ÍNDICE

1. Mensagem da Presidente do Conselho de Administração 7
2. Apresentação Geral 10
2.1. Enquadramento 10
2.1. Área de Influência 11
3. Estrutura Organizacional 14
4. Actividade Assistencial 15
4.1. Internamento 18
4.2. Consulta Externa 24
4.3. Urgência 31
4.4. Hospital de Dia 35
4.5. Actividade Cirúrgica 37
4.6. Cuidados Continuados 45
4.9. Colheita e Transplantação 48
4.10. Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica 50
5. Outras Actividades 53
5.1. Investigação 53
5.2. Formação 61
5.3. Sistemas e Tecnologias de Informação 66
6. Recursos Humanos 70
6.1. Grupos Profissionais 72
6.2. Relação Jurídica de Emprego 74
6.3. Estrutura Etária 75
6.4. Níveis de Escolaridade 76
6.5. Absentismo e Mobilidade 77
6.6. Projectos Realizados/Em Curso 80
7. Situação Económica e Financeira 84
7.1. Controlo Interno e Externo 84
7.2. Gestão Orçamental 84
7.3. Tesouraria e Cobranças 85
7.4. Investimentos 86
7.4.1. Execução do Programa de Investimentos 86
7.4.2. Programas Comunitários e Projectos Co-Financiados 87

7.5. Análise Económica 88
7.5.1. Proveitos 89
7.5.2. Custos 91
7.6. Análise Financeira 103
7.7. Análise dos Indicadores 104
7.8. Proposta de Aplicação de Resultados 105
8. Governo da Sociedade 106
8.1. Missão, Objectivos e Políticas 106
8.2. Regulamentos Internos e Externos 109
8.3. Transacções relevantes com entidades relacionadas 110
8.4. Outras transacções 110
8.5. Indicação do modelo de governo e identificação dos membros dos órgãos sociais 111
8.6. Remuneração dos membros dos órgãos sociais 118
8.7. Análise de sustentabilidade da empresa nos domínios económico, social e ambiental 121
8.7.1. Estratégias adoptadas 121
8.7.2. Grau de cumprimento das metas fixadas para 2011 124
8.7.3. Políticas prosseguidas com vista a garantir a eficiência económica, financeira, social e ambiental e a salvaguardar as normas de qualidade 125
8.7.4. Identificação dos principais riscos para a actividade e para o futuro da empresa 141
8.7.5. Forma de cumprimento dos princípios inerentes a uma adequada gestão empresarial 141
8.7.6. Salvaguarda da competitividade 142
8.7.7. Planos de acção para o futuro 142
8.7.7.1. Actividade Assistencial para 2012 142
8.7.7.2. Principais Investimentos Previstos para 2012 145
8.8. Avaliação de cumprimentos dos Princípios do Bom Governo 146
8.9. Código de Ética 146
8.10. Plano de Prevenção de Riscos de Corrupção e Infracções Conexas 151
8.11. Identificação dos mecanismos adoptados com vista à prevenção de conflitos de interesses 154
8.12. Divulgação de Informação 155
9. Cumprimento das Orientações Legais 156
9.1. Objectivos de Gestão 156
9.2. Gestão do Risco Financeiro 157
9.3. Prazo Médio de Pagamentos e Atrasos nos Pagamentos 161
9.4. Cumprimento dos Deveres Especiais de Informação 163
9.5. Resultados Obtidos e Recomendações do Accionista 163
9.6. Remunerações 163

9.7. Contratação Pública 164
9.8. Implementação de medidas previstas no PEC ao nível da política de aprovisionamento, nomeadamente sobre a adesão ao SNCP 164
9.9. Endividamento, Plano de Redução de Custos, Princípio da Unidade de Tesouraria do Estado 165
10. Demonstrações Financeiras 166
Balanço Analítico 166
Demonstração dos Resultados por Naturezas 169
Demonstrações dos Resultados por Funções 170
Demonstrações dos Fluxos de Caixa 171
11. Anexo ao Balanço e Demonstrações dos Resultados do Exercício de 2011 173
12. Anexo à Demonstrações dos Fluxos de Caixa do Exercício de 2011 191
13. Outros Mapas Financeiros 192
14. Declarações de Compromissos, Pagamentos ou Recebimentos em Atraso em 31-12-2011 203
15. Certificação Legal de Contas 205
16. Relatório e Parecer do Fiscal Único 205
Anexos 206
Anexo I: Lista de Espera para Primeira Consulta em 31 de Dezembro de 2011 207
Anexo II: Lista de Espera Cirúrgica em 31 de Dezembro de 2011 210
Anexo III: Área de Influência 211
Anexo IV: Redes de Referenciação 213
Anexo V: Curricula 222

1. Mensagem da Presidente do Conselho de Administração

Em 01 de Março de 2007 foi criado o Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE (CHLC, EPE).

O Decreto Lei n.º 44/2012 de 23 de Fevereiro que entrou em vigor a 01 de Março de 2012, alterou a composição do CHLC, EPE pois integrou outros dois hospitais: o Hospital de Curry Cabral, EPE e a Maternidade Dr. Alfredo da Costa – SPA.

A criação do CHLC, EPE obedece a uma lógica de alargamento de hospitais com estatuto de entidade pública empresarial. Mas mais do que isso, visa recuperar e rentabilizar as sinergias existentes, como já aconteceu no passado com estes Hospitais, que num passado recente se designavam por Hospitais Civis de Lisboa. Os Hospitais que hoje constituem o CHLC, EPE são os seguintes: Hospital de São José, Hospital de Santo António dos Capuchos, Hospital de Santa Marta, Hospital de Dona Estefânia, Hospital de Nossa Senhora do Desterro (entretanto encerrado), Hospital de Curry Cabral e Maternidade Dr. Alfredo da Costa.

Esta concentração de recursos na mesma entidade tem em vista, como já foi referido, a rentabilização da capacidade instalada, evitar especialidades duplicadas ou triplicadas nas várias unidades e reduzir as redundâncias que ainda existem noutras áreas, nomeadamente na logística e nas áreas clínicas transversais (ex.: Patologia Clínica, Anatomia Patológica, Imunohemoterapia, Anestesia e outras).

O objectivo principal desta fusão é a transferência a médio prazo da actividade realizada neste CHLC, EPE para o novo Hospital de Lisboa Oriental.

A transferência para o referido Hospital tal como está previsto, em 2015/16, será o culminar de uma reorganização de oferta de cuidados hospitalares na área da Grande Lisboa.

Com efeito, no decorrer do presente ano de 2012 e nos próximos dois anos, a região de Lisboa assistirá a uma profunda reforma do seu parque hospitalar com a abertura de mais três novas Unidades Hospitalares (em 2010 foi aberto o Novo Hospital de Cascais). O Hospital Beatriz Ângelo (HBA) abriu em Janeiro de 2012 na zona de Loures e este não é um hospital de substituição mas sim uma nova Unidade. Em meados de 2013, abrirá o novo Hospital de Vila Franca de Xira, este sim é um Hospital de substituição e em 2015, prevê-se que abra o Hospital de Lisboa Oriental

que irá substituir seis Hospitais e não apenas uma Unidade, como a maior parte dos exemplos anteriores.

A médio prazo a realidade assistencial da região de Lisboa sofrerá uma alteração muito significativa cujos pilares fundamentais são a organização da oferta de cuidados hospitalares assente em 3 pólos hospitalares requalificados (menos camas mas melhores e mais adequadas): Centro Hospitalar Lisboa Norte, Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental e Hospital de Lisboa Oriental (HLO).

A composição do actual CHLC, EPE permitirá ajustar progressivamente a oferta à prevista para o HLO e permitirá, igualmente e no imediato, a criação de estruturas organizativas comuns com o objectivo de reduzir custos e obter ganhos de eficiência.

A concentração da urgência geral no Hospital de S. José (fechou a urgência do HCC) é já uma realidade que permitiu baixar o total das horas extraordinárias e potenciar ganhos de diferenciação aos profissionais. Proceder-se-á à redução de lotação em diversas especialidades, adequando a capacidade instalada às necessidades. Concentrando, sempre que fisicamente possível, sem grandes investimentos, a actividade assistencial num menor número de edifícios do que os actuais, sendo certo que a redução de capacidade instalada e dos recursos afectos, será feita progressivamente ao longo do período de 2012 a 2014/15, de forma a garantir o alinhamento com aquele que irá ser a capacidade instalada no novo Hospital Lisboa Oriental.

O CHLC, EPE tem 90 dias a partir do dia 1 de Março do corrente ano, para apresentar um "Plano de actividades e respectivo orçamento", para os próximos 3 anos. Dispõe também de 120 dias a contar da referida data para apresentar um novo Regulamento Interno.

O CHLC, EPE adoptou e está em desenvolvimento como eixo estruturante da sua actividade um modelo de governação clínica que assenta sobre dois pilares operacionais – Especialidade e Unidade Funcional – e uma terceira, de responsabilidade intermédia entre o sector operacional e o Conselho de Administração. O reforço do carácter multidisciplinar facilitador das boas práticas clínicas bem como a monitorização regular de indicadores clínicos fiáveis capazes de sustentar um programa de auditorias clínicas, são pressupostos modeladores da Gestão Clínica pretendida.

Atendendo à dimensão e complexidade do projecto de mudança, pretende o CHLC, EPE desenvolver como experiência de gestão e carácter inovador, um modelo de contratualização interna. Assim, dentro dos princípios orientadores de um planeamento por objectivos, que envolva e responsabilize todos os intervenientes, criou-se uma estrutura intermédia de gestão ágil e operacional que assume e executa o contrato-programa negociado com o Conselho de Administração.

O projecto de transformação em curso vem decorrendo com sucesso, embora com alguns constrangimentos externos, decorrentes das reformas a que a conjuntura económica e financeira do País obriga.

A racionalização de custos tem vindo a ser prosseguida sem prejuízo da missão do hospital, suportada na reorganização da estrutura interna que tem como objectivo colocar o doente no centro do sistema, garantindo a melhoria contínua da qualidade da prestação dos cuidados de saúde, na esteira da tradição e prestígio há muito granjeados pelos hospitais que integram o CHLC, EPE.

Este ano prevêem-se dificuldades acrescidas pela necessidade de racionalizar ainda mais os custos. Para tal, é necessário que todos em conjunto, com ênfase especial para os profissionais que prestam cuidados directos ao doente, sejamos capazes de ser ainda mais criteriosos e exigentes em toda a nossa actividade. O Serviço Nacional de Saúde tem que ser sustentável como todos nós desejamos e este objectivo torna imperiosa uma atenção redobrada em todos os processos e também nos pequenos detalhes, pois serão estes que seguramente farão a diferença.

As escolhas terão necessariamente que obedecer a um padrão muito criterioso, na exacta medida das necessidades expressas.

Não vai ser um ano fácil, antes pelo contrário e por isso temos que estar permanentemente vigilantes para que o essencial não se confunda com o acessório.

Por outro lado, importa aqui apelar também para o espírito de solidariedade que deve reinar nestes momentos para conseguirmos estar atentos e ajudar quem mais necessitar.

A adesão dos profissionais do CHLC, EPE à implementação e desenvolvimento dos vários projectos em curso tem sido fundamental para o sucesso constatado. Na gravíssima conjuntura económico-financeira e social com que o país se defronta, o Conselho de Administração continuará a contar com o seu esforço empenhado e qualificação reconhecida de todos os profissionais, para executar tão complexo quanto grandioso projecto de mudança e modernização que urge prosseguir com vista ao futuro Hospital Lisboa Oriental.

Teresa Maria da Silva Sustelo

Presidente do Conselho de Administração

2. APRESENTAÇÃO GERAL

2.1. Enquadramento

O Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE (CHLC, EPE) foi criado pelo DL n.º 50-A/2007 de 28 de Fevereiro, pela integração, numa única organização, de quatro hospitais centrais: Hospital de S. Marta, EPE (HSM), Hospital de D. Estefânia (HDE), Hospital de S. José (HSJ) e o Hospital de S. António dos Capuchos (HSAC) - os dois últimos integravam o Centro Hospitalar de Lisboa – Zona Central. A partir de 1 de Março de 2012, irá integrar o Hospital de Curry Cabral, EPE (HCC) e a Maternidade Alfredo da Costa (MAC).

Tendo como missão prestar cuidados de saúde diferenciados, em articulação com as demais unidades prestadoras de cuidados de saúde integradas no Serviço Nacional de Saúde (SNS), a sua área geográfica de cobertura insere-se no âmbito da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo. Este contexto, não invalida a garantia dos princípios da universalidade de cobertura do SNS e da liberdade de escolha do cidadão, nem impede a integração na rede de prestação de cuidados de saúde diferenciados e a sua plena articulação com a rede de prestação de cuidados de saúde primários e com os demais prestadores de saúde previstos nas redes de referenciação de cuidados, existentes ou a criar.

O CHLC, EPE é um hospital central, com ensino universitário e formação pós-graduada, com elevada diferenciação científica, técnica e tecnológica, sendo reconhecido pela excelência clínica, eficácia e eficiência e assumindo-se como instituição de referência.

As quatro unidades hospitalares que integram o CHLC, EPE apresentam perfis de oferta assistencial distintos:

Quadro: Perfis de Oferta Assistencial do CHLC, EPE

Unidade Hospitalar	Descrição	Lotação Média	Principais Especialidades/ Referências
Hospital de São José	Hospital geral, central, vocacionado para o tratamento de doentes graves em estado crítico, nomeadamente politraumatizados. Integra várias redes de referenciação de especialidades.	401	Cirurgia Geral Cirurgia Plástica e Reconstrutiva Dermatologia Estomatologia Gastrenterologia Hematologia Medicina Interna Neurocirurgia Neurologia Oftalmologia Ortopedia Otorrinolaringologia Urologia
Hospital de Santo António dos Capuchos	Hospital central integrador de valências específicas em áreas como Neurologia, Hematologia, Oncologia, Dermatologia, Oftalmologia e Gastrenterologia.	295	
Hospital de Santa Marta	Hospital central e especializado de vocação cardiovascular.	202	Cardiologia Cardiologia Pediátrica Cirurgia Cardiotorácica Cirurgia Vascular Pneumologia
Hospital D.ª Estefânia	Hospital central, especializado e de apoio perinatal diferenciado. Assegura cuidados (de complexidade variável) à Mulher e à Criança da Região de Lisboa e Vale do Tejo, Sul do País e Ilhas.	186	Pediatria Médica Pediatria Cirúrgica Pedopsiquiatria Ginec. / Obstetrícia Imunoalergologia
Total		1.083	

2.1. Área de Influência

O CHLC, EPE assegura cuidados de saúde à população da sua área de influência em diversas especialidades médicas e cirúrgicas, que se distribuem por um pólo materno infantil (HDE), um pólo com vocação cardiovascular (HSM) e dois outros com vocação generalista, para adultos (HSJ e HSAC). Assegura ainda, uma urgência polivalente de adultos, uma urgência pediátrica e, até Junho de 2011, uma urgência obstétrica/ginecológica.

Persistem no CHLC, EPE alguns aspectos quer de natureza física quer de ordem estrutural e funcional que têm dificultado a sua modernização e contribuído para condicionar a excelência da sua prestação como hospital central e posicionado no vértice superior da pirâmide da estrutura de prestação de cuidados de saúde diferenciados. Sublinhe-se ainda, que os quatro hospitais centrais que integram o CHLC, EPE localizados em zonas históricas do centro de Lisboa de acesso rodoviário condicionado e em instalações de antigos conventos geram, pela sua antiguidade e traça arquitectónica, constrangimentos e dificuldades de organização e funcionamento, obrigando, frequentemente, à realização de obras de adaptação e a uma manutenção curativa permanente que se traduz em elevados custos adicionais de exploração corrente e perdas de eficiência interna.

O grande volume da urgência, o número significativo de doentes com prolongamento de internamento por motivos meramente sociais, a escassez de instituições de retaguarda e a inadequada referenciação de doentes por parte de outros hospitais, têm contribuído para desvirtuar o correcto posicionamento assistencial do CHLC, EPE, como estabelecimento hospitalar altamente diferenciado no âmbito da prestação de cuidados de saúde.

Neste contexto, a alteração do Estatuto Jurídico, que ocorreu em 1 de Março de 2007, para o modelo de Entidade Pública Empresarial (EPE), proporcionou a oportunidade de iniciar a modernização estrutural, organizativa e gestionária que se tornava imperiosa e que, vem sendo desenvolvida de forma participada e sustentada.

Actualmente, a área de influência directa do CHLC, EPE é composta por 41 das 53 freguesias do Concelho de Lisboa e por 6 das 18 freguesias do Concelho de Loures, variando segundo as especialidades e unidade hospitalar.

Esta área corresponde no Concelho de Lisboa aos Centros de Saúde de: Alameda, Coração de Jesus, Graça, Lapa, Luz Soriano, Marvila, Olivais, S. João, S. Mamede, Santa Isabel, Sete Rios e Penha de França e, no Concelho de Loures, ao Centro de Saúde de Sacavém, conforme o Anexo III.

A área de cobertura populacional de primeira linha corresponde a cerca de 450.000[1] habitantes. No entanto, as suas características de hospital de destino para referenciação diferenciada alargam o seu âmbito de influência para o nível regional e nacional podendo afirmar-se que a sua capacidade atractiva abrange cerca de 1,5 milhões de habitantes.

No que respeita à área de influência, cumpre ainda, salientar o seguinte:

- A população do Concelho de Lisboa, no período de 2001 a 2011, registou um decréscimo (3%) e uma tendência de agravamento do índice de envelhecimento;

[1] Censos 2011 – valores provisórios.

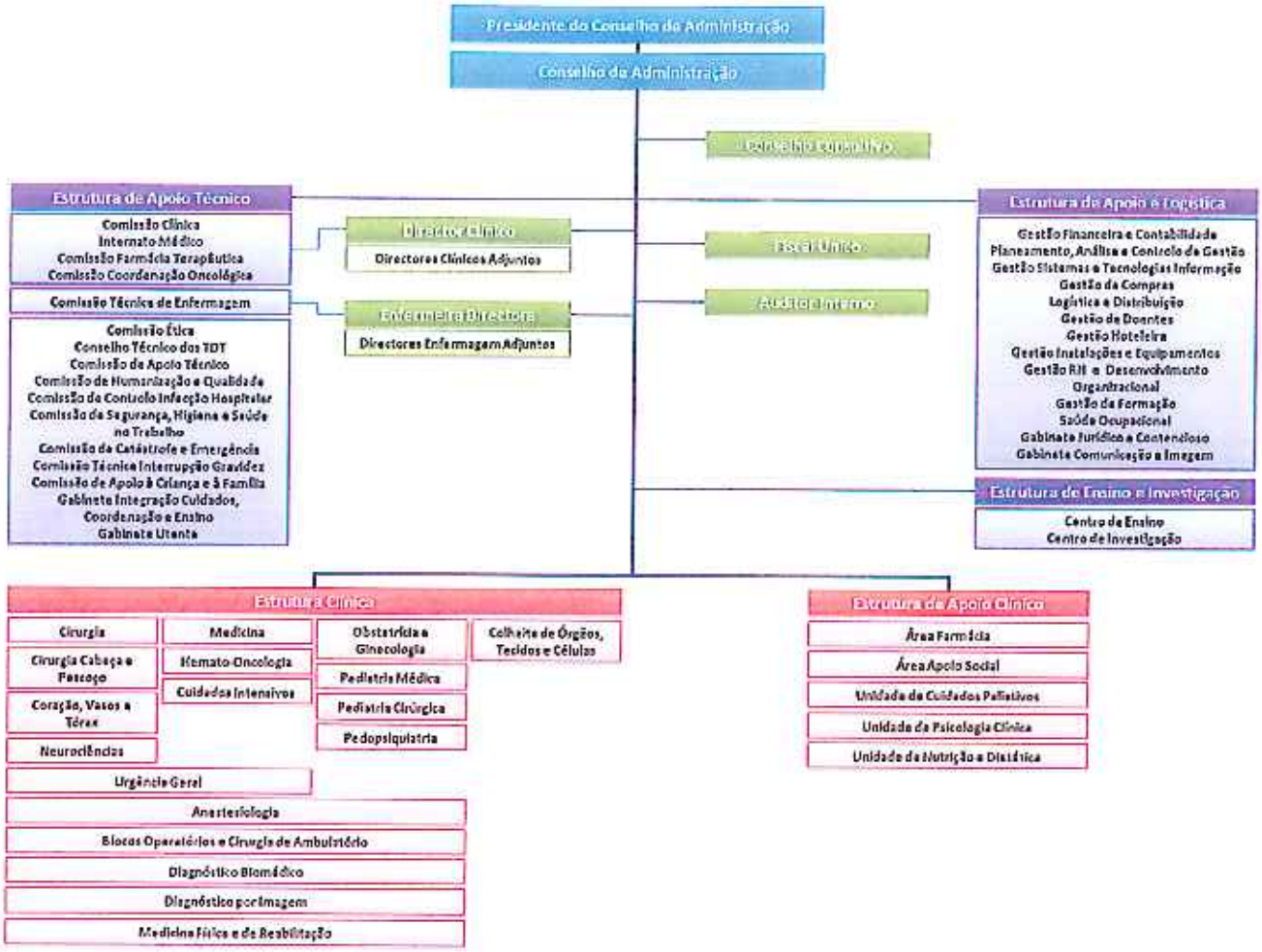
- Níveis distintos de concentração de recursos de saúde nos concelhos de Lisboa e de Loures, sobretudo ao nível de hospitais. Esta realidade já está a ser alterada com a entrada em funcionamento do Hospital de Loures e posteriormente, de forma mais acentuada, com a construção e entrada em funcionamento do futuro Hospital de Lisboa Oriental.

A esta situação acresce as diversas redes de referenciação hospitalar que colocam o CHLC, EPE como um pilar nuclear de referência da prestação de cuidados hospitalares.

Os quadros do Anexo IV, relativos às redes de referenciação hospitalar, permitem apreender o posicionamento do CHLC, EPE em cada uma delas.

3. Estrutura Organizacional

Organigrama em 31 de Dezembro de 2011



4. ACTIVIDADE ASSISTENCIAL

O presente Relatório e Contas reporta-se ao período compreendido entre 1 de Janeiro e 31 de Dezembro de 2011. Este período reflecte, em termos de actividade, a prossecução do processo de reestruturação que vem sendo desenvolvido com vista à plena integração dos quatro hospitais. Neste sentido, tem-se procedido à reorganização das estruturas clínicas e de apoio numa perspectiva de integração, de redução de custos e obtenção de sinergias. Este processo, pressupõe e tem como objectivo que, no futuro, no novo Hospital de Lisboa Oriental (HLO), a organização das áreas se encontre conforme reflecte o organograma apresentado, embora, nesta fase de transição, algumas das áreas previstas ainda não se encontrem formalizadas.

A actividade do CHLC, EPE, em 2011, ficou marcada por um conjunto de alterações conjunturais, de acordo com as orientações da Tutela e do conhecimento da Administração Central do Sistema de Saúde, I.P. (ACSS) e da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, I.P. (ARSLVT). Assim, merecem destaque nomeadamente:

- as alterações, em 6 de Junho, à rede de urgência de Ginecologia/Obstetrícia com a concentração da Urgência de Ginecologia/Obstetrícia do Hospital de Dona Estefânia na Maternidade Alfredo da Costa;
- o alargamento da área de influência, desde 18 de Julho, à freguesia de Santa Maria dos Olivais;
- a alteração, desde 1 de Julho, da rede de referenciação do Hospital de Vila Franca de Xira, passando o CHLC, EPE a constituir-se, ao abrigo do novo contrato de gestão desse hospital, como hospital de referência para a prestação de cuidados referenciados, em todas as especialidades existentes;
- desde Setembro de 2011, verificou-se o aumento dos doentes referenciados na área da cardiologia pediátrica e cirurgia cardiotorácica, devido ao términus do protocolo existente entre a ARSLVT e o Hospital da Cruz Vermelha Portuguesa, ao abrigo do qual a Maternidade Dr. Alfredo da Costa e o Hospital de Curry Cabral, EPE, referenciavam, entre outras, os doentes daquelas patologias;
- o encerramento das urgências do Hospital de Curry Cabral a 26 de Dezembro, passando o CHLC, EPE a assegurar parte desta actividade, incluindo a urgência psiquiátrica do Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa.

O CHLC, EPE desenvolveu, ao longo de 2011, a sua actividade assistencial pelas quatro unidades hospitalares que nele estão integradas e que, de forma agregada e sintética, se apresenta no quadro seguinte.

Os doentes cuja entidade financeira responsável pela cobertura da prestação de cuidados de saúde é o SNS, ADSE, SAD, IASFA, ainda que com variações por linha de actividade, representam cerca de 97% do total de doentes assistidos.

A apreciação global e evolutiva da actividade clínica é feita pelas grandes áreas funcionais que caracterizam a produção assistencial, nomeadamente, o Internamento, a Consulta Externa, a Urgência, a Actividade Cirúrgica, o Hospital de Dia, os Cuidados Continuados, Colheita e Transplantação e os Meios Complementares de Diagnóstico e de Terapêutica.

Quadro: Evolução 2009 – 2011 e Metas 2011 da Actividade Assistencial

	2009	2010	2011	PD 2011	2011/ PD2011	2011/ 2010	2010/ 2009
Internamento							
Lotação Média Praticada	1.158	1.128	1.083	1.098	-1,4 %	-4,0 %	-2,6 %
Doentes Saídos	39.728	38.491	35.421	35.512	-0,3 %	-8,0 %	-3,1 %
Doentes Saídos (sem Berçário)	37.750	36.588	34.631	34.660	-0,1 %	-5,3 %	-3,1 %
Berçário	1.978	1.903	790	852	-7,3 %	-58,5 %	-3,8 %
Doentes Tratados (*)	38.075	37.386	35.364	35.511	-0,4 %	-5,4 %	-1,8 %
Demora Média (*)	9,2	9,0	9,3	9,3	-0,4 %	2,9 %	-2,2 %
Taxa de Ocupação (%) (*)	81,3%	79,9%	81,2%	80,2%	1 p.p.	1,3 p.p.	-1,4 p.p.
Doentes Tratados / Cama (*)	33	33	33	32	1,0 %	-1,5 %	0,8 %
Índice de *Case-Mix*	1,5931	1,5210	1,6824	1,4581	15,4 %	10,6 %	-4,5 %
Consulta Externa							
Total de Consultas	571.981	574.483	573.396	573.116	0,0 %	-0,2 %	0,4 %
Primeiras	146.547	149.611	141.413	141.333	0,1 %	-5,5 %	2,1 %
Subsequentes	425.434	424.872	431.983	431.783	0,0 %	1,7 %	-0,1 %
% Primeiras / Total	25,6%	26,0%	24,7%	24,7%	0 p.p.	-1,4 p.p.	0,4 p.p.
Urgência							
Total de Atendimentos	251.906	255.356	249.179	249.120	0,0 %	-2,4 %	1,4 %
Urgência Geral	152.667	153.705	157.865	157.750	0,1 %	2,7 %	0,7 %
Urgência Gin./Obstetrícia	11.855	11.705	4.570	4.570	0,0 %	-61,0 %	-1,3 %
Urgência Pediátrica	87.384	89.946	86.744	86.800	-0,1 %	-3,6 %	2,9 %
% Doentes Internados	8,2%	8,0%	7,9%	7,9%	0 p.p.	-0,1 p.p.	-0,2 p.p.
Actividade Cirúrgica							
Total de Cirurgias	31.371	30.728	31.171	30.839	1,1 %	1,4 %	-2,0 %
Convencional Programada	13.172	12.093	11.245	11.101	1,3 %	-7,0 %	-8,2 %
Ambulatório	12.462	13.014	13.997	13.946	0,4 %	7,6 %	4,4 %
Urgente	5.737	5.621	5.929	5.792	2,4 %	5,5 %	-2,0 %
% Ambulatório / Cirurgia Programada	48,6%	51,8%	55,5%	55,7%	-0,2 p.p.	3,6 p.p.	3,2 p.p.
N.º de Doentes em Espera Inscritos	7.867	8.127	9.958	n.a.	n.a.	22,5 %	3,3 %
Mediana do Tempo de Espera (meses)	3,9	3,5	4,1	n.a.	n.a.	17,1 %	-10,3 %
Hospital de Dia							
Sessões	40.207	35.540	31.588	31.108	1,5 %	-11,1 %	-11,6 %
Sessões de Quimioterapia	9.273	9.669	10.315	9.668	6,7 %	6,7 %	4,3 %
Sessões de Hemodiálise	115	133	156	150	4,0 %	17,3 %	15,7 %
Partos							
Total de Partos	2.103	2.002	821	817	0,5 %	-59,0 %	-4,8 %
Eutócicos	1.190	1.169	415	415	0,0 %	-64,5 %	-1,8 %
Distócicos	913	833	406	402	1,0 %	-51,3 %	-8,8 %
Cesariana	614	573	285	281	1,4 %	-50,3 %	-6,7 %
Fórceps	82	72	38	38	0,0 %	-47,2 %	-12,2 %
Ventosa	217	188	83	83	0,0 %	-55,9 %	-13,4 %
% Cesarianas / Partos	29,2%	28,6%	34,7%	34,4%	0,9 %	21,3 %	-2,0 %
MCDT							
MCDT realizados no CHLC	12.103.608	12.371.518	12.241.099	12.362.437	-1,0 %	-1,1 %	2,2 %
MCDT realizados no Exterior	548.824	315.283	263.023	270.123	-2,6 %	-16,6 %	-42,6 %

(*) sem Berçário

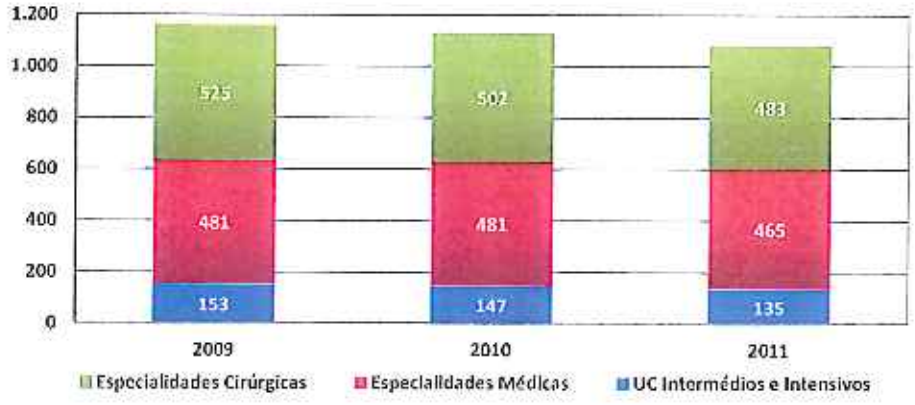
4.1. Internamento

O CHLC, EPE, em 31 de Dezembro de 2011 registava uma lotação média de 1.083 camas e em idêntico período de 2010 esse valor era de 1.128.

A redução da lotação é um processo que foi iniciado antes da criação formal do CHLC, EPE e assumido por todos os Hospitais que o compõem. Tendo como referencial as lotações a 31 de Dezembro de 2005 a 2011, verificou-se uma redução de 388 camas (a 31 de Dezembro de 2005 estavam activas 1.429 camas e, em 2011, 1.041 camas). É de salientar o encerramento do Hospital de Nossa Senhora do Desterro, no final de 2006, responsável por 147 das 388 camas.

Em 2011, as reduções do número de camas mais significativas ocorreram nas especialidades de Dermatologia (menos 6 camas), Medicina Interna (menos 8 camas) e Cuidados Intensivos Cirúrgicos (menos 5 camas), devido à junção das UCI de Neurocirurgia no HSJ, e em toda a Área de Ginecologia e Obstetrícia (menos 2 camas na Ginecologia, 9 camas na Obstetrícia e 6 berços) devido ao já mencionado encerramento da Urgência de Ginecologia e Obstetrícia em Junho de 2011. As alterações da lotação média podem ser analisadas por especialidade no triénio 2009-2011 no quadro da folha seguinte.

Gráfico: Evolução da Demora Média e Taxa de Ocupação



Em 2011 a demora média atingiu 9,3 dias, representando um aumento de 0,4 dias face a 2010, explicado essencialmente pela redução do número de internamentos da Obstetrícia, cuja demora média é cerca de 3 dias.

A taxa de ocupação registou um valor de cerca de 81,2% representando um aumento de 1,4 p.p. face a 2010. Este aumento tem como principais causas a redução da lotação média e do aumento da demora média verificados.

Gráfico: Evolução da Demora Média e Taxa de Ocupação

Em 2011 registaram-se 35.421 doentes saídos, ou seja, cerca de 97 por dia. Desde 2009 tem se verificado um decréscimo médio anual do número de doentes saídos de cerca de 5,6%. Este facto deveu-se, sobretudo, ao encerramento da Urgência de Ginecologia e Obstetrícia em Junho e à transferência do tratamento de algumas patologias para o ambulatório (hospital de dia – cateterismos de diagnóstico e polissonografia do sono; cirurgia de ambulatório – cataratas, varizes e pacemakers, por exemplo). Apesar da evolução verificada nestes indicadores, continua a persistir a existência de casos sociais e a dificuldade de resposta da RNCCI, o que não contribui para a diminuição do período de internamento clínico adequado e de uma maior eficiência da actividade do internamento. A reestruturação da actividade e integração de serviços em áreas funcionais, bem como a realização de obras de reestruturação de áreas clínicas têm, também, contribuído para a redução da capacidade instalada e consequente diminuição da actividade do internamento.

O quadro seguinte apresenta a evolução dos principais indicadores da actividade de internamento por especialidade entre 2009 e 2011.

Quadro: Internamento por especialidade

Internamento	2009				2010				2011				Variação 2011/2010			
	Lot. Média	D. Saídos (S/ TI)	D. Média (dias)	Taxa Ocup. (%)	Lot. Média	D. Saídos (S/ TI)	D. Média (dias)	Taxa Ocup. (%)	Lot. Média	D. Saídos (S/ TI)	D. Média (dias)	Taxa Ocup. (%)	Lot. Média (%)	D. Saídos (%)	D. Média (dias)	Taxa Ocup. (pp)
Angiologia e Cirurgia Vascular	38	1.126	5,3	82,0	38	1.069	4,9	74,9	38	1.122	4,6	76,8	0,0	5,0	-6,1	1,9
Cardiologia	46	2.845	3,9	75,9	45	2.727	4,0	74,2	43	2.810	4,2	83,8	-4,4	3,0	5,2	9,6
Cardiologia Pediátrica	9	412	5,1	89,7	8	429	4,2	86,4	9	404	4,8	85,4	12,5	-5,8	14,3	-1,0
Cirurgia Cardio-Torácica	28	972	3,8	65,4	28	986	3,8	65,1	27	968	4,1	73,0	-3,6	-1,8	9,9	7,9
Cirurgia Geral	140	4.425	8,1	83,8	136	4.304	8,3	84,8	136	4.119	8,9	87,1	0,0	-4,3	7,1	2,3
Cirurgia Maxilo-Facial	18	987	5,0	77,1	16	942	4,4	85,2	16	957	4,1	80,5	0,0	1,6	-6,8	-4,7
Cirurgia Pediátrica	24	1.352	4,1	70,1	23	1.256	3,5	58,4	20	1.205	3,5	66,0	-13,0	-4,1	-0,5	7,7
Cirurgia Plástica e Reconstrutiva	19	942	6,3	87,3	20	1.250	5,5	97,2	20	1.071	5,6	85,0	0,0	-14,3	2,1	-12,2
Dermato-Venereologia	12	363	7,3	85,0	12	325	7,1	75,1	6	169	7,4	83,9	-50,0	-48,0	4,5	8,8
Estomatologia	4	83	3,9	23,5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Gastrenterologia	14	469	10,0	108,0	14	472	8,8	93,0	14	467	7,9	93,3	0,0	-1,1	-9,9	0,4
Ginecologia	11	901	2,7	80,8	11	720	2,6	73,8	9	532	2,7	56,5	-18,2	-26,1	3,0	-17,3
Hematologia Clínica	28	537	14,2	99,5	27	563	14,8	98,8	28	614	13,9	96,9	3,7	9,1	-6,3	-1,9
Medicina Interna	233	6.436	11,1	91,3	236	6.686	10,2	86,5	228	6.793	9,8	88,7	-3,4	1,6	-3,6	2,2
Neurocirurgia	58	1.650	8,7	83,2	62	1.388	7,7	85,1	60	1.448	7,1	79,1	-3,2	4,3	-7,9	-5,9
Neurologia	32	1.073	8,3	87,6	32	1.139	7,6	85,5	32	1.191	7,2	87,2	0,0	4,6	-5,6	1,6
Obstetrícia	22	2.168	2,9	90,8	22	1.995	2,7	80,8	13	826	2,7	53,1	-40,9	-58,6	-1,6	-27,7
Oftalmologia (adultos)	13	765	3,7	63,1	12	764	3,3	58,0	10	651	3,0	57,6	-16,7	-14,8	-9,7	-10,4
Ortopedia (adultos)	67	2.055	9,2	83,4	67	1.919	9,0	73,5	67	1.802	10,5	78,9	0,0	-6,1	16,2	5,4
Ortopedia (pediátrica)	15	811	4,7	77,6	15	769	5,0	75,9	15	813	4,5	74,5	0,0	5,7	-8,3	-1,4
Otorrinolaringologia (adultos)	16	888	4,6	69,6	14	787	3,3	64,5	14	728	3,4	60,9	0,0	-7,5	3,2	-3,6
Otorrinolaringologia (pediátrica)	9	623	3,1	62,9	7	542	2,8	63,9	5	318	2,7	55,7	-28,6	-41,3	-2,2	-8,1
Pediatria	83	2.287	6,8	61,3	83	2.305	7,1	61,1	81	2.299	6,9	62,9	-2,4	-0,3	-3,7	1,8
Pneumologia	15	362	10,4	83,9	14	333	11,6	88,6	14	374	10,2	85,2	0,0	12,3	-12,1	-3,4
Psiquiatria (Agudos)	10	121	20,9	72,2	10	121	21,3	74,8	10	139	20,6	74,4	0,0	14,9	-3,3	-0,4
Queimados	15	125	22,9	75,3	13	140	18,6	72,5	15	134	21,2	70,2	15,4	-4,3	14,3	-2,3
Urologia	18	1.440	4,3	98,2	18	1.251	4,7	93,9	18	1.279	4,7	97,7	0,0	2,2	1,3	3,8
U. Cuidados Intermédios	17	147	2,6	68,1	17	143	2,5	68,8	13	128	2,5	81,4	-23,5	-10,5	0,1	12,6
U.C.I. Cirurgia	39	210	5,4	77,3	36	170	5,6	81,8	31	194	5,0	84,4	-13,9	14,1	-10,6	2,6
U.C.I. Coronários	17	380	3,1	66,4	17	391	2,9	64,2	16	373	2,9	69,3	-5,9	-4,6	-0,9	5,1
U.C.I. Pediatria	12	50	7,7	81,5	12	45	6,9	71,3	12	51	5,7	66,1	0,0	13,3	-17,4	-5,2
U.C.I. Polivalente	52	485	7,3	70,6	49	529	6,2	81,5	47	512	6,6	90,2	-4,1	-3,2	6,7	8,6
U.C.I. Recém Nascidos	16	149	16,1	81,1	16	127	17,8	83,0	16	140	22,6	81,6	0,0	10,2	27,2	-1,5
Berçário	22	1.978	2,6	56,4	22	1.903	2,6	63,0	16	790	2,6	35,9	-27,3	-58,5	0,6	-27,1
Sub-Total UCI	**153**	**1.431**	**-**	**73,5**	**147**	**1.405**	**-**	**77,5**	**135**	**1.398**	**-**	**82,4**	**-8,2**	**-0,5**	**-**	**4,9**
Sub-Total Espec. Médicas	**481**	**15.006**	**-**	**84,6**	**481**	**15.100**	**-**	**81,3**	**465**	**15.260**	**-**	**83,7**	**-3,3**	**1,1**	**-**	**2,4**
Sub-Total Espec. Cirúrgicas	**525**	**21.313**	**-**	**80,4**	**502**	**20.083**	**-**	**78,8**	**483**	**17.973**	**-**	**78,5**	**-3,8**	**-10,5**	**-**	**-0,3**
TOTAL (s/ Berçário)	**1.158**	**37.750**	**9,2**	**81,3**	**1.128**	**36.588**	**8,9**	**79,9**	**1.083**	**34.631**	**9,3**	**81,2**	**-4,0**	**-5,3**	**3,5**	**1,4**

No quadro seguinte resumem-se os 20 GDH mais frequentes do ano de 2011, cuja produção representou 22,6% da actividade de internamento codificada. A demora média dos episódios de internamento codificados foi de 9,4 dias.

Quadro: Os 20 GDH mais frequentes em 2011 no Internamento

GDH	GDH - Designação	Centro Hospitalar de Lisboa Central								benchmarking IASIST 1.º SEM 2011
		2010			2011					
		n.º doentes	n.º dias	tempo médio internamento	n.º doentes	n.º dias	tempo de internamento mínimo	tempo de internamento médio	tempo de internamento máximo	
629	Recém-nascido, peso ao nascer > 2499g, sem procedimento significativo em B.O., com Diagnóstico de recém-nascido normal	1723	4308	2,50	747	2060	0	2,76	49	3,79
125	Perturbações circulatórias excepto enfarte agudo do miocárdio, com cateterismo cardíaco, sem diagnóstico complexo	705	1849	2,62	705	2035	0	2,89	22	2,63
127	Insuficiência cardíaca e ou choque	606	5600	9,24	662	5930	1	8,96	77	8,03
14	Acidente vascular cerebral com enfarte	605	6083	10,05	644	6176	0	9,59	101	8,07
541	Perturbações respiratórias, excepto infecções, bronquite ou asma, com CC major	410	5549	13,53	480	6261	1	13,04	154	7,96
373	Parto vaginal, sem diagnósticos de Complicação	1044	2935	2,81	404	1150	1	2,85	13	2,52
167	Apendicectomia sem diagnóstico principal complicado, sem CC	402	1369	3,41	400	1255	1	3,14	10	3,16
89	Pneumonia e ou pleurisia simples, Idade > 17 anos, com CC	386	3943	10,22	377	3740	1	9,92	47	8,18
758	Procedimentos no dorso e ou pescoço, excepto artrodese vertebral sem CC	270	1775	6,57	334	1797	1	5,38	43	4,89
42	Procedimentos intra-oculares, excepto na retina, íris e ou cristalino	315	1111	3,53	325	1121	0	3,45	37	1,78
359	Procedimentos no útero e ou seus anexos, por carcinoma in situ e ou doença não maligna, sem CC	401	1458	3,64	318	1097	1	3,45	14	3,57
533	Outras perturbações do sistema nervoso, excepto acidente isquémico transitório, convulsões e ou cefaleias, com CC major	318	6389	20,09	312	6281	1	20,13	122	9,14
2	Craniotomia, Idade >17 anos, sem CC	282	3815	13,53	293	3738	1	12,76	52	10,53
320	Infecções dos rins e ou das vias urinárias, Idade >17 anos, com CC	258	2759	10,69	292	3111	1	10,65	181	7,30
494	Colecistectomia laparoscópica, sem exploração do colédoco, sem CC	361	1197	3,32	291	899	1	3,09	12	4,21
131	Perturbações vasculares periféricas, sem CC	303	965	3,18	283	801	0	2,83	31	2,24
116	Outras implantações de pacemaker cardíaco permanente	198	972	4,91	272	1241	1	4,56	45	3,80
585	Procedimentos major no estômago, esófago, duodeno, intestino delgado e ou intestino grosso, com CC maior	193	6212	32,19	254	7106	1	27,98	284	19,06
371	Cesariana, sem CC	484	1722	3,56	251	830	2	3,31	24	4,12
219	Procedimentos no membro inferior e ou no úmero, excepto na anca, pé ou fémur, Idade >17 anos, sem CC	249	1484	5,96	233	1407	1	6,04	31	5,20
	20 GDHs mais frequentes	---	---	---	7877	58036	1	7,37	22	---
	restantes GDH	---	---	---	26945	269171	---	9,99	---	---
	TOTAL DA PRODUÇÃO CODIFICADA	36974	334025	9,03	34822	327207	1	9,40	852	---

demora média pior que benchmarking IASIST
demora média melhor que benchmarking IASIST
Fonte: WebGDH em 23 de Março de 2012.

À semelhança do ano anterior, os GDH mais frequentes foram da área da Obstetrícia: GDH 629 (recém-nascido normal). O GDH 373 (Parto vaginal, sem diagnósticos de complicação) que em 2010 ocupava o 2.º lugar, ocupou em 2011 o 6.º lugar. Consequência imediata da já mencionada transferência de urgências de Ginecologia/Obstetrícia para a Maternidade Alfredo da Costa, em Junho. Seguiram-se os GDH da área cardiovascular: perturbações circulatórias com cateterismo cardíaco (GDH 125), a insuficiência cardíaca (GDH 127) e os acidentes vasculares cerebrais (GDH

14). Os GDH cirúrgicos mais frequentes em internamento (excepto os das áreas da ginecologia/obstetrícia e cardiovascular) foram o GDH 167 (apendicectomia) e o GDH 758 (procedimentos no dorso e pescoço).

A demora média dos episódios de internamento codificados foi de 9,4. Os GDH cirúrgicos registaram uma demora média de 10,04 dias (doentes programados 6,85 dias e doentes urgentes 14,18 dias) e os GDH médicos uma demora média de 8,87 (doentes programados 5,33 dias e doentes urgentes 9,63 dias).

Quadro: Demora Média registada em 2011 por tipo de GDH e de Admissão

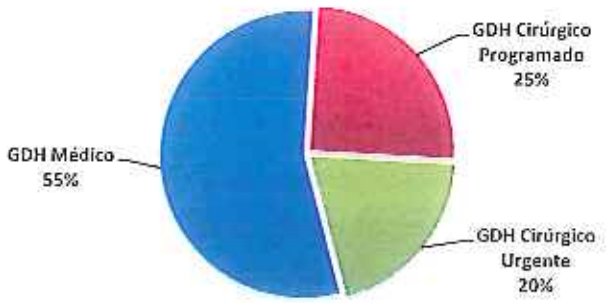
	Admissão Programada		Admissão Urgente		Total	
	N.º Doentes	Demora Média	N.º Doentes	Demora Média	N.º Doentes	Demora Média
Total	**12.195**	**6,43**	**22.627**	**11,00**	**34.822**	**9,40**
GDH Cirúrgico	8.822	6,85	6.802	14,18	15.624	10,04
GDH Médico	3.373	5,33	15.825	9,63	19.198	8,87

Nos 20 GDH mais frequentes, relativamente ao ano anterior, não se registaram reduções significativas na demora média (exceptuando no GDH 585 – Procedimentos major no estômago, esófago, duodeno, intestino delgado e ou intestino grosso, com CC major, com uma redução de cerca de 4,2 dias), o que afastou ainda o CHLC, EPE do padrão de *benchmarking* da IASIST (dados do 1.º semestre 2011).

Veja-se o exemplo dos GDH 541 (Perturbações respiratórias), GDH 2 (Craniotomia), GDH 533 (Outros transtornos do sistema nervoso), GDH 320 (Infecções dos rins e ou das vias urinárias), GDH 585 (Procedimentos major no estômago, esófago, duodeno, intestino delgado e ou intestino grosso) com demora média, pelo menos, 2 dias superiores à demora média do padrão IASIST.

Contudo, deve sublinhar-se que, nos 20 GDH mais frequentes, a demora média foi, em 2011, inferior em 15 deles à verificada em 2010.

Gráfico: Episódios de Internamento por tipo de GDH



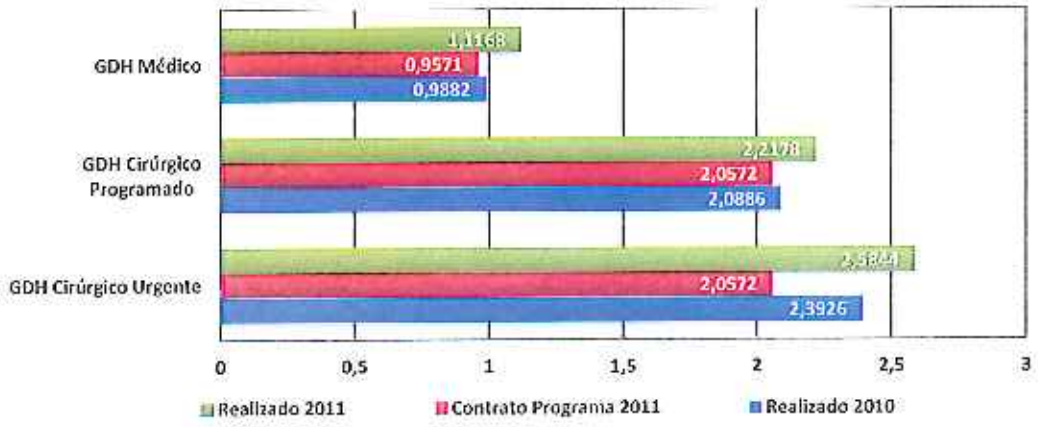
Por tipo de GDH verificou-se que 55% dos episódios de internamento ficaram classificados em GDH médicos (56 % em 2010). Os GDH cirúrgicos representaram 45% do total da produção (44% em 2010), sendo que a componente urgente representou 20% de todos os episódios do CHLC, EPE (+2% do que em 2010).

O índice de *case mix* (ICM) do internamento foi, em 2011, de 1,6824, consideravelmente mais elevado do que o ICM médio previsto (1,423) no Contrato Programa de 2011 e ao registado (1,521) em 2010. Este aumento do ICM é explicado pelo aumento da actividade de transplantação e de outras áreas de grande diferenciação técnica e altamente consumidoras de recursos, mas especialmente pela redução do número de partos e recém-nascidos e da sua importância relativa no total da produção hospitalar.

Esta diferença de 0,2594 no ICM, entre o realizado e o contratado, corresponde, em termos reais, a um sub-financiamento de cada doente equivalente do SNS de 596,7€, o que corresponde a um subfinanciamento total de cerca de 20 milhões de euros.

Por tipo de GDH, verificou-se que a maior diferença entre o ICM realizado e o ICM previsto no Contrato Programa foi nos GDH cirúrgicos urgentes – 2,5844 versus 2,0572.

Gráfico: ICM por tipo de GDH



4.2. Consulta Externa

O CHLC, EPE efectuou 573.396 consultas externas médicas em 2011, ou seja, cerca de 2.294 por dia útil. Face a 2010, registou-se uma diminuição de cerca de 0,2% e de 5,5% respectivamente, para o total (menos 4 consultas por dia útil) e primeiras consultas (menos 33 consultas por dia útil).

Gráfico: Evolução do Total de Consultas e Peso de Primeiras Consultas

A nível do Plano de Desempenho, verificou-se que o objectivo previsto foi atingido, tendo-se registado um ligeiro acréscimo de 0,1% nas primeiras consultas.

Quadro: Número de consultas externas médicas por especialidade entre 2009 e 2011

Consulta Externa	2009			2010			2011			Variação 2011/2010 (%)		
	1.as	Subseq.	Total	1.as	Subseq.	Total	1.as	Subseq.	Total	1.as	Subseq.	Total
Anestesiologia	16.307	2.888	**19.195**	15.839	2.998	**18.837**	15.989	2.268	**18.257**	0,9	-24,3	**-3,1**
Angiologia e Cirurgia Vascular	4.549	10.237	**14.786**	3.908	11.723	**15.631**	3.051	10.915	**13.966**	-21,9	-6,9	**-10,7**
Cardiologia	3.907	40.313	**44.220**	4.638	37.378	**42.016**	4.772	38.055	**42.827**	2,9	1,8	**1,9**
Cardiologia Pediátrica	1.514	4.021	**5.535**	2.097	4.235	**6.332**	2.368	4.304	**6.672**	12,9	1,6	**5,4**
Cirurgia Cardio-Torácica	950	4.108	**5.058**	1.004	4.334	**5.338**	1.105	4.487	**5.592**	10,1	3,5	**4,8**
Cirurgia Geral	7.323	26.219	**33.542**	7.128	24.730	**31.858**	7.521	26.591	**34.112**	5,5	7,5	**7,1**
Cirurgia Maxilo-Facial	1.863	3.040	**4.903**	1.727	2.838	**4.565**	1.734	2.850	**4.584**	0,4	0,4	**0,4**
Cirurgia Pediátrica	4.235	8.867	**13.102**	4.277	9.139	**13.416**	4.172	9.821	**13.993**	-2,5	7,5	**4,3**
Cirurgia Plástica e Reconstrutiva	2.407	4.534	**6.941**	2.545	5.325	**7.870**	2.520	6.035	**8.555**	-1,0	13,3	**8,7**
Dermato-Venereologia	9.779	13.249	**23.028**	9.979	11.357	**21.336**	9.180	9.808	**18.988**	-8,0	-13,6	**-11,0**
Diabetologia	401	3.431	**3.832**	424	3.518	**3.942**	417	3.690	**4.107**	-1,7	4,9	**4,2**
Doenças Infecciosas (Infec.)	495	3.037	**3.532**	521	3.348	**3.869**	623	3.812	**4.435**	19,6	13,9	**14,6**
Dor	379	2.578	**2.957**	373	2.617	**2.990**	326	2.674	**3.000**	-12,6	2,2	**0,3**
Estomatologia	4.411	14.160	**18.571**	4.794	11.579	**16.373**	4.567	12.222	**16.789**	-4,7	5,6	**2,5**
Gastrenterologia	4.306	7.461	**11.767**	3.976	6.934	**10.910**	3.142	6.381	**9.523**	-21,0	-8,0	**-12,7**
Genética Médica	953	1.675	**2.628**	785	1.309	**2.094**	725	1.311	**2.036**	-7,6	0,2	**-2,8**
Ginecologia	3.474	7.866	**11.340**	3.613	7.264	**10.877**	3.373	7.075	**10.448**	-6,6	-2,6	**-3,9**
Hematologia Clínica	1.788	14.730	**16.518**	1.947	13.932	**15.879**	1.788	13.644	**15.432**	-8,2	-2,1	**-2,8**
Hepatologia	798	2.825	**3.623**	645	3.080	**3.725**	539	3.044	**3.583**	-16,4	-1,2	**-3,8**
Hipertensão	334	3.221	**3.555**	367	2.742	**3.109**	432	3.017	**3.449**	17,7	10,0	**10,9**
Imuno-alergologia	2.460	13.186	**15.646**	2.799	12.965	**15.764**	2.380	12.773	**15.153**	-15,0	-1,5	**-3,9**
Imuno-hemoterapia	363	1.738	**2.101**	592	3.070	**3.662**	1.510	7.807	**9.317**	155,1	154,3	**154,4**
Imunologia	286	1.708	**1.994**	234	1.894	**2.128**	295	2.096	**2.391**	26,1	10,7	**12,4**
Medicina Física e Reabilitação	7.355	20.773	**28.128**	7.472	21.449	**28.921**	6.618	21.239	**27.857**	-11,4	-1,0	**-3,7**
Medicina Interna	2.843	15.646	**18.489**	3.187	16.163	**19.350**	3.048	17.445	**20.493**	-4,4	7,9	**5,9**
Medicina Tropical	2	58	**60**									
Neonatologia	64	334	**398**	96	436	**532**	59	523	**582**	-38,5	20,0	**9,4**
Neurocirurgia	5.412	10.315	**15.727**	5.430	10.135	**15.565**	4.806	9.215	**14.021**	-11,5	-9,1	**-9,9**
Neuroftalmologia	437	1.264	**1.701**	381	817	**1.198**	329	945	**1.274**	-13,6	15,7	**6,3**
Neurologia	4.369	14.355	**18.724**	4.337	13.451	**17.788**	4.452	13.635	**18.087**	2,7	1,4	**1,7**
Obstetrícia	2.810	7.309	**10.119**	2.357	6.563	**8.920**	1.571	5.472	**7.043**	-33,3	-16,6	**-21,0**
Oftalmologia (adultos)	15.097	46.480	**61.577**	13.960	44.290	**58.250**	12.303	42.789	**55.092**	-11,9	-3,4	**-5,4**
Oftalmologia (pediátrica)	1.621	3.191	**4.812**	1.823	3.400	**5.223**	1.294	3.506	**4.800**	-29,0	3,1	**-8,1**
Oncologia Médica	811	13.247	**14.058**	946	12.874	**13.820**	657	12.571	**13.228**	-30,5	-2,4	**-4,3**
Ortopedia (adultos)	7.045	12.344	**19.389**	7.794	12.333	**20.127**	7.817	11.700	**19.517**	0,3	-5,1	**-3,0**
Ortopedia (pediátrica)	2.638	5.757	**8.395**	2.656	6.057	**8.713**	2.685	6.209	**8.894**	1,1	2,5	**2,1**
Otorrinolaringologia (adultos)	4.712	9.259	**13.971**	5.474	9.991	**15.465**	4.946	9.914	**14.860**	-9,6	-0,8	**-3,9**
Otorrinolaringologia (pediátrica)	1.971	7.899	**9.870**	2.334	9.026	**11.360**	2.198	8.963	**11.161**	-5,8	-0,7	**-1,8**
Pediatria	6.123	22.303	**28.426**	6.587	23.662	**30.249**	6.421	24.448	**30.869**	-2,5	3,3	**2,0**
Pneumologia	2.097	8.156	**10.253**	2.307	8.683	**10.990**	2.143	8.677	**10.820**	-7,1	-0,1	**-1,5**
Psiquiatria	419	1.047	**1.466**	449	1.085	**1.534**	336	1.011	**1.347**	-25,2	-6,8	**-12,2**
Psiquiatria da Infância e Adol.	1.836	14.066	**15.902**	1.690	14.070	**15.760**	1.721	14.302	**16.023**	1,8	1,6	**1,7**
Senologia	417	2.220	**2.637**	279	1.624	**1.903**	122	787	**909**	-56,3	-51,5	**-52,2**
Urologia	3.359	12.662	**16.021**	3.183	12.441	**15.624**	3.137	13.047	**16.184**	-1,4	4,9	**3,6**
Medicina do Trabalho	867	1.328	**2.195**	1.513	2.316	**3.829**	855	4.370	**5.225**	-43,5	88,7	**36,5**
Outras	960	329	**1.289**	1.144	5.697	**6.841**	1.366	6.535	**7.901**	19,4	14,7	**15,5**
TOTAL	**146.547**	**425.434**	**571.981**	**149.611**	**424.872**	**574.483**	**141.413**	**431.983**	**573.396**	**-5,5**	**1,7**	**-0,2**

Lista de Espera para Consulta

O Sistema de Informação da Consulta a Tempo e Horas (ADW) foi implementado no CHLC, EPE em 2008, apresentando ainda em 2011 diversos problemas que impediram que os mapas estatísticos dele extraídos se afigurassem fiáveis por forma a espelhar os tempos reais de espera. Pese embora o tempo decorrido desde a implementação da aplicação informática do Programa Consulta a Tempo e Horas (CTH), o CHLC, EPE não consegue retratar através deste aplicativo, a realidade da Instituição no que respeita ao acesso dos doentes às primeiras consultas de especialidade.

Quadro: Lista de Espera para Primeira Consulta

Especialidade	PEDIDOS A AGUARDAR CONSULTA. TEMPO PREVISTO ATÉ À DATA DA CONSULTA EM PEDIDOS AGENDADOS.			CONSULTAS REALIZADAS EM 2011. TEMPO ATÉ À REALIZAÇÃO DA CONSULTA POR NÍVEL PRIORIDADE				
	Pedidos agendados (para data futura)	Tempo médio de resposta previsto (dias)	Tempo máximo de resposta previsto (dias)	Consultas realizadas	Consultas Muito Prioritárias realizadas dentro do tempo	Consultas Prioritárias realizadas dentro do tempo	Consultas Prioridade Normal realizadas dentro do tempo	Consultas realizadas fóra do tempo
Total CHLC	**6.403**	**425**	**1.898**	**24.772**	**323**	**1.683**	**17.429**	**5.337**
HSAC	**4.063**	**138,7**	**541**	**10.218**	**54**	**511**	**4.906**	**4747**
Anestesiologia	6	90,4	135,9	26	0	1	21	4
Cirurgia Geral	37	61,4	261,8	515	8	62	438	7
Dermato-venereologia	552	76,8	328,6	2.026	13	149	1.795	69
Gastrenterologia	280	107	393,9	586	21	82	460	23
Hematologia Clínica	24	20,4	63,2	593	7	16	568	2
Medicina física e de reabilitação - Fisiatria	0	0	0	16	0	0	14	2
Medicina Interna	4	56,6	99	85	0	15	70	0
Neurocirurgia	57	26	115,9	592	3	14	572	3
Neurologia	213	112,7	519	762	1	51	570	140
Oftalmologia	2.877	160,2	541	4.990	1	119	376	4.494
Ortopedia	0	0	0	1	0	0	1	0
Otorrinolaringologia	0	0	0	1	0	0	1	0
Pediatria	3	84,5	91,9	24	0	2	19	3
Urologia	0	0	0	1	0	0	1	0

Quadro: Lista de Espera para Primeira Consulta (continuação)

	PEDIDOS A AGUARDAR CONSULTA. TEMPO PREVISTO ATÉ À DATA DA CONSULTA EM PEDIDOS AGENDADOS.			CONSULTAS REALIZADAS EM 2011. TEMPO ATÉ À REALIZAÇÃO DA CONSULTA POR NIVEL PRIORIDADE				
Especialidade	Pedidos agendados (para data futura)	Tempo médio de resposta previsto (dias)	Tempo máximo de resposta previsto (dias)	Consultas realizadas	Consultas Muito Prioritárias realizadas dentro do tempo	Consultas Prioritarias realizadas dentro do tempo	Consultas Prioridade Normal realizadas dentro do tempo	Consultas realizadas fora do tempo
Total CHLC	**6.403**	**425**	**1.898**	**24.772**	**323**	**1.683**	**17.429**	**5.337**
HSJ	**1.104**	**78,3**	**535,7**	**8.120**	**155**	**595**	**7.154**	**216**
Angiologia/Cirurgia Vascular	0	0	0	1	0	0	1	0
Cirurgia Geral	54	65,9	535,7	888	78	225	581	4
Cirurgia Geral - Obesidade	22	435,9	463,7	16	0	2	9	5
Cirurgia Maxilo-facial	38	43,4	104,8	261	0	21	237	3
Cirurgia Plástica Reconstrutiva	45	43,9	100,1	475	1	10	463	1
Estomatologia	42	35,8	63,7	368	2	14	350	2
Gastrenterologia	0	0	0	1	1	0	0	0
Medicina física e de reabilitação - Fisiatria	5	54,7	77,9	19	1	3	15	0
Medicina Interna	4	43,9	79,8	57	0	25	31	1
Neurocirurgia	225	78	218	847	6	32	791	18
Neurologia	92	181,8	228,8	222	1	12	125	84
Ortopedia	290	61,3	159	1.654	11	31	1.586	26
Otorrinolaringologia	149	39,4	113	2.525	1	81	2.397	46
Urologia	138	71,2	233,1	786	53	139	568	26
HSM	**540**	**127,6**	**296**	**2.073**	**45**	**292**	**1.560**	**176**
Angiologia/Cirurgia Vascular	302	173,5	238,6	894	26	161	564	143
Cardiologia	114	38,3	119,9	680	0	41	636	3
Cardiologia Pediátrica	34	141,5	296	65	1	12	48	4
Cirurgia Cardio Torácica	0	0	0	32	2	16	10	4
Cirurgia Geral	3	183,9	186,8	5	1	0	2	2
Medicina física e de reabilitação - Fisiatria	0	0	0	3	0	1	2	0
Medicina Interna	0	0	0	9	0	4	2	3
Pediatria	0	0	0	1	0	0	1	0
Pneumologia	87	78,1	260,1	384	15	57	295	17

Quadro: Lista de Espera para Primeira Consulta (continuação)

Especialidade	PEDIDOS A AGUARDAR CONSULTA. TEMPO PREVISTO ATÉ À DATA DA CONSULTA EM PEDIDOS AGENDADOS.			CONSULTAS REALIZADAS EM 2011. TEMPO ATÉ À REALIZAÇÃO DA CONSULTA POR NIVEL PRIORIDADE				
	Pedidos agendados (para data futura)	Tempo médio de resposta previsto (dias)	Tempo máximo de resposta previsto (dias)	Consultas realizadas	Consultas Muito Prioritárias realizadas dentro do tempo	Consultas Prioritárias realizadas dentro do tempo	Consultas Prioridade Normal realizadas dentro do tempo	Consultas realizadas fora do tempo
Total CHLC	**6.403**	**425**	**1.898**	**24.772**	**323**	**1.683**	**17.429**	**5.337**
HDE	696	80,6	524,9	4.361	69	285	3.809	198
Cardiologia Pediátrica	0	0	0	2	0	0	2	0
Cirurgia Geral	4	39,8	51,9	7	0	0	7	0
Cirurgia Maxilo-facial	2	42,2	52,8	2	0	0	2	0
Cirurgia Pediátrica	90	62,9	181,1	610	1	3	601	5
Cirurgia Plástica Reconstrutiva	2	37	40,1	28	0	0	27	1
Doenças Infecciosas	0	0	0	2	0	1	0	1
Endocrinologia - Nutrição	15	218,1	410,8	62	0	0	16	46
Estomatologia	6	58	64,8	34	0	1	32	1
Gastrenterologia	4	37,1	57	13	0	3	10	0
Genética Médica	9	61,8	78,6	23	0	2	19	2
Ginecologia	94	64,5	182,1	728	8	102	592	26
Ginecologia - Apoio à Fertilidade	7	68,2	112,9	16	0	0	14	2
Hematologia Clínica	2	21,8	26,9	30	1	1	20	8
Imuno-alergologia	165	109	244,2	398	3	19	371	5
Medicina física e de reabilitação - Fisiatria	2	32,7	43,6	12	0	0	11	1
Medicina Tropical	0	0	0	1	1	0	0	0
Nefrologia	2	67	72,2	8	0	1	7	0
Neurocirurgia	0	0	0	3	1	1	1	0
Neurologia	4	226,7	524,9	9	0	1	5	3
Neuropediatria	32	146,9	523	57	1	6	36	14
Obstetrícia	48	36,7	94	520	10	29	479	2
Oftalmologia	33	32,6	54	451	1	3	444	3
Ortopedia	36	87	120	250	31	7	198	14
Otorrinolaringologia	53	35,6	57,9	572	0	36	525	11
Pediatria	77	88,2	260,6	447	11	63	321	52
Pneumologia	5	108,2	113,7	15	0	6	8	1
Urologia	4	53,3	92,8	61	0	0	61	0

Analisando os dados referentes aos pedidos electrónicos em 2011 pode concluir-se que no HSAC, das 10.218 consultas realizadas, 4.747 foram realizadas fora do Tempo Máximo de Resposta Garantido (TMRG) para a prioridade estabelecida, sendo a Oftalmologia a especialidade

responsável por 95% dos pedidos incluídos nesta situação, evidenciando um desajustamento entre a oferta deste tipo de serviços e a procura.

No HSJ, das 8.120 consultas, apenas 216 foram atendidas fora do TMRG, sendo que 84 destes se reportam à especialidade de Neurologia (39%) e 46 pedidos à especialidade de Otorrinolaringologia (21%).

No HSM, das 2.073 consultas, 176 foram realizadas fora do TMRG, sendo que 143 da especialidade de Cirurgia Vascular (81%).

No HDE, das 4.361 Consultas, 198 foram realizadas fora do TMRG, sendo 52 da Pediatria, 46 da Endocrinologia e 26 da Ginecologia.

No total de 24.772 consultas realizadas, cerca de 5.337 (21%) pedidos foram atendidos fora do TMRG. Destes, os pedidos da especialidade de Oftalmologia representaram 84%. Considerando que a análise do acesso pelo sistema ADW CTH se revelou insuficiente para caracterizar o acesso no CHLC, EPE apresenta-se, de seguida, um quadro com informação relativa a todas as referências recebidas e registadas no SIH referente à lista de espera para 1.ª consulta em 31/12/2011, extraído do SI SONHO, diferenciando o número de referências sem marcação e com marcação, em espera há menos de 30 dias e há mais de 30 dias, por especialidade e unidade hospitalar.

Da análise deste quadro conclui-se que à data da sua extracção 3.994 doentes aguardavam marcação, 14.933 doentes já tinham marcação de consulta mas aguardavam a sua realização, dos utentes que aguardavam marcação de consulta, 2.271 já esperavam há mais de 30 dias e dos utentes com marcação efectuada, a data de consulta mais tardia era 19/12/2012.

Relativamente à análise dos tempos de espera, importa esclarecer que a situação descrita anteriormente não passa de um "retrato" à data da sua emissão, já que a gestão informática da lista de espera é feita através de um sistema dinâmico que sofre alterações contínuas pela entrada de novas referências e a saída pela efectivação da consulta ou por motivo de cancelamento.

De referir ainda, que no SI SONHO constam todas as referências de primeira consulta, provenientes em suporte de papel, electrónicas (através do SI CTH) ou geradas internamente através do SAM. Não havendo um sistema integrado de referenciação e de gestão universal das referências à primeira consulta que aglutine todos os pedidos, acrescido das dificuldades inerentes à gestão de dois SI com metodologias diferentes e com problemas de compatibilização entre si, gerando situações de desactualização do estado dos pedidos, determina que a análise do acesso à primeira consulta fica prejudicada pelas fragilidades anteriormente descritas.

Analisando a referenciação ao CHLC, EPE para a primeira consulta da especialidade em 2011 no quadro do Anexo I, verificou-se que as referências electrónicas representaram apenas 23% do total de referências, sendo a referenciação interna a que apresenta maior representatividade no universo de pedidos recebidos (65%).

Quadro: Número de pedidos para Primeira Consulta por tipo de proveniência

Tipo de proveniência	N.º Pedidos	N.º Pedidos
Total	**155.830**	
Origem no Centro de saúde Em Papel	8.028	5,2%
Origem no Centro de saúde - CTH	35.255	22,6%
Origem interna CHLC	101.788	65,3%
Origem noutros Hospitais	4.835	3,1%
Outras origens	5.924	3,8%

4.3. Urgência

O CHCL, EPE, efectuou 249.179 atendimentos em urgência (150.987 doentes), em 2011, ou seja, cerca de 683 por dia e registando uma diminuição de 2,4% face ao ano anterior (cerca de menos 17 atendimentos por dia). A actividade urgente no CHLC, EPE, em 2011, ficou marcada pela transferência da urgência de Ginecologia/Obstetrícia para a MAC, em 6 de Junho e pelo alargamento da área de influência da urgência geral à freguesia Santa Maria dos Olivais do concelho de Lisboa em todas as especialidades (a urgência geral começou por receber, em 18 de Julho de 2010, apenas os doentes de cirurgia geral provenientes desta freguesia).

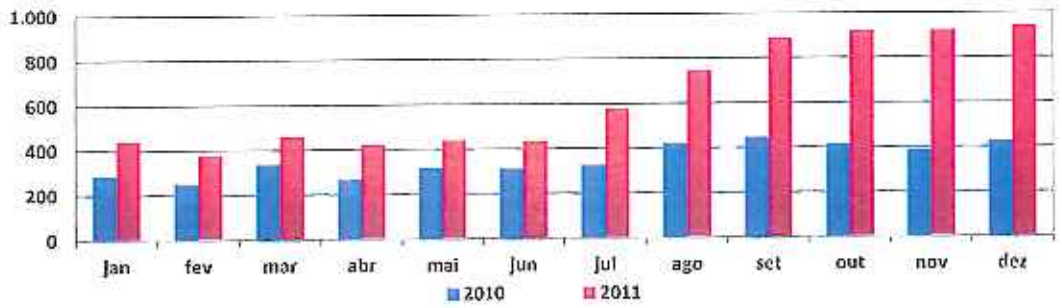
Quadro: Atendimentos das Urgências do CHLC, EPE entre 2009 e 2011

	2009	2010	2011	Var. 11/10 (%)
Total Atendimentos	**251.906**	**255.356**	**249.179**	**-2,4**
Geral	152.667	153.705	157.865	2,7
Ginec. / Obstet.	11.855	11.705	4.570	-61,0
Pediátrica	87.384	89.946	86.744	-3,6
% Internamento	**8,2**	**8,0**	**7,9**	**-2,1**
Geral	9,9	9,9	9,9	0,6
Ginec. / Obstet.	18,9	17,5	17,2	-1,9
Pediátrica	3,9	3,7	3,6	-1,0
Tempo Médio de Permanência na Urgência (horas)	**4,1**	**4,2**	**4,1**	**-1,7**
Geral	4,8	5,2	5,1	-0,8
Ginec. / Obstet.	2,2	1,8	1,6	-9,3
Pediátrica	3,0	2,8	2,4	-14,5
SO < 24h	**19.841**	**20.310**	**19.186**	**-5,5**

Se incluirmos o HCC como destino dos doentes da urgência geral, o peso de internamento da urgência geral sobe para cerca de 13%.

O impacto do alargamento da área de influência à Freguesia de Santa Maria dos Olivais na urgência geral é bem visível no gráfico seguinte.

Gráfico: Evolução mensal do número de atendimentos na Urgência Geral de doentes com residência na Freguesia Santa Maria dos Olivais



Em 2011, em média cada doente utilizou 1,5 vezes a urgência geral. O grupo etário dos 25 aos 35 anos com 26,8% do total foi o mais representativo sendo o grupo etário dos 75 aos 85 o que, em média, mais recorreu à urgência (1,8 episódios por doente).

Quadro: Atendimentos da Urgência Geral por Grupo Etário e Sexo

Grupo Etário	Homens			Mulheres			Total			
	Doentes	Episódios	Epis./ Doente	Doentes	Episódios	Epis./ Doente	Doentes	(%)	Episódios	Epis./ Doente
Total	**48,2%**	**47,5%**		**51,8%**	**52,5%**					
	50.315	**75.059**	**1,5**	**54.158**	**82.806**	**1,5**	**104.473**		**157.865**	**1,5**
[00 - 18[	237	283	1,2	184	203	1,1	421	0,4	486	1,2
[18 - 25[	5.188	6.729	1,3	5.427	7.433	1,4	10.615	10,1	14.162	1,3
[25 - 35[	9.505	12.632	1,3	8.169	11.156	1,4	17.675	16,8	23.788	1,3
[35 - 45[	8.707	11.997	1,4	7.015	9.955	1,4	15.722	14,9	21.952	1,4
[45 - 55[	7.581	11.139	1,5	7.429	10.980	1,5	15.010	14,2	22.119	1,5
[55 - 65[	6.773	10.641	1,6	7.259	10.839	1,5	14.032	13,3	21.480	1,5
[65 - 75[	5.849	9.452	1,6	7.284	11.562	1,6	13.133	12,5	21.014	1,6
[75 - 85[	5.224	9.293	1,8	8.123	14.081	1,7	13.347	12,7	23.374	1,8
[85 - ...[	1.632	2.893	1,8	3.804	6.597	1,7	5.436	5,2	9.490	1,7

Na urgência de ginecologia/obstetrícia o grupo etário mais representado é o dos 30 aos 35 anos com um peso de 25,9%.

Quadro: Atendimentos da Urgência Ginec./Obstetrícia por Grupo Etário e Sexo

Grupo Etário	Mulheres			
	Doentes	(%)	Episódios	Epis./ Doente
Total	**2.666**		**4.570**	**1,7**
[00 - 13[	3	0,1	4	1,3
[13 - 16[	19	0,7	27	1,4
[16 - 18[	56	2,1	103	1,8
[18 - 25[	460	17,1	761	1,7
[25 - 30[	571	21,3	994	1,7
[30 - 35[	695	25,9	1.270	1,8
[35 - 40[	430	16,0	798	1,9
[40 - ...[	450	16,8	613	1,4

Na urgência pediátrica, o grupo etário mais representado é o dos 2 aos 6 anos com um peso de 28%.

Quadro: Atendimentos da Urgência Pediátrica por Grupo Etário e Sexo

Grupo Etário	Homens			Mulheres			Total			
	Doentes	Episódios	Epis./ Doente	Doentes	Episódios	Epis./ Doente	Doentes	(%)	Episódios	Epis./ Doente
Total	**52,9%**	**53,7%**		**47,1%**	**46,3%**					
	23.618	**46.593**	**2,0**	**21.029**	**40.151**	**1,9**	**44.647**		**86.744**	**1,9**
< 6 meses	1.914	3.435	1,8	1.614	2.794	1,7	3.528	7,2	6.229	1,8
6 a 12 meses	2.203	4.404	2,0	1.850	3.509	1,9	4.053	8,3	7.913	2,0
[01 - 02[	3.275	7.020	2,1	2.722	5.399	2,0	5.997	12,3	12.419	2,1
[02 - 06[	7.406	14.906	2,0	6.281	12.186	1,9	13.687	28,0	27.092	2,0
[06 - 10[	4.543	7.160	1,6	4.065	6.319	1,6	8.608	17,6	13.479	1,6
[10 - 15[	5.219	7.771	1,5	4.793	7.453	1,6	10.012	20,5	15.224	1,5
[15 - 18[	1.328	1.835	1,4	1.544	2.393	1,5	2.872	5,9	4.228	1,5
[18 - ...[	48	62	1,3	83	98	1,2	131	0,3	160	1,2

O CHLC, EPE atendeu doentes provenientes de todos os distritos do País e das Regiões Autónomas sendo a grande maioria, cerca de 87,8%, proveniente do distrito de Lisboa, seguido do distrito de Setúbal com 5,7% e de Santarém com 1%. No seu conjunto, estes distritos têm uma frequência relativa de cerca de 94,6% no número de doentes e de cerca de 96,2% no número de episódios. Em ambas as urgências, estes três distritos são os que apresentaram maior frequência, contendo a área de influência primária do CHLC, EPE.

Quadro: Atendimentos nas Urgências do CHLC, EPE por Distrito

Grupo Etário	Urg. Geral		Urg. Ginec./Obstetrícia		Urg. Pediátrica		Total		
	Doentes	Episódios	Doentes	Episódios	Doentes	Episódios	Doentes	(%)	Episódios
Total	**104.473**	**157.865**	**2.666**	**4.570**	**44.647**	**86.744**	**150.987**		**249.179**
Lisboa	90.218	141.006	2.462	4.203	40.732	81.341	132.636	87,8	226.550
Setubal	6.387	7.692	123	234	2.161	3.223	8.663	5,7	11.149
Santarem	1.086	1.345	30	52	433	587	1.545	1,0	1.984
Faro	755	840	4	4	159	216	915	0,6	1.060
Beja	648	728	3	4	113	136	762	0,5	868
Evora	664	749	5	10	92	126	761	0,5	885
Portalegre	529	628	4	10	93	123	625	0,4	761
Leiria	397	487	9	14	161	197	564	0,4	698
Porto	344	390	3	11	49	54	396	0,3	455
Arquipélago dos Açores	163	194	3	6	60	66	225	0,1	266
Aveiro	153	178			19	20	172	0,1	198
Coimbra	140	161	1	1	24	32	165	0,1	194
Castelo Branco	123	160	1	1	35	41	159	0,1	202
Braga	132	157	2	2	21	24	155	0,1	183
Viseu	108	120	1	1	28	34	137	0,1	155
Arquipélago da Madeira	96	131	2	4	16	16	113	0,1	151
Guarda	63	86			11	15	74	0,0	101
Vila Real	36	41			7	7	43	0,0	48
Viana Do Castelo	34	39			6	8	40	0,0	47
Braganca	18	20			2	2	20	0,0	22
Desconhecido	2.379	2.713	13	13	425	476	2.817	1,9	3.202

Foram atendidos doentes provenientes de todos os concelhos do distrito de Lisboa, sendo que os concelhos de Lisboa com 66,5%, Loures com 13,6%, Sintra com 4,9%, Vila Franca de Xira com 3,6%, Amadora com 2,6% e Oeiras com 2,4%, representaram no seu conjunto 93,6%.

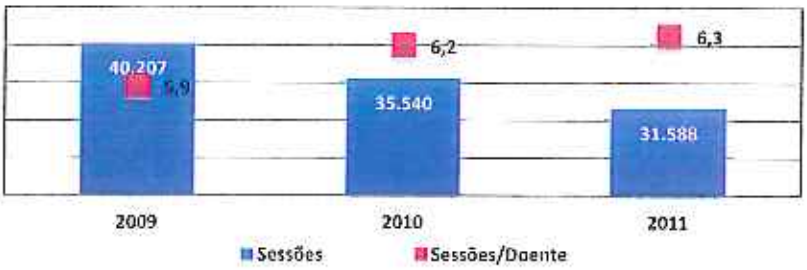
Quadro: Atendimentos nas Urgências do CHLC, EPE por Concelho do Distrito de Lisboa

Grupo Etário	Urg. Geral		Urg. Ginec./Obstetrícia		Urg. Pediátrica		Total		
	Doentes	Episódios	Doentes	Episódios	Doentes	Episódios	Doentes	(%)	Episódios
Total	**90.218**	**141.006**	**2.462**	**4.203**	**40.732**	**81.341**	**132.636**		**226.550**
Lisboa	64.633	108.398	1.709	2.881	22.494	48.776	88.165	66,5	160.055
Loures	9.172	12.282	202	338	8.694	16.626	18.019	13,6	29.246
Sintra	4.124	5.364	135	240	1.993	3.302	6.440	4,9	8.906
Vila Franca De Xira	2.996	3.781	131	251	1.675	3.242	4.786	3,6	7.274
Amadora	2.337	3.013	74	123	1.049	1.897	3.454	2,6	5.033
Oeiras	1.093	1.375	56	96	2.097	3.045	3.241	2,4	4.516
Cascais	886	1.120	37	58	693	1.139	1.613	1,2	2.317
Mafra	843	1.023	42	68	711	1.112	1.591	1,2	2.203
Torres Vedras	1.336	1.521	5	8	173	221	1.512	1,1	1.750
Odivelas	528	681	40	78	646	1.237	1.209	0,9	1.996
Alenquer	725	861	13	23	216	306	953	0,7	1.190
Azambuja	404	474	4	5	61	90	469	0,4	569
Lourinha	337	390	3	5	56	79	396	0,3	474
Arruda Dos Vinhos	229	275	10	28	98	151	336	0,3	454
Sobral Monte Agraco	188	233	1	1	58	99	247	0,2	333
Cadaval	186	214			17	18	203	0,2	232
Desconhecido	1	1			1	1	2	0,0	2

4.4. Hospital de Dia

O CHLC, EPE efectuou, no total, 31.588 sessões em 2011, ou seja, cerca de 126 por dia útil. Em hospital de dia registou-se um crescimento da actividade (número de sessões) de 1,5% face ao inscrito no Plano de Desempenho, embora se tenha verificado um decréscimo de cerca de 11,1% face a 2010, sendo que, o número de sessões por doente, aumentou ligeiramente, consequência do aumento do número de doentes em tratamento.

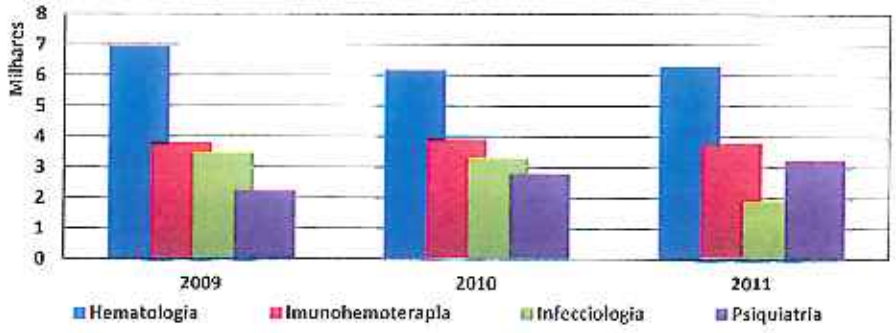
Gráfico: Evolução do número total de sessões e do número total de sessões por doente em Hospital de Dia



Quadro: Sessões de Hospital de Dia, Hemodiálise e Quimioterapia

	2009		2010		2011		Var. 11/10 (%)	
	Sessões	Doentes	Sessões	Doentes	Sessões	Doentes	Sessões	Doentes
Hematologia	6.972	2.223	6.174	1.960	6.308	1.898	2,2	-3,2
Imunohemoterapia	3.774	590	3.892	604	3.784	650	-2,8	7,6
Infecciologia	3.460	285	3.289	397	1.887	302	-42,6	-23,9
Psiquiatria	2.208	106	2.778	151	3.217	168	15,8	11,3
Hemodiálise	115	1	133	2	156	2	17,3	0,0
Quimioterapia	9.273	1.365	9.669	1.514	10.315	1.525	6,7	0,7

Gráfico: Evolução das sessões de Hospital de Dia de Hematologia, Imuno-hemoterapia, Infecciologia e Psiquiatria



O decréscimo acentuado registado no número de sessões de infecciologia é consequência da alteração da metodologia de registo.

GDH Médicos de ambulatório

Os GDH médicos de ambulatório realizados em 2011 podem resumir-se no quadro seguinte:

Quadro: Frequência de GDH Médicos de Ambulatório

	GDH	2010	2011
410	Quimioterapia	9.121	9.878
876	Quimioterapia com leucemia aguda como diagnostico adicional ou com uso de alta dose de agente quimioterapeutico	492	402
125	Perturbacoes circulatorias excepto enfarte agudo do miocardio, com cateterismo cardiaco, sem diagnostico complexo	406	401
35	Outras perturbacoes do sistema nervoso, sem CC	241	356
118	Substituicao do gerador de pacemaker cardiaco	84	66
116	Outras implantacoes de pacemaker cardiaco permanente	83	30
124	Perturbacoes circulatorias excepto enfarte agudo do miocardio, com cateterismo cardiaco e/ou diagnostico complexo	42	26
87	Edema pulmonar e/ou insuficiencia respiratoria	0	18
100	Sintomas e/ou sinais respiratorios, sem CC	77	10
	Outros GDH	25	51
	Total de Sessões agrupadas em GDH Médico de Ambulatório	10.571	11.238

Fonte: WEB-GDH a 23 de Março de 2012

O GDH mais frequente é a Quimioterapia (GDH 410), realizada no âmbito dos Hospitais de Dia de Oncologia/Hematologia (HSAC), Oncologia/Quimioterapia (HSAC), Medicina (HSAC), Gastrenterologia (HSAC), Dermatologia (HSAC), Oncologia (HSJ), Oncologia/Urologia (HSJ) e residualmente no Hospital de Dia de Pneumologia (HSM). Também o GDH 876 – quimioterapia com leucemia aguda está entre os mais frequentes do CHLC, EPE.

Relevantes, mas sem o peso dos GDH da área oncológica, estão os GDH 125 e 124 (cateterismo de diagnóstico), GDH 116 e 118 (pacemakers) realizados na Hemodinâmica do HSM e o GDH 35 (polissonografia do sono), realizado pela Pneumologia do HSM.

O ICM médico de ambulatório foi, em 2011, de 0,2387, registando um aumento de 47% face ao ICM previsto no Contrato Programa de 2011 (0,1614). Este aumento representou, em média, um sub financiamento de 177,81€/doente equivalente do SNS, totalizando cerca de 2M€.

4.5. Actividade Cirúrgica

O CHLC, EPE realizou 31.171 cirurgias, em 2011, ou seja, cerca de 125 por dia útil. Verificou-se um crescimento de 1,4% no total de cirurgias realizadas face a 2010, embora com uma diminuição de 7% na cirurgia convencional programada e um acréscimo de 7,6% na cirurgia de ambulatório e de 5,5% na cirurgia urgente.

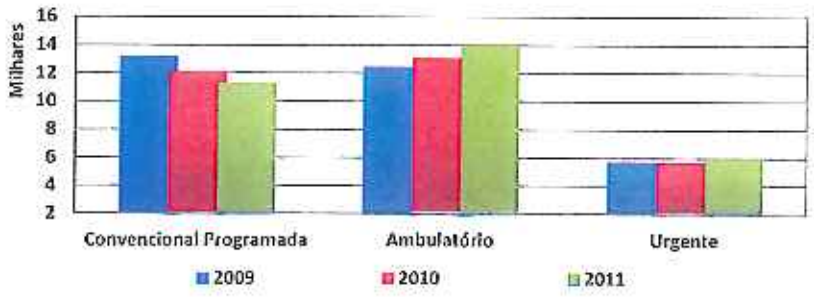
É de referir o encerramento, em 2011, do Bloco Operatório Central do HDE (4 salas) durante cerca de quatro meses, por necessidade de realização de intervenções inadiáveis tendo a actividade cirúrgica, neste período, sido assegurada com recurso a três salas do Bloco de Ginecologia

Quadro: Evolução da Actividade Cirúrgica

	2009	2010	2011	2011/ 2010	2010/ 2009
Total de Cirurgias	**31.371**	**30.728**	**31.171**	**1,4 %**	**-2,0 %**
Convencional Programada	13.172	12.093	11.245	-7,0 %	-8,2 %
Ambulatório	12.462	13.014	13.997	7,6 %	4,4 %
Urgente	5.737	5.621	5.929	5,5 %	-2,0 %
% Ambulatório / Cirurgia Programada	**48,6%**	**51,8%**	**55,5%**	**3,6 p.p.**	**3,2 p.p.**
N.º de Doentes em Espera Inscritos	**7.867**	**8.127**	**9.958**	**22,5 %**	**3,3 %**
Mediana do Tempo de Espera (meses)	**3,9**	**3,5**	**4,1**	**17,1 %**	**-10,3 %**

O comportamento da actividade cirúrgica desde 2009 apresentado no gráfico seguinte, evidencia o forte crescimento médio anual de cerca de 6% da actividade da cirurgia do ambulatório, a par da diminuição do peso da cirurgia convencional (decréscimo médio anual de 7,6%).

Gráfico: Evolução da Actividade Cirúrgica por Tipologia



Quadro: Evolução da Actividade Cirúrgica por especialidade

Especialidade	2009				2010				2011				Variação 2011/2010 (%)			
	Conv.	Amb.	Urg.	Total	Conv.	Amb.	Urg.	Total	Conv.	Amb.	Urg.	Total	Conv.	Amb.	Urg.	Total
Angiologia e Cirurgia Vascular	852	755	277	**1.884**	760	709	310	**1.779**	850	122	265	**1.237**	-11,8	-82,8	-14,5	**-30,5**
Cirurgia Cardio-Torácica	1.004		172	**1.176**	1.007	2	165	**1.174**	995	1	195	**1.191**	-1,2	-50,0	18,2	**1,4**
Cirurgia Geral	2.475	1.586	925	**4.986**	2.371	1.603	936	**4.910**	1.995	1.718	1.172	**4.885**	-15,9	7,2	25,2	**-0,5**
Cirurgia Maxilo-Facial	321	173	477	**971**	290	129	495	**914**	250	165	544	**959**	-13,8	27,9	9,9	**4,9**
Cirurgia Pediátrica	1.445	655	970	**3.070**	1.184	834	965	**2.983**	1.056	864	988	**2.908**	-10,8	3,6	2,4	**-2,5**
Cirurgia Plástica e Reconstrutiva	477	637	374	**1.488**	581	625	546	**1.752**	337	850	534	**1.721**	-42,0	36,0	-2,2	**-1,8**
Dermato-Venereologia	5	1.247		**1.253**	3	968		**971**	5	1.283		**1.288**	66,7	32,5		**32,6**
Estomatologia	128	115	3	**247**	104	1.339	4	**1.447**	96	2.471	3	**2.570**	-7,7	84,5	-25,0	**77,6**
Ginecologia	514	704	139	**1.357**	372	702	90	**1.164**	350	697	41	**1.088**	-5,9	-0,7	-54,4	**-6,5**
Neurocirurgia	1.191	193	307	**1.691**	995	139	315	**1.449**	1.037	183	325	**1.545**	4,2	31,7	3,2	**6,6**
Obstetrícia	1		29	**30**			42	**42**	67		23	**90**			-45,2	**114,3**
Oftalmologia (adultos)	630	4.949	81	**5.660**	654	4.337	74	**5.065**	561	4.178	82	**4.821**	-14,2	-3,7	10,8	**-4,8**
Oftalmologia (pediátrica)	40	195	2	**237**	27	221	3	**251**	13	153	4	**170**	-51,9	-30,8	33,3	**-32,3**
Ortopedia (adultos)	1.199	471	896	**2.566**	1.080	430	807	**2.317**	1.133	277	617	**2.027**	4,9	-35,6	-23,5	**-12,5**
Ortopedia (pediátrica)	413	128	258	**799**	452	183	252	**887**	455	227	222	**914**	2,9	24,0	-11,9	**3,0**
Otorrinolaringologia (adultos)	515	80	91	**686**	543	90	55	**688**	482	94	57	**633**	-11,2	4,4	3,6	**-8,0**
Otorrinolaringologia (pediátrica)	210	315	49	**574**	254	411	57	**722**	207	414	51	**682**	-18,5	0,7	7,0	**-5,5**
Urologia	1.057	255	314	**1.626**	848	289	321	**1.458**	729	300	471	**1.500**	-14,0	3,8	46,7	**2,9**
Outras	694	3	373	**1.070**	568	3	184	**755**	617		325	**942**	8,6	-100,0	76,6	**24,8**
Total	13.172	12.462	5.737	**31.371**	12.093	13.014	5.621	**30.728**	11.245	13.997	5.929	**31.171**	-7,0	7,6	5,5	**1,4**
	42 %	40 %	18 %		39 %	42 %	18 %		36 %	45 %	19 %					

O regulamento do Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia (SIGIC) determina a existência de uma Unidade Hospitalar de Gestão de Inscritos para Cirurgia (UHGIC) ao nível dos hospitais, com atribuições definidas no seio interno, ao nível dos doentes utilizadores dos cuidados de saúde prestados, das Especialidades Assistenciais e Órgãos Dirigentes, e também no seio externo, ao nível das Administrações Regionais de Saúde e da Unidade Central do SIGIC.

Inscrição electrónica da LIC no SAM: O procedimento de inscrição electrónica do SAM iniciado em 2010, estendeu-se com sucesso em 2011 a todas as Especialidades Cirúrgicas do HSAC, mantendo-se o ciclo de formações dadas pela UHGIC em cada Especialidade, com vista a estimular a sua adesão e esclarecer dúvidas decorrentes da sua realização. A implementação e desenvolvimento deste procedimento teve como objectivos principais, melhorar o acesso à informação da inscrição na LIC pelo doente nas 24 horas após a validação pela Direcção da Especialidade, garantindo a transparência da informação e permitindo a gestão personalizada da LIC pelo Médico Assistente do doente. O seu impacto no acesso à informação foi manifestado de forma bastante significativa pelos doentes, permitindo-lhes um acompanhamento activo no seu processo, o que vai ao encontro das orientações emanadas pela tutela. Por último, esta medida permitiu também uma redução significativa das não conformidades das Especialidades, com melhoria na codificação dos procedimentos e diagnósticos. Prevê-se extensão deste procedimento para o IISM em 2012.

Publicação mensal dos Tempos Máximos de Resposta Garantidos: Em 2011, deu-se continuidade à publicação dos tempos de espera em LIC, assim como os tempos de resposta para cirurgia praticados pelas Especialidades, ferramenta que tem tido uma consulta crescente através da internet pelos doentes. Revelou-se igualmente um indicador muito útil no acompanhamento da resposta das Especialidades, na marcação da cirurgia em função do nível de prioridade atribuído ao doente, permitindo detectar casos em que há necessidade de uma intervenção mais célere junto da Especialidade.

Alarmes de natureza administrativa e clínica/prevenção de não conformidades: A monitorização sistemática todas as situações passíveis de gerar não conformidades, administrativas e clínicas, manteve-se em 2011, de forma a facilitar a resolução dos casos mais prementes, prevenindo a sua ocorrência e minimizando o seu impacto na instituição hospitalar. No que respeita às possíveis não conformidades da área clínica, a UHGIC interagiu junto dos responsáveis dos serviços/unidades funcionais, de forma a promover a resolução das situações detectadas. Procurou-se também sensibilizar a Área Cirúrgica para a prevenção dos casos *borderline*, alertando para as consequências negativas dos mesmos em relação à qualidade dos cuidados prestados, e penalizações em que a instituição incorre.

Envio dos Certificados de Inscrição na LIC: De forma a possibilitar um melhor e maior acesso da informação da sua inscrição, em 2011 iniciou-se o envio dos certificados de inscrição (CI) aos doentes, confirmando a inscrição para cirurgia e fornecimento de um código de acesso individual para acesso ao eSIGIC. Através do CI, o doente passa a ter conhecimento de todas as etapas inerentes à sua inscrição, podendo solicitar informações à UCGIC ou URGIC, requerer a consulta do seu processo e contactar o hospital, a especialidade ou o seu médico assistente, no caso de surgimento de situações não esperadas ou dúvidas relacionadas com a cirurgia.

Atendimento presencial e telefónico dos doentes: Uma das prioridades da estrutura funcional da UHGIC é a de ser um elo de ligação entre o doente que aguarda cirurgia e o hospital, mantendo com este uma relação de proximidade e de apoio. Em 2011, procurou-se manter este papel, como intermediário, procurando ir ao encontro das expectativas de resposta dos doentes em LIC, garantindo o acesso à informação sobre o estado da sua inscrição, informando-os sobre os seus direitos e deveres e sobre as diferentes fases do seu processo de gestão no âmbito do SIGIC.

Comunicação interna e externa: Durante 2011, a UHGIC divulgou o novo Manual do SIGIC junto das Especialidades Assistenciais e procurou promover o conhecimento e actuação no hospital de acordo com as normas do SIGIC, através da realização de acções de formação e também da divulgação dos meios de comunicação disponibilizados pela URGIC/UCGIC e criados pelo próprio hospital.

Quadro: Evolução da LIC CHLC, EPE: 2008-2012

Lista de inscritos para cirurgia		31-12-2008	31-12-2009	31-12-2010	31-12-2011
Utentes em LIC	Total de Doentes com Prioridade "Normal"	8756	7466	7629	9567
	Total de Doentes com Prioridade "Prioritário"	372	356	387	352
	Total de Doentes com Prioridade "Muito Prioritário"	52	43	56	32
	Total de Doentes com Prioridade "Urgência Diferida"	20	2	55	7
	Total	9200	7867	8127	9958
Utentes em LIC com TE<6 meses		5474	4777	5381	6116
Utentes em LIC com TE > 6 meses		1530	1432	1481	2051
Utentes em LIC com TE > 9 meses		781	652	546	748
Utentes em LIC com TE > 1 ano		1149	765	527	860
Utentes em LIC com TE > 2 anos		266	241	192	183
Nº Utentes prioritários com TE > 2 meses		172	154	156	106
Mediana do tempo de espera para cirurgia		4,23	3,90	3,50	4,10
Média do tempo de espera		6,58	6,14	5,39	5,83

Fonte: SIGLIC - dados extraídos a 08-01-2012

Apesar de se ter registado um aumento do número de utentes em LIC em cerca de 23% face a 2010, o tempo médio de espera por uma cirurgia, é de 5,83 meses, resultado que se encontra dentro dos tempos de máximos de resposta garantidos (TMRG) definidos pela Portaria N.º 1529/2088 de 26 de Dezembro. (dados reportados a 31-12-2011). Se considerarmos o tempo médio de espera

face ao nível de prioridade clínica atribuído a cada doente inscrito para cirurgia, o resultado no CHLC EPE é o seguinte:

Prioridade Normal:	5,9 meses	(TMRG= 9 meses)
Prioridade Prioritário:	2,3 meses	(TMRG= 2 meses)
Prioridade "Muito Prioritário":	18 dias	(TMRG=15 dias)
Prioridade "Urgência Diferida":	1 dia	(TMRG= 3 dias)

Acresce referir que, apesar do aumento verificado no número de utentes em LIC face a 2010, esteve sempre presente a preocupação por parte do CHLC, EPE em dar resposta a esta procura, quer pela manutenção do número de cirurgias realizadas, quer pela programação das cirurgias ajustada à prioridade clínica e antiguidade do doente.

Quadro: Evolução da LIC entre 2010 e 2011 por especialidade

Especialidade	2010	2011	Var. (%) 11/10
Angiologia e Cirurgia Vascular	484	880	81,8
Cirurgia Cardio-Torácica	167	346	107,2
Cirurgia Geral	1.155	1.376	19,1
Cirurgia Geral (Obesidade)	173	223	28,9
Cirurgia Maxilo-Facial	264	321	21,6
Cirurgia Pediátrica	768	796	3,6
Cirurgia Plástica e Reconstrutiva	1.068	1.283	20,1
Dermato-Venereologia	167	208	24,6
Estomatologia	258	207	-19,8
Ginecologia	141	82	-41,8
Neurocirurgia	763	865	13,4
Obstetrícia	0	4	-
Oftalmologia (adultos)	599	752	25,5
Oftalmologia (pediátrica)	73	44	91,3
Ortopedia (adultos)	637	856	34,4
Ortopedia (pediátrica)	511	416	-18,6
Otorrinolaringologia (adultos)	230	310	34,8
Otorrinolaringologia (pediátrica)	360	479	33,1
Urologia	358	510	42,5
Outras	1	0	-100,0
Total	8.127	9.958	22,5

Fonte: SIGLIC - dados extraídos a 08-01-2012

De salientar que a reorganização dos serviços de Neurocirurgia, Ginecologia/Obstetrícia, o fecho do bloco operatório central do HDE e a falta de médicos anestesistas também tiveram impacto no crescimento da LIC.

Quadro: Doentes com neoplasia maligna com tempo de espera > 2 meses

Doentes com Neoplasia Maligna (NM)	31-12-2008	31-12-2009	31-12-2010	31-12-2011
Total de Doentes NM a aguardar cirurgia	159	107	143	149
Total de Doentes NM a aguardar cirurgia com TE > 2 meses	30	7	5	20
% de Doentes NM a aguardar cirurgia com TE > 2 meses	19%	7%	3%	13%

Fonte: SIGLIC - dados extraídos a 08-01-2012

Registou se um agravamento dos casos de patologia maligna que ultrapassaram os 2 meses de espera. Este agravamento esteve associado à diminuição de tempos operatórios nos blocos devido à falta de recursos humanos de anestesia, no entanto, assinala-se como ponto positivo que à data de 31-12-2011, os 20 doentes com tempo de espera superior a 2 meses tinham já cirurgia agendada.

Quadro: Doentes com neoplasia maligna em LIC

LIC Nosológicos Dezembro 2011				
Código	Descrição Nosológico	Distribuição por Intervalos de Tempo (meses)		
		< 2	> 2	Total
N28	Procedimentos em Cancro da cabeça e pescoço	3	-	3
N33	Procedimentos em Cancro da mama	5	1	6
N38	Procedimentos em Outros cancros da região torácica	5	-	5
N43	Procedimentos em Cancro do Cólon e recto	13	1	14
N46	Procedimentos em Cancro da próstata	12	11	23
N48	Procedimentos em Cancro da região abdominopélvica	35	6	41
N51	Procedimentos em Carcinoma do útero (corpo e cervix)	4	-	4
N81	Procedimentos em Neoplasias malignas da pele	52	1	53
	Total CHLC, EPE:	**129**	**20**	**149**
	Peso Utentes Oncológicos Dezembro 2011:	86,6%	13,4%	100,0%

Fonte: SIGLIC - dados extraídos a 08-01-2012

GDH Cirúrgicos de Ambulatório

A tabela seguinte apresenta os 15 GDH cirúrgicos de ambulatório mais frequentes em 2011, referentes a 81,6% do total de GDH cirúrgicos com preço de ambulatório.

Quadro: GDH Cirúrgicos de Ambulatório mais frequentes em 2011

GDH	Descrição	n.º doentes Ano 2011	% ambulatorização				benchmarking (ACSS 1.º SEM2011)
			2009	2010	2011	var	
39	Procedimentos no cristalino, com ou sem vitrectomia	2878	96,92%	95,91%	96,74%	↑	95,48%
270	Outras intervenções na pele, no tecido subcutâneo e na mama, sem CC	1780	91,19%	91,30%	94,13%	↑	94,37%
187	Extracções e ou restaurações dentárias	1233	44,12%	88,14%	94,41%	↑	---
169	Procedimentos na boca, sem CC	1004	48,40%	86,15%	93,22%	↑	85,42%
42	Procedimentos intra-oculares, excepto na retina, íris e cristalino	819	67,63%	68,66%	71,59%	↑	94,35%
40	Procedimentos extra-oculares, excepto na órbita, idade > 17 anos	482	82,29%	82,15%	84,56%	↑	94,95%
6	Descompressão do túnel cárpico	363	99,76%	99,48%	98,11%	↓	94,29%
359	Procedimentos no útero e seus anexos, por carcinoma in situ e doença não maligna, sem CC	343	42,63%	46,32%	51,89%	↑	71,98%
162	Procedimentos para hérnia inguinal e femoral, idade > 17 anos, sem CC	297	63,66%	57,79%	73,15%	↑	73,48%
119	Laqueação venosa e flebo-extracção	252	71,32%	79,75%	54,55%	↓	63,12%
229	Procedimentos na mão ou no punho, excepto grandes procedimentos articulares, sem CC	224	50,74%	37,60%	52,96%	↑	82,62%
163	Procedimentos para hérnia idade < 18 anos	218	47,92%	77,95%	75,17%	↓	88,15%
62	Miringotomia com colocação de tubo, idade < 18 anos	210	70,75%	77,42%	86,42%	↑	77,58%
340	Procedimentos nos testículos, por doença não maligna, idade < 18 anos	191	64,40%	75,00%	75,49%	=	86,26%
867	Excisão local e remoção de dispositivo de fixação interna, excepto anca e femur, sem CC	177	51,61%	64,72%	52,52%	↓	79,34%
15 GDH cirúrgicos de ambulatório mais frequentes		10471	---				---
restantes GDH cirúrgicos de ambulatório		3446	---				---
total da produção em GDH cirúrgicos de ambulatório		13917	---				---

Fonte: WEB-GDH a 23 de Março de 2012

GDH 187 – GDH Médico, realizado em bloco operatório.

O GDH 39 – procedimentos no cristalino (cataratas) agrupou 20,7% dos doentes operados em regime de ambulatório. Os GDH cirúrgicos de ambulatório da Grande Categoria Diagnóstica 2 (Doenças e Perturbações do Olho) representaram 31,4% dos doentes intervencionados neste regime. Também relevantes foram o GDH 270 (intervenções na pele, tecido subcutâneo e mama), os GDH 169 e 187 (procedimentos na boca e extracções e restaurações dentárias).

Os GDH com maior taxa de ambulatorização foram o GDH 6, o GDH 270 e globalmente os GDH de oftalmologia (taxa de ambulatorização superior a 90%).

Relativamente a 2010, verificou-se uma melhoria da taxa de ambulatorização em grande parte dos GDH, destacando-se o GDH 162 (Reparação hérnia inguinal e femoral), o GDH 229 (Procedimentos na mão ou no punho), GDH 169 (Proced. na boca), o GDH 187 (Extracção e restauração dentária) e o GDH 62 (Miringotomia com colocação de tubo), ambos com acréscimos superiores a 7%.

Por outro lado, o GDH 119 (Laqueação venosa e flebo-extracção) e o GDH 867 (Excisão local e remoção de dispositivo de fixação interna) perderam importância em regime de ambulatório.

Neste grupo de 15 GDH, os GDH com menor taxa de ambulatorização foram o GDH 229 (Procedimentos na mão ou no punho), o GDH 359 (Procedimentos no útero e seus anexos, por carcinoma in situ e doença não maligna), o GDH 119 (Laqueação venosa e flebo-extracção) e o GDH 867 (Excisão local e remoção de dispositivo de fixação interna, sem CC), todos com taxa de ambulatorização de cerca de 50% e bastante abaixo do *benchmarking* LASIST.

O ICM cirúrgico de ambulatório foi, em 2011, de 0,605, registando uma diminuição de cerca de 3,5% face ao ICM médio (0,6267) previsto no Contrato Programa de 2011. Esta diminuição representou, em média, um sobre-financiamento de 49,71€/doente equivalente do SNS, ou seja, cerca de 690m€, para o total da produção cirúrgica de ambulatório.

4.6. Cuidados Continuados

A acção nuclear da Equipa de Gestão de Altas, em 2011, esteve especialmente centrada na dinamização das equipas multidisciplinares de prestação de cuidados ao doente em qualquer das vertentes assistenciais, com especial enfoque nas unidades de internamento dos 3 hospitais de adultos do CHLC, EPE, bem como na minimização dos tempos de apresentação das respectivas candidaturas, de forma a garantir a concretização dos principais objectivos deste sector (3,5% de candidaturas à RNCCI das altas hospitalares de doentes adultos nas especialidades de Medicina Interna, Cirurgia Geral e Ortopedia e uma mediana de 10 dias).

Da análise do quadro seguinte ressalta um acréscimo global de 24,3% do número de candidaturas (de 608 em 2010 passou-se para 756 em 2011), aumento ocorrido em todas as tipologias de unidades da Rede, embora mais expressivamente na UMDR com mais 56,6% e na UCP com 23,6%.

Quadro: Número de candidaturas à RNCCI por tipologia de unidade e especialidade em 2011 e 2010

Tipologia de Unidades	2010						2011						Variação (%) 2011/2010					
		Especialidades Contratualizadas						Especialidades Contratualizadas						Especialidades Contratualizadas				
	Total CHLC	Medic. Intern.	Cirurg. Geral	Ortop.	Sub-Total	Outras Espec.	Total CHLC	Medic. Intern.	Cirurg. Geral	Ortop.	Sub-Total	Outras Espec.	Total CHLC	Medic. Intern.	Cirurg. Geral	Ortop.	Sub-Total	Outras Espec.
Total	**608**	**347**	**39**	**46**	**432**	**176**	**756**	**406**	**62**	**66**	**534**	**222**	**24,34**	**17,0**	**59,0**	**43,5**	**23,6**	**26,1**
UC	**268**	142	11	39	192	76	**302**	140	25	49	214	88	**12,69**	-1,4	127,3	25,6	11,5	15,8
UMDR	**90**	45	1	6	52	38	**141**	66	8	10	84	57	**56,67**	46,7	700,0	66,7	61,5	50,0
ULDM	**119**	81	5	-	86	33	**141**	104	3	2	109	32	**18,49**	28,4	-40,0	-	26,7	-3,0
UCP	**131**	79	22	1	102	29	**162**	92	26	5	123	39	**23,66**	16,5	18,2	400,0	20,6	34,5
ECCI	-	-	-	-	-	-	**10**	4	-	-	4	6	-	-	-	-	-	-

Relativamente às especialidades contratualizadas observou-se, também, uma variação positiva significativa no número de candidaturas (23,6%), sendo visível o esforço de recuperação da Cirurgia Geral (58,9% acima do realizado em 2010) e da Ortopedia (43,4% acima do realizado em 2010). A Medicina Interna, que tem sempre superado o objectivo estabelecido, registou igualmente um aumento de 17% das referenciações (de 347 passou para 406, em 2011).

O único decréscimo de referenciações registou-se com as candidaturas das especialidades não contratualizadas para as ULDM cujas propostas foram 3,1% inferiores às de 2010, situação a que certamente não será alheia a necessidade de comparticipação por parte dos utentes e a menor capacidade de resposta da RNCCI.

Quando se procede à análise do quadro seguinte, e tendo em conta o objectivo estabelecido para 2011 nas especialidades contratualizadas, 3,5% dos doentes saídos sem transferências internas (DS),

facilmente se conclui que, na média das mesmas, foi superado em 0.73 pontos percentuais, muito embora a Cirurgia Geral apresente um índice de 1,43% (muito inferior aos 3,5 fixado como objectivo).

Quanto aos valores da mediana, deve ser salientada a redução de 4 dias para a globalidade do Centro Hospitalar (de 20 em 2010 passou para 16 em 2011) e de 3 nas Especialidades Contratualizadas (de 20 passou para 17), apesar de estarem aquém da meta (10 dias).

Quadro: Peso relativo das Candidaturas à RNCCI

Especialidades	2010			2011			Variação 2011/2010		
	N.º Ref.	DS	N.ºRef/DS (%)	N.º Ref.	DS	N.ºRef/DS (%)	Nº Ref.	DS	N.ºRef/DS (p.p.)
CHLC, EPE	**606***	**28.129**	**2,14**	**756**	**27.826**	**2,66**	**147**	**-303**	**0,52**
Sub-Total	**437**	**12.978**	**3,37**	**534**	**12.786**	**4,1**	**97**	**-192**	**0,73**
Cirurgia Geral	39	4.304	0,91	62	4.119	1,43	23	-185	0,52
Medicina Interna	353	6.755	5,23	406	6.864	5,86	53	109	0,63
Ortopedia	45	1.919	2,34	66	1.802	3,5	21	-117	1,16

Por outro lado, uma das vertentes da dimensão da importância do encaminhamento dos doentes para uma unidade da estrutura da Rede Nacional de Cuidados Continuados é-nos dada pela análise da pirâmide etária dos doentes referenciados e que se encontra expressa no quadro seguinte.

Quadro: Número de doentes referenciados por Grupo Etário e Sexo

Grupo Etário	2010			2011			Peso Relativo		
	M	F	Total	M	F	Total	2010	2011	Var. 11/10 (p.p.)
Total	**312**	**296**	**608**	**393**	**363**	**756**	**100**	**100**	-
15-24	1	-	1	5	3	8	0,2	1,1	0,9
25-44	16	8	24	13	9	22	4,0	2,9	-1,0
45-64	82	32	114	100	34	134	18,8	17,7	-1,0
65-74	64	77	141	103	62	165	23,2	21,8	-1,4
75-84	109	98	207	124	156	280	34,2	37,0	3,0
≥ 85	40	81	121	48	99	147	19,9	19,4	-0,5

Cerca de 80% dos doentes referenciados têm mais de 65 anos e praticamente um quinto mais de 85 anos de idade, valores que têm apresentado uma constância significativa bem como a sua distribuição por sexo, ligeiramente superior nos homens.

No quadro seguinte pode ver-se a distribuição das admissões na Rede por tipologia de unidade, em que a UC foi o principal destino com cerca de 64% de admissões, seguida da UMDR, cerca de 18%, ULDM com aproximadamente 12%, UCP com 5% e as ECCI 1%.

Quadro: Doentes admitidos na RNCCI por Tipologia

	UC	UMD	ULD	UCP	ECCI	Sub-total N.º	Sub-total %
CHLC, EPE	191	64	32	13	8	308	100
Sub-Total	134	38	25	11	2	210	68,2
	63,8%	18,1%	11,9%	5,2%	1,0%	100%	
Medicina Interna	88	31	22	9	2	152	49,3
Cirurgia Geral	14	3	1	-	-	18	5,8
Ortopedia	32	4	2	2	-	40	13

Dos 308 ingressos na RNCCI ocorridos em 2011, relativamente às candidaturas desse mesmo período, 68,2% foram propostas pelas especialidades contratualizadas respectivamente, 49,3% da Medicina Interna, 13,0% da Ortopedia e 5,8% da Cirurgia Geral.

Passando à análise de resultados, podemos referir que a sua eficácia foi cerca de 40,7% com, respectivamente, 39,3% para as candidaturas das especialidades.

Quadro: Número de Referenciações e de Admissões por Especialidade em 2011

Especialidades	N.º Referenciações	N.º Admissões	%
CHLC, EPE	756	308	40,7
Sub-Total	534	210	39,3
Medicina Interna	406	152	37,4
Cirurgia Geral	62	18	29
Ortopedia	66	40	60,6

Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos

Quanto à intervenção da Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos (EIHSCP), salienta-se o acompanhamento de 329 doentes internados em Unidades de adultos a quem foram realizadas 2.786 consultas internas médicas, o que corresponde a uma variação positiva, respectivamente, de mais 43 doentes e de 467 consultas internas.

A nível ambulatório, foram efectuadas 639 consultas externas de medicina paliativa, representando um acréscimo de mais 252 consultas que em 2010, para além do apoio intercalar a este tipo de doentes durante a respectiva permanência no domicílio, uma vez que foi suspensa a actividade dos cuidados domiciliários em Dezembro de 2010.

4.9. Colheita e Transplantação

O GCCT tem a missão de "coordenar e dinamizar toda a actividade de colheita de órgãos tecidos e células no CHLC, EPE"[2].

Desde a criação da Rede Nacional de Colheita, constituída pelos Coordenadores Hospitalares de Doação (CHD) e pelos Gabinetes Coordenadores de Colheita e Transplantação (GCCT), através da Portaria 357/08, de 9 de Maio que se verificaram mudanças significativas na Organização Nacional de Colheita. Estas mudanças são baseadas na necessidade de adaptação da actividade de colheita e transplantação às novas exigências técnicas e científicas, acompanhando o direito comunitário.

A Rede de Referenciação do GCCT inclui 16 Hospitais, após a redefinição da mesma por parte da Autoridade para os Serviços de Sangue e da Transplantação (ASST).

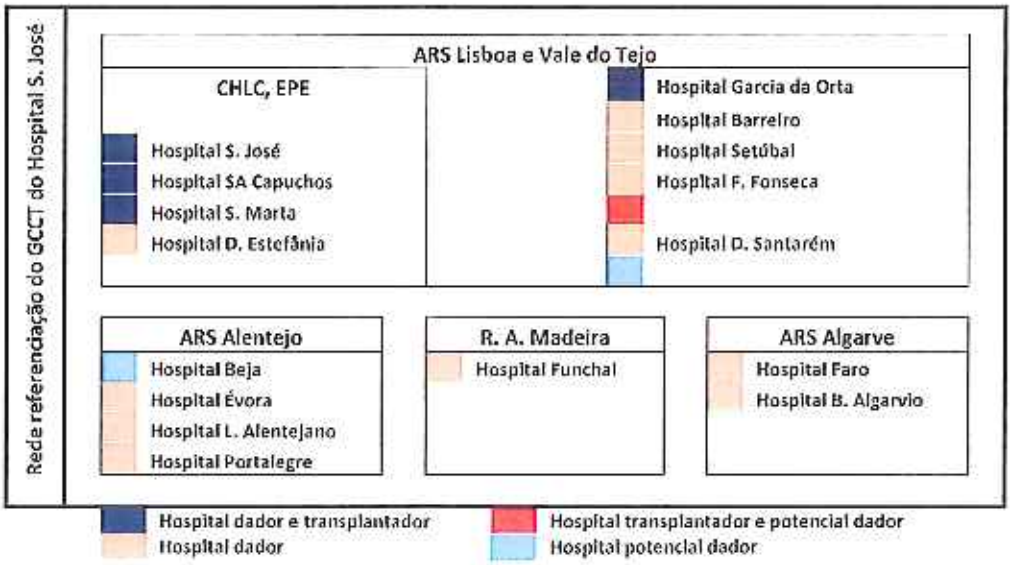


Ilustração: Rede de Referenciação Hospitalar do GCCT do HSJ, após redefinição pela ASST

O GCCT é responsável por coordenar a actividade de colheita e transplantação de órgãos, tecidos e células nas instituições de saúde, públicas ou privadas, da sua área de referência, com eventual extensão a nível nacional e internacional, conforme descrito na Portaria 357/08, capitulo III, ponto n.º 8 alínea a).

[2] Regulamento Interno do CHLC, EPE

A Rede de Referenciação do GCCT abrange cerca de 3 milhões de habitantes[3]. O Hospital de S. José é o Hospital de referência para vários distritos a Sul, incluindo localidades do concelho de Setúbal, nos casos em que se verifica a necessidade de valências não disponíveis no Hospital Garcia de Orta.

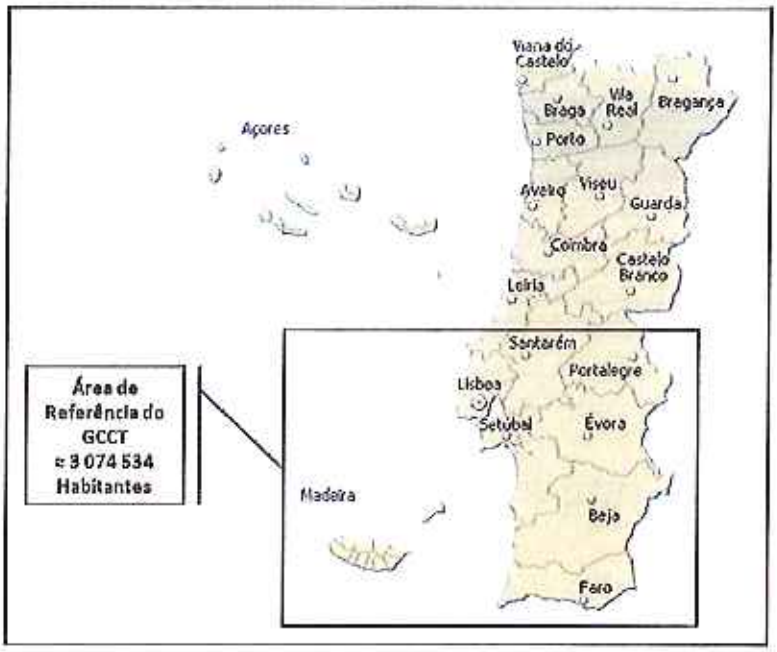


Ilustração: Rede de Referenciação do GCCT para a actividade de colheita

Quadro: Actividade de Colheita do GCCT

Designação	2010	2011	Var (%) 11/10
N.º de Colheita de Órgãos	**215**	**232**	**7,9**
Coração	10	18	80,0
Pulmão	4	6	50,0
Fígado	74	72	-2,7
Rim	127	126	-0,8
Pâncreas	0	10	
N.º de Colheita de Tecidos	**264**	**358**	**35,6**
Córneas	170	268	57,6
Membrana Amniótica	54	58	7,4
Osso	7	7	0,0
Pele	1	1	0,0
Válvulas cardíacas	32	24	-25,0

O número e tipo de órgãos a colher depende dos vários critérios definidos para cada órgão e da idade dos potenciais dadores. Este critério só por si é limitador, por exemplo, para a colheita de coração e pulmão. No entanto, o número de colheitas destes órgãos registou aumentos relativos elevados, face a 2010. De salientar o aumento do número de colheitas de Córneas, justificado em

[3] INE 2008, dados actualizados em 2 de Outubro de 2009.

parte pelo grande aumento do número de colheita de córneas em coração parado no 3.º trimestre de 2011.

No que concerne à actividade de transplantação, registou-se um aumento de 28,1% face ao previsto e de 43,3% face ao ano transacto.

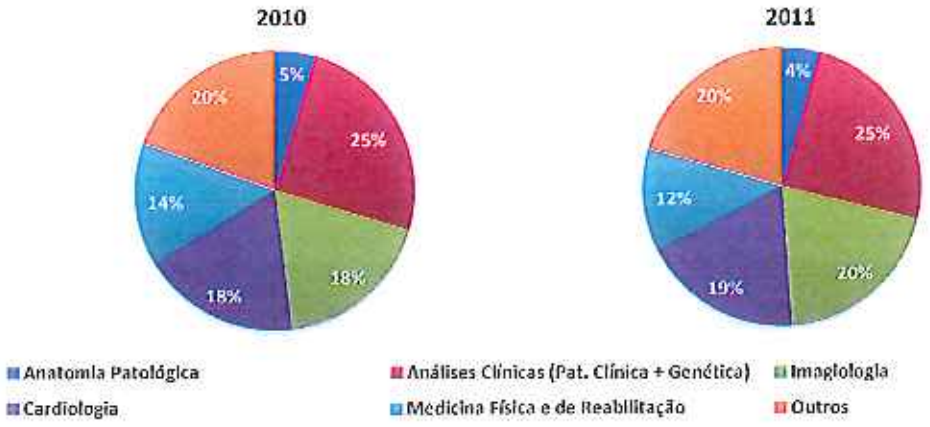
Quadro: Actividade de Transplante realizada no CHLC, EPE

Designação	2010	2011	PD2011	Variação (%) 11/10	Variação (%) 11/PD
N.º de Transplantes	**194**	**278**	**217**	**43,3**	**28,1**
Córnea	132	188	140	42,4	34,3
Coração	10	9	10	-10,0	-10,0
Pulmão	10	18	12	80,0	50,0
Medula	42	63	55	50,0	14,5

4.10. Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica

O CHLC, EPE realizou internamente, em 2011, 12.241.099 ponderados, registando um decréscimo de 1,1% face a 2010. Contribuíram com maior peso para este decréscimo a Anatomia Patológica (-7,4%), a Patologia Clínica e a Genética (-3,1%), a Gastrenterologia (-7,1%) e a Medicina Física e de Reabilitação (-16,4%).

Cerca de 80% da actividade ponderada é referente a actos de Anatomia Patológica, Patologia Clínica e Genética, Imagiologia, Cardiologia e Medicina Física e de Reabilitação, não existindo grandes variações na distribuição relativa face a 2010.



Quadro: MCDT realizados no CHLC, EPE

	2010		2011	
	Quantidade Estatística	Quantidade Ponderada	Quantidade Estatística	Quantidade Ponderada
Total	**6.004.652**	**12.371.517,5**	**5.626.070**	**12.241.099,3**
Imagiologia	**405.373**	**2.279.473,70**	**416.785**	**2.449.494,30**
Ecografias (Imagiologia)	59.896	318.761,80	57.073	301.070,90
Radiologia de Intervenção (Imagiologia)	2.846	130.410,00	3.508	185.042,80
Ressonância Magnética	18.508	348.185,00	19.853	366.689,00
RX Convencional (Não Especificado)	212.151	440.409,00	216.282	445.686,70
TAC	60.312	748.438,30	68.429	838.895,20
Outros (Imagiologia)	51.660	293.269,60	51.640	312.109,70
Anatomia Patológica	**45.761**	**555.868,90**	**44.032**	**514.837,90**
Autópsias	101	8.289,30	96	7.851,60
Citológicos	6.046	30.407,00	6.610	30.783,60
Histológicos	27.457	458.819,00	25.008	416.610,70
Outros (Anatomia Patológica)	12.157	58.353,60	12.318	59.592,00
Análises Clínicas	**3.962.581**	**3.107.195,60**	**3.715.640**	**3.011.020,20**
Bioquímicas	3.049.696	1.348.597,50	2.829.663	1.249.415,00
Hematológicas	613.448	666.696,00	606.073	654.518,20
Imunológicas	86.905	257.387,50	83.171	258.222,60
Microbiológicas	210.295	809.837,60	194.351	815.168,90
Genéticas	2.207	18.413,00	2.328	21.646,50
Outras (Análises Clínicas)	29	6.264,00	54	12.049,00
Gastrenterologia	**28.102**	**246.242,00**	**25.999**	**228.643,30**
Endoscopia (Não Especificado)	10.947	127.026,70	9.962	115.377,50
Outros (Gastro)	17.155	119.215,30	16.037	113.265,80
Medicina Física e de Reabilitação	**921.017**	**1.757.036,90**	**778.907**	**1.469.521,50**
Técnicas Diagnósticas	13.180	99.334,40	9.610	68.389,00
Técnicas Terapêuticas	907.837	1.657.702,50	769.297	1.401.132,50
Cardiologia	**104.117**	**2.256.197,40**	**106.826**	**2.278.137,10**
Actos Diagnóstico (Cardiologia)	101.799	1.106.878,60	104.482	1.116.640,60
Actos Terapêuticos (Cardiologia)	2.199	1.143.574,20	2.169	1.150.864,80
Outros (Cardiologia)	119	5.744,60	175	10.631,70
Neurofisiografia	**10.117**	**128.262,50**	**11.198**	**146.653,30**
EEG	2.525	39.571,40	2.569	40.498,40
Electromiografia	1.027	14.507,10	1.052	14.758,40
Outros (Neurofisiografia)	3.098	41.968,00	3.121	44.737,10
Potenciais Evocados (Neurofisiografia)	786	11.955,90	750	11.702,70
Ultrassonografia	2.681	20.260,10	3.706	34.956,70
Oftalmologia	**35.345**	**206.764,50**	**39.366**	**228.143,10**
Electrofisiologia	417	7.305,70	315	5.157,90
Laser	2.161	13.330,50	1.907	11.781,30
Outros (Oftalmologia)	32.753	182.590,50	37.132	208.171,50
Terapia Fotodinâmica Macular	14	3.537,80	12	3.032,40
Pneumologia	**43.469**	**155.003,80**	**40.798**	**142.349,50**
Provas de Função Respiratória	31.835	105.790,50	29.682	93.476,50
Téc. especiais de diagnóstico e tratamento	11.634	49.213,30	11.116	48.873,00
Urologia	**8.859**	**103.368,10**	**8.150**	**94.403,30**
Ecografias (Urologia)	53	381,6	57	410,4
Outros (Urologia)	4.244	45.688,40	4.271	48.046,30
Urodinâmica	4.562	57.298,10	3.822	45.946,60
Otorrinolaringologia	**26.371**	**90.389,20**	**26.043**	**90.801,10**
Imuno-hemoterapia	**117.900**	**247.876,50**	**117.598**	**242.264,80**
Análises	93.781	117.736,00	93.400	116.411,20
Imuno-hemoterapia (Outros)	1.648	35.959,40	2.145	35.436,30
Unidades Transfundidas	22.971	94.181,10	22.053	90.417,30

Quadro: MCDT realizados no CHLC, EPE (continuação)

	2010		2011	
	Quantidade Estatística	Quantidade Ponderada	Quantidade Estatística	Quantidade Ponderada
Dermatologia	**6.804**	**32.651,90**	**7.259**	**29.700,80**
Ginecologia	**2.993**	**10.594,90**	**3.255**	**16.543,80**
Actos Cirúrgicos (Ginecologia)	488	1.581,00	448	1.386,80
Exames Endoscópicos (Ginecologia)	837	4.853,90	941	9.603,10
Outros (Ginecologia)	1.668	4.160,00	1.866	5.553,90
Obstetrícia	**7.183**	**31.418,60**	**4.499**	**10.684,20**
Cardiotografias (Ginecologia - Obstetrícia)	6.565	13.130,00	4.261	8.522,00
Outros (Ginecologia - Obstetrícia)	618	18.288,60	238	2.162,20
Radioterapia (Braquiterapia)	**27**	**30.369,60**	**63**	**70.862,40**
Anestesiologia	**18.860**	**205.216,30**	**22.507**	**293.561,40**
Cirurgia Máxilo-Facial	**115**	**1.505,90**	**178**	**2.126,60**
Desenvolvimento	**16.781**	**139.042,30**	**15.009**	**122.807,20**
Estomatologia	**15.699**	**79.497,70**	**17.504**	**93.416,40**
Estudo do Sono	**655**	**37.980,10**	**641**	**37.719,60**
Imunoalergologia	**6.938**	**39.574,50**	**6.696**	**40.098,10**
Medicina da Reprodução	**308**	**5.883,20**	**74**	**717,80**
Nefrologia	**1.001**	**20.165,40**	**977**	**19.401,10**
Oncologia Médica	**14.963**	**180.551,30**	**15.204**	**190.772,80**
Ortopedia	**4.102**	**16.255,80**	**4.587**	**17.965,10**
Psiquiatria	**48.441**	**163.215,40**	**51.705**	**164.341,30**
Reumatologia	**47**	**122,20**	**140**	**363,70**
Serviços e Técnicas Gerais	**150.723**	**243.793,30**	**144.430**	**233.747,60**

5. Outras Actividades

5.1. Investigação

O CHLC, EPE como uma instituição de elevada diferenciação e reconhecido prestígio clínico, beneficiando de uma grande massa crítica de doentes e de profissionais de saúde e estando articulado com a Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa e outras instituições académicas de ensino superior tem o dever e a obrigação de desenvolver projectos de investigação que permitam acrescentar sistematicamente mais valor aos conhecimentos e técnicas que domina e pratica.

Esta vertente é indispensável para que a Instituição seja cada vez mais dinâmica, adeque a sua intervenção, nos diversos níveis, e garanta a melhoria contínua de qualidade dos cuidados que presta.

Assim, é uma área que deve ser desenvolvida dentro de parâmetros de adequação técnico-científicos e também económico-financeiros e sempre num modelo de parcerias com carácter não só nacional mas sempre que possível Europeu e Internacional. Esta actividade de Investigação, com a sua envolvente económica, tem evidenciado nos anos recentes, um acréscimo muito importante, que é revelador do reconhecimento por parte dos promotores da importância do CHLC, EPE e da qualidade dos seus investigadores.

Em 2010 foi criado o Centro de Investigação (CI) com a missão de promover investigação de qualidade, de modo sustentado e organizado em todo o CHLC, EPE, bem como o registo da investigação realizada no CHLC, EPE não directamente ligada ao CI. Sublinhe-se que o CI apoia todos os profissionais do CHLC, EPE envolvidos na investigação em saúde, nomeadamente médicos, enfermeiros, psicólogos, farmacêuticos, técnicos de diagnóstico e terapêutica e outros profissionais de saúde dando parecer sobre a exequibilidade e adequação técnico-científica do estudo ao CHLC, EPE, dando apoio na procura e na formalização de candidaturas a financiamento, no desenho do estudo, na gestão dos dados, na análise epidemiológica e estatística, na monitorização do desenvolvimento do estudo, na interpretação dos resultados, na publicação e na divulgação dos estudos, quando tal seja considerado.

O quadro seguinte, lista os 123 ensaios clínicos em curso em 2011.

Ensaios Clínicos em curso em 2011

Especialidades	Investigador Principal	Título	Promotor	Referência
Cardiologia	Dr. Duarte Cacela	"Registo de stent com eluição (everolimus) em países europeus de média dimensão." 18-03-2009	BSC Portugal Lda	Estudo Observacional Prometeus - Promus
Cardiologia	Dr. José Alberto Oliveira	"Estudo multicêntrico, de dupla ocultação e com distribuição aleatória para avaliar o benefício clínico e a segurança de Inegy vs. Sinvastatina em monoterapia em doentes de alto risco com síndrome coronária aguda."	Schering-Plough Farma Lda	IMPROVE - II P04103
Cardiologia	Dr. Manuel Nogueira Silva	"Avoid delivering therapies for non-sustained arrhythmias in ICD patients III." 13-05-2009	Medtronic Portugal	ADVANCE III
Cardiologia	Dr. Mario Oliveira	"Avaliação da monitorização à distância de dispositivos cardíacos implantáveis com o sistema Carelink" 21-12-2011	Medtronic Portugal	PORT LINK
Cardiologia	Dr. Mario Oliveira	"Estudo sobre verbalakalant na prevenção da recorrência de fibrilhação auricular pós-conversão" 18-10-2007	Quintiles	VERNAKALANT
Cardiologia	Dr. Mario Oliveira	"A Randomized, international, multi-center, open label study to document optimal timing of initiation of dronedarone treatment after conversion with loading dose of amiodarone in patients with persistent Atrial Fibrillation requiring conversion of AF" 06-04-2011	Sanofi-Aventis	DRONE-C-03668
Cardiologia	Dr. Pedro Cunha	"Double blind placebo controlled dose ranging study of the efficacy and safety of celivarone at 50, 100 or 300 mg od with amiodarone as calibrator for the prevention of ventricular arrhythmia-triggered ICD interventions."	Sanofi-Aventis - Produtos Farmacêuticos, SA.	ALPHEE
Cardiologia	Dr. Pedro Cunha	Estudo Observacional Tutor	Sorincardio	
Cardiologia	Dr. Rui Ferreira	"Avaliação clínica do sistema stent coronário de eluição de everolimus xience v" 02-01-2008	Abbott Cardiovascular Systems Inc.	
Cardiologia	Dr. Rui Ferreira	"A clinical evaluation of xiences v everolimus eluting coronary stent system in the treatment of patients with coronary artery lesions" 06-12-2006 Adenda 14-01-2008	Abbott Cardiovascular Systems Inc.	Spirit V
Cardiologia	Dr. Rui Ferreira	"Restauração ventricular percutânea na Insuficiência Cardíaca Crónica devido a doença isquémica cardíaca"	CardioKinetix Inc.	PARACHUTE
Cardiologia	Dr. Rui Ferreira	"Um estudo multicentro de farmacovigilância"	Cordis	e-SELECT
Cardiologia	Dr. Rui Ferreira	"Avaliação do sistema de Stent coronário revestido com zotarolimus endeavor resolute numa população de doentes do "Mundo Real"" 18-02-2009	Medtronic Bakken Research Center B.V.	Estudo Observacional Resolute Inttlernational - Endeavor
Cardiologia	Dr. Rui Ferreira	"Estudo multicêntrico, com dupla ocultação, distribuição aleatória e controlado com placebo para avaliar a segurança e eficácia de SCH 530348 em associação com terapêutica convencional em indivíduos com síndrome coronária aguda: antagonista do receptor da	schering Corporation / Icon Clinical Research	PO4736 - Tracer
Cardiologia	Dr. Rui Ferreira	"Avaliação clínica do sistema de endoprótese vascular coronária (stent) com eluição de everolimus XIENCE5 V no tratamento de doentes com oclusão coronária crónica." 03-06-2009	Sociedade Espanhola de Cardiologia	Estudo Observacional - Avaliação Clínica IIHLP 003 - XIENCE V
Cardiologia	Dr. Rui Soares	"A multi-center, randomized, double-blind, parallel group, active-controlled study to evaluate the efficacy and safety of LCZ696 therapy compared to enalapril on morbidity and mortality in patients with chronic heart failure with reduced systolic function	Novartis Farma - Produtos Farmacêuticos, SA	CLCZ696B2314
Cardiologia	Dr.ª Ana Agapito	"Randomized, double-blind, placebo-controlled, multicentre, multi-national study to evaluate the efficacy and safety of oral BAY 63-2521 (1 mg, 1,5 mg, 2mg, or 2,5 mg tid) in patients with symptomatic Pulmonary Arterial Hypertension (PAH)" 06-01-2011	Bayer Portugal SA	Patent 1
Cardiologia	Dr.ª Ana Agapito	"Long-term extension, multi-centre, multi-national study to evaluate the ssafety and tolerability of oral Bay 63-2521 in patients with pulmonary arterial Hypertension (PAH)	Bayer Portugal SA	Patent 2
Cardiologia	Dr.ª Ana Agapito	Estudo de extensão aberto de comprimidos de libertação prolongada UT-15C em doentes com hipertensão arterial pulmonar" 01-06-2011	United Therapeutics Corporation	TDE-PH-304
Cardiologia	Dr.ª Ana Figueiredo Agapito	"Estudo internacional, multicêntrico, em dupla ocultação, aleatorizado, controlado por placebo, de 16 semanas de duração, sobre a eficácia e segurança da UT-15C por via oral de comprimidos de libertação prolongada em doentes com hipertensão arterial pulmo	United Therapeutics Corporation	TDE-PH-308
Cardiologia	Dr.ª Ana Teresa Timóteo	"RELY ABLE long term multi-center extension of dabigatran treatment in patients with atrial fibrillation who completed the RE-LY trial and a cluster randomised trial to assess the effect of knowledge translation intervention on patient outcomes." 2	Boehringer Ingelheim	RELY_ABLE
Cardiologia	Dr.ª Ana Teresa Timóteo	"A multicenter, randomized, double-blind, assessor-blind, non-inferiority study comparing the efficacy and safety of once-weekly subcutaneous biotinylated idraparinux with oral adjusted dose warfarin in the prevention of stroke and systemic thromboembolic	Sanofi-Aventis - Produtos Farmacêuticos, SA.	BOREALIS AF - BI 1184.14
Cardiologia	Dr.ª Maria de Lurdes Ferreira	"Estudo aleatorizado, em dupla-ocultação, controlado por placebo, multicêntrico conduzido pela ocorrência de eventos, para avaliação da eficácia e segurança do rivaroxabano em doentes com síndroma coronário agudo recente." 22-04-2009	Jassen-Cilag Farmacêutica	RIVAROX ACS3001

Cardiologia	Dr.ª Maria de Lurdes Ferreira	"A randomized, double-blind, triple-dummy trial to compare the efficacy of otamixaban with unfractionated Heparin + eptifibatide, in patients with unstable angina/non st segment elevation myocardial infarction scheduled to undergo na early invasive strate	Sanofi-Aventis - Produtos Farmacêuticos, SA.	TAO Protocolo EFC 6204
Cardiologia	Dr.Dino Patrício	"Um registo observacional, para avaliar a segurança e o desmpenho do stent coronário NEVO com eluição de sirolimus na prática clínica de rotina e para comparar a segurança e o desmpenho do mêsmo com o stent coronário CYPHER Select plus com eluição de siro	Johnson & Johnson	Estudo Observacional Cynergy - Registo Cypher-Nevo
Cirurgia 2	Dr. Carlos Pereira Alves	"A safety and efficacy trial evaluating the use of apixaban in the treatment of symptomatic deep vein thrombosis and pulmonary embolism"	PPD Global Ltd.	CV185056
Cirurgia 2	Dr. Carlos Pereira Alves	"A multicenter, randomized, double- blind, comparison study of the safety and efficacy of a once-daily dose of togecycline versus ertapenem for the treatment of foot infections in subjects with diabetes" 18-10-2007	Wyeth Farma, SA	GAR 319
Cirurgia 2	Dr. Jorge Penedo	"Registo de observação global para colecta de dados longitudinais sobre pacientes com gist avançado" 05-12-2007 Adenda 23-11-2009	Paraxel Nederland	Registo Observacional Gist Avançado
Cirurgia 2	Prof. Dr. Carlos Pereira Alves	"Ensaio clínico multicêntrico, de dupla ocultação, controlado por placebo, aleatorizado, para avaliar a eficácia e segurança de Doxium 500 três vezes ao dia, em doentes que sofram de insuficiência venosa crónica (IVC) de classe C3 ou C4 segundo CEAP" 16-03-2011	OM Pharma, SA	EDX09/01
Cirurgia Cardiotoracica	Dr. Jose Fragata	"International randomized double-blind study evaluating the efficacy and the safety of clopidogrel 0,2mg/Kg once daily versus placebo in neonates and infants with cyanotic congenital heart disease palliated with a systemic-to-pulmonary artery shunt" 14-06-2007	Sanofi-Aventis - Produtos Farmacêuticos, SA.	Clarinet
Cirurgia Cardiotoracica	Dr. José Manuel Conceição	"Prefer MVP for elective replacement" 07-05-2008	Medtronic Portugal	PREFERMVP
Cirurgia Vascular	Dr. João Albuquerque e Castro	"Registo de dados clínicos (estudo observacional) ENGAGE - Endurant Stent Graft Natural Selection Global Postmarket Registry (Registo pós-comercialização, global e de selecção natural do Endurant Stent Graft) numa população de doentes do "Mundo Real" "	Medtronic Bakken Research Center B.V.	ENGAGE
Cirurgia Vascular	Dr. Mota Capitao	"A phase III, randomised, double blind, parallel-group study of the efficacy and safety of oral dabigatran etexilate compared to warfarin for 6 months treatment of acute symptomatic venous thromoembolism, following initial treatment with a parenteral anticoagulant approved for this indication" 30-07-2008	Boehringer Ingelheim	Re Cover
Cirurgia Vascular	Dr. Mota Capitao	"A phase III, randomised, multicenter, double blind, parallel-group, active controlled study to evaluate the efficacy and safety of oral dabigatran etexilate compared to warfarin for the secondary prevention of venous thromboembolism 30-07-2008	Boehringer Ingelheim	Re-Medy
Cirurgia Vascular	Dr. Mota Capitao	"Ensaio clínico multicêntrico, de dupla ocultação, controlado por placebo, aleatorizado, para avaliar a eficacia e segurança de Doxium 500 três vezes ao dia, em doentes que sofram de insuficiência venosa crónica de classe C3 ou C4 segundo CEAP2 01-06-2011	OM PHARMA, SA	EDX09/01
Dermatologia	Dr. Ana Macedo Ferreira	"um estudo de fase III, multicêntrico, aleatorizado, em dupla ocultação, controlado por placebo, de grupos paralelos , para avaliação da eficacia e segurança de 2 doses orais de CP-690,550 e 1 dose subcutânea de Etanercept em doentes com psoríase em placas crónica moderada a grave" 26-10-2011	Phizer	A 3921080
Dermatologia	Dr. Ana Macedo Ferreira	"Estudo de avaliação da eficacia e segurança do infliximab a longo prazo no tratamento de Psoríase em placas moderada a grave." 16-08-2007 adenda 19-03-2010	Schering Plough	PO 4563
Dermatologia	Dr. António Pinto Soares	"Ensaio aleatório e aberto da segurança e eficácia de Infliximab versus metotrexato no tratamento de psoríase moderada a grave." 30-06-2006	Schering Plough	PO 4271
Dermatologia	Dr. António Soares		Novartis Farma - Produtos Farmacêuticos, SA	CASM981C2306
Dermatologia	Dr. Maria Joao Paiva Lopes	"Estudo de fase 3, multicêntrico, aleatorizado, em dupla ocultação, controlado por placebo para avaliar a eficacia e a segurança de Ustecinumab no tratamento de doentes adolescentes com Psoríase em placas moderadas a grave" 06-04-2011	Jassen Cilag Farmacêutica	CNTO-1275-P-3009 CADMUS
Dermatologia	Dr.ª Sara Lestre	"Impacto dos antagonistas do TNF no perfil lipídico em doentes com psoríase em placas moderada a grave." 26-10-2010	laboratorios Pfizer	Estudo 0881X1-4624
Dor Crónica / Anestesiologia	Dr.ª Mafalda Rodrigues	"Efficacy and safety of eslicarbazepine acetate (BIA 2-093) as therapy for patients with post herpetic neuralgia: a double-blind, double-dummy, randomised, placebo-controlled, parallel group, multicentre clinical trial."	Bial - Portela e Companhia SA	SCO/BIA-2093-207
Dor Crónica / Anestesiologia	Dr.ª Teresa Vaz Pato	"Estudo leatório, em dupla-ocultação, controlado por placebo e com substância activa do carbamato no tratamento da dor neuropática na neuropatia periférica diabética, seguido de uma fase de extensão em ocultação."	Jassen-Cilag Farmacêutica	CARISNPP3003

Dor Crónica / Anestesiologia	Drª Graça Mesquita	"Efficacy and safety of eslicarbazepine acetate (BIA 2-093) as therapy for patients with painful diabetic neuropathy: a double-blind, double-dummy, randomised, placebo-controlled, parallel group, multicentre clinical trial."	Bial - Portela e Companhia SA	SCO/BIA-2093-206
Dor Crónica / Anestesiologia	Drª Graça Mesquita	"Estudo aleatório, em dupla ocultação, controlado por placebo, multicêntrico para avaliar a eficácia, segurança e tolerabilidade de JNJ-42160443 como terapêutica adjuvante em doentes com dor oncológica, seguido de uma fase de extensão aberta." 02	Jassen-Cilag Farmacêutica	42160443PAI2001
Gastrenterologia	Dr. Filipe Calinas	"A phase III, randomised, double-blind and placebo controlled study of once daily BI 201335 120mg for 12 or 24 weekes or BI 201335 240mg for 12 weeks in combinayion with pegylated interferon and ribavirin in treatment naive patients with genotype 1 chronic hepatitis C infection" 01-06-2011	Boehringer Ingelheim	BI 1220,30
Gastrenterologia	Dr. Filipe Calinas	" A phase III, open label study of once daily BI 201335 240 mg for 24 weeks in combination with pegylated interferon and ribavirin in patients with genotipo 1 chronic hepatitis C infection who failed a prior PegIFN/RBV treatment" 09-11-2011	Boehringer Ingelheim	BI 1220,18
Gastrenterologia	Dr. Filipe Calinas	" Antiviral effect safety and pharmacokinetics of once daily BI201335 NA in hepatitis C virus genotype 1 infected treatment-naive patients for 24 weeks as combination therapy with pegylated interferon- 2a and ribavirin (double-blinded, randomised, placebo	Boehringer Ingelheim	BI 1220,5
Gastrenterologia	Dr. Filipe Calinas	"A phase III, randomised, double-blind and placebo controlld study of once daily BI 20135, 240 mg for 12 or 24 Weeks in combination with pegylated interferon and ribavirin in patients with genotype 1 chronic hepatitis C infection who failed a prior PegIFN/RBV treatment" 01-06-2011	Boehringer Ingelheim	BI 1220,7
Gastrenterologia	Dr. Filipe Calinas	"Safety, antiviral effect and pharmacokinetics of BI 207127 in combination with BI 201335 and with ribavirin for 4 and with or without ribavirin for 24-48 weeks in patients with chronic HCV genotype 1 infection (randomized, open label, phaseII)"	Boehringer Ingelheim	BI 1241,21
Gastrenterologia	Dr. Filipe Calinas	"Ensaio observacional, randomizado de entecavir para avaliar os resultados a longo prazo associados à monoterapia com nucleosídos/nucleótidos, em doentes com infecção crónica por VHB"	Bristol Myers Squibb	REAL Protocolo AI463-080
Gastrenterologia	Dr. Filipe Calinas	Estudo clínico de fase IIb,aleatorizado, em dupla ocultação, controlado por placebo para avaliar a eficácia, tolerância, segurança e farmacocinética do TMC435 como parte de um regime terapêutico incluindo PegIFNa-2a e Ribavirina em doentes infectados com	Jassen-Cilag Farmacêutica	TMC435 - TIDP16-C206
Gastrenterologia	Dr. Filipe Calinas	"Estudo de fase III, aberto, para avaliar a segurança, tolerabilidade e eficacia da terapêutica tripla com TMC435 mais PegIFNa-2a e ribavirina em doentes com hepatite C cronica infectados pelo VHC genotipo 1 que estão co- infectados pelo virus VIH-1" 21-12-2011	Jassen-Cilag Farmacêutica	TMC435-TIDP16-C212
Gastrenterologia	Dr. Filipe Calinas	"Estudo clinico de fase III, aleatorizado, em dupla ocultação, controlado por placebo para avaliar a eficacia, segurança e tolerabilidade do TMC435 versus placebo como parte de um regime terapeutico incluindo PegIFNa-2a e Ribavirina em doentes infectados com o virus da Hepatite c genótipo 1 naives ao tratamento antiretroviral" 16-03-2011	Jassen-Cilag Farmacêutica	TMC-435-TIDP16-C216
Gastrenterologia	Dr. Filipe Calinas	"Estudo clinico do TMC435 de fase III, sem ocultação, em associação com peginterferão alfa-2a e ribavirina em doentes infectados com o vírus da hepatite C genotipo 1 que participaram no grupo placebo de um estudo de fase II/III do TMC435, ou que receberam um tratamento antivírico de acção directa de curta duração para a infecção pelo virus da hepatite C num estudo selecionado de fase I promovido pela Tibotec" 02-11-2011	Tibotec Pharmaceuticals	TMC435-TIDP16-C213
Gastrenterologia	Dr. Jaime Ramos	"Histological and endoscopic evaluation of remission induced by infliximab in moderately to severely active ulcerative colitis patients" 19-01-2011	GEDII	Remicade
Gastrenterologia	Dr. Jaime Ramos	"Estudo clínico multicêntrico, controlado por placebo, com distribuição aleatória e em ocultação simples para avaliação da eficácia e da tolerabilidade da associação de uma emulsão de ubidecarenona, dexpantenol e clorohexidina e de uma pasta de cloridrato	Tecnimede - Sociedade Técnico-Medicinal SA	DIL-UBI-DEX-CLO II/2003/003/PT
Ginecologia	Drª Maria Filomena Sousa	"Avaliação do impacto de um programa de informação pelos ginecologistas, na contracepção hormonal combinada, em Portugal." 14-01-2009	Keypoint - Consultoria Científica, Lda	IMAGINE
Hematologia	Drª Aida Botelho de Sousa	" Estudo de fase 3 com dupla ocultação, multicentrico, aleatorizado, controlado com placebo, para avaliar a eficacia, segurança e tolerabilidade da Anfotericina B liposomica profilactica para a prevenção de infecções fungicas invasivas em individuos submetidos a uma quimioterapia de indução da remissão para a leucemia linfoblastica aguda" 16-03-2011	Gilead Sciences	GS-EU-131-0247

Hematologia	Dr.ª Aida Botelho de Sousa	"Estudo de fase 2, aleatorizado, em dupla ocultação, controlado com placebo para comparar a combinação de CNTO 328 e velcade versus velcade em monoterapia em doentes com mieloma múltiplo em recaída ou refractário" 13-02-2008	Janssen-Cilag Farmacêutica	CO328TO5
Hematologia	Dr.ª Aida Botelho de Sousa	"A prospective, randomized trial comparing the efficacy of anidulafungin and voriconazole in combination to that of voriconazole alone when used for primary therapy of proven or probable invasive aspergillosis"	Laboratorios Pfizer	A8851009
Hematologia	Dr.ª Aida Botelho de Sousa	"A phase 3 clinical study to investigate the prevention of relapse in lymphoma using dailyenzastaurin" 22-08-2007	Lilly Portugal	PRELUDE HGQ-MC-JCBJ(b)
Hematologia	Dr.ª Aida Botelho de Sousa	"Ensaio de fase III, multicêntrico, aberto, de nilotinib em doentes adultos com leucemia mielóide crónica recém-diagnosticada, cromossoma de filadélfia e/ou bcr-abl positivo, em fase crónica"	Novartis Farma - Produtos Farmacêuticos, SA	CAMN Protocolo 107EIC 01
Imuno-Hemoterapia	Dr.ª Maria Joao Dinis	"A long- Na Open-label, multicenter evaluation of the safety, pharmacokinetics, and efficacy of recombinant factor VIII FC Fusion protein in the prevention and treatment of bleeding in previously treated subjects with severe hemophilia A" 01-11-2011	Biogen Idec Hemophilia Inc.	997HA301
Medicina 1	Dr. José Rola	"Estratégias anti-hipertensoras Peridonpril arginina/Amlodipina versus valsartan / Amlodipina: eficacia e segurança em doentes com hipertensão ligeira e moderada. Estudo de 6 meses aleatorizado e em dupla ocultação seguido por um período de acompanhamento de 8 meses em aberto com perindopril arginina / Amlodipina." 16-03-2011	Institut de echerches Internationales Sservier	CL3-0585-018
Medicina 1	Dr.ª Fatima Lamprela	"Multicenter, randomized, parallel group efficacy superiority study in hospitalized medically ill patients comparing rivaroxaban with enoxaparin." 22-10-2008	Bayer Portugal, SA	MAGALLAN - BAY 59-7939/12839
Medicina 2	Dr. Eugénio Teofilo	"400mg QD ne viraplne Extended Release formulation in comparison to 200mg BID ne virapin E Immediate release in combination with Truvada in antiretroviral therapy naive HIV infected patients" 26-03-2008	Boehringer Ingelheim	VERVE protocolo 1100,1486
Medicina 2	Dr. Eugénio Teofilo	"Um estudo de fase 3 multicêntrico, aleatorizado, de dupla ocultação e duplo placebo para avaliar a segurança e eficacia de elvitegravir reforçado com ritonavir (EVG/r) em comparaçao com raltegravir (RAL) quando administrados com uma terapêutica de base e	Gilead Sciences	GS-US-183-0145
Medicina 2	Dr. Eugénio Teofilo	"Estudo de fase 3, aleatorizado, em dupla ocultação para avaliar a segurança e a eficácia de atazanavir potenciado com GS-9350 em comparação com atazanavir potenciado com ritonavir quando administrados com entricitabina/tenofovir disoproxil fumarato em a	Gilead Sciences	GS-US-216-0114
Medicina 2	Dr. Eugénio Teofilo	"Estudo clinico de fase III, aleatorizado, em dupla ocultação, de comparação de TMC278 25 mg por dia versus Efavirenz 600mg por dia, em combinação com um regime de suporte de fumarato de Disoproxil Tenofovir e Emtricitabina, em doentes infectados pelo VIH Adenda 16-03-2011	Janssen-Cilag Farmacêutica	TMC 278 - TIDP8 C209
Medicina 2	Dr. Eugénio Teofilo	"Ensaio multicêntrico, em regime aberto de acesso alargado ao Maraviroc" 16-08-2007	Laboratorios Pfizer	A4001050
Medicina 2	Dr. Eugénio Teofilo	"A phase 2b multicenter, randomized, comparative trial of UK-453,061 versus etravirine in combination with darunavir/ritonavir and a nucleotide/nucleoside reverse transcriptase inhibitor for the treatment of antiretroviral experienced HIV-1 infected subje	Laboratorios Pfizer	A5271022
Medicina 2	Dr. Eugénio Teofilo	"Estudo Observacional A5271038 HIV"	Laboratorios Pfizer	A5271038
Medicina 2	Dr. Eugénio Teofilo	"Estudo multicêntrico, em dupla ocultação, aleatorizado e com controlo activo, para avaliar a segurança e actividade anti-retroviral do MK-0518 versus KALETRA em doentes infectados pelo VIH, que se encontram controlados com um regime terapêutico estável b	Merck Sharp &Dohme	MK-0518-032
Medicina 2	Dr. Eugénio Teofilo	"Ensaio de fase III para demonstrar a actividade anti-retroviral e a segurança do dolutegravir em doentes adultos infectados com VIH-1 com falência terapêutica a um regime contendo inibidor de integrase" 09-11-2011	PPD Global	ING112574
Medicina 4	Dr. Pedro Silva	"Estratégias anti-hipertensoras Peridonpril arginina/Amlodipina versus valsartan / Amlodipina: eficacia e segurança em doentes com hipertensão ligeira e moderada. Estudo de 6 meses aleatorizado e em dupla ocultação seguido por um período de acompanhamento de 8 meses em aberto com perindopril arginina / Amlodipina." 16-03-2011	Institut de echerches Internationales Sservier	CL3-0585-018
Medicina 4	Dr. Pedro Silva	"A randomized, double-blind, placebo-controlled, parallel-group study to determine Whether, in patients with type 2 diabetes at high risk for cardiovascular and renal events, aliskiren, on top of conventional treatment, reduces cardiovascular and renal mo	Novartis Farma - Produtos Farmacêuticos, SA	CSPP100E2337 Altitude
Medicina 4	Dr. Pedro Silva	"Estudo pan-europeu, aleatorizado, em grupos paralelos, com 2 braços de tratamento, controlado com placebo, duplamente cego e multicêntrico, com Rimonabant 20mg, administrado uma vez por dia, no tratamento de doentes com obesidade abdominal e com dislipid	Sanofi-Aventis - Produtos Farmacêuticos, SA.	Eternal

Medicina 5	Dr. Margarida Abranches	"12-week, multicenter, double-blind, randomized, placebo-controlled, parallel group study to investigate the efficacy, pharmacodynamic and safety of two doses of alfuzosin in the treatment of children and adlescents 2-16 years of age elevated detrusor lea	Sanofi-Aventis - Produtos Farmacêuticos, SA.	ALFACHIN
Medicina Oncologica	Drª Lurdes Batarda	"ML25434- Phase II, open-label study of erlotinib treatment in patients with locally advanced or metastatic non-small cell lung cancer who present activating mutations in the tyrosine kinase domain of the epidermal growth factor reveptor (MuTAR) 16-03-2011	Roche Farmacêutica Química,Lda	ML 25434/MUTAR
Medicina Oncologica	Drª Ligia Costa	"FACT - Monoterapia com anastrozol versus bloqueio máximo de estrogénio com terapia combinada de anastrozol e fulvestrant: um estudo aberto, randomizado, comparativo, multicêntrico de fase III em mulheres pós-menopáussicas com cancro da mama e receptores	AstraZeneca - Produtos Farmacêuticos, Lda	FACT Protocolo - D2385W/0001
Medicina Oncologica	Drª Ligia Costa	"Ensaio clínico de fase III de vinflunina com Gemcitabina versus paclitaxel com gemcitabina em doentes com cancro da mama localmente recorrente ou metastático não-operável após quimioterapia adjuvante baseada em antraciclina" 02-08-20	Institut de Recherche Pierre Fabre	LOOO70 IN 5038O Victoria
Medicina Oncologica	Drª Ligia Costa	"Ensaio clínico de fase III com vinflunina IV versus um agente alquilante em doentes com cancro da mama metastático, previamente tratados ou resistentes a antraciclinas, taxanos, antimetabolitos e alcalóides da vinca"	Institut de Recherche Pierre Fabre	LOOO70 IN 308 8O
Medicina Oncologica	Drª Ligia Costa	"Open-label study of bevacizumab (AVASTIN) plus taxane monotherapy or in combination for the first-line treatment of patients with locally recurrent or metastatic breast cancer" 21-02-2007	Roche Farmacêutica Química,Lda	MO19391 ATHENA
Medicina Oncologica	Drª Ligia Costa	"Randomized Phase II Multinational Trial to Evaluate the Safety of two chemotherapy plus trastuzumab regimens as adjuvant therapy in patients with HER2-positive Sbreast Cancer: Caelyx + cyclophosphamide + trastuzumab (C+C+H) or doxorubicin + cyclophospham	Schering-Plough Farma Lda	BACH Protocolo PO5048
Neurologia	Dr. Armando Sena	"Long-term extension of the multinational, double-blind, placbo controlled study EFC6049 (MMRL726D/3001) to document the safetyof two doses odf teriflunomide in patients with multiple sclerosis with relapses" Adenda 06-01-2011	Sanofi-Aventis - Produtos Farmacêuticos, SA.	LTS6050 com Teriflunomida
Neurologia	Dr. Joaquim M. Candido	"Prevenção de eventos cerebrocasculares e cardiovasculares de origem isquémica com o terutroban em doentes com história de acidente vascular cerebral isquémico ou acidente isquémico transitório"	Datamédica	CL3-18886-012 - Estudo Perform
Neurologia	Dr. Manuel Almeida	"Efficacy and safety of BIA 9-1067 in idiopathic Parkinson's disease patients with "wearing-off" phenomenon treated with levodopa plus a dopa decarboxylase inhibitor a double- blind, randomised, placebo and active-controlled, parallel-group, multicentre clinical study" 01-06-2011	Bial - Portela e Companhia SA	BIA-1067-301
Neurologia	Dr. Rui Pedrosa	"O impacto da depressão de base em doentes com esclerose multipla que iniciaram tratamento com interferão-beta 1a IM(Avonex)" 12-12-2011	BioEpi	IMPRESS
Neurologia	Dr. Rui Pedrosa	"Estudo descritivo de doentes com esclerose multipla em tratamento com Natalizumab" 12-10-2011	BioEpi	SNAPSHOT
Neurologia	Dr. Rui Pedrosa	"Estudo de extensão de fase IIIb, em dupla ocultação, controlado por placebo, multicêntrico, de grupos paralelos para avaliar a segurança e tolerância da cladribina administrada por via oral em doentes com esclerose múltipla recidivante-remitente (EMRR) q	Merck Serono International	CLARITY EXTENSION Protocolo 27820-FCI
Neurologia	Dr. Rui Pedrosa	"Ensaio clínico de fase III, multicêntrico, aleatorizado, em dupla ocultação e controlado com placebo do Rebif New Formulation em individuos com risco elevado de desenvolvimento de esclerose múltipla" 11-07-2007 Adenda	Merck Serono International	REFLEX 27025
Neurologia	Dr. Rui Pedrosa	"Extensão ao estudo 27025 (Reflex), em dupla ocultação, para obtenção de dados de seguimento de longo prazo em doentes com esclerose múltipla clinicamente definida a doentes com um único episódio desmielinizante com risco elevado de conversão para EM, tratados com Reebif New Formulation" 09-11-2011	Merck Serono International	Reflexion Protocolo 28931 + Extension
Neurologia	Dr. Rui Pedrosa	"A 12 month double-blind randomized, multicenter, active-controlled, parallel-group study comparing the efficacy and safety of 0,5 mg and 1,25 mg fingolimod administered orally once daily versus interferon b-1a administered i.m. once weekly in patients with relapsin-remitting multiple sclerosis" 23-01-2007	Novartis Farma - Produtos Farmacêuticos, SA	CFTY 720D2302
Neurologia	Dr. Rui Pedrosa	"A single arm, open label, multicer sudy evaluating the long-term safety and tolerability of 0,5 mg fingolimod administered orally once daily in patients with relapsing forms of multiple sclerosis" 29-12-2010	Novartis Farma - Produtos Farmacêuticos, SA	CFTY 720D2399
Neurologia	Dr. Rui Pedrosa	"Estudo multinacional, multicêntrico, aleatorizado, em dupla ocultação, de grupos paralelos e controlado com placebo, para avaliar a segurança, tolerabilidade e eficácia da administração oral diária de 0,6 mg de laquinimod em doentes com esclerose múltipl	Teva Pharma France	Allegro Protocolo MS-LAQ-301

Neurologia 5	Dr.ª Ana Isabel Dias	"Efficacy and safety of eslicarbazepine acetate (BIA 2-093) as adjunctive therapy for refractory partial seizures in children: a double-blind, randomised, placebo-controlled, parallel-group, multicentre clinical trial."	Bial - Portela e Companhia SA	SCO/BIA -2093-305
Oftalmologia	Dr. Fernando Pinto Ferreira	"Estudo Multicêntrico da Eficacia e segurança do anti-corpo monoclonal humano anti-tnf adalimumab como terapia de manutenção em doentes com uveíte intermédia, posterior ou pan-uveíte, inactiva não infecciosa" 21-01-2011	Abbott	M 10 - 877
Oftalmologia	Dr. Fernando Pinto Ferreira	"Estudo Multicêntrico da Eficacia e segurança do anti-corpo monoclonal humano anti-tnf adalimumab como terapia de manutenção em doentes com uveíte intermédia, posterior ou pan-uveíte, inactiva não infecciosa" 21-01-2011	Abbott	M 10 - 880
Oftalmologia	Dr. Fernando Pinto Ferreira	"Estudo Multicêntrico da Eficacia e segurança do anti-corpo monoclonal humano anti-tnf adalimumab como terapia de manutenção em doentes com uveíte intermédia, posterior ou pan-uveíte, inactiva não infecciosa" 21-01-2011	Abbott	M 11 - 377
Oftalmologia	Dr. José Pedro da Silva	"Efficacy and safety of brinzolamide 10 mg/ml/brimonidine 2 mg/ml eye drops, suspension compared to brinzolamide 10 mg/ml eye drops, suspension plus brimonidine 2 mg/ml eye drops, solution in patients with open-angle glaucoma or ocular hypertension" 02-11-2011	Alcon Cusi SA	C-10-011
Oftalmologia	Dr. José Pedro da Silva	"Na evaluation of patient reported outcomes and ocular surface health in patients using duo trav APS eye drops solution versus xalacom Eye drops solution." 10-11-2010	Alcon Cusi SA	DUO TRAV APS VS XALACOM - C-09- 007
Oftalmologia	Dr. José Pedro da Silva	"Efficacy and safety assessment of LT2345 unpreserved eyedrops versus xalatan." 09-06-2010	Iris Pharma Clinical DPT / Lab. THEA	LT2345-PIII12/08
Oftalmologia	Dr. José Pedro da Silva	"A phase 1, open-label study of latanoprost acid plasma concentrations in pediatric and adult glaucoma patients treated with latanoprost 0,005%" 16-07-2008	Pfizer	A6111139
Oftalmologia	Dr. José Pedro da Silva	"Estudo aleatorizado, multicêntrico, de grupos paralelos para avaliar a sensação após aplicação e a segurança de carteolol LA 2% versus timolol LA 0,5% em hipertensão intraocular simples e glaucoma."	Pharma GMBH / Bausch & Lomb	CARTEOLOL VS TIMOLOL
Oftalmologia	Dr. José Pedro da Silva	"Ensaio clinico de fase III, aleatorizado, em dupla ocultação com duração de 6 meses, para comparar a eficacia e segurança da combinação de dose fixa de gotas oftalmicas de tafluprost 0,0015% e timolol 0,5 sem conservantes versus a administração concomitante de gotas oftalmicas de tafluprost 0,0015% e de timolol 0,5% em doentes com glaucoma de angulo aberto ou hipertensão ocular" 22-06-2011	PPD Global	Protocolo 201051
Oftalmologia	Dr. José Pita Negrão	"Ensaio de 102 semanas, aberto, multicêntrico, para avaliar a eficácia de macugen na preservação da função visual em individuos com degenerescência macular relacionada com a idade e os beneficios do tratamento precoce da neovascularização coróidcia."	Laboratorios Pfizer	A5751017
Oftalmologia	Dr. Miguel Marques	"Wnsaio de fase IIIb, com 2 anos de duração, aleatorizado, em ocultação simples, multicêntrico, controlado para avaliação de eficacia e segurança de 0,5mg de ranibizumab em dois algoritmos de tratamento vs. 0,5 de ranibizumab conforme necessario em doentes com edema macular e defice visual secundario a diabetesmellitus" 09-03-2011	Novartis	Retain
Patologia Clinica	Dr.ª Margarida Pinto	"Concentrações inibitorias minimas da daptomicina e da vancomicina para staphylococcus aureus em Portugal" 28-07-2010	Novartis Farma - Produtos Farmacêuticos, SA	DAPTONIC
Patologia Clinica	Dr.ª Odete Chandre	"Estudo epidemiológico nacional de susceptibilidade de bactérias isoladas em doentes com infecção respiratória adquirida no comunidade" 24-04-2008	Glaxosmithkline	Projecto Viriato
Pediatria Médica	Dr. Isabel de Castro	"Estudo observacional de registo prospectivo da segurança e padrões de uso da darbepoetina alfa em doentes pediatricos com doença renal crónica na União Europeia, submetidos ou não a diálise."	Quintiles Sociedade Limitada / Amgen Biofarmacêutica, Lda	Protocolo 20070211
Pediatria Médica	Dr. Lino Rosado	"Estudo clinico de fase II, aberto para avaliar a segurança, tolerabilidade e actividade antiviral do tmc125 em crianças e adolescentes infectados pelo vih-1 e com experiência terapêutica."	Jassen-Cilag Farmacêutica	TMC125-TIDP35-C213
Pediatria Médica	Dr. Lino Rosado	"Na open-label, multicenter, multiple-dose pharmacokinetic and 48 week safety and efficacy trial of maraviroc in combination with optimized background therapy for the treatment of antiretroviral experienced ccr5 tropic hiv -1 infected children 2-18 years	Laboratorios Pfizer	A4001031
Pediatria Médica	Dr. Luis Varandas	"A prospective, open-label study to assess the pharmacokinetics, safety & efficacy of anidulafungin when used to treat children with invasive candidiasis, including candidemia." 18-0	Laboratorios Pfizer	A8851008
Pneumologia	Dr. João Cardoso	"A prospective, multinational multicenter, randomized, double-blind, double dummy, controled trial comparing the efficacy and safety of moxifloxacin to that of amoxicillin-clavulanic acid for the treatment of subjects with acute exacerbations of chronic b	Bayer Portugal, SA	MAESTRAL

Pneumologia	Dr. João Cardoso	"A randomised, double-blind, parallel group study to assess the efficacy and safety of 52 weeks of orally inhaled tiotropium + olodaterol fixed dose combination compared with the individual components in patients with chronic obstructive pulmonarydisease" 26-10-2011	Boehringer Ingelheim	Tonado BI 1237,5
Pneumologia	Dr. João Cardoso	"A 52 weeks, double blind, randomized, placebo-controlled trial evaluating the effect of oral BIBF 1120,150 mg twice daily, on annual forced vital capacity decline, in patients with idiopathic pulmonary fibrosis" 09-11-2011	Boehringer Ingelheim	BI1199,34
Pneumologia	Dr. João Cardoso	"TOIMprove pulmonary fibrosis with BIBF 1120" 23-07-2008	Boehringer Ingelheim	Tomorrow Protocolo BI 1199,30
Pneumologia	Dr. João Cardoso	"A 24 week, randomized, double-blind, placebo controlled, multicenter study to evaluate the efficacy and safety of 18 MCG of tiotropium inhalation capsules administered by handihaler once daily plus PRN albuterol (SALBUTAMOL) vs. Placebo plus PRN albutero	Laboratorios Pfizer	SPIRIVA A 4471008
Pneumologia	Dr. João Cardoso	"A phase IIIb multicenter, 52 week treatment, randomized, blinded, double dummy, parallel group efficacy study comparing the effect of inhaled indacaterol 150 ug o.d. vs inhaled tiotropium 18 ug o. D. on lung function, rate of exacerbations and related ou	Novartis Farma - Produtos Farmacêuticos, SA	CQAB149B14982348
Radiologia	Dr. João Reis	"Vascular Reconstruction Device and Delivery System." 22-10-2007 adenda 07-01-2010	Codman	SUNRISE REGISTRY Potocolo EN07-01
UCIP 1	Dr. Vitor Lopes	"Efficacy and safety of oraxis/ocalta (anidulafungin) compared to candidas (caspofungin) in patients with candida deep tissue infection." 13-04-2009	Laboratorios Pfizer	A8851022
UCIP 2	Dr. Rui Moreno	"Estudo de fase 3, aleatorizado, em dupla ocultação, controlado com placebo, multicêntrico, com drotrecogina alfa (activada) administrada como perfusão contínua de 96 h em doentes adultos com choque séptico." 13-03-2009	Lilly Corporate Center / Parexel Nederland	EIN-MC-EVDP

5.2. Formação

As principais áreas temáticas abordadas nos últimos anos, enquadram-se nos objectivos estratégicos do CHLC, EPE e nos critérios de acreditação, e incluíram prioritariamente:

- Desenvolvimento científico e técnico dos profissionais, tendo em vista a inovação das práticas e metodologias;
- Apoio dos projectos de acreditação da qualidade;
- Formação e actualização dos profissionais em áreas transversais e obrigatórias como as de controlo de infecção hospitalar, saúde e segurança do trabalho, segurança contra incêndios, entre outras;
- Desenvolvimento e aprofundamento das competências técnicas, em especial, dos grupos profissionais dos Assistentes Técnicos e Assistentes Operacionais, por se tratarem dos dois grupos profissionais sem formação específica de base para o desempenho de funções em instituições hospitalares;
- Formação nas áreas da segurança do Doente, gestão do risco e auditoria clínica;
- Apoio na utilização das novas tecnologias e informatização dos processos e circuitos internos.

	Indicadores	2009	2010	2011	Var % 11/10
1	Total de Acções	624	332	270	- 18,7
2	Total de participantes	10.105	5.743	5.418	- 5,7
3	Total de horas de monitoria	2.996	2.210	1.810,5	- 18,1
4	Volume de Formação (Som (2*3))	52.049	39.335	33.890	- 13,8
5	Custos com Formadores	66.645 €	68.086 €	44.007,46 €	- 35,4
6	Custos Totais Directos (*)	69.746 €	68.086 €	44.007,46 €	- 35,4
7	Custo médio p/participante (6/2)	7 €	12 €	8,12 €	- 31,5
8	Custo médio p/ hora monitoria (6/3)	23 €	31 €	24,31 €	- 21,1
9	Custo médio p/ hora de formação (6/4)	1 €	2 €	1,30 €	- 25,0
10	Duração média das acções (3/1)	5	7	6,71	0,7

(*) Inclui Custos com Formadores e aluguer de equipamentos nos anos 2008 e 2009.

Pode verificar-se que, em 2011, foram realizadas pela ACF, 270 acções de formação, com um volume de formação de 33.890 horas e envolvendo 5.418 participações, indicadores globais bastante satisfatórios, considerando o número total de colaboradores do CHLC, EPE e os resultados de anos anteriores. Constata-se, uma redução significativa de custos totais directos e custos médio por participante e por hora de formação.

A duração média das acções mantém-se heterogénea, o que reflecte uma preocupação em apostar numa oferta formativa diversificada, que permita aliar a formação de curta duração, de

sensibilização e apelo à auto formação, à formação de maior duração, sempre que possível modular e em alternância, com uma componente teórico-prática que promova a reflexão sobre as práticas profissionais no sentido de as optimizar.

Os resultados de 2011, comparativamente a 2010, apresentam um decréscimo relativamente ao número de acções (18,7%) e ao número de participantes (5,7%), sendo que a redução obtida com os custos directos tem maior expressão (35,4%) e representa 24.078,54€.

	2010				2011				Var 11/10	
Grupos Profissionais	N.º Participantes	%	Volume Formação	%	N.º Participantes	%	Volume Formação	%	N.º Participantes	Volume Formação
Dirigente Superior (*)	37	0,6	206	0,5	4	0,1	16	0,0	-89,2	-92,2
Dirigente Intermédio					57	1,1	220	0,7		
Médico	459	8	2.525	6,4	573	10,6	3.693	11,0	24,8	46,3
Téc. Superior	170	3	1.220	3,1	148	2,7	1.005	3,0	-12,9	-17,6
Téc. Sup. Saúde	22	0,4	60	0,2	12	0,2	88	0,3	-45,5	47,9
Enfermeiro	1.500	26,1	12.672	32,2	1.549	28,6	10.409,5	30,9	2,7	-17,9
TDT	360	6,3	1.802	4,6	211	3,9	1.403,5	4,2	-41,4	-22,1
Ass. Técnico	914	15,9	8.317	21,1	945	17,4	7.370,5	21,9	3,4	-11,4
Ass. Operacional	2.091	36,4	11.259	28,6	1.738	32,1	8.327	24,7	-17,2	-26,0
Outros	126	2,2	1.146	2,9	44	0,8	504,5	1,5	-43,7	-56,0
Informático					12	0,2	32,5	0,1		
Educador Infância					5	0,1	43,5	0,1		
Aluno de Enfermagem					4	0,1	4	0,0		
Externo					95	1,8	412	1,2		
Estagiário					19	0,4	158,5	0,5		
Não consta	64	1,1	131	0,3	2	0,0	22	0,1	-96,9	-83,2
TOTAL	5.743	100,0	39.335	100,0	5.418	100,0	33.710	100,0	-5,9	-14,3

(*) Nos dados de 2010, não tinha sido criada a diferenciação entre Dirigente Superior e Dirigente Intermédio, pelo que os dados de 2010 deverão ser lidos como Dirigentes.

No quadro anterior, pode constatar-se que em 2011, tal como em anos anteriores, se tem assistido a uma diversificação dos grupos profissionais que participam nas diferentes actividades formativas. Assim, as 5.418 participações integram Assistentes Operacionais (32,1%), Enfermeiros (28,6%), Assistente Técnicos (17,4%), Médicos (10,6%), Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica (3,9%) e Técnicos Superiores (2,7%).

Analisando o volume de formação, constata-se que acompanha esta diversificação, ainda que o grupo de Enfermagem continue a ser o que apresenta um maior volume (30,9%), seguido dos Assistentes Operacionais (24,7%), Assistentes Técnicos (21,9%), Médicos (11,0%), Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica (4,2%) e Técnicos Superiores (3,0%). Comparativamente a 2010, o grupo dos Médicos apresenta um aumento considerável, relativamente ao número de participantes (24,8%), e mais ainda ao nível do volume de formação (46,3%). As áreas temáticas responsáveis por este aumento foram a de Prevenção e Controlo de Infecção Hospitalar, com 24% do total, e a de Tecnologias de Informação e Comunicação com 17%.

Comparativamente a 2010, houve um decréscimo da participação nos seguintes agrupamentos profissionais: dos Dirigentes (89,2%), uma vez que a formação realizada no âmbito do programa Níveis Intermédios de Gestão teve pouca expressão no último ano; dos Técnicos Superiores (12,9%); dos Técnicos Superiores de Saúde (45,5%); Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica (41,4%); dos Assistentes Operacionais (17,2%); dos Outros (onde se incluem Administradores Hospitalares e Capelães) (43,7%).

A participação aumentou significativamente, como já referido, no grupo dos médicos (24,8%), e nos grupos dos Assistentes Técnicos (3,4%) e Enfermeiros (2,7%).

Relativamente ao volume de formação, observa-se um decréscimo em todos os agrupamentos profissionais, excepto nos médicos, com um aumento de 46% e nos Técnicos Superiores de Saúde com um aumento de 47,9%.

O contexto actual de fortes restrições financeiras, conduz a que as diferentes áreas/especialidades/unidades mantenham a dificuldade em disponibilizar os profissionais para frequentar acções de formação em horário laboral, sendo igualmente baixa a adesão à sua frequência em regime pós-laboral; a ausência de perspectiva de evolução de carreira mantém-se nas diferentes categorias profissionais, constituindo estes, alguns dos factores que poderão justificar o decréscimo no número de participações.

Constata-se no quadro seguinte, que em 2011, as áreas temáticas com maior índice participativo foram nomeadamente: Saúde e Segurança (19,6%), Tecnologias de Informação e Comunicação (13,3%), Saúde, Segurança e Higiene no Trabalho (11,1%), e Prevenção e Controlo da Infecção Hospitalar (10,4%), constituindo no seu conjunto, 54,4 % do índice participativo de toda a formação ministrada ao longo do ano Relativamente ao número de formandos, a distribuição é semelhante: Saúde e Segurança (21,4%), Saúde, Segurança e Higiene no Trabalho (14,2%), e Prevenção e Controlo da Infecção Hospitalar (13,4%). De realçar que a área de Saúde e Segurança teve uma participação de 1.157 formandos e a área de Saúde, Segurança e Higiene no Trabalho uma participação de 726 formandos.

No que concerne ao volume de formação, a maior percentagem incidiu na área da Prevenção e Controlo de Infecção Hospitalar (12,8%), seguindo-se a área das Competências Técnicas com 12,6% e a área Clínica com 11,6% (área que detinha, no ano anterior, o maior volume de formação). Este facto relaciona se com a resposta que a AGF tem vindo a dar ao diagnóstico de necessidades de formação realizado, em consonância com as orientações estratégicas do Conselho de Administração.

Do total de colaboradores do CHLC, EPE, 5.862, verificou-se uma taxa de participação global de 97,6%, num total de 5.743 participações, o que consideramos um bom resultado.

As áreas temáticas com maior número de formandos foram respectivamente:

- Saúde e Segurança, com 1.157 formandos, representando 21,4% do total de formandos abrangidos;
- Saúde, Segurança e Higiene no Trabalho, com 772 formandos, representando 14,2%;
- Prevenção e Controlo da Infecção, com 726 formandos, representando 13,4%.

Área Temática	2010						2011						Var % 11/10		
	N.º Acções	%	N.º Formandos	%	Volume Formação	%	N.º Acções	%	N.º Formandos	%	Volume Formação	%	N.º Acções	N.º Formandos	Volume Formação
II - Integração Institucional	9	2,7	137	2,4	1.720	4,4	6	2,2	158	2,9	1.637	4,8	-33,33	15,33	-4,83
SSHT - Saúde, Segurança e Higiene no Trabalho	43	13,0	1.117	19,4	3.061	7,8	30	11,1	772	14,2	2.174	6,4	-30,23	-30,89	-28,98
SS - Saúde e Segurança	94	28,3	1.194	20,8	1.793	4,6	53	19,6	1.157	21,4	2.081	6,1	-43,62	-3,10	16,09
CE - Cuidados de Emergência	13	3,9	284	4,9	3.112	7,9	21	7,8	326	6,0	1.725	5,1	61,54	14,79	-44,57
PCIH - Prevenção e Controlo da Infecção Hospitalar	32	9,6	664	11,6	5.365	13,6	28	10,4	726	13,4	4.349,5	12,8	-12,50	9,34	-18,93
GC - Governação Clínica	2	0,6	53	0,9	944	2,4	2	0,7	63	1,2	1.260	3,7	0,00	18,87	33,47
GRSD - Gestão do Risco e Segurança do Doente	13	3,9	356	6,2	2.074	5,3	19	7,0	443	8,2	2.697,5	8,0	46,15	24,44	30,06
CCSD - Colaboração Cuidados de Saúde ao Doente	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0			
CR - Competências Relacionais	12	3,6	293	5,1	2.388	6,1	14	5,2	289	5,3	2.699	8,0	16,67	-1,37	13,02
CT - Competências Técnicas	24	7,2	304	5,3	5.066	12,9	13	4,8	199	3,7	4.281	12,6	-45,83	-34,54	-15,50
CP - Cuidados Paliativos	2	0,6	41	0,7	561	1,4	2	0,7	61	1,1	621	1,8	0,00	48,78	10,70
CC - Cuidados Continuados	4	1,2	70	1,2	1.122	2,9	7	2,6	163	3,0	1.328	3,9	75,00	132,86	18,36
TIC - Tecnologias de Informação e Comunicação	37	11,1	222	3,9	757	1,9	36	13,3	282	5,2	1.548	4,6	-2,70	27,03	104,49
C - Clínica	31	9,3	678	11,8	5.893	15,0	24	8,9	498	9,2	3.944	11,6	-22,58	-26,55	-33,07
GE - Gestão de Equipas	3	0,9	38	0,7	832	2,1	2	0,7	41	0,8	654	1,9	-33,33	7,89	-21,39
GA - Gestão de Altas	4	1,2	65	1,1	260	0,7	1	0,4	13	0,2	52	0,2	-75,00	-80,00	-80,00
G - Gestão	6	1,8	104	1,8	2.379	6,0	10	3,7	182	3,4	2.070	6,1	66,67	75,00	-12,99
Q - Qualidade	1	0,3	19	0,3	760	1,9	2	0,7	45	0,8	769	2,3	100,00	136,84	1,18
P - Pedagogia	1	0,3	21	0,4	252	0,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	-100,00	-100,00	-100,00
Outro	1	0,3	83	1,4	996	2,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	-100,00	-100,00	-100,00
Total	**332**	**100,0**	**5.743**	**100,0**	**39.335**	**100,0**	**270**	**100,0**	**5.418**	**100,0**	**33.890**	**100,0**	-18,67	-5,66	-13,84

5.3. Sistemas e Tecnologias de Informação

A informatização, com especial enfoque no Processo Clínico Electrónico, tem constituído uma prioridade estratégica de curto e médio prazo. No ano de 2011, foi dada continuidade a esta estratégia, através da adopção de um conjunto de medidas transversais a todas as Áreas, permitindo reduzir ou mesmo eliminar a circulação e consumo de papel, *toner* e outros produtos, minimizando o risco e contribuindo para aumentar a segurança dos doentes.

No âmbito da Área de Sistemas e Tecnologias de Informação foram desenvolvidos vários projectos dos quais merecem destaque os seguintes:

Interligação entre o Processo Clínico (SAM) do CHLC/Centros de Saúde.

Foi feita a interligação entre os processos clínicos electrónicos do CHLC, EPE e dos Centros de Saúde numa óptica de partilha dos dados entre as diferentes instituições.

Implementação da prescrição electrónica (GIACH) aos restantes serviços de internamento do HDE

Expandiu-se a utilização do sistema de prescrição electrónica às restantes áreas do HDE, embora nalguns casos com recurso ao modelo de distribuição tradicional.

Implementação da prescrição electrónica (GIACH) em Ambulatório

O sistema de prescrição electrónica existia apenas nos módulos de urgência e internamento. Expandiu-se o sistema aos restantes módulos, nomeadamente à consulta externa e ao hospital de dia, possibilitando assim, a informatização da receita interna a todo o CHLC, EPE.

Sistema de PACS

O sistema PACS foi implementado no CHLC, EPE durante o ano de 2010. Com este sistema, garantiu-se ao doente uma melhor qualidade no atendimento e aos profissionais uma melhoria nas condições de trabalho quer para os Radiologistas, quer para os Médicos em geral. Por outro lado, tem permitido uma redução significativa no custo dos exames, com a eliminação das películas

tradicionais, sem esquecer a componente ambiental. Pretendeu-se ainda, melhorar a qualidade das imagens obtidas e oferecer uma maior segurança e fiabilidade no arquivo das imagens. Em 2011 expandiu-se o sistema a unidades transversais, nomeadamente à Cirurgia Vascular e à Unidade Cérebro-Vascular.

Dietética

Deu-se continuidade à implementação de um *software* integrado de gestão da actividade da Unidade Funcional de Nutrição e Dietética (UND) que cobre as necessidades das Áreas/serviços/departamentos do CHLC, EPE, relativamente a Nutrição e Dietética. Este sistema possibilitou a simplicidade de tratamento de todos os pedidos remetidos à UND. Este sistema funciona em conjunto com as aplicações existentes nas áreas de Logística/Farmácia Hospitalar - permitindo o interface com a prescrição médica. Na componente de planeamento do trabalho, este sistema recorre à automação do circuito de requisições e à afectação das diversas ordens pelos responsáveis directos, permitindo a gestão optimizada do calendário e uma melhor alocação dos recursos humanos e um maior controlo no envio das dietas.

Virtualização

A virtualização não é mais do que a partilha de recursos físicos de uma máquina (CPU, RAM, Disco Rígido) entre várias máquinas virtuais, ou seja, a optimização da ocupação de recursos que estejam livres na máquina física. No caso do CHLC, EPE, este tipo de tecnologia permitiu relevantes poupanças, quer em aquisição de *hardware* e respectivo suporte, quer em consumo energético. Proporciona uma maior facilidade de gestão da infra-estrutura tecnológica, o aumento do número de servidores sem necessidade de alargamento do *Datacenter* que se encontra actualmente perto da sua lotação máxima e criou condições para o provisionamento quase imediato. Actualmente, o CHLC, EPE tem aproximadamente 60 servidores, estando previsto um aumento significativo a curto prazo.

Pedido de MCDT *online*

Iniciou-se o projecto (serviço piloto) de requisição de MCDT *online* através da interligação das aplicações SAM/RADIO. Este projecto visa garantir uma melhor prestação de serviços ao utente evitando deslocações do mesmo e, também, reduzir o consumo de papel e outros consumíveis ligados à impressão.

Gestão Documental

Implementou-se o sistema de Gestão Documental na Área de Recursos Humanos, baseado nas plataformas EMC Documentum (Gestão Documental) e Kofax Capture (Captura Documental), tendo como principais metas, atingir a desmaterialização documental e a digitalização dos processos individuais dos colaboradores do CHLC, EPE, contando-se que contribua decisivamente para a modernização dos processos e para a optimização de recursos da instituição.

Como objectivos principais deste projecto apontam-se os seguintes:

- Captura, classificação e disponibilização em suporte digital de todos os documentos recebidos, produzidos e expedidos;
- Gestão do ciclo de vida dos documentos ao longo da sua existência;
- Suporte à execução das competências inerentes as áreas utilizadoras;
- Incremento da qualidade da informação e melhoria dos tempos de resposta;
- Redução dos tempos entre a entrada de um documento e a sua entrega ao destinatário;
- Garantia da gestão integrada do arquivo físico e electrónico;
- Garantia a autenticidade dos despachos;
- Uniformização de conceitos, processos e procedimentos.

Aumento da capacidade de ligação de rede entre os hospitais do CHLC, EPE.

Efectuou se um *upgrade* da ligação entre o *DataCenter* e as restantes unidades do CHLC, EPE, garantindo uma ligação cuja velocidade de transmissão é de 300 Mbps, em redundância.

Atendendo ao crescimento exponencial de dados a circular entre os hospitais que constituem o CHLC, EPE, nomeadamente com a entrada em produção do sistema PACS, esta ligação veio dar uma resposta adequada às necessidades.

Informatização da Área de Electrocardiografia

Informatizou-se a Área de Electrocardiografia, através de uma aplicação informática com interface com o SAM/SONHO. Todos os relatórios, imagens são armazenados e interligados com o processo clínico do utente. Deu-se assim, mais um passo rumo ao processo clínico informatizado.

TBCA – Tableau de Bord para o Conselho de Administração

Ao longo de 2011 procedeu-se à modernização do TBCA integrando oito áreas de informação de gestão designadamente:

- Actividade Clínica;
- Valorização;
- Custos;
- GDH;
- Indicadores;
- RHV;
- Consumos;
- Produção por Médico.

Este instrumento de gestão permite ao Conselho de Administração e às Estruturas Intermédias de Administração conhecer *online*, em cada uma das referidas oito áreas de informação, a situação do CHLC, EPE como um todo e de cada uma das áreas/especialidades da sua estrutura organizacional. Esta informação de gestão permitiu ainda, comparar *online* o realizado em 2011 com o previsto e com o período homólogo (2010).

6. Recursos Humanos

A estrutura de recursos humanos do CHLC, EPE tem vindo a sofrer uma redução do número de efectivos em resultado do processo de integração de especialidades e da unificação dos diversos serviços de apoio existentes nas quatro unidades hospitalares. O desenvolvimento desta política tem conduzido também a uma melhor adequação do perfil dos vários grupos profissionais e à melhoria contínua da qualidade da prestação de cuidados de saúde que constitui objectivo essencial de gestão do CHLC, EPE.

O quadro da página seguinte permite uma visão compreensiva da evolução, no último triénio, da estrutura de recursos humanos do CHLC, EPE.

A criação do CHLC com estatuto EPE, permitiu que a política de contratação pudesse oferecer maior estabilidade (taxa de vinculação permanente de 90%), usando como critério o mérito do desempenho.

Como se pode verificar, a média de idades tem-se mantido constante, o que pode significar a renovação dos colaboradores.

Sublinhe-se também, a visível diferenciação do nível de escolaridade dos colaboradores com um número crescente de habilitações literárias, nomeadamente mestrados e doutoramentos.

A taxa de rotatividade que, em 2011, foi de 6,5% reforça a ideia de estabilidade dos colaboradores.

A taxa geral de absentismo tem-se mantido constante ao longo do último triénio.

Os dias de ausência por acidente em serviço / doença profissional diminuíram de 2010 para 2011, impondo-se a continuação no desenvolvimento de acções preventivas de acidentes de trabalho que deverão, a curto prazo, continuar a curva descendente da frequência de sinistros e do impacto dos mesmos.

Quadro: Evolução dos Indicadores de Recursos Humanos

Tipo de indicadores	Indicadores	2009	2010	2011
Efectivos	**Total**	**6.179**	**6.007**	**5.857**
Estrutura Profissional e Orgânica dos Efectivos	Taxa de Tecnicidade (1)	63,12	63,38	64,06
	Percentagem de Efectivos Inseridos em Corpos Especiais (2)	60,69	60,90	61,65
	Percentagem de Médicos em Formação (Internos)	26,42	28,37	28,88
	Nº de Enfermeiros por Médico	1,73	1,69	1,65
	Percentagem de Pessoal em Serviços Prestadores de Cuidados	85,14	85,50	86,12
Vínculos	Percentagem de Efectivos c/ Contrato p/ tempo indeterminado(ex-nomeados)	58,46	57,05	56,34
	Percentagem de Efectivos com Contrato individual de trabalho	35,04	36,09	37,14
Nacionalidade	Percentagem de Efectivos Estrangeiros	2,14	2,18	2,02
	Percentagem de Efectivos com Nacionalidade Espanhola	0,44	0,42	0,41
Idade e Sexo	Idade Média Global	39,67	40,23	40,70
	Idade Média dos Médicos (Total)	44,65	44,35	44,04
	Idade Média dos Médicos (Não Internos)	49,94	50,13	50,00
	Idade Média dos Enfermeiros	34,29	35,36	36,21
	Percentagem dos Efectivos Totais com mais de 50 anos	23,11	24,06	25,13
	Percentagem de Médicos com mais de 50 anos	42,94	43,51	43,10
	Taxa de Emprego Feminino dos Efectivos Totais (%)	73,64	73,44	73,52
	Taxa de Emprego Feminino do Pessoal Médico (%)	57,06	56,92	57,50
	Taxa de Emprego Feminino do Pessoal de Enfermagem (%)	83,20	83,02	83,17
Nível de Escolaridade	Percentagem de Efectivos com Licenciatura ou Superior	44,09	44,00	46,06
	Percentagem de Efectivos com menos de 9 anos de escolaridade	13,24	12,54	11,70
Carga Horária	Percentagem de Efectivos (Total) com 40 horas	39,29	41,27	42,60
	Percentagem de Efectivos (Total) com 42 horas	6,25	5,49	4,84
	Percentagem de Médicos (Não Internos) com 42 horas	34,04	29,28	23,78
	Percentagem de Médicos (Não Internos) com 40 horas	9,94	13,97	19,51
	Percentagem de Enfermeiros com Horário Acrescido	4,03	4,07	4,10
	Percentagem de Enfermeiros com 40 horas	39,46	39,17	39,70
	Percentagem de TSS com Horário Acrescido	1,59	1,67	1,75
	Percentagem de TSS com 40 horas	11,11	11,67	14,03
	Percentagem de TDT com Horário Acrescido	1,95	1,78	2,00
	Percentagem de TDT com 40 horas	23,78	24,70	25,05
Absentismo	Taxa Geral de Absentismo - valores acumulados no ano (%)	6,69	7,04	6,97
	Taxa de Absentismo por Doença - valores acumulados no ano (%)	3,79	3,20	3,30
Remunerações Processadas	Horas Extraordinárias Processadas - valores acumulados no ano (€)	17.144.833	15.716.482	12.920.897
	Variação Homóloga das Horas Extraordinárias Processadas (%)	1,37	-8,33	-17,79
	Horas de Prevenção Processadas - valores acumulados no ano (€)	2.706.480	2.811.628	2.461.758
	Variação Homóloga das Horas de Prevenção Processadas (%)	-2,79	3,88	-12,44

(1) - Relação entre o número de efectivos com funções técnicas e o restante pessoal

(2) - Médicos, Enfermeiros, TSS e TDT

6.1. Grupos Profissionais

Desde a constituição do CHLC, EPE em 2007, o total de colaboradores diminuiu em 7,5% correspondendo a menos 475 colaboradores.

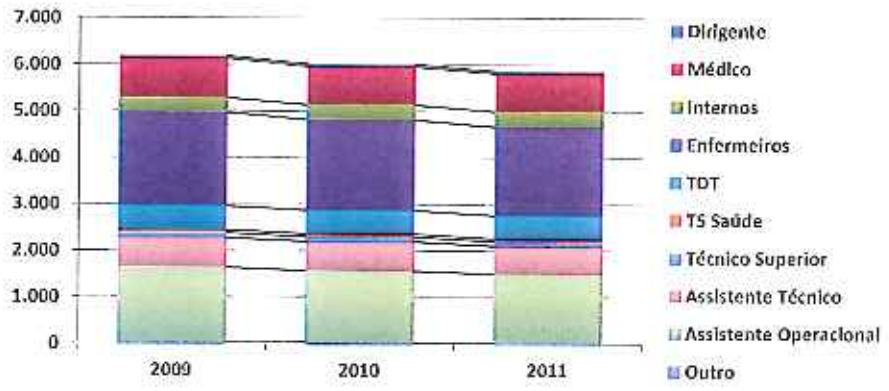
Analisando a evolução do número de colaboradores desde 2009 e, de acordo com o quadro e gráficos seguintes, verifica se uma tendência de diminuição de 172 colaboradores de 2009 para 2010 correspondendo a um decréscimo de 2,8% e de 150 colaboradores de 2010 para 2011 representando um decréscimo de 2,5%.

Quadro: Evolução do número de efectivos por Grupo Profissional

Grupo Profissional	2009	2010	2011	Δ% 2009/2011	Δ% 2010/2011
Dirigente	41	42	40	-2,4	-4,8
Médico	855	823	820	-4,1	-0,4
Internos	307	326	333	8,5	2,1
Enfermeiros	2.012	1.943	1.904	-5,4	-2,0
TDT	513	506	499	-2,7	-1,4
TS Saúde	63	60	57	-9,5	-5,0
Técnico Superior	109	107	101	-7,3	-5,6
Assistente Técnico	640	628	604	-5,6	-3,8
Assistente Operacional	1.604	1.538	1.468	-8,5	-4,6
Outro	35	34	33	-5,7	-2,9
Total	6.179	6.007	5.857	-5,2	-2,5

Considerando os vários grupos profissionais verificou se reduções acima da média nos dirigentes, técnicos superiores de saúde, assistentes técnicos e assistentes operacionais, situação explicável pela operacionalização da nova estrutura organizativa bem como o efeito de aposentações antecipadas sem substituição.

Gráfico: Evolução do número de efectivos por Grupo Profissional



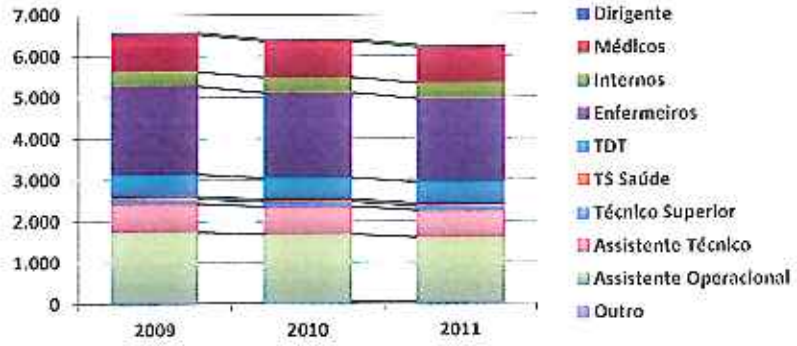
Uma vez que dispomos de colaboradores a 35h e a 40h importa efetuar a análise de valores padrão, ou seja, os ETC. Assim, apesar da redução de efetivos de 2,5% entre 2010 e 2011, a capacidade de trabalho disponível diminuiu só 2,4% fruto do aumento de horas de trabalho disponíveis, tendo em atenção que as substituições efectuadas, se operaram não em contratos de 35 horas semanais mas em 40h semanais.

Quadro: Evolução do número de ETC por Grupo Profissional

Grupo Profissional	2009	2010	2011	Δ% 2009/2011	Δ% 2010/2011
Dirigente	42	44	42	0,0	-4,5
Médicos	907	873	870	-4,1	-0,3
Internos	350	371	380	8,6	2,4
Enfermeiros	2.135	2.062	2.020	-5,4	-2,0
TDT	527	521	514	-2,5	-1,3
TS Saúde	64	61	58	-9,4	-4,9
Técnico Superior	116	116	110	-5,2	-5,2
Assistente Técnico	686	676	650	-5,2	-3,8
Assistente Operacional	1.707	1.641	1.569	-8,1	-4,4
Outro	35	34	34	-2,9	0,0
Total	6.570	6.398	6.247	-4,9	-2,4

Por outro lado, considerando os grupos profissionais houve reduções acima da média nos dirigentes, técnicos superiores de saúde, técnicos superiores, assistentes técnicos e assistentes operacionais, variações mínimas (inferiores a 1%) nos médicos e outros e uma variação positiva de 2,4% nos médicos internos resultado dos protocolos de ensino com as Instituições Escolares.

Gráfico: Evolução do número de ETC por Grupo Profissional



6.2. Relação Jurídica de Emprego

Analisando o quadro seguinte verificou-se, no período 2010/2011, que as situações de acumulação diminuíram em cerca de 22,2%, as situações de Contrato Administrativo de Provimento, actualmente denominados de Contratos a Termo Resolutivo (CTR), diminuíram cerca de 3%, os Contratos Individuais de Trabalho (CIT) sem termo aumentaram cerca de 5,9% enquanto que os CIT com termo diminuíram cerca de 42,9% e os colaboradores com o vínculo de Contrato de Trabalho em Funções Públicas (CTFP) diminuíram cerca de 3,7%.

Quadro: Evolução do número de efectivos por Tipo de Vínculo

Vínculo	2009	2010	2011	Δ% 2009/2011	Δ% 2010/2011
Acumulação	23	18	14	-39,1	-22,2
CTR	338	352	341	0,9	-3,1
Cedência	14	16	16	14,3	0,0
CIT com Termo	535	247	141	-73,6	-42,9
CIT sem Termo	1.623	1.921	2.034	25,3	5,9
Comissão de Serviço	11	10	10	-9,1	0,0
CTFP	3.625	3.427	3.300	-9,0	-3,7

Com a alteração do quadro legislativo da unidade hospitalar é natural a alteração dos vários tipos vínculos contratuais passando, a dispor de vínculos ao abrigo do Código do Trabalho.

Quadro: Evolução dos Rácios de Vínculo a Termo no Total de Efectivos

RÁCIOS	2009	2010	2011
Contratos Com Termo / Total de Efectivos	8,6%	9,9%	8,2%
N.º contratos com vínculo permanente	5.248	5.411	5.374

A percentagem de contratos com termo sobre o total de efectivos, de 2009 para 2010, subiu 1,3p.p., devido à admissão de assistentes operacionais e à entrada de médicos internos. No período seguinte, ou seja, de 2010 para 2011, após os processos sistemáticos de avaliação de desempenho bem como da aferição dos postos de trabalho indispensáveis à prestação de cuidados de saúde de qualidade, procedeu-se à alteração do vínculo laboral temporário para definitivo, promovendo a estabilidade organizacional.

6.3. Estrutura Etária

A idade média dos colaboradores aumentou 1 ano no período 2009-2011, fruto da política de renovação dos colaboradores, situando se nos 41 anos, conforme se pode verificar no quadro seguinte.

Quadro: Evolução da Média de Idades por Grupo Profissional

Grupo Profissional	2009	2010	2011
Dirigente	49	51	51
Médico	50	50	50
Internos	30	30	29
Enfermeiros	34	35	36
TDT	40	40	41
TS Saúde	45	46	46
Técnico Superior	40	39	39
Assistente Técnico	38	39	40
Assistente Operacional	43	43	44
Outro	42	43	44
Total	40	40	41

Abaixo da média estão os médicos internos (uma vez que se tratam de médicos em formação), os enfermeiros, os técnicos superiores e os assistentes técnicos (nos últimos anos têm sido admitidos profissionais jovens). Na média encontram-se os técnicos de diagnóstico e terapêutica, ligeiramente acima da média os assistentes operacionais e, acima da média situam-se estão os técnicos superiores de saúde, médicos e dirigentes.

6.4. Níveis de Escolaridade

No que concerne à grande diferenciação dos colaboradores do CHLC, EPE, verificou-se, no período 2009/2011, um significativo reforço das habilitações literárias.

Quadro: Evolução do número de efectivos por Habilitação Literária

Habilitação Literária	2009	2010	2011	Δ% 2009/2011	Δ% 2010/2011
Doutoramento			15		
Mestrado	41	41	43	4,9	4,9
Licenciatura	2.683	2.678	2.630	-2,0	-1,8
Bacharelato	737	685	684	-7,2	-0,1
12 Anos Escolaridade	858	859	852	-0,7	-0,8
11 Anos Escolaridade	376	356	346	-8,0	-2,8
9 Anos Escolaridade	666	631	607	-8,9	-3,8
6 Anos Escolaridade	402	381	356	-11,4	-6,6
4 Anos Escolaridade	408	360	316	-22,5	-12,2
< 4 Anos Escolaridade	8	8	8	0,0	0,0
Não Aplicável		2			
Total Geral	6.179	6.007	5.857	-7,5	-2,88

Sublinhe-se que cerca de 57,6% dos colaboradores do CHLC, EPE dispõem de habilitações literárias superiores ao 12.º ano de escolaridade, relevando da qualidade científica e técnica necessárias para a prestação de cuidados de saúde diferenciados e de qualidade à população.

6.5. Absentismo e Mobilidade

Analisando os dados do quadro abaixo, sobre a taxa de rotação dos recursos humanos, verifica-se que desde 2009, o número de saídas é superior ao número de admissões pelo que os efectivos vêm diminuindo. Considerando a taxa de rotação de 10% (valor defendido por vários autores como sendo um valor que gera dinamismo na empresa) verificou-se a existência da rotatividade natural dos médicos internos (com valores a oscilar entre os 23% e 35%), os dirigentes apresentaram, em 2011, valores de 10%, os assistentes técnicos 14,4% e os restantes grupos profissionais apresentaram valores inferiores, variando entre 3% (enfermeiros) e 6,4% (médicos). Em 2009, o valor foi de 9,4% gerando mudança e renovação na organização e em 2011 foi de 6,5% de rotatividade levando a inferir que a organização está num período de estabilização.

Quadro: Evolução da Taxa de Rotatividade por Grupo Profissional

Grupo Profissional	Entradas			Saídas			Efectivos			Taxa de Rotação (%)			Δ%
	2009	2010	2011	2009	2010	2011	2009	2010	2011	2009	2010	2011	10/11
Dirigente	6	2	3	10	4	5	41	42	40	19,5	7,1	10,0	40,1
Médico	14	13	33	58	70	72	856	823	820	4,2	5,0	6,4	27,0
Internos	80	91	140	98	59	97	307	326	333	29,0	23,0	35,6	54,7
Enfermeiros	174	9	37	145	80	78	2.010	1.943	1.904	7,9	2,3	3,0	31,9
TDT	36	16	22	35	27	29	512	506	499	6,9	4,3	5,1	20,2
TS Saúde	0	0	1	3	5	4	63	60	57	2,4	4,2	4,4	5,3
Técnico Superior	6	6	12	6	10	17	108	107	101	5,6	7,5	14,4	92,0
Assist. Técnico	41	19	16	38	36	41	643	628	604	6,1	4,4	4,7	7,8
Assist. Operacional	196	56	41	198	123	111	1.610	1.538	1.468	12,2	5,8	5,2	-11,0
Outro	2	0	1	10	1	2	35	34	33	17,1	1,5	4,6	209,5
Total	555	212	306	601	415	456	6.185	6.007	5.857	9,4	5,2	6,5	24,7

O quadro seguinte permite conhecer, no período 2009/2011, o total de dias (não tendo sido consideradas as férias) por grupo profissional.

Quadro: Dias de Calendário de Ausência por Grupo Profissional

Grupo Profissional	2009	2010	2011	Δ% 09/11	Δ% 10/11
Dirigente	663	375	321	-51,6	-17,3
Médico	11.558	12.666	12.087	4,6	-28,4
Internos	7.124	8.628	10.769	51,2	-27,6
Enfermeiros	36.961	43.486	42.177	14,1	-7.10
TDT	10.985	13.467	12.808	16,6	-6.95
TS Saúde	1.609	1.066	1.362	-15,4	16,8
Técnico Superior	1.502	2.732	2.345	56,1	-16,9
Assistente Técnico	15.769	18.577	15.323	-2,8	-17,6
Assistente Operacional	51.420	47.991	46.979	-8,6	-2,1
Outro	150	625	725	383,3	14,9
Total	137.742	149.613	144.896	5,2	-9,7
N.º Efetivos	6.179	6.007	5.857		
Rácio faltas per capita	22,3	24,9	24,7		

A sua análise permite verificar que se passou de 22 dias de faltas por colaborador em 2009 para 25 dias de faltas tanto em 2010 como em 2011. Para este incremento contribuiu a implementação de formação obrigatória, pelo que, embora tenha constituído para uma maior diferenciação de competências e melhor adequação aos postos de trabalho, teve reflexos no número de dias de ausência ao trabalho. No período 2010/2011, verificou-se uma diminuição dos dias de absentismo em todos os grupos profissionais excepto nos médicos internos, técnicos superiores de saúde e "outros".

O quadro abaixo permite analisar a evolução dos dias de ausência por tipo de falta.

Quadro: Dias de Calendário de Ausência por Motivo

Motivo	2009	2010	2011	Δ% 2009/2011	Δ% 2010/2011
Acidente Serviço / Doença Profissional	11.196	13.198	11.125	-0,6	-15,7
Doença	73.141	67.493	66.707	-8,8	-1,2
Formação	8.432	8.565	9.818	16,4	14,6
Maternidade / Paternidade	33.470	44.982	46.206	38,1	2,7
Outras	11.503	15.375	11.040	-4,0	-28,2
Total	137.742	149.613	144.896	5,2	-3,2

Assim, as situações de doença profissional/acidente que mantinham uma tendência crescente, registaram uma diminuição, em 2011, graças aos programas de intervenção da Saúde Ocupacional, regressando aos valores de 2009.

As ausências por doença diminuíram 1,2% entre, 2010 e 2011, representando um passo positivo e contrariando a tendência de crescimento até 2009.

As ausências para formação aumentaram 14,6% de 2010 para 2011, representando um esforço significativo de formação (algumas temáticas são obrigatórias no âmbito do processo de acreditação).

No que respeita à maternidade/paternidade houve um aumento de 2,7% de 2010 a 2011. Como se trata de uma variável incontrolável, ter-se-á de efectuar substituições, sempre que possível, porque se trata de ausências de longa duração (cerca de 5 meses).

O outro tipo de faltas (greve, trabalhador estudante, faltas injustificadas) diminuiu 28,2 % face a 2010 graças à monitorização e às medidas tomadas, nomeadamente, no âmbito disciplinar quanto às faltas injustificadas.

O quadro seguinte permite conhecer a evolução no período 2009/2011 do peso percentual de cada tipo de falta no total geral de ausências.

Quadro: Peso dos Motivos de Ausência

Motivo	2009	2010	2011
Acidente Serviço / Doença Profissional	8,1	8,8	7,7
Doença	53,1	45,1	46,0
Formação	6,1	5,7	6,8
Maternidade / Paternidade	24,3	30,1	31,9
Outras	8,4	10,3	7,6

Assim, cerca de metade das ausências foram motivadas por doença embora, em 2010 e 2011, tenham descido para valores inferiores. As ausências por formação diminuíram o seu peso percentual até 2010. Contudo, em 2011, voltaram a subir face ao incremento da formação e desenvolvimento organizacional. Os acidentes de serviço diminuíram cerca de 1% de 2010 para 2011 revelando o esforço que vem sendo dado na prevenção. As outras faltas (greve, injustificadas) decresceram, significativamente, em 2011 depois do aumento em 2010. As ausências por maternidade após representarem cerca de 24% do peso percentual anual, aumentaram tanto em 2010 como em 2011 para cerca de 32%.

A taxa média de absentismo na saúde, foi de 6,9%, para 2008. Assim, o CHLC, EPE situou-se, no período de 2009/2011, no intervalo desse valor de referência conforme se pode verificar no quadro seguinte.

Quadro: Peso dos Motivos de Ausência

Grupo Profissional	2009	2010	2011	Δ% 2009/2011	Δ% 2010/2011
Dirigente	4,7%	2,7%	2,4%	-49,2%	-13,6%
Médico	4,0%	3,4%	3,4%	-15,9%	0,3%
Internos	6,6%	5,2%	5,3%	-20,7%	1,0%
Enfermeiros	5,5%	6,5%	6,4%	16,3%	-0,5%
TDT	6,5%	7,8%	7,6%	17,0%	-2,7%
TS Saúde	8,3%	4,6%	6,5%	-21,5%	42,0%
Técnico Superior	4,1%	7,6%	6,6%	59,6%	-13,5%
Assistente Técnico	7,3%	8,9%	7,6%	4,5%	-14,8%
Assistente Operacional	9,7%	9,3%	9,5%	-1,4%	2,5%
Outro	1,3%	5,4%	6,6%	425,6%	21,0%
Total	6,7%	7,0%	6,9%	3,4%	-1,7%

Abaixo da média da taxa de absentismo do CHLC, EPE situaram-se os grupos profissionais dos dirigentes, médicos, internos enfermeiros, técnicos superiores, técnicos superiores de saúde e outros. Acima da média estiveram os TDT, assistentes técnicos e assistentes operacionais.

6.6. Projectos Realizados/Em Curso

A Política de Recursos Humanos do CHLC, EPE visa a consolidação de uma nova cultura organizacional e simultaneamente uma gestão eficiente de um capital humano altamente especializado.

Para prossecução desta política, iniciou-se, em anos anteriores, a implementação de projectos de intervenção organizacional que se mantiveram em curso no ano 2011. Trata-se de projectos orientados para potenciar a mudança da cultura existente, promoção do desenvolvimento de competências, da motivação e do mérito dos colaboradores.

Projecto de Melhoria do Sistema de Avaliação do Desempenho (SIADAP)

Aquando da constituição do CHLC, EPE, os processos de avaliação de desempenho SIADAP dos quatro hospitais que constituem o Centro Hospitalar apresentavam diferentes graus de maturidade, sendo que, dois hospitais aplicavam em pleno aquele sistema de avaliação e outros dois iniciaram a sua aplicação mais tarde pelo que, consequentemente, não estava abrangido todo universo de colaboradores das carreiras de regime geral.

As metodologias aplicadas pelos avaliadores e Conselhos Coordenadores de Avaliação eram muito diferentes, tendo se detectado a necessidade de uniformizar procedimentos.

Assim, o referido projecto teve como objectivos:

- Criar um processo de avaliação SIADAP comum a todos os colaboradores do CHLC, EPE inseridos nas carreiras de regime geral;
- Uniformizar procedimentos para avaliação e harmonização de avaliações;
- Formar todo o universo de avaliadores em quatro vertentes (enquadramento legal, enquadramento organizacional, directrizes e uniformização de procedimentos), metodologias para definição e avaliação de objectivos, utilização de ferramentas informáticas;
- Informatização do processo de avaliação SIADAP.

A implementação deste projecto teve início em 2009, onde se desenvolveu, entre todas as outras actividades, uma aplicação informática de raiz adequada às especificidades do CHLC, EPE.

A informatização dos procedimentos entre avaliador e avaliado terminou em 2010, ano em que se efectuou pela primeira vez a avaliação e auto-avaliação *online*.

No ano 2010 investiu-se em formação, em contexto de trabalho dos avaliadores e na afinação do produto informático, nomeadamente na criação de informação de controlo de gestão.

De referir que, em 2010, o processo de avaliação SIADAP abrangeu todo o universo de colaboradores das carreiras de regime geral, tendo-se também procedido à informatização do processo de avaliação de colaboradores contratados destas carreiras, com vista a desmaterializar parcialmente o procedimento de renovação de contratos, tornando-o mais célere, dado que transformou os processos manuais em processos electrónicos, acessíveis a todos os intervenientes. Em 2011, foi dada sequência ao trabalho desenvolvido anteriormente, possibilitando ainda maior celeridade no processo.

Projecto de melhoria do recrutamento e selecção (PROMERSE)

O projecto PROMERSE foi desenvolvido a partir de 2009 e está associado à política de selecção e retenção dos melhores profissionais.

Este projecto teve como principal objectivo alterar as metodologias utilizadas e melhorar os instrumentos de recrutamento e selecção, visando uma melhor adequação do perfil do candidato às necessidades dos diversos postos de trabalho a preencher.

Foram criados formulários electrónicos de recrutamento disponíveis no *site* do CHLC, EPE, introduziram-se testes científicos e procedeu se à alteração do guião de entrevista. A introdução da avaliação psicológica informatizada permitiu seleccionar os candidatos dez vezes mais rapidamente e cinco vezes com menos custos.

Em 2010, procedeu-se à análise do impacto deste projecto, tendo se detectado que no prazo de um ano, a taxa de rotatividade diminui de 119%, em 2008, para 24%, em 2009. Complementarmente, os custos directos associados ao recrutamento diminuíram 75%.

Em 2011, face à diminuição das necessidades de recrutamento externo, foi implementada uma política de identificação sistemática das características e competências dos vários postos de trabalho, com ênfase nos assistentes técnicos da linha de internamento, tendo em vista o recrutamento internos. Fruto dessa estratégia, dispõe-se hoje, de documentos que possibilitam a rápida mobilidade interna de colaboradores, transformando os recursos numa estrutura flexível e adaptável às necessidades estruturais (permanentes ou temporárias).

Projecto de informatização de escalas e horários de trabalho (MAX Pro RH - SISQUAL)

O CHLC,EPE iniciou em 2007, um projecto de informatização de escalas e automatização de processamento de vencimentos que, pela sua complexidade e diminutos recursos humanos para a sua operacionalização, tem vindo a ser efectuado de forma fascada.

Para efeitos da referida informatização, durante o ano 2011, à semelhança dos anos anteriores, desenvolveram-se actividades conducentes à reorganização e reestruturação de horários de várias áreas (clínicas e de apoio clínico), nomeadamente levantamento de dados, simulação e avaliação de encargos, criação de escalas e horários.

Em 2011, efectuaram-se ainda desenvolvimentos aplicacionais no sistema informático de suporte à gestão de escalas e procedeu-se à definição de procedimentos para utilização e tratamento de informação naquele sistema.

Criação do Portal do Colaborador

No ano 2009, foi criado o portal do colaborador, disponível 24 horas por dia via internet e intranet, através do qual se facilitou a interacção entre os colaboradores e a Área de Recursos Humanos.

Este projecto visa essencialmente:

- Simplificar os mecanismos de comunicação entre os colaboradores do Centro Hospitalar e a Área de Recursos Humanos;
- Possibilitar a realização de pedidos de forma simples e cómoda para os colaboradores e o consequente aumento da sua satisfação (maior comodidade);
- O acesso aos dados em qualquer momento.

Optou-se, numa primeira fase, por disponibilizar apenas a marcação/alteração de férias. Já em 2010, passou também a estar disponível para consulta/impressão o recibo de vencimento.

Através da criação deste portal, na óptica da Área de Recursos Humanos, foi possível nomeadamente:

- Diminuir o número de tarefas morosas e burocráticas;
- Melhorar os mecanismos de controlo interno, no sentido de aumentar a monitorização da informação disponibilizada;

- Desenvolver tarefas mais diferenciadas e motivantes por força da maior e melhor monitorização e performance da Área de Recursos Humanos.

No final de 2011, foram efectuados testes da folha de ponto electrónica, que será implementada, gradualmente, em 2012.

Sistema Informatizado de Gestão Documental (SIGESDOC)

Manteve-se em curso o sistema de informatização de gestão documental, o qual está a ser efectuado em várias fases.

Iniciou-se o levantamento das necessidades das áreas piloto, a análise da gestão de correspondência e dos processos de recursos humanos, seguido do desenho da arquitectura técnica.

Durante o ano 2010, o projecto de gestão documental incidiu na digitalização do arquivo da área de recursos humanos desde o ano 2007 e na disponibilização do arquivo electrónico aos utilizadores da Área de Recursos Humanos.

A partir de Novembro de 2010, a consulta aos processos individuais dos colaboradores, para o período supra referido, passou a ser efectuado por via electrónica.

Ao longo de 2011, os vários documentos entrados nos Recursos Humanos passaram a ser digitalizados e tratados de forma electrónica prevendo-se o seu alargamento gradual para todo o CHLC, EPE.

7. Situação Económica e Financeira

7.1. Controlo Interno e Externo

Procedeu-se, em 2011, à revisão dos sistemas de monitorização e controlo, bem como à implementação de medidas recomendadas pelas diversas entidades de fiscalização, aprimorando os procedimentos, tendentes ao seu aperfeiçoamento, na conferência de facturas, processos contabilísticos e de tesouraria, no sentido de melhorar a efectiva desagregação de funções.

Desta forma, aumentou o nível de reporte interno que disponibiliza informação para a gestão, permitindo uma melhoria significativa na concretização dos objectivos do CHLC, EPE.

7.2. Gestão Orçamental

No sentido de cumprir rigorosamente o orçamento, deu-se continuidade ao modelo de controlo de gestão e de execução orçamental, através dos cabimentos, possibilitando uma actuação, em tempo oportuno, face aos desvios verificados.

Com a colaboração activa da Área de Gestão Financeira e Contabilidade (AGFC), foram realizadas acções de formação, ao nível dos secretariados administrativos (*front-office*), com o fim de melhorar a qualidade dos registos e, consequentemente, melhorar e aumentar a facturação a Terceiros.

De salientar o trabalho desenvolvido pela Área de Gestão de Compras, no sentido de se obterem as melhores condições de aquisição, expressas essencialmente, em *ruppel*, nomeadamente nos Produtos Farmacêuticos e Consumo Clínico, bem como o trabalho desenvolvido pela AGFC, na obtenção de descontos financeiros por parte dos fornecedores.

Reforçou-se o acompanhamento dos diversos contratos e arrendamento de espaços para exploração comercial, a fim de obter-se os respectivos influxos em tempo oportuno.

7.3. Tesouraria e Cobranças

Com a aplicação das alterações previstas na Circular Normativa n.º8 de 28 de Julho de 2010, da ACSS, decorrentes do pagamento das prestações de saúde realizadas aos beneficiários do SNS, subsistemas públicos da ADSE, SAD da GNR e da PSP e ADM das Forças Armadas, verificou-se uma redução dos proveitos do CHLC, EPE. Esta situação contribuiu para o agravamento da situação financeira e implicou dificuldades acrescidas no processo de renegociação de prazos e condições de pagamento com os fornecedores, de forma a optimizar os proveitos e obter descontos financeiros.

Tendo em vista um melhor controlo sobre o pagamento das taxas moderadoras, procedeu se à implementação dos equipamentos de "Sistema de Atendimento" (Quiosque Electrónico) nas Consultas Externas do HSAC e de HDE, deslocando se os profissionais da Tesouraria aos locais, realizando a recolha, controlo e registo das receitas, para posterior depósito bancário. Foram dotadas de equipamentos multibanco, todas as unidades funcionais onde possam ocorrer pagamento de taxas moderadoras.

A AGFC, no último trimestre de 2010, em conjunto com a Área de Gestão de Sistemas de Informação, procedeu à emissão e envio de Notas de Débito aos utentes, onde consta a referência de multibanco do CHLC, EPE, permitindo o pagamento por parte dos mesmos, com toda a comodidade possível. Tem-se verificado uma aderência significativa a esta nova modalidade.

No âmbito da recuperação de créditos das Companhias de Seguros, Particulares e outros Terceiros Legal e Contratualmente Responsáveis, foram implementados novos procedimentos no Sector de Pré-Contencioso, no intuito de aumentar o índice de cobrança, aliado à rapidez de regularização dos documentos, através de sistemas de cobrança extrajudicial.

De salientar que as medidas adoptadas, produziram um aumento na cobranças às Companhias de Seguros, na ordem dos 43,1%.

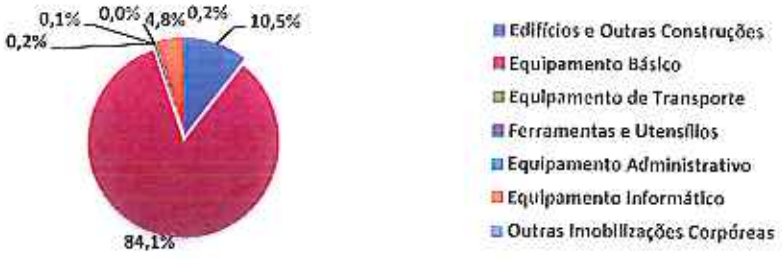
Efectuou-se a circularização aos Clientes (Estado e não Estado), permitindo a resolução das divergências existentes.

7.4. Investimentos

7.4.1. Execução do Programa de Investimentos

O CHLC, EPE, em 2011, aplicou em bens de investimento um valor de 13.427.275,16€. Deste valor 84,1% foram aplicados em equipamento básico, 10,5% em obras destinadas a remodelar e conservar os edifícios e 4,8% em bens informáticos. De realçar que 86,5% do valor do equipamento básico corresponden ao investimento do equipamento de imagiologia.

Gráfico: Distribuição dos Investimentos de 2011



O Investimento, no ano de 2011, foi, à semelhança dos anos anteriores, caracterizado pela remodelação de equipamento essencial à prática clínica, de forma a permitir uma maior eficiência, qualidade e segurança na actividade assistencial.

Durante o ano de 2011, o CHLC, EPE, tendo em conta a resposta às necessidades da população, iniciou um processo de renovação do parque tecnológico da Imagiologia, que se encontra, à data, finalizado. Esta alteração tem um impacto muito significativo na actividade do CHLC, EPE, designadamente na eficiência dos cuidados prestados e na redução do número de "exames pedidos ao exterior", com o consequente decréscimo desta tipologia de custos.

De salientar ainda, o investimento na área da remodelação e conservação de edifícios, bem como, na renovação do parque tecnológico na área de sistemas de informação, de forma a aumentar a eficiência dos procedimentos, nomeadamente, através da expansão da prescrição electrónica de medicamentos, expansão do PACS e prescrição de MCDT por via electrónica.

O valor total do investimento de 2011 reflecte os bens adquiridos no corrente ano, bem como o que diz respeito à conclusão de diversos projectos iniciados em anos anteriores, tendo se procedido à transferência desses valores da rubrica 44 Imobilizações em curso para a 42-Imobilizações Corpóreas, traduzindo-se numa redução nesta rubrica de 2.154.014,18€.

Quadro: Activo Bruto

MOVIMENTOS DO IMOBILIZADO (VALORES BRUTOS)

Activo Bruto Rubricas	Saldo Inicial	Reavaliação/ Ajustamentos	Aumentos	Alienações	Transferências/ Abates	Saldo Final
Imobilizações incorpóreas:						
Despesas de instalação	1.644.765,78				1.644.765,78	0,00
Despesas de investigação e desenvolvimento	712.765,68				712.765,68	0,00
	2.357.542,46	0,00	0,00	0,00	2.357.542,46	0,00
Imobilizações corpóreas:						
Edifícios e outras construções	71.143.806,35		4.351.093,95		942.790,18	74.552.110,12
Equipamento básico	78.937.177,78		12.115.783,12		469.948,03	90.511.997,83
Equipamento de transporte	189.899,98		15.170,35			205.070,34
Ferramentas e utensílios	293.115,51		1.414,50			294.530,01
Equipamento administrativo	14.358.301,04		845.797,50		265.765,81	14.938.332,73
Taras e vasilhame	913,13		333,36			1.246,51
Outras imobilizações corpóreas	647.992,65		29.412,65			677.345,30
Imobilizações em curso	3.741.069,18		1.380.785,27		3.534.800,55	1.587.048,00
	169.352.113,63	0,00	18.750.821,93	0,00	5.202.304,67	182.910.630,85
Investimentos financeiros:						
Outras aplicações financeiras	1.044,45	0,00		1.044,45		0,00
	1.044,45	0,00	0,00	1.044,45	0,00	0,00
	171.720.700,51	0,00	18.750.821,93	1.044,45	7.559.847,13	182.910.630,85

7.4.2. Programas Comunitários e Projectos Co-Financiados

Investimentos com recurso a co-financiamento, já realizados ou em curso:

Candidatura	Valor Aprovado	Financiamento Aprovado	Data Início	Valor Recebido em anos anteriores	Valor Recebido em 2011
OE - ACSS Projecto de Qualificaçãodeltesposta à Infertilidade	133.882,80 €	133.882,80 €	Jul-09	103.697,32 €	
OE - ACSS Implementação da UCA no CHLC, EPE (Hosp. S. José)	682.806,73 €	546.245,38 €	Mai-09	211.485,00 €	334.760,38 €
OE - ACSS Implementação daUCA no CHLC, EPE (Hosp. D.ª Estefânia)	195.931,20 €	156.744,96 €	Jul-09	23.950,38 €	132.794,58 €
OE - ACSS Programa de Rastreio para Identificação Grupos de Risco em Saúde Mental da Inf. e Ad.: Filhos de Pais com Depressão	60.000,00 €	60.000,00 €	Abr-09	15.000,00 €	
OE - ACSS Criação de Programas para Doentes Mentais Graves no CHLC	310.234,35 €	310.234,35 €	Dez-09	77.558,59 €	
OE - ACSS Certificação dos Serviços Farmacêuticos	225.105,98 €	168.829,49 €			147.737,03 €
OE - ACSS Sistema Dispensa Automática Medicamentos Serviço Urgência Hosp. S. José	296.270,33 €	100.000,00 €	Jun-10		
OE - ACSS Ambulatório Farmácia Hospital St.ª Ant. Capuchos	128.640,00 €	96.480,00 €			
OE - ACSS Ambulatório Farmácia Hospital S. José	128.640,00 €	96.480,00 €			
Fundo Social Europeu Formação para os Profissionais de Saúde			2010		34.436,37 €
Fundo Social Europeu Qualificação dos Profissionais da Administração Pública			2010		12.712,86 €
Total	**2.161.511,39 €**	**1.668.896,98 €**		**431.691,29 €**	**662.441,22 €**

7.5. Análise Económica

Neste capítulo, procede-se à análise das contas de exploração do período de 01 de Janeiro a 31 de Dezembro de 2011, avaliando o desempenho económico e alguns indicadores referentes à estrutura financeira.

No decorrer do exercício foram efectuadas as especializações de todos os custos e proveitos, onde se destaca a especialização mensal das Férias, Subsídio de Férias e Encargos Sociais, de acordo com o estipulado no ponto 1 do art.º 21.º da Lei n.º 64 B/2011, de 30 de Dezembro, que aprovou o OE para 2012, a estimativa do valor a facturar relativa ao Contrato Programa e Subsistemas, com base na produção efectiva, convergência fixa e variável, os juros de aplicações financeiras e outros acréscimos de custos e proveitos expectáveis.

Quadro: Orçamento Económico (valores em euros)

	2010	2011	Var. 2011/2010	
Proveitos e Ganhos Operacionais	331.902.266	308.423.118	-23.479.148	-7%
Custos e perdas Operacionais	367.441.762	332.398.254	-35.043.508	-10%
Resultados Operacionais	**-35.539.496**	**-23.975.136**	**11.564.360**	**-33%**
Proveitos e Ganhos Financeiros	1.143.802	712.929	-430.873	-38%
Custos e Perdas Financeiras	2.359.172	1.626.640	-732.532	-31%
Resultados Financeiros	**-1.215.370**	**-913.711**	**301.659**	**-25%**
Proveitos e Ganhos Extraordinários	10.130.697	6.732.340	-3.398.357	-34%
Custos e Perdas Extraordinários	10.435.432	8.327.888	-2.107.544	-20%
Resultados Extraordinários	**-304.735**	**-1.595.548**	**-1.290.813**	**424%**
Imposto s/ rendimento	16.142	32.168	16.026	99%
Resultado Líquido do Exercício	**-37.075.745**	**-26.516.564**	**10.559.181**	**-28%**

Não obstante os esforços associados ao continuado programa de diferenciação técnica e assistencial, foi possível ao CHLC, EPE, encerrar o exercício com um resultado líquido inferior ao previsto (-7,1%).

A degradação homóloga (-7%) nos Proveitos e Ganhos Operacionais deve-se a um conjunto de alterações conjunturais, decididas superiormente e não imputáveis ou controláveis pelo CHLC, EPE, nomeadamente a redução de 4% nos preços das linhas de produção do contrato programa de 2011, no que concerne ao Internamento, Consulta, Urgência, Hospital de Dia e GDH de Ambulatório; a suspensão da realização de partos e de atendimentos urgentes de Ginecologia ou Obstetrícia com consequência directa na receita proveniente do internamento e da urgência; a diminuição, de 50% do valor dos incentivos associados à actividade de transplante e colheita de

órgãos, conforme Despacho n.º 10485/2011 de 19 de Agosto, e, finalmente, uma ligeira quebra na restante actividade.

Verificou-se uma redução nas rubricas de custos, com 35.043.508€ nos custos operacionais, 732.532€ nos custos financeiros e 2.107.544€ nos custos extraordinários. Na rubrica de custos financeiros encontram-se contabilizados os juros da dívida ao Fundo Apoio ao Sistemas de Pagamentos do SNS no montante de 1.596.020€.

No geral, relativamente ao Plano de Desempenho, os proveitos subiram 0,5%, os custos sofreram uma redução de 0,1%. Em comparação com 2010, os proveitos diminuíram 8% e os custos diminuíram 10%.

7.5.1. Proveitos

Quadro: Proveitos (valores em euros)

	2010	2011	Var. 2011/2010	
Prestações de Serviços	316.828.582	295.612.689	-21.215.893	-6,7%
Subsistemas e outras entidades	17.094.611	13.745.956	-3.348.655	-19,6%
SNS	299.733.971	281.866.732	-17.867.239	-6,0%
Proveitos Suplementares	1.007.596	920.383	-87.213	-8,7%
Transf. e Subsídios correntes obtidos	15.554	216.618	201.064	1292,7%
Outros Proveitos Operacionais	14.050.533	11.673.428	-2.377.105	-16,9%
Proveitos e Ganhos Operacionais	**331.902.265**	**308.423.118**	**-23.479.147**	**-7,1%**
Proveitos e Ganhos Financeiros	1.143.802	712.929	-430.873	-37,7%
Proveitos e Ganhos Extraordinários	10.130.697	6.732.340	-3.398.357	-33,5%
Total de Proveitos	**343.176.764**	**315.868.387**	**-27.308.377**	**-8,0%**

A aplicação das alterações previstas na Circular Normativa n.º 8 de 28 de Julho de 2010, da ACSS, decorrentes do pagamento das prestações de saúde realizadas aos beneficiários do SNS, subsistemas públicos da ADSE, SAD da GNR, PSP e ADM das Forças Armadas, tem vindo a ter um impacto muito significativo, nos proveitos dos subsistemas.

Aliada à situação acima descrita, acrescem as já mencionadas alterações dos preços pagos no âmbito do Contrato-Programa sobre os quais o CHLC, EPE não tem qualquer capacidade de intervenção.

Parte do valor inscrito nesta rubrica, é estimado com base na casuística da produção e no histórico da Instituição. Contribuem para esta situação os seguintes pontos:

- Estimativa do valor remanescente a facturar à ACSS com base no Contrato Programa de 2011 realizado entre a Tutela e a Instituição (negociado anualmente) onde estão inscritas a produção que a Instituição se comprometeu a cumprir, a Convergência Fixa para compensar as obrigações no contexto do SNS e a Convergência Variável em 70% do valor contratualizado que será atribuído à Instituição conforme o cumprimento de objectivos de qualidade e eficiência fixados pela ARSLVT.
- Taxas Moderadoras em dívida;
- Estimativas dos Programas Específicos previstos no Contrato Programa que ainda não tiveram lugar a facturação: Incentivos à Transplantação e Colheita de Órgãos, Assistência Médica no Estrangeiro, Planos de Saúde (Doentes do HIV), Ajudas Técnicas;
- Estimativa dos valores por facturar aos Subsistemas e outras entidades, com base na produção e nos preços em vigor, referentes na sua maioria aos meses de Novembro e Dezembro.
- Estimativa dos MCDT realizados na Área de Hemodinâmica.

Quadro: Prestações de Serviços em 2011 (valores em euros)

	2011	Peso
Internamento	114.098.941	38,6%
Consulta	65.508.344	22,2%
Urgência	30.511.061	10,3%
Hospital de Dia	4.526.734	1,5%
GDH Ambulatório	22.915.541	7,8%
MCDT's	4.018.118	1,4%
Taxas Moderadoras	2.385.668	0,8%
Programas Verticais	3.852.540	1,3%
Plano de Convergência	47.781.537	16,2%
Outras Prestações de Serviço	14.203	0,0%
TOTAL	295.612.687	100%

Numa análise mais detalhada da rubrica de prestações de serviços, representativa de 93,6% do total dos proveitos, destaca-se o peso da actividade de internamento (38,6%).

A rúbrica Outros Proveitos Operacionais registou uma diminuição, relativamente ao período homólogo de 16,9%, essencialmente pela descida na estimativa dos medicamentos a facturar aos subsistemas.

A rubrica Proveitos e Ganhos Financeiros, apesar dos descontos financeiros obtidos dos fornecedores terem tido um aumento significativo, reflecte um decréscimo comparativamente com

o Plano de Desempenho e com o ano anterior, pelo facto de não termos aplicações financeiras de valor significativo.

A rubrica Proveitos e Ganhos Extraordinários registou um aumento de 56,4% relativamente ao Plano de Desempenho e uma diminuição de 33,5% face ao período homólogo, em virtude de, em 2010, ter sido recuperado o reembolso das despesas da Força Aérea, nos transportes das colheitas de órgãos, relativamente a anos anteriores, cujo valor não se encontrava estimado.

Com o reconhecimento dos proveitos quando obtidos ou incorridos no ano a que dizem respeito, respeitando, desta forma, o princípio contabilístico da especialização, existem cada vez menos valores registados nesta rubrica.

7.5.2. Custos

Da análise à estrutura de custos, evidencia-se um esforço significativo no controlo da despesa, traduzindo-se numa redução de 0,1% relativamente ao Plano de Desempenho e de 10% no que concerne ao período homólogo.

De salientar a diminuição contínua do recurso a MCDT ao exterior, o que se traduziu numa diminuição de 2,3% na rubrica de subcontratos.

Valores em euros

Custos	2010	2011	Δ Homólogo	%
Materias de Consumo	114.878.419	113.708.291	-1.170.128	-1,0%
Subcontratos	4.776.090	4.665.391	-110.699	-2,3%
Fornecimentos e Serviços	42.017.480	39.462.977	-2.554.503	-6,1%
Custos com Pessoal	191.136.273	162.740.281	-28.895.992	-15,1%
Outros Custos Operacionais	258.330	172.564	-85.766	-33,2%
Amortizações do Exercício	12.376.445	11.134.583	-1.241.862	-10,0%
Provisões do Exercício	1.998.724	1.014.166	-984.558	-49,3%
Custos e Perdas Operacionais	367.441.761	332.398.253	-35.043.508	-9,5%
Custas e Perdas Financeiras	2.359.172	1.626.640	-732.532	-31,1%
Custos e Perdas Extraordinárias	10.435.432	8.327.888	-2.107.544	-20,2%
Total dos Custos	***380.236.365***	***342.352.781***	***-37.883.584***	**-10,0%**

Compras

As compras registaram em 2011 um decréscimo de 0,8% face ao realizado no período homólogo e de 5,4% face ao previsto no Plano de Desempenho. Este comportamento ficou a dever-se essencialmente à redução do consumo de artigos clínicos e de *stocks*, compensando a tendência de

crescimento provocada pelos aumentos do consumo de medicamentos e dos preços unitários. Estes últimos, causados pelo aumento da taxa do IVA verificado nos bens sujeitos à taxa de 23% (que no 1.º semestre de 2010 foi de 20% e no 2.º semestre de 2010 foi de 21%) e nos bens sujeitos à taxa de 6% (que no 1.º semestre de 2010 foi de 5%).

CMVMC

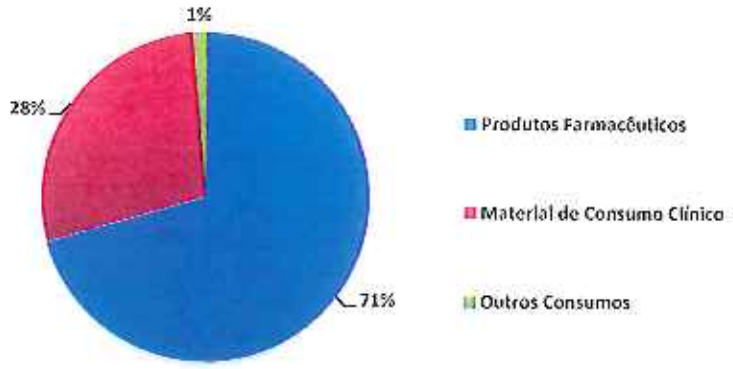
Na sua globalidade o valor desta rubrica apresentou um decréscimo de 2,48% face ao previsto no Plano de Desempenho e 1% relativamente ao período homólogo, em resultado de uma política de rigor no acompanhamento mensal dos custos.

Valores em euros

CMVMC	2010	2011	Δ Homólogo	%
Produtos Farmacêuticos	78.678.730	80.217.487	1.538.757	2,0%
Material de Consumo Clínico	34.056.939	31.840.995	-2.215.944	-6,5%
Produtos Alimentares	56.279	27.148	-29.131	-51,8%
Material de Consumo Hoteleiro	519.198	461.530	-57.669	-11,1%
Material de Consumo Administrativo	749.310	703.434	-45.876	-6,1%
Material de Manut. e Conservação	817.802	455.746	-362.056	-44,3%
Outro Material de Consumo	162	1.951	1.789	1104,4%
Total dos Custos	***114.878.420***	***113.708.291***	**-1.170.129**	**-1,0%**

A rubrica de Produtos Farmacêuticos representa 71% do valor total dos CMVMC, seguida do Consumo Clínico com 28% ficando 1% do valor distribuído pelas restantes rubricas.

Gráfico: CMVMC em 2011



Medicamentos

O consumo de medicamentos registou um acréscimo de 2,9% face ao período homólogo e uma diminuição de 1,3% face ao previsto.

Em 2011, os medicamentos cedidos para utilização em ambulatório, foram responsáveis por cerca de 53% dos encargos totais em medicamentos do CHLC, EPE. Os medicamentos anti-retrovirais, antineoplásicos, imunomoduladores e derivados do plasma foram os responsáveis pelos maiores aumentos.

Como se pode verificar no quadro seguinte (Análise ABC de consumos) e analisando os 23 medicamentos responsáveis por 50% do consumo total, os antiretrovirais ocupam os 3 primeiros lugares representando cerca de 15% do custo total. Os medicamentos biológicos representaram também uma importante parte dos custos. Os medicamentos derivados do plasma foram outro grupo fármaco terapêutico com acentuada relevância, com 5 medicamentos no valor de cerca de 7,9M€ a representarem 10,8% do total dos custos. Este valor reporta-se ao tratamento de 57 doentes hemofílicos em ambulatório.

Saliente-se o início, em Julho de 2011, duma terapêutica dispendiosa num doente hemofílico: indução da tolerância imune e para o qual está previsto um encargo mensal de 110.000€ em factor VIII. Os encargos com factor VIII para este doente foram de 647.065€ até ao final de 2011.

Quadro: Análise ABC do Consumo de Medicamentos em 2011

Ordem	Designação	Quant.	Valor	(%)	Valor Acum.	(%)
1	TENOFOVIR + EMTRICITABINA (245;200)MG COMP	282.306	4.922.092,24	6,3	4.922.092,24	6,3
2	EFAVIRENZ 600 MG + EMTRICITABINA 200 MG + TENOFOVIR 245 MG, COMP.	167.113	4.123.716,47	5,3	9.045.808,71	11,6
3	ATAZANAVIR 300 MG CÁPS.	166.224	2.673.213,34	3,4	11.719.022,05	15,0
4	TRASTUZUMAB,150MG,FR/AMP 15ML	3.286	2.597.238,81	3,3	14.316.260,86	18,3
5	IMATINIB COMP 400MG	30.588	2.504.310,66	3,2	16.820.571,52	21,6
6	FACTOR ANTI-HEMOFILICO (VIII),1000U.I.	5.223	2.400.297,73	3,1	19.220.869,25	24,6
7	FACTOR VIII RECOMB. S/ALBUMINA,1000U.I.,EMB.	3.161	2.114.547,47	2,7	21.335.416,72	27,3
8	RITUXIMAB,500MG,FR/AMP 50ML	975	1.625.967,61	2,1	22.961.384,33	29,4
9	COMPLEXO ANTI-INIBIDOR DE COAGULAÇÃO 1000 U.I.	1.453	1.617.189,00	2,1	24.578.573,33	31,5
10	ADALIMUMAB 40MG, AMP/CANETA	3.177	1.591.566,82	2,0	26.170.140,15	33,5
11	IMUNOGLOBULINA HUMANA 50 MG/ML, FR/AMP 200ML (10 G)	3.870	1.312.710,74	1,7	27.482.850,89	35,2
12	INFLIXIMAB,100MG,IV,AMP.	2.483	1.234.033,01	1,6	28.716.883,90	36,8
13	ETANERCEPT 50 MG/1 ML, SOL. INJ. CANETA 1 ML SC	4.886	1.137.476,35	1,5	29.854.360,25	38,3
14	ETANERCEPT,50MG/1ML,SOL.INJ.,SERINGA 1ML S.C.	4.809	1.127.375,98	1,4	30.981.736,23	39,7
15	DOCETAXEL 80MG FR/AMP 8ML	1.588	1.122.310,79	1,4	32.104.047,02	41,1
16	INTERFEROM BETA 1B,8.000.000U.I.,FR/AMP 1ML	20.387	1.107.280,87	1,4	33.211.327,89	42,6
17	INTERFEROM BETA 1A,6.000.000 U.I.,SERINGA	3.973	908.520,93	1,2	34.119.848,82	43,7
18	LOPINAVIR 200MG,RITONAVIR 50MG,COMP.REVESTIDOS	217.435	903.105,68	1,2	35.022.954,50	44,9
19	FACTOR IX,1000 U.I.,I.M.B.	1.410	902.484,47	1,2	35.925.438,97	46,0
20	RALTEGRAVIR 400 MG	73.657	901.486,22	1,2	36.826.925,19	47,2
21	FACTOR VIII RECOMB. S/ALBUMINA,2000U.I.,EMB.	573	838.184,40	1,1	37.665.109,59	48,3
22	DARUNAVIR 400 MG, COMP.	106.763	829.902,37	1,1	38.495.011,96	49,3
23	BOSENTAN 125MG, CAP/COMP	16.687	787.391,99	1,0	39.282.403,95	50,3

O quadro seguinte apresenta os 25 medicamentos com maior incremento no consumo, em valor, face a 2010.

Quadro: Os 25 medicamentos com maior variação de consumos (em valor) face a 2010

Código	Descrição	2010	2011	Variação		
		Valor (€)	Valor (€)	Valor (€)	Valor (%)	Quant. (%)
10091429	EFAVIRENZ 600 MG + EMTRICITABINA 200 MG	3.345.168,77	4.123.696,08	778.527,31	23	23
10095720	DARUNAVIR 400 MG, COMP.	54.413,39	829.898,00	775.484,61	1425	1423
10097923	ETANERCEPT 50 MG/1 ML, SOL. INJ. CANETA	414.008,11	1.137.476,35	723.468,24	175	195
10042841	TENOFOVIR + EMTRICITABINA (245;200)MG CO	4.215.593,03	4.922.062,55	706.469,52	17	16
10023111	FACTOR ANTI-HEMOFILICO (VIII),1000U.I.	1.838.061,24	2.400.297,61	562.236,37	31	30
10067830	COMPLEXO ANTI-INIBIDOR DE COAGULAÇÃO 100	1.096.389,00	1.617.189,00	520.800,00	48	47
10095897	INTERFERÃO BETA-1A 44 MCG CARTU. SOL. IN	20.212,61	481.198,00	460.985,39	2281	2281
10068416	FACTOR VIII RECOMB. S/ALBUMINA,2000U.I.,	382.320,00	838.184,40	455.855,40	119	118
10095908	INTERFERÃO BETA-1A 22 MCG CARTU. SOL. IN	12.600,95	413.074,58	400.473,63	3178	3178
10079035	TRASTUZUMAB,150MG,FR/AMP 15ML	2.282.063,36	2.597.238,79	314.275,43	14	19
10095349	DASATINIB 100 MG, COMP.	347.520,24	642.704,71	295.184,47	85	84
10041287	ADALIMUMAB 40MG, AMP/CANETA	1.382.436,25	1.591.569,09	209.132,84	15	24
10087822	ETRAVIRINA 100 MG, COMP.	108.391,05	291.862,63	183.471,58	169	169
10077671	IMUNOGLOBULINA HUMANA 100 MG/ML, SOL. IN	142.163,18	321.860,90	179.697,72	126	118
10095737	DARUNAVIR 600 MG, COMP.	593.364,70	772.404,04	179.039,34	30	29
10032199	IMIGLUCERASE,400U.I.,FR/AMP	331.669,89	495.007,47	163.337,58	49	48
10081634	NATALIZUMAB INJ. 300 MG/15 ML	313.868,12	473.279,23	159.411,11	51	50
10056600	BOSENTAN 125MG, CAP/COMP	641.264,76	787.392,66	146.127,90	23	22
10078990	DOCETAXEL 80MG FR/AMP 8ML	979.211,81	1.122.310,79	143.098,98	15	14
10085223	CETUXIMAB 500 MG INJ.	452.396,83	594.850,62	142.453,79	31	31
10087181	RALTEGRAVIR 400 MG	760.056,35	901.487,26	141.430,91	19	38
81002685	SEMENTES DE IODO 125	134.932,16	271.088,43	136.156,27	101	100
10042617	RITUXIMAB,100MG,FR.10ML	50.570,03	165.134,45	114.564,42	227	244

Parece-nos importante sublinhar que, em 2011, foi aplicado o Plano de Redução de Custos que surtiu efeitos nomeadamente, a nível da contenção de despesa em antibióticos, seja pela paragem da prescrição de antibióticos ao fim de 7 dias, seja pela utilização, tão cedo quanto possível, de medicamentos orais em detrimento de injectáveis, originando uma diminuição de custos da ordem dos 30% (717m€).

Medicamentos cedidos em ambulatório

Os medicamentos cedidos para utilização em ambulatório registaram um acréscimo de 10% (3.736.442€) em relação ao período homólogo e representaram 52,6% dos encargos com medicamentos do CHLC, EPE. Este acréscimo dos consumos esteve associado a um aumento do número de doentes nas patologias mais onerosas, nomeadamente, HIV e oncologia, com um aumento da ordem dos 8% e 7,4%, respectivamente. Este aumento do número de doentes tratados traduziu-se num aumento de encargos da ordem dos 12,7% e 5,5%, respectivamente.

A esclerose múltipla apresentou uma variação de encargos de 2,3% e um aumento do número de doentes de 3%.

A artrite reumatóide apresentou uma variação dos encargos de 0,6% e um aumento do número de doentes de 1,6%. Esta variação dos encargos é resultado da redução de preço dos medicamentos biológicos. Analisando a artrite reumatóide pela proveniência dos doentes, conforme quadro abaixo, resulta que os doentes privados são responsáveis por 21,7% dos encargos totais com esta patologia. A variação dos encargos em medicamentos com doentes privados sofreu um aumento de 20,2% sendo que, a despesa com doentes oriundos das consultas do CHLC, EPE teve uma redução de 3,7%, fruto de uma utilização racional das terapêuticas disponíveis pela utilização de protocolos de prescrição internos e da redução de preço dos medicamentos biológicos.

Quadro: Consumo de medicamentos cedidos em ambulatório para a Artrite Reumatóide por proveniência

Proveniência	2011		2010		Var (%) 2011/2010	
	Doentes	Valor	Doentes	Valor	Doentes	Valor
Privada	97	829.272,44	82	689.747,79	18,3	20,2
CHLC, EPE	290	2.989.753,18	299	3.105.867,45	-3,0	-3,7
Total	387	3.819.025,62	381	3.795.615,24	1,6	0,6

O custo médio do tratamento de doentes oncológicos, doentes com artrite reumatóide e esclerose múltipla registou uma diminuição de 1,2%. É de salientar que nestas patologias houve um acréscimo significativo do número de doentes tratados, conforme se poderá ver no quadro da página seguinte.

Assim, quer o aumento do número de doentes tratados, quer a passagem de doentes do Hospital de Dia para a cedência em ambulatório, quer ainda a introdução de novas terapêuticas na oncologia e na hematologia oncológica contribuíram no seu conjunto, para o elevado valor do consumo de medicamentos. Por outro lado, em relação aos medicamentos cedidos para infecção por HIV verificou-se um aumento considerável do número de doentes tratados, a continuação de adopção de protocolos que permitem melhorar a adesão terapêutica e a reduzir o surgimento de resistências, nomeadamente, nas estratégias de combate às resistências conduziram a um aumento do custo médio mensal por doente de 4,4%.

O quadro da página seguinte apresenta os valores dos encargos com medicamentos cedidos em ambulatório e os doentes atendidos nas principais patologias ordenadas por valor dos encargos totais de 2011.

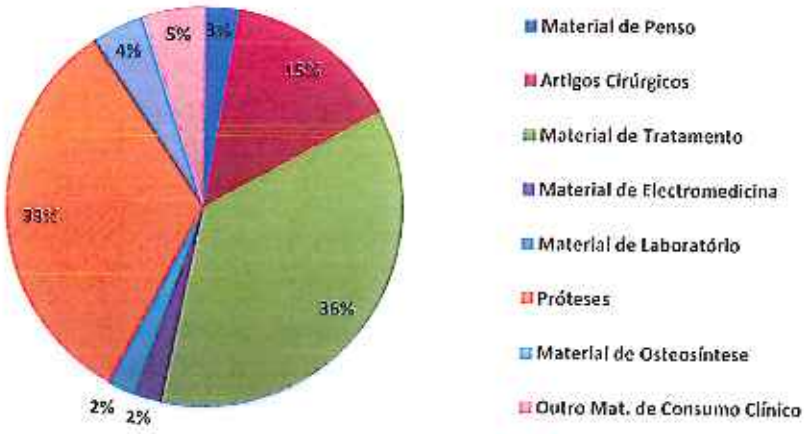
Quadro: Consumo de medicamentos cedidos em ambulatório em 2011 e 2010

	2011			2010			Variação 2011/2010				
	N.º Doentes	Encargos	Novos Doentes	N.º Doentes	Encargos	Novos Doentes	Novos Doentes (%)	Novos Doentes (valor)	N.º Doentes (%)	Encargos (%)	Encargos (valor)
Total	**8.168**	**41.033.717**	**2.285**	**7.964**	**37.297.276**	**2.175**	**5%**	**204**	**2,6%**	**10,0%**	**3.736.442**
Sub-Total	**6.402**	**32.764.996**	**1.521**	**5.990**	**30.235.917**	**1.390**	**9%**	**412**	**6,9%**	**8,4%**	**2.529.080**
HIV	2.095	18.680.181	324	1.940	16.575.843	320	1%	155	8,0%	12,7%	2.104.339
Patologia Oncológica	3.410	5.791.218	1.082	3.174	5.490.574	945	14%	236	7,4%	5,5%	300.644
Esclerose Múltipla	510	4.474.571	51	495	4.373.885	51	0%	15	3,0%	2,3%	100.686
Artrite Reumatóide	387	3.819.026	64	381	3.795.615	74	-14%	6	1,6%	0,6%	23.410
Hemofilia	30	1.329.244	4	27	1.174.100	5	-20%	3	11,1%	13,2%	155.144

Material de Consumo Clínico

Os encargos com consumo clínico ascenderam, em 2011, a 31.840.995€, sendo as rubricas de maior relevância financeira as que se referem ao material de tratamento e próteses.

Gráfico: Consumo Clínico por família em 2011



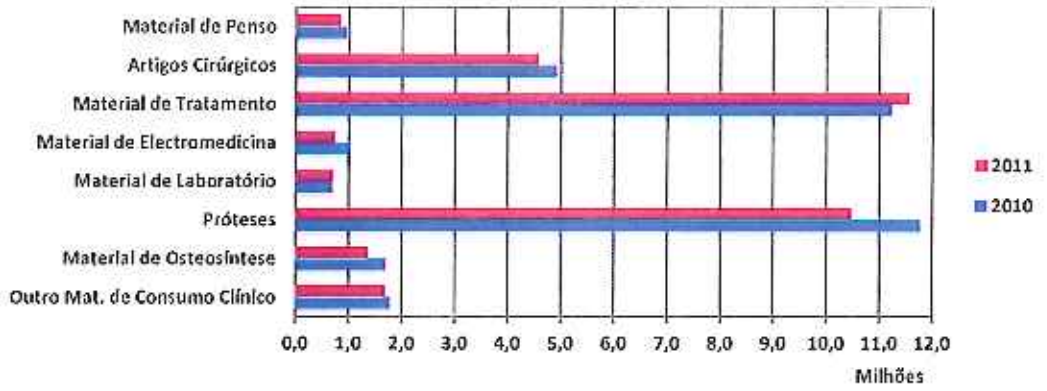
O valor do material de consumo clínico registou em 2011, face ao período homólogo, um decréscimo de 6,5%, representando uma diferença no valor de -2.215.994€. Relativamente aos custos previstos registou-se um decréscimo de 5,6%.

Refira-se ainda, que os valores referentes ao Material de Consumo Clínico encontram-se, na sua maioria, influenciados pelo aumento da taxa do IVA de 20% (1.º semestre de 2010) e de 21% (a partir de Julho de 2010) para 23% (Janeiro de 2011).

Quadro: Consumo Clínico por família em 2011, 2010 e variação

Família	Designação	2010	2011	Variação (%) 2011/2010	Variação (€) 2011/2010
21	Material de Penso	956.222,61	824.128,77	-13,8	-132.093,84
22	Artigos Cirúrgicos	4.912.064,42	4.562.808,85	-7,1	-349.255,57
23	Material de Tratamento	11.221.764,50	11.545.594,43	2,9	323.829,93
24	Material de Electromedicina	1.025.138,66	736.134,53	-28,2	-289.004,13
25	Material de Laboratório	695.980,08	685.440,95	-1,5	-10.539,13
26	Próteses	11.768.009,17	10.453.324,08	-11,2	-1.314.685,09
27	Material de Osteossíntese	1.692.214,81	1.360.890,31	-19,6	-331.324,50
29	Outro Material de Consumo Clínico	1.785.544,69	1.672.672,97	-6,3	-112.871,72
	Total	34.056.938,94	31.840.994,89	-6,5	-2.215.944,05

Gráfico: Consumo Clínico por família em 2011 e 2010



Apesar do decréscimo global face ao período homólogo, registou-se um aumento nos consumos da família de Material de Tratamento, que se traduziu em mais 323.830€. Esta família representou cerca de 36% do total do Consumo Clínico.

Dos artigos que contribuíram para o incremento verificado na Família 23 - Material de Tratamento, destacaram-se o KIT TROMBECTOMIA (INTRACRANIANA E CERVICAL) e o SISTEMA DE OCLUSÃO DE COMUNICAÇÕES INTER-AURICULARES, responsáveis por uma diferença face ao período homólogo de 234.054€ e de 114.068€, respectivamente.

A evolução do consumo do Kit de Trombectomia esteve associada ao aumento de doentes com AVC, vindos de "VIA VERDE" directamente para a Angiografia do HSJ para a realização de Trombectomia. Os doentes foram intervencionados e submetidos a tratamento Endovascular. Este sistema ao ser cada vez mais conhecido a nível nacional, tem contribuído para que o CHLC, EPE receba doentes, não só da sua Área de Influência, mas também, oriundos de outras instituições hospitalares de Norte a Sul do País, para a realização de Trombectomia, a fim de minimizar sequelas para o doente. Salienta-se ainda, o facto de, a nível nacional, serem poucas as instituições que põem em prática esta técnica.

O incremento registado pelo artigo Sistema de Oclusão de Comunicações Inter-Auriculares, encontrou-se associado ao aumento de procedimentos de Encerramento CIA, realizados na Hemodinâmica/Cardiologia, Hemodinâmica/Cardiologia Pediátrica, e Hemodinâmica/Cirurgia Vascular.

Fornecimento e Serviços Externos

Na despesa com Subcontratos verificou se um aumento, face ao previsto, de 9% e uma diminuição de 2,3%, face ao período homólogo, tendo sido desenvolvidos todos os esforços no sentido de reduzir os encargos na execução de exames no exterior. De salientar, o facto de oportunamente ter sido adquirido equipamento de imagem que, face à complexidade da sua instalação, só no final de 2011 se encontrou a funcionar em pleno. No entanto, foram desenvolvidos todos os esforços para se alcançar a redução da despesa na execução de exames ao exterior, proporcionando a diminuição de custos verificada.

A conta Fornecimentos e Serviços (6.2.2.) registou um aumento de 1,7% em relação ao previsto e um decréscimo de 5,7% relativamente ao período homólogo. Apesar dos aumentos significativos da taxa do IVA, contribuíram , também, para este resultado, a política de controlo de custos imposta na instituição, bem como a negociação de preços com os fornecedores, nomeadamente nas rubricas de alimentação, higiene e limpeza e segurança.

Se por um lado, a aquisição de equipamentos, em anos anteriores, levou a um acréscimo nos contratos de assistência técnica, contribuindo para o aumento dos custos nesta rubrica, por outro lado, o desgaste e a antiguidade de muitos equipamentos obrigam a custos de manutenção elevados, não obstante se ter verificado uma diminuição de 3,4% relativamente ao previsto e uma diminuição de 9,2% no que concerne ao período homólogo, fruto da renegociação de preços com os fornecedores.

Custos com Pessoal

Os custos com pessoal registaram uma diminuição de 15,1% no período 2010/2011. Confirma-se o grande esforço de contenção e redução de custos com recursos humanos, efectuado em 2011.

Tabela: Custos com Pessoal

	2010	2011	Variação 2011/2010	
64 - Custos com Pessoal	**191.136.273**	**162.240.281**	**-28.895.992**	**-15,1%**
Remuneração Órgãos Directivos	518.189	**390.118**	-128.071	-24,7%
Remuneração Pessoal	156.897.950	**137.340.918**	-19.557.032	-12,5%
Remuneração Base do Pessoal	101.183.475	**95.444.361**	-5.739.114	-5,7%
Suplementos	36.959.281	**32.119.948**	-4.839.333	-13,1%
Outras Remunerações	18.755.194	**9.776.609**	-8.978.585	-47,9%
Pensões	10.115.948	**575.613**	-9.540.335	-94,3%
Encargos sobre remuneração	22.026.157	**22.547.530**	521.373	2,4%
Outros custos com pessoal	1.578.029	**1.386.100**	-191.929	-12,2%

No que concerne aos Órgãos Directivos, a diminuição de custos em 24,7% deveu-se à redução, a partir de Julho de 2011, de um dos Vogais Executivos, bem como à aplicação das regras remuneratórias decorrentes da aplicação do OE de 2011.

Quanto à despesa com Remunerações Base do Pessoal, a mesma registou uma diminuição face ao ano anterior (-5,7%). Este resultado deveu-se a factores internos (diminuição do número de efectivos, consequência do número elevado de aposentações, em particular de médicos, enfermeiros e assistentes operacionais, não se tendo procedido à sua substituição devido à reorganização dos processos de trabalho) e factores externos, como a redução remuneratória dos colaboradores decorrente da aplicação do OE de 2011.

Na rubrica Suplementos, que registou uma diminuição de 13,1% face ao ano anterior, destaca-se o programa de cirurgias adicionais (programa SIGIC) com uma redução de cerca de 1,55 milhões de euros, representando um decréscimo de cerca de 60%.

Na rubrica Pensões constatou-se um decréscimo nos custos de 94,3% com base no disposto no artigo 159.º do OE, que transferiu a responsabilidade dos encargos com o pagamento das pensões relativas aos aposentados que haviam passado a subscritores da CGA, nos termos do Decreto-Lei n.º 301/79, de 18 de Agosto, para a Secretaria-Geral do Ministério da Saúde, os quais representavam a maioria dos pensionistas aposentados a cargo do CHLC, EPE.

Quanto aos custos com Trabalho Extraordinário, registou-se um decréscimo de 16,5%, uma vez mais fruto quer do cumprimento das reduções remuneratórias previstas no OE, quer das medidas

de gestão entretanto implementadas, designadamente, a constituição de equipas fixas de médicos na urgência geral, unidades de cuidados intensivos e reorganização de horários de alguns grupos profissionais, as quais permitiram, no global do CHLC, EPE uma redução de 6,2% no número de horas de trabalho extraordinário.

Quadro: Custos com Horas Extraordinárias por Grupo Profissional

Grupo Profissional	2009	2010	2011	Δ% 2009/2011	Δ% 2010/2011
Total Horas Extraordinárias	**17.073.785**	**15.419.941**	**12.824.811**	**-24,9**	**-16,8**
Médicos	15.527.068	14.659.111	12.150.868	-21,7	-17,1
Enfermeiros	666.869	380.718	339.577	-49,1	-10,8
TDT	121.677	120.168	91.876	-24,5	23,5
Assistentes Técnicos	115.395	82.239	56.152	-51,3	-31,7
Assistentes Operacionais	253.091	177.705	186.338	-26,4	4.9

No quadro supra, pode verificar-se a distribuição dos custos de trabalho extraordinário segundo os grupos profissionais mais representativos. Desta forma, no período entre 2009/2011, o CHLC, EPE reduziu, em cerca de 4,2 milhões de euros, o custo global (este esforço é mais significativo ao considerar o aumento de 2,9% nas remunerações base, em 2009). De salientar, quanto ao grupo profissional dos médicos, no período 2010/2011, foram reduzidos cerca de 2,5 milhões de euros reforçando, mais uma vez, a já referida política de implementação das equipas fixas de médicos bem como a redução remuneratória do OE.

No grupo profissional de enfermagem, a redução de 10,8% em custos de trabalho extraordinário no período de 2010/2011, deve ser enquadrada numa perspectiva de continuação do esforço de redução, que teve a significativa expressão de -49,1% no período de 2009/2010.

Nos grupos profissionais assistentes técnicos e TDT, deve salientar-se a redução, respectivamente de 31,7% e 23,5% em custos de trabalho extraordinário, face ao ano anterior, fruto também da reorganização dos horários.

Amortizações

As amortizações foram calculadas mensalmente na Aplicação do Inventário e integradas na aplicação de Contabilidade. Relativamente ao período homólogo verificou-se uma diminuição de 10%.

Provisões

Foi reforçada a provisão para clientes de cobrança duvidosa, sendo que houve uma diminuição da provisão para depreciação de existências e para outros riscos e encargos.

Por recomendação inscrita no despacho de aprovação do Relatório de Gestão e Contas relativa ao exercício de 2009, no ponto II) da alínea d) e do Fiscal Único, foi também constituída provisão para uma entidade responsável por um subsistema de saúde pública que não reconhece um conjunto de facturas de antiguidade elevada, cujo montante foi provisionado em 75%, totalizando um valor de 894m€.

De salientar a diminuição de 43,6% relativamente ao previsto e de 49,3% ao período homólogo.

Custos e Perdas Financeiras

Esta rubrica registou uma diminuição de 10,6% face ao previsto e de 31,1% na comparação com o período homólogo pelo facto de, em 2010, se ter abatido 41M€ ao empréstimo do FASP, cujo reflexo recaiu em 2011, com a diminuição dos juros de mora.

Custos e Perdas Extraordinárias

Nesta rubrica foram registados os custos relativos a situações ocorridas em anos anteriores que não estavam contabilizados nem estimados.

Seguindo as recomendações inscritas no ponto III) da alínea d) do despacho dos Secretários de Estado do Tesouro e Finanças e da Saúde, que aprova o Relatório e Contas de 2009, foi feita a correcção de duas tipologias de custos, por não serem decorrentes da actividade normal da entidade.

De acordo com a legislação em vigor, o CHLC, EPE dispensa medicamentos em ambulatório a doentes externos à actividade do CHLC, EPE, foi efectuada a correcção da rubrica 61611-Medicamentos por contrapartida da 698-Outros Custos e Perdas Extraordinários.

Esta correcção aumentou os custos na rubrica 698-Outros Custos e Perdas Extraordinárias em 829.272,44€.

Quadro: Demonstração de Resultados

	Realizado 2010	Realizado 2011	Previsto 2011	2011 / 2010	2011 / PD
Proveitos					
711 - Vendas					
712 - Prestações de Serviços	316.828.582	295.612.689	295.561.958	-6,7 %	0,0 %
72 - Impostos					
73 - Proveitos Suplementares	1.007.596	920.383	1.031.250	-8,7 %	-10,8 %
74 - Transferências Correntes Obtidas	15.554	216.618	309.627	1292,7 %	-30,0 %
75 - Trabalhos para a própria instituição					
76 - Outros proveitos operacionais	14.050.533	11.673.428	12.088.441	-16,9 %	-3,4 %
78 - Proveitos e Ganhos Financeiros	1.143.802	712.929	850.763	-37,7 %	-16,2 %
79 - Proveitos e Ganhos Extraordinários	10.130.697	6.732.340	4.305.546	-33,5 %	56,4 %
Total dos Proveitos	**343.176.764**	**315.868.386**	**314.147.586**	**-8,0 %**	**0,5 %**
Custos					
61 - C. M. V. M. C.	**114.878.420**	**113.708.291**	**116.601.596**	**-1,0 %**	**-2,5 %**
Mercadorias					
Materias de consumo	**114.878.420**	**113.708.291**	**116.601.596**	**-1,0 %**	**-2,5 %**
- Produtos farmacêuticos	78.678.730	80.217.487	81.290.675	2,0 %	-1,3 %
Medicamentos	72.269.833	74.352.833	75.345.405	2,9 %	-1,3 %
Outros Prod. Farmacêuticos	6.408.897	5.864.654	5.945.270	-8,5 %	-1,4 %
- Material de consumo clínico	34.056.939	31.840.995	33.726.183	-6,5 %	-5,6 %
- Outros rubricas	2.142.751	1.649.809	1.584.737	-23,0 %	4,1 %
62 - Fornecimentos e Serviços Externos	**46.793.571**	**44.128.369**	**43.369.783**	**-5,7 %**	**1,7 %**
Subcontratos	**4.776.090**	**4.665.391**	**4.282.117**	**-2,3 %**	**9,0 %**
Fornecimentos e Serviços	**42.017.481**	**39.462.977**	**39.087.666**	**-6,1 %**	**1,0 %**
- Fornecimentos e Serviços I	4.927.389	5.167.979	4.878.115	4,9 %	5,9 %
- Fornecimentos e Serviços II	1.903.886	1.501.371	1.519.273	-21,1 %	-1,2 %
- Fornecimentos e Serviços III	31.476.797	28.578.461	29.588.189	-9,2 %	-3,4 %
- Outros fornecimentos e serviços	3.709.409	4.215.166	3.102.089	13,6 %	35,9 %
63 - Transferências Correntes Concedidas					
64 - Custos com Pessoal	**191.136.273**	**162.240.281**	**161.333.718**	**-15,1 %**	**0,6 %**
- Remunerações Base	101.701.663	95.834.479	91.748.794	-5,8 %	4,5 %
- Suplementos de Remuneração	36.959.281	32.119.948	34.147.420	-13,1 %	-5,9 %
Trabalho Extraordinário	18.376.153	15.340.453	16.383.755	-16,5 %	-6,4 %
Noites e Suplementos	9.177.764	8.835.242	9.219.155	-3,7 %	-4,2 %
Outros Suplementos	9.405.364	7.944.253	8.544.511	-15,5 %	-7,0 %
- Subsidios de Férias e Natal	17.788.994	9.447.919	10.777.633	-46,9 %	-12,3 %
- Outras Desp. com pessoal	34.686.335	24.837.935	24.659.870	-28,4 %	0,7 %
65 - Outros custos operacionais	**258.330**	**172.564**	**200.093**	**-33,2 %**	**-13,8 %**
66 - Amortizações do exercício	**12.376.445**	**11.134.583**	**10.676.615**	**-10,0 %**	**4,3 %**
67 - Provisões do exercício	**1.998.724**	**1.014.166**	**1.798.852**	**-49,3 %**	**-43,6 %**
68 - Custos e perdas financeiras	**2.359.172**	**1.626.640**	**1.819.512**	**-31,1 %**	**-10,6 %**
69 - Custos e perdas extraordinárias	**10.435.432**	**8.327.888**	**6.876.846**	**-20,2 %**	**21,1 %**
Total dos Custos	**380.236.367**	**342.352.782**	**342.677.013**	**-10,0 %**	**-0,1 %**
86 - Imposto s/ o rendimento do Exercício	16.142	32.168		99,3 %	
Resultado Operacional	**-35.539.498**	**-23.975.137**	**-24.989.379**	**-32,5 %**	**-4,1 %**
Resultado Líquido do Exercício	**-37.075.745**	**-26.516.564**	**-28.529.428**	**-28,5 %**	**-7,1 %**
EBITDA	**-22.700.576**	**-14.367.814**	**-16.053.961**	**-36,7 %**	**-10,5 %**

7.6. Análise Financeira

Da análise financeira a 31 de Dezembro de 2011, constatou-se que os Activos do CHLC, EPE ascenderam a 363,8M€ originando Activos Líquidos de 218,6M€, depois de deduzidas as Reintegrações, Amortizações e Provisões no montante de 145,2M€.

Os Capitais Próprios ascenderam a -90,3M€ e o Passivo Exigível é de 309M€.

De salientar que no ano em curso não foi realizado o reforço do Capital Estatutário, no montante de 8.717.000,00€, previsto na RCM n.º 116/2008, de 23 de Julho.

Os Resultados Operacionais situaram-se abaixo do previsto com um valor de -1,0M€, proporcionando o cumprimento do objectivo a que a Instituição se propôs.

Situação Patrimonial	Realizado 2010	Realizado 2011	Previsto 2011
Proveitos Operacionais	331.902.266	308.423.117	308.991.277
Custos Operacionais	367.441.762	332.398.254	333.980.655
Resultados Operacionais	***-35.539.496***	***-23.975.137***	***-24.989.378***

O Resultado Líquido do Exercício antes de Impostos apresentou uma melhoria quer relativamente ao período homólogo, quer relativamente ao previsto.

Situação Patrimonial	Realizado 2010	Realizado 2011	Previsto 2011
Proveitos	343.176.764	315.868.386	314.147.586
Custos	380.236.365	342.352.782	342.677.013
Resultado Líquido do Exercício antes de Impostos	***-37.059.601***	***-26.484.396***	***-28.529.427***

De salientar que os recebimentos diminuíram muito conforme o especificado anteriormente, no que concerne aos valores do contrato programa. Esta diminuição teve reflexo nos pagamentos a fornecedores, que apesar de todos os esforços, não permitiu diminuir a dívida a fornecedores.

Tesouraria	2010	2011
Recebimentos	359.803.432	305.421.495
Pagamentos	369.057.735	305.699.116
Resultado Financeiro	***-9.254.303***	***-277.621***

7.7. Análise dos Indicadores

As demonstrações financeiras, os mapas, os indicadores e os rácios que integram este Relatório objectivam o exame da situação actual e, também, a apreciação das tendências e perspectivas futuras do CHLC, EPE.

A diminuição significativa da receita é proveniente, nomeadamente da redução de 4% nos preços das linhas de produção do contrato programa de 2011, no que concerne ao Internamento, Consulta, Urgência, Hospital de Dia e GDH de Ambulatório; a suspensão da realização de partos e de atendimentos urgentes de Ginecologia ou Obstetrícia com consequência directa na receita proveniente do internamento e da urgência; a diminuição, de 50% do valor dos incentivos associados à actividade de transplante e colheita de órgãos, conforme Despacho n.º 10485/2011 de 19 de Agosto, e, finalmente, uma ligeira quebra na restante actividade.

Quadro: Prazo Médio de Pagamentos

Saldo de Fornecedores/Compras*365	2010	2011
Saldo de Fornecedores	146.326.229,46 €	175.210.208,78 €
Compras/FSE/Imobilizado	167.834.528,55 €	166.081.213,41 €
Prazo Médio de Pagamento	*318*	*385*

Em relação ao prazo médio de pagamentos, verificou-se um aumento em relação a 2010. No corrente ano, os pagamentos a fornecedores decorreram com disponibilidade financeira proveniente da actividade normal da instituição.

O PMP de 385 dias inclui para além desses fornecedores as dívidas a instituições do SNS, grande parte das quais regularizadas através do Clearing House.

Em 2011, foi adquirido equipamento de Imagiologia, com um acordo de pagamento de tendas mensais ao fornecedor. Como a totalidade do valor do equipamento foi facturado e existindo o referido acordo, o mesmo não foi considerado para o cálculo do PMP.

Grau de Liquidez		
AC-Existências/Passivo circulante	2010	2011
Activo circulante (AC)	95.395.808,12 €	96.818.608,52 €
Passivo Circulante (PC)	254.944.167,13 €	290.118.330,63 €
Existências (Ex)	14.673.621,61 €	11.642.221,38 €
Depósitos bancários+Caixa (DB+C)	10.008.073,40 €	9.730.452,85 €
Grau de Liquidez Geral (AC/PC)	*0,37*	*0,33*
Grau de Liquidez Reduzido ((AC - Ex)/PC)	*0,32*	*0,29*
Grau de Liquidez Imediato (DB+C/PC)	*0,04*	*0,03*

A capacidade do CHLC, EPE, em satisfazer os seus compromissos financeiros diminuiu em termos de indicadores de liquidez (geral, reduzida e imediata). De salientar que nesta data ainda se encontra por receber, da ACSS, a verba referente ao acerto de contas do Contrato Programa de 2009.

Apesar de se ter recebido, no final de 2011, 9M€ para liquidação das dívidas anteriores a 1 de Janeiro de 2010, dos subsistemas públicos, saliente-se que, ainda se encontram por cobrar cerca de 5M€, aliado ao facto das Regiões Autónomas dos Açores e Madeira, não procederem a qualquer pagamento, encontrando se a dívida em cerca de 10M€. Esta situação é insustentável para o CHLC, EPE satisfazer os seus compromissos, com repercursões na manutenção do prazo médio de pagamento a fornecedores.

Merece grande preocupação o facto de se encontrar por resolver estas e outras situações. Pese embora, a nossa convicção de que os valores facturados irão ser pagos, o prazo que tem vindo a decorrer contribui para agravar a já de si preocupante situação de tesouraria do CHLC, EPE.

7.8. Proposta de Aplicação de Resultados

Propõe-se que o resultado líquido negativo de -26.516.564€ seja transferido para a conta de resultados transitados.

8. GOVERNO DA SOCIEDADE

O objecto, a natureza, sede e vinculação, a missão, a visão, os valores e os objectivos do CHLC, EPE, estão previstos nos artigos 1.º, 2.º, 3.º, 4.º, 5.º e 6.º do regulamento interno.

8.1. Missão, Objectivos e Políticas

A Missão, Valores e Objectivos do CHLC, EPE referenciados no presente relatório encontram-se disponíveis para consulta por todos os seus colaboradores quer na Intranet quer na sua página Web. Além disso, são referidos no Plano de Negócio, nos documentos sobre Política da Qualidade, nos Planos de Desempenho e no Relatório e Contas de 2010 bem como no presente.

A organização clínica do CHLC, EPE, adopta de forma progressiva um modelo de governação, tendo como missão assegurar a cada cidadão que necessita de qualquer dos cuidados de saúde que o Centro Hospitalar disponibiliza, uma actuação apropriada às suas necessidades, seguindo as melhores práticas clínicas, numa lógica de eficiente utilização dos recursos, garantindo o acompanhamento da evolução tecnológica que a medicina actual exige.

As estratégias definidas para atingir os objectivos propostos encontram-se explicitadas, quer em termos dos resultados alcançados em 2011, quer relativamente à actividade proposta para 2012.

Sem prejuízo da actividade corrente desenvolvida no CHLC, EPE, o Centro Hospitalar antecipa, desde já, a entrada em funcionamento do novo Hospital de Lisboa Oriental que substituirá os Hospitais de Santa Marta, S. José, Capuchos e Dona Estefânia, cuja concretização se prevê a médio prazo. Este hospital, parte fundamental do projecto de reorganização da rede de prestação de cuidados na cidade de Lisboa, estará dotado do maior nível de diferenciação tecnológica, com capacidade de resposta para as solicitações de todo o país, em algumas especialidades, conjugando a excelência clínica com o ensino universitário e o reconhecimento por parte da população.

O CHLC, EPE estabeleceu oportunamente um Plano de Negócio (*Business Plan*) para o período de 2012/2015 onde definiu, de acordo com a Tutela, os seus objectivos organizacionais, nomeadamente a integração do HCC e da MAC, que terá de ser ajustado anualmente no Plano de Desempenho, através da contratualização anual dos níveis de actividade esperados.

O CHLC, EPE desenvolve a sua missão centrado no doente, pautado por um conjunto de valores como a competência e a ética profissionais, inseridos numa cultura de responsabilização, transparência e de melhoria contínua da qualidade e tendo como referências fundamentais para a governação clínica, os seguintes pressupostos:

- Planear as actividades e os cuidados centrados nas necessidades dos Doentes e das suas famílias, disponibilizando informação acessível, numa relação correcta, transparente e de profundo respeito pelo Doente;
- Responsabilizar a Instituição e os seus profissionais individualmente pela qualidade dos cuidados prestados, apostando na sua melhoria contínua, e aumentando a confiança dos Utentes;
- Garantir a melhor articulação entre os diversos estratos profissionais procurando o equilíbrio entre os recursos humanos e financeiros e a necessidade de práticas modernas e de qualidade adequadas às necessidades sentidas pelos doentes e expectáveis pelos profissionais;
- Promover a redução de riscos para o doente através do desenvolvimento de uma cultura de segurança;
- Reduzir a diversidade de processos organizativos, obtendo uma uniformização facilitadora e coerente;
- Adoptar práticas baseadas em evidência, reduzindo e limitando os riscos inerentes à prática clínica.

Missão

O CHLC, EPE tem por missão prestar cuidados de saúde diferenciados, em articulação com as demais unidades prestadoras de cuidados de saúde integradas no Serviço Nacional de Saúde (SNS). A actividade do CHLC, EPE assegura a cada doente, cuidados que correspondam às suas necessidades, de acordo com as melhores práticas clínicas e numa lógica de governação clínica, promove uma eficiente utilização dos recursos disponíveis, abrangendo, ainda, as áreas de investigação, ensino, prevenção e continuidade de cuidados, conforme o primado do doente.

Valores e Objectivos

O CHLC, EPE pauta a sua actividade pelos seguintes valores:

- Competência técnica;
- Ética profissional;
- Segurança e conforto para o doente;
- Responsabilidade e transparência;
- Cultura de serviço centrada no doente;
- Melhoria contínua da qualidade;
- Cultura de mérito, rigor e avaliação sistemática;
- Actividade orientada para resultados;
- Trabalho em equipa/multidisciplinar e multiprofissional;
- Boas condições de trabalho.

São objectivos do CHLC, EPE:

- Prestar cuidados de saúde diferenciados, de qualidade, em tempo adequado, com eficiência e em ambiente humanizado;
- Intervir na prevenção da doença;
- Optimizar a utilização dos recursos disponíveis;
- Constituir se como entidade de referência na elaboração de padrões para a prestação de cuidados de saúde diferenciados;
- Promover o ensino, a formação e a investigação nas áreas clínicas e de apoio clínico, como condição para uma prática de excelência;
- Prosseguir a melhoria contínua da qualidade no âmbito do modelo de governação clínica;
- Promover o desenvolvimento profissional dos seus colaboradores através da responsabilização por resultados, instituindo uma política de incentivos à produtividade, ao desempenho e ao mérito bem como, uma política de formação contínua;
- Desenvolver programas de melhoria da eficiência operacional e da gestão clínica, tendentes a garantir o equilíbrio económico-financeiro.

8.2. Regulamentos Internos e Externos

O Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE (CHLC, EPE) integra o sector Empresarial do Estado desde 1 de Março de 2007, conforme estipulado pelo D.L. n.º 50-A/2007 de 28 de Fevereiro.

De acordo com os estatutos publicados no anexo II do Decreto-Lei nº 233/2005 de 29 de Dezembro, e nos termos do Decreto-Lei nº 558/99 de 17 de Dezembro, na redacção dada pelo Decreto-Lei n.º 300/2007,de 23 de Agosto, conjugados com o artigo 18º do anexo da Lei n.º 2/2002, de 8 de Novembro, o CHLC, EPE é uma pessoa colectiva de direito público, de natureza empresarial, dotada de autonomia administrativa, patrimonial e financeira.

A legislação que enquadra a orgânica e funcionamento do CHLC, EPE, é a seguinte:

- Constituição: Decreto-Lei n.º 50-A/2007 de 28 de Fevereiro;
- Estatutos: Decreto-Lei n.º 233/2005 de 29 de Dezembro;
- Regime Jurídico do Sector Empresarial do Estado e das Empresas Públicas:
- Decreto-Lei n.º 558/99, de 17 de Dezembro com as alterações introduzidas;
- Decreto-Lei n.º 300/2007, de 23 de Agosto.
- Regime Jurídico de Gestão Hospitalar: Lei n.º 27/2002, de 8 de Novembro;
- Estatuto do Serviço Nacional de Saúde: Decreto-Lei n.º 11/93, de 15 de Janeiro;
- Lei de Bases da Saúde: Lei n.º 48/90, de 2 de Agosto.

Desde 17 de Março de 2008 o CHLC, EPE, possui um regulamento interno homologado pela Tutela, para cuja formulação concorreu o contributo de um número significativo dos seus profissionais. Este regulamento encontra-se amplamente divulgado e acessível na *intranet*.

Para além desse documento orientador de referência, o CHLC, EPE, detém um conjunto alargado de normas e procedimentos escritos, construídos a partir de 2000, no âmbito dos processos de acreditação da qualidade a que, alguns dos Hospitais que actualmente o integram, aderiram. Essas normas e procedimentos operacionalizam as políticas e estratégias definidas e são controladas por um sistema de gestão que assegura a sua permanente divulgação, actualização bem como a consistência com as mesmas. Está em fase de concretização o alargamento progressivo deste processo aos quatro hospitais integrados, visando a uniformização de processos.

Em 2011 foram realizadas, pelo CHKS, auditorias de reacreditação visando a prazo, a acreditação de todo o CHLC, EPE.

8.3. Transacções relevantes com entidades relacionadas

Não aplicável ao CHLC, EPE.

8.4. Outras transacções

Na aquisição ou locação de bens e na aquisição de serviços ou empreitadas, o CHLC,EPE adopta diferentes tipos de procedimento de formação de contratos em função da complexidade, objecto e valor de cada aquisição.

À formação de contratos de empreitada de obra pública e de locação ou aquisição de bens móveis e de aquisição de serviços de valor igual ou superior ao referido, respectivamente, nas alíneas c) e b) do artigo 7.º da Directiva n.º 2004/18/CE, do Parlamento Europeu e do Conselho, de 31 de Março, aplica o regime procedimental previsto na Parte II do CCP.

À formação de contratos de empreitada de obra pública e de locação ou aquisição de bens móveis e de aquisição de serviços de valor inferior ao referido, respectivamente, nas alíneas c) e b) do artigo 7.º da Directiva n.º 2004/18/CE, do Parlamento Europeu e do Conselho, de 31 de Março, é aplicável o regime procedimental previsto no Regulamento de Contratação do CHLC, EPE.

Quadro: Fornecedores de Prestação de Serviços com encargo superior a 1M€

Fornecedor	Valor
IBERLIM LIMPEZAS TECNICAS LDA	5.376.441,57
SUCH(SOMOS) SERVIÇO UTILIZAÇÃO COMUM HOSPITAIS	4.402.190,39
ICA	2.894.359,88
EUREST PORTUGAL-SOC. EUROP. REST. S. A.	2.838.640,35
INSTITUTO PORTUGUES DE SANGUE	2.479.938,00
EFACEC-SERV. MANUT. ASSISTENCIA, S.A.	1.932.632,75
EDP - SERVICO UNIVERSAL, S.A.	1.711.165,97
SUCH - DALKIA	1.580.182,26
SECURITAS - SERV. TECN. SEGURANÇA	1.279.857,62
EPAL - EMPRESA PÚBL. DE ÁGUAS DE LISBOA	1.111.642,85

8.5. Indicação do modelo de governo e identificação dos membros dos órgãos sociais

Princípios Organizativos

O funcionamento do CHLC, EPE tem por objectivo a qualidade e eficiência na prestação dos cuidados de saúde e assenta na responsabilidade da gestão.

O CHLC, EPE adopta um modelo de gestão participada que compreende os níveis de gestão estratégica, intermédia e operacional e que assenta na contratualização interna de objectivos e meios.

Ao Conselho de Administração (CA), ao nível estratégico, compete estabelecer os objectivos, definir as estratégias, consolidar os projectos, assegurar a sua execução, monitorização e controlo, através de políticas de contratualização interna.

Às Áreas, ao nível intermédio de gestão, incumbe a transposição das estratégias, objectivos e metas do CHLC, EPE para planos de actividade e orçamentos contratualizados com o CA e coordenar a sua execução pelas Especialidades e Unidades Funcionais que as constituem.

Às Especialidades e Unidades Funcionais, ao nível da gestão operacional, incumbe a prestação directa de cuidados de saúde de acordo com objectivos e metas contratualizados pelo CA para a respectiva Área.

O CHLC, EPE organiza-se nas seguintes estruturas de actividade:

- Estrutura clínica;
- Estrutura de apoio clínico;
- Estrutura de ensino e de investigação;
- Estrutura de apoio e logística.

A estrutura clínica assenta em processos de gestão por patologias/especialidades, agrupados em áreas com afinidade técnica e funcional, numa lógica potencialmente matricial. De forma a garantir uma melhoria continuada da qualidade, deve adoptar um modelo de governação clínica, envolvendo todos os profissionais, baseando-se num controlo rigoroso do exercício profissional, auto-regulado e de responsabilização pelas práticas, exigindo o empenho de todos num compromisso de actualização permanente e de formação contínua. Assumindo-se que, a qualidade dos actos clínicos é o principal factor crítico de sucesso de todo o processo assistencial, a estrutura clínica deve

adoptar métodos de trabalho baseados em boas práticas, com definição prévia de padrões aceitáveis e implementar um sistema integrado que garanta a qualidade dos mesmos, realçando e evidenciando o desempenho dos profissionais.

A estrutura de apoio clínico assenta em processos técnicos de apoio à actividade clínica, numa lógica tendencialmente transversal.

O ensino e a investigação, sem prejuízo da necessária articulação com a estrutura clínica, dispõem de uma estrutura e órgãos próprios, com actividade organizada em programas específicos.

A estrutura de apoio e logística organiza se verticalmente, mas adoptando, sempre que possível, formas em torno de processos de trabalho.

O organigrama do CHLC, EPE encontra-se no ponto 3 do presente relatório.

Órgãos Sociais

O CHLC, EPE compreende os seguintes órgãos sociais:

Conselho de Administração

Presidente	Dr.ª Teresa Maria Silva Sustelo
Vogais Executivos	Dr.ª Ana Isabel Higino Figueiredo Gonçalves
	Dr.ª Laura Maria Figueiredo de Sousa Dâmaso da Silveira
	Dr.ª Rita Magalhães Collaço (até 31 de Julho de 2011)
	Dr. Manuel Veloso Brito
	Dr. Eduardo José Gomes da Silva – Director Clínico
	Enf.ª Ana Maria da Mota Soares – Enfermeira Directora

Fiscal Único

Efectivo	Victor e Almeida e Associados – Sociedade de Revisores Oficiais de Contas

O CHLC, EPE é um estabelecimento público do Serviço Nacional de Saúde, dotado de personalidade jurídica, autonomia administrativa, financeira e patrimonial e natureza empresarial. Os poderes de tutela estão atribuídos ao Ministério das Finanças e Administração Pública (Tutela Financeira) e ao Ministério da Saúde (Tutela Sectorial).

As funções e responsabilidades dos membros do Conselho de Administração são as seguintes:

Presidente - Teresa Maria da Silva Sustelo

Coordenação genérica de todas as áreas

Director Clínico – Eduardo José Gomes da Silva

Coordenação das Áreas Clínicas (Verticais e Transversais), do Centro de Investigação, do Centro de Ensino e do Gabinete de Coordenação e Colheita de Órgãos, bem como as competências relativas à promoção da gestão clínica, designadamente, em matéria de boas práticas, protocolos clínicos e da melhoria contínua, e de coordenação e ligação aos órgãos de apoio técnico, tais como, Comissão Clínica, Comissão de Ética para a Saúde, Conselho Técnico dos Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica, Comissão de Controlo da Infecção Hospitalar, Comissão de Farmácia e Terapêutica, Comissão de Catástrofe e Emergência, Direcção do Internato Médico, Comissão Técnica de Certificação da Interrupção da Gravidez, Comissão de Coordenação Oncológica; incluindo, relativamente ao pessoal médico, a competência para:

- Autorizar a mobilidade entre as várias Áreas;
- Autorizar a formação profissional e a realização de estágios, outorgando os respectivos instrumentos de execução;
- Autorizar a constituição das equipas de urgência e a substituição pontual dos seus elementos;
- Autorizar as várias modalidades de organização e duração do tempo de trabalho e aprovar os horários do pessoal médico, técnico superior de saúde e técnico diagnóstico e terapêutica, de acordo com as orientações do Conselho de Administração;
- Autorizar a participação em júris de concursos noutras instituições;
- Homologar as avaliações de desempenho, designadamente, do pessoal técnico superior de saúde e pessoal técnico de diagnóstico e terapêutica, afecto às áreas, especialidades e unidades funcionais sob a sua coordenação;
- Autorizar a dispensa do Serviço de Urgência;
- Coordenar a vertente técnica da Área de Farmácia;
- Ordenar inquéritos e sindicâncias nas áreas e serviços sob a sua gestão.

Vogal Executivo – Ana Isabel Higino Figueiredo Gonçalves

Gestão corrente nas áreas de Gestão de Compras, Logística e Distribuição, da Gestão Hoteleira, da Gestão de Instalações e Equipamentos, da Farmácia, e da Auditoria Interna, incluindo a competência para:

- Autorizar a abertura de procedimentos, a sua adjudicação e o pagamento de despesas até ao montante de trezentos mil euros, nas empreitadas de obras públicas e na locação e aquisição de bens e serviços;
- Conceder adiantamentos a empreiteiros e fornecedores de bens e serviços, desde que cumpridos os condicionalismos previstos no Código da Contratação Pública;
- Designar os júris e delegar a competência para proceder à audiência prévia, mesmo nos procedimentos de valor superior ao agora delegado;
- Praticar os actos consequentes ao acto de autorização da escolha e do início do procedimento cujo valor não exceda o agora delegado;
- Aprovar as minutas de contratos relativos à aquisição de bens e serviços até ao montante de trezentos mil euros, e representar o Centro Hospitalar na outorga desses contratos;
- Autorizar a constituição de arrendamentos para instalação dos serviços, nos termos do artigo 20.º do D.L. 197/99, de 8 de Junho, aprovar as minutas e outorgar os respectivos contratos quando a renda anual não exceda o montante de cento e noventa e nove mil euros;
- Autorizar o gozo e a acumulação de férias e aprovar os respectivos planos anuais dos trabalhadores afectos às áreas e serviços sob a sua gestão;
- Homologar as avaliações de desempenho dos trabalhadores afectos às áreas e serviços sob a sua gestão;
- Autorizar a formação profissional e a realização de estágios, outorgando os respectivos instrumentos de execução;
- Autorizar a participação dos trabalhadores afectos às áreas e serviços sob a sua gestão em júris de concursos noutras instituições;
- Ordenar inquéritos e sindicâncias nas áreas e serviços sob a sua gestão;
- Assinar a correspondência ou expediente necessário e autorizar publicações na imprensa diária e no Diário da República;
- Substituir a Dr.ª Laura Silveira nas suas ausências e impedimentos.

Vogal Executivo – Rita Beleza de Miranda de Magalhães Collaço

Gestão corrente das Áreas de Gestão de Recursos Humanos e Desenvolvimento Organizacional, de Gestão da Formação, da Comissão de Segurança, Higiene e Saúde no Trabalho, da Saúde

Ocupacional, do Gabinete Jurídico e de Contencioso, do Expediente e Arquivo e ainda, em especial, relativamente aos recursos humanos, a competência para:

- Outorgar, renovar e resolver contratos de pessoal, seja qual for a sua modalidade, com excepção do pessoal médico;
- Autorizar as várias modalidades de organização e duração do tempo de trabalho e fixar os horários dos trabalhadores do Centro Hospitalar, com excepção do pessoal médico, do pessoal de enfermagem e dos assistentes operacionais colocados em áreas clínicas, de acordo com as orientações do Conselho de Administração;
- Justificar e injustificar faltas;
- Autorizar a reversão do vencimento de exercício perdido;
- Promover a verificação domiciliária das doenças;
- Promover a submissão dos trabalhadores contratados em funções públicas às juntas médica da ADSE;
- Conceder as licenças e dispensas previstas no regime legal da protecção da parentalidade;
- Conceder as licenças sem remuneração previstas no artigo 234.º do Regime do Contrato de Trabalho em Funções Públicas e as licenças sem retribuição, ao abrigo do disposto no artigo 317.º do Código do Trabalho;
- Atribuir o estatuto de trabalhador-estudante;
- Autorizar deslocações em serviço, qualquer que seja o meio de transporte, bem como o processamento dos correspondentes abonos ou despesas com a aquisição de bilhetes ou títulos de transporte e de ajudas de custo, antecipadas ou não;
- Qualificar os acidentes de trabalho;
- Determinar a reposição de dinheiros públicos e participar à administração fiscal as faltas de pagamento;
- Autorizar a atribuição dos abonos e regalias a que os trabalhadores tenham direito;
- Praticar todos os actos relativos à aposentação dos trabalhadores contratados em funções públicas e, em geral, todos os actos respeitantes ao regime de protecção social pública convergente;
- Decidir a cessação de vínculos laborais por iniciativa dos trabalhadores;
- Autorizar o reembolso a outras instituições das quantias por elas pagas aos seus profissionais pelo trabalho prestado ao Centro Hospitalar no âmbito de protocolos ou acordos institucionais;
- Autorizar o gozo de férias e aprovar os respectivos planos anuais dos trabalhadores afectos às áreas e serviços sob a sua gestão, bem como autorizar a acumulação de férias dos dirigentes;
- Assinar a correspondência ou expediente necessário e autorizar publicações na imprensa diária e no Diário da República;

- Autorizar a extracção de fotocópias e a passagem de certidões;
- Autorizar a destruição de documentos respeitantes a concursos, nos termos da legislação em vigor;
- Sem prejuízo de idênticas competências dos demais membros do conselho de administração para as respectivas áreas e serviços sob a sua gestão:
    - Homologar as avaliações de desempenho;
    - Autorizar a formação profissional e a realização de estágios, outorgando os respectivos instrumentos de execução;
    - Autorizar a participação em júris de concursos noutras instituições;
    - Ordenar inquéritos e sindicâncias.
- Autorizar a acumulação de funções, públicas ou privadas, nos termos do artigo 29.º da Lei de Vínculos, Carreiras e Remunerações, bem como o exercício de funções concorrenciais por trabalhadores vinculados por contrato individual de trabalho;
- Autorizar e outorgar os instrumentos de mobilidade geral dos trabalhadores.

Vogal Executivo – Laura Maria Figueiredo de Sousa Dâmaso da Silveira

Gestão corrente nas Áreas de Gestão Financeira e Contabilidade; de Gestão de Doentes; de Gestão de Sistemas e Tecnologias de Informação; do Planeamento, Análise e Controlo de Gestão; da Comissão de Melhoria da Qualidade e Segurança do Doente e do Gabinete de Codificação, incluindo a competência para:

- Autorizar a constituição de fundos permanentes das dotações do orçamento, com excepção das rubricas referentes a pessoal, até ao limite de um duodécimo;
- Autorizar as despesas com seguros não previstas no n.º 2 do artigo 19.º do Decreto-Lei n.º 197/99, de 8 de Junho, nos termos e sem prejuízo do disposto no mesmo preceito;
- Autorizar os reembolsos de quantias relativas a taxas moderadoras cobradas em excesso;
- Proceder à anulação de facturas;
- Declarar as dívidas como incobráveis, nos termos do disposto no Despacho n.º 267/2005, de 7 de Setembro;
- Autorizar o pagamento das despesas com a assistência médica de grande especialização no estrangeiro, nos termos do Decreto-Lei n.º 177/92, de 13 de Agosto;
- Autorizar a realização de exames e o pagamento de despesas com MCDT, realizados em estabelecimentos de saúde não integrados no Centro Hospitalar;
- Dar balanço mensal à Tesouraria;
- Autorizar, quer o gozo, quer a acumulação de férias e aprovar os respectivos planos anuais dos trabalhadores afectos às áreas e serviços sob a sua gestão;
- Homologar as avaliações de desempenho dos trabalhadores afectos às áreas e serviços sob a sua gestão;

- Autorizar a formação profissional e a realização de estágios, outorgando os respectivos instrumentos de execução;
- Autorizar a participação em júris de concursos noutras instituições;
- Assegurar a correspondência ou o expediente necessário;
- Ordenar inquéritos e sindicâncias nas áreas e serviços sob a sua gestão;
- E, ainda, as seguintes competências na Área de Gestão de Sistemas e Tecnologias de Informação:
    - Autorizar a abertura de procedimentos, até ao limite de cento e cinquenta mil euros;
    - Designar os júris e delegar a competência para proceder à audiência prévia, mesmo nos procedimentos de valor superior ao agora subdelegado;
    - Praticar os actos consequentes ao acto de autorização da escolha e do início do procedimento cujo valor não exceda o agora subdelegado;
- Substituir a Dr.ª Ana Isabel Gonçalves nas suas ausências e impedimentos.

Vogal Executivo – Manuel Veloso Brito

Gestão corrente do Gabinete de Comunicação e Imagem, do Gabinete do Utente, da Área de Apoio Social, do Gabinete de Integração de Cuidados, Cooperação e Ensino, Unidade Hospitalar de Gestão de Inscritos para Cirurgia (UHGIC), de coordenação das actividades de apoio social, de voluntariado e no âmbito da assistência religiosa, bem como, as competências relativas à promoção da Gestão Clínica, designadamente, a ligação aos órgãos de apoio técnico, tais como, a Comissão Permanente de Apoio Técnico, a Comissão Consultiva de Apoio Técnico e a Comissão de Apoio à Criança e à Família, incluindo a competência para:

- Autorizar, quer o gozo, quer a acumulação de férias e aprovar os respectivos planos anuais dos trabalhadores afectos às áreas e serviços sob a sua gestão;
- Autorizar a formação profissional e a realização de estágios, outorgando os respectivos instrumentos de execução;
- Autorizar a participação em júris de concursos noutras instituições;
- Homologar a avaliação de desempenho dos trabalhadores afectos às áreas e serviços sob a sua gestão;
- Assinar a correspondência ou o expediente necessário;
- Autorizar a realização de cirurgias adicionais e o transporte de doentes para estabelecimentos de saúde não integrados no Centro Hospitalar, no âmbito do funcionamento da UHGIC;
- Ordenar inquéritos e sindicâncias nas áreas e serviços sob a sua gestão.

Enfermeira Directora – Ana Maria da Mota Soares

Gestão corrente no âmbito da enfermagem nas Áreas Clínicas (Verticais e Transversais), bem como, as competências relativas à promoção de boas práticas, protocolos e melhoria contínua dos cuidados de enfermagem, e de coordenação e ligação aos órgãos de apoio técnico, tais como a Comissão Técnica de Enfermagem, a Comissão de Controlo da Infecção Hospitalar, incluindo, relativamente ao pessoal de enfermagem e aos assistentes operacionais incluídos nas áreas clínicas, a competência para:

- Autorizar a mobilidade entre as várias Áreas;
- Autorizar a formação profissional e a realização de estágios, outorgando os respectivos instrumentos de execução;
- Autorizar as várias modalidades de organização e duração do tempo de trabalho e fixar os horários de trabalho do pessoal de enfermagem, dos assistentes operacionais colocados em Áreas Clínicas e do pessoal da Unidade de Nutrição e Dietética, de acordo com as orientações do Conselho de Administração;
- Homologar as avaliações de desempenho do pessoal de enfermagem e dos assistentes operacionais colocados em Áreas Clínicas, e do restante pessoal afecto às áreas e unidades sob a sua coordenação;
- Autorizar a participação em júris de concursos noutras instituições;
- Coordenar a Nutrição e Dietética.

8.6. Remuneração dos membros dos órgãos sociais

Tendo em atenção ao determinado pela Lei n.º 12-A/2010, de 30 de Junho, foi aplicado a todos os membros do Conselho de Administração o corte de 5% nas remunerações a partir do mês de Junho inclusive. Os estatutos remuneratórios de 2011 foram os seguintes:

MESA ASSEMBLEIA- GERAL: Não aplicável.

CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO
Fixado pelo Despacho MEF e SETF n.º 13919/2010, de 02 de Setembro.

Presidente: Remuneração 6.178,31€, 14 vezes por ano.

Vogais Executivos: Remuneração de 5.285,25€, 14 vezes por ano.

FISCAL ÚNICO: Até 31 de Maio, 1.709,85€/mês. A partir de 1 de Junho, 1.624,35€/mês.

1. Mesa Assembleia Geral

Unid: €

Mandato I	Presidente	Vice-Presidente	Secretário
2011	N.A.	N.A	N.A

Unid: €

Mandato II	Presidente	Vice-Presidente	Secretário
2011	N.A	N.A	N.A

2. Órgão (s) de Fiscalização

(a adaptar à situação concreta da empresa)

Conselho Fiscal + ROC

	2010			2011		
Conselho Fiscal	P	V	V	P	V	V
Remuneração anual fixa (€)	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.
Redução decorrente da Lei 55-A/2010 (€)	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.
Remuneração anual efetiva (€)						

ROC	2010	2011 **
Remuneração anual auferida (€)	18.370	18.827

** Em 2011 foi aplicado o artigo 22º da Lei 55-A/2011 (Lei OE/2011)SIM X Não___

3. Conselho de Administração

	TS Presidente	EGS Vogal 1	AIG Vogal 3	MVB Vogal 2	RMC Vogal 4	AMS Vogal 5	LS Vogal 6
1. Remuneração							
1.1. Remuneração base Anual/Fixa (€)	85.972	73.994	73.994	73.994	73.994	73.994	73.994
1.2. Redução decorrente da Lei 12-A/2010 (€)	4.299	3.700	3.700	3.700	3.700	3.700	3.700
1.3. Redução decorrente da Lei 55-A/2010 (€)	8.167	7.029	7.029	7.029	7.029	7.029	7.029
1.4. Remuneração Anual Efetiva (1.1.- 1.2.-1.3.) (€)	73.506	63.264	63.264	63.264	63.264	63.264	63.264
1.5. Senha de presença (€)	0	0	0	0	0	0	0
1.6. Acumulação de funções de gestão (€)	0	0	0	0	0	0	0
1.7. Remuneração variável (€)	0	0	0	0	0	0	0
1.8. IHT (isenção de horário de trabalho) (€)	0	0	0	0	0	0	0
1.9. Outras (identificar detalhadamente) (€)	0	0	0	0	0	0	0
2. Outras regalias e compensações							
2.1. Plafond Anual em comunicações móveis (€)	960,00	960,00	960,00	960,00	960,00	960,00	960,00
2.2. Gastos na utilização de comunicações móveis (€)	938,61	0	197,71	426,38	0	302,61	757,21
2.3. Subsídio de deslocação (€)	0	0	0	0	0	0	0
2.4. Subsídio de refeição (€)	743	952	974	922	500	974	948
2.5. Outras (identificar detalhadamente) (€)	0	0	0	0	0	0	0
3. Encargos com benefícios sociais	0	0	0	0	0	0	0
3.1. Regime de Proteção Social (€)	6.760	11.071	6.760	6.495	3.238	6.469	5.840
3.2. Seguros de saúde (€)	0	0	0	0	0	0	0
3.3. Seguros de vida (€)	0	0	0	0	0	0	0
3.4. Seguro de Acidentes Pessoais (€)	0	0	0	0	0	0	0
3.5. Outros (identificar detalhadamente) (€)	0	0	0	0	0	0	0
4. Parque Automóvel							
4.1. Marca	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não
4.2. Modelo	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não
4.3. Matrícula	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não
4.4. Modalidade de Utilização (Aquisição/ALD/Renting/Leasing)	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não
4.5. Valor de referência da viatura nova (€)	0	0	0	0	0	0	0
4.6. Ano Início	0	0	0	0	0	0	0
4.7. Ano Termo	0	0	0	0	0	0	0
4.8 N.º prestações (se aplicável)	0	0	0	0	0	0	0
4.9. Valor Residual (€)	0	0	0	0	0	0	0
4.10. Valor de renda/prestação anual da viatura de serviço (€)	0	0	0	0	0	0	0
4.11. Combustível gasto com a viatura (€)	0	0	0	0	0	0	0
4.12. Plafond anual Combustível atribuído (€)	0	0	0	0	0	0	0
4.13. Outros (identificar detalhadamente) (€)	0	0	0	0	0	0	0
5. Informações Adicionais							
5.1.Opção pela remuneração do lugar de origem (s/n)	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não
5.2. Remuneração Ilíquida Anual pelo lugar de origem (€)	0	0	0		0	0	0
5.3. Regime de Proteção social	CGA	CGA	CGA	CGA	CGA	CGA	CGA
5.3.1. Segurança social (s/n)	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não
5.3.2. Outro (Indicar)	0	0	0	0	0	0	0
5.4. Exercício funções remuneradas fora grupo (s/n)	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não
5.5. Outras (identificar detalhadamente)	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não

Fiscal Único	2011 *
Remuneração anual auferida (€)	18.827

* Em 2011 foi aplicado o artigo 22º da Lei 55-A/2011 (Lei OE/2011) SIM _X_ Não___

8.7. Análise de sustentabilidade da empresa nos domínios económico, social e ambiental

8.7.1. Estratégias adoptadas

As orientações estratégicas do CHLC, EPE, são as seguintes:

- Desenvolvimento das opções de resposta em ambulatório, nas áreas médica e cirúrgica;
- Prosseguir a concretização da estrutura intermédia de gestão prevista no Regulamento Interno e desenvolvimento dos princípios de contratualização interna de meios e resultados.

O desenvolvimento do CHLC, EPE encontra-se norteado, a médio prazo, pela construção e início de actividade, do novo Hospital de Lisboa Oriental, que virá substituir os pólos assistenciais que actualmente integram o CHLC, EPE. Este novo Hospital contribuirá para a redefinição da rede de prestação de cuidados na cidade de Lisboa, será altamente diferenciado e compreensivo, com capacidade de resposta às solicitações de todo o país, em algumas especialidades, conjugando a excelência clínica com o ensino universitário e o reconhecimento por parte da população.

Para preparar a entrada em funcionamento do futuro Hospital, continuarão a ser concretizadas, de forma progressiva e organizada, diversas acções, iniciadas em 2007, nomeadamente quanto ao modelo organizacional. O processo de reestruturação iniciou-se com a concretização progressiva do modelo organizativo, em unidades que congregam os anteriores serviços, captando sinergias, conferindo-lhes massa crítica e atribuindo maior autonomia de gestão e responsabilidade.

A estratégia delineada para o CHLC, EPE deve ser, nesta primeira fase, concretizada através da correcta reorganização interna, em complementaridade com as Instituições que referenciam doentes, nomeadamente da zona sul do país, ACES e U.S.F. onde se integra, bem como na imprescindível integração com os cuidados continuados. Torna-se, ainda imperioso, caminhar para a partilha de risco com outras entidades, mais do que simples protocolos, devendo ser desenvolvidas parcerias de modo a potenciar todas as sinergias.

Uma segunda fase poderá ser condicionada por circunstâncias externas, pois à medida que abrirem os novos Hospitais previstos para a Cintura de Lisboa e absorverem os doentes da sua área, que actualmente são tratados neste Centro Hospitalar, reduzir-se-á progressivamente a lotação e o quadro de profissionais. Este trabalho deverá ser desenvolvido de forma faseada, até se começar a delinear a transferência para a nova estrutura que é o Hospital de Lisboa Oriental.

A estratégia em matéria de reorganização interna passa por:

- Fusão de Serviços idênticos ou afins, de modo a evitar duplicações de Serviços/Especialidades, unidades funcionais e ou dimensões dos mesmos, promovendo a concentração de recursos humanos e materiais, privilegiando formas organizativas abrangentes;
- Continuar o processo de concentração dos serviços comuns aos vários Hospitais quer sejam serviços de apoio logístico, quer de apoio à actividade clínica;
- Utilização das novas tecnologias para flexibilizar processos e relações e, também, para ultrapassar os constrangimentos da separação física das quatro estruturas existentes;
- Uniformização e modernização dos Programas Informáticos e das tecnologias utilizadas;
- Privilegiar significativamente a área assistencial ambulatória, em detrimento do internamento convencional;
- Rentabilizar os MCDT evitando o envio de doentes para o sector privado ou convencionado;
- Promover "a oferta" de MCDT a doentes de outras Instituições nomeadamente, dos nossos Centros de Saúde de modo a garantir a utilização efectiva da capacidade instalada;
- Adequar o modelo de trabalho e horários dos profissionais às necessidades dos doentes, garantindo a utilização dos recursos existentes no maior período de tempo diário possível, (das 08.00 horas às 20.00 horas), aumentando as equipas fixas no Serviço de Urgência Central e Pediátrica;
- Definição e avaliação de objectivos quantificados das unidades funcionais e dos respectivos profissionais, associando no futuro essa avaliação a um quadro de incentivos;
- Definição de critérios muito rigorosos e responsabilizantes para a selecção e recrutamento de profissionais tendo em consideração que no futuro Hospital de Lisboa Oriental, o quadro de pessoal é substancialmente inferior ao actual, mas é imperioso rejuvenescê-lo;
- Criação de Centros de Responsabilidade/Resultados como forma de organização da prestação de cuidados e de unidades funcionais, de modo a promover uma maior autonomia associada naturalmente a um muito maior nível de responsabilização;
- Desenvolvimento de projectos ou programas transversais que permitam uma maior coesão interna e rentabilidade dos recursos existentes nos diversos hospitais;
- Implementação de um plano que garanta que a produção assistencial respeite os parâmetros definidos, quer em termos de qualidade clínica quer em termos de utilização de recursos, de modo a que os custos operacionais convirjam para os valores das prestações fixados em contrato programa com o SNS;
- Estabelecimento de protocolos clínicos e *guidelines* para o maior número possível de patologias tratadas no CHLC, EPE e que deverão ser observadas por todos os profissionais no tratamento dos doentes (e quando não o forem devem ser exaustivamente justificados);
- Continuação do desenvolvimento de projectos de Acreditação da Qualidade dos Cuidados que prestamos.

O desenvolvimento da política de recursos humanos terá em consideração:

- Os recursos existentes e a sua projecção para os próximos anos;
- O equilíbrio entre as contratações e as aposentações, que garanta a renovação e a adequação ao perfil assistencial;
- Disponibilidade das competências técnicas adequadas às necessidades das unidades orgânicas;
- Garantia do desenvolvimento e da formação profissional.

Na vertente económico financeira continuarão como principais linhas de acção:

- Desenvolvimento do controlo orçamental global e descentralizado por unidades orgânicas;
- Garantia da sustentabilidade económica e financeira;
- Melhoria da eficácia na facturação e na cobrança;
- Racionalização das compras e dos *stocks*, designadamente da participação na Unidade de Serviços Partilhados de Compras e Logística;
- Desenvolvimento de metodologia adequada para a contabilidade analítica.

Relativamente aos utentes, continuar-se-á a desenvolver uma política que visa garantir uma melhor acessibilidade aos cuidados prestados, através da ligação efectiva com outros agentes prestadores, nomeadamente, Centros de Saúde, USF, ACES, outros Hospitais e estruturas de cuidados continuados, nas suas diversas modalidades, promovendo a adequação da utilização dos recursos e a melhoria da satisfação dos utentes. Pretende-se, em 2012, dar continuidade ao processo de alargamento do projecto "Percurso Integrado" a todas as especialidades como forma de garantir o direito de acesso dos utentes a cuidados de saúde.

Procurar-se-á diversificar as linhas de produção de cuidados introduzindo formas inovadoras eficazes e mais cómodas para os utentes potenciando as novas tecnologias e canais de comunicação.

Continuarão a ser desenvolvidos projectos de acreditação e de certificação da qualidade dos cuidados e programas de *benchmarking*.

Continuará a ser desenvolvida a política de colaboração na sustentabilidade financeira e técnica do Serviço Nacional de Saúde promovendo também a sua credibilidade através do estabelecimento das melhores práticas de gestão.

8.7.2. Grau de cumprimento das metas fixadas para 2011

Pode afirmar-se que o CHLC, EPE cumpriu, na sua generalidade, todas as metas fixadas para 2011, tanto no domínio assistencial como na vertente económica e financeira.

	PD 2011	2011	2011/PD
Internamento			
Lotação Média Praticada	1.098	1.083	-1,4 %
Doentes Saídos	35.512	35.421	-0,3 %
Doentes Saídos (sem Berçário)	34.660	34.631	-0,1 %
Berçário	852	790	-7,3 %
Demora Média (*)	9,3	9,3	-0,4 %
Índice de *Case-Mix*	1,4581	1,6824	15,4 %
Consulta Externa			
Total de Consultas	573.116	573.396	0,0 %
% Primeiras / Total	24,7%	24,7%	0 p.p.
Urgência			
Total de Atendimentos	249.120	249.179	0,0 %
Urgência Geral	157.750	157.865	0,1 %
Urgência Gin./Obstetrícia	4.570	4.570	0,0 %
Urgência Pediátrica	86.800	86.744	-0,1 %
% Doentes Internados	7,9%	7,9%	0 p.p.
Actividade Cirúrgica			
Total de Cirurgias	30.839	31.171	1,1 %
Convencional Programada	11.101	11.245	1,3 %
Ambulatório	13.946	13.997	0,4 %
Urgente	5.792	5.929	2,4 %
% Ambulatório / Cirurgia Programada	55,7%	55,5%	-0,2 p.p.
N.º de Doentes em Espera Inscritos	n.a.	9.958	n.a.
Mediana do Tempo de Espera (meses)	n.a.	4,1	n.a.
Hospital de Dia			
Sessões	31.108	31.588	1,5 %
Sessões de Quimioterapia	9.668	10.315	6,7 %
Sessões de Hemodiálise	150	156	4,0 %
Partos			
Total de Partos	817	821	0,5 %
% Cesarianas / Partos	34,4%	34,7%	0,9 %
MCDT			
MCDT realizados no CHLC	12.362.437	12.241.102	-1,0 %
MCDT realizados no Exterior	270.123	263.026	-2,6 %
Indicadores Económico-Financeiros			
Resultado Operacional (€)	-24.989.379	-23.975.137	-4,1 %
Consumos	1,5	-1,0	-2,5 p.p.
Fornecimentos e Serviços Externos	-7,3	-5,7	1,6 p.p.
Custos com Pessoal	-15,6	-15,1	0,5 p.p.

(*) sem Berçário

8.7.3. Políticas prosseguidas com vista a garantir a eficiência económica, financeira, social e ambiental e a salvaguardar as normas de qualidade

O CHLC, EPE tem prosseguido uma gestão de rigor e de racionalização da utilização dos recursos disponíveis, num contexto de elevadas restrições económicas, financeiras e sociais, no sentido de reduzir o desperdício, aumentar a eficiência e garantir a melhoria da qualidade da prestação dos cuidados de saúde e da segurança do doente. Tem ainda constituído especial preocupação, dotar o CHLC, EPE das condições essenciais para o desenvolvimento pessoal e profissional dos seus colaboradores bem como a sustentabilidade ambiental.

Sustentabilidade económica e financeira

A prestação de contas do CHLC, EPE, reporta-se ao período de Janeiro a Dezembro de 2011, comparando os Custos e Proveitos previstos e os realizados no período homólogo de 2010.

No decorrer do exercício foram efectuadas as especializações de todos os custos e proveitos, onde se destaca a especialização mensal das Férias, Subsídio de Férias e Encargos Sociais, a estimativa do valor a facturar relativa ao Contrato Programa e Subsistemas, com base na produção efectiva, convergência fixa e variável, os juros de aplicações financeiras e outros acréscimos de custos e proveitos expectáveis.

Assim, são de realçar os seguintes dados do exercício:

- O resultado líquido foi de -26.516.564€, cerca de 7,1% inferior ao previsto e de 28,5 inferior a 2010;
- O resultado operacional foi de -23.975.137€, cerca de 4,1% inferior ao previsto e de 32,5 inferior a 2010;
- Os custos operacionais foram reduzidos em 35.013.509€ relativamente ao ano anterior;
- O total dos custos diminui, relativamente ao ano anterior, cerca de 10% e diminuiu 0,1% em relação ao previsto;
- O decréscimo dos proveitos foi de 8%, relativamente a 2010 e de um crescimento de 0,5% face ao previsto;
- Os custos com pessoal, que representaram cerca de 50% do total dos custos, tiveram um decréscimo de 15,1% em relação ao período homólogo e um acréscimo de 0,6% relativamente ao valor previsto;