



ACADEMIA MILITAR

Direcção de Ensino

Curso de Administração Militar

TRABALHO de INVESTIGAÇÃO APLICADA

SISTEMA DE CUSTEIO POR DOENTE NOS HOSPITAIS MILITARES: DESENVOLVIMENTO DE UMA METODOLOGIA

AUTOR: Aspirante ADMIL Ismael Filipe Gonçalves dos Santos

ORIENTADOR: Tenente-Coronel ADMIL (Mestre) Fernando J. E. Fialho Barnabé

CO-ORIENTADORA: Mestre em Gestão das Organizações de Saúde pelo ISCTE

Enfª Isabel Lameiras

Amadora, Agosto de 2010



ACADEMIA MILITAR

Direcção de Ensino

Curso de Administração Militar

TRABALHO de INVESTIGAÇÃO APLICADA

SISTEMA DE CUSTEIO POR DOENTE NOS HOSPITAIS MILITARES: DESENVOLVIMENTO DE UMA METODOLOGIA

AUTOR: Aspirante ADMIL Ismael Filipe Gonçalves dos Santos

ORIENTADOR: Tenente-Coronel ADMIL (Mestre) Fernando J. E. Fialho Barnabé

**CO-ORIENTADORA: Mestre em Gestão das Organizações de Saúde pelo ISCTE
Enf^a Isabel Lameiras**

Amadora, Agosto de 2010

À minha Família, Namorada e Amigos
pela força de vontade e por
acreditarem em mim.

“Sistema de Custeio por Doente nos Hospitais Militares: Desenvolvimento de uma Metodologia”

AGRADECIMENTOS

Esta é a parte delicada, que requer especial atenção para que ninguém seja esquecido, pois toda a ajuda foi fundamental para que o investigador concluísse esta importante etapa da sua vida. Tendo consciência deste facto, ficam registados alguns agradecimentos que parecem indispensáveis.

Em primeiro lugar queria agradecer ao Exmº Sr. Major - General Almeida Duarte, Director do Hospital Militar Principal, por ter disponibilizado as instalações desta unidade do Exército importantes para a execução do trabalho e pela disponibilidade demonstrada.

Ao TCOR ADMIL Fernando Barnabé, que na qualidade de orientador revelou ser um elemento fundamental na resolução de todas as dificuldades sentidas, empenhando-se pessoalmente na resolução das mesmas, pela sua inteira disponibilidade durante a execução do trabalho.

À Enfermeira chefe Isabel Lameiras, que na qualidade de co-orientadora revelou ser a base de toda a força de trabalho e pela disponibilidade demonstrada no esclarecimento das dúvidas suscitadas ao longo da investigação e à atenção que sempre demonstrou.

Ao Exmº Sr. Dr. Manuel Pontes Dias Neves, Director de Planeamento e Controlo de Gestão do Hospital Fernando Fonseca, pelo tempo disponível para responder às solicitações do aluno, e por todos os esclarecimentos dados ao mesmo.

Ao Exmº Sr. Dr. Nuno Luís Gonçalves Cardoso - Director de Planeamento e Controlo de Gestão do CUF Infante Santo pelos esclarecimentos fornecidos e acima de tudo pela simpatia e vontade de esclarecer tudo aquilo que lhe foi solicitado.

Ao TCOR ADMIL Albino Lameiras, pelo espírito crítico que sempre acompanhou e que ajudou imenso na realização investigação.

À CAP ADMIL Santos por toda a atenção, disponibilidade e orientações dadas que sempre demonstrou.

Ao TEN ADMIL André Carvalho, pelo conhecimento e vontade de o transmitir, pela predisposição que sempre demonstrou e pelo apoio permanente que dia após dia ofereceu, muitas vezes com prejuízo para o próprio, e onde a resolução das duvidas suscitadas foram cruciais no desenvolvimento deste trabalho de investigação.

A todos, Muito Obrigado.

“Sistema de Custeio por Doente nos Hospitais Militares: Desenvolvimento de uma Metodologia”

ÍNDICE GERAL

AGRADECIMENTOS.....	II
ÍNDICE GERAL	III
ÍNDICE DE FIGURAS.....	IV
ÍNDICE DE TABELAS.....	V
ÍNDICE DE GRÁFICOS.....	VI
LISTA DE ABREVIATURAS	VII
LISTA DE SIGLAS.....	IX
RESUMO.....	XI
ABSTRACT	XII
CAPÍTULO I.....	1
INTRODUÇÃO.....	1
1.1 ENQUADRAMENTO E JUSTIFICAÇÃO DO TEMA.....	1
1.2 QUESTÃO CENTRAL e QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO.....	3
1.3 OBJECTIVOS ESPECÍFICOS E HIPÓTESES DE INVESTIGAÇÃO	4
1.4 DELIMITAÇÃO DA PESQUISA.....	5
1.5 ESTRUTURA DO TRABALHO DE INVESTIGAÇÃO	6
PARTE A	7
MATERIAL E MÉTODOS/ REVISÃO DE LITERATURA	7
CAPITULO II.....	7
2 MATERIAL E MÉTODOS.....	7
2.1 TIPO DE ESTUDO.....	7
2.2 ENTIDADE ALVO DO ESTUDO DE CASO	8
<i>“Sistema de Custeio por Doente nos Hospitais Militares: Desenvolvimento de uma Metodologia”</i>	

2.3. MÉTODOS DE RECOLHA DE DADOS	9
CAPITULO III.....	13
3-REVISÃO DE LITERATURA	13
3.1 O SISTEMA DE SAÚDE MILITAR (SSM) E OS HOSPITAIS MILITARES	13
3.2 HOSPITAL MILITAR PRINCIPAL ENQUADRAMENTO E ORGANOGRAMA.....	13
3.3 COLABORADORES.....	15
3.4 ACTIVIDADE ASSISTENCIAL	15
3.5 RECURSOS FINANCEIROS	15
4 ECONOMIA NA SAÚDE.....	16
4.1 DESPESA EM SAÚDE	17
5. CONTABILIDADE DE CUSTOS.....	18
5.1 DEFINIÇÃO	18
5.2. OBJECTIVOS DA CONTABILIDADE DE CUSTOS	18
6 SISTEMAS DE CUSTEIO- FUNDAMENTAÇÃO TEORICA	19
6.1 MÉTODO DIRECTO	20
6.2 MÉTODO DAS SECÇÕES	21
6.4 MÉTODO Activity Based Costing (ABC)	22
PARTE B	24
CAPITULO IV	24
RESULTADOS	24
7 ANALISE DOS QUESTIONARIOS	24
7.1 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA.....	24
7.2 AVALIAÇÃO DA INFORMAÇÃO FINANCEIRA	26
<i>“Sistema de Custeio por Doente nos Hospitais Militares: Desenvolvimento de uma Metodologia”</i>	

7.3 ANÁLISE DAS ENTREVISTAS.....	31
7.4 RESULTADOS OBTIDOS ATRAVÉS DA IMPUTAÇÃO DE CUSTOS POR DOENTE E COMPARAÇÃO COM OS RESULTADOS OBTIDOS POR GDH.	33
CAPITULO V	35
CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES	35
8 SÍNTESE CONCLUSIVAS	35
9 VERIFICAÇÃO DAS HIPÓTESES	37
10 CONCLUSÕES FINAIS.....	40
11 PROPOSTAS E RECOMENDAÇÕES.....	41
BIBLIOGRAFIA.....	43
A – LIVROS.....	43
B- TESES E DISSERTAÇÕES.....	45
C- REVISTAS E ARTIGOS	45
D- LEGISLAÇÃO.....	46
E- SITES DE INTERNET.....	46
GLOSSÁRIO	48

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 Organograma do HMP	14
-----------------------------------	----

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 Actividade assistencial no HMP	15
Tabela 2 Comparação de custos entre dois métodos de custeio: directo por doente e por GDH.	34
Tabela 3 Quadro de Validação	40

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 Desempenho de funções na Área da Gestão e Administração Hospitalar.	25
Gráfico 2 Elementos que já desempenharam funções directamente ligada ao apuramento de custos.	26
Gráfico 3 Métodos de apuramento de custos em diferentes unidades hospitalares.	27
Gráfico 4 Nível de compreensão da informação do GDH para os utilizadores.	28
Gráfico 5 Áreas que necessitam de um controlo mais eficiente.	29
Gráfico 6 Correlação entre áreas críticas que necessitam de um controlo mais rigoroso e os diferentes tipos de unidades hospitalares.	29
Gráfico 7 Atribuição do consumo de recursos.	30
Gráfico 8 Correlação entre forma de atribuição dos recursos e tipologia de unidade hospitalar.	30
Gráfico 9 Atribuição de consumo de recursos.	31

“Sistema de Custeio por Doente nos Hospitais Militares: Desenvolvimento de uma Metodologia”

LISTA DE ABREVIATURAS

Adm.	Administrativos
Aux.	Auxiliares
Amp.	Ampola
Artº	Artigo
Caps.	Cápsulas
Comp.	Comprimido
Cx.	Caixa
Exmo.	Excelentíssimo
H.	Horas
Inj.	Injectável
Lab.	Laboratório
N.º	Número
Pág.	Página
Stº	Santo
Tec. Sup.	Técnico Superior
U.	Unidades

LISTA DE SIGLAS

ABC	Activity Based Costing
ACSS	Administração Central do Sistema de Saúde
ADMIL	Administração Militar
CAP	Capitão
CEME	Chefe do Estado Maior do Exército
CEMGFA	Chefe de Estado Maior General das Forças Armadas
CS	Centro de Saúde
CUDI	Custos Unitários por Diária de Internamento
CUF	Companhia União Fabril
DCCR	Despesas Com Compensação de Receita
DEC	Dezembro
DGPRM	Direcção Geral de Pessoal e Recrutamento Militar
DGR	<i>Diagnosis related group</i>
ENSP	Escola Nacional de Saúde Pública
EPE	Empresa Pública do Estado
ERS	Entidade Reguladora da Saúde
EUA	Estados Unidos da América
FA	Forças Armadas
GDH	Grupo de Diagnóstico Homogéneo
HM	Hospital Militar
HMP	Hospital Militar Principal

“Sistema de Custeio por Doente nos Hospitais Militares: Desenvolvimento de uma Metodologia”

H1	Hipótese um
H2	Hipótese dois
H3	Hipótese três
IESM	Instituto de Estudo Superiores Militares
INEM	Instituto Nacional de Emergência Médica
IPO	Instituto Português de Oncologia
JAN	Janeiro
JUL	Julho
LEOC	Litotricia Extra Corporal por Ondas de Choque
MCC	Material de Consumo Clínico
MCDT	Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica
MDN	Ministério da Defesa Nacional
OCAD	Órgão Central de Administração e Direcção
OCDE	Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico
OMDN	Orçamento do Ministério da Defesa Nacional
OPSS	Observatório Português dos Sistemas de Saúde
PCAH	Plano Oficial de Contabilidade Analítica do Ministério da Saúde
QC	Questão central
QI	Questão de investigação
QOP	Quadro Orgânico Pessoal
QP	Quadro Permanente
QMG	Quartel Mestre General

“Sistema de Custeio por Doente nos Hospitais Militares: Desenvolvimento de uma Metodologia”

RC	Regime de Contrato
RPSP	Revista Portuguesa de Saúde Pública
RV	Regime de Voluntariado
SecLog	Secção Logística
SGHCVP	Sociedade Gestora do Hospital da Cruz Vermelha Portuguesa
SNS	Serviço Nacional de Saúde
SSM	Serviço de Saúde Militar
TEN	Tenente
TCOR	Tenente Coronel
TGEN	Tenente General
TIA	Trabalho de Investigação Aplicada
TDT	Técnico de Diagnóstico e Terapêutica
UCI	Unidade de Cuidados Intensivos
UTI	Unidade de Tratamento Intensivos.

RESUMO

A conjuntura internacional é confrontada todos os dias com a escassez de recursos materiais, financeiros e humanos e a pertinência de os bem utilizar.

O Sistema de Saúde Militar ao longo dos últimos anos tem sido alvo de diversos estudos no sentido de se procurar uma maior eficiência e eficácia mantendo uma elevada qualidade na actividade desenvolvida. Deste modo desenvolver nas organizações que prestam este tipo de serviços um sistema de custeio que consiga apurar os custos por doente individualmente tendo em conta a heterogeneidade de patologias é sem dúvida um desafio aliciante.

A gestão da produção hospitalar aplicada nos hospitais militares do Exército não coincide com os modelos de gestão empresariais habituais, não permitindo a obtenção de um custo por unidade de produção, no caso deste estudo, por doente tratado. Assim procurou-se desenvolver um sistema de custeio que permita obter o valor desejado nestas unidades de prestação de cuidados de saúde. Para isso recorreu-se a um estudo qualitativo e quantitativo de carácter exploratório no sentido de perceber como os congéneres civis procedem ao apuramento de custos, e se com isso conseguem rentabilizar a prestação de serviços à comunidade.

A implementação de um sistema de custeio directo por doente nas unidades de saúde do Exército não só trás uma mais valia para estas organizações como também para o Exército enquanto instituição, aproveitando as capacidades de um sistema com uma maior capacidade de actuação para apurar custos recorrendo a técnicas de micro-custeio reduzindo desta forma erros ou distorções que se possam verificar.

Palavras – Chave: Sistema de custeio directo por doente, Sistema Saúde Militar, Exército.

ABSTRACT

The international conjunction is confronted every day with the lack of material, financial and human resources and the importance of using it well.

The Military Healthcare System during the last years as been part of in several studies in the way to find a better efficiency keeping a high quality in the developed activity. So, develop in the organizations that provide those kind of services a system of costs that is able to get the cost of every patient individually having in mind the diversity of diseases it is without doubt an exciting challenge.

The management of the hospital production applied in the military hospitals of the Army doesn't match with the usual business management models, not allowing to obtain a cost for unity of production, in the case of this study, for treated patient. Therefore it was tried to develop a system of costs that allow getting the desired value in this unities of healthcare. Towards that it was made a qualitative and quantitative exploratory study in the way to understand how the civilian partners make the achievement of costs, and if with that they are able to rent the services to the community.

The implementation of a direct system of costs in the health unities of the Army not also brings benefits to this organizations as also to the Army as an institution taking advantage of the capacities of a system with a larger capacity of performance to get the costs using techniques of micro-costs reducing, this way, errors or distortions that might come to see.

Keys-words: System of direct cost for patient, Military Healthcare System, Army.

CAPÍTULO I

INTRODUÇÃO

*“A adversidade desperta em nós
capacidades que, em circunstâncias favoráveis,
teriam ficado adormecidas.”*

Horácio

1.1 ENQUADRAMENTO E JUSTIFICAÇÃO DO TEMA

“Servir Portugal no Exército não foi no passado, não é hoje, nem será no futuro, um caminho fácil. Percorrem esse caminho difícil os militares que hoje prestam serviço nas fileiras do Exército e percorreram-no, no passado os militares na Reserva e na Reforma, os Deficientes das Forças Armadas, os ex – combatentes e todos aqueles que viveram obrigações militares. Em todos eles o Exército orgulhosamente se revê”¹.

Neste contexto a Saúde e particularmente a saúde militar, é vista como um elemento essencial ao desenvolvimento do potencial de combate da Força e por conseguinte um aspecto cada vez mais preponderante no decurso das operações militares. Como militares, e neste caso particular, como futuros comandantes, deve-se ter em linha de conta que a saúde é um bem sem preço, um elemento essencial à condição humana dos nossos militares e dos seus familiares. Por outras palavras, a Saúde é *“um Serviço que é essencial para manter o moral, a coesão e a identidade da condição militar. E isso implica princípios, valores, qualidade, rigor, saber profissional e transparência”²* e que procura não só a promoção e manutenção da saúde física e mental dos efectivos militares, como também a sua protecção dos riscos resultantes de factores adversos para a saúde, e ainda, a sua adaptação ao ambiente físico e psicológico característico do meio militar.

Contudo a conjuntura internacional que não é favorável, e sujeita os sistemas de saúde a fazerem esforços no sentido de melhorar o apuramento dos seus custos que tendencialmente aumentam ano após ano. Este aumento dos custos hospitalares, advém do desenvolvimento de técnicas e instrumentos de apoio ao conhecimento profundo e preciso das estruturas organizacionais e dos recursos consumidos pelas instituições hospitalares.

¹ Mensagem do Exmo. Senhor General CEME Valença Pinto – 2006.

² Doutor Alberto Rodrigues Coelho – Director – Geral de Pessoal e Recrutamento Militar do Ministério da Defesa Nacional in Revista Militar Nº8/9 2006 pp. 785-790.

“Sistema de Custeio por Doente nos Hospitais Militares: Desenvolvimento de uma Metodologia”

Então que factores contribuíram para este aumento dos custos? Fazendo uma análise segundo vários autores, constata-se que o desenvolvimento tecnológico, o aumento de prevalência de doenças crónicas, o crescimento de consumo de medicamentos e o aumento da esperança média de vida das populações poderão ser factores extrínsecos associados ao aumento deste tipo de custos (Shortell e Kaluzny 2006). Se existem factores extrínsecos, também não se poderá esquecer que esta questão apresenta factores intrínsecos tais como a sua elevada complexidade, ser multifactorial e a existência de uma dupla linha de autoridade (técnica e hierárquica) que conduzem a uma preocupação acrescida com as dimensões de eficiência e efectividade dos serviços prestados. Todo este conjunto de diferentes factores tem merecido ao longo dos anos uma atenção crescente por parte das entidades responsáveis pela governação do sistema de saúde. (Sanchez, 2006).

Perante o exposto e sendo o hospital uma organização este também necessita de identificar, medir e caracterizar a sua produção, daí que se considere que o conhecimento da produção de um hospital seja de extrema importância para os seus gestores, sobretudo porque permitem ter conhecimento do que se produz, como se produz e quem produz. As definições que abordam a produção hospitalar são variadas.

Segundo (Costa e Lopes, 2004, p. 1) a produção hospitalar caracteriza-se pelo *“carácter multi- produto da sua actividade decorrente de uma enorme diversidade nos diagnósticos/doenças que podem ser tratados no hospital bem como, do grau de evolução da doença que existe no momento de admissão”*. Esta afirmação evidencia a pluralidade da actividade que uma unidade deste tipo de serviços comporta, assim como a dificuldade que surge em definir o Hospital como organização e o obstáculo que ainda é nos dias que correm o apuramento de custos associado á produtividade hospitalar (como por exemplo: doente tratado ou o número de cirurgias executadas).

Atendendo ao que anteriormente foi descrito apurar concretamente os custos e não obter um valor médio é um longo caminho para as unidades prestadoras de cuidados de saúde militares, contudo *“é um pressuposto fundamental para o processo de decisão, operacional e estratégico. Isto porque embora estas organizações não estejam orientadas para o lucro, a renovação dos seus ciclos de exploração e investimento dependem de um equilíbrio económico e financeiro sustentado”* (RPSP, nº7, Lisboa, ENSP, 2008, p. 132).

Assim sendo, quanto maior for o nível de desagregação da informação, mais claro se torna o processo decisional para os gestores, isto é, o risco associado à tomada de decisão é o menor possível. Mediante a disponibilização de informação relativa aos custos (que é fundamental para a gestão das organizações), também a definição de uma metodologia adequada para a sua obtenção é particularmente importante, pois dela depende o grau de exactidão dessa informação que influencia os resultados obtidos e consequentemente as decisões a tomar pelos responsáveis como já foi referido.

“Sistema de Custeio por Doente nos Hospitais Militares: Desenvolvimento de uma Metodologia”

Perante os diferentes níveis de desagregação da informação passíveis de serem obtidos ao nível do internamento hospitalar, parece não existirem dúvidas que o nível desejado de detalhe é o custo por doente, entendendo-se este conceito como o somatório de todos os custos resultantes do processo de produção de serviços de saúde efectuados a determinado doente ao longo do seu episódio de internamento (Phelan *et al.*, 1998; Vertrees, 1998a). É sabida a dificuldade de obtenção deste tipo de desagregação informacional pois este acarreta elevados custos de manutenção, o que leva a explicar a não generalização da sua implementação em diversos países, entre os quais se encontra Portugal (Urbano, Bentes e Vertrees, 1993).

Torna-se desta forma claro para a generalidade que a obtenção de custos unitários por doente abre um campo de investigação, uma vez que fornece um conjunto de informação capaz de permitir tomar melhores decisões ao nível da gestão de organizações de prestação de cuidados de saúde militar. Determinar os custos por patologia no internamento hospitalar, aferir a capacidade de criação de valor (resultados obtidos vs custos observados), ou ainda determinar o risco financeiro por doente (custos vs proveitos) são realidades que necessitam de ser estudadas nestas unidades de prestação de cuidados de saúde militar, que prestam estes serviços tão essenciais para a sobrevivência humana – a doença e o seu tratamento. Para além disso é incontornável a discussão de que são necessárias medidas que permitam ajustar os custos obtidos pela intensidade de consumo de recursos no internamento hospitalar.

1.2 QUESTÃO CENTRAL e QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO

O presente Trabalho de Investigação Aplicado (TIA) cujo tema é o “**Sistema de custeio por doente nos Hospitais Militares – Desenvolvimento de uma metodologia**” procura esclarecer qual é realmente o custo que representa um determinado doente, num determinado serviço no HMP, e com essa determinação, saber se efectivamente o método de facturação utilizado confere uma maior rentabilidade ou por contrário a aplicação de outro sistema, comumente utilizado pelos hospitais englobados no estudo, permite para os casos analisados índices de rentabilidade mais elevados e uma determinação fidedigna dos custos que envolvem cada utente. Não esquecendo o pressuposto de que a saúde é um bem sem preço.

Em sintonia com o que tem sido escrito até ao momento, é importante referir que “(...) o investigador deve obrigar-se a escolher rapidamente um primeiro fio condutor tão claro quanto possível de forma que o seu trabalho possa iniciar-se sem demora estruturar-se com coerência.(...)Este ponto de partida é apenas provisório, como um acampamento – base

que os alpinistas constroem para prepararem a escalada ”(Quivy e Campenhoudt,2008, p. 31-32).

Com este trabalho de investigação procurou-se aferir junto dos gestores e administradores de organizações que prestam cuidados de saúde acerca do sistema de custeio que consideram mais adequado, procurando-se de seguida aplicar este método a um conjunto definido de doentes e verificar qual o impacto na rentabilidade e informação na determinação dos custos.

Pelo que se considera pertinente a formulação da seguinte Questão Central (QC):

Poderão ser obtidos benefícios financeiros no Sistema de Saúde Militar decorrentes da utilização de um sistema de custeio em linha com os utilizados nos hospitais civis?

Apresentada a questão central, seguem-se as Questões de Investigação (QI) que contribuem para uma melhor fundamentação do presente Trabalho de Investigação Aplicada:

1. De entre os modelos de custeio hospitalares disponíveis, será o modelo de custeio directo por doente o mais adequado para o Hospital Militar Principal (HMP)?
2. Existe a possibilidade de implementar no Hospital Militar Principal, os processos necessários ao apuramento dos custos por unidade de produção (custos ligados directamente ao doente tratado)?
3. Poderá o Hospital Militar Principal aumentar a eficiência com a prestação de cuidados de saúde aos seus utentes com a adopção de um sistema de custeio directo por doente?

1.3 OBJECTIVOS ESPECÍFICOS E HIPÓTESES DE INVESTIGAÇÃO

Além da questão central e das questões derivadas já enumeradas, este trabalho de investigação propõe-se a atingir objectivos específicos que se procuram que sejam alcançados. Assim sendo, assumem-se estes como os objectivos específicos deste trabalho de investigação:

1. Verificar se na opinião dos responsáveis pela estrutura administrativa das entidades inquiridas, a contabilidade hospitalar que está organizada pelos Grupos de Diagnósticos Homogéneos (GDH's) é uma boa ferramenta para o apuramento de custos e por consequência de apoio á decisão.

- 2 Verificar se a metodologia de apuramento dos custos directo por unidade de produção, (doente tratado) preconizada, é passível de ser implementada nos Hospitais Militares do Exército, utilizando como unidade piloto o HMP.
- 3 Verificar se a informação obtida com a metodologia de custo directo por doente é relevante para a tomada de decisão e identificar as vantagens dessa informação.

O que se pretende com os objectivos deste trabalho de investigação é saber realmente se aplicação de uma nova metodologia de custeio no HMP vai trazer vantagens no que diz respeito à rentabilidade de cuidados prestados e informação disponível, isto é, se a instituição ficará a ganhar, ou não, com essa implementação. Para isso será necessário abordar a questão por doente, utilizando uma metodologia de custeio directo por doente. Isto porque a Gestão da produção hospitalar actualmente não coincide com os modelos de gestão empresariais habituais, não permitindo a obtenção de um custo por unidade de produção, ou seja, por doente tratado.

Contudo, deve-se ter em linha de conta que a realidade hospitalar do HMP não é a obtenção de lucro, mas sim a prestação de um serviço essencial à condição humana.

Muito importante ainda referir que em virtude das contingências orçamentais, as unidades de saúde, e neste caso particular o HMP estão cada vez mais dependentes das dotações em Despesas Com Compensação das Receitas (DCCR) e por conseguinte dependentes da receita que conseguem arrecadar.

A Formulação de Hipóteses *“provêm seja da observação de fenómenos na realidade, seja da teoria ou de trabalhos empíricos”* (Fortin, 1996, p. 102). As Hipóteses (H) formuladas são as seguintes:

- H1- O sistema de custeio implementado no HMP, sabendo que já existem metodologias mais rigorosas, é uma boa ferramenta para a tomada de decisão.
- H2- A implementação do sistema de custeio directo por doente leva à poupança de recursos financeiros, contribuindo para uma gestão eficaz.
- H3- O método de custeio directo por doente disponibiliza a informação financeira mais credível e rápida.

1.4 DELIMITAÇÃO DA PESQUISA

Inicialmente, numa fase exploratória, o pretendido era apurar respostas de foro qualitativo e quantitativo acerca do método de apuramento de custos hospitalares. A população seleccionada foram todas as unidades de prestação de cuidados de saúde de todo Portugal Continental. Usando entrevistas e inquéritos pretendia-se obter informação credível que

“Sistema de Custeio por Doente nos Hospitais Militares: Desenvolvimento de uma Metodologia”

servisse de alavanca para a implementação de uma metodologia de custeio mais adequado para a organização em estudo. O tempo revelou ser muito limitativo, e muitas das unidades de saúde que foram solicitadas por via e-mail para responder ao questionário não corresponderam, o que se reflectiu no tratamento dos dados.

Outra limitação inerente neste estudo foi o facto de a codificação por GDH feita no HMP ainda ser referente ao mês de Maio, o que fez com que a Amostra 2 escolhida **(Doentes do Piso 8 – Cirurgia de Oficiais)** assistidos entre 5JUL10 e 16JUL10 era inicialmente constituída por 29 elementos do sexo masculino, passou para 9 elementos igualmente do sexo, isto porque estes 9 elementos eram aqueles que tinham os seus processos prontos para codificação. Este facto revelou também ser bastante limitativo, embora a imputação de custos tenha sido pelos 29 doentes assistidos no período de tempo referido.

1.5 ESTRUTURA DO TRABALHO DE INVESTIGAÇÃO

Este trabalho de investigação divide-se em Introdução e duas partes principais - a parte A e parte B.

Na introdução é feito um enquadramento ao tema apresentado. Apresenta-se a questão central e as questões de investigação, tal como os objectivos específicos e as hipóteses.

A primeira parte, a parte A, é constituída por 2 capítulos (II e III) onde se faz alusão a todo o referencial teórico que serve de base para a segunda, (parte B) que é igualmente formulada por 2 capítulos (IV e V) onde é desenvolvida o trabalho de cariz prático.

No capítulo II - Material e Métodos, caracteriza-se o tipo de estudo que é desenvolvido neste trabalho de investigação, caracterizando-se também os métodos de recolha de dados utilizados e breves alusões a conceitos importantes tais como população e amostra.

No capítulo III - Revisão de Literatura, é enquadrada toda a informação necessária para uma fundamentação teórica que se coaduna com a implementação de um sistema de custeio por doente no HMP.

No capítulo IV apresentam-se os resultados obtidos através dos inquéritos e das entrevistas, como também os resultados do trabalho de campo feito pelo investigador.

No capítulo V são verificadas as hipóteses, apresentam-se as conclusões finais e por fim algumas propostas e recomendações para futuras investigações.

PARTE A

MATERIAL E MÉTODOS/ REVISÃO DE LITERATURA

*“As ideias e as estratégias são importantes,
mas o verdadeiro desafio é a sua execução”*

Percy Barneville, (2007)

CAPITULO II

2 MATERIAL E MÉTODOS

2.1 TIPO DE ESTUDO

De acordo com Quivy e Campenhoudt (1992), no campo da investigação científica os dispositivos orientados para a pesquisa variam com o tipo de investigação que se pretende concretizar, pelo que não existe uma metodologia consensual entre a comunidade científica. Segundo Marconi & Lakatos (2005), a metodologia consiste no desenho de um fio condutor que conduza a um caminho que permita atingir um determinado objectivo ou finalidade e que leve a compreender um conjunto de actividades sistemáticas e racionais.

No que diz respeito ao conhecimento que se pretende obter com este Trabalho de Investigação Aplicada, é importante referir que este se enquadra num **Estudo de Caso**. O estudo de caso trata-se de uma abordagem metodológica de investigação especialmente adaptada a explorar ou descrever contextos complexos. Uma vez que utiliza dados de investigação que são essencialmente qualitativos e quantitativos, tais como a observação directa ou sistemática, o questionário, a entrevista e dados documentais, os pontos de vista de vários autores neste tipo de estudo são fundamentais levando muitas das vezes a ilações divergentes.

De acordo com Goode & Hatt (1979, p. 422), esta pesquisa classifica-se, em parte, como **Estudo de Caso de natureza exploratória**, que *“(...) não é uma técnica específica. É um meio de organizar os dados sociais preservando o carácter unitário do objectivo social estudado.(...) é uma abordagem que considera qualquer unidade social como um todo. Quase sempre essa abordagem inclui o desenvolvimento dessa unidade (...)”*. Por sua vez, *“Sistema de Custeio por Doente nos Hospitais Militares: Desenvolvimento de uma Metodologia”*

Gil (1994, p.78): caracteriza este tipo de estudo como “(...) profundo e exaustivo de um ou de poucos objectos, de maneira a permitir conhecimento amplo e detalhado do mesmo (...)”. Para (Yin, 2001, p.30) “O Estudo de Caso conta com muitas das técnicas utilizadas pelas pesquisas históricas, mas acrescenta duas fontes de evidências que usualmente não são incluídas no repertório de um historiador: observação directa e série sistémica de entrevistas”. Já outros autores referem que o estudo de caso é um tipo de investigação que evita “(...)os relatórios enfadonhos, com excesso de detalhe totalmente dispensáveis, cujos resultados em nada surpreendem, pelo contrário, são totalmente conhecidos antes de serem apresentados pelos estudos” (Martins, 2006, p. 8).

Sendo assim, o estudo de caso foi usado no sentido de compreender melhor a realidade hospitalar no que diz respeito à gestão e administração de recursos. Yin citando Merriam (1998), refere que “ (...) um estudo de caso deve utilizar-se quando se pretende observar e descrever detalhada e profundamente um determinado fenómeno”.

Como se pode observar, as opiniões são diversas, contribuindo claramente para um enriquecimento deste estudo.

Apesar de os objectivos centrais se basearem na recolha de informação, a proposta de implementação de um sistema de custeio directo por doente nas unidades hospitalares do Exército, mais concretamente no HMP é uma realidade que ainda não foi equacionada e que pode ser uma mais valia para a organização em causa. Considera-se pertinente por isso abordar a questão do apuramento de custos hospitalares como uma “(...) investigação que se assume como particularística, isto é, que se debruça deliberadamente sobre uma situação específica que se supõe ser única ou especial, (...)procurando descobrir a que há nela de mais essencial e característico e, desse modo, contribuir para a compreensão global de um certo fenómeno de interesse” (Ponte, 2006, p. 2).

Por outro lado, também se optou por realizar uma abordagem quantitativa que orientou a efectivação e tratamento do inquérito por questionário, procurando determinar as diversas interpretações e perspectivas da população escolhida no que respeita ao apuramento de custos.

2.2 ENTIDADE ALVO DO ESTUDO DE CASO

Neste estudo de caso, a unidade escolhida para elaboração e desenvolvimento deste trabalho de investigação foi o Hospital Militar Principal (HMP), que serviu como plataforma organizacional essencial para o desenvolvimento deste trabalho de investigação. Este estudo começou por conhecer melhor a estrutura organizativa desta unidade de prestação de cuidados de saúde, como também, o grosso do corpo de trabalho. Após isso fez-se um

levantamento de informação que se considerou relevante para este TIA como vai à frente será descrito.

2.3. MÉTODOS DE RECOLHA DE DADOS

Entendendo este Trabalho de Investigação Aplicado, como um **Estudo de caso**, este comporta diversificadas formas de colecta de informação. Segundo Yin (1994) um estudo de caso é uma pesquisa que se baseia especialmente no trabalho de campo, podendo ser estudada uma pessoa, um programa ou uma instituição na sua realidade envolvente, utilizando para isso, entrevistas, observações, documentos, questionários e artefactos. Assim sendo, este **Estudo de Caso** aqui aplicado aplica as seguintes formas de recolha de informação: análise documental, observação directa que foi realizada pelo investigador, entrevistas estruturadas e inquéritos.

2.3.1 ANÁLISE DOCUMENTAL

A recolha de informação foi efectuada através de análise documental, utilizando diferentes fontes bibliográficas. Já que “*As fontes bibliográficas podem ser classificadas segundo três ordens: primária, secundária ou terciária*” (Fortin, 1996, p. 76). Neste trabalho foram utilizadas como referência as três ordens de fontes bibliográficas, através da análise de livros, revistas da especialidade, artigos de opinião, e Decretos Regulamentares e Portarias.

2.3.2 OBSERVAÇÃO DIRECTA

No que concerne à **Observação directa**, o autor do Trabalho de Investigação Aplicada estagiou na Secção Logística (SecLog) do HMP entre 02DEC09 até 22JAN10, e como tal, usufruiu do conhecimento dos participantes que aí se encontram a desempenhar funções, e recorreu-se da observação directa para auxiliar na realização deste trabalho.

Rudio (1986) afirma que observar é aplicar os sentidos a fim de obter uma determinada informação sobre algum aspecto da realidade.

Outros autores referem que observação envolve um conjunto de processos onde o modelo de análise é submetido ao teste dos factos e confrontado com a realidade dos dados. “*A observação é, portanto, uma etapa intermédia entre a construção dos conceitos e das hipóteses, por um lado, e o exame dos dados utilizados para as testar, por outro.*” (Quivy e Campenhoudt, 2008, p. 155). Posto isto, pode-se considerar este um bom método de recolha de dados.

2.3.3 ENTREVISTA

Outro recurso utilizado neste trabalho de investigação foi a **Entrevista**, uma vez que “A entrevista, é um modo particular de Comunicação verbal, que se estabelece entre o investigador e o participante com o objectivo de colher dados relativos às questões de investigação formuladas” (Fortin, 1996, p. 245). Existem três tipos de entrevistas, todas elas diferentes entre si. Podem variar desde totalmente informais ou de conversação até a entrevistas altamente estruturadas e fechadas (Yin 2004). As entrevistas utilizadas neste trabalho de investigação foram do tipo semi – estruturadas que foram conduzidas através de um guião³ que serviu como elemento essencial à resposta das mesmas. Foram elaboradas entrevistas individuais pois desta forma “(...) obtêm-se os dados, inquirindo apenas um indivíduo. Deve recolher-se a informação demográfica (nomeadamente o nome, o cargo, o género e as habilitações literárias) sobre o entrevistado, assim como o local, a data e a hora da entrevista” (Sarmiento, 2008, p. 18).

2.3.4 INQUÉRITOS por QUESTIONÁRIO

No sentido de explorar a realidade e a percepção dos indivíduos, além das entrevistas, foram utilizados os **Inquéritos** por questionários uma vez que este método de recolha de informação “Consiste em colocar a um conjunto de inquiridos, geralmente representativo de uma população, uma série de perguntas relativas à sua situação social, profissional (...) ou ainda sobre qualquer outro ponto que interesse os investigadores” (Quivy e Campenhoudt, 2008, p. 188). Foram efectuados inquéritos por questionários⁴ direccionados aos quadros orgânicos de unidade hospitalares de todo o país. Tal como as entrevistas, houve dificuldade de resposta por parte das unidades hospitalares que foram contactadas no sentido de responder ao solicitado, tendo por esse motivo adoptado outro tipo de estudo, mas mantiveram-se os inquéritos por questionário uma vez que embora não representassem uma amostra significativa, os dados fornecidos através dos mesmo era de extrema relevância para o estudo.

³ Anexo C – Guião utilizado nas entrevistas.

⁴ Anexo D – Modelo do Questionário utilizado.

“Sistema de Custeio por Doente nos Hospitais Militares: Desenvolvimento de uma Metodologia”

2.3.4.1 POPULAÇÃO

População poderá ser entendida como “ o conjunto de elementos constituintes de um todo...” (Quivy e Campenhoudt, 2008, p. 160)

Uma “população é uma colecção de elementos ou de sujeitos que partilham características comuns, definidas por um conjunto de critérios” (Fortin, 2000, p. 202). Neste sentido, e perante o estudo a que se propôs, a população que é considerada para o estudo denomina-se de População Alvo (Fortin 2000).

Sabendo que a população é o conjunto de elementos que partilham características comuns definidas por um conjunto de critérios, as populações escolhidas foram:

População 1- Hospitais do Sector Publico Administrativo (SPA) , Empresas Publicas do Estado (EPE), Privados e Militares da Zona Norte , Zona Centro, Lisboa e Vale do Tejo, Alentejo e Algarve , totalizando 72 unidades de prestação de cuidados de saúde.

A pertinência de escolha desta população tem a ver com o facto de haver a necessidade de apurar qual é o sistema de custeio mais utilizado pelos congéneres civis e também militares, perante as suas diferentes realidades no que diz respeito ao apuramento de custos.

Noutro campo da investigação e numa fase mais avançada desta pesquisa, houve a necessidade de estudar outra população. Esta população escolhida foi abordada com o intuito de estudar a realidade hospitalar do HMP, através da imputação dos custos aos doentes assistidos nesta instituição. Assim sendo, é considerada como segunda população deste estudo.

População 2 - Doentes assistidos no Hospital Militar Principal.

Escolheu-se esta segunda população numa fase de trabalho de campo realizado nas instalações do HMP, que serviu para conhecer melhor a realidade deste hospital e ao nível de enquadramento organizacional, e os tipos de doenças que se tratam nesta casa já no apuramento de custos por doente.

2.4.4.2 AMOSTRA

“Para conhecer o modo de funcionamento de uma empresa será necessário, na maior parte das vezes, interrogar os que dela fazem parte...” (Quivy e Campenhoudt, 2008, p.159)

Sabendo que a Amostra é um subconjunto de uma população ou de um grupo de indivíduos que pertencem à mesma população, esta deve ser representativa. Neste trabalho de investigação foram elaboradas duas Amostras distintas perante as diferentes fases do trabalho de investigação. O método utilizado para a determinação das duas Amostras foi o método de Amostragem Não Probabilística por Conveniência, pois a selecção da amostra teve por base um julgamento pessoal em função de um carácter típico, possibilitando um estudo mais equilibrado do tema.

“Sistema de Custeio por Doente nos Hospitais Militares: Desenvolvimento de uma Metodologia”

O tamanho desta primeira amostra revela não ser suficiente para efeitos de estudos, mas os dados que ela comporta revelam ser muito importantes pois a informação revela ser muito pertinente, assim sendo:

Amostra 1- Conselhos de Administração e Administrações das instituições hospitalares da região de Lisboa e Vale do Tejo. O factor delimitador, que levou à inclusão apenas dos hospitais situados na região descrita, foi o tempo disponível associado ao consumo de recursos inerente à inclusão de elementos como a dispersão geográfica acentuada. A escolha desta amostra deveu-se ao facto de ser exequível em virtude do tempo disponível e de se considerar que proporcionava uma imagem fiável e apropriada das políticas dos custeios hospitalares. Sem desprezo para os restantes constituintes dos Conselhos de administração e das Administrações hospitalares, houve uma particular atenção aos elementos que desempenham funções ligada directamente com a produção hospitalar, pois estes conseguiriam desenvolver e aprofundar o tema em análise, consoante a sua organização.

Perante a realidade do HMP e no que concerne ao apuramento de custos individualizados considerou-se a seguinte amostra:

Amostra 2- Doentes tratados no **Piso 8 - Cirurgia de Oficiais**, no período compreendido entre **05JUL10 E 16 JUL10**, totalizando **29 elementos**, todos do sexo masculino.

Nesta fase optou-se por estudar um serviço do hospital, sendo escolhido aleatoriamente, como referido anteriormente. Esta amostra apresenta uma grandeza considerável uma vez que os dados que revela são suficientemente grandes para retirar dados representativos.

Além disso, no âmbito da actividade desenvolvida nesta unidade de prestação de cuidados de saúde, o Piso 8- Cirurgia de Oficiais, é um piso onde actualmente se desenvolvia um processo de requisição de acordo com as necessidades do doente, a nível de medicamentos, Material de Consumo Clínico (MCC), e outras necessidades que a seguir irão ser apresentadas.

CAPITULO III

3-REVISÃO DE LITERATURA

3.1 O SISTEMA DE SAÚDE MILITAR (SSM) E OS HOSPITAIS MILITARES

O SSM, como já foi elucidado na introdução, procura apoiar todo o efectivo militar ao nível sanitário para que o potencial de combate esteja no seu mais elevado nível.

Embora a sua missão seja distinta dos seus congéneres civis, nomeadamente do Serviço Nacional de Saúde (SNS), os hospitais militares possuem atribuições que os tornam bastante semelhantes. É neste contexto que surge este trabalho de investigação com o objectivo particular de desenvolver nos hospitais militares do Exército em Portugal um método de apuramento de custos ligados directamente á grande razão da sua existência: o doente e o seu tratamento. A obtenção de custos unitários por doente abre um campo de investigação muito grande e por outro lado fornece um conjunto de informação capaz de permitir tomar melhores decisões ao nível da gestão dos hospitais militares do Exército.

O SSM é um conjunto de serviços que funcionam na dependência dos três ramos das FA's, com conceitos próprios vinculados a características comuns. Já se encontra em vigor a orientação política que anuncia a coordenação da Saúde Militar por um conselho, junto do Ministro da Defesa Nacional e a constituição de dois pólos hospitalares, um em Lisboa, outro no Porto, na dependência do CEMGFA, bem como a necessidade do aprofundamento e do desenvolvimento dos Serviços de Utilização Comuns, do ponto de vista qualitativo e quantitativo.

3.2 HOSPITAL MILITAR PRINCIPAL ENQUADRAMENTO E ORGANOGRAMA

O HMP está na dependência do OCAD⁵ – Comando da Logística e depende da Direcção de Saúde do Exército. A Direcção é assegurada por um **Major – General - Médico**.

“O HMP é uma organização hierarquizada, flexível, ágil e hábil, criativa e empreendedora, baseada na indispensável participação activa de quantos aqui servem, desde o padrão mais baixo da hierarquia ao mais alto, e impulsionado pela missão fixada superiormente, e respectivos objectivos explícitos e deduzidos.” (MGEM ESERALDO ALFARROBA, 2009, p. 23).

⁵ OCAD – Órgão Central de Administração e Direcção. No Exército são três – Comando da Logística, Comando de Pessoal e Comando de Instrução e Doutrina.

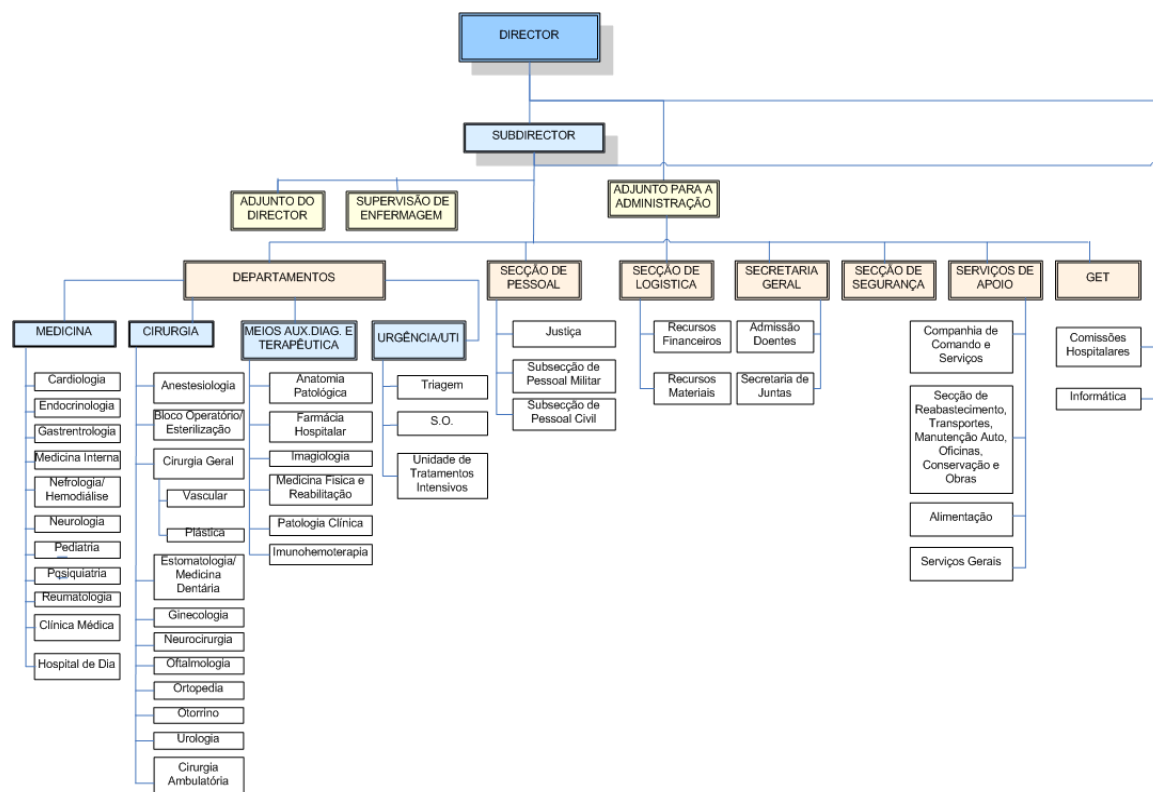


Figura 1 Organograma do HMP
Fonte: //intranet.default.aspx

Este é um organograma atípico para uma organização de saúde, extremamente hierarquizado característica das organizações militares. É antigo e desajustado relativamente ao modelo de funcionamento pretendido, encontrando-se em curso o respectivo processo de revisão, para apresentação à aprovação superior, com o objectivo de implementar uma estrutura organizativa funcional e adaptada às exigências do funcionamento das modernas estruturas hospitalares. Contudo, é importante lembrar que:

“A escala hierárquica, ou seja, a escala de níveis de comando de acordo com o grau de autoridade e responsabilidade correspondente é tipicamente um aspecto da organização militar utilizado em outras organizações. O conceito de hierarquia dentro do exército é provavelmente tão antigo quanto a própria guerra, pois a necessidade de um estado-maior sempre existiu neste ramo das forças armadas” (Mintzberg, 1995).

3.3 COLABORADORES

O HMP conta presentemente com 932 colaboradores, dos quais 550 integram a área clínica, e 365 a área administrativa e de apoio⁶:

3.4 ACTIVIDADE ASSISTENCIAL

O HMP dispõe de 171 camas.

	2010 (1º semestre)	2009
Internamentos	2.036	2.958
Cirurgias	1.376	2.815
Consultas externas	31.227	70.601
Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica (MCDT)	197.911	475.489

Tabela 1- Actividade assistencial no HMP
Fonte: Serviços Informáticos e Estatísticos, HMP, 2010

3.5 RECURSOS FINANCEIROS

Os Recursos financeiros do HMP dividem-se em Despesas Com Compensação de Receitas (DCCR), e fundos provenientes do Orçamento do Ministério da Defesa Nacional (OMDN). Em 2009, as DCCR ascenderam a 6.279.802,00€, e os fundos provenientes do OMDN 4.674.288,00€ segundo os dados disponibilizados pela Secção Logística.

⁶ Ver Apêndice B.

4 ECONOMIA NA SAÚDE

Nesta etapa do trabalho de investigação, é importante que se justifique a pertinência deste estudo com base no que tem sido explorado recentemente a nível dos congéneres civis e mesmo a nível ministerial além fronteiras.

A verdade é que o sector hospitalar tem sido o responsável pelo aumento dos custos no sector da saúde. Perante um contexto de orçamentos limitados para cobrir determinadas necessidades em saúde, têm sido encetadas reformas que de resto são comuns aos países ocidentais, de aumentar a transparência, a responsabilização e o desempenho dos sistemas de saúde (Ministério da Saúde, 2007; OPSS, 2009).

É natural portanto, que cada “(...) *sector de actividade argumente a sua diferença, e o sector da saúde não escapa a essa discussão. Como em muitas outras áreas de actividade, há aspectos da organização económica e princípios de análise que são gerais e partilhados com outras realidades. Existem porém, vários factores que tornam o sector da saúde único, em termos de problemas económicos*” (BARROS, 2005, p. 25).

Na verdade esses factores a que se denominam de “decisivos” e que fazem a distinção do sector da saúde com os restantes sectores da sociedade em contexto organizacional têm sido apontados como preponderantes dessa diferença. Os elementos diferenciadores são: a presença da incerteza, o papel das instituições sem fins – lucrativos e forte juízos éticos e que se encontram presentes também nos hospitais militares.

Desta forma, a presença da incerteza, é enunciado como factor persistente e que envolve o sector da saúde, manifesta-se quando há necessidade da prestação de cuidados de saúde e o custo que está associado à prestação desses mesmos cuidados de saúde. Na mesma linha de raciocínio, a incerteza quanto ao próprio estado de saúde do doente quando o tratamento é adequado, ou mesmo ainda quanto ao efeito do tratamento que foi submetido. Importa salientar que todos estes factores se encontram presentes nas CS/HM, uma vez que prestam cuidados de saúde, e claramente estão ligados a estes factores “decisivos”.

Por sua vez, Barros (2005) afirma na sua obra que temos de ter em conta a existência de instituições sem fins lucrativos. Afinal de contas, o que move uma organização sem fins lucrativos? Estas instituições fornecem cuidados de saúde melhor ou pior do que uma organização orientadas para o lucro? Quais os seus objectivos e são estes concordantes com o interesse geral da comunidade? O HMP como uma unidade de prestação de cuidados de saúde não orientada para o lucro, executando a sua missão consegue ter em linha de conta as questões expostas anteriormente?

Para se responder a estas questões, terá que se optar por uma análise económica adequada e capaz de associar o apuramento de custos hospitalares com a rentabilidade da prestação do serviço de saúde.

“Sistema de Custeio por Doente nos Hospitais Militares: Desenvolvimento de uma Metodologia”

Embora o HMP que não tenha fins lucrativos, tem outros objectivos que procuram alcançar. Uma análise económica é perfeitamente ajustável para outros propósitos, isto é, outra finalidade que não a obtenção do lucro. De facto algumas das entidades analisadas presentes no sector afirmam que não possuem como objectivo a obtenção de lucro, mas poderão ter um comportamento em tudo semelhante, desde que em certas actividades procurem obter excedentes para aplicação noutros fins, esta situação é perfeitamente aplicável no contexto do HMP.

“Compreender os objectivos sem fins lucrativos e perceber em que medida a diferença desses objectivos conduz a uma afectação de recursos distinta é um aspecto central do estudo das instituições sem fins lucrativos, e o seu papel no sector da saúde” (BARROS,2005,p. 26).

Por último, o juízo de valor é um factor preponderante quando se fala da prestação de cuidados médicos. Isto porque, quando se fala da prestação deste tipo de serviço, é da aceitação de todos que ninguém deve ser privado de cuidados médicos em caso de necessidade, independentemente das suas condições financeiras.

A junção de todos estes factores leva a que as organizações de saúde inclusivamente as militares, intervenham economicamente, independentemente do peso que cada factor representa em situações distintas.

4.1 DESPESA EM SAÚDE

Neste contexto, num momento de dificuldades económicas, é com frequência que se ouve falar em comparações entre os vários sistemas de saúde, especialmente os da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE).

“Como a maioria dos países também tem défice orçamental nas contas do Estado, surgem pressões para conter a despesa pública, e por arrastamento a despesa total, em saúde”(BARROS, 2005, p. 31). Isto significa que os sucessivos Governos cada vez mais têm a consciência da importância dos gastos em saúde e fazendo comparações que procuram saber quais os factores que influenciam uma maior ou menor despesa, entendendo assim se efectivamente os custos que um sistema de saúde acarreta é aceitável para o nível de despesa para essa área em cada país.

Deste modo, é importante que se adopte uma contabilidade de custos capaz de apurar custos objectivamente, como mais adiante será descrito.

5. CONTABILIDADE DE CUSTOS

5.1 DEFINIÇÃO

Na envolvimento do tema, surge o conceito de Contabilidade de custos. Quando se fala em apuramento de custos, será pertinente descrever uma contabilidade capaz de apurar correctamente os custos. Assim sendo “este tipo de contabilidade forma parcela ponderável da moderna contabilidade administrativa, gerencial ou analítica” (Caiado, 2003, p. 8).

Durante muitos anos pensou-se que este tipo de contabilidade se referia apenas ao custeamento dos produtos remetendo-se apenas às empresas de índole industrial. Com o decorrer do tempo, verificou-se que este tipo de contabilidade era aplicável a outros ramos além do industrial, inclusivamente o ramo dos serviços públicos e ainda às empresas não - lucrativas.

Desde então, vincou-se a distinção entre a contabilidade industrial e a contabilidade de custo. *“A contabilidade industrial, é a aplicação dos princípios e os preceitos da contabilidade geral desde a organização e controle das operações de uma empresa industrial, assim como o são a contabilidade bancária, a de transportes, a de seguros. Por sua vez a contabilidade de custos, engloba técnicas de contabilidade geral e outras técnicas extra-contábeis para o registo, organização, análise e interpretação dos dados relacionados à produção ou à prestação de serviços, podendo ser aplicada igualmente como detalhe da contabilidade industrial, da contabilidade bancária, da contabilidade de transportes e de seguros”* (Caiado, 2003, p. 9).

Na verdade, estudiosos defendem que os custos são medidos através dos consumos e das distribuições, além disso *“o custo resulta do princípio de que todo consumo, para ser considerado custo, deve aumentar o valor dos bens ou serviços em que foi aplicado e por isso mesmo, quando um consumo não preencher essa condição, será considerado desperdício e não custo”*(Caiado, 2003, p. 8).

5.2. OBJECTIVOS DA CONTABILIDADE DE CUSTOS

Quando a contabilidade de custos acumula os custos e os organiza em informações que sejam relevantes, pretende - se que se atinja alguns objectivos principais: a determinação do lucro, o controle das operações e a tomada de decisões. Quer dizer-se com isto que a contabilidade de custos fornece informações para a determinação dos custos dos factores de produção, como também determina os custos de qualquer natureza, de vários sectores de uma organização, reduz os custos dos factores de produção e ainda é responsável pelo controle das operações e das actividades de qualquer organização.

5.2.1 O APURAMENTOS DE CUSTOS

Se a disponibilização de informação de custos se revela fundamental para a gestão de organizações de saúde, também a definição da metodologia adequada para a sua obtenção é particularmente importante, pois dela depende os graus de exactidão e fiabilidade capazes de influenciar os resultados obtidos e consequentemente as decisões a tomar pelos responsáveis (RPSP, N°7, Lisboa, ENSP, 2008, p. 132).

Deste modo o esforço exercido relativamente ao apuramento de custos com um nível de exactidão elevado tem como principais finalidades:

- Entender a estrutura de consumo de recursos das organizações de saúde;
- Permitir decisões estratégicas e operacionais com o menor grau de risco associado;
- Reorganizar processos produtivos no sentido de maximizar a sua eficiência, qualidade e valor para o utente;
- Permitir a aplicação de metodologias de avaliação económica entre cenários alternativos;
- Gerir o doente ao longo do processo de produção com critérios de custo - efectividade;
- Possibilitar a realização de estudos de acordo com a entidade de agrupamento desejada (por exemplo, obter custos por patologia, por produto ou por localização geográfica);
- Contribuir para a melhoria organizacional através da comparação e utilização de técnicas de *benchmarking*⁷ entre organizações;
- Constituir um elemento agregador em processos de integração de cuidados de saúde;
- Permitir desenvolver metodologias de definição de preços e de financiamento dos serviços de saúde com maior rigor e fiabilidade;
- Aferir o nível de risco financeiro da unidade prestadora;
- Identificar linhas de produção ou produtos de intervenção prioritária.

(RPSP, n°7, Lisboa, ENSP, 2008, p. 133).

6 SISTEMAS DE CUSTEIO- FUNDAMENTAÇÃO TEORICA

Neste âmbito, é importante referir que existem diferentes métodos de sistemas de custeio, cada um deles com abordagens distintas, mas todas com o objectivo de apuramento de custos. Uma vez que “(...) a obtenção de custos unitários por doente abre um campo de investigação vasto por um lado e sobretudo fornece um conjunto de informação capaz de

⁷ Ver Glossário

“Sistema de Custeio por Doente nos Hospitais Militares: Desenvolvimento de uma Metodologia”

permitir tomar melhores decisões ao nível da gestão (...) (RPSP, nº7, 2008, p. 131). Deste modo são apresentados três métodos de apuramentos de custos hospitalares que são passíveis de ser implementados no HMP. Esta primeira parte, que faz uma abordagem aos sistemas de custeio é parte integrante de uma fundamentação teórica essencial à compreensão do “Estado de arte” actual no que diz respeito ao apuramento de custos hospitalares ao nível nacional, como também fora de fronteiras portuguesas.

6.1 MÉTODO DIRECTO

Este método em que a informação é recolhida ao longo do processo de produção (entenda-se processo de produção como o percurso que o paciente tem dentro da unidade hospitalar), preconiza uma metodologia que se denomina por *Bottom – Up*. Esta metodologia, com recurso a técnicas de micro – custeio procura identificar e valorizar os consumos de recursos utilizados por um doente específico ao longo do processo de produção de cuidados de saúde. Esta é uma metodologia “(...)mais exigente na fase de recolha dos dados, requerendo um esforço significativo que deverá ser ponderado na devida proporção em que os ganhos previsto – sobretudo ao nível da gestão e organização hospitalar – superem o esforço (e custos) da sua implementação”(RPSP, 2008, p. 133).

Na verdade, este método foi implementado na década de 1980 nos EUA. “Este método foi sobretudo impulsionado a partir da introdução do pagamento prospectivo por doente saído, que substitui a diária de internamento enquanto unidade de pagamento (...) na Medicare americana em Setembro de 1983, e conduziu a um maior interesse na correcta determinação dos custos no sentido de serem maximizadas as diferenças apuradas entre o financiamento alcançado e os respectivos custos obtidos” (Young, 2003). Este método difere do método usado actualmente pelos hospitais do SNS, que será descrito seguidamente, uma vez que este procura obter custos por capitação, ou seja há um apuramento dos custos de acordo com os recursos hospitalares que são gastos por doente, o que leva ao apuramento de custos mais preciso por parte dos departamentos gestores.

Este sistema de custeio está implementado, sobretudo no sector privado, onde as organizações estão sobretudo orientadas para o lucro, prestando serviços de cuidados de saúde à população que os escolhe para fazer um determinado tratamento.

“Em Portugal, as práticas de facturação individual utilizadas sobretudo no sector privado de prestação, exigem o conhecimento prévio dos custos de cada doente de forma a serem praticados os preços (...) que incluirão os respectivos custos mais a sua margem de negócio”(RPSP, Nº7, Lisboa, 2008, p. 134).

Neste método de custeamento a abordagem *bottom up*. é uma metodologia minuciosa na fase de recolha dos dados, pois, e como já foi referenciado, recorre a técnicas de precisas, “Sistema de Custeio por Doente nos Hospitais Militares: Desenvolvimento de uma Metodologia”

onde se consegue obter o registo individual dos custos por cada episódio de internamento, mesmo imputando os recursos consumidos e as secções que concorrem directamente para o seu custo total⁸.

6.2 MÉTODO DAS SECÇÕES

No contexto actual, a grande maioria dos hospitais portugueses que são abrangidos pelo SNS seguem a metodologia de apuramento de custos que está prevista no Plano Oficial de Contabilidade Analítica no Ministério da Saúde (PCAH). Este método de apuramento de custos assume como principal finalidade “(...) conseguir imputar todos os custos da instituição hospitalar às suas diversas secções principais(...)” (RPSP, 2008, p. 134). Esta metodologia foi implementada no serviço de saúde português, e tem sido ao longo dos anos usada no sentido de centralizar todas informações na Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS), para posterior divulgação. O principal objectivo deste método de custeio é imputar os custos da organização às suas diversas secções principais prevendo -se cinco etapas elementares:

- ✓ Na primeira etapa imputam-se os custos directos pelas secções primárias⁹ e posteriormente são encaminhados para as secções auxiliares¹⁰ que por sua vez se dividem em secções de apoio clínico como por exemplo os Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica (MCDT)¹¹; Bloco Operatório¹², serviços de apoio geral como por exemplo as Instalações e Equipamentos Hoteleiros e ainda secções administrativas que desempenham funções no âmbito dos Serviços Técnicos e Administrativos;
- ✓ Na segunda etapa executa-se a distribuição directa dos custos totais das secções administrativas pelas secções auxiliares e principais;
- ✓ A terceira etapa é feita a distribuição dos custos totais das secções auxiliares de apoio geral às secções beneficiárias da actividade das anteriores;

⁸ Ver Apêndice C e D.

⁹ Secções primárias são aquelas que concorrem directamente para a actividade principal da instituição hospitalar: serviços clínicos de internamento e serviços clínico de ambulatório.

¹⁰ Secções auxiliares são aquelas que concorrem com os seus serviços para as outras secções.

¹¹ Ver Glossário.

¹² Ver Glossário.

- ✓ Na quarta etapa é realizada a distribuição dos custos totais das secções auxiliares de apoio clínico às secções principais beneficiárias das actividades das anteriores;
- ✓ Na última e quinta etapa, os custos das linhas de produção principais são divididos pelas unidades de produção consideradas obtendo-se no final do processo os custos médios totais por doente saído e por diária de internamento.¹³

Este método de apuramento de custos, utiliza na sua base os GDH (Grupo de Diagnóstico Homogéneo) que se define como um sistema que é constituído por múltiplas variáveis que ao serem agregadas caracterizam um produto hospitalar, um doente saído, a título de exemplo. Por outras palavras, há um agrupamento de doentes por patologias, uma vez que estes consomem recursos semelhantes.

Fetter (1987), refere que os GDHs baseiam-se nas variáveis que melhor explicam as diferenças na utilização de recursos nos doentes tratados em internamento.

A partir da contabilidade central de uma unidade hospitalar é possível atingir um nível de desagregação de informação que permite atingir somente os custos médios por doente saído de cada Serviço ou Departamento, dependendo da organização da instituição prestadora de cuidados de saúde.

Perante os dois métodos de apuramento de custos, o método das secções que corresponde ao que se usa nos hospitais do SNS e o método directo por doente que é aquele que se pretende verificar se é passível de implementar no HMP, procura-se identificar as formas de imputação de custos aos doentes do Piso 8. Esta situação é limitativa uma vez que restringe a gestão interna da instituição, e não existe uniformidade no que diz respeito à informação entre os centros de custos e centros de produção. Este método é o que se faz actualmente no HMP, e apresenta algumas limitações na medida em que surgem situações específicas em que o GDH codifica uma determinada patologia apenas para internamento e não para ambulatório a título meramente exemplificativo.

No que concerne ao apuramento de custos e mediante a realidade hospitalar do HMP, foi adoptado uma mapa de custo que procura imputar os custos directos e indirectos ao doente.

6.4 MÉTODO Activity Based Costing (ABC)

O Custeio ABC ou, se quisermos, o custeio baseado em actividades, consiste numa metodologia de contabilidade analítica que teve a sua inspiração na célebre cadeia de valor proposta por Michael Porter em 1985, em que uma empresa pode ser encarada como um conjunto de actividades que acrescentam valor aos produtos (Major, 2009, p. 246-247). Esta

¹³ Ver Apêndice C.

“Sistema de Custeio por Doente nos Hospitais Militares: Desenvolvimento de uma Metodologia”

forma de custeio, que facilita a repartição dos custos indirectos pelos produtos, determina os recursos consumidos pelas actividades desenvolvidas por uma organização e verifica como é que esses mesmos recursos são aproveitados no seu *output*. Para este efeito são designados centros de custos, normalmente associados à estrutura organizacional, onde se efectua o cruzamento entre as actividades desenvolvidas e o seu contributo para a geração de valor (Caiado, 2009, p. 292).

Este método, fazendo a ligação para o sector da saúde, procura saber o custo de cada acto clínico ou não clínico prestado pela unidade de saúde, em que o resultado é a obtenção de custos ao nível do doente e consecutivamente por GDH. Este tipo de custeio que dá ênfase às actividades indirectas e define todo o sistema de cálculo, como também a atribuição e controlo dos chamados custos indirectos.

De acordo com Vieira (1993) uma organização é constituída por um conjunto de actividades que têm uma finalidade directa ou indirecta no fabrico dos seus produtos. Os recursos não são consumidos directamente pelos produtos mas pelas actividades, as quais por sua vez são consumidas pelos produtos (...) *as actividades consomem recursos e os produtos (ou outros segmentos) resultam das actividades*”(Neves, J; Rodrigues, J, 2008, p. 168). Deste modo dado que os custos são uma resultante da utilização dos recursos, devem ser então atribuídos primeiramente a actividades, e só depois aos produtos/serviços.

O conceito central de ABC é o de que as actividades consomem recursos para produzir um output (Baker, 1998). Segundo este autor através do desenvolvimento das actividades inerentes à produção hospitalar, é possível encontrar até com mais facilidade os custos dessas mesmas actividades. Aplicando-se assim o conceito de *cost drivers*¹⁴.

Em Portugal, este método foi implantado pela primeira vez no Hospital N.S. Rosário, na cidade do Barreiro, no início do ano de 2000. Desde então têm sido experimentado em outras cinco unidades de prestação de cuidados de saúde, mas ainda não são conhecidos os resultados dessa experimentação (RPSP,2008 citando ACSS 2008)

¹⁴ Têm o objectivo de definir o custo das actividades por produtos/serviços (Udpa, 1996).
“Sistema de Custeio por Doente nos Hospitais Militares: Desenvolvimento de uma Metodologia”

PARTE B

“A coisa mais indispensável a um homem

é reconhecer o uso que deve fazer

do seu próprio conhecimento.”

Platão

CAPITULO IV

RESULTADOS

7 ANÁLISE DOS QUESTIONARIOS

Neste quarto capítulo vão ser apresentados todos os resultados que se obtiveram através dos inquéritos e entrevistas de carácter meramente exploratório, assim como os resultados que se obtiveram através do trabalho de campo que foi realizado durante o tempo que foi disponibilizado para tal. Em primeiro lugar irão ser apresentados os resultados dos inquéritos, depois das entrevistas e só no fim é que se relatam os dados obtidos através da imputação directa dos custos ao doente.

Por esta ordem de ideias, no que diz respeito aos inquéritos o software utilizado para a realização do trabalho foi o SPSS v.17 Statistics Data Editor para trabalhar a informação obtida através dos questionários.

7.1 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

Nos inquéritos efectuados no âmbito da investigação já retratada, destacou-se o facto da dificuldade no acesso a informação, sendo que nas respostas obtidas interessa assim referir:

O gráfico seguinte procura identificar qual é a experiência dos inquiridos no que diz respeito à área hospitalar, sabendo o tempo que estes desempenham funções neste campo da gestão. Deste modo observe-se o seguinte gráfico circular que retrata isso mesmo conjuntamente com uma breve explicação.

“Sistema de Custeio por Doente nos Hospitais Militares: Desenvolvimento de uma Metodologia”

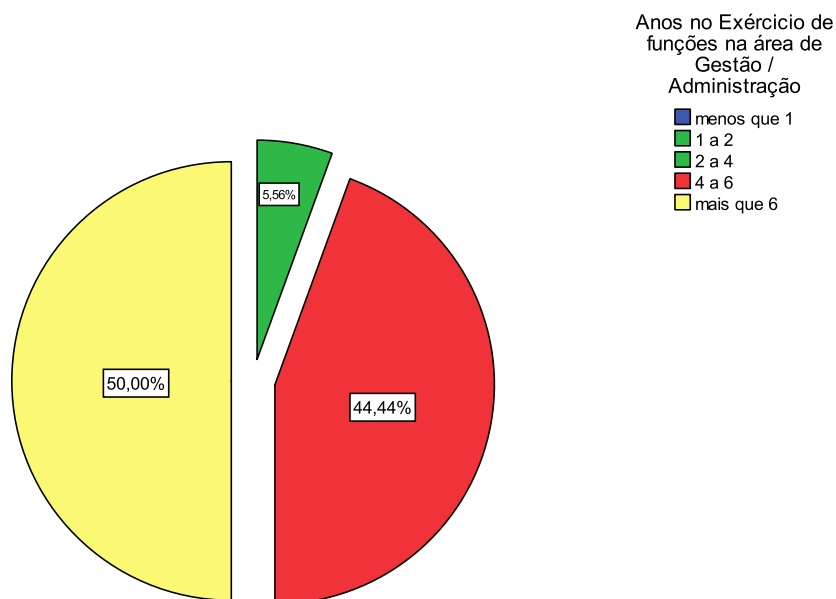


Gráfico 1 Desempenho de funções na Área da Gestão e Administração Hospitalar.

Os inquiridos encontram-se na sua maioria, 50%, a desempenhar funções na área da Gestão e/ou Administração Hospitalar há mais de 6 anos, sendo de referir 44,44% encontra-se na função no período compreendido entre os 4 e 6 anos e 5,56% a mais de 2 e menos de 4 anos.

Dos inquiridos referenciados é de relevar o facto de 9 elementos (60%) ocuparem o cargo de Director Administrativo/ Financeiro e nenhum dos elementos (0%)¹⁵ ocupar o cargo de Sub-Director, Director de Enfermagem ou Director Clínico.

Passando para outra questão, quando questionados relativamente aos anos em que desempenhou funções em áreas que envolviam directamente o apuramento de custos, na tentativa de escrutinar em que tipo de organização se situavam os indivíduos com maior experiência na matéria em investigação, verificou-se que é nos hospitais do SPA que se encontram, em maior numero (2), os inquiridos que possuem mais de 6 anos no desempenho destas funções, no entanto os indivíduos possuem de 4 a 6 anos de exercício de funções na área de apuramento de custos situam-se principalmente nos Hospitais Privados (5 elementos). Observe-se o seguinte gráfico.

¹⁵ De acordo com a Tabela constante em Anexo H, “Qual (ais) o(s) cargo(s) desempenhados durante esse período de tempo”.

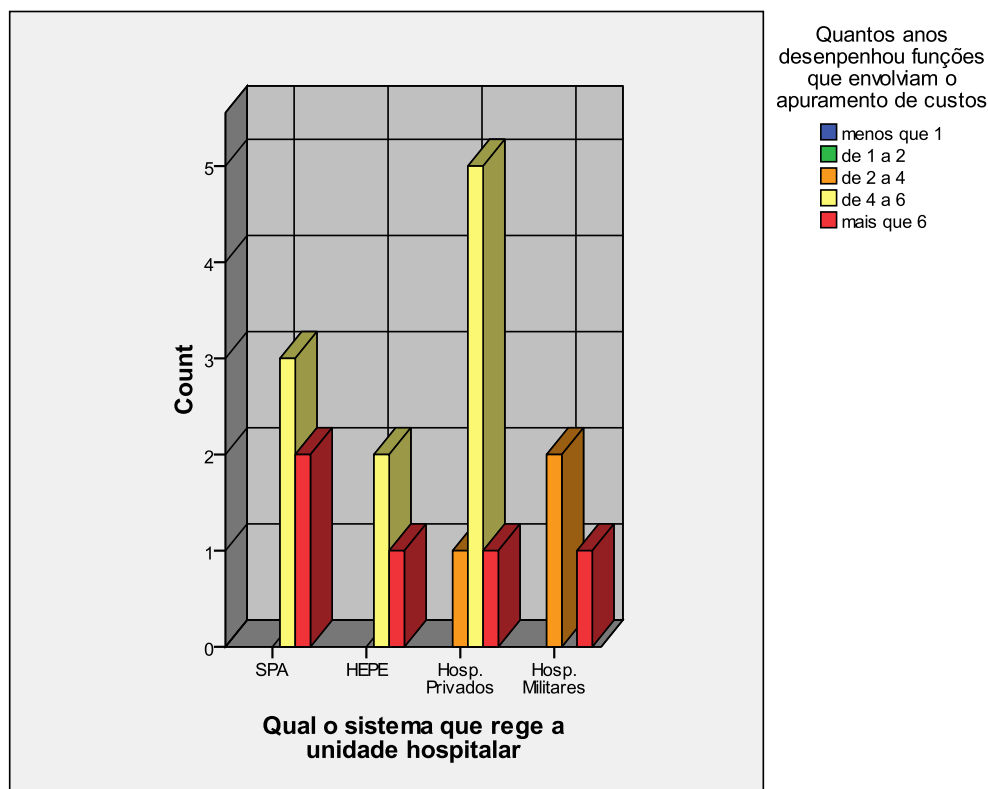


Gráfico 2 Elementos que já desempenharam funções directamente ligada ao apuramento de custos.

7.2 AVALIAÇÃO DA INFORMAÇÃO FINANCEIRA

A avaliação da informação financeira é de extrema relevância, tendo-se constituído para a investigação como o método, através do qual, o investigador teve a cabal percepção da opinião dos Gestores/Administradores relativamente aos métodos de apuramento de custos e facturação. Nesse sentido questionou-se, aos elementos abrangidos no estudo, qual a metodologia de custeio que consideravam mais vantajosa para a sua instituição¹⁶ pelo que 38,9 % consideram que o método directo é o mais adequado, 27,8% preferem o método das secções e 33,3 % apontam como preferencial o método ABC¹⁷. Estes inquiridos distribuem-se pelas organizações de acordo com o gráfico que de seguida se apresenta.

¹⁶ De acordo com o constante na tabela H.2 do Anexo H “Qual a metodologia de Custeio que considera mais adequada”.

¹⁷ De acordo com a Tabela H 3 constante no Anexo H “ Qual a metodologia de Custeio que considera mais vantajosa para a sua instituição”.

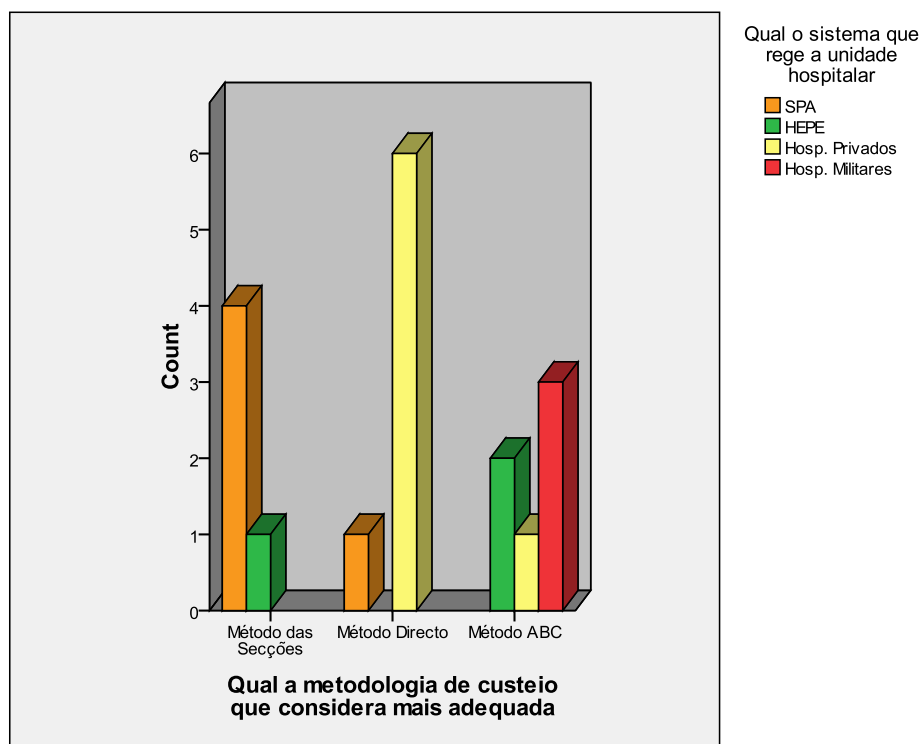


Gráfico 3 Métodos de apuramento de custos em diferentes unidades hospitalares.

Da informação recolhida interessa destacar a especial preferência que os inquiridos que desempenham funções em hospitais privados atribuem a metodologia de Método Directo, facto que poderá predizer a sua principal vocação para o lucro da produção e a redução efectiva de custos.

Dos 38,9% que vêm assim o método directo como o mais vantajoso para a instituição a opinião é praticamente unânime no que respeita a preponderância deste na tomada de decisão (facto partilhado por 94,4% dos elementos que considera este método o preferencial¹⁸), confere vantagens relativamente aos casos em que a determinação dos custos esta dependente do seu agrupamento por secções (opinião partilhada por 94,4% dos Inquiridos e ainda tomar decisões estratégicas com menor grau de risco associado).

No próximo gráfico, 54,55% dos Inquiridos que consideram que o GDH não é um sistema de fácil compreensão, para quem necessita de interpretar a informação que fornece, atribui principal relevância ao facto de o conteúdo não ser objectivo (característica enumerada por 4 inquiridos que classificam como importante)¹⁹, sendo que a existência de demasiadas informações materialmente irrelevantes é considerada por três dos inquiridos como um

¹⁸ De acordo com a Tabela constante em Anexo H.

¹⁹ De acordo com a tabela constante em Anexo H.

elemento sem importância²⁰. Relativamente ao facto de a informação não espelhar a situação económica da organização, os inquiridos manifestaram-se equitativamente, havendo dois que consideram tal facto sem importância, dois que consideram como pouco importante e outros dois que consideram como importante²¹.

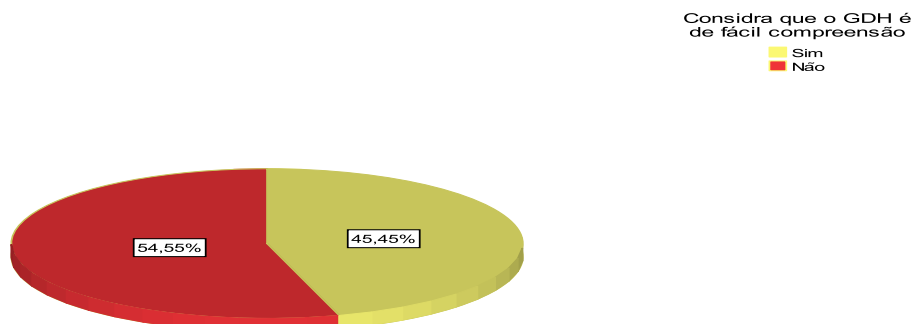


Gráfico 4 Nível de compreensão da informação do GDH para os utilizadores.

Aos inquiridos foi ainda questionado qual a área que, na sua opinião, necessitavam de um mecanismo de controlo mais eficiente, por representarem áreas mais críticas. Destas destaca-se o internamento, que é considerado área crítica por 44,4%²² dos inquiridos e o Hospital de Dia por 33,3%. De referir que nenhum dos inquiridos (0%) considera a área da consulta externa uma área crítica que necessita de um mecanismo de controlo mais eficiente, por representar uma área crítica, como demonstra o quadro que se segue.

²⁰ De acordo com a tabela constante em Anexo H.

²¹ De acordo com a tabela constante em Anexo H.

²² De acordo com a tabela H 5 em Anexo H.

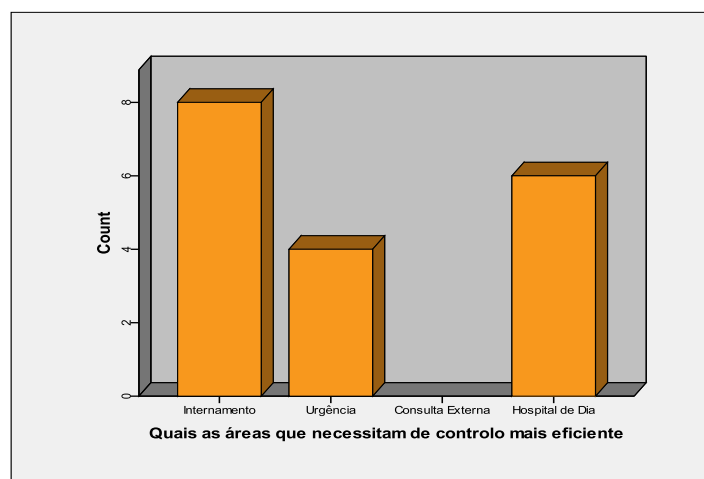


Gráfico 5 Áreas que necessitam de um controlo mais eficiente.

A percepção dos indivíduos varia contudo em função da instituição tal como espelhado no gráfico que de seguida se apresenta. Registando-se assim que os que se encontram em Hospitais do SPA e hospitais HEPE consideram o internamento como a área mais critica e susceptível de necessitar de um mecanismo de controlo mais eficiente, os hospitais privados nos quais é atribuída semelhante importância ao Internamento e Hospital de Dia e os Hospitais Militares que apenas relevam a área da Urgência.

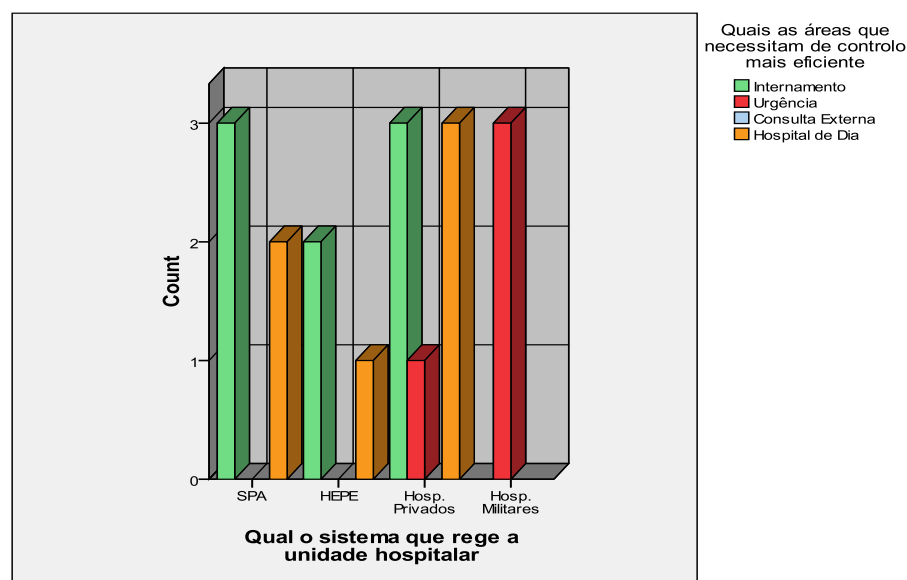


Gráfico 6 Correlação entre áreas críticas que necessitam de um controlo mais rigoroso e os diferentes tipos de unidades hospitalares.

Por último foi ainda questionado qual o método que a sua instituição utilizava para a atribuição directa do consumo de recursos, destacando-se o procedimento informático com *“Sistema de Custeio por Doente nos Hospitais Militares: Desenvolvimento de uma Metodologia”*

61,1% das opiniões dos inquiridos, e o código de barras que reúne apenas 11,1% da preferência dos inquiridos.

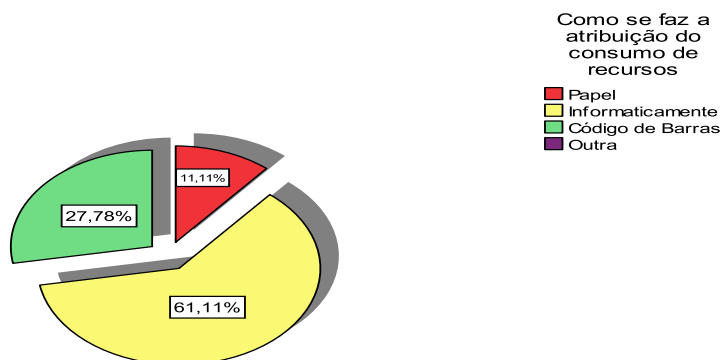


Gráfico 7 Atribuição do consumo de recursos.

Observando a opinião dos inquiridos em virtude da instituição na qual se integram, pode observar-se no gráfico abaixo, que os hospitais do SPA optam principalmente pelo recurso ao código de barras, sendo que os HEPE, os Hospitais Privados e os Hospitais Militares recorrem principalmente ao mecanismo informático.

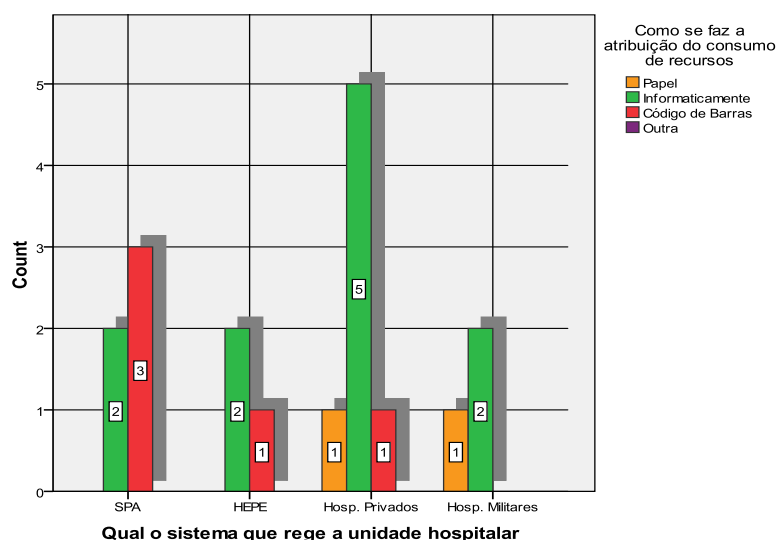


Gráfico 8 Correlação entre forma de atribuição dos recursos e tipologia de unidade hospitalar. No que respeita ao momento em que o consumo de recursos é executado, de acordo com o gráfico que de seguida se apresenta, a opinião reparte-se equitativamente sendo 50% dos

Inquiridos considera que esta deverá ser no final do doente ser tratado e os restantes que deverá ser a medida que este vai sendo tratado.

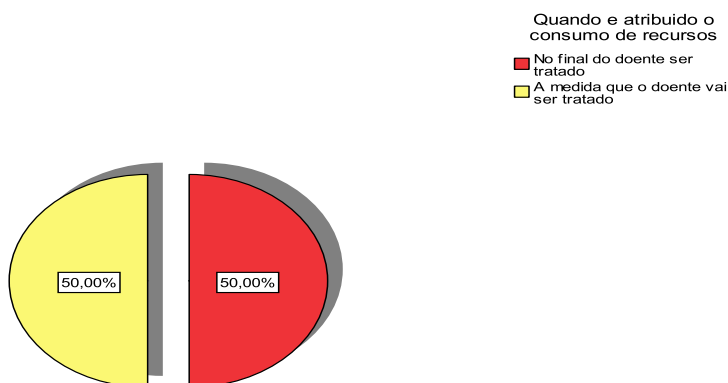


Gráfico 9 Atribuição de consumo de recursos.

7.3 ANÁLISE DAS ENTREVISTAS

No que concerne a este trabalho de investigação, são agora apresentados os resultados da análise de conteúdo das duas entrevistas que foram realizadas. Já que *“Esta análise identifica, nas respostas a cada uma das perguntas, partes semelhantes e aquelas que os entrevistados dão mais valor”* (Sarmento, 2008, p. 19).

Neste âmbito, de seguida vai ser realizada a análise conclusiva das duas entrevistas realizadas. Foram entrevistados: O Exmº Sr. Director de Planeamento e Controlo de Gestão do Hospital Doutor Fernando Fonseca, Doutor Manuel Pontes Dias Neves (Entrevistado 1). O Exmº Sr. Director de Planeamento e Controlo de Gestão Nuno Luís Gonçalves Cardoso (Entrevistado 2).

Na questão 2.1 (primeira questão da avaliação da informação financeira), **“Como elemento representativo do pessoal da área de Gestão e da Administração Hospitalar , qual é a metodologia de custeio que considera mais vantajosa para a sua instituição?”** O entrevistado 1, refere que o sistema de custeio que utiliza na unidade hospitalar onde desempenha funções utilizado é o sistema de custeio por centro de custos. *“Tenho 80% dos custos afectos, o próximo passo é apurar ao detalhe os outros 20 % a que corresponde os MCDT’s Consultas externas, etc (...)”* refere. Por sua vez, o entrevistado 2, responde: *“ (...) o custo directo por doente é o ideal! O custo baseado na actividade só dá um custo médio.*

“Sistema de Custeio por Doente nos Hospitais Militares: Desenvolvimento de uma Metodologia”

“Quando o custo segue o doente, tenho possibilidade de ver os 50 custos inerentes a cada acto.” Refere

Na questão 2.2 **“Partindo da ideia de que a metodologia de custeio directo por doente, é uma boa ferramenta de apoio à gestão e que serve de “elo de ligação” entre gestores e clínicos, considera que o apuramento de custos directos por doente é relevante para a tomada de decisões?”** O entrevistado responde que é crítico e muito importante para o apuramento de custos, uma vez que quando se tem uma estrutura de proveitos que sustenha os custos, temos de ter a noção exacta por doente ao cêntimo. Contudo temos de ter um “exército” de enfermeiros se assim fosse. Por doente é o valor obtido que todos desejamos, mas perante esta grande dimensão não é possível, afirma o entrevistado 1. Por seu turno, o entrevistado 2 responde de maneira muito curta : *“Claramente!”*

Já na questão 2.3 **“Poderá o sistema de custeio directo por doente trazer vantagens às unidades de saúde que o executam, ao invés, daqueles que apuram os custos agrupando-os por secções?”** O entrevistado 1 afirma que *“ há sempre vantagem (...)”* contudo fez questionou o ganho que teríamos perante a obtenção dessa informação demasiadamente desagregada. O Entrevistado 2, responde afirmativamente referindo que *“ o sistema de custeio directo por doente permite-nos fazer uma espécie de tabela de frequências, em que nessa tabela, observamos todos os custos que são imputados ao doente, e vemos no momento, se um determinado serviços está a gastar mais do que devia. Aqui nesta sala onde nos encontramos, tenho muitas reuniões com os directores clínicos deste hospital, e eles como são bastantes cooperativistas, muitas vezes dizem que preferem trabalhar com um tipo de material específico e que só fazem essa cirurgia com esse material, mas que de facto é muito mais caro do que outro tipo de material, que faz exactamente a mesma coisa e é 10 vezes mais barato. São estas questões que temos de ter muito cuidado”*.

Quando confrontados com a questão 2.4 **“Considera que o sistema de custeio directo por doente, permite tomar decisões estratégicas e operacionais com o menor grau de risco associado?”** todos os entrevistados responderam afirmativamente.

No que diz respeito á questão 2.5 **“Considerando os Grupos de Diagnóstico Homogêneos – GDHs, como um sistema constituído por múltiplas variáveis que ao serem agregadas, caracterizam um produto hospitalar, a informação fornecida por este sistema é de fácil compreensão para os interpretadores?”** O entrevistado 1, não fugindo à questão, responde que na sua unidade de prestação de cuidados de saúde, se faz uma relação entre os GDHs e a informação de carácter clínico (indicadores de demora

“Sistema de Custeio por Doente nos Hospitais Militares: Desenvolvimento de uma Metodologia”

média por exemplo, referiu). Enfatiza ainda que os GDHs não são utilizados para o sistema de custeio que actualmente têm implementado.

O entrevistado 2 responde dizendo que *“para Clínicos sim, para Gestores é mais complicado, uma vez que há áreas dos hospitais que não são abrangidos por GDH (como por exemplo o Ambulatório).”*

No que concerne à última questão, questão 2.6 **“Qual (ais) a (s) que na sua opinião, as Áreas Hospitalares necessitavam de um mecanismo de controlo mais eficiente, por representarem áreas mais críticas, onde uma metodologia de custos por serviços não permitem um controlo totalmente eficiente?”** O entrevistado 1 refere que na área do pessoal (que constituem custos fixos representativos), é necessário ter cuidado especial, uma vez que quando se trabalha com um corpo de trabalhadores elevado é fundamental saber onde se está a imputar custos adicionais, a horas extras como por exemplo.

Outra área que é necessário ter especial atenção é a área do Armazém. É fundamental ter um bom controlo de armazém quer em consumíveis clínicos, quer ao nível da Farmácia Interna.

O entrevistado 2 afirma que o Internamento e o Bloco operatório são as áreas que têm mais peso. O Hospital de Dia encontra-se no CUF Infante Santo em crescimento.

7.4 RESULTADOS OBTIDOS ATRAVÉS DA IMPUTAÇÃO DE CUSTOS POR DOENTE E COMPARAÇÃO COM OS RESULTADOS OBTIDOS POR GDH.

Vale (2004) refere que existem três momentos fundamentais durante a fase de apresentação de resultados: descrição, análise e interpretação. A descrição corresponde à redacção de um texto oriundo dos dados originais que são registados pelo aluno. O segundo momento, a análise corresponde à organização dos dados evidenciando aspectos relevantes e identificar factores chave para a investigação. O terceiro e último ponto, a interpretação, corresponde às ilações a partir dos dados obtidos.

Como já foi referido, no ponto 2.4.4.2 - Amostra, o Serviço/Departamento estudado foi o **Piso 8- Cirurgia de Oficiais**. Este piso tem 14 camas dispostas numa única ala (ALA G).

Perante as características que este apresenta, seguiu-se esta forma de imputação de custo que aproximava o mais possível o custo associado ao doente, de acordo com a realidade desta unidade de prestação de cuidados de saúde.

Deste modo, de todos os doentes tratados nas instalações do HMP, foram escolhidos apenas os doentes que usufruíram das instalações do Piso 8- num período compreendido entre 5JUL10 e 16JUL10.

“Sistema de Custeio por Doente nos Hospitais Militares: Desenvolvimento de uma Metodologia”

Está presente no Apêndice I todos os passos que foram realizados para a imputação de custos individualmente. Posto isto confrontaram-se os valores com os obtidos através dos GDHs. O que se pretende nesta fase é comparar as diferentes metodologias através dos valores obtidos. Da amostra estudada (29 elementos), conseguiu-se apurar os custos de 9 doentes, a discriminação total dos custos encontra-se no Apêndice I. De salientar que no ponto 1.4 – Delimitações da pesquisa se encontrar a explicação de a imputação de custos de remeter apenas a 9 indivíduos e não a 29, que foram de facto, os doentes tratados entre 05JUL10 e 16JUL10.

Número do doente	Apuramento de custos directo por doente (€)	Apuramento de custos por GDH (€)
35	730,60€	999,87€
262753	1.514,30€	1.532,82€€
249332	1.428€	1.287,77€
25934	4.732,53€	5.314,25€
16735	3.096€	3.794,58€
53109	4.789€	4.917,67€
34227	1.090,46€	1.717,15€
28815	1.452,59€	1294,45
237471	1.219,73€	1.287,86€

Tabela 2- Comparação de custos entre dois métodos de custeio: directo por doente e por GDH.

A metodologia que foi desenvolvida, explorada e trabalhada ao longo deste trabalho procurou aprofundar minuciosamente todos os custos que comporta um doente numa unidade hospitalar, ou seja obter o Custo Unitário por Diária de Internamento (CUDI).

Como se pode observar, quando o apuramento de custo é feito ao nível do doente, o custo baixa (à excepção dos doentes 28815 e 249332). Isto significa que ao obtermos um nível médio de apuramento de custos, não se está a obedecer a critério rigorosos de controlo de gestão e de produção. Esta situação pode ser vista de duas formas: a primeira é que quando se trata de um doente que realmente fica mais caro ao hospital do que o que vem referenciado em GDH, é o hospital que acarreta com esses custos. A segunda situação é

“Sistema de Custeio por Doente nos Hospitais Militares: Desenvolvimento de uma Metodologia”

que o hospital pode fazer mais barato o tratamento ao doente, mesmo estando o preço do seu tratamento codificado em GDH como mais caro, isso é benéfico para a unidade hospitalar, uma vez que se paga ao hospital mais do que aquilo que realmente se gasta, podendo assim arrecadar alguma receita.

CAPITULO V

CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES

Obtidos todos os dados, através das diferentes formas de colecta de informação, é tempo de reflectir sobre os mesmos. Neste capítulo irá ser feito as sínteses conclusivas, verificação das hipóteses, as conclusões finais e ainda algumas propostas que poderão ter relevância para futuras investigações.

8 SÍNTESE CONCLUSIVAS

Neste ponto do trabalho de investigação procura-se responder às questões de investigação (QI) que inicialmente foram formuladas no sentido de ajudar a responder à Questão Central (QC).

Neste sentido, considera-se pertinente começar pela primeira QI.

De entre os modelos de custeio hospitalares disponíveis, será o modelo de custeio directo por doente o mais adequado para o Sistema de Saúde Militar?

Através de todas as formas de colecta de informação usadas, foi possível apurar que realmente o sistema de custeio directo por doente é aquele que poderá conferir vantagens para o SSM, utilizando como unidade piloto o HMP. Considera-se o mais adequado uma vez que um sistema de custeio com recursos a técnicas que apuraram os custos individualmente, procura saber ao pormenor o que custa o doente, como se verificou com os mapas usados pelo investigador e ainda assim o volume de actividade permite-o, ou seja, o tempo que se vai dispensar a apurar essa informação não é em demasia perante a desagregação que se efectua. Verifica-se que um sistema de apuramento de custos por doente leva a que a informação seja desagregada de tal forma, que sabe-se logo à partida onde se está a consumir mais recursos financeiros e a maneira de reduzir esses consumos, de forma a que se consiga fazer uma melhor gestão hospitalar. Embora este facto tenho

“Sistema de Custeio por Doente nos Hospitais Militares: Desenvolvimento de uma Metodologia”

sido apenas verificado no trabalho de campo realizado pelo investigador e como já foi referido, esta é uma metodologia “(...) *mais exigente na fase de recolha dos dados, requerendo um esforço significativo que deverá ser ponderado na devida proporção em que os ganhos previsto sobretudo ao nível da gestão e organização hospitalar – superem o esforço (e custos) da sua implementação*” (RPSP, 2008, p.133).

Passando para a Questão de Investigação nº2: **Existe a possibilidade de implementar no Hospital Militar Principal, os processos necessários ao apuramento dos custos por unidade de produção (custos ligados directamente ao doente tratado)?**

Importa relembrar o que já foi escrito neste trabalho de investigação e que serve de base de sustentação para discutir esta QI. “*Em Portugal, as práticas de facturação individual utilizadas sobretudo no sector privado de prestação, exigem o conhecimento prévio dos custos de cada doente de forma a serem praticados os preços (...) que incluirão os respectivos custos mais a sua margem de negócio*” (RPSP, N°7, Lisboa, 2008, p.134). Posto isto e estando esta questão intimamente relacionada com a anterior, um método de apuramento de custos por doente seria mais vantajoso para o HMP. Agora, de acordo com o trabalho de campo realizado foi possível observar que este sistema de apuramento de custo é possível de ser implementado, embora seja um processo moroso devido à desagregação da informação que se pretende. Deve salientar-se que este trabalho envolveu apenas uma pessoa no que diz respeito ao apuramento de custos, o investigador, e que se fosse implementado seria executado por uma equipa de trabalho, como vai ser sugerido nas propostas. Este facto deveu-se graças a uma conjugação de valores, uma correlação de informação, que procurou saber o custo real do doente ao hospital.

Por último, a Questão de Investigação nº3 **Poderá o Hospital Militar Principal aumentar a eficiência com a prestação de cuidados de saúde aos seus utentes com a adopção de um sistema de custeio directo por doente?** Tendo por base as respostas às questões anteriores, e de acordo com todos os dados fornecidos através dos inquéritos, entrevistas e depois complementados com o trabalho de campo para apurar os custos de acordo com uma realidade hospitalar particular, conseguiu-se reduzir os custos, optando por utilizar pelo método de custeio por doente, foi uma vantagem para o HMP. Em 9 indivíduos estudados, apenas em 3 é que o apuramento de custos por doente foi superior do que foi estabelecido por GDH. Isto é um bom indicador e que pode ser reflectido na prestação de cuidados de saúde, pois se conseguirmos obter valores mais baixos com o mesmo tratamento, isso vai traduzir-se numa melhor eficiência e mais tarde inevitavelmente numa melhor prestação dos cuidados de saúde. Como? Esses recursos financeiros podem ser reencaminhados para a realização de obras e remodelação Infra-estruturas, dar formação e ainda reequipar as
“*Sistema de Custeio por Doente nos Hospitais Militares: Desenvolvimento de uma Metodologia*”

equipas de bloco operativo diminuindo assim o ciclo de vida dos materiais hospitalares que são extremamente caros. Estas poderão ser algumas medidas a tomar, quando se pratica um sistema de custeio que reduza os custos hospitalares.

9 VERIFICAÇÃO DAS HIPÓTESES

Hipótese 1: O sistema de custeio implementado no HMP, sabendo que já existem metodologias mais rigorosas, é uma boa ferramenta para a tomada de decisão.

Através das entrevistas realizadas às unidades hospitalares (duas) foi possível salientar que o sistema de custeio directo por doente é o ideal pois permite saber tudo o que se gasta e onde se gasta, e poder intervir atempadamente nesse gasto, contribuindo para a tomada de decisão. Por outras palavras *“O impacto da implementação destas ferramentas na gestão de organizações de saúde é substancial pela capacidade de podermos desfrutar de um manancial de informação que permitirá um conhecimento mais profundo da estrutura de custos interna dos hospitais e consequentemente reduzir o risco associado ao processo de tomada de decisões operacionais e estratégicas”* (RPSP, Nº7, Lisboa, 2008, p.142). Além disso, *“A obtenção de custos unitários por doente abre um campo de investigação vasto por um lado e sobretudo fornece um conjunto de informação capaz de tomar melhores decisões ao nível da de organizações de saúde no nosso país”* (RPSP, Nº7, Lisboa, 2008,)

Segundo o Director de Planeamento e Controlo de Gestão do Hospital Fernando Fonseca, Doutor Manuel Pontes Dias Neves o sistema de custeio por doente é muito importante, aliás refere *“É crítico, porque temos de ter uma estrutura de proveitos que sustenha os custos. Temos de ter a noção exacta por doente ao cêntimo, mas temos de ter um “exército” de enfermeiros se assim fosse. Por doente é o desejável, mas perante a grande dimensão que temos, não nos é possível chegar a esse valor.”* Poder-se então afirmar que este é um contributo para a tomada de decisão.

Segundo o Director de Planeamento e Controlo de Gestão do Hospital CUF Infante Santos, O Exmº Sr. Director de Planeamento e Controlo de Gestão Nuno Luís Gonçalves Cardoso, o valor que se deseja saber sempre é o custo do doente, e o que nos leva a esse custo. Aliás com uma resposta muito rápida responde à questão :*“Claramente!”*.

Através dos inquéritos, foi possível obter resultados que já foram explicados anteriormente. Dos 38,9% que vêm assim o método directo como o mais vantajoso para a instituição, 94,4% referem que este método confere vantagens relativamente aos casos em que a

determinação dos custos está dependente do seu agrupamento por secções permitindo ainda as instituições tomar decisões estratégicas com menor grau de risco associado.

De acordo com o trabalho de campo realizado pelo investigador no HMP, foi possível apurar que em 9 indivíduos estudados e também codificados pelo hospital através dos elementos responsáveis para tal tarefa, foi possível detectar que 6 desses doentes, por GDH apresentam um valor médio mais elevado, do que apurando os custos ao doente individualmente. Apenas 3 apresentam um valor superior. Posto isto, considera-se que ao atribuímos valores médios, não se está a ter em conta a importância desse custos perante a decisão que diversas vezes tem de ser tomada, nomeadamente no custo do seu tratamento. Foi portanto através das entrevistas, inquéritos e trabalho de campo, que se verifica a insuficiência do método de apuramento de custos por GHD, actualmente implementado, no que concerne á tomada de decisão.

Esta Hipótese verifica-se.

Hipótese 2: A implementação do sistema de custeio directo por doente leva à poupança de recursos financeiros, contribuindo para uma gestão eficaz.

Apenas no trabalho de campo foi possível chegar a uma conclusão que apurando os custos por doente, chega-se a maioria das vezes a valores inferiores. Como já referido anteriormente, em 9 elementos acompanhados e imputando os custos consoante o seu tratamento, chegou-se à conclusão que apenas 3 desses doentes, tiveram um custo superior àquele que tiveram para o hospital, que usa o GDH como sistema de classificação e serve para apurar os custos

Contudo é preciso salientar que a realidade hospitalar varia de hospital para hospital, e que por este facto é necessário ter em linha de conta que noutro hospital que não o HMP, estes doentes poderiam ter um custo diferente.

Através das entrevistas e dos inquéritos não foi possível validar esta hipótese, porque para isso era necessário avaliar a informação financeiras das unidades hospitalares abrangidas pelo estudo aprofundadamente, e ver se aplicando o método de custeio por doente era efectivamente mais eficaz na medida em que leva à poupança de recursos financeiros. Isso apenas se comprovou no HMP, através no trabalho de campo, não podendo ser generalizada.

Portanto, esta hipótese não pode ser verificada.

Hipótese 3- O método de custeio directo por doente disponibiliza a informação financeira mais credível e rápido.

“Sistema de Custeio por Doente nos Hospitais Militares: Desenvolvimento de uma Metodologia”

Segundo as repostas obtidas nas entrevistas, os entrevistados referem que ao desagregar-mos demasiado a informação, ou seja, apurarmos os custos ao doente desde a cirurgia (que geralmente é dispendiosa para o hospital) até ao valor da agulha utilizada durante essa mesma cirurgia, o tempo que se gasta a desagregar a informação poderá não compensar, uma vez que é muito morosa. O Doutor Manuel Pontes Dias Neves refere que “há sempre vantagem (...)” contudo questionou o ganho que teríamos perante a obtenção dessa informação demasiadamente desagregada. Por seu lado, o Doutor Nuno Luís Gonçalves Cardoso, evidencia a importância de se saber onde se está a gastar mais, em que serviço por exemplo. Porque, em Conselho de Administração, é sempre discutido os custos que cada serviços comporta e o que leva a esses custos, observa-se inclusivamente se um determinado serviço está a gastar mais do que devia.

A partir do trabalho de campo que o investigador realizou foi possível ter a noção de que o processo de imputação de custos é lento, mas este facto deve-se à realidade desta unidade hospitalar que não se encontra preparado para ter um nível tão detalhado de apuramento de custos. Porque os serviços não se encontram em sintonia e a informação não é fluida.

Deste modo esta hipótese não é verificada.

Em sintonia com que tem sido escrito neste ponto, segue-se o seguinte quadro:

Questão central (QC)	Questões de Investigação (QI)	Hipóteses (H)	Validação das hipóteses
Poderão ser obtidos benefícios financeiros no Sistema de Saúde Militar decorrentes da utilização de um sistema de custeio em linha com os utilizados nos hospitais civis?	1- De entre os modelos de custeio hospitalares disponíveis, será o modelo de custeio directo por doente o mais adequado para o Sistema de Saúde Militar?	H.1-O sistema de custeio implementado no HMP, sabendo que já existem metodologias mais rigorosas, é uma boa ferramenta para a tomada de decisão.	VALIDADA (Cap. IV PÁG. 39)
	2- Existe a possibilidade de implementar no Hospital Militar Principal, os processos necessários ao apuramento dos custos por unidade de	H 2- A implementação do sistema de custeio directo por doente leva à poupança de recursos financeiros,	NÃO VALIDADA (Cap. IV

“Sistema de Custeio por Doente nos Hospitais Militares: Desenvolvimento de uma Metodologia”

	produção (custos ligados directamente ao doente tratado)?	contribuindo para uma gestão eficaz.	PÁG. 40)
	3- Poderá o Hospital Militar Principal aumentar a eficiência com a prestação de cuidados de saúde aos seus utentes com a adopção de um sistema de custeio directo por doente?	H.3- O método de custeio directo por doente disponibiliza a informação financeira mais credível e rápido.	NÃO VALIDADA (Cap. IV PÁG. 41)

Tabela 3- Quadro de Validação

10 CONCLUSÕES FINAIS

A partir da análise e verificação das hipóteses foi possível apurar informação extremamente importante e que leva à resposta da Questão Central deste trabalho de investigação: ***Poderão ser obtidos benefícios financeiros no Sistema de Saúde Militar decorrentes da utilização de um sistema de custeio em linha com os utilizados nos hospitais civis?***

Nesta investigação, os inquéritos e entrevistas serviram para observar a forma de como as unidades hospitalares portuguesas encaravam esta questão do apuramento de custos, e como o faziam.

A partir dos dados que foram obtidos quer a partir dos inquéritos ou das entrevistas, foi possível apurar que são os hospitais privados e hospitais EPE que têm um sistema de apuramento de custos mais rigoroso. Depois de apurada toda a informação do modo e dos métodos de apuramento de custos, quer por fundamentação teórica, quer por fundamentação prática e também por trabalho de campo, é possível ao Hospital Militar Principal imputar os custos ao doente, determinando assim o valor desejável em termos de contabilidade de custos. E isso deve-se a várias razões. Em primeiro lugar o seu volume de actividade não é demasiado grande e isso é favorável para que se consiga obter pormenorizadamente os custos dos doentes, independentemente das patologias. Outro motivo é que perante as dificuldades que são transversais a todas as instituições, o HMP não é excepção, e ainda acresce o facto de ser um instituição de prestação de cuidados de

“Sistema de Custeio por Doente nos Hospitais Militares: Desenvolvimento de uma Metodologia”

saúde, onde o serviço tem de ser sempre exemplarmente bem prestado criando-se as condições melhores possíveis para os doentes.

Tendo uma equipa de trabalho a trabalhar em sincronização e também tendo todos os serviços da unidade hospitalar em sintonia é perfeitamente possível que esta implementação seja possível. Embora o método de apuramento de custos directo por doente, sendo uma metodologia tipo *Bottom-up*, que utiliza técnicas de micro custeio, que sendo exaustivas, mas exequíveis como se pode constatar no trabalho de campo realizado na data compreendida entre 05JUL10 e 16JUL0. Com este trabalho de campo foi possível observar que o apuramento de custos por doente é possível de ser implementado e com isso vai haver um melhor controlo dos custos, e a partir daí poderá ser obtido uma melhor prestação de cuidados de saúde, pois, se conseguirmos poupar recursos financeiros poderemos investir em outras áreas: Infra – estruturas, diminuir o ciclo de vida dos materiais hospitalares, apostar na formação independentemente no nível desejado.

Este trabalho de campo foi fundamental, uma vez que o investigador sentiu as dificuldades de como é recorrer a técnicas de micro -custeio para fazer um apuramento de custos por doente. Contudo uma tarefa muito gratificante uma vez que foi possível acompanhar os doente no seu tratamento conjugado com um trabalho que envolve o apuramento dos custos que uma determinada doença comporta.

11 PROPOSTAS E RECOMENDAÇÕES

- Criação de um departamento de contabilidade analítica dentro da SecLog, comportando um maior número de elementos de Oficiais e sargentos de ADMIL do QP.
- Criar um Conselho de Administração no HMP constituído por Médicos, Enfermeiros Chefes de Serviço para que se possam reunir e tomar decisões como um todo.
- Apostar num sistema de Informação uniforme a todo o hospital no que diz respeito á facturação e apuramento de custos, desde a secretária que dá baixa do doente no hospital, até ao Fármaco que imputa os custos com os medicamentos na Farmácia Hospitalar.

“Sistema de Custeio por Doente nos Hospitais Militares: Desenvolvimento de uma Metodologia”

- Adopção de um sistema de custeio directo por doente comprovado pelo trabalho de campo.
- Implementação de contadores por Serviço relativo aos encargos com as instalações (água, luz , e Gás)

BIBLIOGRAFIA

A – LIVROS

Baker, J. (1998). *Activity-based costing and activity-based management for health care*. Aspen Publishers, New York.

Barros P. (2005). *Economia na Saúde: conceitos e comportamentos*. Edições Almedina;Coimbra.

Caiado, António C. Pires (2009). *Contabilidade Analítica e de Gestão*. 5ª Edição, Áreas Editora, Lisboa.

Caiado, António. Pinto, Ana (2003). *Manual do Plano Oficial de Contabilidade Pública*. Áreas Editora, Lisboa.

Fortin, M. (1996). *O Processo de Investigação: Da Concepção à Realização*, Lusociência, Loures.

Fortin, M. (2003). *O Processo de Investigação: Da Concepção à Realização*, Lusodidática, Loures.

Gil, António Carlos. (1994). *Métodos e técnicas de pesquisa social*. Atlas, São Paulo.

Goode, William J.& Hatt, Paul K. (1979). *Método em pesquisa social*. Nacional, São Paulo.

Major, Maria João, Vieira, Rui (2009). *Contabilidade e Controlo de Gestão: Teoria, Metodologia e Prática*. Lisboa: Escolar Editora.

Maroco, J. (2003). *Análise estatística: com utilização do SPSS*, Lisboa Edições Sílabo,

Marconi, M e Lakatos, E. (2005). *Fundamentos de Metodologia Científica*. Editora Atlas, São Paulo.

“Sistema de Custeio por Doente nos Hospitais Militares: Desenvolvimento de uma Metodologia”

MARTINS, Gilberto de Andrade (2006). *Estudo de Caso: uma estratégia de pesquisa*. ATLAS,. São Paulo.

Merriam, S. B. (1988). *Case study research in education: A qualitative approach.*: Jossey Bass, San Francisco.

Mintzberg, H; (1995). *Estrutura e dinâmica das organizações*. 3ª edição, Publicações Dom Quixote , Lisboa.

Neves, J; Rodrigues, J;(2008). *O Controlo de gestão – Ao serviço da Estratégia e Gestores*. 8ª edição, Áreas Editora Lisboa.

Richardson RJ. (1999) *Pesquisa social: métodos e técnicas*. Atlas, São Paulo.

YIN, Robert K.(2001). *Estudo de Caso: Planejamento e Métodos*. 2ªedição,Bookman, . Porto Alegre.

Yin, R.K.(2004). *Estudo de Caso: Planejamento e Métodos*. 2. Edição, Bookman Porto Alegre.

Young, D.(2003). *Management accounting in health care organizations*. 1st edition. Jossey-Bass, San Francisco.

PONTE, João Pedro (2006). *Estudos de caso em educação matemática*. Bolema.

Quivy, R. e Campenhoudt L. (2008). *Manual de investigação em ciências sociais*. Gradiva, Lisboa.

Rudio FV. (1986.). *Introdução ao projecto de pesquisa científica*. Petrópolis (RJ):Vozes.

Sarmiento, Manuela (2008). *Guia Prático sobre a Metodologia Científica para a Elaboração, Escrita e Apresentação de Teses de Doutoramento, Dissertações de Mestrado e Trabalhos de Investigação Aplicada*. Universidade Lusíada Editora, Lisboa.

Shortell, S.; Kaluzny, A. (2006). *Health care management organization design and behaviour*. 5th edition. Thomson Delmar Learning, Florence.

“Sistema de Custeio por Doente nos Hospitais Militares: Desenvolvimento de uma Metodologia”

Teixeira, Sebastião (2005). *Gestão das Organizações*. McGraw-Hill, Madrid.

Thomas et. Al. (1986) *An Evaluation of Alternative Severity of Illness measure for uses by University Hospitals*. Ann Arbor, MI:Departement of Health Service Management and Policy. University of Michigan.

Vertrees, J. C. Incentivos globais e competição nos serviços de saúde. In Encontro sobre Financiamento do Sistema de Saúde em Portugal, Lisboa, FIL, 10 e 11 de Dezembro, 1998. Lisboa : IGIF, 1998a.

B- TESES E DISSERTAÇÕES

VIEIRA, R. — “CBA Custeio Baseado nas Actividades - Uma abordagem à gestão estratégica de custos”. Lisboa : Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa - ISCTE, 1993. Tese de Mestrado em Ciências Empresariais, especialização em Gestão, Estratégia e Desenvolvimento Empresarial.

C- REVISTAS E ARTIGOS

Fetter, R. B. – Case Mix Definition by Diagnosis Related Groups. **Medical Care**. (1980), p. 1-53.

Costa, C., Nogueira, P. – A medição da produção do hospital: a importância da fiabilidade - **Revista Portuguesa de Saúde Pública** . (1994), p. 31-40.

Urbano, J., Bentes, M. Definição da produção do hospital: os grupos de diagnóstico homogéneos –**Revista Portuguesa de Saúde Pública**, (1990), p.49-60.

Aronow,D B – Severity of illness measurement: applications in quality assurance and utilization review –**Medical Care Review**, (1988), p 339-366

Costa, C. e Lopes, S. Produção hospitalar - a importância da complexidade e da gravidade. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**,(2004), Vol temático nº 4.

“Sistema de Custeio por Doente nos Hospitais Militares: Desenvolvimento de uma Metodologia”

Udpa, S. -Activity-based costing for hospitals. **Health Care Management Review**. (1996), p. 83-96.

Phelan, P. et al. DRG cost weights : getting it right. **The Medical Journal of Australia**. (Oct.1998), p. 23.

Hornbrook, MC – *Hospital case mix: its definitions , measurement and use part I. The conceptualframework. Medical Care Review* . (1982a), p. 1-43.

Fetter, R.B. ; Costa,C. , trad. – *A metodologia dos grupos de diagnóstico relacionados: alçapões e efeitos adversos In Jornadas de Economia da Saúde*, 5, Lisboa 15-17 de Maio 1985; Campos, A Correia; Pereira,J. A. , coord. – *Sociedade, saúde e economia: Actas*. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública, (1987).

D- LEGISLAÇÃO

Decreto Regulamentar nº.75/2007 de 3 de Julho (Lei Orgânica do Exército).

Despacho do Exmoº TGEN QMG de 26JAN10.referente às tabelas de preços para 2010.

E- SITES DE INTERNET

<http://www.portaldasaude.pt/>

Visitado dia 01 de Junho de 2010 às 11:30 no HMP

<http://www.contratualizacao.minsaude.pt>

Visitado dia 03 de Junho às 09:30 no HMP

<http://www.iapmei.pt>

Visitado dia 04 de Junho às 16:00 no HMP

<http://www.portaldasaude.pt>

Visitado dia 07 de Junho de 2010 às 11:30 no HMP

<http://www.contratualizacao.minsaude.pt>

“Sistema de Custeio por Doente nos Hospitais Militares: Desenvolvimento de uma Metodologia”

.Visitado dia 04 de Junho às 09:30 no HMP

<http://www.jasfarma.pt/links.php?tema=Hospitais++ZONA+DE+LISBOA+E+VALE+DO+TEJO>

<http://www.jasfarma.pt/links.php?tema=Hospitais+-+ALENTEJO>

<http://www.jasfarma.pt/links.php?tema=Hospitais+-+ALGARVE>

<http://www.jasfarma.pt/links.php?tema=Hospitais+-+ZONA+CENTRO>

<http://www.jasfarma.pt/links.php?tema=Hospitais+-+ZONA+NORTE>

Estes 5 sites foram visitados dia 08 de Junho às 11:00 no HMP

GLOSSÁRIO

Benchmarking - Processo contínuo e sistemático que permite a comparação das performances das organizações e respectivas funções ou processos face ao que é considerado "o melhor nível", visando não apenas a equiparação dos níveis de performance, mas também a sua ultrapassagem. (<http://www.iapmei.pt>).

Bloco Operatório - É um espaço técnico, de grande diferenciação, que exige aos seus quadros uma preparação altamente especializada. Trata-se de um Serviço de utilização transversal pelas diversas especialidades cirúrgicas, que se servem dele segundo critérios de utilização racional e exemplar distribuição de tempos, com vista à maximização das suas eficiências, por ser uma estrutura com um significativo peso nas performances de produção e tabela de custo. (<http://www.hdfigueira.min-saude.pt>).

Custo - A quantia que terá que ser paga pela utilização ou produção de um bem ou de um serviço (Economic Analysis Handbook, 1993, p.6).

Centros de custos - é uma unidade da empresa (uma secção, um departamento, uma pessoa ou um processo) com custos directos que lhe possam ser imputados. Além dos custos directamente associados, são-lhe também atribuídas determinadas percentagens dos custos gerais da empresa, permitindo assim isolar os custos totais de funcionamento dessa unidade. (<http://www.knoow.net/>).

Custos - é o valor de bens e serviços e serviços consumidos na produção de outros bens ou serviços. Exemplo: O custo com antibióticos utilizados para dar alta a um paciente com pneumonia. (www.arslvt.min-saude.pt).

Eficácia - É a medida em que os *outputs* produzidos pelo processo se aproximam dos objectivos propostos, isto é, quanto menores forem os desvios entre o planeado e o realizado, maior é o grau de eficácia (Teixeira, 2005, p.8).

Eficiência - É a relação proporcional entre a qualidade e a quantidade de *inputs* e a qualidade e a quantidade de *outputs* produzidos. Assim, quanto maior for o volume de produção conseguido com o mínimo de factores produtivos, maior é o grau de eficiência (Teixeira, 2005, p.8).

“Sistema de Custeio por Doente nos Hospitais Militares: Desenvolvimento de uma Metodologia”

Indutores de custo - o que tem uma influência directa nos custos. Designados por *Cost-Drivers* na língua inglesa (Pinto, 2005 p322).

MCDT (Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica) - Designação genérica que engloba exames laboratoriais, imagiológicos, colheita de amostras por meios mais ou menos invasivos, e ainda actos de tratamento variados, realizados em regime ambulatorio ou em internamento hospitalar, que têm sido objecto de estatísticas e de comparações para medir a produção dos serviços, e de facturação a terceiros. (<http://portalcodgdh.minsaude.pt/>).

ÍNDICE REMISSIVO

4.1 DESPESA EM SAÚDE, 17	ENQUADRAMENTO E JUSTIFICAÇÃO DO TEMA, 1
ABSTRACT, 1	ENTIDADE ALVO DO ESTUDO DE CASO, 8
ACTIVIDADE ASSISTENCIAL, 15	ENTREVISTA, 9
AGRADECIMENTOS, 1	ESTRUTURA DO TRABALHO DE INVESTIGAÇÃO, 6
AMOSTRA, 11	GLOSSÁRIO, 46
ANÁLISE DAS ENTREVISTAS, 31	HOSPITAL MILITAR PRINCIPAL ENQUADRAMENTO E ORGANOGRAMA, 13
ANÁLISE DOCUMENTAL, 9	ÍNDICE DE FIGURAS, 1
ANALISE DOS QUESTIONARIOS, 24	ÍNDICE DE GRÁFICOS, 1
APÊNDICES, 49	ÍNDICE DE TABELAS, 1
AVALIAÇÃO DA INFORMAÇÃO FINANCEIRA, 26	ÍNDICE GERAL, 2
BIBLIOGRAFIA, 42	INQUÉRITOS por QUESTIONÁRIO, 10
CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA, 24	INTRODUÇÃO, 1
COLABORADOES, 15	LISTA DE ABREVIATURAS, 2
CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES, 35	LISTA DE SIGLAS, 2
CONCLUSÕES FINAIS, 40	MATERIAL E MÉTODOS, 7
CONTABILIDADE DE CUSTOS, 17	MÉTODO Activity Based Costing (ABC), 22
DEFINIÇÃO, 17	MÉTODO DAS SECÇÕES, 21
DELIMITAÇÃO DA PESQUISA, 5	MÉTODO DIRECTO, 20
ECONOMIA NA SAÚDE, 15	

“Sistema de Custeio por Doente nos Hospitais Militares: Desenvolvimento de uma Metodologia”

MÉTODOS DE RECOLHA DE DADOS, 9	RECURSOS FINANCEIROS, 15
O APURAMENTOS DE CUSTOS, 18	RESULTADOS OBTIDOS ATRAVÉS DA IMPUTAÇÃO DE CUSTOS POR DOENTE E COMPARAÇÃO COM OS RESULTADOS OBTIDOS POR GDH., 33
O SISTEMA DE SAÚDE MILITAR (SSM) E OS HOSPITAIS MILITARES, 13	RESUMO, 1
OBJECTIVOS DA CONTABILIDADE DE CUSTOS, 18	SÍNTESE CONCLUSIVAS, 35
OBJECTIVOS ESPECÍFICOS E HIPÓTESES DE INVESTIGAÇÃO, 4	SISTEMAS DE CUSTEIO- FUNDAMENTAÇÃO TEORICA, 19
OBSERVAÇÃO DIRECTA, 9	TIPO DE ESTUDO, 7
POPULAÇÃO, 11	VERIFICAÇÃO DAS HIPÓTESES, 37
PROPOSTAS E RECOMENDAÇÕES, 41	
QUESTÃO CENTRAL e QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO, 3	

APÊNDICES

INDICE DE APÊNDICES

APÊNDICE A	Resenha Histórica e Missão do HMP
APÊNDICE B	Colaboradores do HMP
APÊNDICE C	Quadro resumo de métodos de custeio
APÊNDICE D	Esquema do Método directo
APÊNDICE E	Exames requisitados ao exterior
APÊNDICE F	Tabela de preços de MCC
APÊNDICE G	Tabela de preços de Medicamentos
APÊNDICE H	Tabela de preços de equipamento e material de limpeza.
APÊNDICE I	Descrição do método usado para apuramento de custos directos por doente.
APÊNDICE J	Resultado do apuramento de custos directo por doente.
APÊNDICE K-	Guiões utilizados nas entrevistas
APÊNDICE L	Transcrição das entrevistas
APÊNDICE M-	Modelo de questionário utilizado

APÊNDICE A

RESENHA HISTÓRICA E MISSÃO DO HOSPITAL MILITAR PRINCIPAL

RESENHA HISTÓRICA

A organização militar tem influenciado enormemente o desenvolvimento das teorias da administração ao longo do tempo. A organização linear, por exemplo, tem as suas origens na organização militar dos exércitos da antiguidade e da época medieval. O princípio da unidade de comando, pelo qual cada subordinado só pode ter um superior, é fundamental para a função de direcção.

A escala hierárquica, ou seja, a escala de níveis de comando de acordo com o grau de autoridade e responsabilidade correspondente é tipicamente um aspecto da organização militar utilizado em outras organizações.

O conceito de hierarquia dentro do exército é provavelmente tão antigo quanto a própria guerra, pois a necessidade de um estado-maior sempre existiu neste ramo das forças armadas. Em tempo de paz ou longe das trincheiras em tempo de guerra, os exércitos tendem a ser instituições muito burocráticas, em que o planeamento detalhado, a disciplina e as cerimónias desempenham um papel muito importante.

O HMP, também conhecido por Hospital Militar da Estrela, é o hospital central do Exército Português, estando localizado na Estrela, em Lisboa.

O Hospital Militar Principal tem a sua origem por altura da Restauração, quando pela primeira vez se organizou o Serviço de Saúde Militar e se criaram Hospitais de Guarnição. Data de 1573 a fundação do Convento, tendo sido seu fundador o Frade Plácido de Vila Lobos da Ordem de S. Bento.

Em 1624 construiu-se no Convento das Janela Verdes, o Hospital Real Militar da Corte, mais tarde transferido para o colégio de Nossa Senhora da Estrela, passando a designar-se por Hospital Militar de Lisboa.

Em 1836, a Comissão de Saúde Militar apontou como instalação definitiva, o edifício da Estrela para Hospital Militar Permanente. O Hospital foi alargando as suas instalações e em 1898 anexou a ala que da Rua de S. Bernardo, para no ano seguinte alguns dos seus serviços serem instalados na cerca do Convento do Sagrado Coração de Jesus (Basílica da Estrela). Posteriormente com a abertura da Avenida Infante Santo ficou a referida cerca dividida.

Em 1961, o Aquartelamento de Campolide deixou de ser ocupado pelo Regimento de Artilharia n.º 1, sendo aí instalado o Centro Ambulatório de Doentes e Convalescentes, anexo do HMP, face ao grande número de evacuados do Ultramar.

Em 18 de Outubro de 1973 foi inaugurado a Casa de Saúde da Família Militar, localizada na cerca do hospital. Em 1991, procedeu-se à concentração hospitalar dos três corpos de edifícios dispostos em volta do Largo da Estrela, de forma a permitir a alienação do referido Anexo que se tornou desnecessário.

No início do Século XXI, o HMP, que hoje funciona como uma referência para os militares dos vários ramos das Forças Armadas e seus familiares, melhorou significativamente os serviços de urgência e as áreas de internamento, tendo implementado a departamentalização hospitalar.

Para além do apoio assistencial como área prioritária, o HMP considera que as vertentes do ensino e da investigação são motores indispensáveis para a actualização e melhoramento permanente dos cuidados médicos, constituindo um complemento incontornável da actividade clínica deste início do novo Século.

MISSÃO DO HOSPITAL MILITAR PRINCIPAL

A missão do HMP, decorrente das competências atribuídas aos HM/CS pelo artº 13º do Decreto - Regulamentar²³ nº 75/2007, de 03JUL, é:

- Assegurar o apoio sanitário aos militares e funcionários civis do Exército e seus familiares, bem com, quando a tal tenham direito, aos elementos dos outros ramos das Forças Armadas e das Forças de Segurança e respectivos familiares;
- Colaborar com os serviços do Estado de acordo com directivas superiores.
- Observância das Directivas emanadas pelo Comando do Exército e pelo Comando da Logística, no âmbito específico da saúde militar, reforçando o permanente e continuo esforço desenvolvido pelo HMP, na qualidade de centro de excelência no apoio à “Família Militar”, na vertente assistencial, e à componente operacional das forças terrestre, na vertente operacional.

Relativamente á coordenação com o SNS, a missão do HMP consiste na aplicação, contextualizada, das medidas de política de saúde dimanadas do Ministério da Saúde (MS), no tocante a:

- Ganhos em Saúde – Mais e Melhor Saúde – , materializados pelos ganhos em anos de vida, pela redução de episódios de doença ou encurtamento da sua duração, pela diminuição das situações de incapacidade temporária ou permanente devidas a doença, a traumatismos ou às suas sequelas, pelo aumento da funcionalidade física

²³ Ver Anexo B

e psicossocial e, ainda, pela redução do sofrimento evitável pela melhoria da qualidade de vida relacionada ou condicionada pela Saúde.

- Acesso a cuidados de saúde de qualidade, traduzindo-se na sua oportuna obtenção, bem como na sua adequação às necessidades, com garantias de efectividade, eficiência continuidade e satisfação.

APÊNDICE B

COLABORADORES DO HOSPITAL MILITAR PRINCIPAL

PESSOAL MILITAR					
Categoria		QOP	EXISTENCIA 31DEC20009		
			QP	RV/RC	TOTAL
Oficiais		93	66	10	76
Sargentos	Enfermeiros	173	60	5	65
	Outros		5	7	12
Praças		94		66	66
TOTAIS		360	131	88	219

Quadro 1 – Situação de Pessoal Militar

PESSOAL CIVIL				
Categoria	QOP	EXISTENCIA 31DEC20009		
		QPCE	Avença	Total
Médicos	85	43	13	56
Enfermeiros	75	29	1	30
Tec Sup	6	3	5	8
Tec TDT	21	25	3	28
Adm	77	48		48
Aux	182	65		65
Operários	29	12		12
Outros	58	36		36
Totais	533	261	22	283

Quadro 2 – Situação de Pessoal Civil

PRESTADORES DE SERVIÇOS			
CATEGORIA	RECIBO VERDE	EMPRESA	TOTAL
Médicos	64	36	100
Enfermeiros	131	5	136
Tec Sup	15	4	19
Adm	0	51	51
Aux	0	75	75
Operários	0	4	4
TOTAIS	210	175	385

Quadro 3 – Prestadores de Serviço

APÊNDICE C

QUADRO RESUMO DE MÉTODOS DE CUSTEIO

MÉTODOS	VANTAGENS	DESVANTAGENS
MÉTODO DAS SECÇÕES	✓ A informação é obtida com regularidade; ✓ É aplicado na grande maioria dos hospitais públicos portugueses (PCAH).	✓ Não há correspondência com os centros de produção; ✓ Não se consegue obter o custo por doente(valor desejável); ✓ Processo moroso no que diz respeito à divulgação da informação;
<i>Activity based costing</i> (ABC)	✓ Mais detalho que o método das secções, uma vez que permite obter o valor por doente saído, ou por actividade (cirurgia, por exemplo) ✓ Permite fazer comparações ao nível de eficiência entre as diferentes actividades desenvolvidas entre diferentes unidades	✓ Não reflecte os custos reais de determinados episódios; ✓ Os <i>cost – drivers</i> são difíceis de identificar durante o processo de produção de cuidados de saúde. ✓ Faz recurso da contabilidade analítica central da unidade hospitalar
MÉTODO DIRECTO	✓ Representa os custos reais por episódio, ✓ É possível a junção de informação relativas às características do doente (sexo, idade, localização geográfica); ✓ Cada doente tem um processo clínico electrónico; ✓ Possibilita a prática de preços mais exactos.	✓ Exige uma recolha exaustiva de dados; ✓ Necessita de um sistema de informação capaz de recolher e tratar toda a informação centralizando essa mesma informação no doente. ✓ Os custos indirectos são difíceis de imputar ao doente.

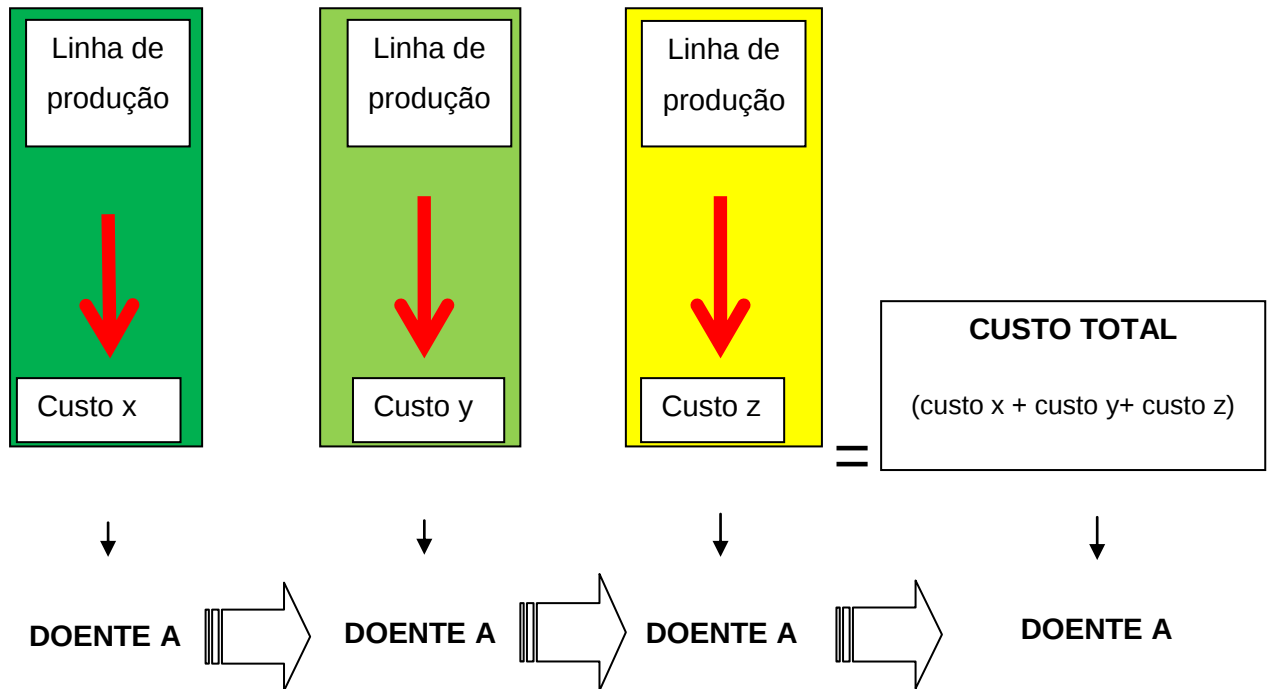
Quadro 4- Vantagens e desvantagens dos principais métodos de custeio existentes.

APÊNDICE D

ESQUEMA DO MÉTODO DIRECTO

Metodologia “Bottom – up”

“Identifica e valoriza os consumos de recursos utilizados por doente”



APÊNDICE E

EXAMES REQUESITADOS AO EXTERIOR

EXAMES	ENTIDADE	CUSTO UNITÁRIO
Análises HIV	Hospital Egas Moniz	93,70€
Análises AH1N1	Instituto Ricardo Jorge	157,40€
Arteriografia MI	Hospital Santa Marta	771,30€
Arteriografia Troncos Supra Aórticos	Hospital Santa Marta	446,70€
Arteriografia Selectiva Troncos Supra Aórticos	Hospital Santa Marta	514,20€
Aortografia	Hospital Santa Marta	446,70€
Angio TAC	SGHCVP	385,38€
Biopsia (Óssea)	H S Francisco Xavier & Lab. Fernando Teixeira	40,38€
Cateterismo Cardíaco	SGHCVP	1.443,99€
Cateterismo Cardíaco c/ Angioplastia	SGHCVP	4.400,00€ a 9.568,11€
Cintigrafia	Atomedical & H F Aérea	146,15€
Cirurgia de Revascularização Miocárdia	SGHCVP	11.650,00 a 25658,16€
Colangiopancreatografia retrógrada endoscópica (CPRE)	Hospital Pulido Valente	434,98€
Ecoendoscopia	Hospitais CUF	1.250,00€
Est. Citogenético Sangue Medular	<i>Instituto Português de Oncologia (IPO)</i>	124,90€
Est. Mutação Genes	Lab. Joaquim Chaves	95,00€
Exame Histológico	Hospital S. Francisco Xavier	109,00€
LEOC	Hospital St Louis	600,00€
LEOC guiada por Ecografia	Clínica de Stº António	1.446,00€
Linfocintigrafia	Hospital Força Aérea	263,70€
Mielograma	Hospital S Francisco Xavier	36,25€
Ressonância Magnética Nuclear (RMN)	C D Computurizado	145,00€
Tomografia Axial Computadorizada (TAC)	SGHCVP	70,00€

TABELA 1-Exames requisitados ao exterior.

FONTE: Secção Logística, HMP, 2010

APÊNDICE F

TABELA DE PREÇOS DE MATERIAL DE CONSUMO CLINICO

Produto requisitado	Preço unitário (Euros)
Adesivo Fix 10x10 (Rolo)	3,38€
Arrastadeira Biodegradáveis	0,68€
Aventais de Plástico Emb 100	0,08€
Campo Operatório com Buraco	0,78€
Contentor Citostático 10 lts.	2,09€
Lâminas bisturi n.º 10 (cx)	0,11€
Lâminas bisturi n.º 23 (cx)	0,11€
Luvras cirúrgicas Est. n.º 6,5	0,25€
Luvras cirúrgicas Est. n.º 7	0,25€
Luvras palhaço Emb. 100	0,01€
Luvras Verdes Médias (sem látex e sem pó) (cx. 100)	0,04€
Manápulas para as mãos (Cx)	0,12€
Penso Hidrogel 10x20 (Intrasite conformable) (cx)	3,17€
Seringas 10 ml (cx)	0,07€
Seringas com agulhas para insulina (cx)	0,10€
Seringas Gasimetria 25 U 1cc (Un)	0,82€
Sonda de oxigénio dupla (óculos nasais)	0,94€
Urinóis de cartão	0,68€
CUSTO TOTAL	13,68€

TABELA 2: Preços do Material de Consumo Clínico (MCC) requisitado pelo Piso 8 à Farmácia Hospitalar

FONTE: Farmácia Hospitalar, HMP,2010

APÊNDICE G

TABELA DE PREÇOS DE MEDICAMENTOS

Artigo	Descrição	Preço Unitário (Euros)
111124	ESOMEPRAZOL 40mg, inj.	0,003€
1222	CETOLORAC 30 mg, amp.	2,78 €
1352	FUROSEMIDA 20 mg/2 ml, inj.	0,08€
1745	LORAZEPAM 1mg, comp	0,06€
2114	PARACETAMOL 1g, inj	0,02€
863	DALTERAPINA SODICA 2500 UI, Inj.	0,03€
1859	METRONIDAZOL 500 mg, Injc.	1,58€
1017	MATAMIZOL MAGNÉSIO 2g/5 ml, inj	0,03€
1375	GEBTAMICINA 80 mg, I.M. I.V inj.	0,08€
1018	METAMIZOL MÁGNÉSIO 575 mg, caps.	0,06€
2119	PARACETAMOL 500mg, caps	0,02€
472	CAPTOPRIL 25 mg, comp.	0,03€
1875	METRONIDAZOL 1000 mg, inj.	0,03€
2201	PIPERACILINA + TAZOBACTAM 4,5 g., inj., IV	0,03€
610	CIPROFLOXACINA 500 mg, comp.	0,03€
1807	MEROPENEM 500 mg. Inj, IV	15,41€
914	DIAZEPAM 5mg, comp.	0,02€
1263	FITOMENADIONA 10 mg/ml,inj. (Vit. K)	0,03€
1663	LACTULOSE 500 mg	0,03€
715	CLORETO POTAS. 7,5%, inj.	0,95€
1857	METRONIDAZOL 1000 mg, Inj.	0,03€

“Sistema de Custeio por Doente nos Hospitais Militares: Desenvolvimento de uma Metodologia”

1415	GLUCONATO CALCIO 10%, amp.	0,88€
2479	SULFATO MAGNÉSIO 2gr/10 ml, Inj	5,99€
2591	TOBRAMICINA 0,3%, col.	0,03€
1317	FLURBIPROFENE 0,03%, col	0,03€
21	AC. AMINOCAPROICO 3g, pó	0,03€
228	AMILASE 3000 CEIP, Comp.	0,03€
2440	SOLUÇÃO ELECTROLITICA, pó	28,39€
1395	GLICERINA + BILIS Gel Rectal	1,00€
16101	IRBERSATAN 300 mg, comp	0,45€
1358	GABAPENTINA 300 MG., cap	0,09€
2552	TICLOPIDINA, 250 mg, comp	0,03€
864	DALTEPARINA SÓDICA, 5000 UI, Inj	0,03€
1815	METFORMINA 850 mg,com.p	0,03€
472	CAPTOPRIL 25 mg, comp.	0,03€
1901	MONONITRATO ISOSSORB, 60 mg, comp.	0,11€
1980	NIFEDIPINA 60 mg, comp	7,56 €
436	CARVEDILOL 6,25 mg, comp.	0,07€
749	SERTRALINA 50 mg, comp.	0,19€
1353	FUROSEMIDA 40 mg, comp.	0,03€
1808	MEROPENEM 1g. inj I.V	19,48€
1922	ACETILCISTEIMA 600 mg, comp	0,07€
1604	LEVOTIROXINA, 0,1 mg, comp	0,03€

TABELA 3- Preços dos medicamentos requisitados pelo Piso 8 à Farmácia Hospitalar

FONTE- Farmácia Hospitalar, HMP,2010

APÊNDICE H

TABELA DE PREÇOS DE EQUIPAMENTO ADMINISTRATIVO E MATERIAL DE LIMPEZA

Designação	Quantidade	Preço Unitário	Custo total
1084 Lápis carvão	2	0,06€	0,12€
1105 Marcador P/quadro, azul N/ Permanente	2	0,19€	0,38€
1107 Marcador P/quadro vermelho N/permanente	2	0,19€	0,38€
1121 Papel para fotocopiadora A- 4	3	0,01€	0,03€
1145 Tinta correctora	1	0,28€	0,28€
117 Envelope claro pequeno	15	0,05€	0,75€
118 Envelope claro médio	25	0,05€	0,75€
119 Envelope claro grande	30	0,10€	3€
CUSTO TOTAL			Σ=5,69€

TABELA 4- Equipamento administrativo requisitado pelo Piso 8 à Sub-Secção dos Recursos Materiais da Secção Logística

FONTE- Armazém da Sub-Secção dos Recursos Materiais da Secção Logística

Designação	Quantidade	Preço unitário	Custo total
5021- Detergente líquido	1	0,49€	0,49€
5034 Guardanapos A-100 (Grandes)	25	0,45€	11,25€
5035 Guardanapos B-100 (Pequenos)	20	0,30€	6€
5041- Lixívia 5 lts.	1	0,13€	0,13€
5052- Panos do pó	1	0,24€	0,24€
5053- Papel higiénico	24	0,695€	16,68€
5054- Toalhetes	60	0,27€	16,20€
5069- Sacos de plástico	3	6,5€	19,5€
5070- Sacos de plástico grandes	1	10€	10€
5071- Sacos de plástico pequenos	2	6,5€	13€
5095- Detergente maq. Lavar loiça	2	0,90€	1,80€
5096- Abrilhantador maq. Lavar a loiça 1lt.	2	1,25€	2,50€
5097- Sal maq. Lavar loiça 1Kg.	2	0,89€	1,78€
Esfregão tipo scoth	2	0,14€	0,28€
CUSTO TOTAL			Σ= 99,83€

TABELA 5: Material de limpeza requisitado pelo Piso 8 à Sub-Secção dos Recursos Materiais da Secção Logística.

FONTE: Armazém da Sub-Secção dos Recursos Materiais.

APÊNDICE I

DESCRIÇÃO DO MÉTODO USADO PARA APURAMENTO DE CUSTOS DIRECTOS POR DOENTE

Nesta fase deste estudo de caso, tentou-se imputar os custos o mais próximo possível ao doente. Essa imputação de custos passa em grosso modo por dividir inicialmente os custos em duas grandes fatias: **Custos Directos**²⁴ e **Custos Indirectos**²⁵.

Custos Indirectos - aqueles que não se consegue imputar concretamente ao doente:

1 Encargos com as instalações – Corresponde aos gastos feitos em electricidade, água e gás nas instalações:

- ✓ Luz – Optou-se por considerar os seguintes aparelhos consumidores de electricidade por quarto:
 - Televisão Grundig 37 cm
 - Ar condicionado 9000 BTUS de marca Carrier Alegro
 - 4 lâmpadas Philips
- ✓ Água - a água contabilizada no contador geral
- ✓ Gás – o gás contabilizado no contador geral, para banhos, e outras utilizações necessárias.

No que concerne ao apuramento de custos indirectos - encargos com as instalações, foi apurado que existe um contador geral para cada edifício. Neste caso de estudo, o Piso 8 encontra-se na Casa de Saúde da Família Militar, sendo considerada apenas uma factura para o contador geral que faz a contagem de água, o contador geral de electricidade e o contador geral de gás.

Os gastos com electricidade, água e gás são divididos por cada doente e sucessivamente repartido pelo número de dias equitativamente, pelo se conseguiu obter um valor justo para cada doente individualmente. Apurou-se que o “bolo” dos custos assumia um valor de 16.893,25€, que foi dividido **por piso**, ou seja:

$16.893,25\text{€}/13=1.299,48\text{€}$, este valor corresponde ao custo mensal por piso. Após isso, foi dividido pelos dias do mês de Julho, como o mês em estudo tem 31 dias:

$1.299,48\text{€}/31=43,31\text{€}$ representa o valor do custo diário dos encargos com as instalações por piso. Neste seguimento, obtemos o valor concreto a imputar ao doente: $43,31\text{€}/29^{26}=$

²⁴ Ver glossário

²⁵ Ver glossário

²⁶ 30 representa o número de doentes assistidos durante 05JUL10 e 16JUL10

“Sistema de Custeio por Doente nos Hospitais Militares: Desenvolvimento de uma Metodologia”

1,49€. Este valor é o mais aproximado possível que se consegue apurar mediante os valores apresentados e a organização deste hospital.

2 Custos com pessoal – todo o pessoal que trabalhou no sentido de melhorar as condições do paciente e contribuiu para a sua alta hospitalar no Piso 8.

Neste piso, trabalham 18 trabalhadores, que fazem parte do quadro orgânico de pessoal do HMP.

São diferenciados em diferentes categorias, consoante as profissões como demonstra a seguinte tabela:

Número de trabalhadores	Categoria	Remuneração
1	Médico (Assistente graduado)	2.703,69€
1	Médico (Assistente)	1.853,96€
1	Médico(Assistente)	1.853,96€
1	Médico (Assistente de exclusividade) ²⁷	4.107,02€
8	Enfermeiros	1.073,92€
1	Administrativo	545,15€
5	Aux. Serviço	474,43€

Tabela 6- Tabela de remunerações do pessoal do quadro orgânico do HMP

Fonte: Secção Logística, HMP, 2010

Apresentadas as remunerações dos trabalhadores desta unidade de prestação de cuidados de saúde, foi estipulado o seguinte calculo:

$(2.703,69€ + 1.853€ + 1.853€ + 4.107,02€) + (8 * 1.073,92€) + (1 * 545,15€) + (5 * 474,43€) = 22.027,29€$

$22.027,29€ / 18 = 1223,73€$ (média das remunerações)

$1223,73€ / 29 = 42,19€$ (custo diário do pessoal imputável ao doente)

Os custos com pessoal são imputados equitativamente pelos doentes, considerando ainda que o corpo de trabalhadores faz turnos entre si, mas não horas extraordinárias, mesmo assegurando toda a assistência necessária aos doentes.

Nos custos directamente imputáveis ao doente, os **custos directos** podem ser classificados da seguinte forma:

1 Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica (MCDTs),

A tabela que se apresenta no Apêndice E, demonstra todos os MCDTs executados fora das instalações do HMP, a entidade que os executa, e o seu custo unitário que representa para a entidade alvo. Também são contabilizados neste trabalho os MCDTs feitos no HMP,

²⁷ O contrato de exclusividade obriga o trabalhador a não desempenhar funções em outras instituições de prestação de cuidados de saúde.

acompanhados com a sua descrição e o seu custo unitário de acordo com a Portaria n.º 34/2009 de 15 de Janeiro²⁸, publicada em Diário da República.

2 Material de Consumo Clínico (MCC)

Este tipo de material, essencial para o normal funcionamento deste piso, comporta alguma especificidade, que varia com a patologia do doente.

O formato do documento requisitante poderá ver-se no **Anexo C**. As quantidades necessárias são requisitadas semanalmente pelo Piso 8 à Farmácia Hospitalar. A tabela que se encontra presente no Apêndice F demonstra o material foi requisitado e o seu preço unitário. A custo total de material pedido 13,68€ que sendo dividido pelo número de doentes assistidos resulta no seguinte valor : **0,47€** (13,68€/29).

3 Medicamentos

O Processo de requisição de medicamentos feitos pelo piso 8 à Farmácia Hospitalar, à semelhança do Material de Consumo Clínico, é feito de acordo com as necessidades dos doentes. Esse custo é directamente aplicado ao doente à medida que este administra o medicamento. No Anexo D. encontra-se organizado por cama, todos os doentes que deram entrada no piso 8, no período estudado. Estes dados presentes em anexo foram trabalhados nos serviços informáticos e estatísticos do HMP, e que serviram para fazerem uma contagem minuciosa dos medicamentos tomados por cada doente individualmente.

4 Requisições de alimentação,

De acordo com o Despacho aprovado pelo Exmo. TGEN QMG para os preços praticados nas messes relativos ao ano de 2010, apresenta os custos relativos às 1ª, 2ª e 3ª refeição.

Os preços das refeições varia de acordo com os utentes da messe, desde se são utentes em situação normal, até às dietas hospitalares.

Esta tabela encontra-se presente no Anexo G, de onde se pode constatar que diariamente o custo das refeições por doente custa ao HMP **15,25€** (valor correspondente à **1ª, 2ª e 3ª** refeição. Se necessário, ainda pode ser oferecido um reforço nocturno, que tem um custo para o hospital de **1,67€** por doente. Neste trabalho de investigação considerou-se que todos os doente do internamento (onde pertence o Piso 8 e que é sempre superior a 24 H.) consomem o reforço nocturno. Assim sendo, e como mais à frente será descrito neste trabalho, os custos totais com alimentação assumem um valor de **16,92€** por doente, que depois será multiplicado pelo número de dias de internamento.

²⁸ Consultar o site : <http://diario.vlex.pt/vid/portaria-janeiro-51176036>

“Sistema de Custeio por Doente nos Hospitais Militares: Desenvolvimento de uma Metodologia”

5 Requisições de equipamento administrativo/ material de limpeza

Foram consideradas todas as requisições que se efectuaram durante o período em estudo. Os dados foram obtidos no Armazém dos Recursos Materiais que pertence à SecLog e mediante uma Guia de Entrega foi possível observar a nível de material de escritório e de limpeza aquilo que foi requisitado aos Recursos Materiais (ver Apêndice H).

O custo total deste tipo de equipamento resulta de uma soma conjunta da quantidade requisitada com a tipologia do artigo. Como se pode observar, foram pedidas as seguintes quantidades de material de limpeza:

Os custos totais em equipamento administrativo foram **5.63€** e somar com os **99,83€** gastos em material de limpeza dá um total de **105,52€**. O uso deste material é essencial para o desenvolvimento de toda a actividade assistencial no Piso 8, e além disso, é um material de desgaste moroso, isto é, um determinado tipo de compressas ou gel pode durar até 3 meses, segundo informações recolhidas. Por isso, considerou-se pertinente dividir os custos equitativamente pelos doentes, tal como os encargos com as instalações. Assim sendo:

$105,52\text{€}/29^{29}=3,64\text{€}$ (custo do equipamento administrativo e material de limpeza a cada doente).

6 Requisições de Lavandaria.

Para tratamento da roupa hospitalar, teve-se em consideração as peças de roupa que cada doente tem direito a usufruir: colcha, 2 lençóis, fronha, cobertor e 3 toalhas, num total de 8 peças.

Este serviço, é assegurado por uma empresa, em regime de *outsourcing*³⁰, que assegura todo o serviço prestado. O cálculo deste custo foi obtido através da pesagem das 8 peças de roupa. Essas peças pesaram 5 Kilogramas e a sabendo que a empresa responsável pelo serviço cobrava **0,67€** ao Kg., fez-se uma regra três simples. O resultado obtido foi **3,35€** por dia para cada doente, sabendo que a roupa é trocada toda, todos os dias.

A título meramente informativo e porque o *core business* deste trabalho é fazer uma análise de custos para de determinação de rentabilidade, a última factura corresponde a um valor de 6.162,66€, como comprovativo, no Anexo F encontra-se o documento da factura que comprova tal facto.

²⁹ 30 corresponde ao número de doentes assistido entre 5JUL10 e 16JUL10 no piso 8

³⁰ “Outsourcing é uma forma de acrescentar valor a um negócio convertendo um centro de custos interno num serviço externo através da subcontratação, permitindo a libertação de recursos da organização e dos gestores para concentrarem a sua atenção nas áreas de negócio de elevada importância estratégica”. (<http://www.knoow.net/cienceconempr/gestao/outsourcing.htm>)

“Sistema de Custeio por Doente nos Hospitais Militares: Desenvolvimento de uma Metodologia”

Esclarecidos todos os custos que é possível de imputar directa ou indirectamente ao doente, apresentam-se de seguida os custos a cada doente. Para não afectar a privacidade dos doentes, o nome destes não é apresentado, mas sim um número que vai codificar o doente.

APÊNDICE J

RESULTADOS DO APURAMENTO DE CUSTO DIRECTO POR DOENTE

Doentes assistidos no Piso 8 entre 05JUL10 e 16JUL10.

QUARTO 8 CAMA 5081

Doente Nº35

Duração de Internamento: 2 dias (Baixa: 12JUL10/Alta:14JUL10)

	Descrição	Preço
MCDTs	LEOC.....	600€
	SUB-TOTAL.....	600€
Medicamentos	2119 PARACETAMOL 500 mg, comp. (6*0,02).....	0,12€
	SUB-TOTAL.....	0,12€
MCCs	0,47€*2=.....	0,94€
		
Encargos com instalações	1,49€*2=.....	2,98€
Custos com pessoal	42,19€*2=.....	82,38€
Equipamento Administrativo/ Material de Limpeza	105,52€/29=.....	3,64€
Custos com alimentação	(15,25€+1,67€)*2=.....	33,84€
Custos com lavandaria	3,35*2=.....	6,70€
CUSTOS TOTAIS		730,60€

Tabela 7- Custo Unitário por Diária de Internamento – Doente 35.

QUARTO 4 CAMA 5041

Doente Nº262753

Duração de Internamento: 7 dias (Baixa: 06JUL10/Alta:13JUL10)

	Descrição	Preço
MCDTs	31057(Anatomia Patológica).....	100,90€
	22076 (Patologia Clínica).....	1,20€
	22949.....	1,30€
	21620.....	1,30€
	22271.....	1,60€
	21220.....	1,40€
	21343.....	1,90€
	21196.....	1,90€
	22679.....	1,70€
	21140.....	1,30€
	22671.....	8,10€
	22954.....	2,90€
	22957.....	2,80€
	24359.....	4,60€
	24347.....	4,70€
	Arteriografia.....	771,82€
	RMN.....	145€
	SUB-TOTAL.....	1.061,62
Medicamentos	1857- METRONIDAZOL 1000mg, inj.....1*0,03€	0,03€
	1375- GENTAMICINA 80mg, I.M-I.V-inj..... 4*0,23€	0,92€
	1745- LOROZEPAM 1mg8*0,06€	0,48€
	1018 METAMIZOL MAGNÉSIO 575 mg, caps 6*0,06€	0,36€
	SUB-TOTAL.....	1,79€
MCCs	13,68€/29.....	0,47€
Encargos com instalações	1,49€*7=.....	10,43€
Custos com pessoal	42,19€*7=.....	295,33€
Equipamento Administrativo/ Material de Limpeza	105,52€/29=.....	3,64€
Custos com alimentação	(15,25€+1,67€)*7=.....	118,44€
Custos de Lavandaria	3,35€*7=.....	23,45€
CUSTOS TOTAIS		1.514,3€

Tabela 8- Custo Unitário por Diária de Internamento - Doente nº262753.

QUARTO 5 CAMA 5051

Doente Nº249332

Duração de Internamento: 1 dia (Baixa: 15JUL10/Alta:??/??/10)

	Descrição	Preço
MCDTs	21620 (Patologia clínica)..... 22076..... 22271..... 22949..... 24209..... 24347..... 24359..... 26013 (Imunohemoterapia)..... 26025..... 26028..... 26066..... Endoscopia..... SUB-TOTAL.....	1,30€ 1,20€ 1,60€ 1,30€ 6,40€ 4,70€ 4,60€ 18,20€ 15,60€ 18,70€ 19,80€ 1250€ 1.359€
Medicamentos	1017 METAMIZOL MAGNÉSIO 2g/5ml, inj. (3*0,06€)=..... 2114 PARACETAMOL 1g. inj.(3*0,02€)=..... 1745 LORAZEPAM 1mg, comp (2*0,02€)=..... SUB-TOTAL.....	0,18€ 0,06€ 0,04€ 0,28€
MCCs	0,47€*1=.....	047€
Encargos com instalações	1,49*1=.....	1,49€
Custos com pessoal	42,19€*1=.....	42,19€
Equipamento Administrativo/ Material de Limpeza	105,52€/29=.....	3,64€
Custos com alimentação	(15,25+1,67€)*1=.....	16,92€
Custos com lavandaria	3,35€*1=.....	3,35€
CUSTOS TOTAIS		1.428€

Tabela 9- Custo Unitário por Diária de Internamento - Doente nº24933.

“Sistema de Custeio por Doente nos Hospitais Militares: Desenvolvimento de uma Metodologia”

QUARTO 8 CAMA 5081

Doente Nº25934

Duração de Internamento: 2 dias (Baixa: 13JUL10/Alta:15JUL10)

	Descrição	Preço
MCDTs	26013 (Imunohemoterapia).....	155,8€
	55045.....	4,65€
	55040 (2*4,65€)=.....	9,3€
	55065.....	15,40€
	55025.....	7,50€
	Cateterismo Cardíaco.....	4400€
	SUB-TOTAL.....	4.602,05€
Medicamentos	Nada a registar	0€
MCCs	0,47€*2=.....	0,94€
Encargos com instalações	1,49€*2=.....	2,98€
Custos com pessoal	42,19€*2=.....	82,38€
Equipamento Administrativo/ Material de Limpeza	105,52€/29=.....	3,64€
Custos com alimentação	(15,25€+1,67€)*2..... ...	33,84€
Custos com lavandaria	3,35*2=.....	6,70€
CUSTOS TOTAIS		4.732,53€

Tabela 10- Custo Unitário por Diária de Internamento - Doente nº25934.

QUARTO 9 CAMA 5091

Doente Nº16735

Duração de Internamento: 4 dias (Baixa: 12JUL10/Alta:??JUL10)

	Descrição	Preço
MCDTs	40301 (Electrocardiologia) 40550..... 24347(Patologia Clínica)..... 24209..... 21343..... 21271..... 21220..... 22271..... 22949..... 22076..... LEOC..... Endoscopia..... SUB-TOTAL	7,50€ 63,70€ 4,70€ 6,40€ 1,90€ 10,40€ 11€ 1,60€ 1,30€ 1,20€ 1446€ 1250€ 2.811,70
		€
Medicamentos	1745 LORAZEPAM 1mg, comp. (5*0,06€)=..... 1018 METANIZOL MAGNÉSICO 575 mg.,caps.(3*0,06€)=... 1353 FUROSEMIDA 40 mg., comp (3*0,03€)=..... 1901 MONONITRATO ISOSSORB, 60mg.,comp (3*0,11€)= 1980 NIFEDIPINA 60 mg., comp. (3*7,56€)=..... 436 CARVEDILOL 6,25 mg., comp. (3*0,07€)=..... 749 SERTRALINA 50 mg, comp. (2*0,19€)=..... SUB-TOTAL	0,30€ 0,18€ 0,09€ 0,33€ 22,68€ 0,21€ 0,38€ 24,17€
MCCs	0,47€*4=.....	1,88€
Encargos com instalações	1,49€*4=.....	5,96€
Custos com pessoal	42,19€*4=.....	168,16€
Equipamento Administrativo/ Material de Limpeza	105,52€/29=.....	3,64€
Custos com alimentação	(15,25€+1,67€)*4=.....	67,68€
Custos com lavandaria	3,35*4=.....	13,40€
CUSTOS TOTAIS		3.096€

Tabela 11- Custo Unitário por Diária de Internamento - Doente nº16735.

QUARTO 11 CAMA 5111

Doente Nº28815

Duração de Internamento: 3dias (Baixa: 12JUL10/Alta:15JUL10)

	Descrição	Preço
MCDTs	Endoscopia.....	1250€
Medicamentos	1222 CETOLORAC 30 mg, amp (2*2,78€)=.....	5,56€
	1745 LORAZEPAM 1mg., comp...(2*0,06€)=.....	0,12€
	SUB TOTAL.....	1.255,68 €
MCCs	0,47€*3=.....	1,41€
Encargos com instalações	1,49€*3=.....	4,47€
Custos com pessoal	42,19€*3=.....	126,57€
Equipamento Administrativo/ Material de Limpeza	105,52€/29=.....	3,64€
Custos com alimentação	(15,25€+1,67€)*3=.....	50,76
Custos com lavanderia	(3,35€)*3=.....	10,05€
CUSTOS TOTAIS		1.452,59 €

Tabela 12- Custo Unitário por Diária de Internamento - Doente nº28815.

QUARTO 14 CAMA 5142

Doente Nº53109

Duração de Internamento: 2 dias (Baixa: 14JUL10/Alta:16JUL10)

	Descrição	Preço
MCDTs	TAC.....	70€
	Cateterismo Cardíaco c/ Angiosplastia.....	4400€
	SUB-TOTAL.....	4.470€
Medicamentos	2591 TOBRAMICINA 0,3%, col (2*0,03€)=.....	0,06€
	1317 FLURBIPROFENE 0,03%, col.....	0,03€
	SUB-TOTAL.....	0,09€
MCCs	0,47€*2=.....	0,94€
Encargos com instalações	1,49€*2=.....	2,98€
Custos com pessoal	42,19€*2=.....	84,38€
Equipamento Administrativo/ Material de Limpeza	105,52€/29=.....	3,64€
Custos com alimentação	5,60€*6.....	11,20€
Custos com lavandaria	(3,35€*2)=.....	6,7€
CUSTOS TOTAIS		4.579,53 €

Tabela 13- Custo Unitário por Diária de Internamento - Doente nº53109.

QUARTO 14 CAMA 5142

Doente N°34227

Duração de Internamento: 3 dias (Baixa: 13JUL10/Alta:16JUL10)

	Descrição	Preço
MCDTs	Arteriografia.....	771,30€
	31077.....	155,80€
	SUB-TOTAL.....	927,10€
Medicamentos	1018 METAMIZOL MAGNÉSIO 575mg, caps. (6*0,06€)=	0,36€ 0,04€
	1745 LORAZEPAM 1mg.,comp. (2*0,02€)=.....	0,30€
	SUB-TOTAL.....	
MCCs	0,47€*3=.....	1,41€
Encargos com instalações	1,49€*3=.....	4,47€
Custos com pessoal	42,19€*3=.....	126,57€
Equipamento Administrativo/ Material de Limpeza	105,52€/29=.....	3,64€
Custos com alimentação	(15,25€+1,67€)*3.....	16,92€
Custos com lavandaria	(3,35€*3)=.....	10,05€
CUSTOS TOTAIS		1.090,46 €

Tabela 13- Custo Unitário por Diária de Internamento - Doente nº34227.

QUARTO 4 CAMA 5041

Doente Nº237471

Duração de Internamento: 1 dia (Baixa: 15JUL10/Alta:16JUL10)

	Descrição	Preço
MCDTs	31057 (Anatomia Patológica).....	100,90€
	22076 (Patologia Clínica).....	1,20€
	22949.....	1,30€
	21620.....	1,30€
	LEOC.....	600€
	Aortografia.....	446,70
	SUB-TOTAL.....	1.151,40
		€
Medicamentos	1745 LOROZEPAM 1mg ...2*0,06€	0,12€
	1017 METAMIZOL MAGNÉSIO 575 mg, caps 3*0,03€	0,09€
	2114 PARACETAMOL 1g, inj.....3*0,02€.	0,06€
	SUB-TOTAL.....	0,27€
MCCs	(0,47€*1)=.....	0,47€
Encargos com instalações	1,49*1=.....	1,49€
Custos com pessoal	42,19€*1=.....	42,19€
		
Equipamento Administrativo/ Material de Limpeza	105,52€/29=.....	3,64€
Custos com alimentação	(15,25€+1,67€)*1=.....	16,92€
Custos com lavandaria	3,35€*1=.....	3,35€
CUSTOS TOTAIS		1.219,73
		€

Tabela 13- Custo Unitário por Diária de Internamento - Doente nº237471.

APÊNDICE K

GUIÕES DAS ENTREVISTAS UTILIZADO

“Sistema de Custeio por Doente nos Hospitais Militares: Desenvolvimento de uma Metodologia”

CARTA DE APRESENTAÇÃO

O Aspirante Aluno, NIMº 16209904, do Serviço de Administração Militar, Ismael Filipe Gonçalves dos Santos vem por este meio solicitar a Vossa Excelência, os vossos ofícios relativos a informação referente ao apuramento de custos sua Unidade Hospitalar.

O requerente encontra-se neste momento a realizar a sua tese de mestrado na Área Científica de Economia, Gestão e Administração, com o seguinte tema: *“Sistema de custeio por doente nos Hospitais Militares: Desenvolvimento de uma metodologia.”*

O pretendido é efectuar um Trabalho de Investigação Aplicada relativo ao apuramento de custos por doente no Hospital Militar Principal e apresentar resultados conclusivos de forma a trazer uma mais-valia para o Hospital Militar Principal e para o Exército.

Sem mais nada de momento e com os melhores cumprimentos,

Ismael Santos
ASP AL ADMIL
(Aspirante Aluno de Administração Militar)

Lisboa, Maio de 2010



MINISTÉRIO DA DEFESA NACIONAL

EXÉRCITO

COMANDO DA LOGÍSTICA

HOSPITAL MILITAR PRINCIPAL

Assunto: Entrevista no âmbito do trabalho de Investigação Aplicada subordinado ao tema
“Sistema de Custeio por doente nos Hospitais Militares: Desenvolvimento de uma
Metodologia.”

Orientador

TCOR ADMIL (Mestre) Fernando J E. Fialho Barnabé

Co-Orientador

Mestre em Gestão das Organizações de Saúde pelo ISCTE
Enf^a Isabel Lameiras

Autor

ASP AL ADMIL Ismael Santos

Introdução

O objectivo geral deste questionário, é realizar um levantamento de dados, objectivando a construção do conhecimento científico na área da Gestão e Administração Hospitalar. As finalidades específicas deste instrumento de colecta, perpassam pelo conhecimento e reconhecimento acerca da opinião dos diversos utentes/utilizadores sobre a **prestação de cuidados de saúde aos seus utentes de acordo com o seu sistema de custeio**, (por períodos menores que um ano de uma organização), verificando **a adequabilidade/rentabilidade dos sistemas de custeio na actividade hospitalar**.

É de salientar, que todos os dados obtidos através da aplicação deste questionário serão tratados e sintetizados de forma estritamente confidencial, não existindo o manuseamento dos mesmos por outras pessoas, que não o autor desta pesquisa. **Agradecemos que este questionário seja preenchido até a data limite de 09/07/2010.**

“Sistema de Custeio por Doente nos Hospitais Militares: Desenvolvimento de uma Metodologia”

Caso seja do vosso interesse, enviarei as conclusões finais deste estudo científico, logo que concluído o processo. Fica expresso desde o presente momento o meu reconhecimento e a minha gratidão, pela disponibilidade.

Guião da Entrevista

Tema: “Sistema de custeio por doente nos Hospitais Militares: Desenvolvimento de uma metodologia”

Entrevistador: Aspirante de Administração Militar Ismael Filipe Gonçalves dos Santos

Entrevistados:

- ☐ **Entrevistado 1:** Director de Planeamento e controlo de Gestão do Hospital CUF Infante Santos.
- ☐ **Entrevistado 2:** Director de Planeamento e controlo de Gestão do Hospital Doutor Fernando Fonseca

Objectivo Geral

Poderão ser obtidos benefícios financeiros no Sistema de Saúde Militar decorrentes da utilização de um sistema de custeio em linha com os utilizados nos hospitais civis?

Objectivos específicos:

- 1- Verificar se a contabilidade hospitalar que está organizada pelos Grupos de Diagnósticos Homogéneos (GDH's) é uma boa ferramenta para o apuramento de custos e por consequência de apoio á decisão.
- 2 Verificar se a metodologia de apuramento dos custos directo por unidade de produção, (doente tratado) preconizada, é passível de ser implementada nos Hospitais Militares do Exército, utilizando como unidade piloto o HMP.
- 3 Verificar se a informação obtida com a metodologia de custo directo por doente é relevante para a tomada de decisão e identificar as vantagens dessa informação

IDENTIFICAÇÃO PARCIAL DO ENTREVISTADO

Nome Completo: _____

Cargo/Função: _____

Data: _____

Hora de início: _____

Hora de Fim: _____

Local: _____

1. Há quanto tempo (em anos, aproximados ou exactos) que possui no exercício de funções na área da Gestão e/ou Administração hospitalar?

Resposta: _____

2. Qual(ais) o(s) cargos desempenhados nesse período de tempo?

Resposta: _____

3. Dentro da área de Gestão e/ou Administração Hospitalar, quantos anos desempenhou directamente funções envolvia **o apuramento de custos da Unidade Hospitalar que representa?**

Resposta: _____

4. A Unidade Hospitalar onde desempenha funções, a partir de que sistema é regido?:

Resposta: _____

2 AVALIAÇÃO DA INFORMAÇÃO FINANCEIRA

A Avaliação da Informação Financeira é de extrema relevância, que se prende com o facto de qualquer inovação que se pretenda introduzir tenha o seu sucesso condicionado pela qualidade com que os utilizadores avaliam esta informação, pois uma informação sem qualidade origina a que tudo o que tenha por base a mesma seja inevitavelmente dúbio e sem a credibilidade necessária.

2.1 Como elemento representativo do pessoal da área de Gestão e da Administração Hospitalar, qual é a **metodologia de custeio** que considera mais vantajosa para a sua instituição?

Resposta: _____

2.1.1 Porquê? _____

2.2 Partindo da ideia de que a **metodologia de custeio directo por doente, é uma boa ferramenta de apoio à gestão** e que serve de “elo de ligação” entre gestores e clínicos, considera que o apuramento de custos directos por doente é relevante para a tomada de decisões?

Resposta: _____

2.3 Poderá o sistema de custeio directo por doente trazer vantagens às unidades de saúde que o executam, ao invés, daqueles que apuram os custos agrupando-os por secções?

Resposta: _____

2.4 Considera que o sistema de custeio directo por doente, permite tomar decisões estratégicas e operacionais com o menor grau de risco associado?

Resposta: _____

2.5 Considerando os Grupos de Diagnóstico Homogéneos – GDH's, como um sistema **constituído por múltiplas** variáveis que ao serem agregadas, caracterizam um produto hospitalar, a informação fornecida por este sistema é de fácil compreensão para os interpretadores?

Resposta: _____

2.6 Qual (ais) a (s) que na sua opinião, as Áreas Hospitalares necessitavam de um mecanismo de controlo mais eficiente, por representarem áreas mais críticas, onde uma metodologia de custos por serviços não permitem um controlo totalmente eficiente?

Resposta: _____

Conclusão

Caso seja vontade do entrevistado, enviarei os resultados desta pesquisa empírica, bem como as conclusões finais do estudo científico em análise. Caso seja necessário algum esclarecimento acerca deste questionário, terei o maior prazer em o (a) esclarecer, através do endereço electrónico Ismael_f_santos@hotmail.com, ou através do telemóvel 967 216 729.

Com os melhores Cumprimentos,

Ismael Filipe Gonçalves dos Santos

ASP AL ADMIL

FIM

APÊNDICE L

TRANSCRIÇÃO DAS ENTREVISTAS

ENTREVISTA Nº1

Nome Completo: Nuno Luís Gonçalves Cardoso

Cargo/Função: Director de Planeamento e controlo de Gestão

Data: 22/07/2010

Hora de início: 12:00

Hora de Fim: 12:20

Local: Administração do Hospital CUF Infante Santos, Lisboa

Utilização de gravador : Não

IDENTIFICAÇÃO PARCIAL DO ENTREVISTADO

Entrevistador Há quanto tempo (em anos, aproximados ou exactos) que possui no exercício de funções na área da Gestão e/ou Administração hospitalar?

Entrevistado 1: À 11 anos.

Entrevistador Qual(ais) o(s) cargos desempenhados nesse período de tempo?

Entrevistado 1: O meu cargo esteve sempre ligado ao planeamento e controlo de gestão.

Entrevistador - Dentro da área de Gestão e/ou Administração Hospitalar, quantos anos desempenhou directamente funções envolvia o apuramento de custos da Unidade Hospitalar que representa?

Entrevistado 1: À 11 anos.

Entrevistador - A Unidade Hospitalar onde desempenha funções, a partir de que sistema é regido?:

Entrevistado 1: Activity Based Costing (ABC)

2 AVALIAÇÃO DA INFORMAÇÃO FINANCEIRA

A Avaliação da Informação Financeira é de extrema relevância, que se prende com o facto de qualquer inovação que se pretenda introduzir tenha o seu sucesso condicionado pela qualidade com que os utilizadores avaliam esta informação, pois uma informação sem qualidade origina a que tudo o que tenha por base a mesma seja inevitavelmente dúbio e sem a credibilidade necessária.

Entrevistador - Como elemento representativo do pessoal da área de Gestão e da Administração Hospitalar, qual é a metodologia de custeio que considera mais vantajosa para a sua instituição?

Entrevistado 1: A metodologia de custo directo por doente é a ideal.

Entrevistador Porquê?

Entrevistado 1: Porque embora o ABC seja aqui usado, muitas vezes o só da para apurar um custo médio em alguns centros de custo. Quando o custo segue o doente, tenho a possibilidade de apurar os 50 custos que lhe estão inerentes, ou seja, saber quanto custo cada acto.

Entrevistador - Partindo da ideia de que a metodologia de custeio directo por doente, é uma boa ferramenta de apoio à gestão e que serve de “elo de ligação” entre gestores e clínicos, considera que o apuramento de custos directos por doente é relevante para a tomada de decisões?

Entrevistado 1: Claramente !

Entrevistador - Poderá o sistema de custeio directo por doente trazer vantagens às unidades de saúde que o executam, ao invés, daqueles que apuram os custos agrupando-os por secções?

Entrevistado 1: Sim porque permite fazer uma “tabela de frequências”. Imagine-mos uma tabela de frequências de dupla entrada, em que de um lado temos o doente com a sua identificação, os seus dados, e por outro lado temos todos os códigos que identificam o serviço que lhe foi prestado. Imagine-mos, gastamos 200 € num determinado serviço e era suposto ter gasto 50 €. Eu depois vou perguntar directamente ao chefe de serviço, nas reuniões que temos aqui nesta sala sempre que necessário o porquê deste custo tão elevado, e ele depois vai-me explicar. É nisso que o apuramento de custo ao doente é importante, pois eu, como Director de Planeamento e de Controlo sei sempre onde estou a gastar mais e em que serviço, a tendência é que haja nada que escape, feitas bem as coisas claro.

“Sistema de Custeio por Doente nos Hospitais Militares: Desenvolvimento de uma Metodologia”

Entrevistador Considera que o sistema de custeio directo por doente, permite tomar decisões estratégicas e operacionais com o menor grau de risco associado?

Entrevistado 1: Claro, a grande tendência das informações de gestão é com base empírica, o que muitas vezes passa ao lado.

Entrevistador Considerando os Grupos de Diagnóstico Homogêneos – GDH's, como um sistema constituído por múltiplas variáveis que ao serem agregadas, caracterizam um produto hospitalar, a informação fornecida por este sistema é de fácil compreensão para os interpretadores?

Entrevistado 1: Para clínicos sim, para gestores é ,mais complicado, uma vez que há áreas dos Hospitais que não são abrangidos por GDH (Urgência, Consulta externa, Ambulatório).

Entrevistador Qual (ais) a (s) que na sua opinião, as Áreas Hospitalares necessitavam de um mecanismo de controlo mais eficiente, por representarem áreas mais criticas, onde uma metodologia de custos por serviços não permitem um controlo totalmente eficiente?

Entrevistado 1: Existem áreas no meio hospitalar que necessitam de um controlo mais apertado. Uma dessas áreas é o Internamento mais concretamente o Bloco operatório, pois o material lá usado é extremamente caro, por exemplo, eu posso colocar um *pacemaker* a um doente que me custam mais de 30.000€.

Outra área que é menos representativa em termos de dimensão para o hospital, mas que se encontra em franco crescimento é o Hospital de Dia, em que os doentes, são tratados nas instalações do Hospital, mas por outro lado, vão pernoitar em suas casas, tendo sempre assim uma óptica virada para o doente e o seu bem estar. Podemos ser orientados para o lucro, mas a verdade é que nos orientamos no sentido de dar todas as condições de comodidade possíveis aos doentes, se não houvesse doentes, não havia razão para existirmos. Os custos em Hospital de Dia aumentam porque cada vez mais os doentes querem ser tratados ao mesmo tempo que descansam no seu lar.

ENTREVISTA Nº2

Nome Completo: Manuel Pontes Dias Neves

Cargo/Função: Director de Planeamento e controlo de Gestão

Data: 05/07/2010

Hora de início: 10:30

Hora de Fim: 11:10

Local: Administração do Hospital Fernando Fonseca, Amadora

Utilização de gravador: Não

IDENTIFICAÇÃO PARCIAL DO ENTREVISTADO

Entrevistador Há quanto tempo (em anos, aproximados ou exactos) que possui no exercício de funções na área da Gestão e/ou Administração hospitalar?

Entrevistado 2: Desde Janeiro de 2006.

Entrevistador Qual(ais) o(s) cargos desempenhados nesse período de tempo?

Entrevistado 2: Gestor de produção e após isso o cargo actual.

Entrevistador - Dentro da área de Gestão e/ou Administração Hospitalar, quantos anos desempenhou directamente funções envolvia o apuramento de custos da Unidade Hospitalar que representa?

Entrevistado 2: Desde Janeiro de 2006.

Entrevistador - A Unidade Hospitalar onde desempenha funções, a partir de que sistema é regido?:

Entrevistado 2: Através de centros de custos (imputação de custos directos ao doente).

2 AVALIAÇÃO DA INFORMAÇÃO FINANCEIRA

A Avaliação da Informação Financeira é de extrema relevância, que se prende com o facto de qualquer inovação que se pretenda introduzir tenha o seu sucesso condicionado pela qualidade com que os utilizadores avaliam esta informação, pois uma informação sem qualidade origina a que tudo o que tenha por base a mesma seja inevitavelmente dúbio e sem a credibilidade necessária.

Entrevistador - Como elemento representativo do pessoal da área de Gestão e da Administração Hospitalar , qual é a metodologia de custeio que considera mais vantajosa para a sua instituição?

Entrevistado 2: Apuramento de custos ao doente.

Entrevistador Porquê?

Entrevistado 2: Para a nossa instituição, não há outras formas que sejam tão vantajosas como a que nós temos implementada, que nós chamamos de apuramento por centros de custos. Actualmente tenho 80% dos custos totais que consigo imputar directamente ao doente, o próximo passo é conseguir imputar os custos restantes (referentes a MCDTs, consultas externas, etc).

Entrevistador - Partindo da ideia de que a metodologia de custeio directo por doente, é uma boa ferramenta de apoio à gestão e que serve de “elo de ligação” entre gestores e clínicos, considera que o apuramento de custos directos por doente é relevante para a tomada de decisões?

Entrevistado 2: É critico, porque temos de ter uma estrutura de proveitos que sustenha os custos .Temos de ter a noção exacta por doente ao cêntimo, mas temos de ter um “exercito” de enfermeiros se assim fosse. Por doente é o desejável, mas perante a grande dimensão que temos, não nos é possível chegar a esse valor.

Entrevistador - Poderá o sistema de custeio directo por doente trazer vantagens às unidades de saúde que o executam, ao invés, daqueles que apuram os custos agrupando-os por secções?

Entrevistado 2: Há sempre essa vantagem, mas qual o ganho que temos perante essa informação? Há informação, que o tempo que nos leva a obtê-la, poderá não ser o ideal para a organização. Perante todo o volume de actividade que temos, agora é-nos quase impossível obter o número exacto de quanto nos custa um doente.

Entrevistador Considera que o sistema de custeio directo por doente, permite tomar decisões estratégicas e operacionais com o menor grau de risco associado?

Entrevistado 2: Garantidamente.

Entrevistador Considerando os Grupos de Diagnóstico Homogêneos – GDH's, como um sistema constituído por múltiplas variáveis que ao serem agregadas, caracterizam um produto hospitalar, a informação fornecida por este sistema é de fácil compreensão para os interpretadores?

Entrevistado 2: Faz-se uma relação de GDH, com informação de carácter clínico, que acaba por ser o nosso indicador de demora média. Os GDH's não são utilizados como sistema de custeio, são um sistema de classificação de doentes, que nos ajuda a agrupar os doentes que têm processos clínicos semelhantes e a partir daí agrupá-los de acordo com a sua evolução

Entrevistador Qual (ais) a (s) que na sua opinião, as Áreas Hospitalares necessitavam de um mecanismo de controlo mais eficiente, por representarem áreas mais críticas, onde uma metodologia de custos por serviços não permitem um controlo totalmente eficiente?

Entrevistado 2: A parte do pessoal (que representam custos fixos na ordem dos 168 milhões de euros) é uma área que representam um custo muito elevado para o hospital, e que por isso mesmo necessita de um controlo rigoroso. Ainda a adicionar

a este facto, temos sempre custos que vêm associados com os custos com pessoal. A questão das horas extras é um exemplo disso mesmo.

Outra questão muito critica, perante a realidade desta unidade deste hospital é a área do armazém. O controlo de armazém é fundamental, nomeadamente consumíveis clínicos e a farmácia interna. Estas duas áreas são muito importantes e criticas. Imagine: um trabalhador é um ser humano e como tal por vezes à situações que são complicadas gerir. Se um doente tem dores de cabeça, é normal que queria levar para casa uma embalagem de Bem-u-rons, por exemplo.

APÊNDICE M

MODELO DE QUESTIONÁRIO UTILIZADO



MINISTÉRIO DA DEFESA NACIONAL

EXÉRCITO

COMANDO DA LOGÍSTICA

HOSPITAL MILITAR PRINCIPAL

Assunto: Questionário no âmbito do trabalho de Investigação Aplicada subordinado ao tema “Sistema de Custeio por doente nos Hospitais Militares: Desenvolvimento de uma Metodologia.”

Orientador

TCOR ADMIL (Mestre) Fernando J. E Fialho Barnabé

Co-Orientador

Mestre em Gestão das Organizações de Saúde pelo ISCTE

Enf^a Isabel Lameiras

Aluno Tirocinante

ASP AL ADMIL Ismael Santos

Introdução

O objectivo geral deste questionário, é realizar um levantamento de dados, objectivando a construção do conhecimento científico na área da Gestão e Administração Hospitalar. As finalidades específicas deste instrumento de colecta, perpassam pelo conhecimento e reconhecimento acerca da opinião dos diversos utentes/utilizadores sobre a **prestação de cuidados de saúde aos seus utentes de acordo com o seu sistema de custeio**, (por períodos menores que um ano de uma organização), verificando a **adequabilidade/rentabilidade dos sistemas de custeio na actividade hospitalar**.

“Sistema de Custeio por Doente nos Hospitais Militares: Desenvolvimento de uma Metodologia”

É de salientar, que todos os dados obtidos através da aplicação deste questionário serão tratados e sintetizados de forma estritamente confidencial, não existindo o manuseamento dos mesmos por outras pessoas, que não o autor desta pesquisa. **Agradecemos que este questionário seja preenchido até a data limite de 09/07/2010.**

Caso seja do vosso interesse, enviarei as conclusões finais deste estudo científico, logo que concluído o processo. Fica expresso desde o presente momento o meu reconhecimento e a minha gratidão, pela disponibilidade.

Instruções de Preenchimento

- ❖ Para cada resposta está associada uma caixa de Texto, local onde deve seleccionar a opção que pretende.
- ❖ Para exercer a sua opinião basta seleccionar a caixa de texto e introduzir um “X”
- ❖ No caso de Preenchimento da tabela basta seleccionar a célula que pretende e preencher com o “X”
- ❖ No caso das perguntas que permitem a utilização de uma resposta semi-aberta, basta seleccionar o local onde pretende responder, e exercer a sua Opinião

OBRIGADO

1 IDENTIFICAÇÃO PARCIAL DO INQUIRIDO

1.1 Seleccione a opção que corresponde aos anos (aproximados ou exactos) que possui no exercício de funções na área da Gestão e/ou Administração hospitalar.

<1 1 2 a 4 4 a 6 >6

1.2 Qual(ais) o(s) cargo(s) desempenhados durante esse período de tempo?

Director Director de Enfermagem

Sub - Director Director clínico

Administrador Director Administrativo Financeiro

Outras _____

1.3 Dentro da área de Gestão e/ou Administração Hospitalar, quantos anos desempenhou directamente funções que envolvia **o apuramento e tratamento de custos da Unidade Hospitalar que representa?**

<1 1 a 2 2 a 4 4 a 6 > 6

1.4 A Unidade Hospitalar onde desempenha funções, a partir de que sistema é regido?:

Sector Publico Administrativo (SPA)

Hospitais EPE (HEPE)

Hospitais Privados

Hospitais Militares

2 AVALIAÇÃO DA INFORMAÇÃO FINANCEIRA

A Avaliação da Informação Financeira é de extrema relevância, que se prende com o facto de qualquer inovação que se pretenda introduzir tenha o seu sucesso condicionado pela qualidade com que os utilizadores avaliam esta informação, pois uma informação sem qualidade origina a que tudo o que tenha por base a mesma seja inevitavelmente dúbio e sem a credibilidade necessária.

2.1 Como gestor e/ou administrador hospitalar, qual é a **metodologia de custeio** que considera mais vantajosa para a sua instituição?

A. Método das secções ☐

B. Método directo ☐

C. Método baseado na Actividade (ABC) ☐

(Se respondeu à opção A ou C passe directamente para a questão 2.5)

ATENÇÃO: SÓ DEVERÁ RESPONDER ÀS TRÊS PROXIMAS QUESTÕES SE RESPONDEU A OPÇÃO B NA QUESTÃO ANTERIOR.

2.2 Partindo da ideia de que a **metodologia de custeio directo por doente, é uma boa ferramenta de apoio à gestão**, e que serve de “elo de ligação” entre gestores e clínicos, considera que o apuramento de custos directos por doente é relevante para a tomada de decisões?

SIM ☐ NÃO ☐

2.3 Poderá o sistema de custeio directos por doente trazer vantagens às unidades de saúde que o executam, ao invés, daqueles que apuram os custos agrupando-os por secções?

SIM ☐ NÃO ☐

2.4 O sistema de custeio directo por doente, permite tomar decisões estratégicas e operacionais com o menor grau de risco associado?

SIM ☐ NÃO ☐

“Sistema de Custeio por Doente nos Hospitais Militares: Desenvolvimento de uma Metodologia”

2.5 Considerando os Grupos de Diagnóstico Homogêneos – GDH's, como um sistema **constituído por múltiplas** variáveis que ao serem agregadas, caracterizam um produto hospitalar, a informação fornecida por este sistema é de fácil compreensão para os interpretadores?

SIM ☐

NÃO ☐

Se respondeu negativamente à questão anterior, indique na tabela abaixo, escalonando 1 (sem importância), 2 (pouco importante), 3 (importante), 4 (muito importante) os motivos da sua opinião

a) As informações não espelham a situação económica da organização;

b) Conteúdo dessa informação não é Objectivo;

c) Existe dificuldade do acesso à informação;

d) Demasiadas informações Materialmente Irrelevantes

e) Outras. Qual? _____

1	2	3	4

2.7- Nas áreas seguidamente apresentadas, qual (ais) a (s) que na sua opinião, necessitavam de um mecanismo de controlo mais eficiente, por representarem áreas mais críticas, onde uma metodologia de custos por serviços não permitem um controlo totalmente eficiente?

a) Internamento ☐

b) Urgência ☐

c) Consulta Externa ☐

d) Hospital de dia ☐

2.8. Como se faz a atribuição directa dos recursos de consumo corrente?

a) Papel

b) Informaticamente

c) Código de Barras

d) Outra (Qual?)_____

Conclusão

Caso seja vontade do entrevistado, enviarei os resultados desta pesquisa empírica, bem como as conclusões finais do estudo científico em análise. Caso seja necessário algum esclarecimento acerca deste questionário, terei o maior prazer em o (a) esclarecer, através do endereço electrónico Ismael_f_santos@hotmail.com, ou através do telemóvel 967 216 729.

Com os melhores Cumprimentos,

Ismael Filipe Gonçalves dos Santos

ASP AL ADMIL

FIM

ANEXOS

INDICE DE ANEXOS

ANEXO A	Actividade Assistencial do HMP referente a 2009/10.
ANEXO B	Legislação
ANEXO C	Requisição Material Médico Cirúrgico (MCC).
ANEXO D	Consumo de Medicamentos dos doentes do Piso 8.
ANEXO E	Documento em SIG dos encargos com instalações.
ANEXO F	Documento em SIG da factura de Lavandaria
ANEXO G	Tabela de alimentação em Messes 2010.

ANEXO A

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N
1	- Resumo Anual - Actividade Cirúrgica, excluindo Bloco de Partos (Por Bloco e Tipo de Cirurgia) Entre : '01-JAN-2009', e : '31-DEZ-2009'													
2														
3	Trimestre:<Todos>	Descrição da Especialidade:<Todos>												
4														
5		2009												
6		JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	Total Interv.
7		Total Interv.	Total Interv.	Total Interv.	Total Interv.	Total Interv.	Total Interv.	Total Interv.	Total Interv.	Total Interv.	Total Interv.	Total Interv.	Total Interv.	
8	Bloco Operatório Central	175	154	148	125	155	125	100	74	127	117	147	101	1548
9	Bloco Operatório Oftalmologia	95	80	46	48	75	59	77	28	65	104	115	98	890
10	Bloco Operatório Ortopedia	48	33	37	37	40	36	39	12	6	30	33	26	377
11	Total Geral	318	267	231	210	270	220	216	114	198	251	295	225	2815

Tabela A.1-Actividade referente ao Bloco Operatório entre 01JAN09 E 31DEC09.

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N
1	Consulta Externa: Actividade Mensal (Por Especialidade: Primeiras e Subsequentes) Entre : '01-JAN-2009', e : '31-DEZ-2009'													
2														
3														
4														
5		2009												
6		JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	Total
7	Estomatologia	762	724	760	676	773	580	713	339	443	711	745	448	7.673
8	Oftalmologia	721	645	696	558	549	497	717	343	563	589	617	458	6.953
9	Ortopedia	699	568	713	521	619	683	499	456	636	505	599	385	6.883
10	Cardiologia	601	435	600	466	609	433	400	275	482	610	511	331	5.753
11	Gastroenterologia	550	475	547	456	522	387	482	224	527	484	397	278	5.329
12	Otorrinolaringologia	471	521	519	405	416	337	502	192	421	475	513	366	5.138
13	Urologia	348	354	401	377	362	325	264	180	423	337	374	207	3.952
14	Cirurgia Geral	333	285	411	376	362	328	254	226	342	371	325	157	3.770
15	Ginecologia e Obstetrícia	385	356	438	351	373	300	427	214	332	385	355	165	4.081
16	Clinica Geral	323	313	298	293	338	268	245	268	310	330	374	146	3.506
17	Endocrinologia e Nutrição	278	289	347	272	264	321	369	216	351	416	436	250	3.809
18	Fisiatria	276	249	272	250	208	204	242	143	235	233	248	197	2.757
19	Medicina Interna	215	170	197	212	175	174	179	158	113	159	125	130	2.007
20	Neurocirurgia	152	156	189	145	145	137	102	105	142	130	132	129	1.664
21	Anestesiologia	202	119	142	142	143	146	107	62	133	135	156	88	1.575
22	Neurologia	120	104	131	121	120	140	122	46	118	123	137	88	1.370
23	Reumatologia	113	112	145	95	126	105	97	25	163	98	134	54	1.267
24	Cirurgia Plástica	96	86	107	81	94	70	91	42	69	77	100	64	977
25	Cirurgia Vascular	50	59	69	55	54	52	64	52	54	58	54	49	670
26	Nefrologia	61	45	66	54	60	73	38	72	76	83	64	41	733
27	Pediatria	52	43	33	40	50	39	54	43	32	31	39	38	494
28	Cirurgia Pediátrica	28	10	14	23	10	11	45	5	23	19	13	9	210
29	Cirurgia Torácica	5	2	3	4	5	2	0	3	1	3	1	0	29
30	Total	6.841	6.120	7.098	5.973	6.377	5.612	6.013	3.689	5.989	6.362	6.449	4.078	70.601

Tabela A.2-Actividade referente às consultas externas entre 01JAN09 E 31DEC09.

	A	B	C	D
1	Dados Internamento por Serviço entre : '01-JAN-2009', e : '31-DEZ-2009'			
2				
3		Existentes Iniciais	Entrados Hospital	
4	Cirurgia Ambulatório	1	7	
5	Medicina Física e Reabilitação	3	15	
6	Medicina I	16	15	
7	Piso I X	3	348	
8	Piso V I	7	181	
9	Piso V I I	4	253	
10	Piso V I I I	2	324	
11	Piso X	6	150	
12	Piso X I	3	128	
13	Piso X I I	8	122	
14	Psiquiatria I	7	82	
15	Sala Observações S O	5	1.321	
16	Unidade Cuidados Intermédios Cirurgicos	0	5	
17	Unidade de Tratamentos Intensivos	7	7	
18		72	2.958	
19				

Tabela A.3-Actividade referente ao internamento entre 01JAN09 E 31DEC09-

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N
3	Trimestre:<Todos>	Descrição Grupo:<Todos>												
4														
5		Número de Actos												
6		2009												Total
7		JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	
8	Anatomia Patologica	368	439	570	454	218	382	335	244	427	436	612	272	4757
9	Anestesiologia	26	36	46	52	27	51	60	71	40	58	72	70	609
10	Cardiologia	1186	1157	1434	1111	1225	924	1230	642	1085	1322	1165	796	13277
11	Cirurgia Geral	113	120	195	200	168	189	154	73	113	132	156	106	1719
12	Cirurgia Pediatrica	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	1	4
13	Cirurgia Plastica	63	72	78	79	50	47	74	45	48	57	84	93	790
14	Cirurgia Vascular	43	49	48	51	28	31	29	26	36	29	28	24	422
15	Estomatologia	628	590	609	552	599	477	483	230	303	521	602	339	5933
16	Fisiatria	6757	5603	6677	6036	5698	4543	5020	4144	4960	5742	5549	4701	65430
17	Gastroenterologia	379	336	367	362	356	284	323	219	372	391	342	205	3936
18	Ginecologia e Obstetricia	138	118	165	114	137	90	133	69	113	131	113	47	1368
19	Hemodialise	468	452	515	453	349	507	459	441	423	446	475	468	5456
20	Hospital Dia	70	77	104	65	90	82	82	59	145	322	76	46	1218
21	Imagiologia	3639	2953	4026	3485	3095	2527	3308	2064	2985	2964	2945	1867	35858
22	Imuno-Hemoterapia	2112	1482	2246	1637	1829	1873	1518	1221	1584	1674	1808	1342	20326
23	Neurocirurgia	1	2	0	0	1	0	1	0	2	0	2	1	10
24	Neurologia	33	25	27	34	35	26	24	9	28	26	30	18	315
25	Oftalmologia	498	559	453	439	403	341	1039	285	425	599	661	420	6122
26	Ortopedia	25	16	54	13	17	95	40	79	130	109	110	75	763
27	Otorrinolaringologia	117	89	111	156	145	126	411	29	179	234	232	200	2029
28	Patologia Clínica	26625	25228	30560	26278	24563	20845	22750	17634	22585	24910	23855	20129	285962
29	Prótese Dentária	2	2	1	4	0	0	1	0	1	2	0	0	13
30	Psiquiatria	634	521	676	606	604	552	569	385	524	434	382	282	6169
31	Reumatologia	169	164	161	117	175	127	91	30	150	112	137	61	1494
32	Urgência	848	774	810	816	794	827	724	582	704	708	922	747	9256
33	Urologia	177	167	164	163	178	144	152	104	213	311	297	183	2253
34	Total	45119	41031	50097	43280	40784	35090	39010	28685	37575	41670	40655	32493	475489

Tabela A.4-Actividade referente a Meios Consulta Diagnósticos e Terapêuticos (MCDTs) entre 01JAN09 E 31DEC09.

	A	B	C	D	E	F	G	H
1	Actividade Cirúrgica (por Bloco e Especialidade) Entre : '01-JAN-2010', e : '31-MAI-2010'							
2								
3			2010					
4			JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	Total Interv.
5			Total Interv.	Total Interv.	Total Interv.	Total Interv.	Total Interv.	
6	Bloco Operatório Central		122	111	173	132	136	674
7		Cardiologia	1	0	8	0	3	12
8		Cirurgia Geral	41	41	51	52	43	228
9		Cirurgia Pediátrica	1	2	3	0	0	6
10		Cirurgia Plástica	12	15	16	12	16	71
11		Cirurgia Torácica	2	0	3	0	0	5
12		Cirurgia Vascular	7	2	9	10	6	34
13		Estomatologia	1	0	0	0	0	1
14		Gastroenterologia	2	1	4	2	1	10
15		Ginecologia e Obstetria	8	14	14	5	15	56
16		Neurocirurgia	4	8	10	9	10	41
17		Ortopedia	0	0	3	2	0	5
18		Otorrinolaringologia	15	6	17	17	15	70
19		Urologia	28	22	35	23	27	135
20	Bloco Operatório Oftalmologia		91	112	122	104	96	525
21		Oftalmologia	91	112	122	104	96	525
22	Bloco Operatório Ortopedia		27	31	50	30	39	177
23		Ortopedia	27	31	50	30	39	177
24			240	254	345	266	271	1376

Tabela A 5- Actividade cirúrgica entre 01JAN09 E 31MAI09.

	A	B	C	D	E	F	G	H
1	Actividade Cirúrgica (por Bloco e Especialidade) Entre : '01-JAN-2010', e : '31-MAI-2010'							
2								
3			2010					
4			JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	Total Interv.
5			Total Interv.	Total Interv.	Total Interv.	Total Interv.	Total Interv.	
6	Bloco Operatório Central		122	111	173	132	136	674
7		Cardiologia	1	0	8	0	3	12
8		Cirurgia Geral	41	41	51	52	43	228
9		Cirurgia Pediátrica	1	2	3	0	0	6
10		Cirurgia Plástica	12	15	16	12	16	71
11		Cirurgia Torácica	2	0	3	0	0	5
12		Cirurgia Vascular	7	2	9	10	6	34
13		Estomatologia	1	0	0	0	0	1
14		Gastroenterologia	2	1	4	2	1	10
15		Ginecologia e Obstetria	8	14	14	5	15	56
16		Neurocirurgia	4	8	10	9	10	41
17		Ortopedia	0	0	3	2	0	5
18		Otorrinolaringologia	15	6	17	17	15	70
19		Urologia	28	22	35	23	27	135
20	Bloco Operatório Oftalmologia		91	112	122	104	96	525
21		Oftalmologia	91	112	122	104	96	525
22	Bloco Operatório Ortopedia		27	31	50	30	39	177
23		Ortopedia	27	31	50	30	39	177
24			240	254	345	266	271	1376

“Sistema de Custeio por Doente nos Hospitais Militares: Desenvolvimento de uma Metodologia”

Tabela A 6- Actividade cirúrgica entre Janeiro e Maio de 2010.

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N
3	Trimestre:<Todos>	Descrição Grupo:<Todos>												
4														
5		Número de Actos												
6		2009												Total
7		JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	
8	Anatomia Patologica	368	439	570	454	218	382	335	244	427	436	612	272	4757
9	Anestesiologia	26	36	46	52	27	51	60	71	40	58	72	70	609
10	Cardiologia	1186	1157	1434	1111	1225	924	1230	642	1085	1322	1165	796	13277
11	Cirurgia Geral	113	120	195	200	168	189	154	73	113	132	156	106	1719
12	Cirurgia Pediátrica	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	1	4
13	Cirurgia Plástica	63	72	78	79	50	47	74	45	48	57	84	93	790
14	Cirurgia Vascular	43	49	48	51	28	31	29	26	36	29	28	24	422
15	Estomatologia	628	590	609	552	599	477	483	230	303	521	602	339	5933
16	Fisiatria	6757	5603	6677	6036	5698	4543	5020	4144	4960	5742	5549	4701	65430
17	Gastroenterologia	379	336	367	362	356	284	323	219	372	391	342	205	3936
18	Ginecologia e Obstetrícia	138	118	165	114	137	90	133	69	113	131	113	47	1368
19	Hemodialise	468	452	515	453	349	507	459	441	423	446	475	468	5456
20	Hospital Dia	70	77	104	65	90	82	82	59	145	322	76	46	1218
21	Imagiologia	3639	2953	4026	3485	3095	2527	3308	2064	2985	2964	2945	1867	35858
22	Imuno-Hemoterapia	2112	1482	2246	1637	1829	1873	1518	1221	1584	1674	1808	1342	20326
23	Neurocirurgia	1	2	0	0	1	0	1	0	2	0	2	1	10
24	Neurologia	33	25	27	34	35	26	24	9	28	26	30	18	315
25	Oftalmologia	498	559	453	439	403	341	1039	285	425	599	661	420	6122
26	Ortopedia	25	16	54	13	17	95	40	79	130	109	110	75	763
27	Otorrinolaringologia	117	89	111	156	145	126	411	29	179	234	232	200	2029
28	Patologia Clínica	26625	25228	30560	26278	24563	20845	22750	17634	22585	24910	23855	20129	285962
29	Prótese Dentária	2	2	1	4	0	0	1	0	1	2	0	0	13
30	Psiquiatria	634	521	676	606	604	552	569	385	524	434	382	282	6169
31	Reumatologia	169	164	161	117	175	127	91	30	150	112	137	61	1494
32	Urgência	848	774	810	816	794	827	724	582	704	708	922	747	9256
33	Urologia	177	167	164	163	178	144	152	104	213	311	297	183	2253
34	Total	45119	41031	50097	43280	40784	35090	39010	28685	37575	41670	40655	32493	475489

Tabela A.7-Número assistencial referente a 2009.

	A	B	C	D	E	F	G	H
1	Actividade Cirúrgica (por Bloco e Especialidade) Entre : '01-JAN-2010', e : '31-MAI-2010'							
2								
3			2010					
4			JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	Total Interv.
5			Total Interv.	Total Interv.	Total Interv.	Total Interv.	Total Interv.	
6	Bloco Operatório Central		122	111	173	132	136	674
7	Cardiologia		1	0	8	0	3	12
8	Cirurgia Geral		41	41	51	52	43	228
9	Cirurgia Pediátrica		1	2	3	0	0	6
10	Cirurgia Plástica		12	15	16	12	16	71
11	Cirurgia Torácica		2	0	3	0	0	5
12	Cirurgia Vascular		7	2	9	10	6	34
13	Estomatologia		1	0	0	0	0	1
14	Gastroenterologia		2	1	4	2	1	10
15	Ginecologia e Obstetrícia		8	14	14	5	15	56
16	Neurocirurgia		4	8	10	9	10	41
17	Ortopedia		0	0	3	2	0	5
18	Otorrinolaringologia		15	6	17	17	15	70
19	Urologia		28	22	35	23	27	135
20	Bloco Operatório Oftalmologia		91	112	122	104	96	525
21	Oftalmologia		91	112	122	104	96	525
22	Bloco Operatório Ortopedia		27	31	50	30	39	177
23	Ortopedia		27	31	50	30	39	177
24			240	254	345	266	271	1376

“Sistema de Custeio por Doente nos Hospitais Militares: Desenvolvimento de uma Metodologia”

Tabela A.8-Actividade referente às consultas externas entre 01JAN10 E 31MAI10.

	A	B	C	D	E	F	G
1	Consulta Externa: Actividade Mensal (Por Especialidade) Entre : '01-JAN-2010', e : '31-MAI-2010'						
2							
3							
4							
5		Total					
6		2010					
7		JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	Total
8	Estomatologia	678	676	923	764	777	3.818
9	Oftalmologia	477	562	657	566	514	2.776
10	Ortopedia	548	530	603	489	641	2.811
11	Cardiologia	533	463	562	487	601	2.646
12	Gastroenterologia	430	426	522	464	505	2.347
13	Otorrinolaringologia	450	411	504	441	429	2.235
14	Endocrinologia e Nutrição	448	362	457	388	493	2.148
15	Cirurgia Geral	327	264	361	316	297	1.565
16	Urologia	422	361	443	295	342	1.863
17	Ginecologia e Obstetricia	340	325	393	293	287	1.638
18	Clínica Geral	314	283	356	273	303	1.529
19	Fisiatria	204	212	216	259	255	1.146
20	Medicina Interna	114	133	203	195	108	753
21	Neurocirurgia	127	126	188	134	154	729
22	Anestesiologia	154	119	190	124	117	704
23	Reumatologia	118	143	197	113	143	714
24	Neurologia	107	104	141	92	121	565
25	Cirurgia Plastica	66	64	80	87	99	396
26	Cirurgia Vascular	60	50	52	64	41	267
27	Nefrologia	61	50	78	53	74	316
28	Pediatria	42	37	29	42	42	192
29	Cirurgia Pediátrica	21	21	11	2	0	55
30	Cirurgia Torácica	0	4	5	0	5	14
31	Total	6.041	5.726	7.171	5.941	6.348	31.227

Tabela A 9- Actividade referente às consultas externas, divididas por especialidades.

	A	B	C	D	E
1	Dados Internamento por Serviço entre : '01-JAN-2010', e : '31-MAI-2010'				
2					
3		Entrados Serviço (Ext + Transf)			
4	Cirurgia Ambulatório	4			
5	Medicina Física e Reabilitação	11			
6	Piso I X	268			
7	Piso V I	145			
8	Piso V I I	201			
9	Piso V I I I	329			
10	Piso X	84			
11	Piso X I	125			
12	Piso X I I	95			
13	Psiquiatria I	33			
14	Sala Observações S O	431			
15	Unidade Cuidados Intermédios Cirurgicos	255			
16	Unidade de Tratamentos Intensivos	55			
17		2.036			
18					

Tabela A 10- Actividade referente ao internamento entre 01JAN10 E 31JAN10.

6		2010					Total
7		JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	
8	Anatomia Patologica	406	378	486	512	459	2241
9	Anestesiologia	67	68	79	59	85	358
10	Cardiologia	1235	1060	1337	1150	1247	6029
11	Cirurgia Geral	107	87	172	143	152	661
12	Cirurgia Pediatrica	NULL	NULL	NULL	1	NULL	1
13	Cirurgia Plastica	57	38	85	60	66	306
14	Cirurgia Torácica	NULL	NULL	2	NULL	NULL	2
15	Cirurgia Vascular	27	19	26	22	16	110
16	Estomatologia	637	537	714	609	708	3205
17	Fisiatria	5856	5222	6559	6185	5983	29805
18	Gastroenterologia	355	293	431	392	408	1879
19	Ginecologia e Obstetria	102	107	114	88	57	468
20	Hemodialise	455	434	499	461	395	2244
21	Hospital Dia	53	61	51	67	92	324
22	Imagiologia	2482	2524	3412	2816	2790	14024
23	Imuno-Hemoterapia	1665	1407	2050	2039	869	8030
24	Neurocirurgia	NULL	2	NULL	1	NULL	3
25	Neurologia	30	24	28	20	22	124
26	Oftalmologia	395	383	522	535	464	2299
27	Ortopedia	93	69	128	117	103	510
28	Otorrinolaringologia	290	206	321	224	240	1281
29	Patologia Clínica	22979	20203	26255	23640	21192	114269
30	Prótese Dentária	1	NULL	2	NULL	NULL	3
31	Psiquiatria	474	495	660	516	520	2665
32	Reumatologia	105	107	150	113	170	645
33	Urgência	791	681	830	1808	803	4913
34	Urologia	325	259	345	314	269	1512
35	Total	38987	34664	45258	41892	37110	197911

ANEXO B

LEGISLAÇÃO

Competências atribuídas aos Hospitais militares e aos centros de saúde militares.

Artigo 13.º

Hospitais militares e centros de saúde militares

1 — Aos hospitais militares e aos centros de saúde militares compete:

a) Assegurar o apoio sanitário aos militares e funcionários civis do Exército e seus familiares, bem como, quando a tal tenham direito, aos elementos dos outros ramos das Forças Armadas e das forças de segurança e respectivos familiares;

b) Colaborar com os serviços do Estado de acordo com directivas superiores.

2 — São hospitais militares:

a) O Hospital Militar Principal;

b) O Hospital Militar de Belém;

c) O Hospital Militar Regional n.º 1;

d) O Hospital Militar Regional n.º 2.

3 — São centros de saúde militares:

a) O Centro de Saúde de Évora;

b) O Centro de Saúde de Tancos/Santa Margarida.

ANEXO C

EXEMPLO DE REQUISIÇÃO MATERIAL MÉDICO CIRURGICO

HOSPITAL MILITAR PRINCIPAL	Nome _____						Diagnóstico _____							
Serviço Requisitante (CARIMBO)	Nº benef. N.º _____ / _____ Unidade _____													
Piso 8 C-74														
FARMÁCIA HOSPITALAR	Posto/Parentesco _____ Situação _____						Médico _____							
N.º ENTRADA _____ / _____ / _____	Boletim Clínico _____ Sala _____ Cama _____						Baixa _____ Alta _____							
Duração prevista do tratamento _____ Dias _____														
O Chefe de Serviço														
PRODUTO REQUISITADO				Produto Fornecido										
Designação	Qtd	Designação	Quantidade	Código	Preço Unitário									
Adesivo Fix 10x10 (Rolo)			,	4 1 0 1 1 1 0	€									
Arrastadeiras Biodegradáveis			,	4 2 6 4 5 9 2	€									
Aventais Plásticos Emb 100			,	4 2 9 1 3 3 5	€									
Campo Operatório com Buraco			,	4 2 3 7 3 5 7	€									
Contentor Citostáticos 10 lts			,	4 2 9 1 6 5 3	€									
Intrasite Gel (Cx)			,	4 2 9 0 6 8 8	€									
Lâminas bisturi n.º 10 (Cx)			,	4 2 3 0 7 1 0	€									
Lâminas bisturi n.º 23 (Cx)			,	4 2 3 0 7 3 1	€									
Lâminas de rapação			,	4 2 9 0 6 8 6	€									
Luvas cirúrgicas Est. n.º 6,5			,	4 2 3 3 9 9 2	€									
Luvas cirúrgicas Est. n.º 7			,	4 2 3 3 9 9 5	€									
Luvas palhaço emb. 100			,	4 2 3 4 1 0 2	€									
Luvas Verdes Médias (sem látex e sem pó) (Cx 100)			,	4 2 3 1 1 0 7	€									
Manípulos para mãos (Cx)			,	4 2 3 5 1 3 2	€									
Penso Hidrogel 10x20 (Intrasite conformable) (Cx)			,	4 2 9 0 6 8 9	€									
Seringas 10 ml (Cx)			,	4 2 0 4 7 1 0	€									
Seringas com ag. para insulina (cx)			,	4 2 0 4 7 0 1	€									
Seringas Gasimetria 25U 1cc (Un)			,	4 2 0 4 7 1 1	€									
Sonda de oxigénio dupla (óculos nasais)			,	4 2 1 6 1 9 2	€									
Urinois cartão			,	4 2 6 4 5 9 0	€									

FONTE: Farmácia Hospitalar, Hospital Militar Principal, 2010.

ANEXO D

CONSUMO DE MEDICAMENTOS POR DOENTE DO PISO 8

NOTA: Este Anexo encontra-se organizado por número de cama. Neste anexo procura-se quantificar o número de medicamentos consumidos diariamente por doente. O propósito deste anexo é justificar o consumo de medicamentos que está explícito no Apêndice I - Resultado do apuramento de custos directo por doente.

Há camas que são ocupadas por diversos doentes, em dias diferentes. Assim sendo:

Quarto 03 CAMA 5031

Data: 07-JUL-10 Sala: Q03 Cama: C5031

Artigo	Descrição Artigo	Unid. Med	Quantidade
1017	METAMIZOL MAGNÉSICO 2g/5ml, inj. Adenda		3
1506	HIDROCORTISONA 100mg/2ml , inj.		3
2114	PARACETAMOL 1g, inj.		3
1694	LEVOTIROXINA 0,1mg, comp.		1

QUARTO 4 CAMA 5041

Data: 16-JUL-10 Sala: Q04 Cama: C5041

Artigo	Descrição Artigo	Unid. Med	Quantidade
1017	METAMIZOL MAGNÉSICO 2g/5ml, inj. Adenda		3
2114	PARACETAMOL 1g, inj.		3
1745	LORAZEPAM 1mg, comp.		2

QUARTO 5 CAMA 5051

Data: 05-JUL-10 **Sala:** Q05 **Cama:** C5051

Artigo	Descrição Artigo	Unid. Med	Quantidade
1745	LORAZEPAM 1mg, comp.		2
2114	PARACETAMOL 1g, inj.		4
863	DALTEPARINA SODICA 2500 UI, inj.		1
111124	ESOMEPRAZOL 40mg, inj. Adenda		1
472	CAPTOPRIL 25mg, comp.		1
1843	METOCLOPRAMIDA 10 mg/2 ml, inj.		3
715	CLORETO POTAS.7,5% , inj.		2

Data: 06-JUL-10 **Sala:** Q05 **Cama:** C5051

Artigo	Descrição Artigo	Unid. Med	Quantidade
1745	LORAZEPAM 1mg, comp.		2
1843	METOCLOPRAMIDA 10 mg/2 ml, inj.		3
2114	PARACETAMOL 1g, inj.		4
472	CAPTOPRIL 25mg, comp.		1
715	CLORETO POTAS.7,5% , inj.		2
863	DALTEPARINA SODICA 2500 UI, inj.		1
111124	ESOMEPRAZOL 40mg, inj. Adenda		1

Data: 07-JUL-10 **Sala:** Q05 **Cama:** C5051

Artigo	Descrição Artigo	Unid. Med	Quantidade
111124	ESOMEPRAZOL 40mg, inj. Adenda		1
1745	LORAZEPAM 1mg, comp.		2
1843	METOCLOPRAMIDA 10 mg/2 ml, inj.		3
2114	PARACETAMOL 1g, inj.		4
472	CAPTOPRIL 25mg, comp.		1
715	CLORETO POTAS.7,5% , inj.		2
863	DALTEPARINA SODICA 2500 UI, inj.		1

Data: 08-JUL-10 **Sala:** Q05 **Cama:** C5051

Artigo	Descrição Artigo	Unid. Med	Quantidade
111124	ESOMEPRAZOL 40mg, inj. Adenda		1
1745	LORAZEPAM 1mg, comp.		2

QUARTO 9 CAMA 5091

Data: 14-JUL-10 **Sala:** Q09 **Cama:** C5091

Observações: pritor plus 40/12.5- 1 comp/dia

Artigo	Descrição Artigo	Unid. Med	Quantidade
1018	METAMIZOL MAGNÉSICO 575mg, caps. Adenda		1
1353	FUROSEMIDA 40mg, comp.		1
1745	LORAZEPAM 1mg, comp.		2
1901	MONONITRATO ISOSSORB.60mg,comp.		1
1980	NIFEDIPINA 60mg, comp.		1
436	CARVEDILOL 6,25mg, comp. Adenda		1
749	SERTRALINA 50mg, comp. Adenda		1

Data: 15-JUL-10 **Sala:** Q09 **Cama:** C5091

Observações: pritor plus 40/12.5- 1 comp/dia

Artigo	Descrição Artigo	Unid. Med	Quantidade
1018	METAMIZOL MAGNÉSICO 575mg, caps. Adenda		1
1353	FUROSEMIDA 40mg, comp.		1
1745	LORAZEPAM 1mg, comp.		2
1901	MONONITRATO ISOSSORB.60mg,comp.		1
1980	NIFEDIPINA 60mg, comp.		1
436	CARVEDILOL 6,25mg, comp. Adenda		1
749	SERTRALINA 50mg, comp. Adenda		1

Data: 16-JUL-10 **Sala:** Q09 **Cama:** C5091

Observações: pritor plus 40/12.5- 1 comp/dia

Artigo	Descrição Artigo	Unid. Med	Quantidade
1018	METAMIZOL MAGNÉSICO 575mg, caps. Adenda		3
1353	FUROSEMIDA 40mg, comp.		1
1745	LORAZEPAM 1mg, comp.		2
1901	MONONITRATO ISOSSORB.60mg,comp.		1
1980	NIFEDIPINA 60mg, comp.		1
436	CARVEDILOL 6,25mg, comp. Adenda		1

QUARTO 11CAMA 5111

Data: 14-JUL-10 **Sala:** Q11 **Cama:** C5111

Artigo	Descrição Artigo	Unid. Med	Quantidade
1222	CETOROLAC 30mg, amp Adenda		2
1745	LORAZEPAM 1mg, comp.		2

Data: 09-JUL-10 **Sala:** Q11 **Cama:** C5111

Artigo	Descrição Artigo	Unid. Med	Quantidade
610	CIPROFLOXACINA 500mg, comp.		2
228	AMILASE 3000U CEIP, comp. Extra-Form.		3
21	AC.AMINOCAPROICO 3g, pó		3
1018	METAMIZOL MAGNÉSICO 575mg, caps. Adenda		3

Data: 12-JUL-10 **Sala:** Q11 **Cama:** C5111

Artigo	Descrição Artigo	Unid. Med	Quantidade
1018	METAMIZOL MAGNÉSICO 575mg, caps. Adenda		3
21	AC.AMINOCAPROICO 3g, pó		3
228	AMILASE 3000U CEIP, comp. Extra-Form.		3
610	CIPROFLOXACINA 500mg, comp.		2
1922	ACETILCISTEINA 600mg, comp.		1

Data: 16-JUL-10 **Sala:** Q11 **Cama:** C5111

Artigo	Descrição Artigo	Unid. Med	Quantidade
2119	PARACETAMOL 500mg, comp.		6
1358	GABAPENTINA 300mg, cap. Adenda		2
2552	TICLOPIDINA 250mg, comp.		2
864	DALTEPARINA SÓDICA 5000 UI, inj.		1
111124	ESOMEPRAZOL 40mg, inj. Adenda		2
16101	IRBESARTAN 300mg, comp. Adenda		2
1815	METFORMINA 850mg, Comp.		2

QUARTO 14 CAMA 5142

Data: 15-JUL-10 **Sala:** Q14 **Cama:** C5142

Artigo	Descrição Artigo	Unid. Med	Quantidade
2591	TOBRAMICINA 0,3%, col. Adenda		1
1317	FLURBIPROFENE 0,03%, col.		1

Data: 16-JUL-10 **Sala:** Q14 **Cama:** C5142

Artigo	Descrição Artigo	Unid. Med	Quantidade
2591	TOBRAMICINA 0,3%, col. Adenda		1

Data: 09-JUL-10 **Sala:** Q14 **Cama:** C5142

Artigo	Descrição Artigo	Unid. Med	Quantidade
21	AC.AMINOCAPROICO 3g, pó		3
1018	METAMIZOL MAGNÉSICO 575mg, caps. Adenda		3
228	AMILASE 3000U CEIP, comp. Extra-Form.		3
610	CIPROFLOXACINA 500mg, comp.		2

Data: 12-JUL-10 **Sala:** Q14 **Cama:** C5142

Artigo	Descrição Artigo	Unid. Med	Quantidade
1018	METAMIZOL MAGNÉSICO 575mg, caps. Adenda		3
21	AC.AMINOCAPROICO 3g, pó		3
228	AMILASE 3000U CEIP, comp. Extra-Form.		3
610	CIPROFLOXACINA 500mg, comp.		2

Data: 13-JUL-10 **Sala:** Q14 **Cama:** C5142

Artigo	Descrição Artigo	Unid. Med	Quantidade
1018	METAMIZOL MAGNÉSICO 575mg, caps. Adenda		3
21	AC.AMINOCAPROICO 3g, pó		3
228	AMILASE 3000U CEIP, comp. Extra-Form.		3
610	CIPROFLOXACINA 500mg, comp.		2

QUARTO 14 CAMA 5141

Data: 12-JUL-10 Sala: Q14 Cama: C5141

Artigo	Descrição Artigo	Unid. Med	Quantidade
2119	PARACETAMOL 500mg, comp.		6
1018	METAMIZOL MAGNÉSICO 575mg, caps. Adenda		3

Data: 14-JUL-10 Sala: Q14 Cama: C5141

Artigo	Descrição Artigo	Unid. Med	Quantidade
1745	LORAZEPAM 1mg, comp.		2

Data: 15-JUL-10 Sala: Q14 Cama: C5141

Artigo	Descrição Artigo	Unid. Med	Quantidade
1018	METAMIZOL MAGNÉSICO 575mg, caps. Adenda		3

Data: 16-JUL-10 Sala: Q14 Cama: C5141

Artigo	Descrição Artigo	Unid. Med	Quantidade
1018	METAMIZOL MAGNÉSICO 575mg, caps. Adenda		3

Data: 09-JUL-10 Sala: Q09 Cama: C5091

Artigo	Descrição Artigo	Unid. Med	Quantidade
1745	LORAZEPAM 1mg, comp.		2

Data: 12-JUL-10 Sala: Q05 Cama: C5051

Artigo	Descrição Artigo	Unid. Med	Quantidade
1745	LORAZEPAM 1mg, comp.		2
1018	METAMIZOL MAGNÉSICO 575mg, caps. Adenda		3
2119	PARACETAMOL 500mg, comp.		6

ANEXO E

DOCUMENTO EM SIG DOS ENCARGOS COM INSTALAÇÕES

Relatório de partidas individuais de fornecedores											
Fornecedor		274803									
Empresa		4000									
Nome		E. D. P.									
Local		LISBOA									
St	Atribuição	Nº doc.	Tp.doc.	Data doc.	R	Vt	Montante em ME	Moeda	DocCompens	Texto	Referência
☐		21200242402010	2120024240	KR	25.03.2010		11.492,07-	EUR		consumo de electric...	10381196729
☐		21200242432010	2120024243	KR	05.04.2010		5.548,08-	EUR		consumo de electric...	10381747764
☐		21200243132010	2120024313	KR	12.04.2010		3.382,74-	EUR		consumo de electric...	10382700824
☐		21200272582010	2120027258	KR	26.04.2010		59,07-	EUR		consumo de electric...	10384075631
☐		21200272632010	2120027263	KR	25.04.2010		11.271,54-	EUR		consumo de electric...	10384144985
☐		21200273062010	2120027306	KR	04.05.2010		3.892,82-	EUR		consumo de electric...	10384844147
☐		21200301972010	2120030197	KR	12.05.2010		3.055,51-	EUR		consumo de electric...	10386169584
☐		21200340362010	2120034036	KR	25.02.2010		13.252,29-	EUR		consumo de electric...	10378117378
☐		21200440672010	2120044067	KR	04.06.2010		4.076,52-	EUR		consumo de electric...	10388196985
☐		21200440732010	2120044073	KR	25.05.2010		10.771,45-	EUR		consumo de electric...	1037552358
☐		21200451032010	2120045103	KR	24.06.2010		29,42-	EUR		consumo de electric...	10390556945
☐		21200491072010	2120049107	KR	25.06.2010		11.041,47-	EUR		consumo de electric...	10391143379
☐		21200515072010	2120051507	KR	12.06.2010		2.047,37-	EUR		consumo de electric...	10390333386
☐		21200515932010	2120051593	KR	05.07.2010		3.969,10-	EUR		consumo de electric...	10391590964
							84.689,45-	EUR			
☐		21200023882010	2120002388	KR	03.12.2009		3.906,95-	EUR	2140005830	consumo de electric...	10368853632
☐		21200023882010	2140005830	KY	03.12.2009		3.906,95	EUR	2140005830		10368853632
☐		21200023892010	2120002389	KR	23.12.2009		106,20-	EUR	2140005831	consumo de electric...	10371067683
☐		21200023892010	2140005831	KY	23.12.2009		106,20	EUR	2140005831		10371067683
☐		21200023902010	2120002390	KR	01.12.2009		7,41-	EUR	2140005832	consumo de electric...	10370112160
☐		21200023902010	2140005832	KY	01.12.2009		7,41	EUR	2140005832		10370112160
☐		21200023912010	2120002391	KR	05.01.2010		5.540,84-	EUR	2140005833	consumo de electric...	10372102508
☐		21200023912010	2140005833	KY	05.01.2010		5.540,84	EUR	2140005833		10372102508
☐		21200023922010	2120002392	KR	12.12.2009		3.050,44-	EUR	2140005834	consumo de electric...	10370107958
☐		21200023922010	2140005834	KY	12.12.2009		3.050,44	EUR	2140005834		10370107958

FIGURA E.1: Documento em SIG relativo ao consumo eléctrico correspondente à data do estudo.

FONTE: Secção Logística, HMP,2010.

Relatório de partidas individuais de fornecedores

</

FIGURA E.2: Documento em SIG relativo ao consumo de gás correspondente à data do estudo.

FONTE: Secção Logística, HMP,2010.

Fornecedor		247449							
Empresa		4000							
Nome		EPAL							
Local		LISBOA							

	St	Atribuição	Nº doc.	Tp.doc.	Data doc.	R	Vt	Montante em ME	Moeda	DocCompens	Texto	Referência
☐		21000003122010	2100000312	KG	11.06.2010			419,19	EUR		consumo de agua	201001797462
☐		21200259932010	2120025993	KR	12.04.2010			8.856,06-	EUR		consumo de água	201001155897
☐		21200259972010	2120025997	KR	12.04.2010			538,76-	EUR		consumo de água	201001155898
☐		21200260002010	2120026000	KR	12.04.2010			334,95-	EUR		consumo de água	201001156161
☐		21200260062010	2120026006	KR	14.04.2010			3.474,75-	EUR		consumo de água	201001181190
☐		21200273252010	2120027325	KR	19.04.2010			95,04-	EUR		consumo de água	201001252014
☐		21200301822010	2120030182	KR	11.05.2010			258,35-	EUR		consumo de agua	201001472438
☐		21200301892010	2120030189	KR	11.05.2010			485,99-	EUR		consumo de agua	201001472410
☐		21200301932010	2120030193	KR	11.05.2010			7.084,41-	EUR		consumo de agua	201001472409
☐		21200349132010	2120034913	KR	17.05.2010			2.894,58-	EUR		consumo de agua	201001571431
☐		21200349152010	2120034915	KR	20.05.2010			92,40-	EUR		consumo de agua	201001651401
☐		21200440232010	2120044023	KR	11.06.2010			419,19-	EUR		consumo de agua	201001797462
☐		21200440272010	2120044027	KR	11.06.2010			419,19-	EUR		consumo de agua	201001797462
☐		21200440412010	2120044041	KR	11.06.2010			260,05-	EUR		consumo de agua	201001797489
☐		21200440442010	2120044044	KR	11.06.2010			7.477,66-	EUR		consumo de agua	201001797461
☐		21200440582010	2120044058	KR	15.06.2010			2.139,75-	EUR		consumo de agua	201001848330
☐		21200451202010	2120045120	KR	22.06.2010			95,04-	EUR		consumo de agua	201001974977
☐		21200516042010	2120051604	KR	08.07.2010			483,59-	EUR		consumo de agua	201002173918
☐		21200516062010	2120051606	KR	08.07.2010			6.712,85-	EUR		consumo de agua	201002173917
☐		21200516282010	2120051628	KR	08.07.2010			198,50-	EUR		consumo de agua	201002174179
* ☐								41.901,92-	EUR			
☐		21200023752010	2120002375	KR	10.12.2009			439,11-	EUR	2140005836	consumo de água	200903901565
☐		21200023752010	2140005836	KY	10.12.2009			439,11	EUR	2140005836		200903901565
☐		21200023772010	2120002377	KR	10.12.2009			479,79-	EUR	2140005837	consumo de água	200903901297
☐		21200023772010	2140005837	KY	10.12.2009			479,79	EUR	2140005837		200903901297

FONTE: Secção Logística, Hospital Militar Principal, 2010.

ANEXO F

DOCUMENTO EM SIG DA FACTURA DE LAVANDARIA

Exibir documento: Visão de entrada

Impostos Moeda de exibição Visão do Razão

Visão de entrada

Nº documento: 2120049144 Empresa: 4000 Exercício: 2010
 Data documento: 31.05.2010 Data lançamento: 14.07.2010 Período: 7
 Referência: 32 Nº interempr.: Grp.ledgers:
 Moeda: EUR Existem textos: ☐

DocCompe... E... Itm CL ... Conta Denominação CI Montante Moeda Área funcional Centro financeiro Item financeiro

	4000	1	31	H	280564	BTB - TRATAMENTO T...	1Q	6.162,66	EUR		4012.0704	DUMMY40
		2	40	S	6223608000	Lavandaria	1Q	6.162,66	EUR	224	4012.0704	D.02.02.02.00

FIGURA F.1: Documento em SIG relativo ao custo de lavandaria.

FONTE: Secção Logística, HMP,2010.

ANEXO H

ANÁLISE ESTATÍSTICA DOS INQUÉRITOS

Cargos Desempenhados					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Director	2	13,3	13,3	13,3
	Administrador	4	26,7	26,7	40,0
	Director Administrativo / Financeiro	9	60,0	60,0	100,0
	Total	15	100,0	100,0	

Tabela H.1- Cargos desempenhados pelos inquiridos.

Qual a metodologia de custeio que considera mais adequada					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Método das Secções	5	27,8	27,8	27,8
	Método Directo	7	38,9	38,9	66,7
	Método ABC	6	33,3	33,3	100,0
	Total	18	100,0	100,0	

Tabela H.2- Metodologia de custeio mais adequada para os diferentes hospitais.

Considera que o Sistema de Custeio permite tomar decisões com menos risco				
	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	11	61,1	61,1	61,1
sim	6	33,3	33,3	94,4
Não	1	5,6	5,6	100,0
Total	18	100,0	100,0	

Tabela H.3- Metodologia de custeio mais adequada para os diferentes hospitais.

Método Directo é relevante para a tomada de decisão

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	11	61,1	61,1	61,1
Sim	6	33,3	33,3	94,4
Não	1	5,6	5,6	100,0
Total	18	100,0	100,0	

Tabela H.4- Relevância do Método Directo por doente para a tomada de decisão.

Quais as áreas que necessitam de controlo mais eficiente

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Internamento	8	44,4	44,4	44,4
Urgência	4	22,2	22,2	66,7
Hospital de Dia	6	33,3	33,3	100,0
Total	18	100,0	100,0	

Tabela H.5- Áreas de que necessitam de um controlo mais eficiente.

As informações não espelham a realidade

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Sem importância	2	11,1	33,3	33,3
Pouco importante	2	11,1	33,3	66,7
importante	2	11,1	33,3	100,0
Total	6	33,3	100,0	
Missing 5	12	66,7		
Total	18	100,0		

Tabela H.6- Caracterização da informação espelhada no GDH.

O conteúdo não é objectivo

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Pouco importante	2	11,1	33,3	33,3
	Importante	4	22,2	66,7	100,0
	Total	6	33,3	100,0	
Missing	5	12	66,7		
Total		18	100,0		

Tabela H.7- Objectividade da informação fornecida no GDH.

Existe dificuldade no acesso a informação

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sem importância	3	16,7	50,0	50,0
	Pouco importante	1	5,6	16,7	66,7
	Importante	2	11,1	33,3	100,0
	Total	6	33,3	100,0	
Missing	5	12	66,7		
Total		18	100,0		

Tabela H.8- Acessibilidade da informação fornecida no GDH.

Demasiadas informações materialmente Irrelevantes

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	sem importância	1	5,6	16,7	16,7
	pouco importante	2	11,1	33,3	50,0
	importante	3	16,7	50,0	100,0
	Total	6	33,3	100,0	
Missing	5	12	66,7		
Total		18	100,0		

Tabela H.9- Opiniões acerca da informação dada pelo GDH.

Considera que o GDH é de fácil compreensão

		Considera que o GDH é de fácil compreensão				Total
			0	Sim	Não	
As informações não		3	0	0	0	3
espelham a realidade	0	2	2	5	0	9
	Sem importância	0	0	0	2	2
	Pouco importante	0	0	0	2	2
	importante	0	0	0	2	2
Total		5	2	5	6	18

Tabela H.10- Opiniões acerca informação dada pelo GDH.