 | 3.124 | -4,1 | 3.428 | 3.124 | -8,9 |
| Consulta Externa: | | | | | | |
| 1ª Consultas médicas | 159.333 | 156.333 | -1,9 | 159.330 | 156.333 | -1,9 |
| Total de Consultas médicas | 624.588 | 620.625 | -0,6 | 630.523 | 620.625 | -1,6 |
| Cons subsp/ primeiras médicas | 2,9 | 3,0 | 1,7 | 3,0 | 3,0 | 0,4 |
| % 1ªs consultas médicas | 25,0% | 25,4% | 1,5 | 25,9% | 25,2% | -0,3 |
| % 1ªs consultas médicas CP ⁹⁾ | 25,0% | 25,4% | 1,5 | 25,9% | 25,4% | -0,4 |
| Consultas não Médicas | 14.956 | 15.471 | 3,4 | 15.327 | 15.471 | 0,9 |
| Hospital de Dia: | | | | | | |
| Sessões ⁴⁾ | 105.179 | 111.913 | 6,4 | 121.848 | 111.913 | -8,2 |
| Nº Doentes ⁴⁾ | - | 6.814 | - | 7.103 | 6.814 | -4,1 |
| Sessões por Doente ⁴⁾ | - | 16,4 | - | 17,2 | 16,4 | -4,3 |
| GDH's Médicos de Ambulatório | 8.645 | 6.760 | -21,8 | 7.688 | 6.760 | -12,1 |
| Hemodiálise | 5.525 | 6.205 | 12,3 | 5.806 | 6.205 | 6,9 |
| Visitas Domiciliares | 1.692 | 2.207 | 30,4 | 663 | 2.207 | 232,9 |
| Urgência: | | | | | | |
| Geral (Total) | 127.383 | 130.839 | 2,7 | 143.155 | 130.839 | -8,6 |
| Geral (Sem Ginecologia e Obstetria) | - | 117.800 | - | 127.648 | 117.800 | -7,7 |
| Obstetria/Ginecologia/Neonatalogia | - | 13.039 | - | 15.507 | 13.039 | -15,9 |
| Rácio Consultas Externas/Urgências | 4,5 | 4,7 | 5,4 | 4,4 | 4,7 | 7,7 |
| Bioco: (Doentes Intencionados) | | | | | | |
| Programada | 27.315 | 27.331 | 0,1 | 25.894 | 27.331 | 6,8 |
| Convencional (Base + Adicional) | 12.126 | 11.612 | -4,2 | 11.804 | 11.612 | -1,6 |
| Convencional | - | 9.835 | - | 9.972 | 9.835 | -1,4 |
| SIGIC Adicional - Convencional | - | 1.777 | - | 1.832 | 1.777 | -3,0 |
| Ambulatório (Base + Adicional) | 15.189 | 15.719 | 3,5 | 13.790 | 15.719 | 14,0 |
| Ambulatório | - | 13.617 | - | 12.105 | 13.617 | 12,5 |
| SIGIC Adicional - Ambulatório | - | 2.102 | - | 1.685 | 2.102 | 24,7 |
| Urgente | 4.770 | 5.581 | 17,0 | 5.823 | 5.581 | -4,2 |
| Convencional + Urgente | 16.896 | 17.193 | 1,8 | 17.627 | 17.193 | -2,5 |
| Total Doentes Intencionados | 32.085 | 32.912 | 2,6 | 31.417 | 32.912 | 4,8 |
| % Cir. Amb na Cir. Prog. | 65% | 67,5% | 4,6 | 63,9% | 67,5% | 6,7 |
| Lista de Espera: | | | | | | |
| Consulta (***) | - | - | - | - | - | - |
| Cirúrgica | - | 6.861 | - | 8.038 | 6.861 | -14,6 |

Ver Detalhe

Produção Contratualizada

| Actividade | Metas Orçamentais (c/ sazonalidade) | | | Evolução (período homólogo) | | |
|---|-------------------------------------|----------------------|-------|-----------------------------|----------------------|---------|
| | Prev 2011* | 31 Dezembro Acum. 12 | +/- % | 31 Dezembro Acum. 11 | 31 Dezembro Acum. 12 | +/- % |
| Internamento (base+adicional) | | | | | | |
| Doentes equivalentes ⁴⁾ | - | 32.649 | - | 33.866 | 32.649 | -3,6 |
| SNS | 33.232 | 32.239 | -3,0 | 33.384 | 32.239 | -3,4 |
| Não SNS | - | 410 | - | 483 | 410 | -15,0 |
| Cirurgia Ambulatório (base+adicional) | | | | | | |
| Doentes equivalentes ⁴⁾ | 15.189 | 15.719 | 3,5 | 13.790 | 15.719 | 14,0 |
| SNS | 15.087 | 15.650 | 3,7 | 13.677 | 15.650 | 14,4 |
| Não SNS | - | 69 | - | 113 | 69 | -38,9 |
| Consulta Externa (consultas médicas): | | | | | | |
| Total ¹⁾ | - | 604.226 | - | 609.525 | 604.226 | -0,9 |
| SNS ¹⁾ | 619.098 | 602.340 | -2,7 | 604.040 | 602.340 | -0,3 |
| Não SNS ¹⁾ | - | 1.886 | - | 5.485 | 1.886 | -65,6 |
| Visitas Domiciliares: | | | | | | |
| Total | - | 2.207 | - | 663 | 2.207 | 232,9 |
| SNS | 1.692 | 2.207 | 30,4 | 663 | 2.207 | 232,9 |
| Não SNS | - | 0 | - | 0 | 0 | - |
| Hdia - Hematologia | | | | | | |
| Total ³⁾ | - | 5.532 | - | 5.451 | 5.532 | 1,5 |
| SNS ³⁾ | 5.317 | 5.503 | 3,5 | 5.342 | 5.503 | 3,0 |
| Não SNS ³⁾ | - | 29 | - | 109 | 29 | -73,4 |
| Hdia - outros | | | | | | |
| Total ^{4) 5)} | - | 90.666 | - | 102.485 | 90.666 | -11,5 |
| SNS ^{4) 5)} | 95.241 | 90.583 | -4,9 | 102.310 | 90.583 | -11,5 |
| Não SNS ^{4) 5)} | - | 83 | - | 175 | 83 | -52,6 |
| Hdia - Psiquiatria | | | | | | |
| Total | - | 2.918 | - | 1.527 | 2.918 | 91,1 |
| SNS | 1.526 | 2.917 | 91,2 | 1.527 | 2.917 | 91,0 |
| Não SNS | - | 1 | - | 0 | 1 | #DIV/0! |
| Hdia - Infecciologia | | | | | | |
| Total | - | 2.205 | - | 2.773 | 2.205 | -20,5 |
| SNS | - | 2.205 | - | 2.773 | 2.205 | -20,5 |
| Não SNS | - | 0 | - | 0 | 0 | - |
| GDH's Médicos de Ambulatório (Sem Hemodiálise) | | | | | | |
| Total | - | 6.760 | - | 7.688 | 6.760 | -12,1 |
| SNS | 8.292 | 6.672 | -19,5 | 7.451 | 6.672 | -10,5 |
| Não SNS | - | 88 | - | 237 | 88 | -62,9 |
| Urgência: | | | | | | |
| Total | - | 130.839 | - | 143.155 | 130.839 | -8,6 |
| SNS | 122.025 | 125.575 | 2,9 | 138.856 | 125.575 | -9,6 |
| Não SNS | - | 5.264 | - | 4.299 | 5.264 | 22,4 |
| Urgência (sem Destino Internamento) | | | | | | |
| SNS | 106.113 | 110.532 | 4,2 | 123.243 | 110.532 | -10,3 |
| Indicadores de Qualidade | | | | | | |
| Taxa de cesarianas | 34,00% | 35,92% | 5,6 | 34,48% | 35,92% | 4,2 |

Ver Detalhe

Ver Detalhe

Ver Detalhe

(**) Lotação média (não inclui berços)

(***) Lista de Espera das consultas com marcação e sem marcação

(*) Valores totais de internamento excluindo Berçário

(2) Valores totais de internamento

(3) Deduzido das Sessões com procedimentos de Quimioterapia

(4) Deduzido das Sessões de Fisioterapia

(5) Deduzido das Sessões com Procedimentos de Quimioterapia

(6) Deduzidas das consultas: Infecciologia (Programa HIV), Avaliação de Risco (Programa DPN), AMTCO (Programa Obesidade), Apoio à Fertilidade e Procriação Medicamente Assistida (Programa PMA) e das consultas IGO (Programa IGO)

(7) Demora Média segundo critérios da ANS Norte e do Contrato Programa

(8) De acordo com o critério do Contrato Programa, deduzidas as consultas de Saúde Ocupacional

SNS= SNS+ADSE+SAD da GNR e PSP+ADM das forças Armadas

Fonte: Documento Interno do CHP, retirado da plataforma da ACSS

Anexo VIII

Quadro de custos diretos e indiretos que integravam a informação analítica enviada às chefias do CHP

Custos relativos ao Internamento de Pediatria Médico Cirúrgica

| INTERNAMENTO Setembro 2012 | | | | | |
|--|------------------|------------------|------------------|---------------|--------------|
| Sec.Homog.Principal | | | | | |
| 114 01 - Pediatria Médico Cirúrgica | | | | | |
| UNIDADE DE OBRA | ESTATÍSTICA | | | CUSTOS | |
| | 2010 | 2011 | 2012 | UNITÁRIO | |
| Dia de Internamento | 12.721 | 10.631 | 8.017 | 940,7 | |
| Doente Tratado | 3.749 | 3.322 | 2.204 | 3.288 | |
| Doente Saído | 3.075 | 2.470 | 1.994 | 3.782 | |
| Doente Equivalente | 2.716 | 2.229 | 3.621 | 2.083 | |
| (Em Euros) | | | | | |
| Designação | 2010 | 2011 | 2012 | C.Unit. | Perc. |
| Produtos Farmacêuticos | 114.322 | 307.089 | 269.954 | 33,67 | 10,35 |
| Material de Consumo Clínico | 68.291 | 111.130 | 87.357 | 10,90 | 2,95 |
| Produtos Alimentares | 0 | 0 | 0 | 0,00 | 0,00 |
| Material de Consumo Hoteleiro | 3.107 | 12.192 | 9.532 | 1,19 | 0,26 |
| Material de Consumo Administrativo | 2.886 | 7.808 | 2.945 | 0,37 | 0,09 |
| Material Manutenção e Conservação | 3.264 | 4.947 | 18.505 | 2,31 | 0,84 |
| Outro Material de Consumo | 0 | 0 | 0 | 0,00 | 0,00 |
| Total Consumos | 191.871 | 443.166 | 388.293 | 48,43 | 14,49 |
| Subcontratos | 113.881 | 49.129 | 120.368 | 15,01 | 0,16 |
| -Meios Compl.Diagnóstico | 8.663 | 34.420 | 0 | 0,00 | 0,00 |
| -Meios Compl. Terapeutica | 1.607 | 9.578 | 0 | 0,00 | 0,00 |
| -Transporte de Doentes | 1.543 | 3.570 | 0 | 0,00 | 0,00 |
| -Aparelhos Compl. de Terap. | 751 | 0 | 0 | 0,00 | 0,00 |
| Fornecimentos e Serviços | 160.918 | 103.690 | 90.720 | 11,32 | 2,84 |
| - Honorários | 2.910 | 24.981 | 0 | 0,00 | 0,00 |
| Total Sub-Contr+Fornec+Imp. ... | 274.799 | 154.820 | 211.088 | 26,33 | 3,00 |
| Tot.Remun. dos Órgãos de Direc. | 0 | 0 | 0 | 0,00 | 0,00 |
| Ord.Sal. - Pessoal Dirigente | 0 | 0 | 0 | 0,00 | 0,00 |
| Ord.Sal. - Pessoal Médico | 643.135 | 527.278 | 509.949 | 63,61 | 1,10 |
| Ord.Sal. - Outro Pes.Técnico Superior | 0 | 0 | 0 | 0,00 | 0,00 |
| Ord.Sal. - Pessoal de Enfermagem | 989.489 | 804.045 | 527.326 | 65,78 | 18,30 |
| Ord.Sal. - Pes. Técnico de Diag.Terap. | 0 | 0 | 0 | 0,00 | 0,00 |
| Ord.Sal. - Outro Pessoal Técnico | 0 | 0 | 0 | 0,00 | 0,00 |
| Ord.Sal. - Pessoal Técnico Profis. | 0 | 0 | 0 | 0,00 | 0,00 |
| Ord.Sal. - Pessoal de Administração | 28.347 | 28.377 | 24.011 | 2,99 | 0,66 |
| Ord.Sal. - Pessoal Operário e Auxiliar | 270.494 | 268.709 | 176.586 | 22,03 | 4,80 |
| Ord.Sal. - Pessoal Docente | 0 | 0 | 0 | 0,00 | 0,00 |
| Ord.Sal. - Outro Pessoal | 58.159 | 55.102 | 55.171 | 6,88 | 0,00 |
| Total Ordenados e Salários | 1.989.624 | 1.683.510 | 1.293.043 | 161,29 | 24,86 |
| Horas Extraordinárias | 223.270 | 117.421 | 77.002 | 9,60 | 0,00 |
| Noites e Suplementos | 266.357 | 217.583 | 180.823 | 22,55 | 3,52 |
| Outras Remunerações Adicionais | 82.394 | 104.496 | 39.057 | 4,87 | 0,43 |
| Subsídio de Férias e Natal | 326.394 | 162.842 | 44.842 | 5,59 | 0,44 |
| Pensões | 0 | 0 | 0 | 0,00 | 0,00 |
| Encargos sobre Remunerações | 461.845 | 418.640 | 300.936 | 37,54 | 5,78 |
| Prevenções | 141.901 | 137.755 | 124.380 | 15,51 | 0,00 |
| Subsídio de Refeição | 134.190 | 134.839 | 102.110 | 12,74 | 1,30 |
| Outros Custos com Pessoal | 587 | 1.192 | 0 | 0,00 | 0,00 |
| Total Outras Desp. C./Pessoal ... | 1.636.939 | 1.294.769 | 869.151 | 108,41 | 11,47 |
| Outros Custos Operacionais | 2.876 | 1.391 | 35 | 0,00 | 0,00 |
| Amortizações do Exercício | 42.628 | 39.631 | 39.438 | 4,92 | 1,34 |
| Provisões do Exercício | 0 | 0 | 0 | 0,00 | 0,00 |
| Custos e Perdas Financeiras | 0 | 0 | 0 | 0,00 | 0,00 |
| Custos e Perdas Extraordinárias | 462 | 3.477 | 0 | 0,00 | 0,00 |
| Total Outras Despesas | 45.965 | 44.499 | 39.473 | 4,92 | 1,34 |
| TOTAL DOS CUSTOS DIRECTOS (1) | 4.139.199 | 3.620.765 | 2.801.048 | 349,39 | 55,15 |

Fonte: Print Screen da aplicação referente à Informação Controlo de Gestão que era prestada no CHP

Sec.Homog.Principal

114 01 - Pediatria Médico Cirurgica

2. CUSTOS INDIRECTOS

| Designação | 2010 | 2011 | 2012 | C.Unit. | Perc. |
|---|-------------------|------------------|------------------|---------------|---------------|
| Sec. Auxiliares de Apoio Clínico | | | | | |
| Cuidados Intensivos | 2.620.659 | 1.952.491 | 2.066.921 | 257,82 | 0,00 |
| Anatomia Patológica | 9.245 | 9.890 | 10.919 | 1,36 | 0,14 |
| Patologia Clínica | 266.949 | 179.452 | 152.162 | 18,98 | 3,59 |
| Imagiologia | 48.757 | 33.469 | 33.973 | 4,24 | 1,55 |
| Medicina Física e de Reabilitação | 5.581 | 2.441 | 5.735 | 0,72 | 0,32 |
| Imunohemoterapia | 11.040 | 7.777 | 36.816 | 4,59 | 0,57 |
| Anestesiologia | 4.002 | 3.673 | 2.982 | 0,37 | 0,17 |
| Bloco Operatório | 2.737.453 | 2.072.879 | 1.741.769 | 217,26 | 27,34 |
| Medicina Nuclear | 2.581 | 1.569 | 1.472 | 0,18 | 0,08 |
| Técnicas Cardiológicas | 4.339 | 2.547 | 1.813 | 0,23 | 0,07 |
| Técnicas Gastrenterológicas (Endoscop.) | 18.604 | 12.640 | 12.648 | 1,58 | 0,13 |
| Técnicas Neurológicas (Neurofisiologia) | 8.770 | 8.442 | 5.118 | 0,64 | 0,13 |
| Técnicas Oftalmológicas | 19 | 105 | 23 | 0,00 | 0,00 |
| Técnicas de ORL | 672 | 4.725 | 4.535 | 0,57 | 0,00 |
| Técnicas Pneumológicas | 3.851 | 3.996 | 950 | 0,12 | 0,05 |
| Técnicas Urológicas | 8 | 193 | 304 | 0,04 | 0,02 |
| Esterilização | 7.091 | 3.130 | 36.446 | 4,55 | 2,01 |
| Serviços Farmacêuticos | 11.629 | 11.957 | 8.209 | 1,02 | 0,31 |
| Serviço Social | 20.364 | 20.769 | 15.103 | 1,88 | 0,00 |
| Técnicas de Nefrologia | 896 | 1.297 | 635 | 0,08 | 0,00 |
| Out.Serviços de Apoio Clínico (Nurário) | 5.940 | 54 | 1.128 | 0,14 | 0,06 |
| Total Sec. Auxil. de Apoio Clínico | 5.788.452 | 4.333.496 | 4.139.662 | 516,36 | 36,55 |
| Sec. Auxiliares de Apoio Geral | 0 | 0 | 0 | 0,00 | 0,00 |
| Oficinas | 26.410 | 38.349 | 37.357 | 4,66 | 0,21 |
| Central de Tratamento de Águas | 709 | 568 | 654 | 0,08 | 0,02 |
| Central de Vapor/Térmica | 10.384 | 18.055 | 12.582 | 1,57 | 0,21 |
| Central Eléctrica de Emergência | 1.104 | 1.720 | 1.397 | 0,17 | 0,01 |
| Central de Gases Medicinais | 4.688 | 2.890 | 2.841 | 0,35 | 0,06 |
| Central de Incineração | 7.004 | 6.499 | 5.686 | 0,71 | 0,01 |
| Serviço de Viaturas | 21.019 | 12.797 | 11.588 | 1,45 | 0,00 |
| Parques e Jardins | 5.309 | 8.094 | 8.225 | 1,03 | 0,27 |
| Serv.Inst.Equipamento - Total | 76.628 | 88.972 | 80.330 | 10,02 | 0,79 |
| Serviço de Alimentação e Dietética | 240.487 | 154.635 | 142.696 | 17,80 | 0,00 |
| Serviço de Tratamento de Roupas | 118.671 | 70.189 | 59.542 | 7,43 | 1,54 |
| Serviço de Higiene e Limpeza | 45.602 | 71.024 | 51.692 | 6,45 | 0,80 |
| Serviço de Segurança e Apoio | 29.811 | 56.001 | 44.472 | 5,55 | 0,77 |
| Outros Serviços Hoteleiros | 26.095 | 22.095 | 18.017 | 2,25 | 0,37 |
| Serviços Hoteleiros - Total | 460.665 | 373.943 | 316.420 | 39,47 | 3,49 |
| Tot. Sec. Auxil. de Apoio Geral | 537.293 | 462.915 | 396.749 | 49,49 | 4,27 |
| Secções Administrativas | 0 | 0 | 0 | 0,00 | 0,00 |
| Órgãos de Administração e Direcção | 16.357 | 14.530 | 22.556 | 2,81 | 0,44 |
| Serviços Financeiros | 6.591 | 5.673 | 4.432 | 0,55 | 0,09 |
| Serviço de Aprovisionamento | 23.733 | 23.180 | 13.633 | 1,70 | 0,27 |
| Serviço de Pessoal | 14.744 | 10.701 | 8.336 | 1,04 | 0,16 |
| Serviço de Doentes | 28.171 | 21.351 | 17.295 | 2,16 | 0,34 |
| Serviços de Informática | 23.775 | 16.986 | 18.023 | 2,25 | 0,36 |
| Serviço de Formação e Biblioteca | 19.282 | 11.005 | 9.406 | 1,17 | 0,19 |
| Administração Geral | 122.150 | 101.535 | 72.834 | 9,08 | 1,44 |
| Serviços Jurídicos e de Contencioso | 2.519 | 2.474 | 1.627 | 0,20 | 0,03 |
| Outros Serviços de Administração | 49.007 | 48.773 | 36.163 | 4,51 | 0,71 |
| Total Secções Administrativas | 306.330 | 256.207 | 204.304 | 25,48 | 4,03 |
| TOTAL DOS CUSTOS INDIRECTOS(2) | 6.632.075 | 5.052.618 | 4.740.716 | 591,33 | 44,85 |
| TOTAL DOS CUSTOS (1+2) | 10.771.274 | 8.673.383 | 7.541.763 | 940,72 | 100,00 |

Fonte: Print Screen da aplicação referente à Informação Controlo de Gestão que era prestada no CHP

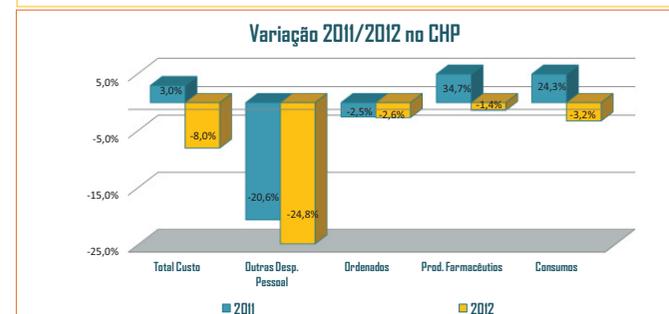
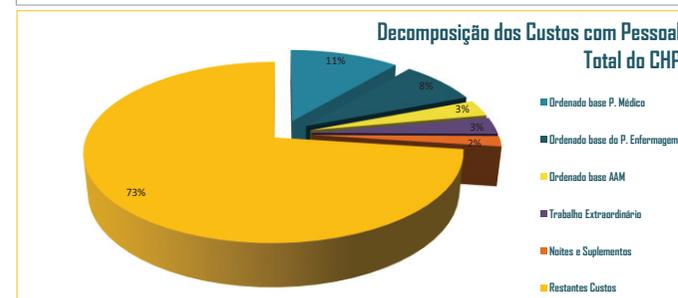
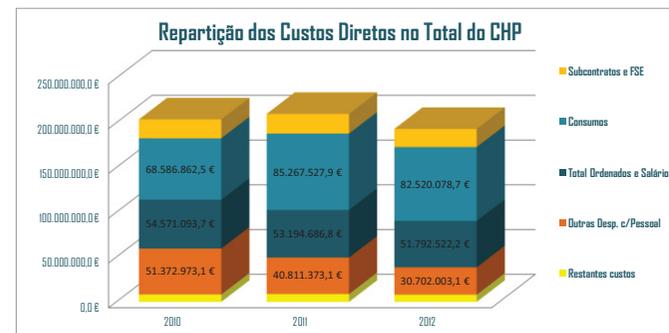
Anexo IX

Projeto elaborado no CHP para o reporte da informação de
gestão (contabilidade analítica) às chefias

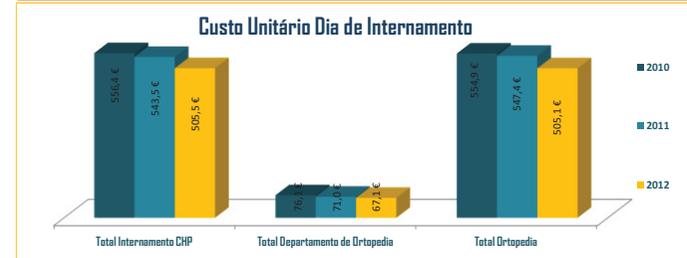
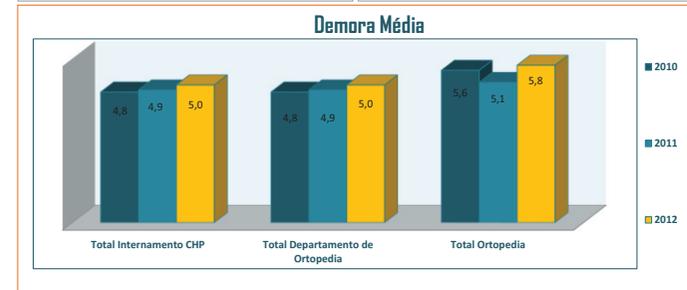
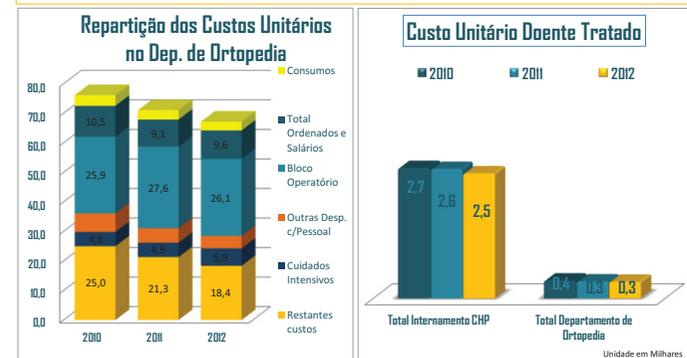
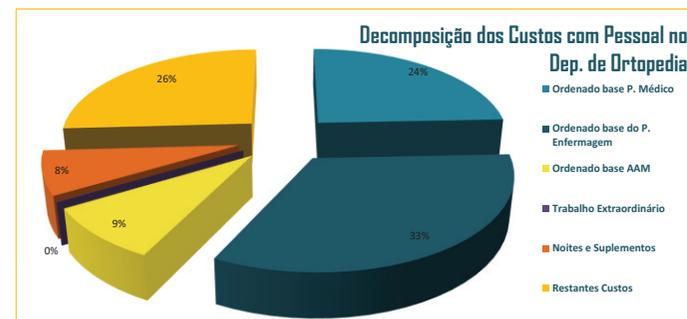
Departamento de Ortofisiatria

CUSTO TOTAL DE EXPLORAÇÃO

| | | (Em Euros) | | | |
|-----------|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|---------------|
| Contas | Designação | 2010 | 2011 | 2012 | Percent. |
| 6161 | Produtos Farmacéuticos | 49.226.590 | 66.291.596 | 65.392.953 | 33,87 |
| 6162 | Material de Consumo Clínico | 17.383.789 | 16.929.267 | 15.121.534 | 7,83 |
| 6163 | Produtos Alimentares | 11.037 | 8.550,3 | 5.642,1 | 0,00 |
| 6164 | Material de Consumo Hoteleiro | 1.102.845 | 1.271.788 | 1.242.442 | 0,64 |
| 6165 | Material de Consumo Administrativo | 419.878 | 358.473 | 313.059 | 0,16 |
| 6166 | Material Manutenção e Conservação | 442.724 | 407.854 | 444.449 | 0,23 |
| 6169 | Outro Material de Consumo | 0 | 0 | 0 | 0,00 |
| | Total Consumos | 68.586.862 | 85.267.528 | 82.520.079 | 42,74 |
| 621 | Subcontratos | 3.865.899 | 4.322.270 | 3.598.733 | 1,86 |
| 621812/92 | -Meios Compl.Diagnóstico | 0 | 0 | 0 | 0,00 |
| 621813/93 | -Meios Compl. Terapeutica | 0 | 0 | 0 | 0,00 |
| 6218952/1 | -Transporte de Doentes | 0 | 0 | 0 | 0,00 |
| 621896 | -Aparelhos Compl. de Terap. | 0 | 0 | 0 | 0,00 |
| 622 | Fornecimentos e Serviços | 17.247.697 | 17.612.898 | 16.607.410 | 8,60 |
| 62229 | - Honorários | 0 | 0 | 0 | 0,00 |
| | Total Sub-Contr+Fornec+Imp. ... | 21.113.596 | 21.935.167 | 20.206.142 | 10,46 |
| 641 | Tot.Remun. dos Orgãos de Direc. | 277.354 | 368.258,0 | 210.623,6 | 0,11 |
| 64211 | Ord.Sal. - Pessoal Dirigente | 494.736 | 421.880 | 513.297 | 0,27 |
| 642121 | Ord.Sal. - Pessoal Médico | 23.175.398 | 21.716.182 | 21.639.723 | 11,21 |
| 642129 | Ord.Sal. - Outro Pes. Técnico Superior | 1.933.529 | 1.890.212 | 1.815.001 | 0,94 |
| 64213 | Ord.Sal. - Pessoal de Enfermagem | 16.035.081 | 15.787.747 | 15.339.573 | 7,94 |
| 642141 | Ord.Sal. - Pes. Técnico de Diag.Terap. | 3.198.774 | 3.148.575 | 3.049.858 | 1,58 |
| 642149 | Ord.Sal. - Outro Pessoal Técnico | 0 | 0 | 0 | 0,00 |
| 64215 | Ord.Sal. - Pessoal Técnico Profis. | 0 | 0 | 0 | 0,00 |
| 64216 | Ord.Sal. - Pessoal de Administração | 3.390.696 | 3.624.605 | 3.367.529 | 1,74 |
| 64217 | Ord.Sal. - Pessoal Operário e Auxiliar | 6.007.275 | 6.272.946 | 5.770.830 | 2,99 |
| 64218 | Ord.Sal. - Pessoal Docente | 0 | 0 | 0 | 0,00 |
| 64219 | Ord.Sal. - Outro Pessoal | 335.603 | 332.539 | 296.712 | 0,15 |
| | Total Ordenados e Salários | 54.571.094 | 53.194.687 | 51.792.522 | 26,82 |
| 642211 | Horas Extraordinárias | 7.178.492 | 5.970.168 | 5.179.831 | 2,68 |
| 64222 | Noites e Suplementos | 3.789.269 | 3.619.721 | 3.625.127 | 1,88 |
| 64229 | Outras Remunerações Adicionais | 6.436.213 | 5.900.706 | 3.956.309 | 2,05 |
| 6424 | Subsídio de Férias e Natal | 9.156.850 | 4.787.240 | 1.129.683 | 0,59 |
| 643 | Pensões | 7.384.751 | 3.143.601 | 455.114 | 0,24 |
| 645 | Encargos sobre Remunerações | 12.667.418 | 13.227.979 | 12.053.926 | 6,24 |
| 642212 | Prevenções | 789.077 | 630.826 | 718.316 | 0,37 |
| 64224 | Subsídio de Refeição | 2.748.936 | 2.890.856 | 2.946.019 | 1,53 |
| 648 | Outros Custos com Pessoal | 1.221.968 | 640.276 | 637.678 | 0,33 |
| | Total Outras Desp. C/Pessoal ... | 51.372.973 | 40.811.373 | 30.702.003 | 15,90 |
| 65 | Outros Custos Operacionais | 392.390 | 286.941 | 127.620 | 0,07 |
| 66 | Amortizações do Exercício | 4.466.939 | 4.995.167 | 5.036.787 | 2,61 |
| 67 | Provisões do Exercício | 84.869 | 1.027.062 | 1.125.000 | 0,58 |
| 68 | Custos e Perdas Financeiras | 5.977 | 13.170 | 7.025 | 0,00 |
| 69 | Custos e Perdas Extraordinárias | 2.868.290 | 1.950.349 | 1.366.070 | 0,71 |
| | Total Outras Despesas | 7.818.464 | 8.272.689 | 7.662.503 | 3,97 |
| | TOTAL | 203.740.342,59 | 209.849.702,15 | 193.093.872,55 | 100,00 |

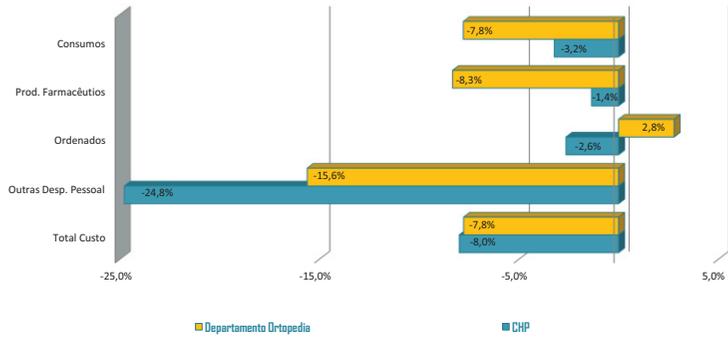


| UNIDADE DE OBRA | Indicadores | | | CUSTOS UNITÁRIOS | |
|---|-------------|-----------|------------|------------------|------|
| | 2010 | 2011 | 2012 | 2011 | 2012 |
| Dia de Internamento | 169.196 | 163.870 | 159.832 | 71 | 67 |
| Doente Tratado | 35.414 | 33.751 | 31.729 | 345 | 338 |
| Doente Saído | 25.229 | 24.401 | 23.420 | 477 | 458 |
| Doente Equivalente | 25.823 | 25.100 | 24.262 | 464 | 442 |
| Lotação Média Acumulada | 67,16 | 66,68 | 66,39 | | |
| Doente equivalente / Doente saído | 1,02 | 1,03 | 1,04 | | |
| Demora Média | 4,78 | 4,86 | 5,04 | | |
| Enfermeiro/Cama (custo ordenado base) | 10.814,4 € | 9.791,0 € | 11.022,2 € | | |
| AAM/Cama (custo ordenado base) | 3.797,5 € | 3.660,8 € | 3.054,3 € | | |
| Enfermeiro/Dias de Internamento (custo ordenado base) | 4,3 € | 4,0 € | 4,6 € | | |
| AAM/Dias de Internamento (custo ordenado base) | 1,5 € | 1,5 € | 1,3 € | | |
| Peso das Noites e Supl. No Total dos Custos com Pessoal | 6,0% | 7,0% | 7,6% | | |
| Peso dos custos com pessoal nos custos diretos | 61,2% | 63,1% | 69,1% | | |
| Peso dos Custos c/dias de C. Intensivos nos C. Totais | 6,4% | 6,9% | 8,8% | | |
| Peso do Bloco Operatório nos Custos Totais | 34,1% | 38,9% | 38,8% | | |
| Peso dos Produtos Farmacêuticos nos Custos Totais | 3,3% | 3,0% | 3,0% | | |
| Peso dos subcontratos nos Custos Totais | 5,3% | 3,2% | 1,1% | | |
| Peso dos MCDT nos Custos Totais | 56,7% | 61,5% | 62,2% | | |
| Peso da MFR requisitada internamente no Apoio Clínico | 5,3% | 7,0% | 6,6% | | |
| N.º de Consultas | 49.220 | 36.241 | 35.318 | | |

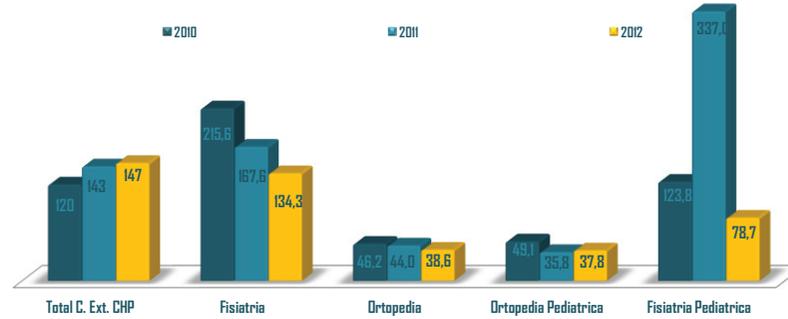


| Designação | Custo Total | | | | (Em Euros) |
|---|-------------------|-------------------|-------------------|----------------|---------------|
| | 2010 | 2011 | 2012 | | |
| Produtos Farmacêuticos | 424.201 | 353.210 | 323.811 | -8,32% | 3,02 |
| Material de Consumo Clínico | 133.892 | 126.546 | 113.756 | -10,11% | 1,06 |
| Total Consumos | 607.063 | 512.050 | 472.209 | -7,78% | 4,40 |
| Subcontratos | 680.448 | 371.190 | 115.915 | -68,77% | 1,08 |
| Fornecimentos e Serviços | 403.026 | 375.729 | 311.417 | -17,12% | 2,90 |
| Ord.Sal. - Pessoal Médico | 708.900 | 535.379 | 540.490 | 0,95% | 5,04 |
| Ord.Sal. - Pessoal de Enfermagem | 726.254 | 652.861 | 731.734 | 12,08% | 6,82 |
| Ord.Sal. - Pessoal Operário e Auxiliar | 255.024 | 244.102 | 202.769 | -16,93% | 1,89 |
| Total Ordenados e Salários | 1.772.628 | 1.498.995 | 1.540.708 | 2,78% | 14,36 |
| Horas Extraordinárias | 51.923 | 4.558 | -1.296 | -128,43% | -0,01 |
| Noites e Suplementos | 170.061 | 160.690 | 168.612 | 4,93% | 1,57 |
| Prevenções | 0 | 0 | 0 | | 0,00 |
| Total Outras Desp. C/Pessoal ... | 1.066.038 | 800.826 | 675.855 | -15,61% | 6,30 |
| Total Outras Despesas | 107.513 | 86.687 | 93.824 | 8,23% | 0,87 |
| AL DOS CUSTOS DIRECTOS (1) | 4.636.716 | 3.645.477 | 3.209.929 | -11,95% | 29,91 |
| Cuidados Intensivos | 818.966 | 801.267 | 943.590 | 17,76% | 8,79 |
| Anatomia Patológica | 10.773 | 12.110 | 12.792 | 5,64% | 0,12 |
| Patologia Clínica | 265.785 | 162.431 | 112.205 | -30,92% | 1,05 |
| Imagiologia | 518.274 | 493.414 | 460.392 | -6,69% | 4,29 |
| Medicina Física e de Reabilitação | 387.231 | 500.849 | 438.732 | -12,40% | 4,09 |
| Imunohemoterapia | 137.052 | 95.837 | 125.378 | 30,82% | 1,17 |
| Anestesiologia | 117.382 | 107.739 | 87.483 | -18,80% | 0,82 |
| Bloco Operatório | 4.387.314 | 4.530.920 | 4.164.361 | -8,09% | 38,80 |
| Medicina Nuclear | 65.431 | 62.544 | 58.861 | -5,89% | 0,55 |
| Técnicas Cardiológicas | 238.669 | 212.110 | 103.628 | -51,14% | 0,97 |
| Total Sec. Auxil. de Apoio Clínico | 7.305.017 | 7.157.878 | 6.671.484 | -6,80% | 62,17 |
| Serviço de Alimentação e Dietética | 232.271 | 218.407 | 245.902 | 12,59% | 2,29 |
| Tot. Sec. Auxil. de Apoio Geral | 593.931 | 573.886 | 615.798 | 7,30% | 5,74 |
| Total Secções Administrativas | 343.150 | 258.204 | 234.405 | -9,22% | 2,18 |
| L DOS CUSTOS INDIRECTOS(2) | 8.242.098 | 7.989.968 | 7.521.688 | -5,86% | 70,09 |
| TOTAL DOS CUSTOS (1+2) | 12.878.814 | 11.635.445 | 10.731.616 | -7,77% | 100,00 |

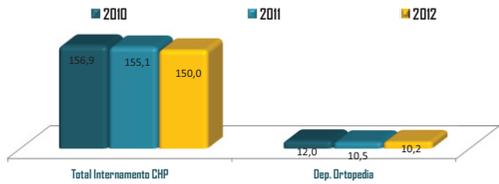
Variação CHP vs Departamento Ortopedia entre 2011/2012



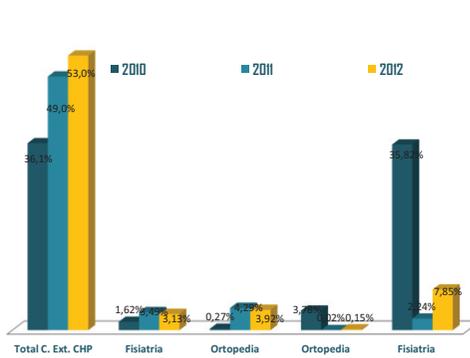
Custo Unitário da Consulta Externa



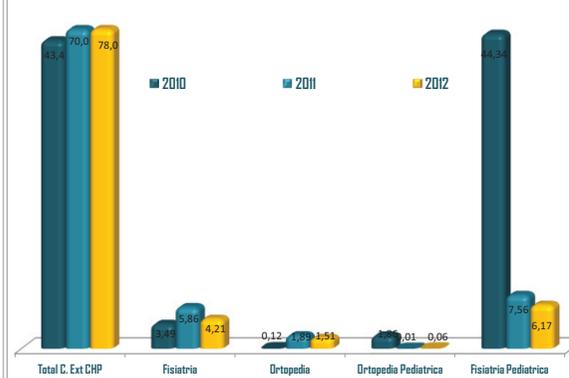
Evolução do Custo de Produtos Farmacêuticos/Doente Tratado (€/doente)



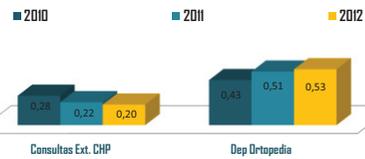
Peso dos Produtos Farmacêuticos nos Totais dos Custos



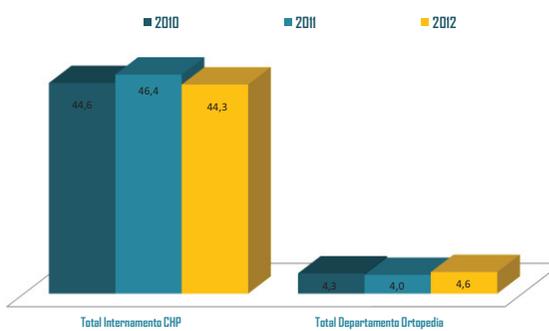
Evolução do Custo de Produtos Farmacêuticos/Nº de Consultas (€/Consultas) no Dep. de Ortopedia



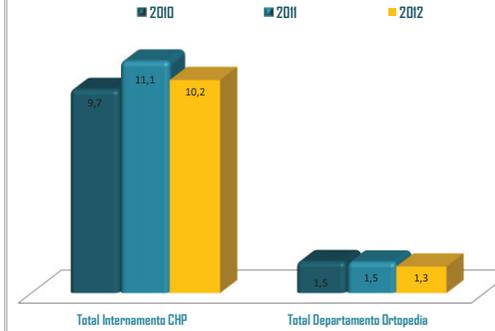
Peso dos MCDT nos Custos Totais da Consulta Ext. do Dep. de Ortopedia



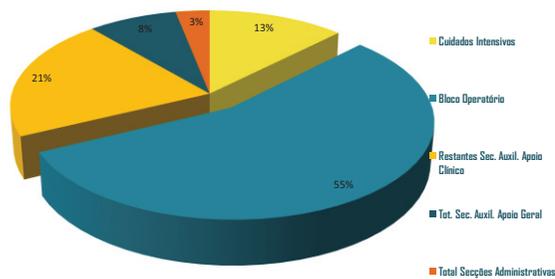
Custo do Pessoal Enfermeiro / Dias de Internamento



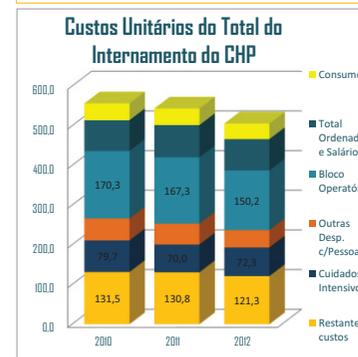
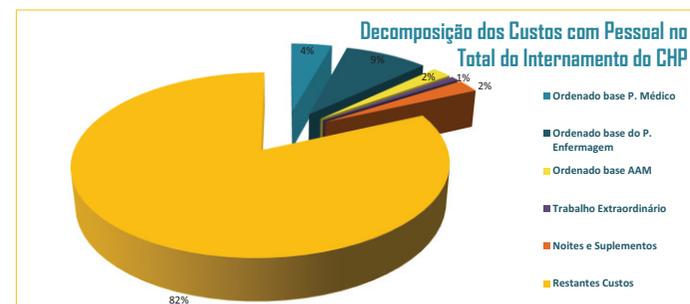
Custo do Pessoal Auxiliar / Dias de Internamento



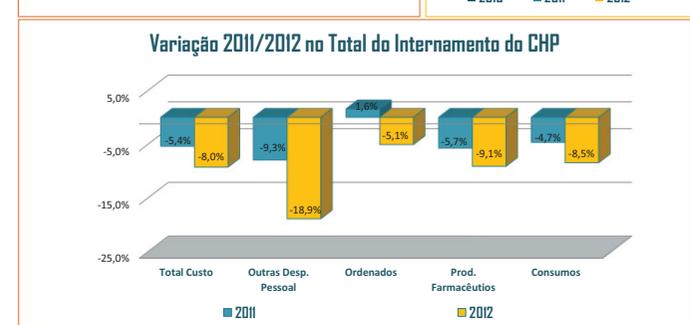
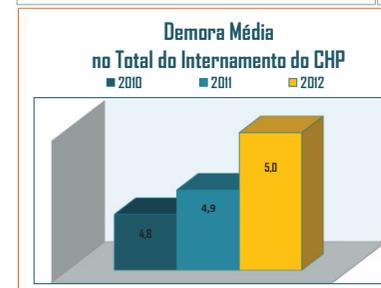
Custos Indiretos no Total do Departamento de Ortopedia



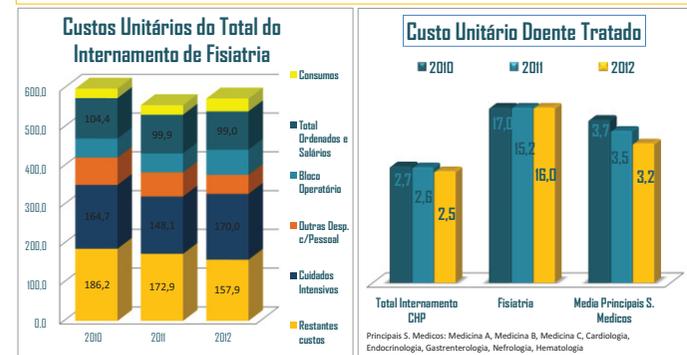
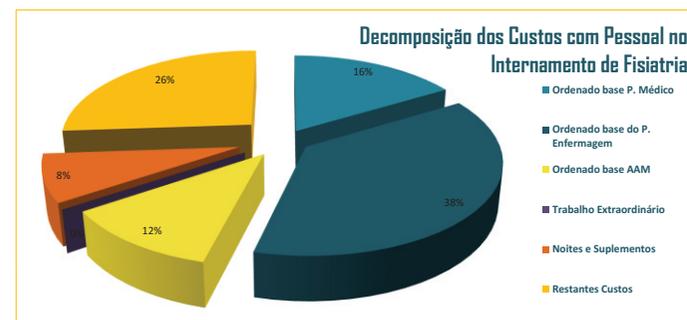
| UNIDADE DE OBRA | Indicadores | | | CUSTOS UNITÁRIOS | |
|---|-------------|-----------|-----------|------------------|-----------|
| | 2010 | 2011 | 2012 | 2011 | 2012 |
| Dia de Internamento | 169.196 | 163.870 | 159.832 | 543,5 € | 505,5 € |
| Doente Tratado | 35.414 | 33.751 | 31.729 | 2.638,9 € | 2.546,4 € |
| Doente Saído | 25.229 | 24.401 | 23.420 | 3.650,1 € | 3.449,8 € |
| Doente Equivalente | 25.823 | 25.100 | 24.262 | 3.548,4 € | 3.330,1 € |
| Lotação Média Acumulada | 791,70 | 798,17 | 798,17 | | |
| Doente equivalente / Doente saído | 1,02 | 1,03 | 1,04 | | |
| Demora Média | 4,78 | 4,86 | 5,04 | | |
| Enfermeiro/Cama (custo ordenado base) | 9.538,1 € | 9.529,4 € | 8.870,6 € | | |
| AAM/Cama (custo ordenado base) | 2.082,3 € | 2.279,6 € | 2.042,1 € | | |
| Enfermeiro/Dias de Internamento (custo ordenado base) | 44,6 € | 46,4 € | 44,3 € | | |
| AAM/Dias de Internamento (custo ordenado base) | 9,7 € | 11,1 € | 10,2 € | | |
| Peso das Noites e Supl. No Total dos Custos com Pessoal | 8,7% | 8,8% | 9,8% | | |
| Peso dos custos com pessoal nos custos diretos | 67,3% | 67,5% | 68,1% | | |
| Peso dos Custos c/dias de C. Intensivos nos C. Totais | 14,3% | 12,9% | 14,3% | | |
| Peso do Bloco Operatório nos Custos Totais | 30,6% | 30,8% | 29,7% | | |



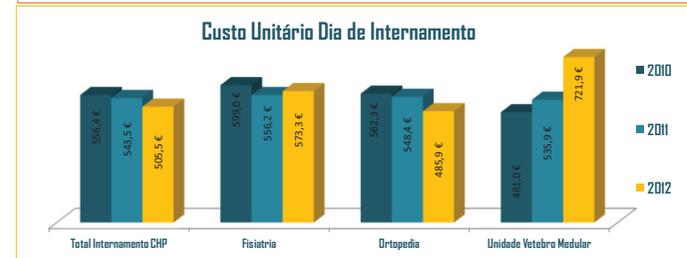
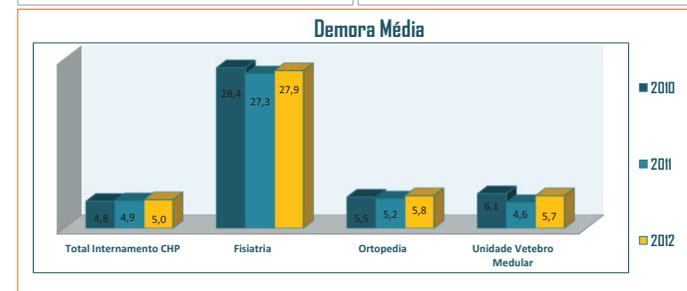
| Designação | Custo Total | | | (Em Euros) | |
|---|-------------------|-------------------|-------------------|------------|---------------|
| | 2010 | 2011 | 2012 | C. UNIT | Perc. |
| Produtos Farmacêuticos | 5.555.137 | 5.236.165 | 4.758.203 | 30 | 5,89 |
| Material de Consumo Clínico | 1.284.020 | 1.247.794 | 1.167.512 | 7 | 1,45 |
| Total Consumos | 7.146.298 | 6.812.338 | 6.235.657 | 39 | 7,72 |
| Subcontratos | 513.090 | 558.128 | 472.078 | 3 | 0,58 |
| Fornecimentos e Serviços | 2.230.785 | 2.118.389 | 1.633.834 | 10 | 2,02 |
| Ord.Sal. - Pessoal Médico | 3.448.996 | 3.400.020 | 3.474.012 | 22 | 4,30 |
| Ord.Sal. - Pessoal de Enfermagem | 7.551.343 | 7.606.104 | 7.080.266 | 44 | 8,76 |
| Ord.Sal. - Pessoal Operário e Auxiliar | 1.648.579 | 1.819.509 | 1.629.947 | 10 | 2,02 |
| Total Ordenados e Salários | 13.095.678 | 13.298.887 | 12.622.055 | 79 | 15,62 |
| Horas Extraordinárias | 658.300 | 571.766 | 411.635 | 3 | 0,51 |
| Noites e Suplementos | 1.950.055 | 1.938.069 | 1.919.419 | 12 | 2,38 |
| Prevenções | 253.615 | 216.195 | 249.058 | 2 | 0,31 |
| Total Outras Desp. C/Pessoal ... | 9.363.372 | 8.617.330 | 6.987.718 | 44 | 8,65 |
| Total Outras Despesas | 1.038.591 | 1.086.156 | 830.163 | 5 | 1,03 |
| AL DOS CUSTOS DIRECTOS (1) | 33.387.814 | 32.491.229 | 28.781.506 | 180 | 35,62 |
| Cuidados Intensivos | 13.483.361 | 11.478.729 | 11.554.071 | 72 | 14,30 |
| Anatomia Patológica | 400.662 | 475.026 | 519.855 | 3 | 0,64 |
| Patologia Clínica | 2.626.212 | 2.421.081 | 1.949.667 | 12 | 2,41 |
| Imagiologia | 1.082.628 | 1.124.873 | 1.011.807 | 6 | 1,25 |
| Medicina Física e de Reabilitação | 153.337 | 137.958 | 128.186 | 1 | 0,16 |
| Imunohemoterapia | 874.086 | 741.898 | 955.011 | 6 | 1,18 |
| Anestesiologia | 511.253 | 469.255 | 381.030 | 2 | 0,47 |
| Bloco Operatório | 28.807.593 | 27.415.156 | 24.014.522 | 150 | 29,72 |
| Medicina Nuclear | 88.036 | 77.873 | 87.515 | 1 | 0,11 |
| Técnicas Cardiológicas | 3.441.828 | 3.225.406 | 2.874.353 | 18 | 3,56 |
| Técnicas Gastroenterológicas (Endoscop.) | 299.388 | 285.470 | 272.681 | 2 | 0,34 |
| Total Sec. Auxil. de Apoio Clínico | 53.322.685 | 49.367.044 | 45.171.070 | 283 | 55,91 |
| Serviço de Alimentação e Dietética | 2.160.616 | 1.955.784 | 1.910.932 | 12 | 2,37 |
| Tot. Sec. Auxil. de Apoio Geral | 4.966.584 | 4.903.744 | 4.740.834 | 30 | 5,87 |
| Total Secções Administrativas | 2.470.933 | 2.301.308 | 2.101.772 | 13 | 2,60 |
| L DOS CUSTOS INDIRECTOS(2) | 60.760.201 | 56.572.096 | 52.013.676 | 325 | 64,38 |
| TOTAL DOS CUSTOS (1+2) | 94.148.016 | 89.063.325 | 80.795.182 | 506 | 100,00 |



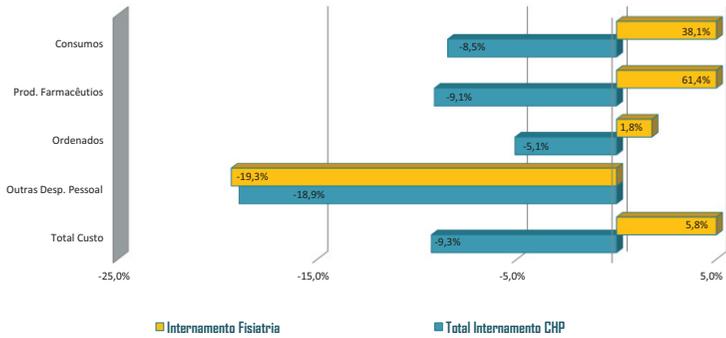
| UNIDADE DE OBRA | Indicadores | | | CUSTOS UNITÁRIOS | |
|---|-------------|------------|------------|------------------|------------|
| | 2010 | 2011 | 2012 | 2011 | 2012 |
| Dia de Internamento | 3.576 | 3.501 | 3.595 | 556,2 € | 573,3 € |
| Doente Tratado | 126 | 128 | 129 | 15.184,6 € | 15.977,8 € |
| Doente Saído | 107 | 108 | 109 | 18.031,7 € | 18.909,6 € |
| Doente Equivalente | 69 | 71 | 92 | 27.492,6 € | 22.411,7 € |
| Lotação Média Acumulada | 14,4 | 14,0 | 13,7 | | |
| Doente equivalente / Doente saído | 0,6 | 0,7 | 0,8 | | |
| Demora Média | 28,4 | 27,3 | 27,9 | | |
| Enfermeiro/Cama (custo ordenado base) | 13.745,9 € | 12.316,1 € | 14.533,9 € | | |
| AAM/Cama (custo ordenado base) | 4.962,2 € | 6.132,3 € | 4.522,6 € | | |
| Enfermeiro/Dias de Internamento (custo ordenado base) | 55,3 € | 49,3 € | 55,4 € | | |
| AAM/Dias de Internamento (custo ordenado base) | 20,0 € | 24,5 € | 17,2 € | | |
| Peso das Noites e Supl. No Total dos Custos com Pessoal | 7,3% | 7,2% | 8,3% | | |
| Peso dos custos com pessoal nos custos diretos | 61,6% | 61,9% | 60,8% | | |
| Peso dos Custos c/dias de C. Intensivos nos C. Totais | 27,5% | 26,6% | 29,6% | | |
| Peso do Bloco Operatório nos Custos Totais | 8,2% | 8,8% | 11,3% | | |



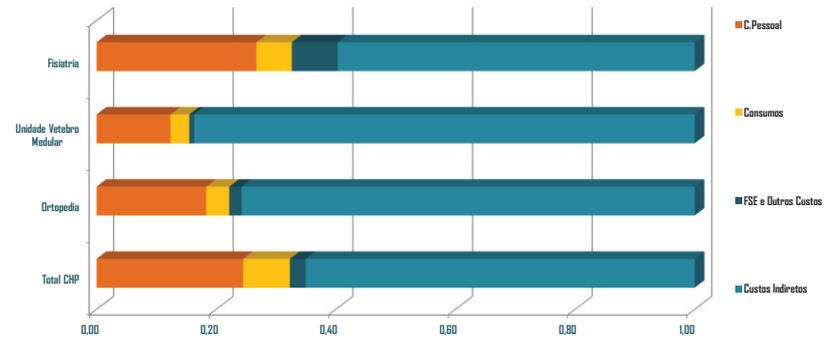
| Designação | Custo Total | | | (Em Euros) | |
|---|------------------|------------------|------------------|------------|---------------|
| | 2010 | 2011 | 2012 | C. UNIT | Perc. |
| Produtos Farmacêuticos | 53.158 | 56.805 | 91.687 | 26 | 4,45 |
| Material de Consumo Clínico | 19.595 | 21.864 | 19.033 | 5 | 0,92 |
| Total Consumos | 86.399 | 85.060 | 117.502 | 33 | 5,70 |
| Subcontratos | 30.321 | 35.255 | 14.307 | 4 | 0,69 |
| Fornecimentos e Serviços | 200.337 | 165.537 | 138.205 | 38 | 6,71 |
| Ord.Sal. - Pessoal Médico | 96.885 | 84.197 | 87.396 | 24 | 4,24 |
| Ord.Sal. - Pessoal de Enfermagem | 197.790 | 172.426 | 199.225 | 55 | 9,67 |
| Ord.Sal. - Pessoal Operário e Auxiliar | 71.401 | 85.852 | 61.995 | 17 | 3,01 |
| Total Ordenados e Salários | 373.303 | 349.616 | 355.805 | 99 | 17,26 |
| Horas Extraordinárias | 8.486 | 28 | 17 | 0 | 0,00 |
| Noites e Suplementos | 45.719 | 40.818 | 43.995 | 12 | 2,13 |
| Prevenções | 0 | 0 | 0 | 0 | 0,00 |
| Total Outras Desp. C/Pessoal ... | 251.870 | 217.583 | 175.564 | 49 | 8,52 |
| Total Outras Despesas | 73.359 | 63.842 | 73.265 | 20 | 3,55 |
| AL DOS CUSTOS DIRECTOS (1) | 1.015.590 | 916.893 | 874.650 | 243 | 42,44 |
| Cuidados Intensivos | 588.874 | 518.489 | 611.077 | 170 | 29,65 |
| Anatomia Patológica | 1.317 | 917 | 1.024 | 0 | 0,05 |
| Patologia Clínica | 22.240 | 16.466 | 14.877 | 4 | 0,72 |
| Imagiologia | 9.543 | 9.666 | 15.461 | 4 | 0,75 |
| Medicina Física e de Reabilitação | 77.576 | 76.675 | 70.286 | 20 | 3,41 |
| Imunohemoterapia | 1.789 | 147 | 2.291 | 1 | 0,11 |
| Anestesiologia | 45 | 41 | 33 | 0 | 0,00 |
| Bloco Operatório | 176.020 | 171.251 | 233.707 | 65 | 11,34 |
| Medicina Nuclear | 198 | 557 | 1.729 | 0 | 0,08 |
| Técnicas Cardiológicas | 1.179 | 865 | 660 | 0 | 0,03 |
| Total Sec. Auxil. de Apoio Clínico | 907.888 | 826.713 | 980.720 | 273 | 47,58 |
| Serviço de Alimentação e Dietética | 56.061 | 51.501 | 48.930 | 14 | 2,37 |
| Tot. Sec. Auxil. de Apoio Geral | 143.514 | 138.879 | 141.900 | 39 | 6,88 |
| Total Secções Administrativas | 75.161 | 64.942 | 63.871 | 18 | 3,10 |
| L DOS CUSTOS INDIRECTOS(2) | 1.126.563 | 1.030.534 | 1.186.492 | 330 | 57,56 |
| TOTAL DOS CUSTOS (1+2) | 2.142.152 | 1.947.427 | 2.061.141 | 573 | 100,00 |



Varição no Total Internamento CHP Internamento Fisiatria entre 2011/2012



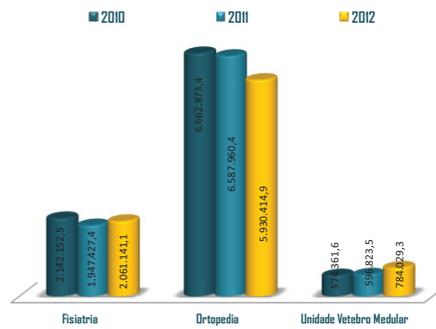
Custo Unitário Total no Internamento



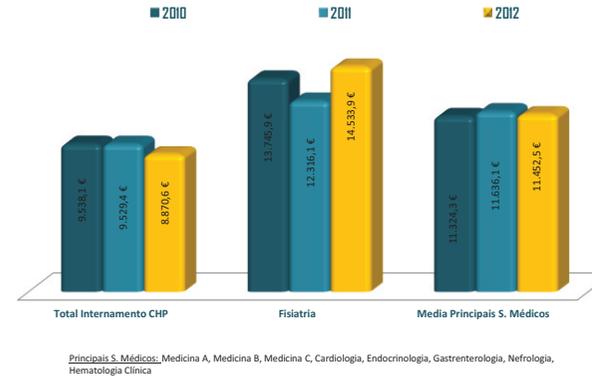
Evolução do Custo de Produtos Farmaceuticos/Doente Tratado (€/doente)



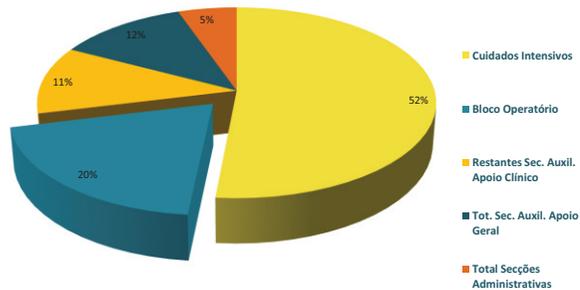
Custo Total no Internamento do Dep. Ortopedia



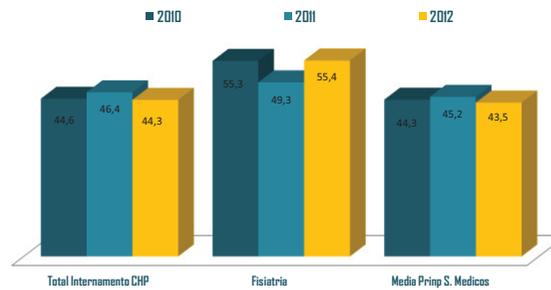
Custo Enfermeiro/Cama (Lotação Acumulada Média)



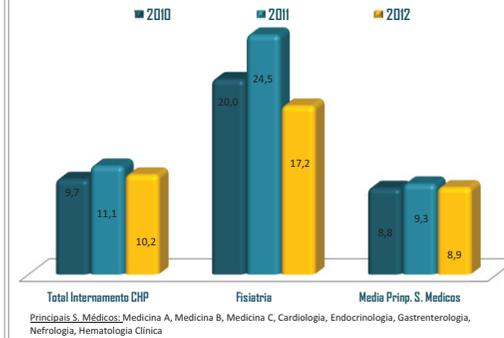
Custos Indiretos no Total do Internamento de Fisiatria



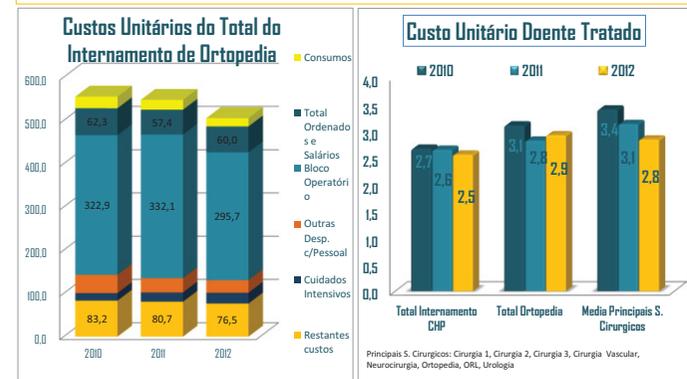
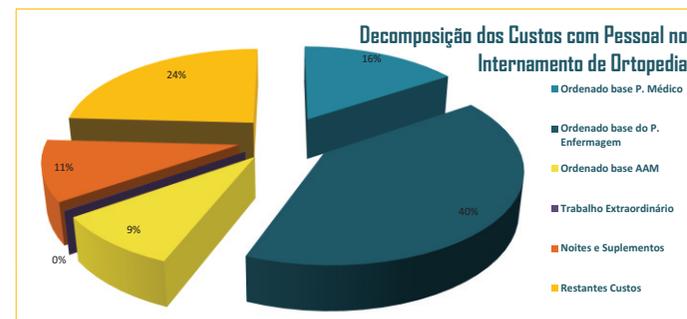
Custo do Pessoal Enfermeiro / Dias de Internamento



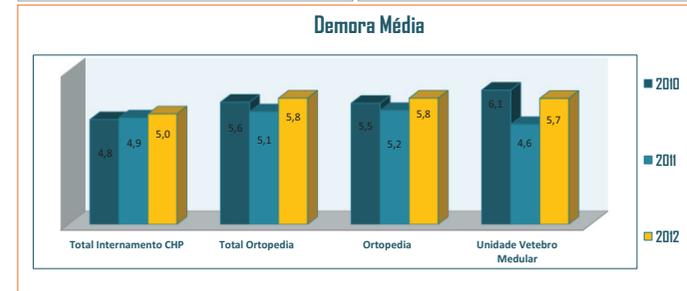
Custo do Pessoal Auxiliar / Dias de Internamento



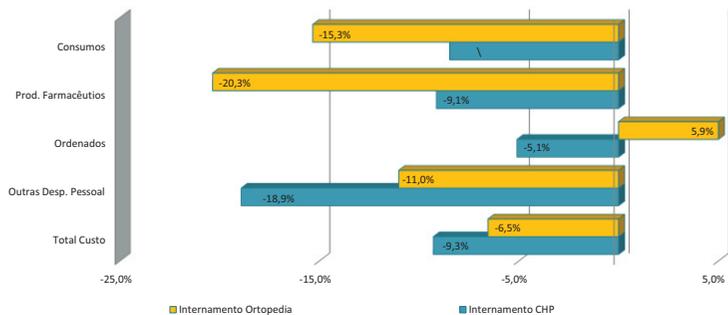
| UNIDADE DE OBRA | Indicadores | | | CUSTOS UNITÁRIOS | |
|---|-------------|-----------|-----------|------------------|-----------|
| | 2010 | 2011 | 2012 | 2011 | 2012 |
| Dia de Internamento | 13.043 | 13.126 | 13.292 | 547,4 € | 505,1 € |
| Doente Tratado | 2.340 | 2.558 | 2.309 | 2.809,3 € | 2.907,9 € |
| Doente Saído | 1.987 | 2.174 | 1.954 | 3.304,5 € | 3.436,3 € |
| Doente Equivalente | 1.894 | 2.113 | 2.525 | 3.399,9 € | 2.659,4 € |
| Lotação Média Acumulada | 52,77 | 52,68 | 52,68 | | |
| Doente equivalente / Doente saído | 0,95 | 0,97 | 1,29 | | |
| Demora Média | 5,57 | 5,13 | 5,76 | | |
| Enfermeiro/Cama (custo ordenado base) | 8.776,4 € | 8.095,5 € | 9.078,4 € | | |
| AAM/Cama (custo ordenado base) | 2.391,6 € | 2.222,7 € | 2.085,4 € | | |
| Enfermeiro/Dias de Internamento (custo ordenado base) | 35,5 € | 32,5 € | 36,0 € | | |
| AAM/Dias de Internamento (custo ordenado base) | 9,7 € | 8,9 € | 8,3 € | | |
| Peso das Noites e Supl. No Total dos Custos com Pessoal | 9,1% | 10,1% | 10,5% | | |
| Peso dos custos com pessoal nos custos diretos | 73,1% | 70,6% | 75,0% | | |
| Peso dos Custos c/dias de C. Intensivos nos C. Totais | 3,2% | 3,9% | 5,0% | | |
| Peso do Bloco Operatório nos Custos Totais | 58,2% | 60,7% | 58,5% | | |



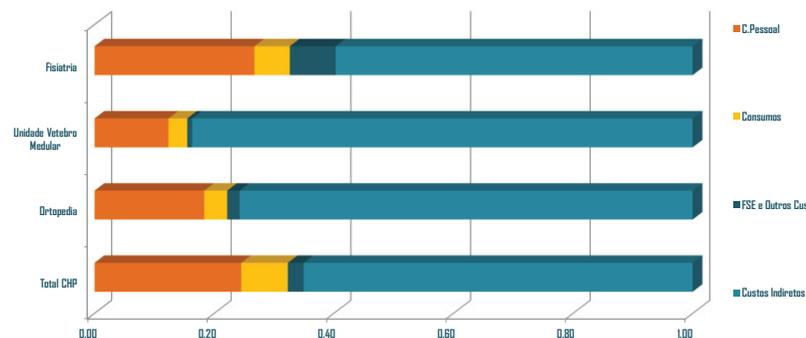
| Designação | Custo Total | | | (Em Euros) | |
|---|------------------|------------------|------------------|------------|--------------|
| | 2010 | 2011 | 2012 | C. UNIT | Perc. |
| Produtos Farmacêuticos | 234.612 | 205.278 | 163.510 | 12 | 2,44 |
| Material de Consumo Clínico | 87.268 | 74.891 | 73.421 | 6 | 1,09 |
| Total Consumos | 347.080 | 297.502 | 251.905 | 19 | 3,75 |
| Subcontratos | 43.201 | 45.249 | 20.549 | 2 | 0,31 |
| Fornecimentos e Serviços | 95.506 | 139.809 | 108.387 | 8 | 1,61 |
| Ord.Sal. - Pessoal Médico | 199.825 | 184.416 | 184.922 | 14 | 2,75 |
| Ord.Sal. - Pessoal de Enfermagem | 463.103 | 426.464 | 478.245 | 36 | 7,12 |
| Ord.Sal. - Pessoal Operário e Auxiliar | 126.197 | 117.093 | 109.857 | 8 | 1,64 |
| Total Ordenados e Salários | 813.112 | 752.900 | 797.403 | 60 | 11,88 |
| Horas Extraordinárias | 43.475 | 4.614 | -1.027 | 0 | -0,02 |
| Noites e Suplementos | 124.321 | 119.846 | 124.616 | 9 | 1,86 |
| Prevenções | 0 | 0 | 0 | 0 | 0,00 |
| Total Outras Desp. C/Pessoal ... | 550.190 | 432.595 | 384.927 | 29 | 5,73 |
| Total Outras Despesas | 17.065 | 10.499 | 13.087 | 1 | 0,19 |
| AL DOS CUSTOS DIRECTOS (1) | 1.866.155 | 1.678.553 | 1.576.257 | 119 | 23,48 |
| Cuidados Intensivos | 230.092 | 282.778 | 332.513 | 25 | 4,95 |
| Anatomia Patológica | 5.747 | 7.975 | 8.806 | 1 | 0,13 |
| Patologia Clínica | 87.941 | 73.249 | 48.211 | 4 | 0,72 |
| Imagiologia | 58.353 | 56.818 | 52.558 | 4 | 0,78 |
| Medicina Física e de Reabilitação | 7.256 | 4.346 | 4.783 | 0 | 0,07 |
| Imunohemoterapia | 99.493 | 94.759 | 123.087 | 9 | 1,83 |
| Anestesiologia | 117.337 | 107.698 | 87.450 | 7 | 1,30 |
| Bloco Operatório | 4.211.294 | 4.359.670 | 3.930.654 | 296 | 58,54 |
| Medicina Nuclear | 399 | 379 | 609 | 0 | 0,01 |
| Técnicas Cardiológicas | 1.652 | 1.107 | 772 | 0 | 0,01 |
| Total Sec. Auxil. de Apoio Clínico | 4.893.112 | 5.051.807 | 4.647.932 | 350 | 69,22 |
| Serviço de Alimentação e Dietética | 176.210 | 166.906 | 196.972 | 15 | 2,93 |
| Tot. Sec. Auxil. de Apoio Geral | 339.859 | 335.534 | 375.149 | 28 | 5,59 |
| Total Secções Administrativas | 138.109 | 118.890 | 115.106 | 9 | 1,71 |
| L DOS CUSTOS INDIRECTOS(2) | 5.371.080 | 5.506.231 | 5.138.187 | 387 | 76,52 |
| TOTAL DOS CUSTOS (1+2) | 7.237.235 | 7.184.784 | 6.714.444 | 505 | 100,00 |



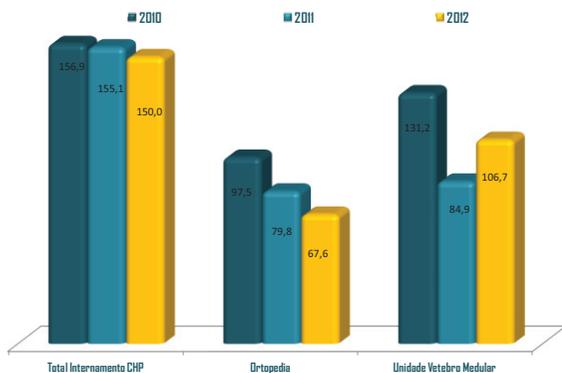
Varição Internamento CHP vs Internamento Total Ortopedia entre 2011/2012



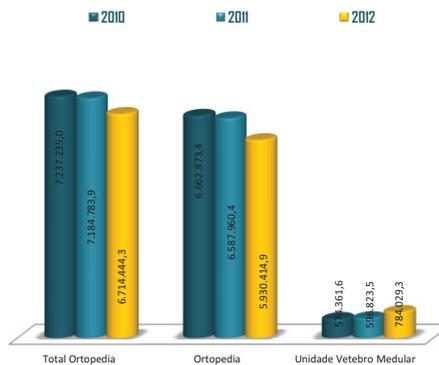
Custo Unitário Total no Internamento



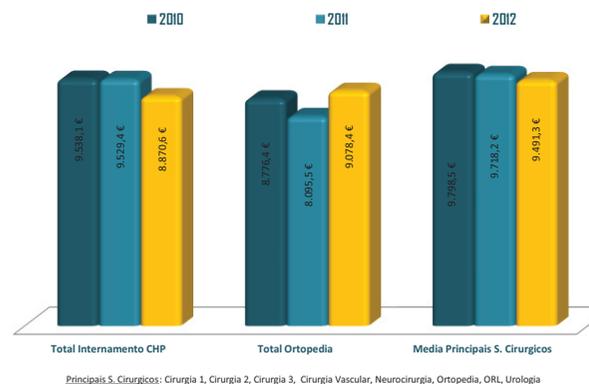
Evolução do Custo de Produtos Farmaceuticos/Doente Tratado (€/doente)



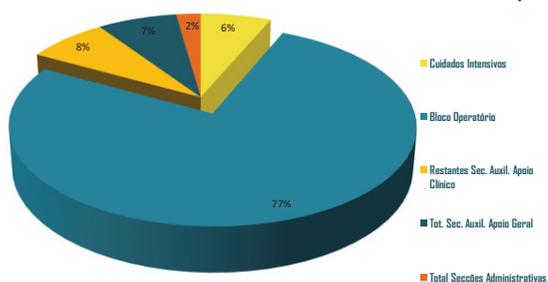
Custo Total Internamento Ortopedia



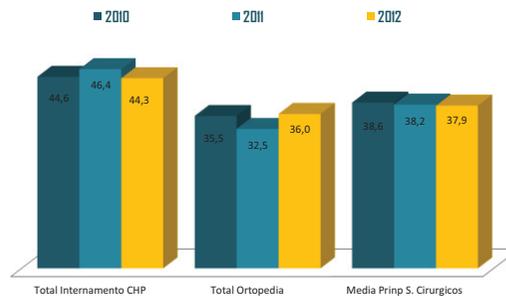
Custo Enfermeiro/Cama (Lotação Acumulada Média)



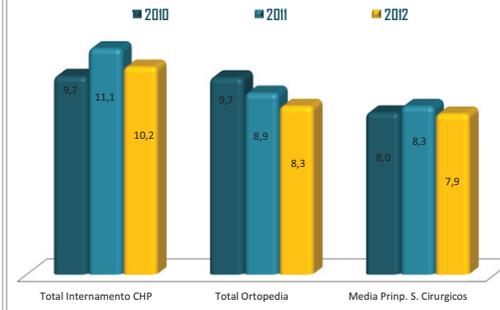
Custos Indiretos no Total do Internamento de Ortopedia



Custo do Pessoal Enfermeiro / Dias de Internamento



Custo do Pessoal Auxiliar / Dias de Internamento



Principais S. Cirurgicos: Cirurgia 1, Cirurgia 2, Cirurgia 3, Cirurgia Vascular, Neurocirurgia, Ortopedia, ORL, Urologia

Principais S. Cirurgicos: Cirurgia 1, Cirurgia 2, Cirurgia 3, Cirurgia Vascular, Neurocirurgia, Ortopedia, ORL, Urologia

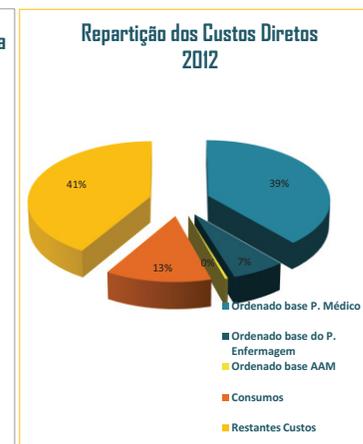
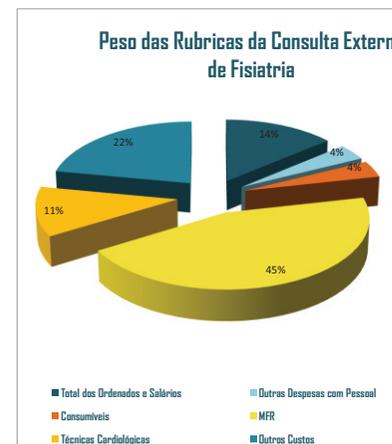
| UNIDADE DE OBRA | Indicadores | | | CUSTOS UNITÁRIOS | |
|---|-------------|-----------|-----------|------------------|-----------|
| | 2010 | 2011 | 2012 | 2011 | 2012 |
| Dia de Internamento | 11.849 | 12.012 | 12.206 | 548,4 € | 485,9 € |
| Doente Tratado | 2.145 | 2.313 | 2.120 | 2.848,2 € | 2.797,4 € |
| Doente Saído | 1.827 | 1.994 | 1.791 | 3.303,5 € | 3.311,2 € |
| Doente Equivalente | | | | | |
| Lotação Média Acumulada | 46,77 | 46,68 | 46,68 | | |
| Doente equivalente / Doente saído | 0,00 | 0,00 | 0,00 | | |
| Demora Média | 5,52 | 5,19 | 5,76 | | |
| Enfermeiro/Cama (custo ordenado base) | 8.995,8 € | 8.360,8 € | 9.408,2 € | | |
| AAM/Cama (custo ordenado base) | 2.451,4 € | 2.295,6 € | 2.161,2 € | | |
| Enfermeiro/Dias de Internamento (custo ordenado base) | 35,5 € | 32,5 € | 36,0 € | | |
| AAM/Dias de Internamento (custo ordenado base) | 9,7 € | 8,9 € | 8,3 € | | |
| Peso das Noites e Supl. No Total dos Custos com Pessoal | 9,1% | 10,1% | 10,5% | | |
| Peso dos custos com pessoal nos custos diretos | 72,9% | 70,4% | 75,0% | | |
| Peso dos Custos c/dias de C. Intensivos nos C. Totais | 3,2% | 3,9% | 3,3% | | |
| Peso do Bloco Operatório nos Custos Totais | 58,5% | 61,0% | 58,9% | | |

| Designação | Custo Total | | | (Em Euros) | |
|---|------------------|------------------|------------------|------------|---------------|
| | 2010 | 2011 | 2012 | C. UNIT | Perc. |
| Produtos Farmacêuticos | 209.037 | 184.517 | 143.335 | 12 | 2,42 |
| Material de Consumo Clínico | 79.698 | 69.221 | 69.161 | 6 | 1,17 |
| Total Consumos | 313.923 | 271.065 | 227.305 | 19 | 3,83 |
| Subcontratos | 40.440 | 39.451 | 18.171 | 1 | 0,31 |
| Fornecimentos e Serviços | 91.563 | 136.255 | 104.484 | 9 | 1,76 |
| Ord.Sal. - Pessoal Médico | 181.532 | 168.768 | 169.814 | 14 | 2,86 |
| Ord.Sal. - Pessoal de Enfermagem | 420.708 | 390.278 | 439.171 | 36 | 7,41 |
| Ord.Sal. - Pessoal Operário e Auxiliar | 114.644 | 107.157 | 100.881 | 8 | 1,70 |
| Total Ordenados e Salários | 738.674 | 689.014 | 732.252 | 60 | 12,35 |
| Horas Extraordinárias | 39.495 | 4.222 | -943 | 0 | -0,02 |
| Noites e Suplementos | 112.940 | 109.677 | 114.434 | 9 | 1,93 |
| Prevenções | 0 | 0 | 0 | 0 | 0,00 |
| Total Outras Desp. C/Pessoal ... | 499.822 | 395.888 | 353.477 | 29 | 5,96 |
| Total Outras Despesas | 14.495 | 8.605 | 11.013 | 1 | 0,19 |
| AL DOS CUSTOS DIRECTOS (1) | 1.698.916 | 1.540.279 | 1.446.702 | 119 | 24,39 |
| Cuidados Intensivos | 211.644 | 255.820 | 194.206 | 16 | 3,27 |
| Anatomia Patológica | 5.552 | 7.751 | 8.539 | 1 | 0,14 |
| Patologia Clínica | 83.388 | 69.840 | 44.068 | 4 | 0,74 |
| Imagiologia | 51.517 | 48.684 | 45.510 | 4 | 0,77 |
| Medicina Física e de Reabilitação | 3.242 | 1.494 | 3.873 | 0 | 0,07 |
| Imunohemoterapia | 99.493 | 94.759 | 115.910 | 9 | 1,95 |
| Anestesiologia | 113.819 | 104.469 | 84.828 | 7 | 1,43 |
| Bloco Operatório | 3.901.062 | 4.019.686 | 3.495.380 | 286 | 58,94 |
| Medicina Nuclear | 399 | 379 | 609 | 0 | 0,01 |
| Técnicas Cardiológicas | 1.570 | 956 | 700 | 0 | 0,01 |
| Total Sec. Auxil. de Apoio Clínico | 4.543.115 | 4.665.569 | 4.049.727 | 332 | 68,29 |
| Serviço de Alimentação e Dietética | 159.405 | 138.672 | 184.157 | 15 | 3,11 |
| Tot. Sec. Auxil. de Apoio Geral | 295.110 | 273.017 | 328.341 | 27 | 5,54 |
| Total Secções Administrativas | 125.732 | 109.096 | 105.646 | 9 | 1,78 |
| L DOS CUSTOS INDIRECTOS(2) | 4.963.957 | 5.047.681 | 4.483.713 | 367 | 75,61 |
| TOTAL DOS CUSTOS (1+2) | 6.662.873 | 6.587.960 | 5.930.415 | 486 | 100,00 |

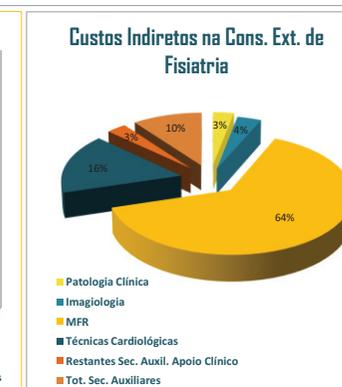
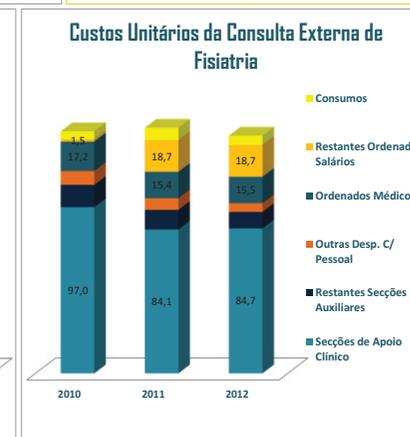
| UNIDADE DE OBRA | Indicadores | | | CUSTOS UNITÁRIOS | |
|---|-------------|-----------|-----------|------------------|-----------|
| | 2010 | 2011 | 2012 | 2011 | 2012 |
| Dia de Internamento | 1.194 | 1.114 | 1.086 | 535,9 € | 721,9 € |
| Doente Tratado | 195 | 245 | 189 | 2.441,0 € | 4.148,3 € |
| Doente Saído | 160 | 180 | 163 | 3.315,7 € | 4.810,0 € |
| Doente Equivalente | | | | | |
| Lotação Média Acumulada | 6 | 6 | 6 | | |
| Doente equivalente / Doente saído | 0,00 | 0,00 | 0,00 | | |
| Demora Média | 6,12 | 4,56 | 5,75 | | |
| Enfermeiro/Cama (custo ordenado base) | 7.065,9 € | 6.031,1 € | 6.512,4 € | | |
| AAM/Cama (custo ordenado base) | 1.925,5 € | 1.655,9 € | 1.495,9 € | | |
| Enfermeiro/Dias de Internamento (custo ordenado base) | 35,5 € | 32,5 € | 36,0 € | | |
| AAM/Dias de Internamento (custo ordenado base) | 9,7 € | 8,9 € | 8,3 € | | |
| Peso das Noites e Supl. No Total dos Custos com Pessoal | 9,1% | 10,1% | 10,5% | | |
| Peso dos custos com pessoal nos custos diretos | 74,6% | 72,7% | 74,6% | | |
| Peso dos Custos c/dias de C. Intensivos nos C. Totais | 3,2% | 4,5% | 17,6% | | |
| Peso do Bloco Operatório nos Custos Totais | 54,0% | 57,0% | 55,5% | | |

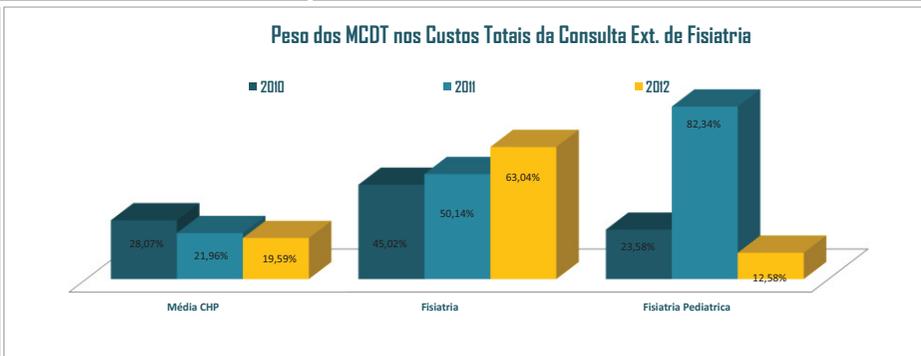
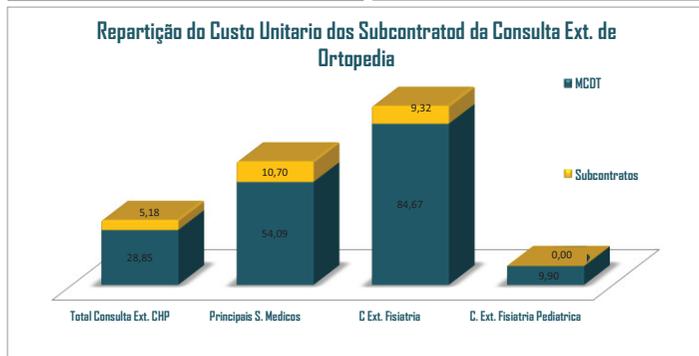
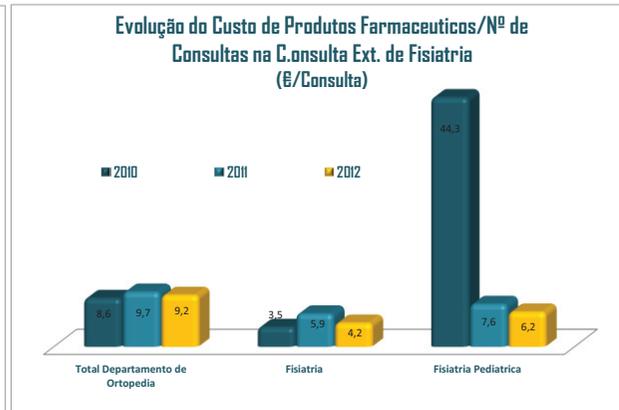
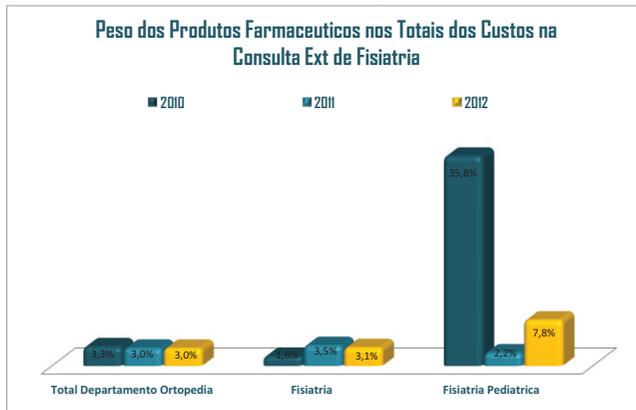
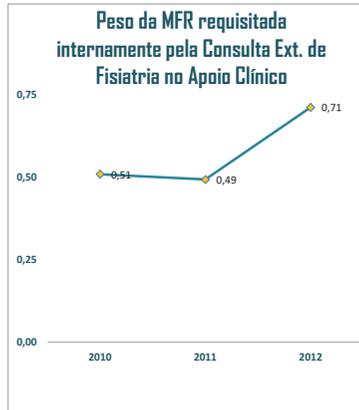
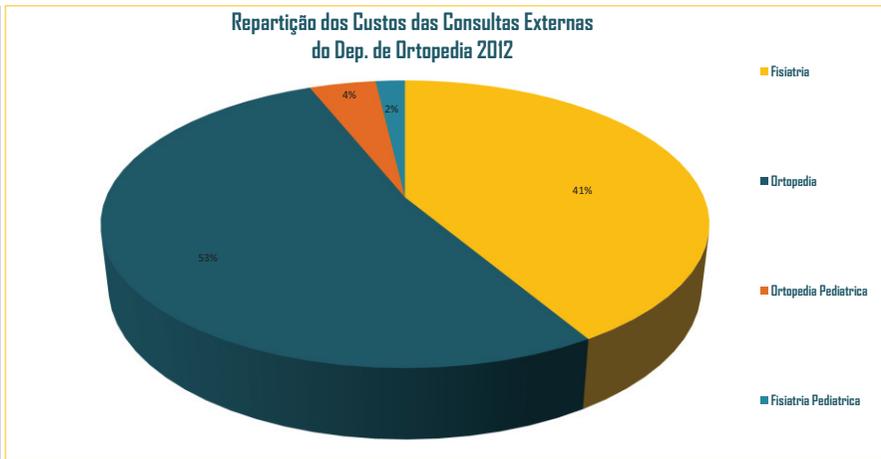
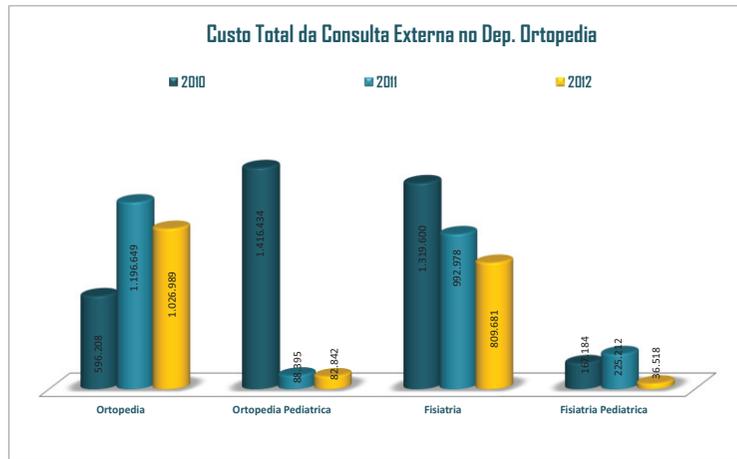
| Designação | Custo Total | | | (Em Euros) | |
|---|----------------|----------------|----------------|------------|---------------|
| | 2010 | 2011 | 2012 | C. UNIT | Perc. |
| Produtos Farmacêuticos | 25.575 | 20.761 | 20.176 | 19 | 2,57 |
| Material de Consumo Clínico | 7.569 | 5.670 | 4.260 | 4 | 0,54 |
| Total Consumos | 33.157 | 26.437 | 24.601 | 23 | 3,14 |
| Subcontratos | 2.761 | 5.798 | 2.377 | 2 | 0,30 |
| Fornecimentos e Serviços | 3.944 | 3.554 | 3.904 | 4 | 0,50 |
| Ord.Sal. - Pessoal Médico | 18.293 | 15.648 | 15.109 | 14 | 1,93 |
| Ord.Sal. - Pessoal de Enfermagem | 42.396 | 36.186 | 39.074 | 36 | 4,98 |
| Ord.Sal. - Pessoal Operário e Auxiliar | 11.553 | 9.936 | 8.976 | 8 | 1,14 |
| Total Ordenados e Salários | 74.438 | 63.885 | 65.150 | 60 | 8,31 |
| Horas Extraordinárias | 3.980 | 391 | -84 | 0 | -0,01 |
| Noites e Suplementos | 11.381 | 10.169 | 10.182 | 9 | 1,30 |
| Prevenções | 0 | 0 | 0 | 0 | 0,00 |
| Total Outras Desp. C/Pessoal ... | 50.368 | 36.707 | 31.450 | 29 | 4,01 |
| Total Outras Despesas | 2.571 | 1.894 | 2.074 | 2 | 0,26 |
| AL DOS CUSTOS DIRECTOS (1) | 167.239 | 138.274 | 129.556 | 119 | 16,52 |
| Cuidados Intensivos | 18.448 | 26.959 | 138.307 | 127 | 17,64 |
| Anatomia Patológica | 196 | 224 | 267 | 0 | 0,03 |
| Patologia Clínica | 4.553 | 3.409 | 4.142 | 4 | 0,53 |
| Imagiologia | 6.836 | 8.134 | 7.048 | 6 | 0,90 |
| Medicina Física e de Reabilitação | 4.015 | 2.852 | 910 | 1 | 0,12 |
| Imunohemoterapia | 0 | 0 | 7.178 | 7 | 0,92 |
| Anestesiologia | 3.518 | 3.229 | 2.622 | 2 | 0,33 |
| Bloco Operatório | 310.232 | 339.984 | 435.274 | 401 | 55,52 |
| Medicina Nuclear | 0 | 0 | 0 | 0 | 0,00 |
| Técnicas Cardiológicas | 82 | 151 | 73 | 0 | 0,01 |
| Total Sec. Auxil. de Apoio Clínico | 349.997 | 386.238 | 598.205 | 551 | 76,30 |
| Serviço de Alimentação e Dietética | 16.805 | 28.234 | 12.815 | 12 | 1,63 |
| Tot. Sec. Auxil. de Apoio Geral | 44.749 | 62.517 | 46.808 | 43 | 5,97 |
| Total Secções Administrativas | 12.377 | 9.794 | 9.461 | 9 | 1,21 |
| L DOS CUSTOS INDIRECTOS(2) | 407.123 | 458.549 | 654.474 | 603 | 83,48 |
| TOTAL DOS CUSTOS (1+2) | 574.362 | 596.823 | 784.029 | 722 | 100,00 |

| UNIDADE DE OBRA | Indicadores | | | CUSTOS UNITÁRIOS | |
|---|-------------|-------|-------|------------------|------|
| | 2010 | 2011 | 2012 | 2011 | 2012 |
| Nº de Consultas | 6.122 | 5.924 | 6.028 | 168 | 134 |
| Peso dos Produtos Farmacêuticos nos Custos Totais | 1,6% | 3,5% | 3,1% | | |
| Peso dos SubContratos nos Custos Totais | 33,7% | 22,4% | 6,9% | | |
| Peso dos MCDT nos Custos Totais | 45,0% | 50,1% | 63,0% | | |
| Peso da MFR requisitada internamente no Apoio Clínico | 50,9% | 49,2% | 71,0% | | |
| Duração média de Consulta | | | | | |

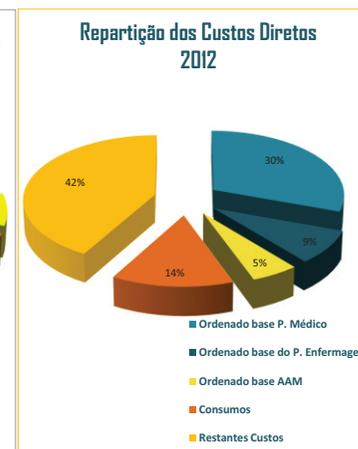
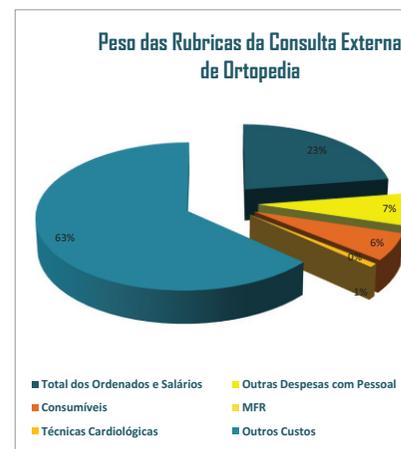


| Designação | Custo Total | | | (Em Euros) | |
|---|------------------|----------------|----------------|--------------|---------------|
| | 2010 | 2011 | 2012 | C. UNIT | Perc. |
| Produtos Farmacêuticos | 21.344 | 34.704 | 25.379 | 4,2 | 3,13 |
| Material de Consumo Clínico | 3.339 | 4.872 | 3.990 | 0,7 | 0,49 |
| Total Consumos | 27.226 | 41.575 | 31.362 | 5,2 | 3,87 |
| Subcontratos | 444.319 | 222.095 | 56.176 | 9,3 | 6,94 |
| Fornecimentos e Serviços | 7.010 | 7.285 | 8.097 | 1,3 | 1,00 |
| Ord.Sal. - Pessoal Médico | 105.196 | 91.324 | 93.304 | 15,5 | 11,52 |
| Ord.Sal. - Pessoal de Enfermagem | 5.503 | 15.597 | 15.845 | 2,6 | 1,96 |
| Ord.Sal. - Pessoal Operário e Auxiliar | 881 | 873 | 877 | 0,1 | 0,11 |
| Total Ordenados e Salários | 114.459 | 110.543 | 112.912 | 18,7 | 13,95 |
| Horas Extraordinárias | 0 | 0 | 0 | 0,0 | 0,00 |
| Noites e Suplementos | 0 | 0 | 0 | 0,0 | 0,00 |
| Prevenções | 0 | 0 | 0 | 0,0 | 0,00 |
| Total Outras Desp. C/Pessoal ... | 49.733 | 40.398 | 30.554 | 5,1 | 3,77 |
| Total Outras Despesas | 3.020 | 5.368 | 2.185 | 0,4 | 0,27 |
| AL DOS CUSTOS DIRECTOS (1) | 645.767 | 427.263 | 241.286 | 40,0 | 29,80 |
| Anatomia Patológica | 249 | 26 | 71 | 0,0 | 0,01 |
| Patologia Clínica | 25.566 | 23.557 | 17.362 | 2,9 | 2,14 |
| Imagiologia | 24.461 | 20.355 | 20.049 | 3,3 | 2,48 |
| Medicina Física e de Reabilitação | 302.110 | 244.964 | 362.526 | 60,1 | 44,77 |
| Imunohemoterapia | 0 | 0 | 0 | 0,0 | 0,00 |
| Anestesiologia | 0 | 0 | 0 | 0,0 | 0,00 |
| Bloco Operatório | 0 | 0 | 0 | 0,0 | 0,00 |
| Medicina Nuclear | 2.191 | 3.027 | 6.141 | 1,0 | 0,76 |
| Técnicas Cardiológicas | 224.744 | 194.658 | 93.760 | 15,6 | 11,58 |
| Total Sec. Auxil. de Apoio Clínico | 594.086 | 497.877 | 510.389 | 84,7 | 63,04 |
| Serviço de Alimentação e Dietética | 0 | 0 | 0 | 0,0 | 0,00 |
| Tot. Sec. Auxil. de Apoio Geral | 31.957 | 37.576 | 40.387 | 6,7 | 4,99 |
| Total Secções Administrativas | 47.791 | 30.262 | 17.620 | 2,9 | 2,18 |
| AL DOS CUSTOS INDIRECTOS(2) | 673.834 | 565.715 | 568.396 | 94,3 | 70,20 |
| TOTAL DOS CUSTOS (1+2) | 1.319.600 | 992.978 | 809.681 | 134,3 | 100,00 |

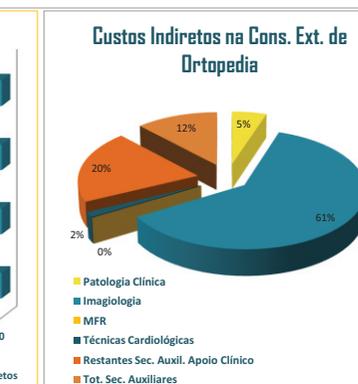
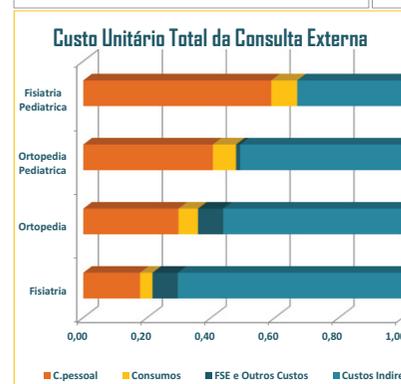
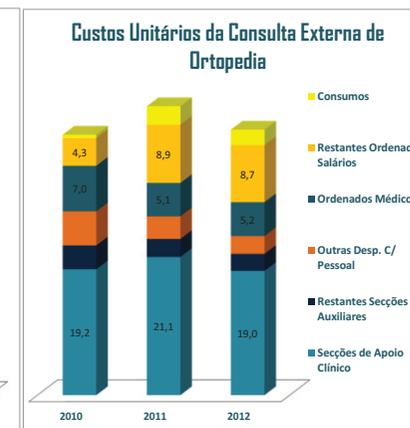
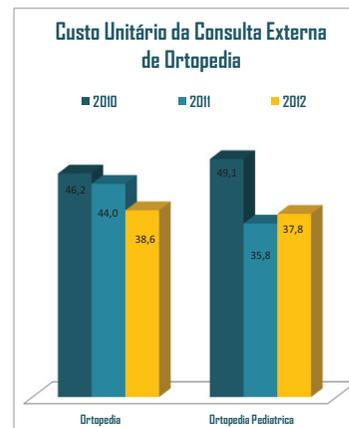


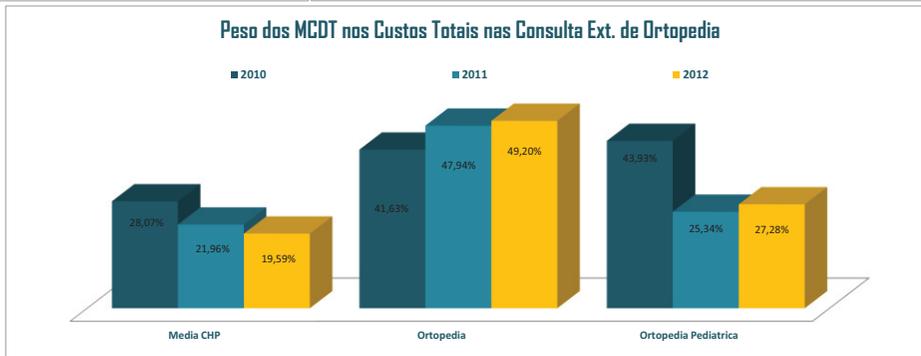
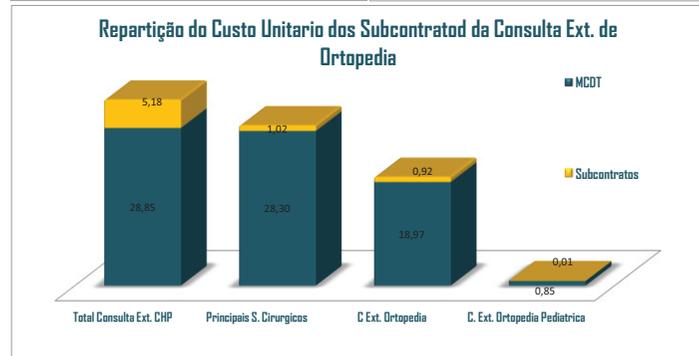
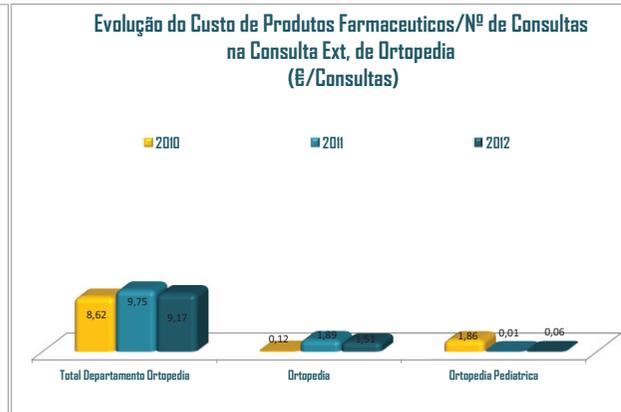
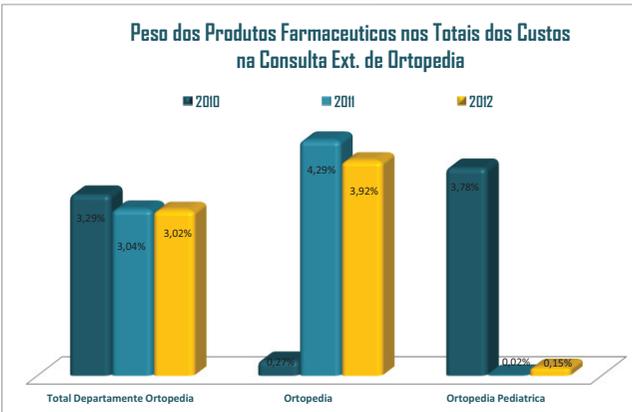
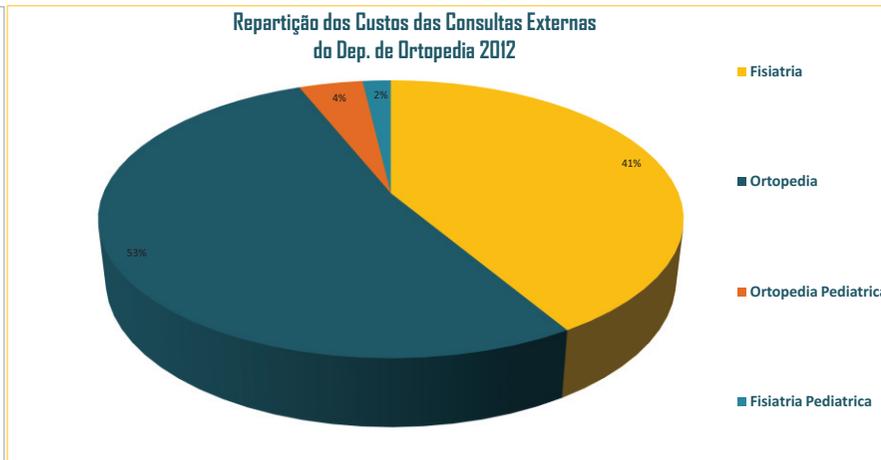
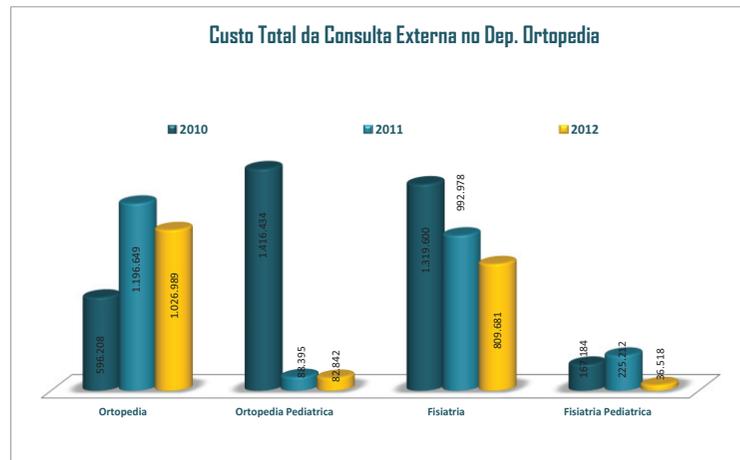


| UNIDADE DE OBRA | Indicadores | | | CUSTOS UNITÁRIOS | |
|---|-------------|--------|--------|------------------|------|
| | 2010 | 2011 | 2012 | 2011 | 2012 |
| Nº de Consultas | 12.916 | 27.182 | 26.636 | 44 | 39 |
| Peso dos Produtos Farmacêuticos nos Custos Totais | 0,3% | 4,3% | 3,9% | | |
| Peso dos SubContratos nos Custos Totais | 9,9% | 5,7% | 2,4% | | |
| Peso dos MCDT nos Custos Totais | 41,6% | 47,9% | 49,2% | | |
| Peso da MFR requisitada internamente no Apoio Clínico | 0,1% | 0,0% | 0,0% | | |
| Duração média de Consulta | | | | | |



| Designação | Custo Total | | | (Em Euros) | |
|---|----------------|------------------|------------------|-------------|---------------|
| | 2010 | 2011 | 2012 | C. UNIT | Perc. |
| Produtos Farmacêuticos | 1.611 | 51.355 | 40.243 | 1,5 | 3,92 |
| Material de Consumo Clínico | 2.962 | 20.046 | 13.332 | 0,5 | 1,30 |
| Total Consumos | 6.124 | 75.711 | 62.506 | 2,3 | 6,09 |
| Subcontratos | 59.234 | 67.787 | 24.579 | 0,9 | 2,39 |
| Fornecimentos e Serviços | 18.181 | 62.197 | 55.984 | 2,1 | 5,45 |
| Ord.Sal. - Pessoal Médico | 89.957 | 138.562 | 137.890 | 5,2 | 13,43 |
| Ord.Sal. - Pessoal de Enfermagem | 20.131 | 38.375 | 38.419 | 1,4 | 3,74 |
| Ord.Sal. - Pessoal Operário e Auxiliar | 17.230 | 33.649 | 24.482 | 0,9 | 2,38 |
| Total Ordenados e Salários | 144.950 | 242.422 | 232.052 | 8,7 | 22,60 |
| Horas Extraordinárias | -16 | -83 | -286 | 0,0 | -0,03 |
| Noites e Suplementos | 0 | 26 | 2 | 0,0 | 0,00 |
| Prevenções | 0 | 0 | 0 | 0,0 | 0,00 |
| Total Outras Desp. C/Pessoal ... | 67.198 | 93.730 | 72.564 | 2,7 | 7,07 |
| Total Outras Despesas | 5.264 | 6.465 | 4.746 | 0,2 | 0,46 |
| AL DOS CUSTOS DIRECTOS (1) | 300.951 | 548.313 | 452.432 | 17,0 | 44,05 |
| Anatomia Patológica | 2.052 | 3.158 | 2.892 | 0,1 | 0,28 |
| Patologia Clínica | 42.380 | 45.466 | 29.353 | 1,1 | 2,86 |
| Imagiologia | 74.542 | 387.469 | 352.262 | 13,2 | 34,30 |
| Medicina Física e de Reabilitação | 126 | 0 | 28 | 0,0 | 0,00 |
| Imunohemoterapia | 0 | 0 | 0 | 0,0 | 0,00 |
| Anestesiologia | 0 | 0 | 0 | 0,0 | 0,00 |
| Bloco Operatório | 0 | 0 | 0 | 0,0 | 0,00 |
| Medicina Nuclear | 588 | 57.712 | 50.244 | 1,9 | 4,89 |
| Técnicas Cardiológicas | 2.696 | 15.383 | 8.221 | 0,3 | 0,80 |
| Total Sec. Auxil. de Apoio Clínico | 248.225 | 573.653 | 505.247 | 19,0 | 49,20 |
| Serviço de Alimentação e Dietética | 0 | 0 | 0 | 0,0 | 0,00 |
| Tot. Sec. Auxil. de Apoio Geral | 24.759 | 35.847 | 36.271 | 1,4 | 3,53 |
| Total Secções Administrativas | 22.272 | 38.836 | 33.039 | 1,2 | 3,22 |
| L DOS CUSTOS INDIRECTOS(2) | 295.257 | 648.337 | 574.557 | 21,6 | 55,95 |
| TOTAL DOS CUSTOS (1+2) | 596.208 | 1.196.649 | 1.026.989 | 38,6 | 100,00 |





| UNIDADE DE OBRA | Indicadores | | | CUSTOS UNITÁRIOS | |
|---|-------------|-------|-------|------------------|------|
| | 2010 | 2011 | 2012 | 2011 | 2012 |
| Nº de Consultas | 28.832 | 2.468 | 2.190 | 36 | 38 |
| Peso dos Produtos Farmacêuticos nos Custos Totais | 3,8% | 0,0% | 0,2% | | |
| Peso dos SubContratos nos Custos Totais | 7,2% | 0,6% | 0,4% | | |
| Peso dos MCDT nos Custos Totais | 43,9% | 25,3% | 27,3% | | |
| Peso da MFR requisitada internamente no Apoio Clínico | 0,0% | 0,0% | 0,0% | | |
| Duração média de Consulta | | | | | |

| Designação | Custo Total | | | (Em Euros) | |
|---|------------------|---------------|---------------|------------|-------------|
| | 2010 | 2011 | 2012 | C. UNIT | Perc. |
| Produtos Farmacêuticos | 53.587 | 16 | 127 | 0,0 | 0,01 |
| Material de Consumo Clínico | 20.729 | 4.872 | 3.979 | 0,1 | 0,39 |
| Total Consumos | 80.345 | 6.887 | 6.018 | 0,2 | 0,59 |
| Subcontratos | 101.822 | 512 | 304 | 0,0 | 0,03 |
| Fornecimentos e Serviços | 81.992 | 665 | 743 | 0,0 | 0,07 |
| Ord.Sal. - Pessoal Médico | 181.315 | 26.457 | 26.329 | 1,0 | 2,56 |
| Ord.Sal. - Pessoal de Enfermagem | 39.726 | 0 | 0 | 0,0 | 0,00 |
| Ord.Sal. - Pessoal Operário e Auxiliar | 39.315 | 9 | 0 | 0,0 | 0,00 |
| Total Ordenados e Salários | 291.082 | 26.466 | 26.329 | 1,0 | 2,56 |
| Horas Extraordinárias | -21 | 0 | 0 | 0,0 | 0,00 |
| Noites e Suplementos | 21 | 0 | 0 | 0,0 | 0,00 |
| Prevenções | 0 | 0 | 0 | 0,0 | 0,00 |
| Total Outras Desp. C/Pessoal ... | 132.801 | 9.806 | 7.254 | 0,3 | 0,71 |
| Total Outras Despesas | 8.721 | 20 | 47 | 0,0 | 0,00 |
| AL DOS CUSTOS DIRECTOS (1) | 696.763 | 44.356 | 40.694 | 1,5 | 3,96 |
| Anatomia Patológica | 1.408 | 34 | 0 | 0,0 | 0,00 |
| Patologia Clínica | 66.811 | 2.764 | 1.709 | 0,1 | 0,17 |
| Imagiologia | 348.747 | 17.517 | 20.062 | 0,8 | 1,95 |
| Medicina Física e de Reabilitação | 157 | 0 | 0 | 0,0 | 0,00 |
| Imunohemoterapia | 24.399 | 846 | 0 | 0,0 | 0,00 |
| Anestesiologia | 0 | 0 | 0 | 0,0 | 0,00 |
| Bloco Operatório | 0 | 0 | 0 | 0,0 | 0,00 |
| Medicina Nuclear | 61.956 | 321 | 138 | 0,0 | 0,01 |
| Técnicas Cardiológicas | 8.283 | 55 | 214 | 0,0 | 0,02 |
| Total Sec. Auxil. de Apoio Clínico | 622.279 | 22.399 | 22.602 | 0,8 | 2,20 |
| Serviço de Alimentação e Dietética | 0 | 0 | 0 | 0,0 | 0,00 |
| Tot. Sec. Auxil. de Apoio Geral | 45.827 | 18.498 | 16.575 | 0,6 | 1,61 |
| Total Secções Administrativas | 51.565 | 3.142 | 2.972 | 0,1 | 0,29 |
| L DOS CUSTOS INDIRECTOS(2) | 719.671 | 44.038 | 42.148 | 1,6 | 4,10 |
| TOTAL DOS CUSTOS (1+2) | 1.416.434 | 88.395 | 82.842 | 3,1 | 8,07 |

| UNIDADE DE OBRA | Indicadores | | | CUSTOS UNITÁRIOS | |
|---|-------------|-------|-------|------------------|------|
| | 2010 | 2011 | 2012 | 2011 | 2012 |
| Nº de Consultas | 1.351 | 668 | 464 | 337 | 79 |
| Peso dos Produtos Farmacêuticos nos Custos Totais | 35,8% | 2,2% | 7,8% | | |
| Peso dos SubContratos nos Custos Totais | 0,9% | 0,1% | 0,0% | | |
| Peso dos MCDT nos Custos Totais | 23,6% | 82,3% | 12,6% | | |
| Peso da MFR requisitada internamente no Apoio Clínico | 0,0% | 94,3% | 24,1% | | |
| Duração média de Consulta | | | | | |

| Designação | Custo Total | | | (Em Euros) | |
|---|----------------|----------------|---------------|-------------|--------------|
| | 2010 | 2011 | 2012 | C. UNIT | Perc. |
| Produtos Farmacêuticos | 59.888 | 5.053 | 2.865 | 6,2 | 7,85 |
| Material de Consumo Clínico | 0 | 0 | 0 | 0,0 | 0,00 |
| Total Consumos | 59.888 | 5.314 | 2.915 | 6,3 | 0,00 |
| Subcontratos | 1.549 | 292 | 0 | 0,0 | 0,14 |
| Fornecimentos e Serviços | 0 | 236 | 0 | 0,0 | 0,00 |
| Ord.Sal. - Pessoal Médico | 35.722 | 10.423 | 10.649 | 23,0 | 0,00 |
| Ord.Sal. - Pessoal de Enfermagem | 0 | 0 | 0 | 0,0 | 0,00 |
| Ord.Sal. - Pessoal Operário e Auxiliar | 0 | 6.626 | 5.558 | 12,0 | 7,98 |
| Total Ordenados e Salários | 35.722 | 17.049 | 16.207 | 34,9 | 0,00 |
| Horas Extraordinárias | 0 | 0 | 0 | 0,0 | 0,00 |
| Noites e Suplementos | 0 | 0 | 0 | 0,0 | 0,00 |
| Prevenções | 0 | 0 | 0 | 0,0 | 0,00 |
| Total Outras Desp. C/Pessoal ... | 14.246 | 6.714 | 4.993 | 10,8 | 0,00 |
| Total Outras Despesas | 85 | 495 | 495 | 1,1 | 0,00 |
| AL DOS CUSTOS DIRECTOS (1) | 111.491 | 30.100 | 24.610 | 53,0 | 0,00 |
| Anatomia Patológica | 0 | 0 | 0 | 0,0 | 0,00 |
| Patologia Clínica | 20.847 | 928 | 693 | 1,5 | 0,00 |
| Imagiologia | 2.628 | 1.589 | 0 | 0,0 | 0,00 |
| Medicina Física e de Reabilitação | 6 | 174.863 | 1.108 | 2,4 | 29,16 |
| Imunohemoterapia | 11.371 | 85 | 0 | 0,0 | 0,00 |
| Anestesiologia | 0 | 0 | 0 | 0,0 | 0,00 |
| Bloco Operatório | 0 | 0 | 0 | 0,0 | 0,00 |
| Medicina Nuclear | 100 | 548 | 0 | 0,0 | 0,00 |
| Técnicas Cardiológicas | 115 | 42 | 0 | 0,0 | 0,00 |
| Total Sec. Auxil. de Apoio Clínico | 39.427 | 185.429 | 4.594 | 9,9 | 0,00 |
| Serviço de Alimentação e Dietética | 0 | 0 | 0 | 0,0 | 15,22 |
| Tot. Sec. Auxil. de Apoio Geral | 8.016 | 7.551 | 5.518 | 11,9 | 0,00 |
| Total Secções Administrativas | 8.251 | 2.132 | 1.797 | 3,9 | 0,00 |
| L DOS CUSTOS INDIRECTOS(2) | 55.693 | 195.113 | 11.908 | 25,7 | 44,38 |
| TOTAL DOS CUSTOS (1+2) | 167.184 | 225.212 | 36.518 | 78,7 | 0,00 |

| UNIDADE DE OBRA | ESTATÍSTICA | | | CUSTOS | |
|---|----------------|----------------|----------------|----------------|---------------|
| | 2010 | 2011 | 2012 | UNITÁRIO | |
| Nº de exames | 150.841 | 144.159 | 144.592 | 4 | |
| Sessão de tratamento???? | | | | | |
| | | | | (Em Euros) | |
| Designação | 2010 | 2011 | 2012 | C.Unit. | Perc. |
| Produtos Farmacêuticos | 3.645 | 4.424 | 5.850 | 0 | 1,13 |
| Material de Consumo Clínico | 18.395 | 25.778 | 26.146 | 0 | 5,07 |
| Total Consumos | 26.617 | 36.196 | 37.118 | 0 | 7,20 |
| Subcontratos | 944 | 913 | 0 | 0 | 0,00 |
| Fornecimentos e Serviços | 26.728 | 12.807 | 26.156 | 0 | 5,07 |
| Ord.Sal. - Pessoal Médico | 45.737 | 39.706 | 40.567 | 0 | 7,87 |
| Ord.Sal. - Pessoal de Enfermagem | 0 | 0 | 0 | 0 | 0,00 |
| Ord.Sal. - Pessoal Operário e Auxiliar | 24.234 | 29.867 | 27.411 | 0 | 5,32 |
| Total Ordenados e Salários | 319.212 | 300.213 | 299.228 | 2 | 58,05 |
| Horas Extraordinárias | 179 | 124 | 0 | 0 | 0,00 |
| Noites e Suplementos | 995 | 1.145 | 1.889 | 0 | 0,37 |
| Prevenções | 0 | 0 | 0 | 0 | 0,00 |
| Total Outras Desp. C/Pessoal ... | 133.470 | 114.956 | 95.175 | 1 | 18,46 |
| Total Outras Despesas | 2.554 | 3.080 | 3.206 | 0 | 0,62 |
| AL DOS CUSTOS DIRECTOS (1) | 509.525 | 468.165 | 460.882 | 3 | 89,41 |
| Anatomia Patológica | 0 | 0 | 0 | 0 | 0,00 |
| Patologia Clínica | 0 | 0 | 0 | 0 | 0,00 |
| Imagiologia | 0 | 0 | 0 | 0 | 0,00 |
| Medicina Física e de Reabilitação | 0 | 0 | 0 | 0 | 0,00 |
| Imunohemoterapia | 0 | 0 | 0 | 0 | 0,00 |
| Anestesiologia | 0 | 0 | 0 | 0 | 0,00 |
| Bloco Operatório | 0 | 0 | 0 | 0 | 0,00 |
| Medicina Nuclear | 0 | 0 | 0 | 0 | 0,00 |
| Técnicas Cardiológicas | 0 | 0 | 0 | 0 | 0,00 |
| Total Sec. Auxil. de Apoio Clínico | 110 | 164 | 169 | 0 | 0,03 |
| Serviço de Alimentação e Dietética | 0 | 0 | 0 | 0 | 0,00 |
| Tot. Sec. Auxil. de Apoio Geral | 21.309 | 20.714 | 20.747 | 0 | 4,03 |
| Total Secções Administrativas | 37.708 | 33.159 | 33.656 | 0 | 6,53 |
| L DOS CUSTOS INDIRECTOS(2) | 59.127 | 54.038 | 54.572 | 0 | 10,59 |
| TOTAL DOS CUSTOS (1+2) | 568.653 | 522.202 | 515.455 | 4 | 100,00 |

| UNIDADE DE OBRA | ESTATÍSTICA | | | CUSTOS | |
|---|------------------|------------------|------------------|-------------|---------------|
| | 2010 | 2011 | 2012 | UNITÁRIO | |
| N.º Doentes Operados | 0 | 1.993 | 1.927 | | |
| Intervenção nº de doentes operados | 1.802 | 1.977 | 2.077 | 1730 | |
| (Em Euros) | | | | | |
| Designação | 2010 | 2011 | 2012 | C.Unit. | Perc. |
| Produtos Farmacêuticos | 124.507 | 111.048 | 95.662 | 46 | 2,66 |
| Material de Consumo Clínico | 2.141.792 | 1.847.088 | 1.755.177 | 845 | 48,84 |
| Total Consumos | 2.372.301 | 2.041.522 | 1.935.976 | 932 | 53,87 |
| Subcontratos | 0 | 0 | 0 | 0 | 0,00 |
| Fornecimentos e Serviços | 120.131 | 105.980 | 115.513 | 56 | 3,21 |
| Ord.Sal. - Pessoal Médico | 162.573 | 147.483 | 157.790 | 76 | 4,39 |
| Ord.Sal. - Pessoal de Enfermagem | 200.145 | 178.961 | 164.816 | 79 | 4,59 |
| Ord.Sal. - Pessoal Operário e Auxiliar | 39.009 | 31.093 | 28.870 | 14 | 0,80 |
| Total Ordenados e Salários | 401.727 | 359.364 | 353.359 | 170 | 9,83 |
| Horas Extraordinárias | 14.816 | 13.227 | 12.037 | 6 | 0,33 |
| Noites e Suplementos | 22.503 | 0 | 0 | 0 | 0,00 |
| Prevenções | 0 | 0 | 0 | 0 | 0,00 |
| Total Outras Desp. C/Pessoal ... | 510.879 | 580.135 | 422.157 | 203 | 11,75 |
| Total Outras Despesas | 66.486 | 46.975 | 41.380 | 20 | 1,15 |
| AL DOS CUSTOS DIRECTOS (1) | 3.471.523 | 3.133.976 | 2.868.385 | 1381 | 79,82 |
| Anatomia Patológica | 0 | 0 | 0 | 0 | 0,00 |
| Patologia Clínica | 0 | 0 | 0 | 0 | 0,00 |
| Imagiologia | 424 | 1.253 | 1.739 | 1 | 0,05 |
| Medicina Física e de Reabilitação | 0 | 0 | 0 | 0 | 0,00 |
| Imunohemoterapia | 0 | 0 | 0 | 0 | 0,00 |
| Anestesiologia | 400.192 | 539.654 | 424.670 | 204 | 11,82 |
| Bloco Operatório | 0 | 0 | 0 | 0 | 0,00 |
| Medicina Nuclear | 0 | 0 | 0 | 0 | 0,00 |
| Técnicas Cardiológicas | 0 | 0 | 0 | 0 | 0,00 |
| Total Sec. Auxil. de Apoio Clínico | 530.389 | 632.710 | 464.982 | 224 | 12,94 |
| Serviço de Alimentação e Dietética | 0 | 0 | 0 | 0 | 0,00 |
| Tot. Sec. Auxil. de Apoio Geral | 44.560 | 50.356 | 50.831 | 24 | 1,41 |
| Total Secções Administrativas | 256.917 | 221.975 | 209.464 | 101 | 5,83 |
| L DOS CUSTOS INDIRECTOS(2) | 831.867 | 905.042 | 725.277 | 349 | 20,18 |
| TOTAL DOS CUSTOS (1+2) | 4.303.390 | 4.039.018 | 3.593.662 | 1730 | 100,00 |

| UNIDADE DE OBRA | 0 | | | CUSTOS | |
|---|----------------|----------------|----------------|----------|--------|
| | 2010 | 2011 | 2012 | UNITÁRIO | |
| Nº de intervenções??? | | | | | |
| Intervenção | 20.705 | 17.864 | 3.809 | 35 | |
| | (Em Euros) | | | | |
| Designação | 2010 | 2011 | 2012 | C.Unit. | Perc. |
| Produtos Farmacêuticos | 758 | 892 | 186 | 0 | 0,14 |
| Material de Consumo Clínico | 3.252 | 4.027 | 584 | 0 | 0,43 |
| Total Consumos | 4.226 | 5.214 | 853 | 0 | 0,63 |
| Subcontratos | 0 | 0 | 0 | 0 | 0,00 |
| Fornecimentos e Serviços | 0 | 0 | 0 | 0 | 0,00 |
| Ord.Sal. - Pessoal Médico | 8.004 | 6.949 | 7.099 | 2 | 5,26 |
| Ord.Sal. - Pessoal de Enfermagem | 0 | 0 | 0 | 0 | 0,00 |
| Ord.Sal. - Pessoal Operário e Auxiliar | 12.147 | 7.789 | 2.999 | 1 | 2,22 |
| Total Ordenados e Salários | 102.935 | 95.332 | 88.835 | 23 | 65,79 |
| Horas Extraordinárias | 25 | 0 | 0 | 0 | 0,00 |
| Noites e Suplementos | 293 | 201 | 161 | 0 | 0,12 |
| Prevenções | 0 | 0 | 0 | 0 | 0,00 |
| Total Outras Desp. C/Pessoal ... | 49.149 | 39.493 | 26.955 | 7 | 19,96 |
| Total Outras Despesas | 205 | 343 | 462 | 0 | 0,34 |
| AL DOS CUSTOS DIRECTOS (1) | 156.517 | 140.382 | 117.106 | 31 | 86,73 |
| Anatomia Patológica | 0 | 0 | 0 | 0 | 0,00 |
| Patologia Clínica | 0 | 0 | 0 | 0 | 0,00 |
| Imagiologia | 0 | 0 | 0 | 0 | 0,00 |
| Medicina Física e de Reabilitação | 0 | 0 | 0 | 0 | 0,00 |
| Imunohemoterapia | 0 | 0 | 0 | 0 | 0,00 |
| Anestesiologia | 0 | 0 | 0 | 0 | 0,00 |
| Bloco Operatório | 0 | 0 | 0 | 0 | 0,00 |
| Medicina Nuclear | 0 | 0 | 0 | 0 | 0,00 |
| Técnicas Cardiológicas | 0 | 0 | 0 | 0 | 0,00 |
| Total Sec. Auxil. de Apoio Clínico | 20 | 31 | 5 | 0 | 0,00 |
| Serviço de Alimentação e Dietética | 0 | 0 | 0 | 0 | 0,00 |
| Tot. Sec. Auxil. de Apoio Geral | 7.612 | 5.749 | 9.362 | 2 | 6,93 |
| Total Secções Administrativas | 11.583 | 9.943 | 8.552 | 2 | 6,33 |
| L DOS CUSTOS INDIRECTOS(2) | 19.216 | 15.723 | 17.919 | 5 | 13,27 |
| TOTAL DOS CUSTOS (1+2) | 175.732 | 156.104 | 135.025 | 35 | 100,00 |